

Міністерство освіти і науки України  
Національний університет «Києво-Могилянська академія»  
Факультет соціальних наук і соціальних технологій  
Кафедра соціології

**Кваліфікаційна робота**  
освітній ступінь – бакалавр

на тему:

**«САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У  
НІМЕЧЧИНІ ТА ЇЇ ДЕТЕРМІНАНТИ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання

Спеціальності 054 Соціологія

Харченко Вікторія Анатоліївна

Наукова керівниця: Пугачова О.Г.

кандидат економічних наук,

доцент кафедри соціології НаУКМА

Рецензентка: Мальцева К.С.

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою \_\_\_\_\_

Секретар ЕК: \_\_\_\_\_

«\_\_» \_\_\_\_\_ 2024 р.

Київ – 2024

## ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ САМООЦІНКИ ЗДОРОВ'Я БІЖЕНЦІВ ТА ЇЇ ДЕТЕРМІНАНТ.....	6
1.1. Концептуалізація поняття «здоров'я».....	6
1.2. Підходи до вивчення поняття «самооцінка здоров'я».....	11
1.3. Самооцінка здоров'я біженців та її детермінанти: вивчення явища у світі.....	13
РОЗДІЛ 2. САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У НІМЕЧЧИНІ ТА ЇЇ ДЕТЕРМІНАНТИ.....	21
2.1. Методологія та дизайн дослідження.....	21
2.2. Самооцінка здоров'я українських біженців у Німеччині.....	25
2.3. Детермінанти самооцінки здоров'я українських біженців у Німеччині.....	30
ВИСНОВКИ.....	41
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	45
ДОДАТОК А. СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ РЕСПОНДЕНТІВ.....	50
ДОДАТОК Б. ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК.....	52

## ВСТУП

Унаслідок початку повномасштабного вторгнення мільйони українців вимушено покинули територію України, що стало причиною суттєвих змін та викликів зокрема і для їхнього здоров'я. За даними World Health Organization, біженці часто мають набагато гірші фізичні та психічні стани, ніж населення приймаючої країни, адже складають одну з найвразливіших та знехтуваних частин суспільства. Вивчення самооцінки здоров'я українських біженців та факторів, що на неї впливають, є можливістю отримати інформацію не тільки про їхні стани, але й про становище у суспільстві, задоволення потреб, доступ до медичних послуг та інші досвіди, що пов'язані з вимушеною міграцією та перебуванням у приймаючій країні. З огляду на вищевказане, це дослідження може стати корисним доповненням до поточних напрацювань у галузі здоров'я біженців, а також посприяти трансформації систем охорони здоров'я згідно з їхніми потребами.

За даними United Nations High Commissioner for Refugees, станом на квітень 2024 року за кордоном через війну знаходиться близько 6,471,600 українців, з яких 1,152,640 перебувають у Німеччині. З огляду на те, що саме ця країна прийняла найбільшу частку українських біженців, доречно сфокусувати увагу роботи на тому, як оцінюють своє здоров'я українці, що отримали статус тимчасового захисту або статус біженця саме в Німеччині.

Незважаючи на значну присутність українських біженців у німецькому суспільстві, розгорнуті дослідження щодо стану їхнього здоров'я не проводилися ні німецькими, ні українськими науковцями. За даними Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung, станом на кінець 2022 року 39% українських біженців оцінювали своє здоров'я “добре” або “дуже добре”. Утім, дослідження обмежується одним загальним запитанням та не надає конкретної інформації щодо психічних і фізичних станів біженців або їхніх чинників. Постає потреба у проведенні комплексного дослідження, яке фокусуватиметься не тільки на загальній самооцінці здоров'я біженців, але й на соціальних характеристиках

індивідів, процесах та явищах, що можуть впливати на оцінку, яку вони надають.

Об'єктом дослідження виступають повнолітні громадяни України, що внаслідок повномасштабного вторгнення вимушено покинули територію України та отримали статус біженця або статус тимчасового захисту в Німеччині. Предметом є самооцінка здоров'я українських біженців у Німеччині та її детермінанти. Мета дослідження – визначити самооцінку здоров'я українських біженців у Німеччині та її детермінанти. Для досягнення вищевказаної мети, дослідження має такі завдання:

1. Концептуалізувати поняття здоров'я.
2. Визначити підходи до вивчення поняття самооцінка здоров'я.
3. Систематизувати погляди науковців на самооцінку здоров'я біженців та її детермінанти.
4. З'ясувати самооцінку здоров'я українських біженців у Німеччині.
5. Виокремити детермінанти самооцінки здоров'я українських біженців у Німеччині.

Протягом теоретичної підготовки дослідження були сформульовані такі гіпотези:

1. Біженці гірше оцінювали власний стан здоров'я до вимушеного переїзду в Німеччину, ніж після переїзду.
2. Біженці гірше оцінювали власний стан здоров'я одразу після вимушеного переїзду до Німеччини, аніж на момент опитування.
3. Біженці краще оцінюють власний фізичний стан, ніж психічний.
4. Біженці, що мають партнер\_ку, краще оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці, що не мають партнер\_ки.
5. Біженці, що мають дітей, гірше оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці, що не мають дітей.
6. Українські біженці жіночої статі гірше оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці чоловічої статі.
7. Чим вираженішими є симптоми пережитих під час війни

травматичних подій, тим гіршою є самооцінка здоров'я біженців.

8. Чим раніше біженці покинули територію України після початку повномасштабного вторгнення, тим кращою є самооцінка їхнього здоров'я.
9. Біженці з вищим рівнем володіння німецькою мовою краще оцінюють власне здоров'я, ніж біженці з нижчим рівнем.
10. Біженці, що потребують підтримки або допомоги у взаємодії з системою охорони здоров'я Німеччини, гірше оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці, що не мають такої потреби.
11. Чим більше біженці переживають за членів родини, що залишилися в Україні, тим гірше вони оцінюють власне здоров'я.

Теоретична база дослідження ґрунтується на працях соціологів, що вивчали здоров'я, а також його самооцінку індивідами: Толкотт Парсонс, Говард Беккер, Ендрю Твадл, Іван Ілліч, Дана Гарбарскі, Еллен Ідлер та Яель Беньямін. У рамках теоретичної підготовки розглядалися також наявні дослідження щодо самооцінки здоров'я біженців та її детермінант. Емпіричною базою дослідження є результати Інтернет-опитування 251 українського біженця у Німеччині, що були опрацьовані у рамках кореляційного та логістичного регресійного аналізу.

# РОЗДІЛ 1

## ТЕОРЕТИКО-МЕТОДОЛОГІЧНІ ЗАСАДИ ВИВЧЕННЯ САМООЦІНКИ ЗДОРОВ'Я БІЖЕНЦІВ ТА ЇЇ ДЕТЕРМІНАНТ

### 1.1. Концептуалізація поняття «здоров'я»

Здоров'я членів суспільства є основою для його функціонування та розвитку. Незважаючи на це, становлення соціології здоров'я та створення цілісних теорій у цій галузі почалося лише у 1950-х роках. Протягом 19-го і на початку 20-го століть здоров'я населення досліджувалося переважно у рамках бактеріології (шляхом встановлення зв'язків між конкретними мікробами та хворобами) та імунології (шляхом запобігання виникненню захворювань) (Weiss & Lonquist, 2014). Протягом 20-го століття серед науковців поширилося розуміння того, що захист громадського здоров'я також потребує дослідження соціальних факторів, що впливають на нього – віку, місця проживання, соціально-економічного статусу індивідів тощо. Вищевказана трансформація у розумінні здоров'я стала причиною зацікавленості соціологів, і, як наслідок, призвела до створення соціологічних напрацювань у цьому напрямку.

Перші ґрунтовні праці у галузі соціології здоров'я належать Толкотту Парсонсу. Варто зауважати, що до появи його робіт у науковій сфері домінувало біомедичне розуміння здоров'я. Такий підхід зосереджувався виключно на “фізіологічному стані людини та наявності чи відсутності симптомів хвороби”, відповідно здоров'я визначалося як відсутність “хвороби або фізіологічної несправності” (Weiss, Lonquist, 2014, сс. 120-121). Натомість Парсонс запропонував новий, соціологічний погляд на здоров'я.

У своїй роботі “Definitions of Health and Illness in the Light of American Values and Social Structure” Толкотт Парсонс виокремив та охарактеризував два типи здоров'я: психічне та фізичне (1960). Він вбачає між ними ієрархічний зв'язок: психічний рівень контролює фізичний, тому оптимальний фізичний стан є необхідним компонентом ефективного психічного функціонування.

Автор визначив психічне здоров'я як “стан особистості, що визначається

її здатністю виконувати інституційні ролі” (Parsons, 1960, с. 166). Роль, у свою чергу, була визначена як “організована система участі індивіда в соціальній системі, з особливим акцентом на організацію цієї соціальної системи як колективу” (Parsons, 1960, с. 167). Парсонс наголошував на тому, що він не пов’язував психічне здоров’я із зобов’язанням виконувати конкретні ролі, адже це передбачало б членство в конкретних системах відносин. Натомість соціолог пов’язував психічне здоров’я радше зі здатністю вступати в такі стосунки (членства) та відповідати їхнім очікуванням.

Фізичне здоров’я, на думку Парсонса, є “станом оптимальної здатності для ефективного виконання цінних завдань” (Parsons, 1960, с. 168). Завдання є більш диференційованими та чітко визначеними, ніж ролі. Одна роль може бути розглянута у вигляді множинності різних завдань. З огляду на це, завдання є “підсистемою ролі, певним набором фізичних операцій, які виконують певну функцію (або функції) по відношенню до ролі та/або особистості, яка її виконує” (Parsons, 1960, с. 167).

Парсонс також акцентує увагу на тому, що невід’ємною складовою будь-якого суспільства є інституціоналізація очікувань як щодо ролей, так і щодо виконання завдань. Таким чином, у кожному суспільстві існують власні стандарти адекватності людських здатностей, задовільності їхніх станів. Однак автор наголошує, що не всі типи відповідності стандартам називаються здоров’ям та не всі типи відхилення – хворобою.

Парсонс завершує свою роботу, надаючи загальне визначення здоров’ю. “Здоров’я – це стан оптимальної здатності індивіда ефективно виконувати ролі і завдання, для яких він був соціалізований” (Parsons, 1960, с. 176). Таким чином, визначення здоров’я тісно пов’язано з участю індивіда в соціальній системі.

Дещо інший погляд на здоров’я був запропонований Говардом Беккером. Варто зауважати, що соціолог належав до представників символічного інтеракціонізму, які фокусували свою увагу здебільшого на дослідженні хвороб. З огляду на це, концепт здоров’я розглядається опосередковано та стисло.

За словами Беккера, характеристикою всіх суспільств є встановлення

правил та спроби забезпечення їх виконання (1963). Правилами визначаються ситуації та відповідні до них доречні види поведінки. З огляду на це, дії індивідів у суспільстві поділяються на нормальні та девіантні, а на людей накладається ярлик нормального члена суспільства та девіанта відповідно. Девіація – це не “якість поведінки індивіда, а результат накладання іншими індивідами правил та санкцій на певну поведінку” (Becker, 1963, с. 11). У багатьох суспільствах однією з можливих девіацій вважається патологічний стан індивіда, наявність в нього хвороби (Becker, 1963). Відповідно до такого підходу, здоров’я є протилежністю девіації та полягає у нормальному стані та діях індивіда відповідно до встановлених певною соціальною групою критеріїв (Becker, 1963, с. 5). Беккер неодноразово наголошував на тому, що соціальні правила, на основі яких відбувається поділ на норму і девіацію, є створенням конкретних соціальних груп. З огляду на це, у суспільстві не існує чіткого єдиного розуміння здорової поведінки, адже соціальні групи мають різні критерії здоров’я. Отже, як наслідок значної диференційованості сучасних суспільств за соціально-класовими, етнічними, професійними та культурними ознаками, розуміння здоров’я формується під час та в результаті соціальної взаємодії. Засновується розуміння на соціальних правилах, які індивіди поділяють, як члени певних соціальних груп.

До 1970-х років основна увага соціологів зберігалася на дослідженні хвороб, а не здоров’я, що призвело до відсутності нових напрацювань в останньому із згаданих напрямів. Як стверджує Ута Герхардт, тим, що трансформувало соціологію здоров’я в 1970-х роках стали результати нових епідеміологічних досліджень, які вказували на те, що здоров’я не є статистичною нормою, а хвороба – винятком із нормального (1989). “Хвороба характеризує стан майже кожного індивіда в суспільстві в тій мірі, на яку досі не звертали уваги” (Gerhardt, 1989, с. 260). Одним з перших, хто використав новий підхід у своїх працях, став Ендрю Твадл.

Твадл, як і деякі соціологи до нього, наголошував на тому, що людям складно досягти універсального розуміння того, хто може вважатися здоровим,

а хто – хворим. З огляду на це, соціолог запропонував розглядати здоров'я та хворобу у рамках діапазону, де одна межа є ідеальним здоров'ям, а інша – смертю (Twaddle, 1974). Твадл розглядав ідеальне здоров'я як “ідеал, на який люди орієнтуються, а не стан, якого очікують досягти” (Twaddle, 1974, с. 31). Охарактеризовуючи ідеальне здоров'я з соціальної точки зору, автор використовував напрацювання Парсонса і називав це станом, в якому здатність людини виконувати завдання та ролі оптимізована. Головна особливість ідеального здоров'я полягає в тому, що досягти його неможливо, натомість досяжним є нормальне здоров'я та нездоров'я (“ill health”) (Twaddle, 1974, с. 32). Нормальне здоров'я, за Твадлом, являє собою “стандарт адекватності щодо здібностей, станів і функціонування, необхідних для виконання тих видів діяльності, які очікуються від членів суспільства” (Twaddle, 1974, с. 37). Зважаючи на те, що норма є нестійкою та неуніверсальною, те, що вважається нормальним здоров'ям для одного індивіда, може вважатися нездоров'ям для іншого. До прикладу, людина похилого віку може вважатися такою, що має нормальне здоров'я із відносно великим відхиленням від ідеального здоров'я, водночас молодий атлет може вважатися хворим, маючи найменше відхилення (Twaddle, 1974).

Твадл неодноразово зауважував, що соціальні стандарти здоров'я сформовані з посиланням на норми біологічного функціонування. Незважаючи на переважну універсальність та сталість біологічних норм, перцепція здоров'я індивідом залежна від стандартів його суспільства та позиції у соціальній структурі. У суспільствах існують як загальноприйняті норми, так і їхні уточнені та розвинені форми в рамках різних груп. На думку Твадла, найбільший вплив на перцепцію здоров'я має соціальний клас, етнічна приналежність та рівень медичної освіченості індивіда (1974).

У другій половині 1970-х відбулася значна трансформація соціології здоров'я. Здоров'я почало згадуватися науковцями у контексті суспільних нерівностей та державного контролю над населенням (Gerhardt, 1989). Одним з прибічників цього підходу був Іван Ілліч.

На думку Ілліча, здоров'я – це процес адаптації, “результат автономної, але культурно сформованої реакції на соціально створену реальність” (Illich, 1975, с. 307). “Здоров'я полягає у здатності пристосовуватися до мінливого середовища, до дорослішання та старіння, до зцілення у разі пошкодження, до страждань і до очікування смерті” (Illich, 1975, с. 307). Соціолог вказує на те, що індивід вчиться адаптації завдяки наслідуванню дорослих та однолітків, а також завдяки культурі, носієм якої він є. Культурний вплив на здоров'я відбувається через моделі роботи, дозвілля, сну, приготування їжі, сімейні моделі. Попри зовнішній вплив, успішна адаптація, тобто задовільне здоров'я, значною мірою є результатом самосвідомості, самодисципліни та внутрішніх ресурсів, за допомогою яких кожна людина регулює свої щоденні дії (Illich, 1975).

Іван Ілліч наголошує, що здоров'я можна покращити, але не замінити медичним втручанням. Більш того, у суспільствах, де професійне втручання зведене до мінімуму та є нерегулярним, існують найкращі умови для здоров'я індивідів. Коли людина стає залежною від професійного медичного управління, вона відмовляється від своєї автономії у процесі адаптації, і її здоров'я неодмінно погіршується (Illich, 1975, с. 308).

На думки Ути Герхардт, з 1970-х років розвиток соціології здоров'я хоч і відбувався, але не претендував на реформування теоретичних основ галузі (1989). Таким чином, можна виділити чотири основні підходи до розуміння здоров'я у соціології. Здоров'я як стан оптимальної здатності індивіда ефективно виконувати ролі і завдання, для яких він був соціалізований (Parsons, 1960). Здоров'я як протилежність девіації, що полягає у нормальному стані та діях індивіда відповідно до встановлених певною соціальною групою критеріїв (Becker, 1963). Ідеальне здоров'я як ідеал, на який люди орієнтуються, а не стан, якого очікують досягти, та нормальне здоров'я як досяжний стандарт адекватності щодо здібностей, станів і функціонування, необхідних для виконання тих видів діяльності, які очікуються від членів суспільства (Twaddle, 1974). Нарешті, здоров'я як процес адаптації, результат автономної, але

культурно сформованої реакції на соціально створену реальність (Illich, 1975).

## **1.2. Підходи до вивчення поняття «самооцінка здоров'я»**

Одним з найпоширеніших способів дослідити здоров'я індивідів є самооцінювання. Найбільш використовуваним інструментом самооцінки здоров'я є одноелементний показник, який складається із запитання “Як ви оцінюєте своє здоров'я? Дуже добре, добре, посередньо, погано чи дуже погано?” (Garbarski, 2016). Зміст запитання та відповідей варіюється залежно від дослідження, країни та інших чинників, однак саме вищезгаданий варіант є найпоширенішим та рекомендованим ВООЗ для вимірювання здоров'я європейського населення (World Health Organization, 1996).

Еллен Ідлер та Яель Беньямін вбачають декілька причин у популярності цього показника здоров'я (1997). По-перше, самооцінка здоров'я є ефективним предиктором смертності (очікуваної тривалості життя). Першою чіткою демонстрацією цього стали результати дослідження Моссі та Шапіро, які у 1982 році довели, що самооцінка здоров'я літніх канадців є кращим предиктором очікуваної тривалості життя, ніж їхні медичні показники або самозвіти про захворювання (Mossey & Shapiro, 1982, as cited in Idler & Benyamini, 1997). По-друге, самооцінка здоров'я може відображати проблеми зі здоров'ям, які не піддаються біомедичному виявленню або які не включені в медичні обстеження (Idler & Benyamini, 1997). По-третє, використання самооцінки здоров'я, як показника, має також прагматичне обґрунтування – воно є зручним та малозатратним у контексті матеріальних ресурсів, часу та зусиль, адже складається лише з одного запитання.

Незважаючи на переваги показника, деякі дослідники вбачають в ньому і недоліки. Так, до прикладу, під час дослідження здоров'я шляхом самооцінювання неможливо визначити, що саме враховує респондент, надаючи оцінку (Garbarski, 2016). До того ж, один з найголовніших недоліків показника полягає у тому, що дослідники мало контролюють фактори, що впливають на респондентів, коли вони оцінюють своє здоров'я (Van Ginneken & Groenewold,

2012). Утім, Дана Гарбарські зазначає, що вищевказана характеристика показника не завжди є негативною, все залежить від його концептуалізації (2016). Самооцінка здоров'я може розглядатися як проксі, тобто як показник, що представляє більш об'єктивні характеристики здоров'я респондентів. Водночас самооцінкою здоров'я можуть також вважатися уявлення респондентів про власне здоров'я, сконструйовані через певні фільтри (фактори), які самі є частиною самооцінки. Якщо самооцінка здоров'я має більш об'єктивне визначення, тоді необхідно контролювати або усунути вплив факторів на неї, однак, якщо метою використання показника є визначення сприйняття респондентами свого здоров'я, то кожен фактор є частиною самооцінки, який потрібно дослідити, а не усувати (Garbarski, 2016). Оптимальним підходом до концептуалізації самооцінки здоров'я є поєднання обох вищевказаних варіантів, які “взаємодоповнюють один одного і підкреслюють подвійну природу цього терміну” (Jylhä, 2009, as cited in Garbarski, 2016, p. 12). Поєднання двох визначень підкреслить комплексність самооцінки здоров'я: це поняття демонструє не тільки стани респондентів (“об'єктивна” складова), але й їхні уявлення та фактори, що впливають на ці уявленні (“суб'єктивна” складова).

Важливо зазначити, що, попри різні концептуалізації, які розглядаються соціальними науковцями, у загальному науковому дискурсі одноелементний показник самооцінки здоров'я все ще вважається суб'єктивним відображенням респондентських станів. На противагу йому існують також об'єктивні показники. Серед об'єктивних індикаторів Сюнцюань У та інші виділяють діагностовані лікарями попередні та поточні захворювання, а також професійно виміряні лабораторні показники (2013). До того ж, тісно пов'язаними з об'єктивним станом здоров'я є “демографічні характеристики, історія здоров'я, життєві звички, стрес і навантаження на роботі” (Wu et al., 2013, с. 1).

Зв'язок між суб'єктивним та об'єктивним станами здоров'я є складним, однак його вивчення допоможе зрозуміти, чи можливе використання самооцінки нарівні з об'єктивними індикаторами. Сюнцюань У та інші

досліджували як оцінювання індивідами свого здоров'я від “Дуже хорошого” до “Дуже поганого” пов'язане з наявністю або відсутністю 21 хвороби, адекватністю або неадекватністю 7 лабораторних показників, демографічними показниками, а також такими факторами як вага тіла, вживання тютюну, частота фізичної активності, стрес, навантаження на роботі і якість міжособистісних стосунків (2013). Науковцями було виявлено, що гірша самооцінка здоров'я значно пов'язана з наявністю всіх захворювань і аномаліями лабораторних показників. З гіршою самооцінкою здоров'я також пов'язані недостатня вага, низький дохід, низький рівень освіти, розлучення або овдовіння, рання менопауза, активне паління, низька фізична активність, стрес, підвищене навантаження на роботі, погана якість міжособистісних стосунків. Таким чином, використання самооцінки здоров'я нарівні з об'єктивними індикаторами є можливим та обґрунтованим (Wu et al., 2013).

### **1.3. Самооцінка здоров'я біженців та її детермінанти: вивчення явища у світі**

Біженці є однією з найвразливіших та найбільш знехтуваних частин суспільства у контексті здоров'я (World Health Organization, 2022). Вони схильні оцінювати власні стани гірше, ніж населення приймаючої країни та мігранти, що прибули в країну свідомо і добровільно (Bernstein-Carlson et al., 1991). Не тільки суб'єктивні, але й об'єктивні показники здоров'я біженців є гіршими. За результатами численних досліджень (Hondius et al., 2000; Jamil et al., 2006; Jamil et al., 2015; Kinzie et al., 2008), біженці мають підвищений ризик серцево-судинних захворювань, діабету, артрити, респіраторних захворювань, шкірних захворювань, а також депресії, тривоги та посттравматичного розладу.

Оскільки стани індивідів є значно залежними від їхніх життєвих обставин, важливо розглянути соціальні характеристики біженців, а також процеси та явища, до яких вони залучені, що разом формують детермінанти здоров'я. Детермінантами здоров'я називають фактори, які впливають на широкий спектр показників здоров'я, функціонування та якості життя, а також

на ризику, пов'язані з цими показниками (U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion, 2020).

Бхушан Патвардхан та інші розрізняють біологічні, поведінкові, соціокультурні, економічні та екологічні детермінанти (2015). Незважаючи на це, низка дослідників застосовують інші класифікації, вивчаючи здоров'я біженців, адже вони складають унікальну соціальну категорію. Біженці – це особи, які перебувають за межами своєї країни походження та потребують міжнародного захисту через побоювання переслідувань, конфлікту, генералізованого насильства або інших обставин, які серйозно порушують громадський порядок (United Nations High Commissioner for Refugees, 2016). Оскільки життєві обставини біженців є комплексними та значно залежними від їхнього досвіду переміщення, низка дослідників (Ambrosetti et al., 2021; Jamil et al., 2015; Nesterko et al., 2020) поділяють детермінанти здоров'я біженців на соціально-демографічні, доміграційні та постміграційні.

Соціально-демографічні детермінанти зазвичай охоплюють вік, стать, освітній рівень, статус зайнятості, соціально-економічний статус, сімейний стан, наявність або відсутність дітей (Ambrosetti, et al., 2021; Jamil, et al., 2015; Nesterko, et al., 2020). Однією з найбільш згадуваних детермінант здоров'я біженців є вік. Хікмет Джаміль та інші вказують на те, що респонденти молодшого віку значно частіше характеризують своє здоров'я як “відмінне”, “дуже добре” і “добре” (2015). Дослідниками також було виявлено, що старший вік пов'язаний не тільки з гіршою оцінкою власного здоров'я, але й з більшою кількістю захворювань. Однак варто зазначити, що вік, як детермінанта, не є унікальним для біженців, адже респонденти загалом схильні надавати гіршу оцінку власному стану зі збільшенням віку (Gilford, 1988).

Сімейний стан індивіда також має вплив на його самооцінку здоров'я. Жасмін Хадж-Юнес та інші, а також Юрій Нестерко та інші повідомляють про те, що одружені біженці та біженці з партнерами надавали власному здоров'ю кращу оцінку, ніж самотні (2020; 2020). Більш того, Юрій Нестерко та інші відзначають кращі оцінки як фізичного, так і психічного станів, а також

додають, що самотність є значним предиктором симптомів депресії. Краща самооцінка фізичного та психічного здоров'я була також значно пов'язана з відсутністю дітей у респондентів (Nesterko, et al., 2020). Автори пояснюють кращі оцінки відсутністю відповідальностей та турбот, що пов'язані з дітьми, а також наявністю підтримки з боку партнера.

Серед соціально-демографічних детермінант соціологи також виокремлюють освітній рівень, зазначаючи, що кращий стан здоров'я та менша кількість захворювань корелюють з наявністю вищої освіти у біженців (Jamil, et al., 2015). Низький рівень освіти та грамотності призводить до низького рівня грамотності з питань здоров'я, тобто такі люди мають погіршену здатність знаходити, розуміти та використовувати інформацію, пов'язану із здоров'ям (Haj-Younes, et al., 2020). Такі респонденти також повідомляють про труднощі з доступом до медичної допомоги, в тому числі під час хвороби (Sheikh-Mohammed et al., 2006).

Порівнюючи відповіді представників різних статей, дослідники також пов'язують кращу самооцінку здоров'я (особливо фізичного) з чоловічою статтю (Nesterko, et al., 2020). За даними вищевказаного дослідження, симптоми соматизації, депресії і тривоги значно пов'язані з жіночою статтю. Ці результати узгоджуються з попередніми соціологічними працями, які стверджують, що жінки частіше повідомляють про проблеми здоров'я, ніж чоловіки (Koortmans & Lamers, 2007).

Слена Амброзетті та інші звернули увагу на те, що існує позитивна кореляція між вищим соціально-економічним статусом та самооцінкою стану здоров'я (2021). Такий зв'язок часто пояснюється можливостями, доступними завдяки вищому соціально-економічному статусу: способом життя індивідів, їхнім середовищем перебування та доступом до ресурсів, пов'язаних зі здоров'ям (Wang & Geng, 2019).

Крім соціально-демографічних факторів, соціологи розглядають також доміграційні детермінанти здоров'я біженців – ті, що пов'язані з досвідом, набутим біженцями до отримання міжнародного захисту. Численні дослідження

(Ambrosetti, et al., 2021; Jamil, et al., 2015; Nesterko, et al., 2020) вказують на те, що найбільш значущою доміграційною детермінантою здоров'я є травматичний досвід, пережитий індивідом до переміщення. Таким досвідом може бути емоційне чи фізичне насильство, геноцид, смерть чи поранення близьких родичів, руйнування, грабіж, торгівля дітьми та інші травматичні події (Jamil, et al., 2015).

Крім попереднього травматичного досвіду, Єлена Амброзетті та інші розглянули три додаткові потенційні доміграційні детермінанти: причини виїзду з країни походження, складність переїзду та його фінансування (2021). Було виявлено, що значний негативний вплив на самооцінку здоров'я має лише досвід переживання травматичних подій. Численні мотивації для переміщення демонструють слабкий негативний вплив на самооцінку здоров'я, а складність переїзду та його фінансування не мають впливу взагалі. “Таким чином, самооцінка здоров'я біженців на ранній стадії інтеграції в нове суспільство, найімовірніше, обумовлена переважно пережитим травматичним досвідом” (Ambrosetti, et al., 2021, с. 8).

Хікмет Джаміль та інші погоджуються з тим, що пережитий травматичний досвід є найсильнішою доміграційною детермінантою (2015). Незважаючи на це, дослідники припускають, що існують інші чинники, що впливають на стан здоров'я біженців, що постраждали від війни. До прикладу, “вплив небезпечних матеріалів, неякісної або зараженої їжі, поганої якості повітря, відстані до зони бойових дій тощо” (Jamil, et al., 2015, с. 116).

Як зазначають Юрій Нестерко та інші, досвід травматичних подій особливо негативно впливає на психічне здоров'я (2020). Такий досвід суттєво пов'язаний із симптомами тривоги, а досвід принаймні однієї особистої травматичної події був значним предиктором симптомів ПТСР. Ці результати перекликаються з припущенням Джаміля та інших (2015) про те, що біженці можуть реагувати на травматичний досвід радше психологічними реакціями, а не фізичними.

На противагу доміграційним детермінантам, дослідники також

розглядають постміграційні детермінанти здоров'я біженців – ті, що пов'язані з досвідом, отриманим біженцями після прибуття в країну, під захистом якої вони знаходяться. Можливими постміграційними детермінантами є тривалість перебування у приймаючій країні, правовий статус індивіда, рівень володіння мовою країни перебування, тип проживання та житлові умови, потреба у підтримці у сфері охорони здоров'я, володіння інформацією про власну родину (Ambrosetti, et al., 2021; Riza, et al., 2020; Vatansever, 2016).

На думку Юрія Нестерка та інших, одним із найсильніших постміграційних детермінант здоров'я є наявність актуальної інформації про членів родини, які залишилися у країні, покинутій респондентами (2020). Якщо біженці не володіють такою інформацією, вони схильні гірше оцінювати власне фізичне та психічне здоров'я. Соціологи пояснюють такі результати постійним занепокоєнням за життя рідних, особливо в конфліктних та постконфліктних ситуаціях, що провокує власний травматичний досвід (Nesterko, et al., 2020). До того ж, розлука з членами родини часто є вимушеною. Це зменшує соціальну підтримку біженців та ставить їх під загрозу соціальної ізоляції. За даними вищевказаного дослідження, потреба в підтримці та/або допомозі у сфері охорони здоров'я також має значний вплив на самооцінку власного стану (Nesterko, et al., 2020). Незадоволення цієї потреби виявилася значущим предиктором гірших оцінок фізичного та психічного здоров'я, а також симптомів депресії, тривоги та посттравматичного стресового розладу. Такі результати пояснюються тим, що біженці відчують труднощі з доступом до медичної допомоги або взагалі не здатні її отримати, що погіршує їхній стан.

Ісам Аль-Хатіб та інші розглянули наступну детермінанту – тип проживання та житлові умови (2005). Дослідники з'ясували, що біженці, які живуть у таборах схильні оцінювати своє здоров'я гірше, ніж ті, хто живуть в окремому помешканні. “Умови проживання в таборі для біженців (наявність пилу, диму та цвілі, спалювання біопалива, перенаселеність, погана вентиляція тощо) були безпосередньо пов'язані з поганими наслідками для здоров'я” (Jamil, et al., 2015, с. 115).

Отримання легального статусу у приймаючій країні є черговою детермінантою здоров'я біженців (Ambrosetti, et al., 2021). Респонденти, яким наданий легальний захист, схильні краще оцінювати своє здоров'я, водночас відхилення заявки на отримання легального статусу, тобто його фактичне неотримання, також позитивно пов'язане з самооцінкою здоров'я. Автори припускають, що для самооцінки здоров'я важливо не яке саме рішення прийнято, а чи прийнято воно взагалі, тобто відсутність невизначеної правової ситуації. Єлена Амброзетті та інші також додають, що рівень володіння мовою країни перебування має вплив на самооцінку здоров'я (2021). Чим вище рівень володіння мовою, тим краще респонденти оцінюють власне здоров'я. Знання офіційної мови є важливою складовою соціальної інтеграції, яка допомагає біженцям знаходити, розуміти та використовувати інформацію, пов'язану із здоров'ям та отриманням медичних послуг.

Щодо тривалості перебування у приймаючій країні, як детермінанти здоров'я біженців, дослідники не мають єдиної думки. Юрій Нестерко та інші не знайшли кореляції між цими явищами (2015). Жасмін Хадж-Юнес та інші (2020) також дійшли висновку, що самооцінка здоров'я біженців залишається стабільною до та після вимушеної міграції. Натомість Симон Жан-Батист Комб та інші (2019) довели, що самооцінка фізичного здоров'я біженців жіночої статі покращується зі збільшенням тривалості перебування у приймаючій країні. Такі емпіричні розбіжності сигналізують про потребу у додатковому вивченні вищевказаної детермінанти.

Підсумовуючи, вивчення самооцінки здоров'я біженців та її детермінант передбачає розгляд теоретичних напрацювань, спрямованих на концептуалізацію поняття здоров'я, з'ясування підходів до вивчення самооцінки здоров'я та систематизацію результатів наявних досліджень у галузі здоров'я біженців.

Серед соціологічних напрацювань виокремлюються чотири основні підходи до розуміння здоров'я. Згідно з першим підходом, запропонованим Толкоттом Парсонсом, здоров'я є станом оптимальної здатності виконувати

соціальні ролі і завдання. Натомість, відповідно до напрацювань Говарда Беккера, здоров'я є протилежністю девіації, що полягає у нормальному стані та діях індивіда відповідно до соціальних критеріїв. Ендрю Твадл розділяє здоров'я на два концепти: ідеальне здоров'я, що є недосяжним ідеалом, на який люди орієнтуються, та нормальне здоров'я, що є досяжним стандартом адекватності щодо здібностей, станів і функціонування, необхідних для виконання соціально очікуваної діяльності. Представником останнього підходу є Іван Ілліч, що одночасно визначає здоров'я і як процес, і як (автономний, але культурно сформований) результат адаптації до соціально створеної реальності.

Одним з найпоширеніших способів вивчення здоров'я є його самооцінювання індивідами. Найбільш використовуваним інструментом самооцінки здоров'я є показник, який складається із запитання “Як ви оцінюєте своє здоров'я? Дуже добре, добре, посередньо, погано чи дуже погано?” Популярність показника пояснюється його ефективністю у прогнозуванні смертності, можливості виявити проблеми зі здоров'ям, які не піддаються біомедичному виявленню, а також зручністю та малозатратністю для дослідника. Важливою характеристикою поняття “самооцінка здоров'я” є його подвійна концептуалізація. Поняття може розглядатися як показник, що представляє більш об'єктивні характеристики здоров'я респондентів, водночас, самооцінкою здоров'я може також вважатися сприйняття респондентами власного здоров'я, сконструйоване завдяки певним фільтрам (факторам), які також є частиною самооцінки. Доречно визначати “самооцінку здоров'я” шляхом поєднання обох варіантів концептуалізації, що підкреслить багатоаспектність поняття. Самооцінка здоров'я – це не тільки про стани респондентів, але й про їхні уявлення щодо цих станів та фактори, що впливають на формування уявлень.

За результатами наявних досліджень, самооцінка здоров'я біженців є гіршою, ніж самооцінка населення приймаючої країни та мігрантів, що прибули в країну свідомо та добровільно. Науковці зазначають, що стани індивідів пов'язані з їхніми життєвими обставинами, а оскільки життєві обставини

біженців є значно залежними від досвіду переміщення, доречно класифікувати детермінанти їхнього здоров'я крізь призму вимушеної міграції. Таким чином, низка дослідників поділяють детермінанти здоров'я біженців на соціально-демографічні (вік, стать, освітній рівень, статус зайнятості, соціально-економічний статус, сімейний стан, наявність або відсутність дітей), доміграційні (травматичний досвід, пережитий індивідом до переміщення) та постміграційні (тривалість перебування у приймаючій країні, правовий статус, рівень володіння мовою країни перебування, житлові умови, потреба у підтримці у сфері охорони здоров'я, володіння інформацією про власну родину).

## РОЗДІЛ 2

# САМООЦІНКА ЗДОРОВ'Я УКРАЇНСЬКИХ БІЖЕНЦІВ У НІМЕЧЧИНІ ТА ЇЇ ДЕТЕРМІНАНТИ

### 2.1. Методологія та дизайн дослідження

Емпірична частина дослідження була проведена в межах позитивістської парадигми. Використання позитивістської парадигми є доречним, коли існує мета створити пояснювальні моделі або встановити причинно-наслідкові зв'язки, які призведуть до прогнозування або контролю досліджуваних явищ (Park et al., 2020).

Це дослідження є описово-пояснювальним. По-перше, воно має на меті визначити самооцінку здоров'я українських біженців у Німеччині, тобто “отримати кількісні характеристики досліджуваного об'єкту” (Паніотто & Харченко, 2017, с. 41). По-друге, дослідження спрямоване на з'ясування детермінант самооцінки здоров'я, тобто “зв'язків між тими чи іншими характеристиками об'єкта дослідження” (Паніотто & Харченко, 2017, с. 41).

Для проведення дослідження використовувався кількісний метод збору первинних даних, а саме Інтернет-опитування, що пояснюється двома причинами. По-перше, авторка роботи не перебуває на території Німеччини, а тому Інтернет-опитування є єдиним досяжним інструментом. По-друге, з огляду на анонімність Інтернет-опитувань, їхнє використання є рекомендованим під час вивчення сенситивних тем (Jankowski & van Selm, 2006). Зважаючи на те, що деякі запитання є делікатними, адже стосуються фізичних та психічних станів респондентів, відсутність потреби вказувати свої дані чи безпосередньо контактувати з дослідником може збільшити потенціал правдивих відповідей.

Генеральною сукупністю дослідження є повнолітні громадяни України, що після початку повномасштабного вторгнення вимушено покинули територію України та отримали статус біженця або статус тимчасового захисту на території Німеччини. Станом на 30 листопада 2023 року, у Німеччині перебували 1,157,000 українських біженців (Statistisches Bundesamt, 2023),

однак чисельність та склад генеральної сукупності постійно піддаються змінам. Вищевказана змінність, а також масштаб та важкодоступність генеральної сукупності, унеможливають формування репрезентативної вибірки. Таким чином, вибіркова сукупність є нерепрезентативною. Кількісні результати дослідження доречно поширювати лише на тих українських біженців у Німеччині, що взяли участь в опитуванні.

Для формування вибірки використовувалося поєднання методу зручності та методу снігової кулі. Метод зручності (*convenience sampling*) полягає у тому, що вибірка формується з тієї частини генеральної сукупності, яка є легкодоступною для дослідника (Obilor, 2023). Метод снігової кулі засновується на тому, що дослідник спочатку визначає та відбирає респондентів, що відповідають критеріям для включення в дослідження, а потім просить респондентів запропонувати інших осіб, які також підійдуть за певними характеристиками для участі в опитуванні (Obilor, 2023). Незважаючи на те, що ці методи є малозатратними та зручними для дослідника, варто зазначити, що вони обмежують доступ до певних категорій генеральної сукупності (наприклад, людей старшого віку або тих, хто не має персонального комп'ютера чи смартфона).

Збір даних проводився з 17 квітня по 24 квітня 2024 року на платформі Google Forms. Засобом розповсюдження опитувальника слугували месенджер Telegram та соціальна мережа Facebook з огляду на поширеність загальнодоступних груп та чатів українських біженців на цих платформах. Оскільки генеральна сукупність становить приблизно 1,157,000 осіб, в опитуванні взяв участь 251 респондент та було обрано довірчу ймовірність 95%, максимальна допустима похибка становить 6,2%. Соціально-демографічні характеристики респондентів наведені у Додатку А.

Перед початком заповнення опитувальника респондентам була повідомлена тема та мета дослідження, а також добровільність участі та можливість припинити заповнення на будь-якому етапі. Дослідницький опитувальник, що розміщений у Додатку Б, складається з 6 змістовних блоків та

1 соціально-демографічного, що разом містять 80 запитань закритого типу і 1 запитання відкритого типу (щодо віку респондентів). Час заповнення опитувальника складав близько 15 хвилин.

Блок 1 складався з 3 запитань та передбачав визначення загальної самооцінки здоров'я українських біженців станом на квітень 2024 року, після початку повномасштабного вторгнення, однак до вимушеного переїзду, та одразу після вимушеного переїзду до Німеччини. Формулювання типового запитання: “Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я станом на [...]”. Варіанти відповіді: “Дуже добре”, “Добре”, “Посередньо”, “Погано”, “Дуже погано”.

Блок 2 розроблений на основі переліку фізичних симптомів Коена-Хобермана (Cohen-Hoberman inventory of physical symptoms, CHIPS), що використовується для визначення наявності та тяжкості фізичних симптомів в різних групах населення (Allen et al., 2017). Хоча оригінальна шкала містить 33 запитання, кількість запитань було зменшено до 20 шляхом об'єднання деяких близьких симптомів або видалення запитань за умови наявності суттєво схожих. Альфа Кронбаха для оригінальної шкали становив 0.92, після адаптації альфа Кронбаха становить 0.85. Формулювання типового запитання: “Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували [...]”. Варіанти відповіді: “Ніколи”, “Кілька днів”, “Більше половини днів”, “Майже щодня”, “Щодня”.

Блок 3 розроблений на основі переліку симптомів Гопкінса-25 (Hopkins Symptom Checklist-25, HSCL-25), що використовується для визначення проявів тривожності і депресії (Vindbjerg et al., 2021). Дослідивши 47 опитувальників для визначення здоров'я біженців, Джоді Так і Аніта Ганьон назвали HSCL-25 одним з найякісніших інструментів для вимірювання психічного стану біженців (2004). Оригінальна шкала складається з 25 запитань, 10 з яких відносяться до субшкали “Тривожність”, 15 – “Депресія”. Кількість запитань з першої субшкали була зменшена до 9 через неможливість вдало перекласти українською різницю між двома симптомами (“Scared” та “Fearful”), кількість запитань з другої субшкали була зменшена до 14 шляхом видалення симптома “Crying easily”. Альфа Кронбаха для оригінальної шкали становив 0.94, після

адаптації альфа Кронбаха становить 0.94. Формулювання типового запитання: “Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували [...]”. Варіанти відповіді: “Ніколи”, “Кілька днів”, “Більше половини днів”, “Майже щодня”, “Щодня”.

Блок 4 складається з 7 запитань та спрямований на визначення досвіду взаємодії респондентів з системою охорони здоров'я у Німеччині. Запитання не є частиною однієї шкали, тому відрізняються формулюваннями та віялами відповідей.

Блок 5 заснований на Гарвардській анкеті оцінки травми (Harvard trauma questionnaire, HTQ), що визначає вираженість симптомів пережитих під час війни травматичних подій (Rasmussen et al., 2015). Дослідивши 47 опитувальників для визначення здоров'я біженців, Джоді Так і Аніта Ганьон дійшли висновку, що HTQ є одним з найякісніших інструментів для вимірювання досвіду переживання біженцями травматичних подій (2004). Хоча кількість запитань в анкеті різняться залежно від її версії, перші 16 запитань, що вимірюють симптоми травми, є однаковими в усіх версіях HTQ (Rasmussen et al., 2015). Кількість запитань була зменшена до 15 через неможливість вдало перекласти українською симптом “Feeling jumpy” та його потенційну близькість до інших симптомів, представлених в опитувальнику. Альфа Кронбаха для оригінальної шкали з 16 запитань становив 0.90, після адаптації альфа Кронбаха становить 0.89. Оригінальні формулювання запитань та віяло відповідей були змінені відповідно до блоків 1 та 2.

Блок 6 заснований на Переліку життєвих труднощів після міграції (Post-Migration Living Difficulties Checklist), що спрямований на визначення наявності постміграційних труднощів в різноманітних суспільних сферах (Silove et al., 2006). Оригінальний перелік складається з 17 запитань, з яких 14 представлені у цьому дослідженні (3 запитання були видалені через їхню неактуальність для українських респондентів). Формулювання типового запитання: “Наскільки серйозною проблемою для Вас є [...]”. Варіанти відповіді: “Не проблема”, “Ледве серйозною”, “Помірно серйозною”, “Серйозною”, “Дуже серйозною”.

Блок 7 складається з 10 запитань, що спрямовані на визначення соціально-демографічних характеристик респондентів: вік, стать, місцевість проживання, найвищий отриманий рівень освіти, статус зайнятості, сімейний стан, наявність або відсутність дітей, рівень володіння німецькою, тип страхування, період, коли респондент вперше прибув до Німеччини з початку вторгнення.

Аналіз результатів дослідження відбувався у програмному забезпеченні для статистичного аналізу даних SPSS v. 29.0.2.0 шляхом використання кореляційного та логістичного регресійного аналізу.

## **2.2. Самооцінка здоров'я українських біженців у Німеччині**

Незважаючи на те, що біженці вважаються однією з найвразливіших та найбільш знехтуваних частин суспільства у контексті здоров'я (World Health Organization, 2022), більшість опитаних респондентів не оцінюють власний стан як поганий. Після початку повномасштабного вторгнення, однак до вимушеного переїзду в Німеччину 37,8% респондентів оцінювали своє здоров'я “добре” ( $n = 95$ ), 34,7% – “посереднє” ( $n = 87$ ). Одразу після вимушеного переїзду 41,4% вважали власний стан “посереднім” ( $n = 104$ ), 31,1% – “добрим” ( $n = 78$ ). Хоча між самооцінками здоров'я протягом двох періодів вбачається різниця, важливо з'ясувати, чи є вона статистично значущою.

Перед тим, як оцінити, чи існують статистично значущі зміни у вищевказаних показниках, варто визначити, чи є розподіл їхніх даних нормальним за критерієм Колмогорова-Смирнова. Для обох показників самооцінки здоров'я біженців  $p < 0.001$ , отже, нормальний розподіл відсутній. Для того, щоб з'ясувати, чи існують статистично значущі зміни у самооцінці здоров'я, використовувався Т-Критерій Вілкоксона, з огляду на те, що оцінюється різниця між двома залежними вибірками, що не мають нормального розподілу. Т-Критерій Вілкоксона показав, що не існує статистично значущої різниці у самооцінці здоров'я опитаних біженців до та після вимушеного переїзду в Німеччину,  $z = -1.771$ ,  $p = 0.77$ . Отже, емпіричні дані не

узгоджуються з гіпотезою 1. Опитані біженці не оцінювали власний стан здоров'я гірше до вимушеного переїзду в Німеччину, ніж після переїзду (під час повномасштабного вторгнення).

Вищевказаний результат має декілька потенційних пояснень. Покращення якості життя та самооцінки здоров'я після вимушеної міграції може відбуватися завдяки кращому оцінюванню респондентами отриманих медичних послуг у приймаючій країні, ніж у країні походження (Наї-Юнес et al., 2020). З огляду на це, можна припустити, що серед опитаних респондентів не існує статистично значущої різниці у самооцінці здоров'я до та після вимушеного переїзду, тому що вони могли отримувати належну медичну допомогу в Україні, яку не вважали значно гіршою за отриману допомогу в Німеччині. Тим не менш, підтвердження або спростування цього припущення потребує додаткових досліджень з огляду на відсутність потрібних для його перевірки показників у цьому дослідженні. Друге потенційне пояснення засновується на тому, що більшість респондентів ( $n = 168$ ) прибули до Німеччини протягом перших 6 місяців повномасштабного вторгнення. Припускається, що такі респонденти краще оцінювали своє здоров'я після переїзду, ніж ті, що прибули до Німеччини пізніше, тому що протягом меншого часу перебували у постійній потенційній небезпеці. Щоб перевірити це припущення, використовувався Критерій Краскела-Уолліса (з огляду на відсутність нормального розподілу залежної змінної та потребу у знаходженні відмінностей між п'ятьма категоріями незалежної змінної). Згідно з результатами аналізу, не існує статистично значущої різниці у самооцінці здоров'я одразу після міграції між біженцями, що прибули до Німеччини у різні періоди ( $\chi^2(4) = 7.784, p = 0.100$ ). Отже, емпіричні дані не узгоджуються з припущенням про те, що самооцінка здоров'я одразу після прибуття в Німеччину корелює з періодом прибуття.

Третє потенційне пояснення, чому серед опитаних респондентів не існує статистично значущої різниці у самооцінці здоров'я до та після вимушеного переїзду, засновується на вираженості симптомів пережитих під час війни травматичних подій. Лише 6% респондентів ( $n = 17$ ) мають сильні або дуже

сильні прояви посттравматичного розладу, 21,5% респондентів демонструють помірні прояви ( $n = 54$ ). Таким чином, більшість респондентів, найімовірніше, не зазнали тяжких фізичних або психічних травм, проживаючи на території України під час повномасштабного вторгнення. Припускається, що такі респонденти не надали значно кращу оцінку власному стану після вимушеної міграції, тому що не мали суттєвих травм до переміщення. Щоб перевірити це припущення, використовувався коефіцієнт кореляції рангу Кендала (з огляду на те, що розподіл даних не є нормальним, однак треба визначити силу і напрям зв'язку між двома змінними з порядковою та метричною шкалою). Згідно з результатами аналізу, існує слабкий статистичний зв'язок між рівнем посттравматичного розладу та самооцінкою здоров'я до вимушеної міграції ( $\tau_b = -0.168, p < 0.001$ ) та дещо сильніший статистичний зв'язок між рівнем посттравматичного розладу та самооцінкою здоров'я одразу після вимушеної міграції ( $\tau_b = -0.319, p < 0.001$ ). Таким чином, респонденти, що демонструють слабкі прояви посттравматичного розладу або його відсутність, справді краще оцінювали власне здоров'я як до, так і після вимушеної міграції, ніж респонденти, що мають сильні або помірні прояви ПТСР. Скошеність вибірки у сторону першого типу респондентів могла спричинити відсутність статистично значущої різниці між оцінками власних станів протягом двох періодів.

Незважаючи на дещо гірші результати показників здоров'я протягом двох попередніх періодів, станом на квітень 2024 року більшість (50,2%) опитаних біженців оцінювали своє здоров'я добре ( $n = 126$ ). Таким чином, спостерігається покращення у сприйнятті власних станів респондентами. Утім, варто перевірити, наскільки статистично значущою є краща оцінка власного здоров'я зараз, ніж одразу після вимушеної міграції.

Перед початком аналізу був використаний критерій Колмогорова-Смирнова для перевірки нормальності розподілу даних двох показників – самооцінки здоров'я біженців одразу після міграції та самооцінки здоров'я станом на квітень 2024 року. Для обох змінних  $p < 0.001$ , отже, нормальний розподіл відсутній. У рамках аналізу використовувався Т-Критерій

Віллоксона, з огляду на те, що оцінюється різниця між двома залежними вибірками, що не мають нормального розподілу. Було з'ясовано, що станом на квітень 2024 року опитані біженці надають вищі оцінки власному здоров'ю, ніж одразу після переїзду до Німеччини ( $z = -4.978$ ,  $p < 0.01$ ). За 5-бальною шкалою (де 1 – дуже погано, 5 – дуже добре) медіана даних, що вказують на самооцінку здоров'я одразу після переїзду, становить 3, медіана даних, що вказують на самооцінку здоров'я у квітні 2024 року – 4. Отже, емпіричні дані узгоджуються з гіпотезою 2. Біженці справді гірше оцінювали власний стан здоров'я одразу після вимушеного переїзду до Німеччини, аніж на момент опитування. Найімовірніше, це може пояснюватися декількома причинами.

По-перше, згідно з Амброзетті та іншими (2021), вплив негативних доміграційних детермінант на самооцінку здоров'я є найсильнішим на початку інтеграції в нове суспільство. По-друге, станом на квітень 2024 року, респонденти є більш адаптованими до німецького суспільства та більш обізнаними щодо системи охорони здоров'я в Німеччині, ніж на початку свого перебування у країні, що, найімовірніше, допомагає їм краще піклуватися про своє здоров'я. По-третє, респонденти могли отримати у Німеччині ті медичні послуги, які були недоступними для них в Україні, що покращило їхній рівень здоров'я.

Вивчаючи самооцінку здоров'я українських біженців, варто додатково розглянути їхнє сприйняття власних фізичних та психічних станів. Одним з недоліків самооцінки здоров'я, як інструментарію, вважається його нездатність надавати інформацію про симптоми, скарги та захворювання індивіда, що можуть турбувати респондента під час надання оцінки власному стану (Van Ginneken & Groenewold, 2012). Розгляд самооцінки фізичних та психічних станів біженців стане спробою уникнути цього недоліка у дослідженні.

Згідно з результатами попередніх досліджень, біженці схильні реагувати на травматичний досвід конфліктів та переміщення радше психологічними реакціями, а не фізичними (Jamil, et al., 2015). З огляду на це, припускається, що українські біженці у Німеччині гірше оцінюють свій психічний стан, ніж

фізичний.

У таблиці 2.1 наведені основні узагальнювальні характеристики індексів самооцінки фізичного стану (побудованого на основі CHIPS) та психічного стану (побудованого на основі HSCL-25). Альфа Кронбаха для індексів складає 0.85 та 0.94 відповідно. За 5-бальною шкалою частоти симптомів (де 1 – щодня, 5 – ніколи) медіана даних, що позначають самооцінку фізичного стану, становить 4.3, а медіана даних, що вказують на самооцінку психічного стану – 3.83. Таким чином, між оцінками різних вимірів здоров'я справді існує різниця, втім варто провести додаткову перевірку і дізнатися, чи є вона статистично значущою.

**Таблиця 2.1. Основні узагальнювальні характеристики самооцінки фізичних та психічних станів українських біженців у Німеччині**

	Фізичний стан	Психічний стан
Валідні значення	251	251
Пропущені значення	0	0
Медіана	4.30	3.83
Мода	4	4
Міжквартильний розмах	0.6	1.17

Перед початком аналізу був використаний критерій Колмогорова-Смирнова для перевірки нормальності розподілу даних двох показників. Для обох з них  $p < 0.001$ , отже, нормальний розподіл відсутній, тому використовувався Т-Критерій Вілкоксона, з огляду на те, що оцінюється різниця між двома залежними вибірками, що не мають нормального розподілу. У рамках аналізу було статистично доведено, що опитані біженці вважають власне фізичне здоров'я значно кращим, ніж психічне ( $z = -12.027$ ,  $p < 0.001$ ). Емпіричні дані узгоджуються з гіпотезою 3.

Варто також зазначити фізичні та психічні симптоми, які турбують опитаних біженців найбільше. 30,7% респондентів ( $n = 77$ ) мають проблеми зі

сном майже щодня або щодня, з такою ж частотою 22,3% респондентів ( $n = 56$ ) відчують біль у спині, 19,1% ( $n = 48$ ) мають нечіткість або розмитість зору, 15,1% ( $n = 38$ ) мають шкірні висипи, 14,7% ( $n = 37$ ) відчують біль або напруження у м'язах. Щодо психічного стану, 37,5% опитаних біженців ( $n = 94$ ) майже щодня або щодня є напруженими, з такою ж частотою 34,3% респондентів ( $n = 86$ ), на їхню думку, надмірно хвилюються, 33,1% ( $n = 83$ ) відчують занепад сил, також 33,1% ( $n = 83$ ) – смуток, а 31,9% ( $n = 80$ ) – неспокій. 31,1% ( $n = 78$ ) опитаних українських біженців відчують безнадію щодо майбутнього, а 33,1% ( $n = 83$ ) почуваються так, ніби перебувають у глухому куті. Можна припустити, що, надаючи оцінку власному здоров'ю, респонденти (принаймні частково) керувалися наявністю вищевказаних симптомів. Помітно, що кількість негативних психічних станів, як і чисельність людей, для яких вони характерні, значно більше, ніж фізичних. Отже, під час вимушеної міграції внаслідок повномасштабної війни проблеми психічних станів є більш характерними для українських біженців, ніж проблеми фізичних станів.

### **2.3. Детермінанти самооцінки здоров'я українських біженців у Німеччині**

Соціальні характеристики, умови існування та багато інших аспектів життя мають вплив на те, як індивіди оцінюють власне здоров'я. Оскільки життєві обставини біженців значно відрізняються від інших соціальних категорій, низка дослідників (Ambrosetti et al., 2021; Jamil et al., 2015; Nesterko et al., 2020) рекомендують поділяти детермінанти здоров'я біженців на соціально-демографічні, доміграційні та постміграційні. У рамках цієї роботи дослідження зв'язку між самооцінкою здоров'я біженців станом на квітень 2024 року та її детермінантами буде відбуватися завдяки бінарному логістичному аналізу.

У рамках логістичного регресійного аналізу використовуватимуться результати одноелементного показника здоров'я, які були трансформовані у

дихотомічну змінну з варіантами “добре здоров’я” (для респондентів, що оцінюють власне здоров’я “дуже добре”, “добре”, “посереднє”) та “погане здоров’я” (для респондентів, що оцінюють власне здоров’я “погано”, “дуже погано”). Було створено три регресійні моделі відповідно до трьох категорій детермінант самооцінки здоров’я біженців.

У таблиці 2.2 продемонстровані результати логістичної регресії, що має на меті визначити вплив соціально-демографічних характеристик біженців (віку, статі, освітнього рівня, статусу зайнятості, наявності або відсутності партнера, наявності або відсутності дітей, місцевості проживання) на самооцінку їхнього здоров’я. Першопочаткова модель логістичної регресії була статистично значущою,  $\chi^2(14, N = 251) = 55.156, p < 0.001$ . У рамках перевірки предикторів самооцінки здоров’я на мультиколінеарність було виявлено, що існує проблема мультиколінеарності між віком (Tolerance = 0.410, VIF = 2.441) та наявністю (або відсутністю дітей) у респондента (Tolerance = 0.435, VIF = 2.99). З огляду на статистичну незначущість впливу другої змінної на самооцінку здоров’я ( $p = 0.228, p = 0.108, p = 0.944$ ), її було видалено з моделі з метою покращення. Було також оцінено вибірку на наявність впливових залишків. Вибірка має 8 потенційних залишків, значення статистики Кука для яких складає від 0.21 до 0.54. Було прийнято рішення не включати 8 вищевказаних залишків до аналізу з метою покращення регресійної моделі. Таким чином, був створений остаточний варіант першої регресійної моделі, яка є статистично значущою,  $\chi^2(12, N = 243) = 79.531, p < 0.001$ . Значення коефіцієнта псевдо  $R^2$  ( $R^2$  Nagelkerke) складає 0.374, модель правильно класифікує 72% випадків.

**Таблиця 2.2. Предиктивний потенціал соціально-демографічних характеристик**

Змінна	P	OR	95% CI
Вік	<0.001	0.941	0.909, 0.973

Продовження табл. 2.2

Стать	<0.001	0.162	0.55, 0.473
Місцевість проживання	0.004	2.734	1.373, 5.444
Наявність або відсутність партнера	0.790	1.752	0.938, 3.272
Освітній рівень (Початковий/Незакінчений середній)	0.999	0.000	0.000, 0.000
Освітній рівень (Загальний середній)	0.545	1.761	0.281, 11.022
Освітній рівень (Середній спеціальний)	0.966	0.979	0.367, 2.614
Освітній рівень (Незакінчений вищий)	0.749	0.876	0.389, 1.972
Освітній рівень (Вищий)	Референтна група		
Статус зайнятості (Безробітні)	0.268	1.454	0.749, 2.821
Статус зайнятості (Пенсіонери)	0.700	1.919	0.246, 1.638
Статус зайнятості (Студенти)	0.999	0.000	0.000, 0.000
Статус зайнятості (Наймані працівники)	0.790	1.151	0.410, 3.233
Статус зайнятості (Підприємці і самозайняті)	Референтна група		

За результатами аналізу, зі зростанням віку респондентів зменшується ймовірність того, що вони добре оцінюватимуть власне здоров'я (OR=0.941, 95% CI [0.909, 0.973]). Емпіричні дані узгоджуються з наявними напрацюваннями, що повідомляють про зв'язок між старшим віком та гіршою оцінкою власного здоров'я, що, найімовірніше, пов'язано зі збільшенням кількості діагностованих захворювань та розладів (Gilford, 1988).

Було також з'ясовано, що жінки мають меншу ймовірність добре оцінити власне здоров'я, ніж чоловіки (OR=0.162, 95% CI [0.55, 0.473]). Таким чином,

дані узгоджуються з гіпотезою 6. Українські біженці жіночої статі справді гірше оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці чоловічої статі. Варто зазначити, що жінки загалом частіше повідомляють про проблеми здоров'я, ніж чоловіки (Kooptmans & Lamers, 2007), тому невідомо, чи різниця у суб'єктивних оцінках відповідає різниці в об'єктивних показниках стану здоров'я.

Незважаючи на результати наявних досліджень, у рамках цієї роботи не підтвердився вплив сімейного стану та наявності (або відсутності) дітей на самооцінку здоров'я біженців. Таким чином, дані не узгоджуються з гіпотезами 4 та 5. Припускається, що відповідальність та турбота, які пов'язані з дітьми, не є значними стресорами для українських респондентів, а наявність партнера не гарантує підтримки та допомоги, що покращує оцінку здоров'я, як зазначалося іншими дослідниками (Nesterko, et al., 2020). Серед соціально-демографічних детермінант самооцінки здоров'я статистично незначущими також виявилися освітній рівень та статус зайнятості.

Тим не менш, було з'ясовано, що респонденти, які мешкають у міській місцевості у 2.734 разів імовірніше нададуть кращу оцінку власному здоров'ю, ніж респонденти з сільської місцевості (95%CI [1.373, 5.444]). Такі результати можуть бути пов'язаними з більшою доступністю та різноманітністю медичних послуг у великих населених пунктах, ніж у маленьких.

У таблиці 2.3 продемонстровані результати логістичної регресії, що має на меті визначити вплив доміграційних детермінант (вираженість симптомів пережитих під час війни травматичних подій та наявність або відсутність соціальних зв'язків у Німеччині до переміщення) на самооцінку здоров'я біженців. Модель логістичної регресії була статистично значущою,  $\chi^2(2, N = 251) = 55.937$ ,  $p < 0.001$ . У рамках перевірки предикторів самооцінки здоров'я на мультиколінеарність відповідної проблеми не було виявлено. Було також оцінено вибірку на наявність впливових залишків. Вибірка не має потенційних залишків, максимальне значення статистики Кука 0.14. Значення коефіцієнта псевдо  $R^2$  ( $R^2$  Nagelkerke) складає 0.267, модель правильно класифікує 70,1% випадків.

Таблиця 2.3. Предиктивний потенціал доміграційних характеристик

## та досвідів

Змінна	P	OR	95% CI
Вираженість симптомів пережитих під час війни травматичних подій	<0.001	0.254	0.160, 0.402
Наявність або відсутність соціальних зв'язків у Німеччині до переміщення	0.028	1.879	1.070, 3.303

За результатами численних досліджень (Ambrosetti, et al., 2021; Jamil, et al., 2015; Nesterko, et al., 2020) досвід пережитої травми є найбільш значущою доміграційною детермінантою самооцінки здоров'я. У рамках аналізу було з'ясовано, що зі збільшенням вираженості симптомів пережитих під час війни травматичних подій зменшується ймовірність добре оцінити власний стан здоров'я (OR=0.254, 95% CI [0.160, 0.402]). Таким чином, результат аналізу відповідає результатам напрацювань інших дослідників та узгоджується з гіпотезою 7.

Було також з'ясовано, що біженці, які мали соціальні зв'язки у Німеччині до переміщення, у 1.879 разів ймовірніше добре оцінять власне здоров'я, ніж біженці, що не мали таких зв'язків (95% CI [1.070, 3.303]). Краща самооцінка здоров'я, найімовірніше, пояснюється наявністю підтримки та допомоги, отриманої від родичів, друзів чи знайомих на різних етапах адаптації в німецькому суспільстві.

У таблиці 2.4 продемонстровані результати логістичної регресії, що має на меті визначити вплив постміграційних детермінант на самооцінку здоров'я біженців. Модель містить такі детермінанти: рівень володіння німецькою мовою, тип медичного страхування, період першого прибуття в Німеччину, оцінка отриманих медичних послуг у Німеччині, рівень задоволеності німецькою системою охорони здоров'я, наявність потреби у підтримці та/або допомозі у взаємодії з німецькою системою охорони здоров'я, рівень

переживання за членів родини, що залишилися в Україні, наявність труднощів з працевлаштуванням, отриманням задовільного житла, фінансової допомоги, наявність досвіду конфліктів або непорозумінь з представниками міграційної служби, дискримінації, етнічних конфліктів, неотримання медичних послуг у Німеччині. Першопочаткова модель логістичної регресії була статистично значущою,  $\chi^2 (18, N = 251) = 74.113, p < 0.001$ . У рамках перевірки предикторів самооцінки здоров'я на мультиколінеарність було виявлено відповідну проблему між оцінкою отриманих медичних послуг у Німеччині (Tolerance = 0.474, VIF = 2.109) та рівнем задоволеності німецькою системою охорони здоров'я (Tolerance = 0.512, VIF = 1.952). З огляду на статистичну незначущість впливу двох змінних на самооцінку здоров'я ( $p = 0.990, p = 0.753$ ), їх було видалено з моделі з метою покращення. Було також оцінено вибірку на наявність впливових залишків. Вибірка має 4 потенційні залишки, значення статистики Кука для яких складає від 0.44 до 0.65. Було прийнято рішення не включати 4 вищевказані залишки до аналізу з метою покращення регресійної моделі. Таким чином, був створений остаточний варіант третьої регресійної моделі,  $\chi^2 (16, N = 247) = 77.581, p < 0.001$ . Значення коефіцієнта псевдо  $R^2$  ( $R^2$  Nagelkerke) складає 0.361, модель правильно класифікує 72,1% випадків.

**Таблиця 2.4. Предиктивний потенціал постміграційних характеристик та досвідів**

Змінна	P	OR	95% CI
Рівень володіння німецькою мовою	<0.001	1.670	1.288, 2.165
Наявність або відсутність потреби у підтримці та/або допомозі у взаємодії з системою охорони здоров'я в Німеччині	0.004	0.376	0.194, 0.729
Рівень переживання за членів родини, що залишилися в Україні	0.021	0.687	0.527, 0.896
Наявність або відсутність досвіду потребування, але неотримання медичних послуг у Німеччині	0.001	0.369	0.181, 0.756

Продовження табл. 2.4

Наявність або відсутність досвіду дискримінації в Німеччині	0.007	2.825	1.115, 7.143
Наявність або відсутність досвіду етнічних конфліктів	0.59	2.355	0.972, 5.333
Наявність або відсутність досвіду конфліктів чи непорозумінь з представниками міграційної служби	0.183	1.698	0.778, 3707
Наявність або відсутність труднощів з працевлаштуванням	0.107	1.888	0.871, 4.093
Наявність або відсутність труднощів з отриманням задовільного житла	0.484	1.300	0.624, 2.705
Наявність або відсутність труднощів з отриманням фінансової допомоги	0.126	0.539	0.244, 1.189
Тип медичного страхування (Відсутнє)	Референтна група		
Тип медичного страхування (Державний)	0.472	0.598	0.247, 2.432
Тип медичного страхування (Приватний)	0.71	1.323	0.800, 2.186
Період першого прибуття в Німеччину (Лютий – серпень 2022)	Референтна група		
Період першого прибуття в Німеччину (Вересень – січень 2022/2023)	0.250	1.835	0.653, 5.159
Період першого прибуття в Німеччину (Лютий – серпень 2023)	0.145	2.082	0.776, 5.588
Період першого прибуття в Німеччину (Вересень – січень 2023/2024)	0.75	3.975	0.936, 6.785
Період першого прибуття в Німеччину (Лютий – квітень 2024)	0.350	0.316	0.28, 3.537

За результатами аналізу, ймовірність краще оцінити власне здоров'я зростає у 1.670 разу зі зростанням рівня володіння німецькою мовою (95% СІ [1.288, 2.165]). Найімовірніше, респонденти з вищим рівнем володіння німецькою можуть ефективніше комунікувати з медичним персоналом, краще

описувати свої стани та скарги, а також розуміти і засвоювати більше інформації, що пов'язана зі здоров'ям. Вищевказані результати узгоджуються з гіпотезою 9 – біженці з вищим рівнем володіння німецькою мовою краще оцінюють власне здоров'я, ніж біженці з нижчим рівнем.

Результати аналізу також демонструють, що респонденти, які потребують допомоги або підтримки у взаємодії з системою охорони здоров'я у Німеччині, з меншою ймовірністю добре оцінять власний стан, ніж респонденти, що не мають такої потреби (OR=0.376, 95% CI [0.194, 0.729]). Припускається, що біженці з вищевказаною потребою мають гіршу обізнаність щодо німецької системи охорони здоров'я, а тому мають менше розуміння, куди та до кого звернутися у разі погіршення фізичного чи психічного станів, що має негативний вплив на їхнє здоров'я загалом. Вищевказані результати узгоджуються з гіпотезою 10. Біженці, що потребують підтримки або допомоги у взаємодії з системою охорони здоров'я Німеччини, гірше оцінюють власний стан здоров'я, ніж біженці, що не мають такої потреби.

Було також з'ясовано, що ймовірність краще оцінити власне здоров'я зменшується зі зростанням рівня переживання за членів родини, що залишилися в Україні (OR=0.687, 95% CI [0.527, 0.896]). Таким чином, підтверджується гіпотеза 11. Чим більше біженці переживають за членів родини, що залишилися в Україні, тим гірше вони оцінюють власне здоров'я. Науковці зазначають, що постійне занепокоєння за життя рідних (особливо у конфліктних або постконфліктних ситуаціях) провокує певний травматичний досвід у біженців (Nesterko, et al., 2020).

Результати аналізу також вказують на те, що респонденти, які потребували, але не отримували медичних послуг у Німеччині, з меншою ймовірністю добре оцінюють власний стан, ніж біженці, що завжди отримували медичні послуги (OR=0.369, 95% CI [0.181, 0.756]). Можна припустити, що гірша оцінка власного стану пов'язана з невирішеними проблемами здоров'я.

Останньою статистично значущою постміграційною детермінантою здоров'я біженців є досвід дискримінації у Німеччині. Респонденти, що не

піддавалися дискримінації в Німеччині, у 2.825 рази ймовірніше добре оцінять власне здоров'я, ніж респонденти, що мають досвід дискримінації (95% СІ [1.115, 7.143]). З огляду на те, що дослідженням не передбачено уточнювальних запитань, неможливо детальніше дослідити, яким саме був досвід дискримінації, хто та з яких причин дискримінував респондентів, а також на що конкретно вплинув цей досвід (у контексті здоров'я).

Статистично незначущим виявився вплив таких детермінант на самооцінку здоров'я біженців: тип медичного страхування, період першого прибуття в Німеччину, оцінка отриманих медичних послуг у Німеччині, рівень задоволеності німецькою системою охорони здоров'я, наявність труднощів з працевлаштуванням, отриманням задовільного житла, фінансової допомоги, наявність досвіду конфліктів або непорозумінь з представниками міграційної служби, етнічних конфліктів. З огляду на це, дані не узгоджуються з гіпотезою 8 – чим раніше біженці вимушено покинули територію України після початку повномасштабного вторгнення, тим кращою є самооцінка їхнього здоров'я. Такий результат відповідає напрацюванням науковців, що повідомляють про відсутність впливу тривалості перебування у приймаючій країні на самооцінку здоров'я біженців (Haj Younes, 2019; Nesterko, et al., 2020).

Підсумовуючи, станом на квітень 2024 року більшість опитаних біженців добре оцінюють власний стан здоров'я, незважаючи на те, що дослідники зазвичай вважають цю соціальну категорію однією з найвразливіших та найбільш знехтуваних в контексті здоров'я.

Найгірше респонденти оцінили власний стан одразу після міграції до Німеччини під час повномасштабної війни, втім значуща різниця між оцінкою здоров'я до та після вимушеного переїзду в Німеччину відсутня. Це потенційно може пояснюватися тим, що опитані біженці отримували таку ж належну медичну допомогу в Україні, як і в Німеччині. Інше можливе пояснення полягає у переважанні у вибірці респондентів, що демонструють слабкі прояви посттравматичного розладу або його відсутність. Такі респонденти схильні

надавати кращу оцінку своєму стану як до вимушеної міграції, так і після, що може нівелювати потенційну різницю.

Від моменту прибуття у Німеччину до квітня 2024 року (період опитування) оцінка власного здоров'я біженцями суттєво покращилася. Найімовірніше, це пояснюється тим, що на початку інтеграції в нове суспільство вплив негативних доміграційних детермінант на самооцінку здоров'я є найсильнішим, але адаптованість респондентів до суспільства та обізнаність щодо системи охорони здоров'я – найслабшими. До того ж, протягом свого перебування у Німеччині респонденти потенційно могли отримати ті медичні послуги, які були недоступними для них в Україні, що покращило їхній рівень здоров'я.

Було також з'ясовано, що опитані біженці вважають власне фізичне здоров'я кращим, ніж психічне. Кількість негативних психічних станів, як і чисельність людей, для яких вони характерні, значно більше, ніж фізичних. Можливо, саме ці характеристики фізичних та психічних станів беруться до уваги респондентами під час оцінювання власного здоров'я.

У рамках роботи було виокремлено 10 статистично значущих детермінант самооцінки здоров'я опитаних українських біженців станом на квітень 2024 року. Серед соціально-демографічних характеристик респондентів краща оцінка власного стану пов'язана з чоловічою статтю, проживанням у міській місцевості та молодшим віком. Було також з'ясовано, що деякі характеристики та досвіди індивідів, набуті до вимушеного переміщення в Німеччину, певною мірою пояснюють їхню самооцінку здоров'я. Ймовірність краще оцінити власне здоров'я є вищою для респондентів зі слабшою вираженістю симптомів пережитих під час війни травматичних подій, а також для респондентів що мали соціальні зв'язки (родичів, друзів чи знайомих) у Німеччині до переїзду. Наостанок було також встановлено існування статистично значущої ймовірності добре оцінити власне здоров'я для біженців, що мають певні характеристики та досвіди, пов'язані з перебуванням у Німеччині після вимушеної міграції. Краща оцінка свого стану пов'язана з вищим рівнем

володіння німецькою мовою, відсутністю потреби у допомозі або підтримці у взаємодії з німецькою системою охорони здоров'я, нижчим рівнем переживання за членів родини, що залишилися в Україні, відсутністю досвіду неотримання медичних послуг у Німеччині (у разі потреби) та відсутністю досвіду дискримінації.

## ВИСНОВКИ

Ця робота була націлена на визначення самооцінки здоров'я українських біженців у Німеччині та її детермінант. Насамперед були розглянуті теоретичні напрацювання соціальних науковців, спрямовані на концептуалізацію поняття “здоров'я”, внаслідок чого були виокремлено чотири основні підходи. Згідно з першим підходом, здоров'я є станом оптимальної здатності виконувати соціальні ролі і завдання. Натомість, відповідно до другого підходу, здоров'я є протилежністю девіації, що полягає у нормальному стані та діях індивіда відповідно до соціальних критеріїв. Третій підхід спрямований на розділення здоров'я на два концепти: ідеальне здоров'я, що є недосяжним ідеалом, на який люди орієнтуються, та нормальне здоров'я, що є досяжним стандартом адекватності щодо здібностей, станів і функціонування, необхідних для виконання соціально очікуваної діяльності. У рамках останнього підходу здоров'я є як процесом, так і (автономним, але культурно сформованим) результатом адаптації до соціально створеної реальності.

У рамках теоретичної частини дослідження були також визначені підходи до вивчення поняття самооцінки здоров'я. Самооцінка є одним з найпоширеніших способів дослідження здоров'я індивідів. Найбільш використовуваним інструментом самооцінки здоров'я є показник, який складається із запитання “Як ви оцінюєте своє здоров'я?” Науковці вбачають два підходи до розуміння самооцінки здоров'я. Згідно з першим підходом, це показник, що представляє більш об'єктивні характеристики здоров'я респондентів. Відповідно до другого підходу, поняття розуміється як сприйняття респондентами власного здоров'я, сконструйоване завдяки певним фільтрам (факторам), які також належать до самооцінки. Щоб отримати комплексне розуміння та підкреслити багатоаспектність поняття, доречно визначати самооцінку здоров'я шляхом поєднання обох варіантів концептуалізації.

Були також систематизовані напрацювання науковців у галузі самооцінки

здоров'я біженців. Загалом самооцінка здоров'я біженців є гіршою, ніж самооцінка населення приймаючої країни та мігрантів, що прибули в країну свідомо та добровільно. Науковці схильні класифікувати детермінанти здоров'я біженців крізь призму вимушеної міграції, тобто виокремлювати соціально-демографічні детермінанти (вік, стать, освітній рівень, статус зайнятості, соціально-економічний статус, сімейний стан, наявність або відсутність дітей), доміграційні (травматичний досвід, пережитий індивідом до переміщення) та постміграційні детермінанти (тривалість перебування у приймаючій країні, правовий статус, рівень володіння мовою країни перебування, житлові умови, потреба у підтримці у сфері охорони здоров'я, володіння інформацією про власну родину).

Емпірична частина дослідження стала спробою заповнити прогалину у вивченні самооцінки здоров'я українських біженців у Німеччині та її детермінант. Було з'ясовано самооцінку здоров'я респондентів протягом трьох періодів під час повномасштабної війни: до вимушеної міграції, одразу після прибуття до Німеччини та станом на квітень 2024 року. Найгірше опитані біженці оцінили власний стан одразу після міграції до Німеччини (41,4% обрали варіант "Посередньо"), втім статистично значуща різниця між оцінкою здоров'я до та одразу після переїзду в Німеччину відсутня.

Важливо зазначити, що респонденти повідомляють про суттєве покращення власних станів від моменту прибуття в Німеччину до квітня 2024 року. Попри те, що біженці часто вважаються однією з найвразливіших соціальних категорій в контексті здоров'я, на момент опитування більшість з них (50,2%) добре оцінювали власний стан. Таким чином, біженці гірше оцінювали власне здоров'я одразу після вимушеного переїзду до Німеччини, аніж на момент опитування.

Було також з'ясовано, що опитані біженці вважають власне фізичне здоров'я кращим, ніж психічне. Кількість негативних психічних симптомів значно більша, ніж фізичних. До того ж, чисельність людей, які повідомили про першу категорію симптомів також є більшою. Під час оцінювання свого

загального стану біженці, найімовірніше, принаймні частково враховують саме вищевказані симптоми.

У рамках роботи було також виокремлено 10 статистично значущих детермінант самооцінки здоров'я опитаних біженців станом на квітень 2024 року, три з яких є соціально-демографічними, дві – доміграційними, п'ять – постміграційними.

З'ясовано, що ймовірність надати кращу оцінку власному стану є у 6 разів вищою для біженців чоловічої статі, ніж для біженок жіночої статі, а також у майже 3 рази вищою для мешканців міської місцевості, ніж для мешканців сільської. До того ж, зі зростанням віку респондентів їхній шанс добре оцінити своє здоров'я зменшується у 1.06 разу.

Окрім соціально-демографічних характеристик біженців, їхні характеристики та досвіди, набуті до вимушеного переміщення в Німеччину, також певною мірою пояснюють самооцінку здоров'я. Ймовірність краще оцінити свій стан зменшується у майже 4 рази з посиленням вираженості симптомів пережитих під час війни травматичних подій (за 5-бальною шкалою). До того ж, емпіричні дані свідчать про те, що у біженців, які мали соціальні зв'язки у Німеччині до переміщення, ймовірність добре оцінити власне здоров'я є майже вдвічі більшою, ніж у біженців, що не мали таких зв'язків.

Серед характеристик та досвідів, пов'язаних з перебуванням у Німеччині після вимушеної міграції, також можливо виокремити детермінанти самооцінки здоров'я. Зокрема, ймовірність краще оцінити власне здоров'я зростає у 1.7 разу зі зростанням рівня володіння німецькою мовою (за 5-бальною шкалою). До того ж, респонденти, які не потребують допомоги або підтримки у взаємодії з німецькою системою охорони здоров'я, у 2.7 рази ймовірніше нададуть позитивну оцінку своєму стану, ніж респонденти, що мають таку потребу. Аналогічно, у 2.7 рази ймовірніше нададуть позитивну оцінку своєму стану респонденти, що завжди отримували медичну допомогу у разі потреби, на відміну від респондентів, що мали досвід неотримання медичних послуг. Було також з'ясовано, що ймовірність краще оцінити власне здоров'я зменшується у

1.5 разу зі зростанням рівня переживання за членів родини, що залишилися в Україні (за 5-бальною шкалою). Наостанок, респонденти, що не піддавалися дискримінації в Німеччині, у 2.8 рази ймовірніше добре оцінять власне здоров'я, ніж респонденти, що мають досвід дискримінації.

На противагу результатам наявних напрацювань у галузі здоров'я біженців, у цьому дослідженні незначущими виявилися такі детермінанти: тип медичного страхування, період першого прибуття в Німеччину, оцінка отриманих медичних послуг у Німеччині, рівень задоволеності німецькою системою охорони здоров'я, наявність труднощів з працевлаштуванням, отриманням задовільного житла, фінансової допомоги, наявність досвіду конфліктів або непорозумінь з представниками міграційної служби, етнічних конфліктів.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

- Паніотто, В., Харченко, Н. (2017). *Методи опитування*. Київ: Видавничий дім "Києво-Могилянська академія".
- Al-Khatib, I. A., Arafat, R. N., Musmar, M. (2005). Housing environment and women's health in a Palestinian refugee camp. *International Journal of Environmental Health Research*, 15(3), 181-191.
- Allen, S.F., Wetherell, M.A., Smith, M.A. (2017). The Cohen-Hoberman inventory of physical symptoms: Factor structure, and preliminary tests of reliability and validity in the general population. *Psychology & Health*, 32(5), 567-587.
- Ambrosetti, E., Dietrich, H., Kosyakova, Y., Patzina, A. (2021) The Impact of Pre- and Postarrival Mechanisms on Self-rated Health and Life Satisfaction Among Refugees in Germany. *Frontiers in Sociology*, 6 (6), 23–40.
- Becker, H. S. (1963). *Outsiders: Studies in the sociology of deviance*. Glencoe: Free Press.
- Carlson, E. B., Rosser-Hogan, R. (1991). Trauma experiences, posttraumatic stress, dissociation, and depression in Cambodian refugees. *The American Journal of Psychiatry*, 148(11), 1548–1551.
- Combes, S. J. B., Simonnot, N., Azzedine, F., Aznague, A., Chauvin, P. (2019). Self-perceived health among migrants seen in Médecins du Monde free clinics in Europe: impact of length of stay and wealth of country of origin on migrants' health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(24), 4878.
- Gagnon, A., Tuck, J. (2004). A systematic review of questionnaires measuring the health of resettling refugee women. *Health Care for Women International*, 25(2), 111-149.
- Garbarski, D. (2016). Research in and Prospects for the Measurement of Health using Self-Rated Health. *Public Opinion Quarterly*, 80(4), 977–997.
- Gerhardt, U. (1989). *Ideas about Illness: An Intellectual and Political History of Medical Sociology*. London: Red Globe Press.

- Gilford, D.M. (1988). *The Aging Population in the Twenty-First Century: Statistics for Health Policy*. Washington: National Academies Press.
- Haj-Younes, J., Strømme, E. M., Igland, J., Kumar, B., Abildsnes, E., Hasha, W., Diaz, E. (2020). Changes in self-rated health and quality of life among Syrian refugees migrating to Norway: a prospective longitudinal study. *International Journal for Equity in Health*, 19, 1-9.
- Hondius, A. J., van Willigen, L. H., Kleijn, W. C., van der Ploeg, H. M. (2000). Health problems among Latin-American and Middle-Eastern refugees in the Netherlands: Relations with violence exposure and ongoing sociopsychological strain. *Journal of traumatic stress*, 13, 619-634.
- Idler, E.L., Benyamini, Y. (1997). Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies. *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 21-37.
- Illich, I. (1975). The medicalization of life. *Journal of Medical Ethics*, 1, 73–77.
- Jamil, H., Nassar-McMillan, S. C., Salman, W. A., Tahar, M., Jamil, L. H. (2006). Iraqi Gulf War veteran refugees in the US: PTSD and physical symptoms. *Social Work in Health Care*, 43(4), 85-98.
- Jamil, H., Barkho, E., Broadbridge, C.L., Ventimiglia, M., Arnetz, J.E., Lami, F., Arnetz, B.B. (2015). Self-rated Health and Medical Conditions in Refugees and Immigrants from the Same Country of Origin. *Iraqi Journal of Medical Science*, 13(2), 108–119.
- Jylhä, M. (2009). What is self-rated health and why does it predict mortality? Towards a unified conceptual model. *Social Science & Medicine*, 69(3), 307–316.
- Kinzie, J. D., Riley, C., McFarland, B., Hayes, M., Boehnlein, J., Leung, P., Adams, G. (2008). High prevalence rates of diabetes and hypertension among refugee psychiatric patients. *The Journal of nervous and mental disease*, 196(2), 108–112.

- Koopmans, G. T., & Lamers, L. M. (2007). Gender and health care utilization: the role of mental distress and help-seeking propensity. *Social science & medicine*, 64(6), 1216-1230.
- Mossey, J.M., Shapiro, E. (1982). Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly. *American Journal of Public Health*, 72(8), 34-49.
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., Glaesmer, H. (2020). Health care needs among recently arrived refugees in Germany: a cross-sectional, epidemiological study. *International Journal of Public Health*, 65(6), 811–821.
- Obilor, E. I. (2023). Convenience and purposive sampling techniques: Are they the same. *International Journal of Innovative Social & Science Education Research*, 11(1), 1-7.
- Park, Y. S., Konge, L., Artino Jr, A. R. (2020). The positivism paradigm of research. *Academic medicine*, 95(5), 690-694.
- Parsons, T. (1960). Definitions of Health and Illness in the Light of the American Values and Social Structure. In E. G. Jaco (ed.), *Patients, physicians and illness : sourcebook in behavioral science and medicine* (pp. 165–187). Glencoe : The Free Press.
- Patwardhan, B., Mutalik, G., Tillu, G. (2015). *Integrative Approaches for Health*. Cambridge: Academic Press.
- Rasmussen, A., Verkuilen, J., Ho, E., Fan, Y. (2015). Posttraumatic stress disorder among refugees: Measurement invariance of Harvard Trauma Questionnaire scores across global regions and response patterns. *Psychological Assessment*, 27(4), 1160.
- Riza, E., Karnaki, P., Gil-Salmerón, A., Zota, K., Ho, M., Petropoulou, M., Katsas, K., Ferrer, J.G., Linos, A. (2020). Determinants of refugee and migrant health status in 10 European countries: the Mig-HealthCare project. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(17), 53-63.
- Sheikh-Mohammed, M., MacIntyre, C. R., Wood, N. J., Leask, J., & Isaacs, D. (2006). Barriers to access to health care for newly resettled sub-Saharan refugees in Australia. *Medical Journal of Australia*, 185(11-12), 594-597.

- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Brooks, R., Harris, E. (2006). Torture, mental health status and the outcomes of refugee applications among recently arrived asylum seekers in Australia. *International Journal of Migration, Health and Social Care*, 2(1), 4-14.
- Twaddle, A. C. (1974). The concept of health status. *Social Science & Medicine*, 8(1), 29–38.
- United Nations High Commissioner for Refugees. (2016). Global Report 2016. Geneva: UN High Commissioner for Refugees.
- U.S. Department of Health and Human Services, Office of Disease Prevention and Health Promotion. (2020). *Social Determinants of Health*. Healthy People 2030.  
<https://health.gov/healthypeople/priority-areas/social-determinants-health>
- Van Ginneken, J. K., Groenewold, G. (2012). A Single- vs. Multi-Item Self-Rated Health Status Measure: A 21-Country Study. *The Open Public Health Journal*, 5(1), 1–9.
- Van Selm, M., Jankowski, N. W. (2006). Conducting online surveys. *Quality and quantity*, 40, 435-456.
- Vatansever, K. (2016). Determinants of health on refugees: refugees' problems in camps. In N. Dedeoglu & I. Ergin (Eds.), *War, Migration and Health: Experience of Turkey* (pp. 20–31). Ankara: Turkish Medical Association.
- Vindbjerg, E., Mortensen, E. L., Makransky, G., Nielsen, T., Carlsson, J. (2021). A rasch-based validity study of the HSCL-25. *Journal of Affective Disorders Reports*, 4(10), 7-19.
- Wang, J., & Geng, L. (2019). Effects of socioeconomic status on physical and psychological health: lifestyle as a mediator. *International journal of environmental research and public health*, 16(2), 281.
- Weiss, G. L., & Lonnquist, L. E. (2014). *The Sociology of Health, Healing, and Illness* (8th ed.). London: Routledge.
- World Health Organization (1996). *Health interview surveys. Towards international harmonization of methods and instruments*. Copenhagen: WHO

Regional Publications.

World Health Organization (2022). *World report on the health of refugees and migrants*. Geneva: World Health Organization.

Wu, S., Wang, R., Zhao, Y., Ma, X., Wu, M., Yan, X., & He, J. (2013). The relationship between self-rated health and objective health status: a population-based study. *BMC Public Health*, 13(1).

**ДОДАТОК А**  
**СОЦІАЛЬНО-ДЕМОГРАФІЧНІ ХАРАКТЕРИСТИКИ**  
**РЕСПОНДЕНТІВ**

Таблиця А.1

Характеристика	Частота	Відсоток
Стать (Чоловік)	42	16.7%
Стать (Жінка)	209	83.3%
Освітній рівень (Початковий/Незакінчений середній)	2	0.8%
Освітній рівень (Загальний середній)	10	4%
Освітній рівень (Середній спеціальний)	26	10.4%
Освітній рівень (Незакінчений вищий)	42	16.7%
Освітній рівень (Вищий)	171	68.1%
Статус зайнятості (Безробітні)	100	39.8%
Статус зайнятості (Пенсіонери)	6	2.4%
Статус зайнятості (Студенти)	43	17.1%
Статус зайнятості (Наймані працівники)	83	33.1%
Статус зайнятості (Підприємці і самозайняті)	19	7.6%
Сімейний стан (Немає партнера)	100	39.8%
Сімейний стан (Є партнер)	151	60.2%
Наявність чи відсутність дітей (Так, з дітьми в Німеччині)	115	45.8%
Наявність чи відсутність дітей (Так, без дітей в Німеччині)	21	8.4%

*Продовження табл. А.1*

Наявність чи відсутність дітей (Відсутні)	115	45.8%
Місцевість проживання в Німеччині (Міська)	187	74.5%
Місцевість проживання в Німеччині (Сільська)	64	25.5%
Вік	Середній вік: 34 роки	

## ДОДАТОК Б

### ДОСЛІДНИЦЬКИЙ ОПИТУВАЛЬНИК

#### Вступ

Вітаю! Мене звати Вікторія, я студентка четвертого року навчання спеціальності "Соціологія" Національного університету "Києво-Могилянська Академія". У рамках своєї дипломної роботи я проводжу дослідження, що допоможе зрозуміти, як українські біженці в Німеччині оцінюють власне здоров'я та які фактори на це впливають.

Беручи участь у цьому дослідженні, ви робите внесок у розширення знань про фізичні та психічні стани біженців, їхні потреби у сфері охорони здоров'я та виклики, з якими вони стикаються.

Опитування є анонімним. Ваші відповіді будуть використовуватися в узагальненому вигляді разом з іншими відповідями, тому ідентифікація респондентів неможлива. Участь в опитуванні є добровільною, тому ви маєте право відмовитися на будь-якому етапі, але кожна думка є важливою.

#### **Блок 1. Загальна самооцінка здоров'я**

1. Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я сьогодні?
  - Дуже добре
  - Добре
  - Посередньо
  - Погано
  - Дуже погано
2. Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я після початку повномасштабного вторгнення, однак до переїзду в Німеччину?
  - Дуже добре
  - Добре
  - Посередньо
  - Погано
  - Дуже погано

3. Як би Ви загалом оцінили своє здоров'я одразу після переїзду в Німеччину?

- Дуже добре
- Добре
- Посередньо
- Погано
- Дуже погано

### **Блок 2. Самооцінка фізичного здоров'я**

4. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували біль у серці або грудях?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

5. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували посилене серцебиття без попереднього фізичного навантаження?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

6. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували задишку без попереднього фізичного навантаження?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

7. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували тремтіння рук?

- Ніколи

- Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
8. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували оніміння або поколювання у будь-якій частині тіла?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
9. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували нечіткість або розмитість зору?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
10. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували припливи жару або холоду?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
11. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували напруження або біль у м'язах?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів

- Майже щодня

- Щодня

12. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували біль у спині?

- Ніколи

- Кілька днів

- Більше половини днів

- Майже щодня

- Щодня

13. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас були проблеми зі сном? (Не можете заснути, прокидаєтеся посеред ночі або рано вранці)

- Ніколи

- Кілька днів

- Більше половини днів

- Майже щодня

- Щодня

14. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували втрату апетиту?

- Ніколи

- Кілька днів

- Більше половини днів

- Майже щодня

- Щодня

15. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували важкість або дискомфорт у животі?

- Ніколи

- Кілька днів

- Більше половини днів

- Майже щодня

- Щодня

16. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас була печія?

- Ніколи

- Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
17. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас було порушення дефекації?  
(Діарея, закрєп)
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
18. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували нудоту?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
19. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували запаморочення?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
20. Як часто протягом останніх 30 днів у Вас були шкірні висипи?
- Ніколи
  - Кілька днів
  - Більше половини днів
  - Майже щодня
  - Щодня
21. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували закладеність носа?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

22. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували головний біль?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

23. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували зубний біль?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

### **Блок 3. Самооцінка психічного здоров'я**

24. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували раптовий страх без причини?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

25. Як часто протягом останніх 14 днів Ви були напруженими?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня

- Щодня

26. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували паніку?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

27. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували неспокій?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

28. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували занепад сил?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

29. Як часто протягом останніх 14 днів Ви звинувачували себе у чомусь?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

30. Як часто протягом останніх 14 днів Ви втрачали сексуальний інтерес або задоволення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів

- Майже щодня
- Щодня

31. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували безнадію щодо майбутнього?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

32. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували смуток?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

33. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували самотність?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

34. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували себе так, ніби перебуваєте у глухому куті?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

35. Як часто протягом останніх 14 днів Ви надмірно хвилювалися через якісь речі?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

36. Як часто протягом останніх 14 днів Ви не відчували інтересу до будь-яких речей?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

37. Як часто протягом останніх 14 днів Ви думали про те, щоб покінчити з життям?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

38. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас виникало відчуття, що все, що Ви робите, вимагає забагато зусиль?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

39. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас виникало відчуття власної нікчемності?

- Ніколи
- Кілька днів

- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

#### **Блок 4. Отримання медичної допомоги у Німеччині**

40. Чи потребували Ви коли-небудь медичної допомоги у Німеччині?

- Так
- Ні

41. Чи потребували Ви коли-небудь медичної допомоги у Німеччині, але не отримували її?

- Так
- Ні

42. Якщо Ви отримували медичну допомогу у Німеччині, як Ви оцінюєте надані медичними працівниками послуги?

- Дуже добре
- Добре
- Посередньо
- Погано
- Дуже погано

43. Наскільки Вас задовольняє те, як працює система охорони здоров'я у Німеччині?

- Цілком задовольняє
- Більше задовольняє, ніж не задовольняє
- Наскільки задовольняє, настільки й не задовольняє
- Більше не задовольняє, ніж задовольняє
- Цілком не задовольняє

44. На Вашу думку, чи потребуєте Ви допомоги або підтримки у взаємодії з системою охорони здоров'я у Німеччині?

- Так
- Ні

#### **Блок 5. Досвід повномасштабного вторгнення**

45. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас повторювалися думки або спогади про найтяжчі або найстрашніші події повномасштабного вторгнення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

46. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас було відчуття, що тяжкі або страшні події повномасштабного вторгнення повторюються знову?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

47. Як часто протягом останніх 14 днів у Вас були нічні кошмари?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

48. Як часто протягом останніх 14 днів Ви відчували себе відстороненими від людей?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

49. Як часто протягом останніх 14 днів Ви не відчували емоцій?

- Ніколи

- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

50. Як часто протягом останніх 14 днів Ви були знервованими?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

51. Як часто протягом останні 14 днів у Вас були труднощі з концентрацією?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

52. Як часто протягом останніх 14 днів Ви були настороженими?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

53. Як часто протягом останніх 14 днів Ви були роздратованими?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

54. Як часто протягом останніх 14 днів Ви уникали активності, яка нагадує про тяжкі або страшні події повномасштабного вторгнення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

55. Як часто протягом останніх 14 днів Ви не могли пригадати частини тяжких або страшних подій повномасштабного вторгнення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

56. Як часто протягом останніх 14 днів Ви уникали думок або почуттів, пов'язаних з тяжкими або страшними подіями повномасштабного вторгнення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

57. Як часто протягом останні 14 днів у Вас були раптові емоційні або фізичні реакції при нагадуванні про тяжкі або страшні події повномасштабного вторгнення?

- Ніколи
- Кілька днів
- Більше половини днів
- Майже щодня
- Щодня

### **Блок 6. Досвід протягом перебування у Німеччині**

Цей блок спрямований на розуміння Вашого досвіду та складнощів, з

якими Ви зіштовхнулися протягом перебування в Німеччині. Відповідаючи на ці запитання, беріть до уваги весь період перебування у Німеччині. Якщо певна ситуація не є для Вас характерною або проблемною, оберіть варіант відповіді "Не проблема".

58. Наскільки серйозною проблемою для Вас є відчуття самотності або нудьги під час перебування у Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

59. Наскільки серйозною проблемою для Вас є переживання за членів родини, що залишилися в Україні?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

60. Наскільки серйозною проблемою для Вас є неможливість повернутися до рідної країни в екстрених випадках?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною
- Наскільки серйозною проблемою для Вас є вивчення німецької мови?
- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною

- Дуже серйозною
61. Наскільки серйозною проблемою для Вас є розлука з родиною під час перебування в Німеччині?
- Не проблема
  - Ледве серйозною
  - Помірно серйозною
  - Серйозною
  - Дуже серйозною
62. Наскільки серйозною проблемою для Вас є працевлаштування в Німеччині?
- Не проблема
  - Ледве серйозною
  - Помірно серйозною
  - Серйозною
  - Дуже серйозною
63. Наскільки серйозною проблемою для Вас є побоювання бути відправленим назад до України?
- Не проблема
  - Ледве серйозною
  - Помірно серйозною
  - Серйозною
  - Дуже серйозною
64. Наскільки серйозною проблемою для Вас є отримання задовільного житла під час перебування в Німеччині?
- Не проблема
  - Ледве серйозною
  - Помірно серйозною
  - Серйозною
  - Дуже серйозною
65. Наскільки серйозною проблемою для Вас є отримання фінансової

допомоги під час перебування в Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

66. Наскільки серйозною проблемою для Вас є отримання фінансової допомоги під час перебування в Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

67. Наскільки серйозною проблемою для Вас є побоювання не отримати медичне лікування в Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

68. Наскільки серйозною проблемою для Вас є конфлікти або непорозуміння з представниками міграційної служби в Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

69. Наскільки серйозною проблемою для Вас є конфлікти або непорозуміння з представниками інших служб в Німеччині?

- Не проблема

- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

70. Наскільки серйозною проблемою для Вас є етнічні конфлікти в Німеччині?

- Не проблема
- Ледве серйозною
- Помірно серйозною
- Серйозною
- Дуже серйозною

### **Блок 7. Соціально-демографічний блок**

71. Вкажіть, будь ласка, Ваш вік.

72. Вкажіть, будь ласка, Вашу стать.

- Чоловік
- Жінка

73. Вкажіть, будь ласка, найвищий рівень освіти, який Ви отримали або отримуєте зараз.

- Початкова/Незакінчена середня
- Загальна середня
- Середня спеціальна
- Незакінчена вища
- Вища

74. Вкажіть, будь ласка, до якої категорії належить Ваш статус зайнятості.

- Підприємці і самозайняті
- Наймані працівники
- Безробітні
- Пенсіонери
- Студенти

75. Вкажіть, будь ласка, Ваш сімейний стан.

- Одружений / Заміжня
- Маю партнера / партнерку
- Не одружений / Не заміжня
- Розлучений / Розлучена
- Удівець / Удова

76. Вкажіть, будь ласка, чи маєте Ви дітей.

- Так, перебуваю у Німеччині з дитиною/дітьми.
- Так, перебуваю у Німеччині без дитини/дітей.
- Ні

77. Вкажіть, будь ласка, чи мали Ви родичів, друзів чи знайомих у Німеччині до переїзду.

- Так
- Ні

78. Вкажіть, будь ласка, що з перерахованого Ви можете зробити німецькою (Ви можете обрати декілька варіантів відповідей).

- Читати
- Писати
- Спілкуватися у побуті
- Спілкуватися у професійній діяльності
- Нічого з перерахованого вище

79. Вкажіть, будь ласка, Вашу місцевість проживання у Німеччині.

- Міська
- Сільська

80. Вкажіть, будь ласка, Ваш тип медичного страхування.

- Державне медичне страхування
- Приватне медичне страхування
- Медичне страхування відсутнє

81. Вкажіть, будь ласка, коли Ви вперше з початку повномасштабного вторгнення прибули у Німеччину.

- Лютий - серпень 2022

- Вересень - січень 2022/2023
- Лютий - серпень 2023
- Вересень - січень 2023/2024
- Лютий - квітень 2024

Дякую за заповнення опитувальника!