

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ  
НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я  
імені П.Л. ШУПІКА

Кваліфікаційна наукова  
праця на правах рукопису

**ДЕНИСЮК ЛОБОВ ІГОРІВНА**

УДК: 616-058.001.89:617.7-053.2(477)

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ  
ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ  
МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ  
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ**

14.02.03 – соціальна медицина

Галузь знань: 022 – Охорона здоров'я

Подасться на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,  
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело

Д.І. Денисюк

(підпис, відповідно до прізвища здобувача)

Київ – 2025

## АНОТАЦІЯ

*Денисюк Д.І.* Медико-соціальне обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук за спеціальністю 14.02.03 «Соціальна медицина» (галузь знань 22 – Охорона здоров'я). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, МОЗ України, Київ, 2025.

Дисертація захищається в спеціалізованій вченій раді Д 61.051.09 ДВНЗ «Ужгородський національний університет» МОЗ України, Ужгород, 2025.

Дисертація присвячена вирішенню актуальної проблеми вітчизняної соціальної медицини – збереженню офтальмологічного здоров'я дітей – шляхом медико-соціального обґрунтування, розробки та впровадження (за окремими елементами) удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Дослідження, згідно з програмою, здійснено в сім організаційних етапів, на кожному з яких було застосовано обґрунтований перелік методів дослідження соціальної медицини. Автором здійснено збір перводжерел, викопіювання матеріалів, сформовані бази даних, з наступною їх обробкою, узагальненням та аналізом отриманої інформації, яка стала підґрунтям для обґрунтування, розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

На *першому етапі* проводиться аналіз наукових досліджень із вирішення проблеми попередження порушень зорових функцій з дитинства, вивчення медико-соціальних аспектів їх впливу на формування офтальмологічного здоров'я населення та підходів до організації надання медичної допомоги.

Доведена переконлива актуальність напряму наукового пошуку, оскільки наявність сприятливих умов для накопичення факторів ризику розвитку розладів зору в Україні, а також наявність невирішених організаційних питань реалізації стратегії збереження офтальмологічного здоров'я дітей, значно впливає на їх соціалізацію і працевлаштування у майбутньому.

Під час виконання *другого етапу* програми дисертаційного дослідження завершено формулювання напряму наукового пошуку його мети, завдань, програми, методів та об'єктів дослідження. Періодом виконання дисертаційного дослідження стали 2003-2022 роки. Організаційно та методично цей період часу було розділено на два періоди. Зокрема, під час першого з них (2003-2017 рр.), відбувалося виконання перших п'яти етапів дисертаційного дослідження, під час другого, – виконання VI-VII етапів (2018-2022 рр.), під час яких формувалася заключна частина дослідження з науковим обґрунтуванням, розробкою та впровадженням удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, оцінювалася ефективність запропонованої моделі та її фрагментів, які були впроваджені в практику охорони здоров'я.

*Третій етап* дисертаційного дослідження присвячений вивченню динаміки особливостей формування показників захворюваності, поширеності за класом хвороб ока та його придаткового апарату з вивченням показників результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення на предмет виявлення офтальмологічної патології та інвалідності по зору з дитинства по причині наявності захворювання за класом хвороб ока та його придаткового апарату. Виявлені особливості динаміки змін значень та структури показників захворюваності та поширеності хвороб за означеним класом на тлі зростаючої частоти виявлення порушень зору при профілактичних оглядах дітей та стрімкому зростанні поширеності зімові із віком (13,68 на 1000 дітей дошкільного віку до 35,57 на 1000 дітей 7-14 років (в 10 разів,  $p < 0,0001$ )) та 84,86 на 1000 дітей 15-17 років (в 23 рази,  $p < 0,0001$ ), актуалізують проблеми

сприятливого виконання та якісного медичного супроводу офтальмологічної патології з раннього дитячого віку.

Виконання завдань *четвертого етапу* роботи дозволило переконатися в зменшенні ресурсного та кадрового забезпечення офтальмологічної служби. Так, при скороченні кількості офтальмологічних ліжок (іх для дітей в 1,4 рази, так і для дорослих в 1,46 рази), відбулося зменшення забезпеченості ними (до 1,1 на 1000 дітей та 0,99 на 10 тис. дорослих). Зменшилася забезпеченість офтальмологами (на 11,25 %), особливо дитячими (на 25,0 %). Зріс обіг ліжка (з 36,09 в 2003 р. до 49,18 в 2017 р.) та відносний показник кількості оперативних втручань (+4,99 %), особливо мікрохірургічних (+10,34 %), які склали переважну більшість проведених операцій на органах зору (83,0 %), зросла кількість офтальмологічних оперативних втручань, проведених в амбулаторно-поліклінічних умовах (в 1,7 рази).

Наступний *п'ятий етап* дисертаційного дослідження дозволив вивчити вплив офтальмологічної патології у дітей рідного віку на формування компонентів якості життя. Доведено, що наявність офтальмологічної патології знижує якість життя дитини у віці до 3-х років на 17,8 %, а у віці старше 3-х років на 19,3%. Зниження гостроти зору негативно впливає на: самосприйняття дитиною загального здоров'я ( $0,59 \pm 0,21$  у віці до 3-х років та  $0,57 \pm 0,18$  у віці старше 3-х років); загальну самооцінку стану зору ( $0,55 \pm 0,17$  у віці до 3-х років та  $0,55 \pm 0,15$  у віці старше 3-х років); формування м'язів ( $0,82 \pm 0,17$  в віці до 3-х років та  $0,63 \pm 0,16$  у віці старше 3-х років); оцінку стану особистості ( $0,72 \pm 0,13$  в віці до 3-х років та  $0,66 \pm 0,12$  у віці старше 3-х років); вивчення дитиною навичок ходити, бігати, стрибати та перестрибувати ( $0,72 \pm 0,24$  у віці до 3-х років та  $0,60 \pm 0,21$  у віці старше 3-х років); формування швидких і вправних рухів ( $0,57 \pm 0,23$  у віці старше 3-х років); можливості читання, перегляду телевізора та керування авто у майбутньому ( $0,31 \pm 0,24$  у віці старше 3-х років); спілкування з однолітками ( $0,59 \pm 0,25$  у віці до 3-х років та  $0,69 \pm 0,19$  у віці старше 3-х років). Більшість батьків, маючи значні проблеми з інформованістю про ознаки та наслідки порушення функцій зору у дітей,

воліють покладатися на медичні, освітні, державні профілактичні програми та не готові в повній мірі взяти на себе відповідальність за формування здорових функцій зору у власних дітей. З'ясовано, що нажаль, не можна назвати високою готовність батьків до участі в заходах з попередження порушень зору, що аргументує доцільність розробки відповідних міжгалузевих програм.

На наступному *шостому* організаційному етапі представлено узагальнені результати соціологічних досліджень серед сімейних лікарів, освіти досвідченої та шкільної освіти. Виявлена висока обізнаність сімейних лікарів про фактори ризику порушень зору ( $95,63 \pm 0,91\%$ ) та гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці ( $79,37 \pm 1,80\%$ ). Проте, практично третина сімейних лікарів ( $29,37 \pm 2,03\%$ ) взагалі не проводять профілактичні діагностичні обстеження функцій зору у дітей через відсутність знань та практичних навичок, ще у  $52,38 \pm 2,22\%$  сімейних лікарів оснащення робочого місця не дозволяє проводити такі обстеження. Наведене дозволяє зробити висновок, що спроможність первинної медичної допомоги самотужки вирішити проблему попередження зростання поширеності офтальмологічної патології серед дітей є вкрай недостатньою. Аналіз результатів опитування освіти виявив їх готовність брати участь у профілактичних програмах із попередження порушень зору з дитинства та підтримку запровадження таких профілактичних програм при додатковому інформуванні з питань профілактики порушень зору. Вищевикладене актуалізує пошук шляхів реалізації міждисциплінарного комплексного програмного підходу для реалізації заявленої готовності сімейних лікарів та освіти долучитися до профілактичних програм з попередження виникнення порушень зору в дитячому віці, що виводить цю проблему на орбіту взаємодії медиків, батьків, членів родини з освітніми досвідченої та шкільної освіти, які щоденно контактують із дітьми різного віку та мають змогу активно долучатися до освітньо-виховного процесу.

На *сьомому*, заключному етапі були з'ясовані передумови недостатньої організації профілактичної роботи із збереження функцій зору в дитячому віці, попри значні сподівання реформування вітчизняної охорони із впровадженням

пакетів профілактично спрямованої доступної, безперервної, економічно ефективної первинної медичної допомоги населенню на принципах рівності та справедливості. Обґрунтовані пріоритетні вектори організаційних змін та запропоновано удосконалення функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей, яка була позитивно оцінена експертами.

**Наукова новизна** одержаних результатів полягає в тому, що *вперше в Україні*: виявлені особливості та тенденції формування динаміки медико-статистичних показників поширеності, захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату серед різних статевих-вікових груп, зокрема серед дитячого населення в розрізі регіонів України; вивчено готовність лікарів загальної практики, освіти дошкільної та шкільної освіти, батьків дітей раннього віку до участі у міжсекторальних програмних заходах із запровадження сучасних медико-організаційних технологій ранньої діагностики офтальмологічної патології в дитячому віці; системно представлено необхідність наукового обґрунтування удосконалення функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні; проведено систематизацію пріоритетних організаційних векторів удосконалення надання первинної медичної допомоги та спеціалізованої офтальмологічної допомоги дітям з факторами ризику порушення зорових функцій; показано дієвий механізм та інструментарій системного планування організації надання медичної допомоги дітям з елементами превентивного, предиктивного, персоналізованого попередження розладів функцій зору для підвищення ефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я; здійснено наукове обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні; доведено її ефективність.

*Удосконалено* методи міжсекторальної взаємодії із виділенням дітей із ранніми ознаками наявності офтальмологічної патології для застосування

медико-профілактичних технологій пієлювання виявлених керованих факторів ризику виникнення хвороб ока та його придаткового апарату при наданні первинної медичної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей дитини.

*Набути подальшого розвитку:* підходи до розподілу функцій між лікарями первинної медичної допомоги та спеціалістами (офтальмологами, дитячими офтальмологами, оптометристами) щодо реалізації сучасних медико-профілактичних технологій задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

*Теоретичне значення* одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема з удосконалення організації надання медичної допомоги із забезпечення міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дитячого населення.

*Практичне значення* дослідження полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для впровадження медико-організаційної технології розробки та корекції індивідуального маршруту дитини при виявленні факторів ризику або перших ознак порушення здорових функцій в дитячому віці; розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, визначення її ефективності; удосконалення навчальних програм підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини, оптометристів, дитячих офтальмологів на післядипломному рівні з навчання практичним навчанням на робочому місці; впровадження підходів міжсекторальної взаємодії із попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей.

**Ключові слова:** міжсекторальна взаємодія, збереження офтальмологічного здоров'я, організація надання медичної допомоги дітям із порушенням зору.

## ANNOTATION

DENYSIUK L.I. Medical and social justification of the improved functional and organizational model of the system of intersectoral interaction for the preservation of ophthalmological health of children in Ukraine – Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Medical Sciences in the specialty 14.02.03 - social medicine. - National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyk, – National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L. Shupyka, Kyiv, 2023

Research, according to the program, was carried out in seven organizational stages, at each of which a justified list of social medicine research methods was applied. The author collected primary sources, copied materials, created databases, followed by their processing, generalization and analysis of the received information, which became the basis for the justification, development and implementation of an improved functional and organizational model of the system of intersectoral interaction for the preservation of the ophthalmological health of children in Ukraine.

At the first stage, an analysis of scientific research was carried out to solve the problem of preventing visual impairments from childhood, studying their medical and social aspects and approaches to the organization of medical care.

The convincing relevance of the direction of scientific research has been proven, since the presence of favorable conditions for the accumulation of risk factors for the development of vision disorders in Ukraine, as well as the presence of unresolved organizational issues for the implementation of the strategy of preserving the ophthalmological health of children, significantly affects their socialization and employment in the future.

During the implementation of the second stage of the dissertation research program, the formulation of the direction of the scientific search for its goal, tasks, program, methods and scope of research was completed. The period of dissertation research was 2003-2022. Organizationally and methodologically, this time period was divided into two periods. In particular, during the first of them (2003-2017), the first five stages of the dissertation research were carried out, during the second, the VI-VII

stages (2018-2022), during which the final part of the research was formed with scientific substantiation, development and implementation of an improved functional and organizational model of the system of intersectoral interaction for the preservation of ophthalmological health of children in Ukraine, the effectiveness of the proposed model and its fragments, which were implemented in practical health care, were evaluated.

The third stage of the dissertation study is devoted to the study of the dynamics of the formation of indicators of morbidity and prevalence by class of diseases of the eye and its accessory apparatus, with the study of indicators of the effectiveness of annual preventive examinations among the children's population for the detection of ophthalmic pathology and visual disability from childhood due to the presence of disease by class of diseases the eye and its accessory apparatus. The peculiarities of the dynamics of changes in values and the structure of indicators of morbidity and prevalence of diseases by the specified class against the background of an increase in the frequency of detection of vision disorders during preventive examinations of children and a rapid increase in the prevalence of myopia with age (from 3.68 per 1000 children of preschool age to 35.57 per 1000 children) were revealed 7-14 years old (10 times,  $p < 0.0001$ ) and 84.86 per 1000 children aged 15-17 years (23 times,  $p < 0.0001$ ), actualize the problems of timely detection and high-quality medical support of ophthalmic pathology with early childhood.

Completing the tasks of the fourth stage of work made it possible to ensure a reduction in resource and personnel support of the ophthalmology service. Thus, when the number of ophthalmology beds was reduced (both for children by 1.4 times and for adults by 1.46 times), there was a decrease in their supply (to 1.1 per 1,000 children and 0.99 per 10,000 adults). The supply of ophthalmologists decreased (by 11.25%), especially pediatric ophthalmologists (by 25.0%). The bed turnover increased (from 36.09 in 2003 to 49.18 in 2017) and the relative indicator of the number of surgical interventions (+4.99%), especially microsurgical ones (+10.34%), which made up the vast majority of performed operations on the organs of vision (83.0%), the number of ophthalmological surgical interventions performed in

outpatient polyclinic conditions increased (by 1.7 times).

The next fifth stage of the dissertation study allowed to study the influence of ophthalmic pathology in children of different ages on the formation of quality of life components. It has been proven that the presence of ophthalmic pathology reduces the quality of life of a child under the age of 3 by 17.8%, and by 19.3% at the age of over 3. A decrease in visual acuity has a negative effect on: the child's self-perception of general health ( $0.59 \pm 0.21$  at the age of 3 years and  $0.57 \pm 0.18$  at the age of 3 years and older); general self-assessment of the state of vision ( $0.55 \pm 0.17$  at the age of up to 3 years and  $0.55 \pm 0.15$  at the age of more than 3 years); formation of skills ( $0.82 \pm 0.17$  at the age of up to 3 years and  $0.63 \pm 0.16$  at the age of more than 3 years); assessment of the state of personality ( $0.72 \pm 0.13$  at the age of up to 3 years and  $0.66 \pm 0.12$  at the age of more than 3 years); the child's learning of the skills of walking, running, jumping and skipping ( $0.72 \pm 0.24$  at the age of 3 and  $0.60 \pm 0.21$  at the age of 3); formation of fast and skillful movements ( $0.57 \pm 0.23$  at the age of 3 years and older); possibilities of reading, watching TV and driving a car in the future ( $0.31 \pm 0.24$  at the age of more than 3 years); communication with peers ( $0.59 \pm 0.25$  under the age of 3 and  $0.69 \pm 0.19$  over the age of 3). Most parents, having significant problems with awareness of the signs and consequences of visual impairment in children, prefer to rely on doctors, educators, state preventive programs and are not ready to fully take responsibility for the formation of healthy visual functions in their own children. It turns out that unfortunately, parents' readiness to participate in visual impairment prevention measures cannot be called high, which argues for the feasibility of developing appropriate cross-sectoral programs.

At the next, sixth organizational stage, the generalized results of sociological research among family doctors, preschool and school educators are presented. A high level of awareness of family doctors about the risk factors of vision disorders ( $95.63 \pm 0.91\%$ ) and hygienic norms of visual stress in childhood ( $79.37 \pm 1.80\%$ ) was revealed. However, almost a third of family doctors ( $29.37 \pm 2.03\%$ ) do not conduct preventive diagnostic examinations of vision functions in children at all due to lack of knowledge and practical skills, and another  $52.38 \pm 2.22\%$  of family doctors do not have

workplace equipment that allows carry out such examinations. The above allows us to conclude that the ability of primary medical care alone to solve the problem of preventing the increase in the prevalence of ophthalmic pathology among children is extremely insufficient. The analysis of the results of the survey of educators revealed their willingness to participate in preventive programs for the prevention of visual impairments from childhood and support for the introduction of such preventive programs with additional information on the prevention of visual impairments. The above actualizes the search for ways to implement an interdisciplinary complex program approach to realize the declared readiness of family doctors and educators to join preventive programs to prevent the occurrence of visual impairments in childhood, which brings this problem into the orbit of interaction of doctors, parents, family members with educators of preschool and school education, who are in daily contact with children of different ages and have the opportunity to actively participate in the educational process.

At the seventh, final stage, the prerequisites for the insufficient organization of preventive work to preserve the functions of vision in childhood were clarified, despite the significant hopes of reforming national health care with the introduction of packages of prophylactically oriented, accessible, continuous, cost-effective primary medical care for the population based on the principles of equality and justice. The priority vectors of organizational changes are substantiated and the improvement of the functional-organizational model of the system of intersectoral interaction for the preservation of children's ophthalmological health is proposed, which was positively evaluated by experts.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine: revealed peculiarities and trends in the formation of the dynamics of medical and statistical indicators of prevalence, morbidity by class of diseases of the eye and its accessory apparatus among different sex-age groups, in particular among the children's population in the region of Ukraine; the readiness of general practitioners, educators of preschool and school education, and parents of young children to participate in cross-sectoral program activities for the introduction of modern medical and organizational

technologies for early diagnosis of ophthalmic pathology in childhood was studied; the need for scientific substantiation of the improvement of the functional and organizational model of the system of intersectoral interaction to preserve the ophthalmological health of children in Ukraine is systematically presented; systematization of priority organizational vectors for improving the provision of primary medical care and specialized ophthalmological care for children with risk factors for impaired visual functions was carried out; an effective mechanism and toolkit of system planning for the organization of providing medical care to children with elements of preventive, predictive, personalized prevention of disorders of visual functions to increase the efficiency of the use of available health care resources are shown; the scientific justification of the improved functional and organizational model of the system of intersectoral interaction for the preservation of the ophthalmological health of children in Ukraine was carried out, its effectiveness was proven.

Improved: methods of intersectoral interaction with the selection of children with early signs of ophthalmic pathology for the application of medical and preventive technologies for leveling identified controlled risk factors for the occurrence of diseases of the eye and its accessory apparatus during the provision of primary medical care, taking into account the individual characteristics of the child. Acquired further development: approaches to the distribution of functions between primary care physicians and specialists (ophthalmologists, pediatric ophthalmologists, optometrists) regarding the implementation of modern medical and preventive technologies to preserve the ophthalmological health of children in Ukraine.

The theoretical significance of the results obtained is to supplement the theory of social medicine in terms of the teaching on public health and health management, in particular, to improve the organization of the provision of medical care to ensure intersectoral interaction in order to preserve the ophthalmic health of the child population.

The practical significance of the study is that its results first became the basis for implementation of medical and organizational technology for the development and correction of the individual route of the child in case of identification of risk factors or

the first signs of visual impairment in childhood; development and implementation of an improved functional and organizational model of the intersectoral interaction system to preserve the ophthalmic health of children in Ukraine, study its effectiveness; improvement of training programs for training general practitioners-family medicine, optometrists, pediatric ophthalmologists at the postgraduate level in training practical skills in the workplace, introduction of cross-sectoral interaction approaches to prevent the occurrence of ophthalmic pathology in children.

**Keywords:** intersectoral interaction, preservation of ophthalmic health, organization of providing medical care to children with visual impairment.

### СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

*Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:*

1. Медведовська Н.В., Малишевська Є.М., Денісюк Л.І. Обізнаність освіти дошкільних навчальних закладів з проблем попередження порушень зору з дитинства. *Acta Medica Leopoldina*, 2020, № 2-3, С. 75-79. (Дисертацтму належить ідея проведення дослідження, здійснено збір, обробку та аналіз отриманих результатів опитування).

2. Медведовська Н.В., Малишевська Є.М., Денісюк Л.І., Яновська Н.М. Обізнаність вчителів середньої школи з проблем порушення функцій зору серед учнів, готовність освіти до участі в заходах з їх попередження. *Економіка і право: опірості здоров'я*, 2020, № 1, С. 38-41. (Дисертацтму належить ідея проведення дослідження, здійснено збір, обробку та аналіз отриманих результатів опитування, написання основної матеріалу та висновків).

3. Медведовская Н.В., Денісюк Л.І., Шекера О.Г., Малишевская Е.М. Профилактика нарушения зрительных функций у детей, взгляд родителей на проблему. *Здоровоохранение. Качество жизни*, 2020, № 4, С. 75-81. (Дисертацтмой проведено обробку матеріалів, медико-соціологічний аналіз та узагальнення отриманих результатів, підготівку статті до друку).

4. Медведовська Н.В., Денісюк Л.І. Ставлення лікарів первинного контакту до профілактики порушень функцій зору у дітей. *Acta Medica*

*Leopoldina*, 2021, № 3-4, С. 84-97. *(Дисертанткою наведено ідею проведення дослідження, здійснено збір, обробку та аналіз отриманих результатів опитування, підготовано матеріали до друку).*

5. Денисюк Л.І. Аналіз тенденцій кадрового та ресурсного забезпечення надання офтальмологічної допомоги насамперед Україні. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, 2023, № 5-6(14-15), С. 20-24.

6. Денисюк Л.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*, 2024, № 1, С. 100-103.

7. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Збереження офтальмологічного здоров'я дітей: організаційні засади. *Медицина науки України*, 2024, № 20 (1), С. 137-145. *(Дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, підготовку списків до друку).*

8. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Медико-соціальні аспекти офтальмологічної патології: різносторонній погляд на проблему. *Медицина науки України*, 2024, № 20(3), С. 93-101. *(Дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, формування висновків).*

9. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Профілактичні медичні обстеження функцій зору у дітей, як запорука збереження офтальмологічного здоров'я. *Сімейна медицина. Сьотейські практики*, 2024, № 2(108), С. 80-83. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертанткою проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання основного матеріалу, формування висновків).*

10. Денисюк Л.І. Особливості формування якості життя у дітей з порушенням функцій зору. *Патологія*, 2024, № 1(60), С. 71-76. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS.

11. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Фактори ризику розвитку розладів зорових функцій в дитячому віці. *Вісник соціальної освіти та організації охорони здоров'я*, 2024, № 1, С. 75-80. *(Дисертанткою здійснювався збір первинних матеріалів, аналіз та обґрунтування висновків).*

12. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Організація надання медичної допомоги дітям із розладами функцій зору в світлі сучасних реформ охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»* 2024, №1(69). С. 88-93. *(Дисертавантом проведено збір та обробку первинних матеріалів, проаналізовано та узагальнено отримані результати).*

13. Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. До питання готовності батьків долучитися до заходів із попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей. *Україна. Здоров'я науки*. 2024, №2. С.7-11. *(Дисертавантом проведено обробку матеріалів, формальний медико-статистичний аналіз та узагальнення отриманих результатів, підготовку статті до друку).*

14. Денисюк Л.І. Аналіз передумов та пріоритетних напрямів системної взаємодії з попередження поширення офтальмологічної патології серед дітей в Україні. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*. 2024, №2(1). С. 13-17.

15. Антипкін Ю.Г., Абатуров О.С., Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Мірошников О.О., Бондаренко Н.Ю. Запобігання порушенням функцій зору в шкільному віці: погляд на проблему вчителя середньої школи. *Здоров'я дитини*. 2024, №. 19(4). С. 175-161. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертаванту належить ідея написання статті, проведено збір матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

16. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В., Бондаренко Н.Ю. Пріоритетність організаційного удосконалення профілактичного вектору в системі міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей. *Здоров'я дитини*. 2024, № 5(19). С. 280-286. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертавантом проведено обробку матеріалів, здійснено узагальнення результатів, сформульовані висновки).*

17. Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Комбінація превентивного, предиктивного, персоналізованого підходу до попередження поширення офтальмологічних хвороб серед дітей в Україні. *Актуальні проблеми*

*профілактичної медицини*. 2024, №1, С. 66-75. *(Дисертаціям проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів, написання висновків).*

18. Антипкін Ю.Г., Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Бондаренко Н.Ю., Мірошніков О.О. Обґрунтування доцільності удосконалення міжсекторальної взаємодії з метою збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2024, №4(140), С. 13-17. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертаціям проведено обробку матеріалів, аналіз та узагальнення результатів).*

19. Денисюк Л.І. Пріоритетність функціонально-організаційного удосконалення та ресурсного забезпечення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*. 2024, №2, С. 438-446.

20. Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Мірошніков О.О., Бондаренко Н.Ю. Міжсекторальний підхід до удосконалення діагностики порушень зору у дітей, як пріоритетний вектор превентивного втручання. *Сучасна педіатрія. Україна*. 2024, № 5(141), С. 23-29. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертаціям проведено збір та аналіз матеріалів, узагальнено отримані результати та висновки).*

21. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Профілактика розладів функції зору у дітей різного віку, особливості взаємодії на рівні батьків та родини. *Сім'я та медицина. Сербійські праці*. 2024, № 3(109), С. 72-76. Журнал входить до наукометричної бази SCOPUS і WoS. *(Дисертаціям належить ідея написання статті, збір даних, написання основного матеріалу).*

*Опубліковані праці апробіційного характеру*

22. Медведовська Н.В., Федірко П.А., Денисюк Л.І., Бабенко Т.Ф., Повч З.В. Регіональні особливості дитячої інвалідності по зору, результати медико-статистичного ретроспективного дослідження. *Сучасні проблеми медицини сьогоднішнього: роль лікарів і життєві сценарії*. Сучасні проблеми офтальмології: збірник матеріалів конференції з міжнародною участю, м. Київ, 25-26 лютого

2021 р. Київ, 2021. С. 39. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)*.

23. Медведовська Н.В., Федірко П.А., Малишевська Є.М., Денисюк Л.І., Повч З.В. Виявлення порушення зору у дітей в аспекті вивчення ставлення лікарів первинного контакту до проблеми. *Сучасні проблеми медицини сьогоднішньої: роль лікаря і життя суспільства / Сучасні проблеми офтальмології*: збірник матеріалів конференції з міжнародною участю, м. Київ, 25-26 лютого 2021 р. Київ, 2021. С. 40. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)*.

24. Федірко П.А., Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Передумови формування тенденції госпітальної захворюваності із класом хвороб ока в Україні. *Практична офтальмологія. Медичні і соціальні проблеми сучасності*: збірник матеріалів конференції, м. Київ, 22-23 лютого 2024 р. Київ, 2024. С. 107-109. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)*.

25. Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Запровадження сучасних медико-профілактичних підходів до надання медичної допомоги дітям із офтальмопатологією. *Актуальні питання здоров'язбереження, безбар'єрності, фізичної терапії, реабілітації в умовах сьогоднішньої*: збірник тез ІІІ Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 16-17 травня 2024 р. Київ, 2024. С. 100-104. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)*.

26. Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Результати вивчення інформованості батьків про ризик розвитку офтальмологічної патології в дитячому віці. *Modern Challenges and Current Issues of Science, Education and Technology: international scientific-practical conference, Aarhus, Denmark. Scholarly Publisher ICSSH, 2024, 27.03. P.46-50. (Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів)*.

27. Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Досвід різних країн світу щодо забезпечення сучасної діагностики хвороб ока та його приладкового апарату,

починаючи з дитячого віку. *Topical aspects of modern scientific research*; матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м.Токіо, Японія, 18-20 квітня 2024 р., С.49-52. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

28. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Ретроспективний аналіз поширеності класу хвороб ока та його придаткового апарату в Україні. *Retrospective of Contemporary Science: Theory and Practice*; матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, Львів, Україна, 28-30 квітня 2024 р., С.141-145. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

29. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Регіональні особливості формування тенденцій поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України різного віку. *Modern Research in Science and Education*; матеріали IX міжнародної науково-практичної конференції, м. Чикаго, США, 2-4 травня 2024 р., С.106-110. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

30. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Гендерні та вікові особливості формування показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в Україні. *Актуальні питання сучасної медицини*; матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ізмаїл, Україна, 19 квітня 2024 р., С.4-7. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

31. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Захворюваність за класом хвороб ока та його придаткового апарату; регіональні та гендерні особливості. *European Congress of Scientific Achievements*; матеріали V міжнародної науково-практичної конференції, м.Барселона, Іспанія, 20-22.05, 2024 р., С. 58-62. *(Дисертаційно проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

32. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Результативність профілактичних офтальмологічних оглядів дитячого населення в Україні. *Global Science*

*Progress and Innovations: матеріали X міжнародної науково-практичної конференції, м.Івернудь, Великобританія, 23-25.05, 2024 р., С.63-66. (Дисертацієм проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

33. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Особливості проведення щорічних офтальмологічних профілактичних оглядів дитячого населення в регіональному аспекті. *Current Challenges of Science and Education: матеріали IX міжнародної науково-практичної конференції, м. Берлін, Німеччина, 6-8.05, 2024 р., С.95-99. (Дисертацієм проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

34. Медведовська Н.В., Денісюк Л.І. Сучасний погляд на проблему негативного впливу факторів ризику при формуванні офтальмопатології у дітей. *Сучасні проблеми формування демократичних цінностей у світовому просторі: матеріали XXIX Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 21-22 березня 2024 р., Київ, 2024, С.236-239. (Дисертацієм проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

35. Денісюк Л.І., Повіткіна Т.М. Реалізація принципів діяльності сфери громадського здоров'я з позицій потреби збереження зору з дідгнітета. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 30 жовтня 2024 р. Харків, 2024, С. 80-82. (Дисертацієм проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

*Наукові праці, які додатково відображають наукові результати дослідження*

36. Medvedovska N.V., Shekera O.G., Denysiuk L.I., Anisimov E.M., Yanoyskaya N.M. The results of teachers' awareness about visual impairment prevention among school-age children study. *Health of Society*. 2021. № 2, С. 57-60. *(Дисертацієм проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

37. Актуальні питання офтальмології у практиці сімейного лікаря: навчально-методичний посібник для лікарів-інтернів і лікарів-слухачів закладів (факультетів) післядипломної освіти / Ю. В. Вороненко, О.Г.Шекера, С.О.Рижов, Н.В. Медведовська, І.В. Шаргородська, Л.Ю. Денісюк; за ред. Ю. В. Вороненка [та ін.]; Нац. мед. акад. післядиплом. освіти ім. П. Л. Шупика, Ін-т сімейн. медицини. – Київ: Заславської О.Ю., 2018. – 257 с.: табл., іл. - (Сімейна медицина). - Бібліогр.: с. 255-257. (Дисертант брав активну участь у написанні, оформленні, в тому числі ілюстративному, розділів посібника).

38. Удосконалена система міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України: метод. реком. / Л.Л. Денісюк. – К., 2021. – 36 с.

39. Денісюк Л.Л., Поветкіна Т.М. Обґрунтування удосконалення функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги в Україні / *Sustainable healthcare development: national and global dimensions: scientific monograph / edited by Valerij Zaporozhian and Valerija Marichbereda. Riga, Latvia: Baltija Publishing, 2024. P. 23-36. (Дисертантом проведено обробку матеріалів, здійснено аналіз та узагальнення результатів).*

40. Денісюк Л.Л., Поветкіна Т.М. Дослідження змін якості життя у дітей під впливом офтальмологічної патології. *Фітотерапія. Часопис*. 2024. № 2. С. 63-69. (Дисертанту належить ідея написання статті, збір та обробка первинного матеріалу, аналіз та узагальнення результатів).

## ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	24
ВСТУП	25
РОЗДІЛ 1. МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ДІЄВІ ЗАХОДИ ТА СТРАТЕГІЇ ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ З ДИТИНСТВА ЯК ЗАПОРУКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ В УКРАЇНІ (аналітичний огляд літератури).	38
1.1. Медичні аспекти класу хвороб ока та його придаткового апарату в Україні та світі	38
1.2. Значення збереження офтальмологічного здоров'я та фактори ризику його порушення в дитячому віці	44
1.3. Дослідження особливостей організації надання допомоги пацієнтам із хворобами ока та його придаткового апарату, починаючи із дитячого віку в світлі сучасних реформ охорони здоров'я	52
Висновки до розділу 1	65
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	68
Висновки до розділу 2	90
РОЗДІЛ 3. ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ МЕДИКО- СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ЇХ РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ (ретроспективне дослідження).	92
3.1. Динаміка та регіональні особливості основних медико-статистичних показників за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України різного віку	92
3.1.1. Динаміка та регіональні особливості поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в різних вікових групах населення.	93

3.1.2. Регіональні особливості захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату в різних вікових групах населення	106
3.2. Аналіз результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед різних вікових груп дитячого населення (в частині виявлення хвороб ока та його придаткового апарату)	113
3.3. Інвалідність по зору з дитинства, динаміка та регіональні особливості формування показника	121
Висновки до розділу 3	124
<b>РОЗДІЛ 4. ВИВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНИХ ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ НАДАННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РОЗРІЗІ РЕГІОНІВ УКРАЇНИ (ретроспективне дослідження)</b>	129
4.1. Динаміка та регіональні особливості окремих статистичних показників, що характеризують організацію надання офтальмологічної допомоги населенню України	129
4.2. Кадрове забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні	148
Висновки до розділу 4	152
<b>РОЗДІЛ 5. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НАЯВНОСТІ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ НА ЗМІНИ КОМПОНЕНТІВ ЇХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ІНФОРМОВАНІСТЬ ТА ГОТОВНІСТЬ ЇХ БАТЬКІВ ДО УЧАСТІ У ЗАХОДАХ ПО ЗБЕРЕЖЕННЮ ЗОРУ</b>	155
5.1. Вплив офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя у дітей різного віку	155
5.2. Результати вивчення інформованості батьків та їх готовності до участі у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей	169
Висновки до розділу 5	176
<b>РОЗДІЛ 6. ВИВЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ МЕДИКІВ ПЕРВИННОГО КОНТАКТУ, ОСВІТЯН ДОШКІЛЬНОЇ ТА ШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ДО УЧАСТІ У ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМАХ ПО ЗБЕРЕЖЕННЮ</b>	180

**ЗОРУ З ДІТИНСТВА**

6.1. Результати соціологічного дослідження медиків первинного контакту щодо їх обізнаності та готовності взяти участь у програмах з профілактики порушень зору у дітей 180

6.2. Результати соціологічного дослідження освіти дошкільної освіти щодо їх обізнаності з проблемами порушень зору у дітей 196

6.3. Результати соціологічного дослідження освіти шкільної освіти про їх обізнаність з проблемами порушень зору у дітей шкільного віку та готовність до участі в заходах з їх попередження 202

Висновки до розділу 6 209

**РОЗДІЛ 7. ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ** 213

7.1. Обґрунтування пріоритетних напрямів удосконалення моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні 213

7.2. Удосконалення функціонально-організаційна модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні 227

7.3. Оцінка незалежними експертами ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні 250

Висновки до розділу 7 255

**ВИСНОВКИ** 260

**ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ** 269

**СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ** 272

**ДОДАТКИ** 342

## ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

АЗП/СМ	– амбулаторія загальної практики / сімейної медицини
ВООЗ	– Всесвітня організація охорони здоров'я
ВРУ	– Верховна рада України
ДМ	– доказова медицина
ЄС	– Європейська спільнота
ЗП/СМ	– загальна практика/сімейна медицина
ЗОЗ	– заклад охорони здоров'я
ЗСЖ	– здоровий спосіб життя
КМУ	– Кабінет міністрів України
ЛЗП-СЛ	– лікар загальної практики-сімейний лікар
МЛ	– міська лікарня
МОЗ	– Міністерство охорони здоров'я
НАМН	– Національна академія медичних наук
ОЗ	– охорона здоров'я
ООН	– Організація об'єднаних націй
ПМД	– первинна медична допомога
РОУОЗ	– регіональний орган управління охороною здоров'я
СА	– сімейна амбулаторія
СЛ	– сімейний лікар
СМТ	– селище міського типу
СНД	– співдружність незалежних держав
США	– Сполучені Штати Америки
ЦПМД	– Центр первинної медичної допомоги
ЦРЛ	– центральна районна лікарня

## ВСТУП

**Обґрунтування вибору теми дослідження.** В сучасних українських реаліях триваючого процесу реформування охорони здоров'я, дефіциту фінансування бюджетної сфери, в тому числі медичної, значної кількості пошкоджених медичних закладів під час ведення бойових дій на території України, зростає актуальність збереження життя та здоров'я населення, а особливо збереження здоров'я дитячого населення як потенціалу економічного, соціального розвитку та обороноздатності України в майбутньому.

Згідно європейських стратегій «Здоров'я для всіх», «Здоров'я: 2020», Цілей сталого розвитку ПРООН до 2030 року, Концепції ВООЗ «Основні складові системи охорони здоров'я», а також за підсумками виконання Глобального плану дій з реалізації ініціативи ВООЗ VISION 2020, порушення формування зорових функцій в дитячому віці має потенційний вплив на можливість соціалізації та формування компонентів якості життя людини протягом всього її життя. Експерти ВООЗ прогнозують зростання поширеності офтальмологічної патології, в той же час, за рахунок своєчасного медико-профілактичного втручання, яке дозволяє вчасно виявляти фактори ризику, розпізнавати перші ознаки розвитку офтальмологічної патології із своєчасною діагностикою захворювання, можливим стає попередження втрат зору у щонайменше в 40,0% випадків. Ситуація ускладнюється відносно безсимптомним початком, поступовістю втрати функцій зору у пацієнтів дитячого віку, які не можуть усвідомлювати, що нормальними функції зору є іншими.

Проблема ускладнюється значним дефіцитом фінансування медико-профілактичних послуг в охороні здоров'я, низьким рівнем матеріально-технічної бази, недостатнім оснащенням сучасним лікувально-діагностичним обладнанням амбулаторної офтальмологічної служби комунальних закладів охорони здоров'я. Її вирішення вимагає значних інвестицій в медичну галузь.

Процеси реформування супроводжуються зростанням кількості сімейних амбулаторій, Центрів первинної медико-санітарної допомоги, сімейних лікарів, сімейних педіатрів та сімейних медичних сестер. Багаторічним світовим досвідом доведено, що посилення ролі первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики дає гнє підвищити результативність роботи медичної галузі при умові раціонального використання наявного фінансування, що (ВООЗ, 2012-2020).

Первинна ланка, центриальною фігурою якої стає сімейний лікар, забезпечує доступність медичної допомоги, як економічну (і безоплатність для всіх верств населення), так і територіальну. Водночас, існуючі фінансово-економічні та організаційно-управлінські передумови удосконалення надання якісної офтальмологічної допомоги, мають враховувати підходи та кращі медичні технології, засновані на доказах, застосування яких виявило свою ефективність на практиці. З 2022 році в галузі відсутні вітчизняні медичні стандарти надання офтальмологічної допомоги, уніфіковані клінічні протоколи та маршрути пацієнтів із виявленою офтальмологічною патологією в різних за віком групах населення, які могли би в своїй основі покладатися на сучасні найефективніші технології медичної практики делегуючи різні компетенції лікарям первинної, вторинної і третинної медичної допомоги, а також оптометристам, які роблять свій вклад в надання первинної офтальмологічної допомоги населенню в закладах різної форми власності.

Саме посилення ефективних превентивних заходів первинної профілактики, направлених на зниження агресивності дії доведених екзогенних і ендогенних факторів канцерогенезу на фоні посиленого впливу урбанізації на формування органа зору, особливо у великих містах, актуалізує проблему збереження офтальмологічного здоров'я дітей, підвищення керованих факторів ризику, застосування сучасних медико-профілактичних технологій ранньої діагностики в поєднанні з високим

рівнем якості спеціалізованої офтальмологічної допомоги, якої потребує дитяче населення.

Вивчення позитивного світового і вітчизняного досвіду вирішення проблеми дозволяє віднести до дієвих, або таких, ефективність яких доведена результатами впровадження: заходів з реалізації комплексних державних програм масового скрінінгу на офтальмологічну патологію визначених вікових груп дитячого населення; перегляд та суворе дотримання сучасних стандартизованих підходів до діагностики хвороб ока та його додаткового апарату; запровадження медико-генетичного консультування; обізнаність населення щодо факторів ризику порушення офтальмологічного здоров'я в дитячому віці; підвищення групової та індивідуальної відповідальності за формування здоров'я населення.

Таким чином, аналіз результатів сучасних вітчизняних наукових досліджень, дозволяє обґрунтовано стверджувати, що не дивлячись на намагання вирішити цю проблему в Україні, відсутній комплексний системний підхід для формування організаційних засад збереження офтальмологічного здоров'я дітей. Потребують удосконалення функціонально-організаційні складові доступності дитячої офтальмологічної допомоги. Удосконалення та впровадження потребують суттєві медико-профілактичні стратегії, технології боротьби з факторами ризику розвитку хвороб ока та його додаткового апарату, які для своєї реалізації вимагають взаємодії медиків первинної (сімейні лікарі, сімейні педіатри, медичні сестри сімейних лікарів), спеціалізованої медичної допомоги (офтальмологи, дитячі офтальмологи, ортометристи).

Актуальність роботи пояснюється недосконалістю практичного впровадження організаційних принципів профілактики та своєчасної діагностики в системі надання медичної допомоги дітям із ризиком порушення зорових функцій, первинний рівень якої починається з сімейного лікаря. Ефективність роботи лікаря загальної практики залежить від ступеню його володіння сучасними медико-профілактичними технологіями,

практичними вміннями та навичками роботи з дітьми, наявного інструментального та методичного забезпечення його робочого місця, що і обумовило необхідність проведення даного дослідження, визначило його мету і завдання.

**Зв'язок роботи з науковими програмами, темами, планами.** Дисертаційна робота є фрагментом НДР, яка виконується в НУОЗ імені П.Л. Шупника «Розробка нових методів діагностики, лікування та профілактики рефракційних, запальних, дистрофічних і травматичних захворювань органу зору та їх клініко-експериментальне обґрунтування», № державної реєстрації 0120U105324, термін виконання: 2020 – 2025 рр., у підготовці якої автор, як виконавець, брала безпосередню участь.

**Мета дослідження** – наукове обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Досягнення мети вимагало поетапного вирішення наступних завдань дослідження:

1. Аналіз за давними інформаційних ресурсів результатів наукових досліджень медико-соціальних аспектів зростання поширеності офтальмологічної патології, світових та вітчизняних організаційних підходів з попередження виникнення порушень зору, особливостей організації надання допомоги пацієнтам із хворобами ока та його придаткового апарату, особливо в дитячому віці.

2. Визначення та формулювання мети, завдань, об'єкту, предмету, програми наукового дослідження, його методичного апарату на кожному з етапів.

3. Виявити регіональні особливості захворюваності, поширеності за класом хвороб ока та його придаткового апарату в різних вікових групах населення України, з аналізом показників інвалідності по зору з дитинства та

результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення (ретроспективне дослідження).

4. Дослідити регіональні особливості динаміки медико-статистичних показників роботи офтальмологічної служби в Україні, її кадровий потенціал в цілому та в дитячій офтальмології зокрема.

5. Дослідити вплив наявності офтальмологічної патології на формування якості життя у дітей різного віку, з оцінкою обізнаності та готовності їх батьків до участі в профілактичних програмах, націлених на попередження виникнення та прогресування порушень зору у дітей.

6. Оцінити обізнаність медиків, які надають первинну медичну допомогу, педагогів дошкільної і шкільної освіти про фактори ризику та прояви формування порушень зору у дітей, із з'ясуванням їх готовності до участі у програмах з профілактики порушень зору у дітей.

7. Науково обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні (на прикладі Київської області) з оцінкою ефективності її впровадження.

**Об'єкт дослідження:** стан організації надання офтальмологічної допомоги, зокрема в частині виявлення патології ока та придаткового апарату у дітей різного віку, фактори ризику її формування.

**Предмет дослідження:** захворюваність, поширеність, інвалідність за класом хвороб ока та придаткового апарату, ресурсне, в тому числі кадрове забезпечення надання медичної допомоги з патологією зорового аналізатора; якість життя дітей з порушенням зорових функцій; обізнаність лікарів, освітян та батьків про фактори ризику та прояви порушення функцій зору у дітей; нормативно-правова база, медико-технологічні документи, що визначають організацію надання офтальмологічної допомоги дітям різного віку.

*Науковою базою дослідження* стали заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та спеціалізовану офтальмологічну

медичну допомогу в Київській області (Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради», Комунальне некомерційне підприємство «Гостомельський центр первинної медико-санітарної допомоги» Гостомельської селищної ради, Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київська обласна дитяча лікарня»), амбулаторно-поліклінічне та стаціонарне дитяче відділення Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрочірургії ока».

Дослідження охоплювало 2003–2023 роки. Методично дослідження було розділене на два організаційних періоди. Протягом першого періоду (2003-2017 рр.) відбувалося вивчення проблеми, епідеміології за класом хвороб ока та його придаткового апарату в розрізі регіональних особливостей формування показників захворюваності, поширеності та інвалідності, а також вивчено вплив наявності офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя з розподілом за віковими групами дітей до 3-х і старше 3-х років (I-V етапи). Протягом другого організаційного періоду (2018-2023 рр.) була вивчена обізнаність лікарів, які надають первинну медичну допомогу, батьків, освітня дошкільної та шкільної освіти про фактори ризику, прояви порушень функцій зору у дітей різного віку із з'ясуванням їх готовності взяти участь у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей, а також відбувалося наукове обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, оцінена ефективність обґрунтованих в дисертаційному дослідженні інновацій (VI-VII етапи).

У дослідженні самостійно та в різних комбінаціях використано комплекс взаємопов'язаних та взаємодоповнюючих загальнонаукових і спеціальних методів, основою яких став системний підхід, а саме:

1) *системного підходу та системного аналізу* – для комплексного дослідження визначених об'єкту та предмету дисертаційного дослідження;

в'ясування особливостей функціонування системи охорони здоров'я при офтальмологічній патології, її зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках із виявленням та аналізом проблем, обґрунтуванням підходів та комплексних міжсекторальних заходів щодо їх вирішення;

2) *обласно-смактивний* — для вивчення вітчизняного та світового досвіду, описаних в сучасній науковій літературі медико-організаційних підходів до вирішення досліджуваної проблеми;

3) *епідеміологічний* — для ретроспективного вивчення особливостей захворюваності, поширеності, результатів проведення профілактичних оглядів і інвалідності за класом хвороб ока та придаткового апарату; виявлення впливу офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя у дітей різного віку;

4) *медико-статистичний* — для збору, обробки та аналізу отриманої на всіх етапах дисертаційного дослідження медико-статистичної інформації;

5) *соціологічний (анкетного опитування)* — для отримання інформації від медиків, які надають первинну медичну допомогу, освітньо-дошкольній та шкільній освіті, батьків дітей різного віку, зокрема, щодо в'ясування їх обізнаності із основними медико-соціальними факторами ризику та ранніми проявами порушення зорових функцій у дітей різного віку; виявлення їх готовності брати участь у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології, комплексних програмах з профілактики порушень зору у дітей, для виявлення проблемних питань організації надання офтальмологічної допомоги населенню та перспектив удосконалення її надання;

6) *контент-аналізу* — для вивчення змісту діючої нормативно-правової бази та медико-технологічних документів щодо організації надання медичної допомоги при виявленні офтальмологічної патології, зокрема у дітей різного віку, в'ясування можливостей взаємодії освітніх і медичних закладів в реалізації комплексних програм з профілактики порушень зору в рамках діючого нормативно-правового поля;

7) *концептуального моделювання* – для обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні;

8) *функціонально-структурного та графічного моделювання* – для обґрунтування та розробки удосконалених елементів запропонованої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, розробки взаємозв'язків, взаємовідносин, функціонального призначення обґрунтованих удосконалених елементів та візуалізації моделі в цілому;

9) *організаційного експерименту* – для розробки, впровадження та апробації елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, запропонованих у ній інноваційних підходів;

10) *екстерних оцінок* – для визначення дієвості запропонованих інноваційних підходів та удосконалених елементів системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, а також для отримання незалежної експертної оцінки потенційної ефективності від їх впровадження в Українію.

**Наукова повнота отриманих результатів** полягає в тому, що

*Всередині України:*

- виявлені особливості та тенденції формування динаміки медико-статистичних показників поширеності, захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед різних статевих-вікових груп, зокрема серед дитячого населення в розрізі регіонів України;

- визначено готовність лікарів загальної практики, освіти дошкільної та шкільної освіти, батьків дітей раннього віку до участі у міжсекторальних програмних заходах із запровадження сучасних медико-організаційних технологій ранньої діагностики офтальмологічної патології в дитячому віці;

- системно представлено необхідність наукового обґрунтування

удосконалення функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні:

- проведено систематизацію пріоритетних організаційних векторів удосконалення надання первинної медичної допомоги та спеціалізованої офтальмологічної допомоги дітям з факторами ризику порушення зорових функцій;

- показано дієвий механізм та інструментарій системного планування організації надання медичної допомоги дітям з елементами превентивного, предиктивного, персоналізованого попередження розладів функцій зору для підвищення ефективності використання наявних ресурсів охорони здоров'я;

- здійснено наукове обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, доведено її ефективність.

*Удосконалено:*

- методи міжсекторальної взаємодії із виділенням дітей із ранніми ознаками наявності офтальмологічної патології для застосування медико-профілактичних технологій нівелювання виявлених керованих факторів ризику виникнення хвороб ока та його придаткового апарату при наданні первинної медичної допомоги з урахуванням індивідуальних особливостей дитини;

*Набули подальшого розвитку:*

- підходи до розподілу функцій між лікарями первинної медичної допомоги та спеціалістами (офтальмологами, дитячими офтальмологами, оптометристами) щодо реалізації сучасних медико-профілактичних технологій задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

**Теоретичне значення** одержаних результатів полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про здоров'я населення та управління охороною здоров'я, зокрема з удосконалення організації надання

медичної допомоги із забезпечення міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дитячого населення.

**Практичне значення дослідження** полягає в тому, що його результати вперше стали підставою для:

- впровадження медико-організаційної технології розробки та корекції індивідуального маршруту дій при виявленні факторів ризику або перших ознак порушення зорових функцій в дитячому віці;

- розробки та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, навчання її ефективності;

- удосконалення навчальних програм підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини, оптометристів, дитячих офтальмологів на післядипломному рівні з навчання практичним навичкам на робочому місці, впровадження підходів міжсекторальної взаємодії із попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей.

**Впровадження результатів дослідження в практику** проводилося на етапах його виконання:

***На державному рівні:***

- при підготовці та впровадженні Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та акомодції: міопія, гіперметропія, астигматизм, анізометропія, пресбіопія, порушення акомодції, амбліопія, кератоконус, контактна корекція зору» затвердженого Наказом МОЗ України від 08.12.2015 р. № 827 та Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Порушення рефракції та акомодції»;

- при підготовці та впровадженні Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Катаракта» затвердженого Наказом МОЗ України від 28.01.2016 р. № 49 та Адаптованої клінічної настанови, заснованої на доказах «Катаракта»;

- при підготовці та впровадженні Стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайма» затвердженого Наказом МОЗ України від 21.09.2024 р. № 1623 та Клінічної настанови, заснованої на доказах «Хвороба Лайма».

*На галузевому рівні* матеріали дослідження використані:

- для обґрунтування доцільності прийняття до виконання Київської обласної програми "Здоров'я Київщини" на 2024 - 2026 роки, затвердженої рішенням Київської обласної ради від 07 грудня 2023 року № 726-12-VIII.

- при підготовці та виданні методичних рекомендацій (Денисюк Л.І. Удосконалена система міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України : метод. реком. / Л.І. Денисюк. – К., 2021. – 36 с.)

*На регіональному рівні* при запровадженні елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні в роботу закладів охорони здоров'я Київської, Черкаської, Рівненської, Житомирської областей (9 актів впровадження).

**Особистий внесок здобувача.** Дисертація є самостійною науковою роботою автора, яким особисто було здійснено інформаційний пошук з проблеми, що вивчалася, запропоновано етапність наукового дослідження, його мету та завдання, визначено комплекс методів дослідження, наукову базу, об'єкт та предмет, здійснено викопіювання первинної медичної документації. Статистичні матеріали на кожному етапі дисертаційного дослідження використовувалися у спеціально оформовану електронну базу даних в Microsoft Excel з подальшим статистичним аналізом із використанням програми Statistika-8. Так, в роботі було надано комплексну характеристику регіональних особливостей динаміки формування основних медико-статистичних показників стану офтальмологічного здоров'я в розрізі основних адміністративних територій України та міста Києва. Організовано та проведено соціологічне дослідження, де респондентами вступали сімейні лікарі, освітяни дошкільної та шкільної освіти. Опрацювання, узагальнення,

статистична обробка та наукова інтерпретація результатів дослідження дозволили обґрунтувати пріоритетні вектори оптимізації надання офтальмологічної допомоги дітям, науково обґрунтована, розроблена та впроваджена/удосконалена функціонально-організаційна модель системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. Оцінка ефективності запропонованих організаційних змін та інновацій здійснювалася шляхом опитування експертів, для чого автором були розроблені карти експертної оцінки, проведено аналіз та узагальнення отриманих результатів. Особисто дисертантом сформульовано висновки, які знайшли відображення в опублікованих наукових працях за темою дисертації. Цей та розробки співавторів колективно опублікованих робіт у дослідженні не використовувалися.

**Апробація результатів дослідження:** основні положення дисертації обговорювалися на науково-практичних конференціях національного та міжнародного рівнів: науковій конференції з міжнародною участю «Сучасні проблеми медицини сьогоднішнього: роль лікаря і життя суспільства. Сучасні проблеми офтальмології» (м. Київ, 25-26 лютого 2021 р.); науково-практичній конференції «Практична офтальмологія. Медичні і екологічні проблеми сучасності» (м. Київ, 22-23 лютого 2024 р.); III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Актуальні питання здоров'язбереження, безбар'юності, фізичної терапії, реабілітації в умовах сьогоднішнього» (м. Київ, 16-17 травня 2024 р.); international scientific-practical conference «Modern Challenges and Current Issues of Science, Education and Technology» (Aarhus, 27.03.2024 р.); VIII міжнародній науково-практичній конференції «Topical aspects of modern scientific research» (м. Tokyo, 18-20 квітня 2024 р.); III міжнародній науково-практичній конференції «Perspectives of Contemporary Science: Theory and Practice» (м. Львів, 28-30 квітня 2024 р.); IX міжнародній науково-практичній конференції «Modern Research in Science and Education» (м. Чикаго, 2-4 травня 2024 р.); міжнародній науково-практичній конференції «Актуальні питання сучасної

медицини» (м. Ізмаїл, 19 квітня 2024 р.); V міжнародній науково-практичній конференції «European Congress of Scientific Achievements» (м. Барселона, 20-22 травня 2024 р.); X міжнародній науково-практичній конференції «Global Science: Prospects and Innovations» (м. Ліверпуль, 23-25 травня 2024 р.); IX міжнародній науково-практичній конференції «Current Challenges of Science and Education» (м. Берлін, 6-8 травня 2024 р.); XXIX Міжнародній науково-практичній конференції «Сучасні проблеми формування демократичних цінностей у світовому просторі» (м. Київ, 21-22 березня 2024 р.); VII науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, 30 жовтня 2024 р.).

Публікації. Результати дисертації висвітлені в 40 наукових працях, в т.ч. в 23 статтях, опублікованих у фахових виданнях, рекомендованих МОН України (з них 5 – у одноосібному авторстві, 7 – у виданнях, що включені до переліку Scopus та WoS), 15 публікації в інших виданнях, в навчально-методичному посібнику та методичних рекомендаціях.

Структура та обсяг роботи. Вкладена на 378 сторінках машинописного тексту (262 сторінки основного тексту). Складається із анотації, вступу, аналітичного огляду наукової літератури, семи розділів, висновків, практичних рекомендацій, списку використаних джерел. Ілюстрована 37 рисунками, 28 таблицями, містить 7 додатків. Бібліографія включає 558 джерел, в тому числі 238 кирилицею та 320 латиною.

РОЗДІЛ І  
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНІ АСПЕКТИ ПОРУШЕННЯ  
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я, ДІЄВІ ЗАХОДИ ТА СТРАТЕГІЇ  
ПОПЕРЕДЖЕННЯ ВИНИКНЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ З  
ДИТИНСТВА ЯК ЗАПОРУКА ЗБЕРЕЖЕННЯ ТРУДОВОГО ПОТЕНЦІАЛУ  
В УКРАЇНІ (аналітичний огляд літератури)

1.1. Медичні аспекти кшеу хвороб ока та його придаткового апарату  
в Україні та світі

Події останніх десятиліть, а особливо останніх років, в Україні спонукають до переосмислення сумарних життєвих цінностей та пріоритетів. Серед них першочерговими мають обґрунтовано стати стратегії збереження життя і здоров'я людини. Саме вони є найважливішою інвестицією у розвиток і зміцнення держави [6, 32, 50, 113, 216, 230].

Здоров'я людини, особливо працездатного віку, здоров'я її родини та дітей, вистає найбільшим надбанням для обороноздатності, життєдіяльності та розвитку держави на короткострокову та довгострокову перспективу. Нажаль, через ситуацію, в якій опинилася Україна, галузь охорони здоров'я, як і країна в цілому, змушені функціонувати в складних соціально-економічних умовах. На ситуацію накладають відбиток і процеси депопуляції з регресивним характером відтворення чисельності населення, в цілому, та працездатного віку, зокрема [97, 168, 217, 228, 541, 544].

Тому, медичні організаційні заходи на короткострокову перспективу мають враховувати, з одного боку, – особливості ситуації жорсткої економії, в якій опинилася країна в цілому, а з іншого боку, – необхідність дотримуватися стратегій збереження та зміцнення здоров'я населення, особливо, дітей та молоді. Саме такий підхід може стати кращою інвестицією в майбутнє держави [4, 5, 39, 63, 64, 118, 248, 314, 457, 505].

Етапи п'єдьявостного вїдповлєння медичної татуї країни повинї вкључати заходи подолання виявлєних демографїчних тенденцїї, вкључаючи всю складнїсть та багатофакторнїсть їх формування [33, 35, 61, 73, 98, 153].

Змїна парадигми сучасного спїлкування, навчання та працєдатностї висуває неабиякї вимоги до резервїв функцїонування зорового аналізатора. Погїршення зорових функцїї накладає вїдбиток на формування компонентїв якостї життя та формування особистостї [109, 200, 211, 220, 251, 308, 356].

Проблема набуває актуальностї з зростанням середньої очїкуваної тривалостї життя та перїоду приєздатностї людини, оскїльки на думку експертїв ВООЗ тїгар офтальмологїчної патологїї зростатиме в країнах одночасно з темпами «постарїння» населєння. До того ж, офтальмологїчна патологїя, зумовлена змїнами судин на очному днї, може передувати або бути важливою прогностичною ознакою, а також ускладненням рїзних захворювань органїзму, таких як: цукровий дїабет, артерїальна гїпертензїя, атеросклероз, анемїя, гїперхолєстеринемїя, тощо. При цьому, перебїг цих змїн є безсимптомних, якї з початковї стадїї бїльшостї офтальмологїчних захворювань. Вищеперераховане пїдводить до висновку, що доступнїсть профїлактичних офтальмологїчних послуг, налагодження своєчасної дїагностички захворювань органа зору мають важливе значєння. Водночас, за результатами сучасних наукових дослїджєнь до 40,0 % випадкїв неворотних втрат зорових функцїї є попереджуваними за рахунок своєчасної дїагностички та раннього виявлення факторїв рїзнку розвитку офтальмологїчної патологїї [176, 249, 252, 288, 297, 368, 418, 450]. Саме для України проблема є актуальною через низьку доступнїсть офтальмологїчної допомоги та перїодично випадки зловживання самопризначєнням, як дїєвувальних засобїв, якї є у вільному продажу, так і окулярїв, якї є в готовому виглядї [7, 55, 92, 182, 224, 241, 504].

Аналіз наукових дослїджєнь поширеностї хвороб ока та вїного придаткового апарату в Україні виявляє традицїйно найвишї рївнї поширеностї аномалїї рефракцїї (міопїя, гїперметропїя, прєсбїопїя,

астигматизм); хвороби сухого ока, діабетичних офтальмологічних ускладнень (діабетична катаракта, мікросудинні ускладнення у вигляді ангіоретинопатій), катаракти, глаукоми, вікової макулярної дегенерації сітківки, поширеність якої зростає з віком, особливо після 65-ти років [127, 175, 219, 273, 279, 328, 506].

Серед названих нозологій останнім часом найбільшого поширення набули аномалії рефракції та синдром сухого ока. Медичні втручання із цими діагнозами є найбільш ефективними з точки зору аналізу результативності медичних витрат, оскільки вони переважно стосуються молодого населення, а їх корекція дозволяє, за відносно невеличкі кошти, повернути чіткість та якість зображення, а разом із цим і підвищити працездатність та якість зорових функцій під час навчання осіб дитячого, підліткового, молодого, середнього та старшого працездатного віку [13, 96, 187, 326, 338, 377, 425].

Хвороба сухого ока, маючи багатофакторну етіологію та донедавна описана, як патологія, що зустрічається частіше серед жінок старшого («клімактеричного») віку, наразі все частіше зустрічається, і серед чоловіків, і серед осіб молодого працездатного віку та дітей. На думку окремих дослідників хвороба сухого ока може настільки зустрічатися у осіб із аутоімунними захворюваннями, з гормональними дисфункціями, наприклад при менопаузі. Синдром зустрічається в різних країнах та статеві-вікових групах з частотою від 7,4 % до 33,7 %. Доведено, що дисфункція, яка виникає при синдромі сухого ока, призводить до нестабільності слізної плівки, що проявляється значним дискомфортом і розпадом чіткості зображення, маючи вплив на якість роботи і зорову працездатність [316, 334, 346, 351, 361, 362, 365, 379, 382, 406, 437].

Наступною нозологією, яка на думку більшості науковців стає основною серед причин незворотних втрат зорових функцій у осіб старше 65-ти років є вікова макулярна дегенерація сітківки (ВМД). За результатами наукових досліджень, включаючи поширеність факторів ризику розвитку вікової макулярної дегенерації, в майбутньому очікується зростання кількості

тих пацієнтів. Так, за даними науковців із США кожен четвертий американець (25,0 %) у віці 65-74 роки, а також третина (33,0%) осіб старше 75-ти річного віку мають ознаки вікової макулярної дегенерації сітківки. При цьому, хвороба залишається більш поширеною серед білошкірих американців [292, 296, 375, 405].

Не дивлячись на зростаючу поширеність цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, атеросклерозу, мікросудинні прояви і ускладнення яких потребують своєчасної діагностики, лікування і постійного нагляду з мониторингом стану зорових функцій, залишаються складними для реалізації на практиці елементи узгодження взаємодії між різними за фахом медиками, включаючи офтальмологів в інтересах збереження зорових функцій пацієнта. Через безсимптомність перебігу вищезазначених мікросудинних ускладнень, низький рівень доступності офтальмологічної допомоги, суттєва частка діабетичних, гіпертонічних ангіоретинопатій діагностуються в пізній стадії одночасно із неворотними втратами функцій зору або так і залишаються не діагностованими. Низьким є рівень свідомих самозвернень таких пацієнтів з профілактичною метою до офтальмолога. Часто пацієнти виходять призначеними консультаціями офтальмолога при відсутності скарг на погіршення зору [238, 274, 313, 340, 409, 428, 446, 550].

Для більшості офтальмологічних патологій властивим є тривалий хронічний перебіг. З більшістю встановлених діагностованих хвороб ока та його додаткового апарату пацієнти перебувають під наглядом лікарів пожиттєво, що вимагає постійних витрат, як від держави, так і з кишені самого пацієнта, на діагностику, лікування, нагляд, або і соціальні видатки. За підрахунками американських експертів лише половина (55,0 %) прямих (витрати на лікування) і непрямих (витрати соціальні виплати, економічні збитки від тимчасової або стійкої втрати працездатності, зниження продуктивності праці та якості життя пацієнтів) видатків напряму стосуються осіб старше 65 років. Більше третини витрат припадає на населення до 40 років, зокрема найбільш витратними для охорони здоров'я є рефракційні

порушення, на які в США щорічно витрачається більше 14,2 млрд. доларів. За ними по витратності йдуть катаракта (10,6 млрд. доларів), патологія сітківки (8,6 млрд. доларів), глаукома (5,7 млрд. доларів) [329-331, 413, 434, 474, 525, 552].

Найбільш ефективними, з точки зору збереження трудового потенціалу, є витрати на вирішення проблем із зором осіб вікової групи до 40 років, оскільки саме до цієї вікової категорії висуваються суттєві освітні, професійні та непрофесійні вимоги до роботи зорового аналізатора. Також, науковцями обґрунтовується доцільність виявлення ранніх ознак офтальмологічних захворювань, їх факторів ризику, з огляду на тривалу безсимптомність початку більшості з них для пацієнтів, які при цьому можуть відмічати високу гостроту зору [41, 303, 324, 467, 472, 523, 526].

Останніми десятиліттями стрімко зростає поширеність аномалій рефракції, зокрема міопії. Так, якщо в 2000 році на планеті міопіями були 1,4 млрд. осіб, то в 2050 році очікується їх кількість не менше 4,8 млрд. осіб. За поширеністю міопії найбільшою вона є серед дитячого населення Кореї та Китаю (до 73,0 %) при найнижчих значеннях в Парагваї (1,4 %), Бразилії (3,14 %), Гані (3,4 %), ПАР (7,0 %) та Колумбії (11,2 %). За результатами інших досліджень поширеність міопії складе до 70-90 % в країнах Азії, Африки, а також до 30-40 % в країнах Європи та 10-20 % в США [27, 218, 257, 290, 324, 327, 336, 367, 373, 376, 402, 403, 454, 516, 548, 553, 554].

Зростання кількості міопії актуалізує проблему зростання кількості випадків виникнення ускладнень міопії, зокрема таких як відшарування сітківки, периферична дегенерація сітківки, дистрофія макулярної області сітківки та макулопатія, катаракта, глаукома, зміни диску зорового нерва, тощо [475, 480, 546].

Як показують епідеміологічні дослідження міопії в різних країнах світу показники її поширеності зростають із віком. За результатами дослідження стану зорових функцій серед дитячого населення Китаю, було з'ясовано, що

у групі дітей 4-х річного віку поширеність міопії складала 1,76 %, у віці 6-7 років – 33,6 %, а у віці 17-ти років – 84,6 % [372, 490, 502, 558].

Більш раннім стає вік вперше діагностованої міопії, що також є прогностично несприятливим критерієм. Доведено, що чим раніше діагностовано міопію, тим тривалішим буде її перебіг та вищим є ризик розвитку міопії високого ступеню із ймовірними дистрофічно-дегенеративними процесами в макулярній області, з розвитком міопічної дегенерації жовтої плями. Сучасними науковими дослідженнями доведено, що вік початку міопії та тривалість її прогресування є найбільш значимими прогностичними факторами розвитку ускладненої міопії високого ступеню, починаючи з підліткового віку 15-17 років [269, 290, 337, 358, 363, 371, 399, 476, 502, 540].

Поді останніх років в Україні загострили проблему соціально-економічного значення травматичних ушкоджень ока та його додаткового апарату. Якщо ще десятиліття тому ми вивчали дитячу офтальмотравму, розділяючи побутовий і виробничий офтальмологічний травматизм, намагаючись займатися профілактичними заходами з його попередження, то тепер більшість травм органа зору в Україні, – це травми внаслідок ведення бойових дій. Основним контингентом, який страждає від них є чоловіки молодого працездатного віку. Найчастіше зустрічаються вогнепальні та вярні травми, як різновид бойових травм ока та його додаткового апарату [35, 396].

Отже, зростання поширеності хвороб ока та його додаткового апарату залишається актуальним для вивчення в медичній науці по причині зростаючої їх значимості через призму формування особистісних цінностей та соціалізації пацієнтів, їх освіти та працевлаштування. Доведенням є пряма вплив ризику втрати зорових функцій на втрату працездатності та якості життя пацієнтів. Якщо у віковій групі населення старшого віку зростає рівень поширеності вікових макулярних дистрофій, ангіоретинопатій різного генезу та глаукоми, то у віковій групі населення до 40 років особливо виділяються

аномалії рефракції. Саме вони мають прямий та позначальний вплив на якість навчання, працездатність, соціалізацію, працевлаштування та якість життя пацієнтів в цьому віці. Щороку зростає титар поширення аномалій рефракції, та особливо важливим є вивчення ризику розвитку ускладнених аномаліями рефракції дегенерації сітківки, патологій зорового нерва, макулопатій, катаракт та глауком.

## 1.2. Значення збереження офтальмологічного здоров'я та фактори ризику його порушення в дитячому віці

Визначаючи всю складність і комплексність поняття формування здоров'я підростаючих поколінь варто зазначити, що формування здорових зорових функцій є важливою запорукою та невід'ємною складовою нормального фізичного, психо-емоційного та соціально-культурного розвитку особистості [16, 60, 88, 95, 103, 117, 139, 198, 237, 477, 484].

Формування здорових зорових функцій, починаючи з дитинства, є визначним науково-практичним напрямом, який активно розвивається, удосконалюється та реалізується в розвинених країнах світу та Європейського регіону. Вирішення цієї задачі розглядається в контексті формування здорового підростаючого покоління, процвітання та обороноздатності країни в цілому [110, 116, 125, 152, 156, 206, 236, 533].

Активна реалізація означеного напрямку піднімає пласт важливих медичних, освітніх, поведінкових та соціальних питань. Їх вирішення лише в якійсь мірі залежить від запровадження сучасних медичних діагностичних систем, удосконалення консервативного та хірургічного лікування офтальмологічної патології в різному віці, а особливо з дитинства [43, 57, 135, 137, 158, 232, 448, 468, 470].

Комплексність підходу до вирішення означеної проблеми передбачає наукове обґрунтування та розкриття закономірностей виникнення, розвитку офтальмологічної патології, визначення рівнів поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в різних за віком, статтю та місцем проживання

групах населення, встановлення соціально-гігієнічних умов і факторів, що спривають формуванню офтальмологічної патології, з обґрунтуванням шляхів та організаційних підходів до профілактики та раннього виявлення хвороб ока, особливо в дитинстві [134, 144, 242, 363, 431, 465, 522].

В останні десятиріччя спостерігається тенденція до зростання поширеності хвороб ока та його придаткового апарату, особливо стрімко збільшилася частота виникнення аномалій рефракції серед дітей шкільного віку. Про це явище зазначають науковці різних країн. Так, за даними Guilmarin В. та Logan N.S. у Британії практично половина білих британців та більша половина (53,4 %) британців азіатського походження мають аномалії рефракції, зокрема с короткозорістю [489]. За даними Американської медичної академії у США більше 20,0 % дітей мають аномалії рефракції. Порушення зору розвивається у 18-20 % школярів у США, у 21 % школярів Польщі, у 15,0 % школярів Франції, Нідерландів, Австрії та Німеччини [243, 248, 275, 285, 297, 336, 338, 381]. Відбулося зростання питомої ваги міопії в загальній структурі поширеності хвороб серед підлітків США [261, 295, 324, 359, 380, 408].

В Україні частота діагностованих аномалій рефракції коливається за даними різних авторів від 25,0 % до 45,0 %. Аналіз поширеності аномалій рефракції в дитинстві та підлітковому віці представлений в наукових дослідженнях Барінова Ю.В., який показав, що у 8,2 % дітей виявлена обтяжена офтальмологічною патологією спадковість, яка проявляється в дитинстві. В цілому, аномалії рефракції становили 35-75 % в структурі офтальмологічної патології дітей у віці до 18-ти років, а 80,0 % серед усіх аномалій рефракції становить міопія, ще 2,6 % припадає на гіперметропію та до 3,0 % – на астигматизм [2, 8, 86, 116, 130-132, 350, 427, 503, 556]. Інші дослідники звертають увагу на наявність зв'язку та зростання ризику розвитку аномалій рефракції у дітей, які були передчасно народженими [65, 221]. Одночасно з цим, зберігається високим ризик розвитку важкої форми ретинопатії недоношених, що протієтично пов'язано з динамікою гематологічних показників, наявністю крововиливів [65 – 68]. Доведена

прогностична залежність ризику її розвитку від маси тіла дитини при народженні [304]. Саме народжені офтальмологічна патологія визначає формує основні показники рівнів дитячої інвалідності по зору в Україні [215], включаючи і народжену міопію з амбіопією [47, 119, 184, 311, 315, 354].

По мірі зростання віку дитини, зростає тривалість зорового навантаження, зростає питома вага захворювань органа зору. Так, якщо у доньківському віці частота виявлення офтальмологічної патології коливається від 5,0 % до 10,0 %, то в підлітковому віці вона може перевищувати 40,0 %. Аналогічні дослідження, під час яких були виявлені подібні тенденції, пояснюють їх формування стрімким зростанням тривалості зорового навантаження під час вступу та перших років навчання в школі, а також із суттєвим збільшенням загальної рухової активності під час перебування в шкільних закладах. В умовах, коли вимушене тривале статичне зорове напруження в поєднанні із необхідністю формування чітких зорових образів зростає до 19-20 годин на добу, різко зростає частота діагностованих розладів зору із формуванням міопічної рефракції ока [20, 70, 146, 166, 190, 191, 294, 322, 345, 385, 447, 455, 512, 521].

Міопія стає поширеною запізнено обумовленою соціальною аномалією рефракції у дітей шкільного віку. Окремі дослідники, вважають міопічну рефракцію ока певним еволюційним процесом, за рахунок якого зоровий аналізатор вимушений пристосовуватися до змінених умов життя та зорового навантаження у дітей [104, 192, 289, 378, 441, 453, 511]. При цьому, у дітей, які переважно мешкають в сільській місцевості, порушення зору зустрічаються доведено рідше, в порівнянні із дітьми, які проживають і навчаються в містах. І навпаки, серед дітей, які проживають в промислово розвинених регіонах, показники поширеності аномалій рефракції, зокрема міопії, є вищими в порівнянні із аналогічними середніми по країні [23, 169].

Наукові дослідження, проведені в різних за екологічними умовами регіонах, доводять, що індустріалізація в поєднанні із урбанізацією негативно

впливають на формування здорового аналізатора, провокуючи виникнення офтальмологічної патології в ранньому дитячому віці [48, 54, 87, 108, 150, 164, 172, 327, 464].

Аналітично науковими дослідженнями доведено негативний вплив екстремальних природно-кліматичних умов, дефіциту природного світла, зокрема, на виникнення хвороб ока та його додаткового апарату. Так, доведено, що частота короткозорості (міопії) зростає з Півдня на Північ. Встановлена закономірність пов'язана не лише зростанням зорового навантаження в умовах зростання урбанізації, ослабленням акомодациї, гіподинамією, а й несприятливим світловим режимом [3, 8, 29, 56, 58, 59, 69, 72, 138, 196, 209, 231, 264, 335, 374, 414, 445, 518, 531].

Результати досліджень, проведених серед дітей шкільного віку, переконують нас у наявності значного потенціалу негативного впливу факторів навчального перевантаження через надмірне зорове навантаження учнів у школах із поглибленим вивченням окремих предметів, а також факторів нерационально побудованих розкладів занять в школі без урахування вікових можливостей зорового аналізатора. Серед дітей, які відмінно навчаються в середніх школах/ліцейх, поширеність міопії в 1,5 рази вища в порівнянні з дітьми, які навчаються в цих же навчальних закладах посередньо. Додаткові заняття і захоплення дітей (наприклад музичні, художні школи, гуртки тощо), пов'язані із збільшенням часу порушення акомодациї, зростанням часу зорового навантаження збільшає також можуть сприяти розвитку міопії або її прогресуванню, що необхідно враховувати при веденні лікарського нагляду за такими дітьми [10, 22, 28, 43, 84, 129, 268, 278, 281, 339, 378, 388, 438, 453, 511].

Не стріас покращенню зору дітей і зміна зорового оточення, яка виникає у сучасних дітей із зростанням зорового навантаження в школі (комп'ютеризація навчального процесу, зміна і ускладнення шкільних програм) в поєднанні із неконтрольованим використанням гаджетів, ігрових приставок замість відпочинку, навіть повноцінного пішого сну.

Офтальмологами в різних країнах світу досліджується «комп'ютерний синдром» (фрагментом якого є «комп'ютерний зоровий синдром»), етапи розвитку якого мають доведений негативний вплив на формування не тільки зорового аналізатора [91, 99, 114, 128, 214, 250, 268, 312, 350, 388, 401, 423, 441, 453, 511].

Доведено, що власне несприятливими умовами для формування офтальмологічної патології в дитячому віці є не стільки саме по собі зорове навантаження, як його інтенсивність і тривалість в комплексі із можливим впливом факторів недостатнього освітлення, відсутності відпочинку, гіподинамією, нерациональним режимом знань, порушенням постави, великою кількістю підручників (зокрема при он-лайн навчанні негативний виснажливий вплив має тривале миготливе «спіксельне» зображення екранів гаджетів) на незрілий зоровий акомодативний апарат дитини. Внаслідок вищезазначеного, особливо в перші роки навчального процесу, формується патологічний зорово-руховий стереотип навчання, який згодом призводить до масової міопізації школярів перших та других класів. Саме під час перших двох років інтенсивного навчання на фоні швидкого, і часто, диспропорційного росту, провокується розвиток аномалій рефракції. Частіше міопіація є властивою для дітей, які розпочали навчання в школі з п'ятирічного віку [49, 51, 74, 83, 93, 112, 133, 154, 165, 185, 240, 294, 370, 379, 395, 410, 447, 482, 488, 511, 515, 530, 536].

Не менш важливе значення мають фактори дотримання санітарно-гігієнічних параметрів та умов формування зорових функцій у дітей дошкільного та шкільного віку для забезпечення раціонального освітнього процесу, профілактики виникнення розладів зору, зокрема міопії. Так, доведено, що частота розвитку міопії залежить від санітарно-гігієнічних умов в закладах дошкільної та шкільної освіти, таких як недостатнє освітлення, індивідуальна невідповідність розміру меблів росту та розміру кінцівок дитини, перевантаження проективної місткості шкільних кашів [69, 115, 141, 145, 147, 401, 478].

Доведеними факторами ризику розвитку офтальмологічної патології в дитячому віці є: обтяжений сімейний анамнез (міопія, астигматизм у батьків та у бабусь, діусів); тривале зорове навантаження на близькій відстані (великий обсяг зорового навантаження під час занять в школі, особливо із застосуванням гаджетів); недотримання правил здорової гігієни зору; низька інтенсивність фізичного навантаження, недостатність часу перебування на свіжому повітрі; незадовільні побутові умови, що супроводжуються в тому числі недостатнім освітленням під час зорового навантаження; соціально-економічні фактори та умови, тощо [36, 101, 142, 149, 161, 163, 167, 221, 249, 265, 276, 283, 288, 301, 309, 310, 344, 357, 479, 493, 503, 517, 527, 538].

Зростає частота діагностованих аномалій рефракції реєструється під час проведення медичних оглядів в школах. Її частота зростає з віком дитини, пік захворюваності припадає на вік 10-14 років [85, 93, 130-132, 213, 254, 280, 353, 404, 481, 487].

Одночасно з цим встановлено, що міопія потенційно небезпечна розвитком медичних ускладнень та соціальних наслідків. Незважаючи на розробку і впровадження різних методів лікування та стабілізації росту міопії, практично у 70,0 % – 80,0 % випадків вона виявляє схильність до прогресування. Через наявність міопії високого ступеню, ускладненої міопії з астигматичним компонентом та міопії, ускладненої змінами на очному дні, близько 20,0 % випускників шкіл певною мірою обмежені у виборі сфери професії [102, 225, 227, 245, 266, 298, 320, 321, 355, 360, 369, 384, 400, 520, 545].

Науковими дослідженнями доведено, що наявність порушень функцій зору в дитинстві має негативний вплив на формування компонентів якості життя дітей, який зростає по мірі дорослішання дитини, а тому дієві профілактичні і лікувальні стратегії, направлені на попередження формування та прогресування офтальмологічної патології є надзвичайно ефективними починаючи із раннього дитячого віку, коли вплив на формування компонентів якості життя є ще порівняно не таким суттєвим, як

у середньому та старшому шкільному віці [120, 121, 148, 197, 251, 282, 305, 364, 415, 435, 436, 514].

Незважаючи на те, що більшість робіт по вивченню поширеності офтальмологічної патології серед дітей присвячені вивченню поширеності саме міопії та розробці дієвих профілактичних стратегій з попередження зростання її поширеності та прогресування, зустрічаються роботи, присвячені вивченню поширеності інших офтальмологічних хвороб, таких як гіперметропії та гіперметропічного астигматизму, змішаного астигматизму, псевдоміопії, косокості, вродженої глаукоми, ретинобластоми тощо. Так, встановлено, що практично кожна десята дитина (10,7%) має гіперметропію, яка може поєднуватися із гіперметропічним астигматизмом та провокувати розвиток косокості, починаючи з дошкільного віку. Змішаний астигматизм зустрічається у 2,0% школярів, його частка не зростає із віком дітей [18, 75-78, 81, 100, 188, 194, 348, 349, 389, 391, 471].

Серед усіх класів хвороб, які стають причиною встановлення інвалідності по зору із дитинства, клас хвороб ока та його додаткового апарату традиційно посідає шосте місце, складаючи 6,5%. Рівень загальної інвалідності по зору з дитинства в Україні коливається у межах 10-11 випадків на 10 тисяч дитячого населення. В структурі інвалідності по зору із дитинства перше місце посідає вроджена патологія органа зору та його додаткового апарату. На другому місці знаходиться міопія, наступні місця посідають дитячі травми ока та його додаткового апарату, їх наслідки, які призвели до незворотних втрат здорових функцій в дитячому віці, а також хвороби судинної оболонки ока, сітківки, зорового нерва та зорових шляхів, хвороби кристалика [130-132, 271, 291, 293, 306].

Особливо схильними до виникнення і розвитку патології зорового аналізатора є недоношені діти. В цій групі дітей найчастіше зустрічається і міопія (до 50,0% недоношених дітей мають міопію з раннього дитячого віку). Також частіше діагностуються хвороби ока та його додаткового апарату серед ослаблених дітей, які часто хворіють, мають знижені імунні

власності організму. Науковці відзначають наявність взаємоз'язку виникнення міопії (аномалії рефракції) із соматичними, психосоматичними захворюваннями, особливо в підлітковому віці [65, 221, 272, 286, 411].

Таким чином, формування здорових зорових функцій в дитячому віці є заворукою формування здорової (фізично і психологічно) особистості, з високим значенням компонентів якості життя та високими характеристиками самоощінки стану здоров'я. Серед факторів ризику, які мають доведеної вплив на формування аномалій рефракції, зокрема міопії з дитинства є спадковість; щільність та соціально-економічні умови проживання; надмірна тривалість зорового навантаження зблизка; поведінкові звички та стереотипи, пов'язані із тривалістю перебування на свіжому повітрі та тривалістю нічного сну, гігієна зору та харчування, тощо. Значна поширеність вищезазначених факторів ризику зумовлює прогностичне продовження зростання поширеності офтальмологічної патології серед дітей. Виходячи з того, що здоровий зір є так надзвичайно важливим для формування здорових майбутніх поколінь і обороноздатності держави на найближчу і довгострокову перспективу, актуальності набуває пошук ефективних шляхів профілактики, ранньої діагностики, лікування та реабілітації офтальмологічної патології, починаючи з раннього дитячого віку. При цьому, всі витрати на охорону здоров'я в умовах жорсткої економії повинні мати медичну, соціальну та економічну ефективність. Застосування сучасних профілактичних та скринінгових програм для виявлення факторів ризику та ранніх проявів порушень функцій зору у дітей різного віку мають орієнтуватися на світовий досвід запровадження сучасних медичних технологій доказового скринінгу.

1.3. Дослідження особливостей організації надання допомоги пацієнтам із хворобами ока та його придаткового апарату, починаючи із дитячого віку в світлі сучасних реформ охорони здоров'я.

В стратегії ВООЗ «Здоров'я для всіх в XXI столітті», як і в Цілях сталого розвитку ПРООН (затверджених у вересні 2015 року на 70-й сесії Генеральної Асамблеї ООН в рамках Саміту ООН зі сталого розвитку з підсумковим документом «Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року»), в яких визначено 17 основних цілей та 169 завдань для їх досягнення, були розроблені та затверджені основні вектори сталого розвитку на перспективу до 2030 року [6, 32, 86, 491, 544].

На виконання означених Європейських стратегій, в 2016 р. в Україні створено План досягнення Цілей сталого розвитку, третя з яких стосується реформ задля збереження здоров'я і благополуччя населення (Ціль 3 «Міцше здоров'я і благополуччя») [58, 65, 287, 535, 555].

ВООЗ, на своєму офіційному сайті, оприлюднюючи документ з програмою роботи на 2020-2025 рр. «Спільні дії для міцного здоров'я», звертає увагу на необхідність досягнення рівності, справедливості та доступності медичної допомоги для всіх верств населення. Побудова та впровадження пріоритетів вищезазначеної Європейської програми роботи враховувала попередньо вивчені очікування населення окремих країн від органів влади щодо медичної галузі. За результатами такої роботи, в документах ВООЗ зазначається, що люди наполягають, щоб органи влади забезпечили їм реалізацію їх права на доступну медичну допомогу без страху фінансових труднощів, дієвий захист на випадок надзвичайної ситуації у медичній сфері для забезпечення у майбутньому можливості життя в здоровому суспільстві. Враховуючи вищезазначене, окрема увага має бути приділена і розвитку служб громадського здоров'я, соціального забезпечення громадян, що сприятиме зростанню суспільної економіки добробуту в країнах Європейського регіону в цілому. Прагнення до реалізації таких очікувань населення вимагає об'єднання зусиль органів влади та охорони здоров'я держав-членів, для реалізації намічених завдань з урахуванням регіональних особливостей кожної країни. Одночасно з цим, доступність

медичної допомоги в регіоні визначається якістю наданої первинної медичної допомоги. За рівнем розвитку первинної медичної допомоги визначається рівень розвитку медичної галузі в кожній з країн Європейського регіону [58, 113, 160, 174, 177, 207, 208, 258, 317, 333, 366, 424, 459, 463, 541-543, 555].

Україна, як країна Європейського регіону активно імплементує ефективний європейський досвід. У вітчизняних нормативно-правових документах зазначено, що для підвищення структурної ефективності системи охорони здоров'я, в цілому, та ефективності функціонування окремого лікувально-профілактичного закладу, пріоритет належатиме моделі первинної медичної допомоги, центральною фігурою якої є лікар загальної практики-сімейний лікар. Саме така модель має змогу бути чутливою та швидко реагувати на потреби населення регіону, де працює сімейний лікар. Діяльність лікаря загальної практики-сімейного лікаря доповнюється конкретними заходами для формування, проєктування та реалізації політик і втручань з залученням, за потреби, соціальних, освітніх, культурних заходів та фахівців, діяльність яких орієнтована на впровадження сучасних міжсекторальних підходів у ефективних взаємодіях медичної галузі, орієнтованих на потреби людей конкретного регіону з профілактики хвороб, зміцнення та збереження здоров'я населення в цілому [94, 108, 182, 186, 205, 207, 229, 233, 307, 420, 456, 509].

Діяльність сімейного лікаря покликана, в тому числі, забезпечувати можливість отримання пацієнтом якісних медичних послуг при появі скарг на порушення функцій зору, дієво поєднаних з послугами лікарів-спеціалістів офтальмологів стаціонарного та/або амбулаторно-поліклінічного відділення, служб громадського здоров'я, а також при потребі, і служб соціальної допомоги та соціального захисту. При цьому, важливо, що пацієнт із офтальмологічною патологією може розраховувати на поєднання зусиль системи громадського здоров'я, первинної медичної допомоги, спеціалізованої офтальмологічної амбулаторної та стаціонарної допомоги,

взаємодія яких зорієнтована на його індивідуальні особливості, можливості і потреби, незалежно від того, якої форми власності є заклад охорони здоров'я, який став місцем звернення цього пацієнта [55, 62, 71, 80, 105, 111, 122, 123, 174, 181, 193, 332, 352, 439].

Позитивний європейський досвід переконує в ефективності організаційного підходу із формуванням, так званого континууму надання медичної допомоги пацієнту із виявленим порушенням функції зору або діагностованим офтальмологічним захворюванням. Вказаний підхід включає безперервність клінічної профілактики, раннього виявлення та скринінгу, лікування, реабілітації та паліативної допомоги для забезпечення потреб пацієнта, з урахуванням його індивідуальних особливостей при організації континууму надання медичної допомоги [7, 37, 38, 157, 179, 183, 201, 208, 226, 419, 452, 458, 499, 504].

Важливим для кожного мешканця стає процес організації надання первинної медичної допомоги, яка покликана бути максимально ефективною у вирішенні проблеми доступності медичних послуг для всіх верств населення. Рівний доступ до якісної первинної медичної допомоги особливо актуальний в сільській місцевості. Такі обставини висувають певні вимоги до кваліфікації лікаря загальної практики-сімейного лікаря щодо його рівня підготовки, обсягу знань, практичних навичок та вмінь. Надання первинної медичної допомоги вимагає від сімейного лікаря орієнтації у будь-яких медичних проблемах пацієнта, незалежно від його статі, віку та характеру звернення або захворювання [12, 14, 17, 34, 37, 204, 246, 247, 302, 305, 422, 426, 433, 504].

Проте, саме такий підхід виявив свою ефективність та підтверджений Всесвітньою організацією сімейної медицини (WONCA), яка ще в 2002 році обґрунтувала визначення спеціальності «загальна практика-сімейна медицина», концепцію та вимоги до обсягу послуг первинної медичної допомоги, компетенції сімейного лікаря, який її надаватиме. З огляду на різноманітність спеціальностей в медичній галузі, лікар загальної практици-

сімейний лікар є особливим, адже надана ним медична допомога характеризується безперервністю та довготривалістю спостереження за пацієнтом, багатoproфільністю, унікальним «холістичним» сприйняттям проблем пацієнта з урахуванням індивідуальних особливостей його самого та його родини або сім'ї, яка стає однією медичного обслуговування сімейним лікарем. Діяльність лікаря загальної практики-сімейного лікаря в першу чергу є превентивною та спрямованою на профілактику хвороб, в тому числі органів зору, профілактику офтальмологічного травматизму, правильну координацію надання спеціалізованої медичної, зокрема офтальмологічної, допомоги пацієнту, при потребі, залучаючи до цього процесу членів родини, громадські організації та(або) інших вузькопрофільних спеціалістів (дієтологів, реабілітологів, психологів тощо). Саме лікар загальної практики-сімейний лікар має компетенції для забезпечення такої взаємодії в медичній сфері, і жоден інший вузькопрофільний спеціаліст не має таких широких повноважень діяти в інтересах пацієнта, залучаючи при потребі працівників соціальних служб, юристів, тощо [107, 169, 300, 386, 432, 498, 524, 528].

У сімейній медицині є унікальна можливість при правильній організації процесу зменшити обсяг невиправданих додаткових медичних послуг, лабораторних та інструментальних методів обстеження, застосування превентивних та скринінгових технологій з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини. Раннє виявлення офтальмологічного захворювання відбувається за рахунок своєчасного виявлення факторів ризику, обтяженого спадкового анамнезу, знання умов життя, праці і дозвілля пацієнта, а також при реалізації вмінь досвідченого сімейного лікаря виявити і диференціювати перші прояви порушення функції зору, починаючи з дитячого віку [9, 11, 30, 31, 106, 107, 202, 244, 347, 383, 444, 461, 513, 539].

Ефективним та важливим напрямком функціонування сімейної медицини залишається профілактика, яка включає в себе проведення заходів

доклінечної діагностики, виявлення, пієлювання факторів ризику формування офтальмологічної патології, в поєднанні із своєчасним інформуванням пацієнта та членів його родини про доцільність застосування превентивних та лікувальних медичних заходів та втручань, їх обсяг та регулярність [90, 203, 343, 352, 451, 462].

В рамках діючого нормативно-правового поля у вітчизняній медичній галузі первинну медичну допомогу пацієнту офтальмологічного профілю має надавати лікар загальної практики-сімейний лікар, який має відповідний сертифікат, пройшов підготовку на повсякденному рівні освіти у дворічній інтернатурі або завершив навчання на шестимісячному циклі спеціалізації за фахом «загальна практика-сімейна медицина». Програма підготовки сімейного лікаря включає формування навичок з первинного офтальмологічного обстеження, амбулаторно-діагностичних профілактичних маніпуляцій в рамках компетенцій реалізації синдромального підходу класифікації ІСРС-II, яка прийнята та рекомендована до використання в Україні для первинної ланки медичної допомоги [89, 106, 107, 180, 393].

Посилення позицій первинної медичної допомоги з акцентом на розвиток сімейної медицини дозволяє поступово усувати дисбаланс суттєвого переважання лікувальної практики над стратегіями профілактики виникнення хвороб, зокрема порушення функцій зору, превентивний підхід у формуванні яких є надзвичайно важливим, починаючи із раннього дитячого віку. Не втрачають актуальності дослідження із пошуку, своєчасного виявлення сучасних факторів ризику формування та прогресування офтальмологічних захворювань, обґрунтування важливих організаційних форм, а також методичних підходів до попередження порушення зору, формування здорового способу життя, раціональних зорових поведінкових стереотипів та звичок з раннього дитинства і на все життя [178, 407, 421, 443, 547].

Пріоритетна роль превентивного підходу у формуванні та збереженні здоров'я, в тому числі зорового аналізатора, закріплена в багатьох

документах ВООЗ та ПРООН. Стратегії профілактики сліпоти, яка прощугується фрагментами програм ВООЗ. Превентивній персоналізованій підхід визнаний ефективним в стратегії збереження здоров'я населення, як основного трудового ресурсу кожного регіону. Проте, вітчизняні та закордонні науковці все ще дискутують щодо можливостей і потенціалу первинної медичної допомоги стати ресурсом для розширення можливостей зміцнення індивідуального, трудового і популяційного здоров'я населення [34], 383, 430, 485, 497, 524, 530, 549].

Сучасними напрямками в офтальмології, які останнім часом набули значного розвитку стали інноваційні методи діагностики і лікування глаукоми, катаракти, вікових макулодистрофій, дегенерацій сітківки та діабетичних ангіоретинопатій (зокрема із проведенням оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних умовах). Розвиток наукових досліджень в означених напрямках відбувається одночасно із появою нового лікувально-діагностичного обладнання, розробкою нових інноваційних технологій та нововведень. При лікуванні діабетичної ангіоретинопатії, вікової макулодистрофії, в тому числі проліферативної її форми, застосовується сучасна Anti-VEGF терапія. Демонструють результативність нові методи ведення ендокринних офтальмопатій, зокрема ендокринного екзофтальму. Ведення бойових дій на території України внесло корективи в стабільність надання медичної допомоги при бойових пораненнях ока та його придаткового апарату [48, 231, 241, 273, 274, 313, 340, 409, 428, 446, 472, 550].

Першочерговим та актуальним визначено збереження здоров'я дітей, визнання пріоритетності якого дозволяє здійснювати інвестування у майбутнє та розвиток формування у майбутньому здорових поколінь і нащадків. Активне зміцнення здоров'я та формування здорового способу життя починається із оздоровлення дітей [126, 151, 342, 429, 537, 557].

Здорові зорові функції, починаючи з раннього дитячого віку стають запорукою формування здорового індивідууму у майбутньому. Доведено, що

порушення функції зору в ранньому дитячому віці, є виснажливим у формуванні соматичних, фізичних та поведінкових функцій дитини по мірі її дорослішання. Діти із суттєвими порушеннями зору, як правило, мають відставання у фізичному розвитку, що пояснюється тим фактом, що зорові образи формують до 90,0% інформації про оточуюче середовище, яка надходить до центральної нервової системи людини. Відповідно, дефіцит зорових образів та імпульсів провокує сповільнення формування нервової системи, відставання у фізичному розвитку з раннього дитячого віку [70, 89, 159, 162, 199, 270, 352, 442, 485, 542, 543].

На сьогодні, в Україні продовжує функціонувати обґрунтована десятиліття тому система надання офтальмологічної допомоги дітям, центрами якої є Київський міський центр мікрочірургії ока, ДУ «Інститут очних хвороб та тканинової терапії імені акад. В.П.Філатова», дитяче офтальмологічне відділення клініки ОХМАТДИТ, кафедри офтальмології та дитячої офтальмології вищих медичних навчальних закладів країни. Продовжує функціонувати мережа спеціалізованих кабінетів дитячої офтальмології при амбулаторно-поліклінічних закладах, дитячих офтальмологічних відділень при обласних, міських та районних лікарнях. До того ж офтальмологічну лікувально-профілактичну допомогу дітям до вісімнадцяти років надають офтальмологічні кабінети при багатопрофільних діагностичних центрах різних форм власності [90, 234, 235, 416, 460, 483].

Новим, з точки зору реформування етапності надання офтальмологічної допомоги дітям, стала можливість її надання на догоспітальному етапі сімейним лікарем або сімейним педіатром із залученням передбачених компетенцій та обладнання згідно таблицею оснащення амбулаторії загальної практики-сімейної медицини та Центрів первинної медико-санітарної допомоги. Такий підхід є обґрунтовано правильним, адже дитяча офтальмологія повинна починатися задовго до народження дитини. Будь-які проблеми перебігу перинатального періоду, особливості перебігу пологів (швидкі, затяжні пологи, обвиття дитини

пузовиною, асфіксія тощо) збільшують на ймовірність розвитку офтальмологічної патології, що актуалізує взаємодію неонатологів, сімейних педіатрів та(або) сімейних лікарів у веденні спільного нагляду за формуванням такої дитини, зокрема її зорових функцій, адже доведено, що у таких дітей ймовірність розвитку сліпоти зростає у шість разів [52, 79, 80, 82, 124, 136, 140, 143, 155, 195, 263, 270, 534].

Україна, як країна Європейського регіону бере активну участь у реалізації сучасних міжнародних програм та проєктів, наприклад зі створення загальнодержавної системи допомоги дітям із ретинопатією недоношених. Реалізація спільних зусиль дозволила зупинити ріст кількості таких ретинопатій, консолідувати зусилля та ресурси навколо проблеми формування сліпоти з дитинства, розробити та реалізувати відповідну національну програму [160, 325, 390, 440, 534, 537].

Організація роботи офтальмологічної служби в умовах реформування медичної галузі в цілому мала низку перетворень, в результаті яких була скорочена денна частка офтальмологічних ліжок, як для дорослих, так і для дітей. Одночасно з цим зросла мережа амбулаторної дитячої офтальмології, в тому числі приватних офтальмологічних кабінетів та закладів, в яких надається допомога і дітям різного віку. Проте на сьогодні, не сформованою залишається мережа та нерівномірною залишається якість надання амбулаторної офтальмологічної допомоги дитячому населенню. При цьому, відбулася втрата профілактичної спрямованості дитячої офтальмологічної служби в цілому, відсутні консолідація зусиль медичної галузі на попередженні розвитку офтальмологічної патології у дітей [170, 253, 267, 387, 398, 473, 483, 500, 508].

Недооціненою залишається роль амбулаторно-профілактичної дитячої офтальмології з першочерговою затребуваністю таких послуг для дітей молодшого шкільного віку. Проблема загострюється та потребує першочергового вирішення через відсутність лікарів, а в більшості випад і середнього медичного персоналу, низької матеріально-технічної рівень і

можливості обладнання дитячих посільних медичних кабінетів для проведення профілактичних заходів та профілактичних обстежень дитячим офтальмологом за рекомендованою кратністю [45, 85, 176, 239].

Нагляд за дітьми із встановленим діагнозом офтальмологічного захворювання часто зводиться до лише обліку та констатації лікарями зростання ступеню аномалії рефракції, через відсутність системних профілактичних мій та заходів для його попередження. Під час профілактичних оглядів лише констатується хвороба, не відбувається робота з нівелювання виявлених факторів ризику виникнення і прогресування офтальмологічної патології в дитячому віці. Більше того, дитячі офтальмологічні заклади не в повній мірі забезпечують повноцінні регулярні профілактичні огляди дітей, звернення яких з профілактичною, лікувальною та діагностичною метою відбувається в тому числі і до сімейного лікаря чи сімейного педіатра, а також внаслідок активного маркетингу приватних оптик та приватних закладів охорони здоров'я, частина дітей за ініціативи їх батьків продовжують перебувати під наглядом одночасно кількох спеціалістів [1, 44, 173, 284, 299, 319, 397, 486, 495, 497, 507, 551].

Дитяча офтальмологічна служба потребує оптимізації організації своєї роботи із посиленням централізації та укрупненням дитячої офтальмологічної служби, адже розпорошеність кабінетів із недостатнім обладнанням створює значні проблеми для перенаправлення дітей, в тому числі в приватні медичні заклади [234, 262, 332, 396, 416, 440, 494].

Необхідно сформулювати удосконалену модель системи охорони зору дітей, яка включала б заходи контролю за дотриманням санітарно-гігієнічних умов для здорового розвитку зорового аналізатора у дитини, профілактики, ранньої діагностики та лікування офтальмологічної патології у дітей. Консолідація зусиль із застосуванням сучасної апаратури, приладів, технологій для реалізації стратегій технічного переозброєння амбулаторно-поліклінічної ланки дитячої офтальмологічної служби сприятиме доступності отримання безкоштовних послуг дитячого офтальмолога, в тому числі з

профілактичною метою, зі збереженням високого рівня якості цих послуг. Лише централізований підхід до планового укрупнення та консолідації зусиль дитячої офтальмологічної служби на рівні району і області дозволить реалізувати в поліклінічних умовах можливість повноцінного охоплення дітей профілактичними офтальмологічними послугами, дозволить виявляти приховану офтальмологічну патологію на ранніх стадіях, виявляти керовані і не керовані фактори ризику розвитку і прогресування розладів зору в дитячому віці, формувати «групи ризику» таких дітей для повноцінного нагляду та надання їм лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги [19, 21, 24-26, 318, 392, 417, 449, 470, 473, 501, 510, 519, 537].

Аналізуючи сучасний ефективний світовий досвід організації медико-профілактичної допомоги дитячому населенню, зокрема щодо збереження зорових функцій з дитинства, варто згадати організацію надання комплексної офтальмологічної допомоги дітям в США (Lyons SA) в рамках роботи міждисциплінарного нагляду, який включає скринінгові тести в тому числі офтальмологічні, при обов'язкових обстеженнях учнів коледжів у шкільних офтальмологічних центрах [212, 256, 277, 394, 412, 419, 492, 532].

Скринінговий офтальмологічний огляд дітей довів свою ефективність і в інших країнах. Так, у Великобританії координатором проведення обов'язкової скринінгової перевірки зору дітям до шістнадцяти років є служба здоров'я. Безпосередньо у проведенні скринінгу можуть брати участь оптометристи, ортоптисти, патронажні сестри та шкільні медичні сестри, сімейний лікар або сімейний педіатр, офтальмолог амбулаторної служби та(або) клініки очних хвороб. За ініціативи керівника служби здоров'я району, за участі сімейних лікарів району створюється програма скринінгу. Обов'язковою є перевірка зору двічі у дітей дошкільного віку для виявлення ранньої косокості або амбліопії (у віці до 1-го року та повторно у віці від 3 до 3,5 років). Вчителі можуть оцінювати зорові функції дитини у віці до семи років, при будь-яких сумнівах, вони направляють дитину на додаткову перевірку зору, яка за час навчання в школі може відбуватися кілька разів (у

віці до 7 років, в 11-13 років). До таких медичних оглядів долучаються оптометристи, патронажні сестри та сімейні лікарі [171, 189, 210, 222, 255, 260, 323, 529, 534].

Численні програми скринінгу амбіопії, косогляду, міопії або взагалі скринінгової перевірки зору діють в різних країнах Західної Європи, де подібні програми є буденною практикою. До них залучаються зусилля мультидисциплінарних команд за участю кількох лікарів, медичних сестер, сімейних лікарів, медико-соціальних працівників та служб громадського здоров'я [53, 59, 212, 223, 519, 529, 537].

Аналізуючи та порівнюючи роботу вітчизняної офтальмологічної служби, варто відмітити негативні тенденції збільшення кількості дітей з хронічними захворюваннями органа зору при відсутності ефективної системи профілактичної офтальмологічної допомоги дітям. Потребує докорінної реорганізації матеріально-технічної оснащеність, в тому числі за рахунок утворення амбулаторно-поліклінічних дитячих офтальмологічних відділень, що в даних скрутних умовах фінансування медичної галузі в Україні дозволило б покращити якість наданої лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах [259, 496, 549].

Реалізація профілактичних програм збереження здорових зорових функцій з дитинства потребує консолідації зусиль медиків (дитячих офтальмологів, лікарів загальної практики-сімейних лікарів, лікарів-педіатрів, неонатологів) з педагогами дошкільної та школярської освіти, щоб спільними зусиллями допомогти родині, в якій росте і формує зорові функції дитина із факторами ризику тієї чи іншої офтальмологічної патології, пізнавати вплив цих факторів, доповнивши цю роботу регулярними медико-профілактичними обстеженнями та порадами спеціалістів дитячих офтальмологів [42, 466, 513, 534, 539, 543].

Реорганізація дитячої офтальмологічної служби могла би стати імпульсом для реорганізації системи охорони зору в цілому в країні. Для

збереження офтальмологічного здоров'я необхідно оновити та удосконалити форми організаційної роботи превентивного та лікувально-профілактичного спрямування, доповнивши ці заходи підвищенням якості надання офтальмологічної допомоги дітям в цілому, якість офтальмологічного обслуговування організованих дитячих освітніх колективів в садочках, ліцейх, школах, а також професійно-технічних училищах, де навчаються діти віком до 18-ти років [255, 469, 532].

Отже, в країнах з розвиненими системами громадського здоров'я та охорони здоров'я, паралельно з потужною мережею спеціалізованих офтальмологічних закладів та відділень, ефективно працює профілактика хвороб, зокрема хвороб ока та його придаткового апарату.

В сучасних умовах значного зростаючого поширення факторів ризику порушень функцій зору відсутні підстави сподіватися на зменшення поширеності офтальмологічної патології. Проблема ускладнюється безсимптомним початком більшості офтальмологічних патологій. Особливою вона є серед дитячого контингенту, серед якого важливо своєчасно розпізнати, як фактори ризику, так і ранні прояви порушень зору. Якщо пацієнти старшого віку, маючи досвід відмінних зорових функцій, завжди звертають увагу на погіршення зору, то діти, не маючи такого досвіду, не можуть звернути увагу батьків та дорослих на його стан. Якщо не зосереджуватися на відмінностях поширеності офтальмологічної патології в різних вікових групах, то найбільш часто зустрічаються такі порушення зорових функцій: аномалії рефракції, анізопіа, страбизм; катаракта; глаукома; офтальмологічні ускладнення цукрового діабету (діабетична ангіоретинопатія, катаракта); вікова макулодистрофія; хвороба сухого ока; інфекційні ураження передньої поверхні ока (кон'юнктивіти, блефарити, кератити); офтальмологічні прояви інших хвороб (артеріальна гіпертензія, гіперліпідемія, тиреотоксикоз, ревматизм, анемія, тощо).

Аналіз витратів країи з розвиненою економікою на надання медичної допомоги при хворобах ока та його придаткового апарату, включаючи прями

(вартість проведених лікувально-діагностичних та оперативних втручань для корекції зору) і непрямі (витрати, пов'язані з зниженням/втратою продуктивності праці, зниженням якості життя, наявністю інвалідності, соціальні видатки) витрати, засвідчує їх незначні переважання (55,0%) для вікової категорії осіб старше 65-ти років, що пов'язано з високою вартістю надання медичної допомоги, оперативних втручань при віковій макулодистрофії, катаракті, глаукомі. Проте, якщо рахувати видатки, маючи на меті збереження продуктивності праці, варто відзначити, що вони є значно ефективнішими у віковій групі пацієнтів до 40 років, так як дозволяють повністю відновити функції зору в дитячому, підлітковому, працездатному віці, попередивши втрати продуктивності та можливі порушення якості життя, пов'язані із зниженням зорових функцій.

Обґрунтування, розробка та впровадження програм із збереження зору з дитинства, з урахуванням кращого світового досвіду, особливо в сучасних скрутних умовах функціонування соціальної сфери в Україні, є надзвичайно важливим з точки зору формування стратегічного погляду на збереження здоров'я населення у майбутньому. Актуальним і пріоритетним завданням медичної галузі залишається посилення профілактичної спрямованості в поєднанні із формуванням здорового способу життя, як інтегральної складової системи оздоровлення дітей в дошкільних та шкільних освітніх закладах.

#### Висновки до розділу 1.

Визнаючи всю складність і комплексність поняття формування здоров'я підлітчастих поколінь варто відзначити, що формування здорових зорових функцій є невід'ємною складовою нормального фізичного, психо-емоційного, соціально-культурного розвитку особистості.

Хвороби ока та його придаткового апарату зумовлюють зростаючий тягар хвороб в системі охорони здоров'я, що посилює медико-соціальне

вирішення проблеми. Рання діагностика і лікування найбільш поширених захворювань ока (аномалії рефракції, катаракта, глаукома, вікова макулодистрофія, діабетична ангіоретинопатія та діабетична катаракта) необхідні для застосування з метою попередження втрат працездатності та якості життя, особливо у віковій категорії населення до 40-річного віку, на якій припадає найбільше соціальне, освітнє, професійне і непрофесійне навантаження.

За результатами проведеного дослідження з'ясовано, що в Україні недосконало працює система медико-соціального скринінгу і моніторингу офтальмологічних захворювань у дітей. Відсутня злагоджена ефективна взаємодія медиків, освіти та родин дітей з профілактика формування здорових розладів у дітей дошкільного і молодшого шкільного віку, в той час, як доведено, що найвищі рівні захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату реєструються у віці 10-14 років.

Актуальними і пріоритетними для вирішення залишаються проблеми організації моніторингу здоров'я функцій, особливо у дітей шкільного віку, та посилення профілактичної спрямованості з формуванням здорових здорових поведінкових і освітніх стереотипів поведінки дітей, як інтегральної складової системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей та попередження виникнення у них порушень та розладів функцій зору.

За матеріалами розділу опубліковано:

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Збереження офтальмологічного здоров'я дітей: організаційні засади. *Медицина науки України*. 2024. №20(1). С. 137-145. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.1.2024.18>;

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Медико-соціальні аспекти офтальмологічної патології різносторонній погляд на проблему. *Медицина науки України*. 2024. №20(3). С. 93-101. <https://doi.org/10.32345/2664-4738.3.2024.11>;

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Фактори ризику розвитку розладів зорових функцій в дитячому віці, *Вісник соціальної ліквідації та організації сімейного здоров'я*, 2024, №1, С. 75-80;

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Організація надання медичної допомоги дітям із розладами функцій зору в світлі сучасних реформ охорони здоров'я. *Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина»* 2024, №1(69), С. 88-93;

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Запровадження сучасних медико-профілактичних підходів до надання медичної допомоги дітям із офтальмопатологією / *Актуальні питання здоров'язбереження, безбар'єрності, фізичної терапії, реабілітації в умовах сьогодення* : збірник тез III Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Київ, 16-17 травня 2024 р. Київ, 2024, С. 100-104;

Денисюк Л.І., Повсткіна Т.М. Досвід різних країн світу щодо забезпечення сучасної діагностики захворювань ока та його придаткового апарату, починаючи з дитячого віку / *Topical aspects of modern scientific research* : матеріали VIII міжнародної науково-практичної конференції, м.Токіо, Японія, 18-20 квітня 2024 р. С.49-52;

Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Сучасний погляд на проблему негативного впливу факторів ризику при формуванні офтальмопатології у дітей / *Сучасні проблеми формування демократичних цінностей у світовому просторі*: матеріали ХХІХ Міжнародної науково-практичної конференції, м. Київ, 21-22 березня 2024 р. Київ, 2024, С.236-239.

## РОЗДІЛ 2

### ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Планування програми наукового дослідження відбувалося відповідно до визначених у ньому мети та завдань. Структурно етапи програми наукового дослідження представлено на рис. 2.1.

Виконання кожного етапу передбачало використання комплексу загальнонаукових методів дослідження, підбір яких здійснювався на основі системного підходу та системного аналізу. В цілому, для виконання поставлених у дослідженні завдань використовувалися наступні методи дослідження:

- системного підходу та системного аналізу (метод використовувався для комплексного дослідження визначених об'єкту та предмету дисертаційного дослідження, з'ясування особливостей функціонування системи охорони здоров'я при офтальмологічній патології, її зовнішніх і внутрішніх взаємозв'язках із виявленням та аналізом проблем, обґрунтуванням підходів та комплексних міжсекторальних заходів щодо їх вирішення);

- бібліосемантичний (метод використовувався для вивчення вітчизняного та світового досвіду, опрацьованого в сучасній науковій літературі медико-організаційних підходів до вирішення досліджуваної проблеми);

- епідеміологічний (метод використовувався для ретроспективного вивчення особливостей захворюваності, поширеності, результатів проведення профілактичних оглядів і інвалідності за класом хвороб ока та додаткового апарату, виявлення впливу офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя у дітей різного віку);

- медико-статистичний (метод використовувався для збору, обробки та аналізу отриманої на всіх етапах дисертаційного дослідження медико-статистичної інформації);

<b>I етап</b>	<b>Узагальнений результатів та аналіз наукових досліджень. Їх вирішення проблеми поширення порушень зорових функцій з дитинства, зокрема їх психосоціального аспектів та отримати дефініційної та норми адаптивної поведінки</b>		
<b>II етап</b>	<b>Вибір напрямку, форми вивчення, мети, завдання, приклади, методи та об'єкти дослідження на конкретну і його дослідницькі етапи</b>		
<b>III етап</b>	Аналіз методів вимірювання показників адаптивності та адаптивності з дитинства (за формою) та його представлення в аналізі (10 осіб)	Вибір методів збору інформації про соціально-психологічний аспект поширення порушень зорових функцій, факторизацію їх вплив на психосоціальний аспект виховання та адаптивності (15 осіб)	Рівні статистичної мити за 2003–2017 рр. Форми 12, 14, 19, форми 31-дівочі результати – 150 осіб.
Судова вітчизняна, зарубіжна наукова та методична література (17 осіб)	Робота методологічного інструментарію дослідження	Аналіз динаміки та регіональних особливостей основних медико-статистичних показників за дитини з дитинства (за формою) та його представлення в аналізі в Україні	
Аналіз регіональних особливостей поширеності та адаптивності за дитини з дитинства та його представлення в аналізі серед різних вікових груп населення за результатами ретроспективного дослідження 2003–2017 рр.	Регіональні особливості поширеності порушень зору з дитинства в Україні. Їх динаміка за 2003–2017 рр.	Ретроспективний аналіз результативності програмних заходів профілактичних і освітніх програм з дитинства з дитинства адаптивності та його представлення в аналізі в Україні за період 2003–2017 рр.	
<b>IV етап</b>	<b>Аналіз регіональних особливостей окремих показників організації надання та якості забезпечення діяльності офіційно визнаних служб в Україні</b>		
<b>IV етап</b>	Аналіз регіональних особливостей організації надання офіційно визнаних державних послуг в Україні в державні форми вказаних показників за 2003–2017	Аналіз регіональних особливостей надання державних офіційно визнаних служб в державні форми вказаних показників за 2003–2017 рр.	Рівні статистичної мити за 2003–2017 рр. Форми 17, 20, 21-А, результати – 1197 осіб
<b>V етап</b>	<b>Дослідження впливу порушень зорових функцій на фізичну активність дітей з дитинства з дитинства, інформаційності та готовності батьків до участі у заходах по збереженню зору</b>		
<b>V етап</b>	Соціально-психологічне дослідження (вибіркове анкетне опитування) за адаптивності з дитинства The Child's Visual Function Questionnaire (CVFQ) з дослідженням питань дослідження (30 респондентів). Україна – 24 особи (14 осіб, 190 контроль).		
<b>V етап</b>	Соціально-психологічне дослідження (вибіркове анкетне опитування) за розробленою та апробованою в адаптивності дослідження (50 респондентів). Аналіз адаптивності батьків щодо їх інформаційності та готовності з дитинства з дитинства участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства. Україна – 42 особи.		
<b>VI етап</b>	<b>Дослідження готовності сімейних лікарів, спеціалістів та медичних осіб до участі у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства</b>		
<b>VI етап</b>	Соціально-психологічне дослідження (вибіркове анкетне опитування) лікарів загальної практики спеціальних лікарів, які працюють з дітьми з порушеннями зору дослідження 50 осіб.	Анкетне опитування об'єктивності спеціалістів лікарів з профілактичних офіційно визнаних та збереження в збереженню зору з дитинства. Україна – 304 осіб.	
<b>VI етап</b>	Соціально-психологічне дослідження (вибіркове анкетне опитування) лікарів загальної практики спеціальних лікарів, які працюють з дітьми з порушеннями зору дослідження 50 осіб.	Анкетне опитування об'єктивності спеціалістів лікарів з інформаційності та готовності з дитинства з дитинства участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства. Україна – 4712 осіб.	
<b>VI етап</b>	Соціально-психологічне дослідження (вибіркове анкетне опитування) лікарів загальної практики спеціальних лікарів, які працюють з дітьми з порушеннями зору дослідження 50 осіб.	Анкетне опитування об'єктивності спеціалістів лікарів з інформаційності та готовності з дитинства з дитинства участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства. Україна – 4215 осіб.	
<b>VII етап</b>	<b>Медико-соціальне збереження та розробка узагальненої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії в збереженні офіційно визнаних з дитинства з дитинства в Україні</b>		
<b>VII етап</b>	Результати вивчення дослідження	Оцінка ефективності	Карта ефективності впливу (20 осіб)
<b>VII етап</b>	40 осіб/анкет, з яких 23 - у фізичних осіб/анкет, 7 - у медичних осіб/анкет за період березня та травня 13 респондентів у інших осіб/анкет, в національному інструментарію дослідження та методичних рекомендаціях.		

Рис. 2.1. Програма, матеріали та об'єкти дослідження

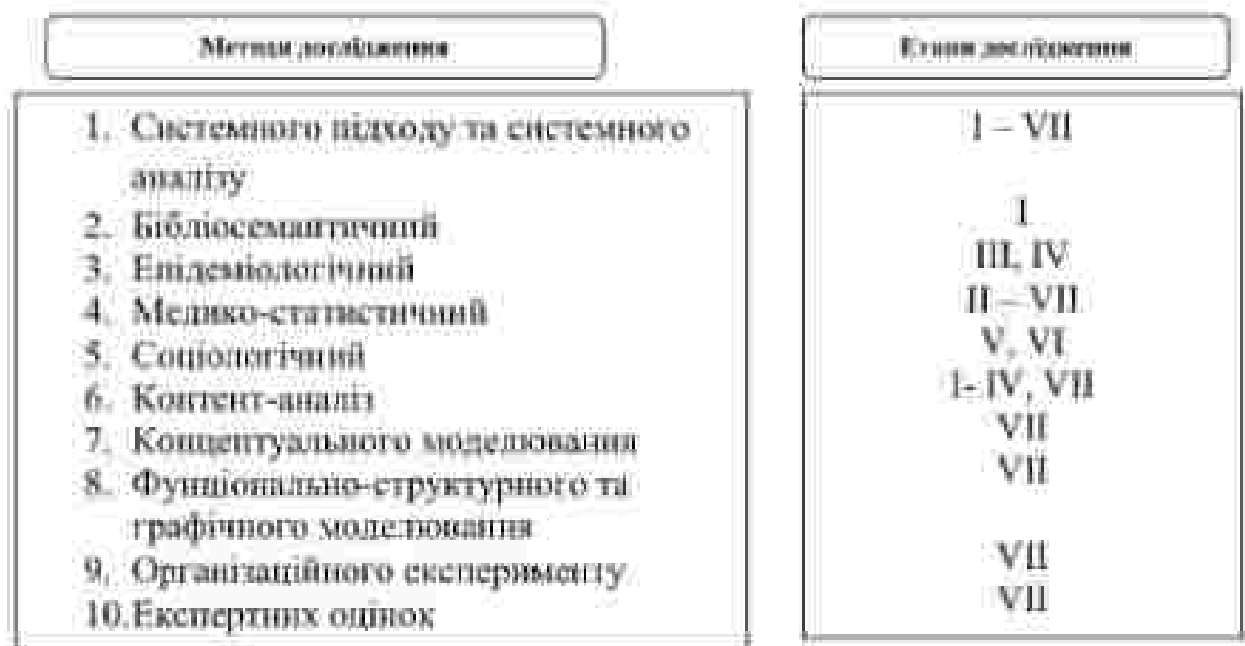


Рис. 2-2. Методичний апарат дослідження

- соціологічний (анкетного опитування) (метод використовувався для отримання інформації від медиків, які надають первинну медичну допомогу, освітян дошкільної та шкільної освіти, батьків дітей різного віку, зокрема, щодо з'ясування їх обізнаності із основними медико-соціальними факторами ризику та ранніми проявами порушення зорових функцій у дітей різного віку, виявлення їх готовності взяти участь у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології, комплексних програмах з профілактики порушень зору у дітей, для виявлення проблемних питань організації надання офтальмологічної допомоги населенню та перспектив удосконалення її надання);

- контент-аналізу (метод використовувався для вивчення змісту діючої нормативно-правової бази та медико-технологічних документів щодо організації надання медичної допомоги при виявленні офтальмологічної патології, зокрема у дітей різного віку, з'ясування можливостей взаємодії освітніх і медичних закладів в реалізації комплексних програм з профілактики порушень зору в рамках діючого нормативно-правового поля);

- концептуального моделювання (метод використовувався для обґрунтування та розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні);

- функціонально-структурного та графічного моделювання (метод використовувався для обґрунтування та розробки удосконалених елементів запропонованої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, розробки взаємозв'язків, взаємовідносин, функціонального призначення обґрунтованих удосконалених елементів та візуалізації моделі в цілому);

- організаційного експерименту (метод використовувався для розробки, впровадження та апробації елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, запропонованих у ній інноваційних підходів);

- експертних оцінок (метод використовувався для визначення дієвості запропонованих інноваційних підходів та удосконалених елементів системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, а також для отримання незалежної експертної оцінки потенційної ефективності від їх впровадження в Україні).

Науковою базою дослідження стали заклади охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та спеціалізовану офтальмологічну медичну допомогу в Київській області (Комуніальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради», Комуніальне некомерційне підприємство «Гостомельський центр первинної медико-санітарної допомоги» Гостомельської селищної ради, Комуніальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київська обласна дитяча лікарня»), амбулаторно-поліклінічне та стаціонарне дитяче відділення Київської міської клінічної офтальмологічної

лікарні «Центр мікрохірургії ока». Досліджуванім контингентом для суцільного ретроспективного дослідження визначено населення України всіх вікових груп, для дослідження впливу наявності офтальмологічного захворювання на компоненти якості життя дитини визначилися дві вікові групи, а саме: діти переддошкільного віку (з 1-го по 3-й рік життя); діти старше 3-х років (дошкільного віку 4-6 років та шкільного віку до 18-ти років). Особливу увагу у вивченні була присвячено саме групі дітей переддошкільного віку, адже саме у віці дитини до 3-х років набувають свого активного вдосконалення, функціонального розвитку всі органи і системи, формуються і розвиваються основи пачивки, вміння, уваги та пам'яті. Базовою основою формування вищенаведених процесів є здорова функція всіх органів чуттів, а особливо зорового аналізатора, оскільки до 90,0 % інформації про оточуючий нас світ людина сприймає у формі зорових образів.

Під час виконання першого етапу дисертаційного дослідження нами проаналізовано науковий інформаційний контент за результатами вивчення медико-соціальних аспектів порушення функцій зорового аналізатора. Здійснено теоретичне узагальнення відомих підходів та особливостей організації надання допомоги пацієнтам з хворобами ока та його прилаткового апарату. Визначено міжнародний та вітчизняний досвід, проблеми питання, перспективи та шляхи реалізації стратегії попередження порушень зорових функцій, починаючи з дитячого віку.

При деталізації вивчення медико-соціальних аспектів, особливу увагу приділено вивченню передумов та факторів ризику, які мають доведений негативний вплив на формування розладів зорових функцій, особливо в дитячому віці.

Для реалізації завдань першого етапу дисертаційного дослідження здійснено аналіз 558 джерел наукових праць, нормативно-правових та статистично-довідникових матеріалів, з них кирилицею – 238, латиницею – 320.

Виконання завдань першого етапу дисертаційної роботи вимагало використання бібліосемантичного методу дослідження, контент-аналізу, об'єднання зусиль яких відбувалося на основі застосування системного підходу та системного аналізу з обґрунтуванням доцільності реалізації обраного, з позицій актуальності, напрямку наукового пошуку.

Проведенні аналіз 558 наукових інформаційних джерел дозволило узагальнити та сформулювати основні положення першого розділу дисертаційного дослідження, в яких викладено результати аналітичного огляду сучасного наукового контенту з описанням проблемних питань, які, в сьому обґрунтованій актуальності, потребують першочергового організаційного вирішення.

Результати першого етапу дослідження дозволили зосередитися на актуальному напрямі вивчення проблеми попередження виникнення захворювань ока та його додаткового апарату, зокрема дитячого населення. В продовження реалізації обраного напрямку наукового пошуку на другому етапі дисертаційного дослідження було сформовано його мету, завдання, об'єкт, предмет, організаційні етапи та програму.

Метою дисертаційного дослідження визначено здійснення медико-соціального обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. Для реалізації означеної мети необхідним стало виконання запланованих семи етапів його програми (рис. 2.1.). Саме така багаторівневість виконання завдань дисертаційного дослідження забезпечила системність формування погляду на ситуацію, з комплексним вирішенням наявних проблемних питань організації надання офтальмологічної допомоги дітям із застосуванням міжсекторального програмного підходу. Системність підходу забезпечила використання отриманих, на кожному з етапів дисертаційного дослідження, результатів в якості інформаційного підґрунтя для побудови висновків та розробки практичних рекомендацій з удосконалення системи в цілому.

На кожному із наведених на рис. 2.1. етапів дисертаційного дослідження було обґрунтовано доцільність застосування комплексу загальнонаукових методів дослідження, які рекомендовані відповідно до паспорту спеціальності 14.02.03 – соціальна медицина. Обґрунтуване, на основі системного підходу та системного аналізу, використання наведених на рис. 2.2. методів соціальної медицини забезпечило отримання достовірної інформації на кожному з етапів роботи, в тому числі, для оцінки об'єкту і предмету дослідження.

*Об'єктом дослідження* обрано організацію надання офтальмологічної допомоги, зокрема в частині виявлення патології ока та придаткового апарату у дітей різного віку, фактори ризику її формування.

*Предметом дослідження* стали: захворюваність, поширеність, інвалідність за класом хвороб ока та придаткового апарату; ресурсне, зокрема кадрове забезпечення надання медичної допомоги з патологією зорового аналізатора; якість життя дітей з порушенням зорових функцій; обізнаність лікарів, освітан та батьків про фактори ризику та прояви порушення функцій зору у дітей; нормативно-правова база, медико-технологічні документи, що визначають організацію надання офтальмологічної допомоги дітям різного віку.

Дисертаційне дослідження проводилось впродовж 2003-2023 років та методично було розділене на два організаційні періоди. Протягом першого періоду (2003-2017 рр.) відбувалося вивчення проблеми, епідеміології за класом хвороб ока та його придаткового апарату в розрізі регіональних особливостей: формування показників захворюваності, поширеності та інвалідності, а також вивчено вплив наявності офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя з розподілом за віковими групами дітей до 3-х і старше 3-х років (I-V етапи). Протягом другого організаційного періоду (2018-2023 рр.) була вивчена обізнаність лікарів, які надають первинну медичну допомогу, батьків, освітан дошкільної та шкільної освіти про фактори ризику, прояви порушень функцій зору у дітей різного віку із

з'ясуванням їх готовності взяти участь у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей, а також відбувалося наукове обґрунтування, розробка та впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, оцінена ефективність обґрунтованих в дисертаційному дослідженні інновацій (VI-VII етапи).

Для реалізації поставленої в дисертаційному дослідженні мети послідовно виконувалися наступні завдання:

8. Проаналізувати за даними інформаційних ресурсів результати наукових досліджень з вивчення медико-соціальних аспектів зростання поширеності офтальмологічної патології, світових та вітчизняних організаційних підходів з попередження виникнення порушень зору, особливостей організації надання допомоги пацієнтам із хворобами ока та його придаткового апарату, особливо в дитячому віці.

9. Визначити та формулювати мету, завдання, об'єкт, предмет, програму наукового дослідження, його методичний апарат на кожному з етапів.

10. Вивчити регіональні особливості захворюваності, поширеності за класом хвороб ока та його придаткового апарату в різних вікових групах населення України, з аналізом показників інвалідності по зору з дитинства та результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення (ретроспективне дослідження).

11. Дослідити регіональні особливості динаміки медико-статистичних показників роботи офтальмологічної служби в Україні, її кадровий потенціал в цілому та в дитячій офтальмології зокрема.

12. Дослідити вплив наявності офтальмологічної патології на формування якості життя у дітей різного віку, з оцінкою обізнаності та готовності їх батьків до участі в профілактичних програмах, направлених на попередження виникнення та прогресування порушень зору у дітей.

13. Оцінити обізнаність медиків, які надають первинну медичну допомогу, педагогів дошкільної і дитячої освіти про фактори ризику та прояви формування порушень зору у дітей, із з'ясуванням їх готовності до участі у програмах з профілактики порушень зору у дітей.

14. Науково обґрунтувати, розробити та впровадити удосконалену функціонально-організаційну модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні (на прикладі Київської області) з оцінкою ефективності її впровадження.

Методами дослідження, які були обрані для виконання другого етапу дисертаційного дослідження були: системного підходу та системного аналізу; медико-статистичний, контент-аналізу.

Третій етап дисертаційного дослідження був присвячений глибокому ретроспективному вивченню динаміки та регіональних особливостей формування показників захворюваності, поширеності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед різних вікових груп населення України в розрізі основних адміністративних територій України за 15-ти річний період (з 2003 р. по 2017 р). Додатково вивчалися показники результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення на предмет виявлення офтальмологічної патології. Враховуючи значне соціальне значення наявності розладів зорових функцій з дитинства для соціалізації профорієнтації та працевлаштування таких осіб в майбутньому, вивчалися регіональні особливості формування динаміки інвалідності по зору з дитинства по причині наявності захворювання за класом хвороб ока та його придаткового апарату.

В якості наукової бази для дослідження була обрана Київська область, як приклад області центрального регіону економічно-територіального розподілу України та сільськогосподарської адміністративної території. На території Київської області на кінець 2022 року кількість населення складала 1,8 млн. осіб. Площа області незмінно складає 28 131 км<sup>2</sup> (4,66% території України). Протягом всього 20-ти річного періоду дисертаційного

дослідження (2003-2022 рр.) Київська область залишалася незмінною за територією та щільністю населення (61,2 осіб на 1 км<sup>2</sup> в т.ч. сільського 23,4 особи на 1 км<sup>2</sup>). Динаміка основних демографічних показників, які характеризують склад населення області, відповідає загальноукраїнським тенденціям. Так, переважаючою є частка міського населення (61,8 % в Київській області проти 69,0 % в Україні), в гендерному аспекті кількість чоловіків становить 845,9 або 46,3 % (частка жінок в Київській області становить 53,7 % або 982,0 тис. осіб), що відповідає аналогічному співвідношенню в цілому по Україні (53,8 % складають жінки, а 46,2 % чоловіки). Переважна більшість населення зайнята у наступних сферах діяльності: сільське господарство, мисливство та лісове господарство (22,4 %); обробна промисловість (16,0 %); оптова та роздрібна торгівля (10,0 %); охорона здоров'я та соціальна допомога (8,3 %); освіта (8,1 %); транспорт та зв'язок (7,2 %); державне управління (7,0 %); будівництво (5,1 %). Регіональна система охорони здоров'я Київської області працює в єдиному нормативно-правовому полі, а тому отримані результати управління запропонованих інновацій, дозволять рекомендувати поширення отриманого досвіду на систему охорони здоров'я в цілому в державі.

Виконання завдань третього етапу вимагало використання наступних методів дослідження: системного підходу та системного аналізу, епідеміологічного, медико-статистичного, контент-аналізу.

Первинним матеріалом для виконання третього етапу дослідження слугували викопійовані показники із офіційних статистичних звітних форм: №12 «Звіт про захворювання, зареєстровані у хворих, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу» (річна); № 14 «Звіт про причини інвалідності, показання до медичної, професійної і соціальної реабілітації» (річна); № 19 «Звіт про дітей-інвалідів віком до 18 років, які проживають в районі обслуговування лікувально-профілактичного закладу, будинку дитини або інтернатному закладі» (річна); № 31-здоров

«Звіт про медичну допомогу дітям» (річна). Разом опрацьовано 1596 звітних форм, інформація з яких була зведена за адміністративними територіями України з урахуванням різних статевих-вікових груп в динаміці за 15 років (з 2003 по 2017 роки). При потребі, статистична інформація доповнювалася статистичними даними, оприлюдненими у щорічних бюлетенях Центру медичної статистики МОЗ України та Державного комітету статистики України.

Четвертий етап дисертаційного дослідження був присвячений аналізу основних медико-статистичних показників, які характеризували регіональні особливості організації надання офтальмологічної допомоги, зокрема з деталізацією кадрового забезпечення роботи офтальмологічної служби за період 2003-2017 рр. Первинним матеріалом для виконання четвертого етапу ретроспективного дослідження регіональних особливостей організації надання офтальмологічної допомоги були дані, викопійовані із офіційних статистичних звітних форм: № 17 «Звіт про медичні кадри» (річна); № 20 «Звіт лікувально-профілактичного закладу» (річна); № 21–А «Звіт про медичну допомогу роділлям, породіллям, новонародженим та дітям першого року життя» (річна). Викопійована статистична інформація також групувалася в динаміці за основними адміністративними територіями, всього було опрацьовано 1197 звітних форм. Для виконання четвертого етапу використано наступні методи наукового дослідження: системного підходу та системного аналізу, епідеміологічний, медико-статистичний, контент-аналізу.

Наступний п'ятий етап дисертаційного дослідження був присвячений дослідженню якості життя дітей різного віку, зокрема впливу наявності порушень зорових функцій на формування основних компонентів якості життя, починаючи з раннього дитинства. В дослідженні вивчалися одночасно і динаміка змін результатів об'єктивного дослідження зорових функцій, і суб'єктивний компонент впливу захворювання на якість життя, на фізичну,

соціальну активність дитини, її емоційну рівновагу та спроможність навчатися.

Для пошуку стандартизованого інструменту дослідження якості життя пацієнтів із порушенням функції зору нами вивчено досвід різних закордонних досліджень з використанням анкет: Paediatric Rhinosconjunctivitis Quality of Life Questionnaire (PRQLQ, 1998); The Amblyopia Treatment Index (ATI, 2001); Developmental Eye Movement Test (DEM, 2005); College of Optometrists in Vision Development Quality of Life Questionnaire (2006); Quality of Life in Children with Vernal Keratoconjunctivitis Questionnaire (QUICK, 2007); Eye Quality of Life (Eye-QOL, 2010); Health Related Quality of Life for Exotropia (2010); Vision related Quality of Life of Children and Young People, (VQoL\_CPY, 2010); Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey» (SF- 36). Проте, проблема обрання опитувальника була пов'язана, в першу чергу, із раннім віком респондентів та їх неспроможністю самостійно давати відповіді на поставлені запитання. Тому, незважаючи на те, що «золотим стандартом» загальних методик в багатьох країнах Європейського регіону визнано стандартизований опитувальник Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey» (SF- 36), для реалізації поставлених в дослідженні завдань використовувалася адаптована версія стандартизованого опитувальника The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ). Використання саме цього інструменту стало обґрунтованим через необхідність забезпечення дотримання стандартизованого підходу до самооцінки батьками зорових функцій дитини у віці до 3-х років (Додаток А) та у віці старше 3-х років (Додаток Б) у повній відповідності з міжнародними вимогами до вивчення якості життя дітей. За інструкцією адаптованої нами україномовної стандартизованої версії опитувальника Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ), компоненти якості життя дітей перших років оцінювали їх батьки. Такий підхід повністю перекалікається із аналогічним дослідженням, проведеним в групой науковців (Fellus J., Stager DR Sr, Berry PM, Fawcett SL, Stager DR Jr, Salomao SR) у США.

Дослідження передувало попередніє пілотне опитування (50 анкет) за адаптованою версією стандартизованого опитувальника The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ). Адаптована україномовна версія опитувальника CVFQ починалася із паспортної частини, та питань, відповіді на які характеризували складові формування 6 основних категорій якості життя дітей з порушенням зорових функцій, а саме: самоприйняття загального стану здоров'я; самооцінка стану зору; вміння; став особистості; взаємодії в сім'ї; обмеження внаслідок лікування. Адаптовані нами версія анкети для дітей до 3-х років містила 35 пунктів, для дітей старше 3-х років 40 пунктів (додаткові питання присвячені вивченню процесу навчання, його особливостей, пов'язаних із індивідуальними особливостями формування зорових функцій у дитини старше 3-х років).

Соціологічне дослідження проводилося методом добровільного анонімного анкетування. Отримані анкети із заповненими результатами опитування потребували формування єдиної електронної бази, що відбувалося шляхом заповнення розробленої автором електронної таблиці. Програмне забезпечення, яке використовувалося для обробки отриманих від респондентів результатів включало комп'ютерні статистичні пакети програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel. Для встановлення достовірності різниці між порівнюваними групами застосовувався t-критерій Стюдента, достовірними вважали відмінності при  $p < 0,05$ .

Необхідна кількість респондентів, які були залучені до його проведення розраховувалася за традиційними формулами розрахунку обсягів репрезентативної вибірки для проведення соціологічного дослідження:

$$n = \frac{t^2 p q N}{N \Delta^2 + t^2 p q}$$

де:

n – обсяг вибіркової сукупності;

t – коефіцієнт унормованого відхилення;

p – ймовірність наявності ознаки;

$q$  – ймовірність відсутності ознаки;

$N$  – обсяг генеральної сукупності;

$\Delta$  – припустима помилка дослідження.

В Україні (станом на 01.01.2020 р.) за даними Державного комітету статистики щитома ваги дитячого населення в структурі загальної чисельності населення складала 15,76 % (6 976 тисяч дітей). Станом на 01.01.2019 р. за даними Держкомстату (статистичний збірник з результатами вибіркового обстеження умов життя домогосподарств України «Соціально-демографічні характеристики домогосподарств України у 2019 році», Київ 2019) в Україні існувало 5 642,5 тис. домогосподарств з дітьми, з них 1 146,2 тис. мали лише одного з батьків в складі родини, а отже загальна їх кількість складала 10 138,8 тис. осіб.

Розрахунок необхідної чисельності репрезентативної вибірки для вивчення їх думки склав ( $N=10138,8$  тис. осіб при  $\Delta \approx 5\%$ ):

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 10138800}{10138800 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 399,98422 \approx 400$$

В якості генеральної сукупності розглядалися батьки, які разом з дітьми різного віку зверталися за медичною допомогою, в тому числі з профілактичною метою до амбулаторно-поліклінічного та стаціонарного дитячого відділення Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока» та до закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу та спеціалізовану офтальмологічну медичну допомогу в Київській області (Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги Боярської міської ради», Комунальне некомерційне підприємство «Гостомельський центр первинної медико-санітарної допомоги» Гостомельської селищної ради, Комунальне некомерційне підприємство Київської обласної ради «Київська обласна дитяча лікарня»), які були обрані науковою базою дослідження.

Із отриманих 860 анкет було відбраковано 36, що склало 4,18 %, подальшому аналізу підлягало 824 анкети, з них, – основна група 634 анкети

(206 респондентів були батьками дітей до 3-х років та 428 – дітей старше 3-х років), контрольна група 190 одиниць (60 респондентів з дітьми до 3-х років та 130 з дітьми старше 3-х років). Критеріями виключення респондентів в основну групу були наявність у дитини порушень функцій зору із наявністю захворювання на класом хвороб ока та його придаткового апарату (встановленим діагнозом офтальмологічного захворювання) з тривалістю більше ніж 3 місяці, а також за одночасної умови відсутності у дитини некомпенсованого суцільного хронічного захворювання. Батьки дітей, які перенесли оперативне втручання з приводу захворювань ока та його придаткового апарату з часовим проміжком менше 3-х місяців, а також батьки дітей з діагностованим іншим хронічним не офтальмологічним захворюванням до участі у дослідженні не запрошувалися. Наведені вище ознаки стали критеріями виключення для участі у соціологічному дослідженні. Контрольну групу формували батьки дітей відповідного віку, звернення яких до медичного закладу потребувало профілактичного огляду у сімейного педіатра за умови відсутності скарг, об'єктивних змін та виявлених хвороб органів зору. Тривалість заповнення анкет в середньому не перевищувала 15 хвилин.

Окремим блоком дослідження п'ятого етапу дисертаційного дослідження стало вивчення інформованості батьків про проблеми із зором та перші можливі прояви порушення зору у дітей, з'ясування готовності батьків брати участь у профілактичних заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей. Для виконання цього фрагменту роботи було заплановано проведення соціологічного дослідження, інструментом якого стала «Анкета опитування батьків щодо їх інформованості та готовності взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства» (Додаток В) з попереднім пілотним дослідженням (50 одиниць).

Крім паспортної частини, до складу анкети входило ще кілька блоків питань. Зокрема, з'ясовувалася інформованість батьків про перші прояви та фактори ризику порушень функцій зору у дітей, чи вдавалося їм їх виявити і

помічати, а можливо і коригувати (характер та особливості харчування, режим зорового навантаження, тривалість роботи з гаджетами, режим рухової активності, заняття спортом, перебування на свіжому повітрі, активний відпочинок, знання про гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці, вплив зважених зорових функцій на ходу, поставу, тощо). Вивчався досвід батьків по взаємодії із персоналом освітнього закладу дитини, уповноваженого проводити профілактичні заходи із збереження зору з дитинства, з'ясовувалася наявність достовірного джерела інформації з охорони зору, профілактики і лікування (при необхідності) хвороб очей та потреба у такій інформації сучасних батьків. В останньому блоці питань вивчався досвід звернення батьків із дитиною до медичного закладу (з профілактичною, діагностичною або лікувальною метою) під час якого були перевірені функції зору, задоволеність наданою допомогою, мотивація та скарги дитини під час звернення, довіра до медичних закладів різної форми власності при потребі нагляду за дитиною із офтальмологічною патологією, можливості дотримання наданих офтальмологом рекомендацій, кратності візитів з профілактичною, діагностичною та лікувальною метою.

Покладаючись на проведені розрахунки репрезентативної кількості респондентів було опитано 440 батьків, які разом з дітьми різного віку зверталися за медичною допомогою, в тому числі з профілактичною метою, до офтальмологів амбулаторно-поліклінічного рівня в заклади охорони здоров'я, які були обрані науковою базою дослідження. Безпосереднє заповнення анкет батьками відбувалося анонімно, під час очікування результатів проведення інструментального офтальмологічного дослідження дітей в кабінеті дитячого офтальмолога. Батькам пропонували заповнити «Анкету опитування батьків щодо їх інформованості та готовності взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства» лише після їх усної добровільної згоди на участь у науковому дослідженні. із отриманих 440 анкет було відібрано 18, що склало 4,09 %, подальшому аналізу підлягало 422 анкети.

Для виконання завдань п'ятого етапу дисертаційного дослідження, для розробки інструментів та безпосереднього проведення соціологічних досліджень з оцінкою їх результатів було використано методи: системного підходу та системного аналізу, медико-статистичний, соціологічного дослідження.

На наступному, шостому, організаційному етапі вивчалася інформованість та готовність медиків, які надають первинну медичну допомогу дітям, освітян шкільної та дошкільної освіти з питань попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей із з'ясуванням готовності всіх трьох груп респондентів до реалізації профілактичних заходів та програм по збереженню зору із дитинства. Всі три частини соціологічного дослідження серед сімейних лікарів, освітян шкільної та дошкільної освіти, проходилися також із обов'язковим дотриманням всіх необхідних європейських норм і правил до такого роду досліджень, а саме: респонденти були ознайомлені із змістом опитувальника, який обрано інструментом в соціологічному дослідженні; респонденти брали участь в опитуванні лише після усної добровільної згоди; всім респондентам була гарантована анонімність наданих відповідей на запитання анкети.

Для аналізу отриманих результатів опитування всіх трьох груп респондентів (сімейних лікарів, освітян дошкільної та шкільної освіти) були розроблені спеціальні електронні таблиці, в які вносилися відповіді з анкет. Результати оброблялися з допомогою програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel.

Розрахунок репрезентативної кількості опитаних сімейних лікарів, які в повсякденній роботі контактують із дітьми, відбувався з урахуванням даних по кількості лікарів первинної ланки в Україні (станом на 01.01.2021 р. за даними ІСЗУ в Україні налічувалося 23 755 лікарів первинної ланки, з них 15 559 – це лікарі загальної практики-сімейні лікарі, 3 446 – терапевти, 4 589 – педіатри). Безпосередні розрахунки виглядали наступним чином:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 23755}{23755 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 393,37 \approx 393$$

Розрахунок необхідної чисельності репрезентативної вибірки освіти дошкільної освіти для запланованого нами дослідження враховував задану кількість педагогічних працівників, які працюють в системі дошкільної освіти (за даними Міністерства освіти і науки України, станом на 01.01.2021 р. в системі дошкільної освіти працювало 123,9 тисяч осіб педагогічних працівників), не зважаючи на те, що лише 39,0 % з них мають вищу освіту. Формулу розрахунку виглядала наступним чином:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 123900}{123900 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 399,87 = 400$$

Розрахунок репрезентативної кількості освіти шкільної освіти відбуватися також з урахуванням їх кількості (за даними Міністерства освіти і науки України, станом на 01.01.2021 р. в системі шкільної освіти працювало 434 755 освітан), тому розрахунок мінімальної кількості респондентів в даному випадку виглядали наступним чином:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 434755}{434755 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} = 399,63 = 400$$

Для реалізації першої частини шостого етапу дисертаційного дослідження з проведенням соціологічного опитування серед сімейних лікарів, сімейних педіатрів було спеціально розроблено інструмент проведення опитування «Анкета вивчення обізнаності сімейних лікарів з профілактики офтальмологічних захворювань в дитячому віці» (Додаток Г). Анкета була апробована під час проведення пілотного дослідження (50 одиниць), після проведення якого зміни в анкеті не відбулися.

Наступним кроком стало проведення власне соціологічного дослідження серед лікарів первинної ланки, у якому взяли участь 550 лікарів загальної практики-сімейних лікарів, ними було заповнено 550 анкет.

Процедури заповнення анкети лікарями загальної практики-сімейними лікарями передбачали самостійне заповнення граф адаптованої версії анкети після співбесіди з інтерв'юером, який презентував мету, завдання соціологічного дослідження, його анонімність та зачитував в усній формі про

году на участь лікарів у дослідженні. Заповнення анкети займало в середньому 15-20 хвилин.

Згодом, в процесі внесення інформації до спеціально розроблених таблиць, в деяких анкетах були виявлені некоректно заповнені або пропущені відповіді на поставлені запитання. Їх кількість склала 46 анкет або 8,36 % від загальної кількості. Відсоток відбракованих анкет не перевищував допустиме значення (до 10,0 %) питомої ваги непридатних для подальшого аналізу анкет, а тому для узагальнення остаточних результатів та формулювання висновків соціологічного дослідження, були враховані відповіді на питання лише 504 анкет, заповнених лікарями загальної практики-сімейними лікарями.

Для реалізації другої частини шостого етапу дисертаційного дослідження було сплановане для проведення соціологічне дослідження серед педагогів дошкільної освіти, які щоденно працюють з дітьми. З цією метою було розроблено та апробовано в спеціальному пілотному дослідженні (50 одиниць) його інструмент, – «Анкети опитування освіти дошкільної освіти щодо їх інформованості та готовності взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства» (Додаток Д). Залучення освіти до проведення наукового дослідження дозволило опитати респондентів практично з усіх областей України. Серед опитаних були вихователі, помічники вихователів та вихователі-методисти. Процедура заповнення анкети педагогічним персоналом передбачала самостійне заповнення граф адаптованої версії анкети після співбесіди (уясування мети, завдань соціологічного дослідження, його анонімності) та отримання попередньої добровільної усної згоди про участь у ньому. Заповнення анкети займало в середньому до 20 хвилин.

Із отриманих заповненими 4 850 анкет, при внесенні даних в електронну таблицю було виявлено, що в 138 з них, пункти анкети були не коректно заповнені. З цієї причини 138 (2,85 %) анкет було відбраковано.

Подальшому аналізу підлягало 4712 анкет, відповіді на запитання яких не містили зауважень.

Для реалізації третьої частини постою етапу дисертаційного дослідження було проведено, попередньо ретельно сформульоване, соціологічне дослідження серед вчителів середньої школи. В якості респондентів залучалися вчителі та викладачі середніх освітніх навчальних закладів, які щоденно взаємодіють із школярами різного віку. При цьому, для проведення соціологічного дослідження вдалося залучити освітян середніх освітніх навчальних закладів (викладачів, вчителів шкіл та ліцеїв) практично з усіх областей України. Інструментом для проведення соціологічного дослідження стала «Анкета опитування освітян середньої школи щодо їх інформованості та готовності взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства», наведена в Додатку Е. Проведенню соціологічного дослідження в областях України передувало пілотне дослідження (50 одиниць).

Залучення вчителів та викладачів до проведення соціологічного дослідження дозволило опитати респондентів практично з усіх областей України. Процедура заповнення анкети педагогічним персоналом середньої школи передбачала самостійне заповнення граф адаптованої версії анкети після співбесіди з інтерв'юєром, який в усній формі інформував про мету, завдання соціологічного дослідження, його анонімність. Лише після отримання попередньої добровільної усної згоди про участь у дослідженні вчителями пропонували переходити до заповнення анкети, яке займало в середньому 15-20 хвилин.

До опитування в цілому було залучено 6.350 респондентів. В подальшому, при аналізі та внесенні результатів опитування в електронну базу даних було відбраковано 135 анкет (2,12%). Тому для узагальнення отриманих відповідей та побудови висновків цього фрагменту дослідження, враховувались результати опитування із 6.215 анкет.

Виконання шостого етапу дисертаційного дослідження передбачало використання комплексу методів наукового дослідження, а саме: системного підходу та системного аналізу; соціологічного (анкетного опитування); медико-статистичного.

На заключному, сьомому етапі відбувалося медико-соціальне обґрунтування та розробка удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Обґрунтування необхідного функціонально-організаційного вдосконалення відбувалося з урахуванням результатів власного дослідження, описаних в попередніх розділах роботи. Також враховувалися сучасні рекомендації ВООЗ, медико-соціальні аспекти виникнення порушень зорових функцій у дітей різного віку, можливість потенційного впливу виявлених порушень зору або не діагностованих розладів функцій зору у дітей на формування їх якості життя та здатності соціалізуватися в майбутньому підлітковому і дорослому віці.

Ефективність запропонованих в дисертаційному дослідженні інновацій, визначалась методом експертного опитування з використанням спеціально розробленої автором дисертаційного дослідження карти експертної оцінки (Додаток С). Анкета передбачала за бажанням експерта анонімність її заповнення, проте в початковій паспортній її частині були присутні питання про ПІБ, науковий ступінь, вчене звання, назву установи, посаду, стаж роботи за спеціальністю (мали на увазі на науковій, навчально-освітній та / або керівній посаді). При бажанні експерта зберегти свою анонімність паспортна частина анкети могла залишатися вільною. Основна частина «Анкети експертного опитування стосовно визначення ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні» містила 10 запитань з описанням характеристик запропонованих інновацій, які пропонувалося оцінити експертові за 5-тибальною шкалою.

До групи експертів, які висловили своє неупереджене ставлення до удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії заклади «Збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні в запропонованій для заповнення карті, увійшли науковці за фахом 14.02.03-соціальна медицина (12 осіб), клініцисти офтальмологи та дитячі офтальмологи з досвідом управлінської діяльності на посадах завідувача відділення (6 осіб), при цьому більша частина з них були одночасно і фахівцями зі спеціальності «Організація і управління охороною здоров'я» (14 осіб), практикуючі лікарі загальної практики-сімейні лікарі, які надають первинну медичну допомогу дітям різного віку (1 особа) та батьки пацієнтів, дітей з діагностованим захворюваннями ока та його додаткового апарату (1 особа). Всього в якості незалежного компетентного експерта було залучено 20 досвідчених фахівців, лікарів та батьків пацієнтів. Серед експертів було 12 докторів медичних наук та докторів наук з державного управління, 5 кандидатів медичних наук.

Отримані оцінки та відповіді експертів за кожним із пунктів карти експертної оцінки, були перенесені до електронну бази даних, для подальшої медико-статистичної обробки та узагальнення. Аванс відповідей включав підрахунки в абсолютних та відносних показниках.

За кожним з питань карти експертної оцінки було розраховано коефіцієнти варіації ( $C_v$ ), на підставі якого вивчалася узгодженість думок експертів.

Виховання заключного сьомого етапу дисертаційного дослідження відбувалося із використанням максимальної кількості методів соціальної медицини. Так, було застосовано методи: системного підходу; системного аналізу; медико-статистичний; контент-аналізу; концептуального моделювання; функціонально-структурного та графічного моделювання; організаційного експерименту; експертних оцінок.

Таким чином, застосування наведеного переліку методів, як на заключному етапі, так і на кожному з попередніх та наведених вище етапів

дослідження, основою яких став системний підхід та системний аналіз, дозволило отримати достовірні результати для оцінки обраного предмету та об'єкту, в повній мірі досягнути мети, виконати поставлені в дисертаційному дослідженні завдання.

## Висновки до розділу 2

Отже, дисертаційне дослідження було сплановано та проведено за етапами, послідовне виконання яких передбачено розробленою із застосуванням системного підходу та системного аналізу програмою.

Виконання етапів програми передбачало використання комплексу методів медичної науки, згрупованих для реалізації завдань дослідження.

Для виконання завдань даної наукової роботи застосовувалися сучасні методи наукового дослідження в обсягах, необхідних для забезпечення одержання репрезентативних результатів та висновків.

Об'єктом дослідження обрано організацію надання офтальмологічної допомоги, зокрема в частині виявлення патології ока та придаткового апарату у дітей різного віку, фактори ризику її формування. Предметом дослідження визначені: захворюваність, поширеність, інвалідність за класом хвороб ока та придаткового апарату, ресурсне, в тому числі кадрове забезпечення надання медичної допомоги з патологією зорового аналізатора; якість життя дітей з порушенням зорових функцій; обізнаність лікарів, освітати та батьків про фактори ризику та прояви порушення функцій зору у дітей; нормативно-правова база, медико-технологічні документи, що визначають організацію надання офтальмологічної допомоги дітям різного віку.

Завдання дослідження спрямовувались на досягнення визначеної мети дослідження – здійснення медико-соціального обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Предмет та методи наукового дослідження відображені в особистих наукових працях:

Денисюк Л.І., Повсткіна Т.М. Ретроспективний аналіз поширеності класу хвороб ока та його придаткового апарату в Україні / *Retrospectives of Contemporary Science: Theory and Practice* : матеріали III міжнародної науково-практичної конференції, Львів, Україна, 28-30 квітня 2024 р., С.141-145;

Денисюк Л.І., Повсткіна Т.М. Гендерні та вікові особливості формування показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в Україні / *Актуальні питання сучасної медицини* : матеріали міжнародної науково-практичної конференції, м. Ізмаїл, Україна, 19 квітня 2024 р., С.4-7;

Денисюк Л.І., Повсткіна Т.М. Захворюваність за класом хвороб ока та його придаткового апарату: регіональні та гендерні особливості / *European Congress of Scientific Achievements* : матеріали V міжнародної науково-практичної конференції, м. Барселона, Іспанія, 20-22.05. 2024 р., С. 58-62.

## РОЗДІЛ 3

ВІВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНИХ  
ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ СТАН ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО  
ЗДОРОВ'Я РІЗНИХ ВІКОВИХ ГРУП НАСЕЛЕННЯ УКРАЇНИ, ЇХ  
РЕГІОНАЛЬНІ АСПЕКТИ (ретроспективне дослідження)

3.1. Динаміка та регіональні особливості основних медико-статистичних показників за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України різного віку

Медико-статистичні показники народжуваності, смертності, поширеності хвороб та інвалідності входять до переліку індикативних показників, які відображають рівень соціально-економічного розвитку країни. Оскільки офтальмологічна патологія не має визначального впливу на формування показників народжуваності та смертності, ми зосередили свою увагу на вивченні регіональних та вікових особливостей захворюваності, поширеності офтальмологічної патології в динаміці за 2003-2017 рр.

Вивчення динаміки захворюваності населення за класом хвороб ока та його придаткового апарату, з урахуванням її рівнів в різних віково-статевих групах населення дозволяє встановити які патології були діагностовані вперше в поточному році, їх регіональні особливості та відмінності.

Поширеність захворювань характеризує ступінь накопичення патології серед різних груп населення, що виражається відносним статистичним показником кількості зареєстрованих випадків хвороб, з приводу яких населення зверталось до медичних закладів в поточному році, при цьому це були і вперше виявлені хвороби та стани, і діагностовані раніше захворювання, з якими пацієнти продовжували знаходитися під наглядом лікарів. Опосередковано значення статистичного показника поширеності

захворювань також оцінювалося нами з точки зору навантаження на медиків, сирочішого потребою у наданні медичної допомоги пацієнтам різного віку з визначеною групою захворювань. Іншими словами, регіональній особливості динаміки поширеності офтальмологічної патології характеризує «хворобливість» населення за цим класом хвороб, з точки зору формування її тенденцій на короткострокову та довгострокову перспективу, дає змогу орієнтовно передбачити регіональній особливості навантаження на офтальмологічну службу при наданні різних видів медичної допомоги таким пацієнтам, в т.ч. в умовах стаціонару. Ми мали змогу провести лише статистичне дослідження лише ретроспективно, оскільки наказом МОЗ України від 04.10.2018 р. №1802 «Про затвердження Змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 10 липня 2007 року № 378» з метою вдосконалення звітності з питань охорони здоров'я, збір показників захворюваності, поширеності та основними класами хвороб, в тому числі хвороб ока та його додаткового апарату в Україні було скасовано.

### 3.1.1. Динаміка та регіональній особливості поширеності хвороб ока та його додаткового апарату в різних вікових групах населення

За результатами проведеного ретроспективного аналізу даних офіційної статистичної звітності за показником поширеності офтальмологічної патології серед всього населення України (у віці 0-100 р. і старше) глибиною в 15 років (з 2003 по 2017 рр.), було встановлено, що клас хвороб ока та його додаткового апарату в структурі поширеності хвороб за підсумками 2017 р. складав  $4,83 \pm 0,63 \%$ , в структурі зареєстрованих вперше хвороб в поточному році –  $5,13 \pm 0,64 \%$ .

Доведено, що жінки ледь частіше ( $58,37 \pm 0,54 \%$ ), ніж чоловіки ( $41,63 \pm 0,54 \%$ ) звертаються за медичною допомогою з приводу офтальмологічної патології.

За період дослідження були виявлені коливання поширеності очних хвороб із зростанням в 2010-2012 рр. та наступним незначним зменшенням, тому, не дивлячись на регіональні особливості, значення середнього по Україні показника практично мало змінилося (з 8 355,1 у 2003 р. до 8 284,9 на 100 тис. населення, або  $-0,84 \pm 0,10 \%$ ) (рис. 3.1.).

Вивчення динаміки поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед дорослого населення 18 р. і старше, виявило, що попри коливання із суттєвим зростанням в 2010-2012 роках та спадом у 2014-2016 рр., його значення залишилося практично на тому ж рівні (з 8028,1 в 2003 р. до 8061,6 в 2017 р., або  $+0,42 \pm 0,07 \%$ ) (рис. 3.1.).



Рис. 3.1. Динаміка поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед всього населення в порівнянні із віковою групою дорослого населення 18 р. і старше (на 100 тис. відповідного населення) за період 2003-2017 рр.

Водночас, вивчення динаміки означеного показника серед населення дитячого віку (0-17 р.), порівняно з колишньої із максимальними значеннями в 2010-2012 рр., виявило його зменшення (з 96,16 в 2003 р. до 93,05 на 1000 дитячого населення в 2017 р., або  $-3,23 \pm 1,80 \%$ ) (рис. 3.2).

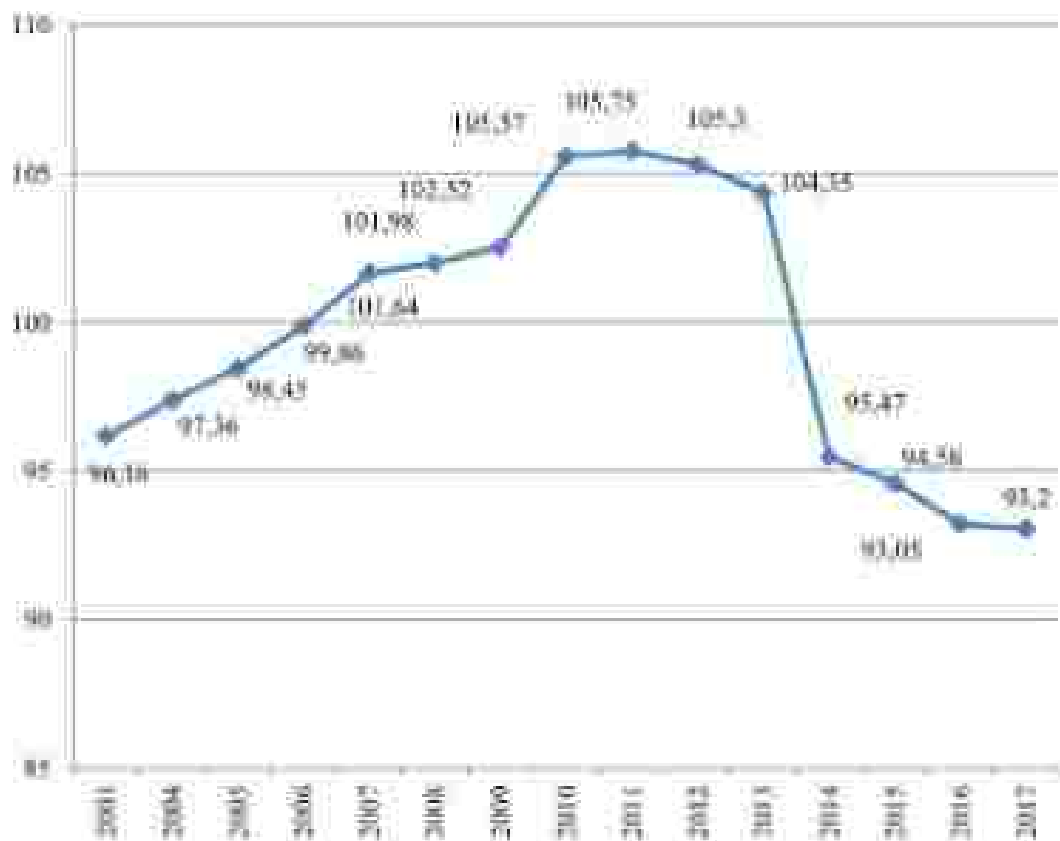


Рис. 3.2. Динаміка поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед дитячого населення 0-17 р. (на 1 000 відповідного населення) за період 2003-2017 рр.

Встановлена наявність прямого сильного кореляційного зв'язку в динаміці періоду дослідження між значеннями показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед всього населення та вікової групи дорослого населення 18 років і старше (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,997, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,994$  (дисперсія 99,4%), похибка апроксимації 0,2%,  $p < 0,000001$ ); значеннями показників поширеності хвороб

ока та його придаткового апарату серед всього населення та вікової групи дитячого 0-17 років (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,940, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,884$  (дисперсія 88,4%), похибка апроксимації 1,1%,  $p < 0,000001$ ). Наведене підтверджує наявність сильного статистичного зв'язку та взаємозв'язку при формуванні значень наведених показників.

Аналіз регіональних особливостей динаміки формування показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату було розпочато із вікової групи все населення (0-100 і більше років). Виявлено, що за період дослідження в більшості (20 з 25) регіонів України відбулося його зростання, найбільше в Житомирській (з 5 764,7 в 2003 р. до 7 741,2 на 100 тис. населення в 2017 р., або  $+34,3 \pm 0,50 \%$ ), Миколаївській (з 6 318,3 в 2003 р. до 8 473,4 в 2017 р., або  $+34,1 \pm 0,47 \%$ ) та Чернігівській (з 8 907,4 в 2003 р. до 11 806,3 в 2017 р., або  $+32,54 \pm 0,40 \%$ ) областях. За темпами приросту, значенням поширеності хвороб ока та його придаткового апарату віділяється Харківська область, в якій при виявленому прирості  $+25,2 \pm 0,37 \%$  (з 9 414,7 в 2003 р. до 11 784,5 на 100 тис. населення в 2017 р.) значення показника було одним із найвищих в Україні (11 784,5 проти 8 284,9 на 100 тис. населення в Україні, або більше в 1,42 разу,  $p < 0,01$ ), регіональні особливості поширеності офтальмологічної патології в Україні проявилися високими її рівнями протягом всього періоду дослідження також в Дніпропетровській, Львівській, Харківській областях та м. Києві (рис. 3.3.) при традиційно найнижчих, проте з тенденцією до зростання, значеннях в Закарпатській та Полтавській областях.

Зокрема, в Закарпатській області за період дослідження показник зріс на третину  $+ 31,0 \pm 0,53 \%$  (з 4 949,3 в 2003 р. до 6 485,2 на 100 тис. населення в 2017 р.).

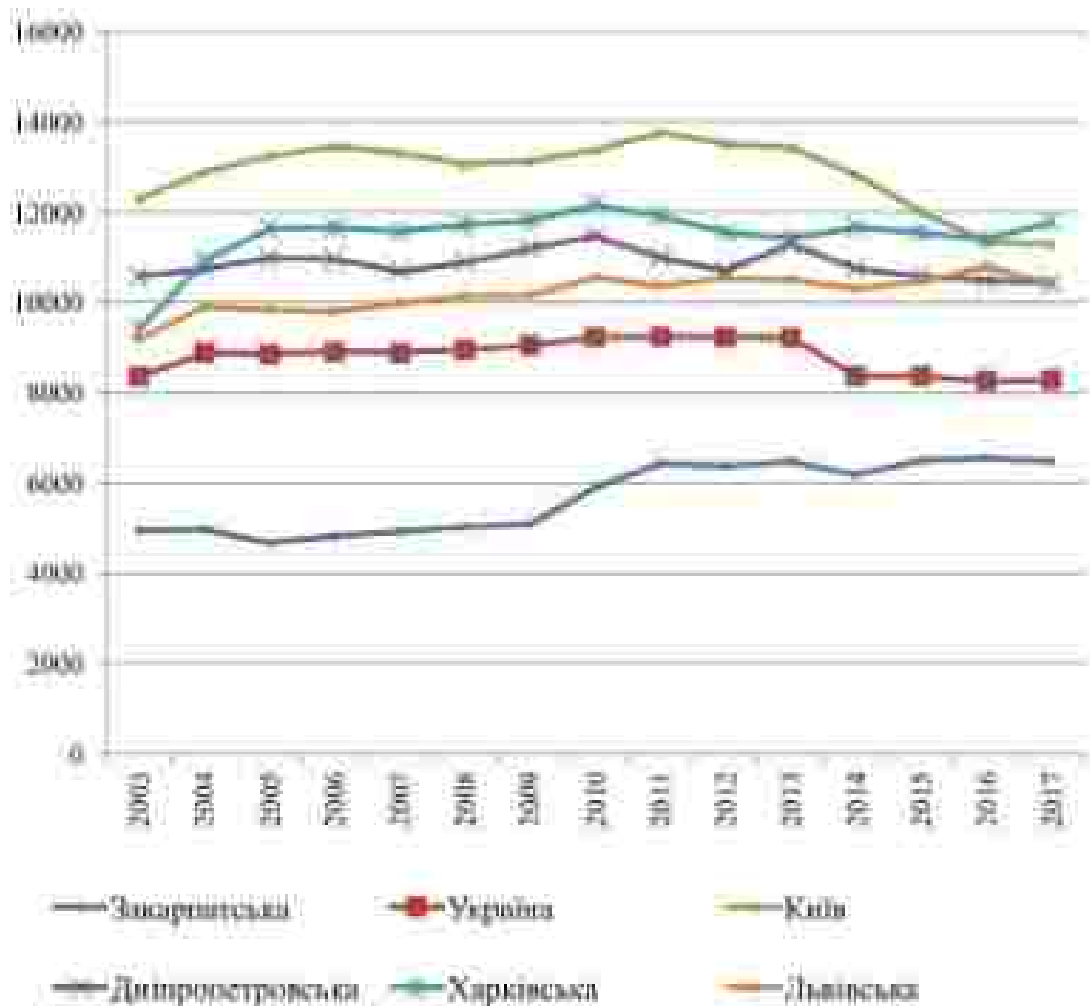


Рис. 3.3. Динаміка поширеності хвороб ока та придаткового апарату серед населення 0-100 р. і старше по Україні в порівнянні з регіонами з найвищим та найнижчим значенням показника, за період 2003-2017 рр.

В м. Києві, при одному з найвищих в Україні за підсумками 2017 р. показнику поширеності офтальмологічної патології (11 302,5 на 100 тис. населення проти 8 284,9 по Україні, в 1,36 разу,  $p < 0,01$ ), навпаки відбулося його зменшення на  $8,15 \pm 0,25$  % (з 12 305,0 в 2003 р. до 11 302,5 на 100 тис. населення в 2017 р.) (рис. 3.3.).

Різниця між крайніми значеннями показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед населення 0-100 р. і старше по Україні за

підсумками 2017 р. склали в 1,82 разу ( $p < 0,001$ ), що засвідчує наявність суттєвих регіональних особливостей формування його значень.

При аналізі динаміки поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у віковій групі дорослого (18 років і старше) населення з'ясовано, що за період дослідження також відбулося зростання показника в більшості (20 з 25) регіонів України. Найвищою поширеність офтальмологічної патології серед дорослого населення за підсумками 2017 р. була в Чернігівській (12 263,5), Харківській (11 430,6) областях та в м. Києві (11 531,3 на 100 тис. дорослого населення). Найнижчою поширеність означеної групи хвороб виявлена серед дорослого населення Закарпатської області (6 252,9 проти 8 061,6 на 100 тис. дорослого населення в Україні), не дивлячись на значні темпи зростання показника (з 4 253,2 в 2003 р. до 6 252,9 на 100 тис. дорослого населення в 2017 р., або  $+47,02 \pm 0,59 \%$ ). Значний приріст показника за період дослідження спостерігався також в Чернігівській (з 8 676,6 в 2003 р. до 12 263,5 на 100 тис. дорослого населення в 2017 р., або  $+41,34 \pm 0,41 \%$ ), Житомирській (з 5 186,6 в 2003 р. до 7 255,2 на 100 тис. дорослого населення в 2017 р., або  $+39,9 \pm 0,53 \%$ ) та Харківській (з 9 192,9 в 2003 р. до 11 430,6 на 100 тис. дорослого населення в 2017 р., або  $+24,34 \pm 0,37 \%$ ) областях. Різниця між крайніми значеннями показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед населення 18 років і старше за підсумками 2017 р. склали в 1,96 разу ( $p < 0,001$ ), що підтверджує наявність суттєвих регіональних відмінностей формування його значень.

Структуру поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у дорослого населення України в 2003 р. формували: катаракта ( $16,55 \pm 0,41 \%$ ); міопія ( $13,4 \pm 0,38 \%$ ); кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктив ( $12,08 \pm 0,36 \%$ ); глаукома ( $5,45 \pm 0,25 \%$ ); хвороби склери, кератити та інші хвороби рогівки ( $2,21 \pm 0,16 \%$ ); атрофія зорового нерва ( $1,16 \pm 0,12 \%$ ); відшарування та розрив сітківки ( $0,43 \pm 0,07 \%$ ) (рис. 3.4.).

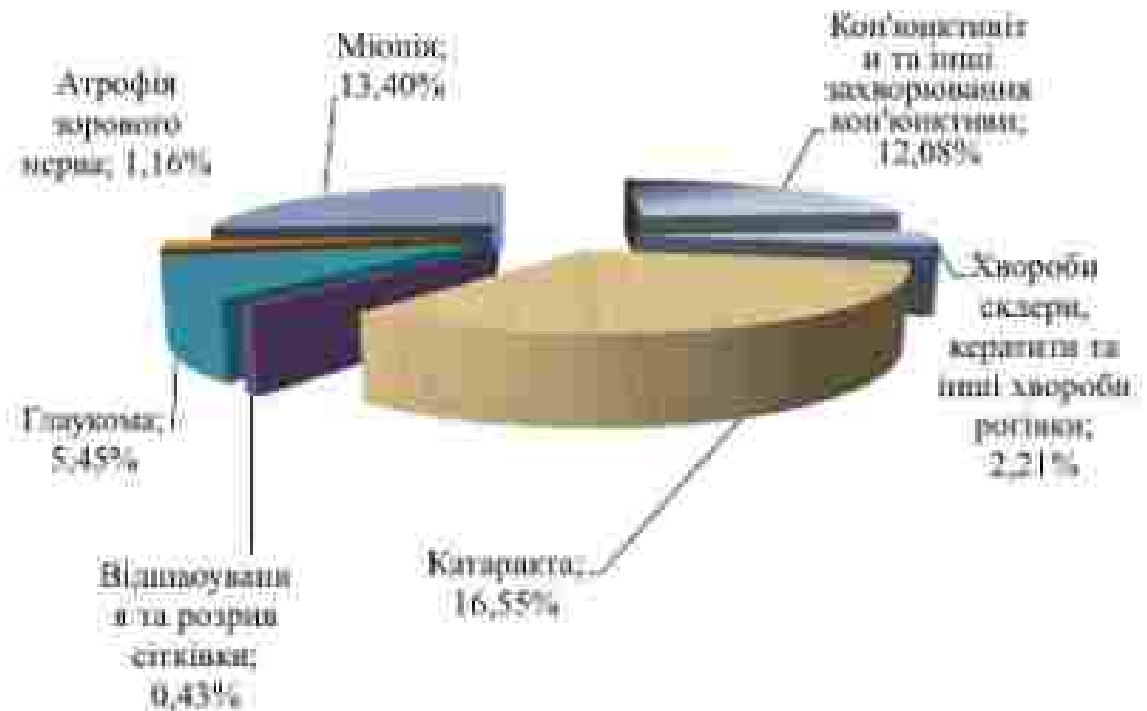


Рис. 3.4. Структура поширеності хвороб ока та його додаткового апарату серед дорослого населення в 2003 р. (в %).

Перелік нозологій, які формували структуру поширеності хвороб ока та його додаткового апарату в 2017 р. залишався практично незмінним, із незначним зростанням питомої ваги глаукоми (до  $7,6 \pm 0,30$  %), діабетичних офтальмологічних ускладнень та її зменшенням для катаракти ( $15,33 \pm 0,40$  %), міопії ( $12,38 \pm 0,37$  %) (рис. 3.5).

Формування офтальмологічної патології, яка може проявитися в дорослому віці, починається з дитинства. Клас хвороб ока та його додаткового апарату в 2017 р. в структурі поширеності хвороб дитячого віку (0-17 років) склав  $5,0 \pm 0,67$  %, та  $3,0 \pm 0,69$  % серед внутрішньо вищелених в 2017 році хвороб ока серед цієї вікової категорії.

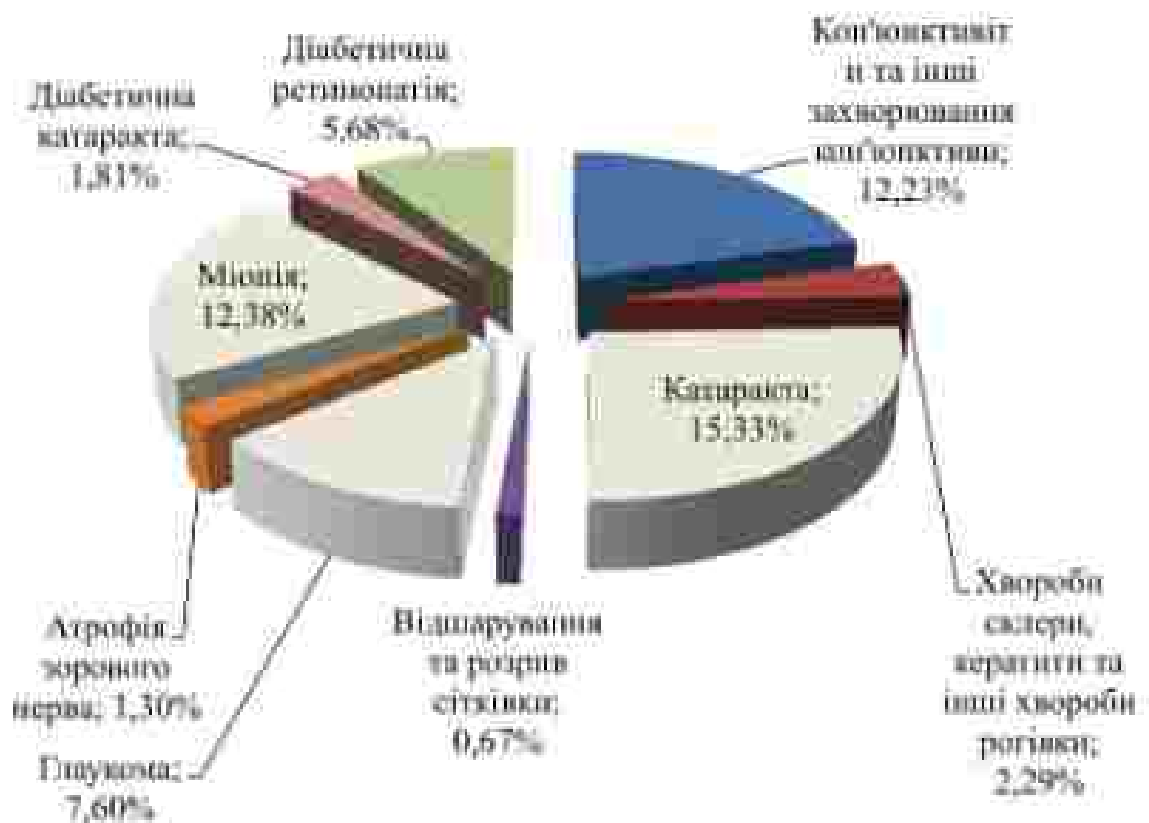


Рис. 3.5. Структури поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення в 2017 р. (в %).

Поширеність хвороб ока серед дітей зростає з віком. Так, її питома вага серед дітей 0-6 років складає  $3,0 \pm 0,685\%$ , серед дітей 7-14 р. –  $6,0 \pm 0,665\%$ , серед дітей 15-17 років –  $8,0 \pm 0,651\%$ . В цілому по Україні за період дослідження (рис. 3.2) поширеність хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення за наявності суттєвих коливань зменшилася на  $3,23 \pm 1,80\%$  (з  $96,16$  в 2003 р. до  $93,05$  на 1000 дитячого населення в 2017 р.). Аналогічні тенденції показника були виявлені серед дитячого населення Львівської (з  $88,11$  в 2003 р. до  $85,4$  в 2017 р., або –  $3,08 \pm 1,84\%$ ), Волинської (з  $104,87$  в 2003 р. до  $100,95$  в 2017 р., або –  $3,74 \pm 1,85\%$ ), Вінницької (з  $117,27$  в 2003 р. до  $114,09$  в 2017 р., або –  $2,71 \pm 1,50\%$ ) та Запорізької (з  $89,92$  в 2003 р. до  $84,85$  в 2017 р., або –

5,64 ± 2,43 %) областей. Найбільше зменшився показник поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей міста Києва (з 141,09 в 2003 р. до 102,75 в 2017 р., або – 27,17 ± 3,75 %) та Дніпропетровської (з 109,92 в 2003 р. до 90,76 в 2017 р., або – 17,43 ± 3,62 %) області.

Зниження показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей 0-17 років відбулося лише в 9 з 25 регіонів України, в решті регіонів (16 з 25) України навпаки вона продовжувала зростати. Так, найвищою, за підсумками 2017 р., поширеність офтальмологічної патології була серед дітей Харківської (136,6) та Рівненської (125,46) областей при найнижчому значенні в Одеській (72,04) та Закарпатській (72,52) областях, проти середнього по Україні значення 93,05 на 1 000 дитячого населення. Суттєвий приріст поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у високій групі дитячого населення за період дослідження відбувся в Київській (з 87,7 в 2003 р. до 115,43 на 1000 дитячого населення в 2017 р., або +31,62 ± 3,96 %), Херсонській (з 67,43 в 2003 р. до 88,67 на 1000 дитячого населення в 2017 р., або +31,5 ± 4,53 %), Житомирській (з 78,06 в 2003 р. до 97,5 на 1000 дитячого населення в 2017 р., або +24,9 ± 4,05 %) областях, в той час, як м. Києві відбулося навпаки зменшення показника практично на третину (з 141,09 в 2003 р. до 102,75 на 1000 дитячого населення в 2017 р., або – 27,17 ± 3,75 %). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 1,9 рази ( $p < 0,001$ ).

Дослідження динаміки структури поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей в Україні демонструє, що кожен третій випадок звернення пацієнтів цього віку відбувався з причини аномалій рефракції, зокрема міопії, питомо вага якої зросла за період дослідження з 26,88 ± 4,52 % в 2003 р. до 31,52 ± 4,82 % в 2017 р. (при значенні відносного показника 29,33 на 1000 дитячого населення), незначно зросла питома вага кон'юнктивітів та інших захворювань кон'юнктив (з 18,78 ± 3,98 % в 2003 р. до 20,1 ± 4,15 % в 2017 р.) при значенні відносного показника 18,70 на 1000 дітей в 2017 р.

Надійність статистичних даних поширеності офтальмологічної патології в різних вікових групах дітей (0-6 років, 7-14 років, 15-17 років) дозволяє визначити не лише особливості формування поширеності офтальмологічних патологій у дітей, а й переважну вікову групу, в якій починається її зростання.

Так, вивчення динаміки поширеності хвороб ока та його придаткового апарату в віковій групі дітей 0-6 років виявило її суттєве зменшення, як в цілому по Україні (з 61,5 в 2003 р. до 49,65 в 2017 р., або  $-19,27 \pm 5,03 \%$ ), так і в більшості її регіонів, крім Херсонської ( $+24,44 \pm 5,31 \%$  до 56,0), Житомирської ( $+15,97 \pm 5,30 \%$  до 42,33), Київської ( $+6,75 \pm 3,2 \%$  до 57,75) та Полтавської ( $+2,94 \pm 2,5 \%$  до 44,16 на 1000 дітей відповідного віку) областей, що і сформувало загальноукраїнські тенденції. Більш суттєвими темпами зменшення показника відбулося в м. Києві (з 102,9 в 2003 р. до 42,71 в 2017 р., або  $-58,5 \pm 4,86 \%$ ), Чернігівській (з 71,2 в 2003 р. до 43,69 в 2017 р., або  $-38,64 \pm 5,77 \%$ ), Дніпропетровській (з 71,6 в 2003 р. до 50,44 в 2017 р., або  $-29,55 \pm 5,39 \%$ ) областях. За таких тенденцій у 2017 р. найвищою поширеність хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей 0-6 років була виявлена в Рівненській (76,77) та Харківській (64,36) областях, при наблизькому її значенні в Одеській (41,45 на 1000 дітей відповідного віку) області. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 1,85 разу ( $p < 0,01$ ).

В структурі поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей 0-6 років майже половину ( $42,93 \pm 6,31 \%$  в 2003 р. та  $44,3 \pm 7,05 \%$  в 2017 р.) займають кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви. Зросла питома вага міопії (з  $5,53 \pm 2,91 \%$  в 2003 р. до  $7,41 \pm 3,72 \%$  в 2017 р.) при зменшенні її для косовогості (з  $8,94 \pm 3,64 \%$  в 2003 р. до  $7,63 \pm 3,77 \%$  в 2017 р.).

Вивчення динаміки поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей 7-14 років виявило помірне зростання показника (з 103,7 в 2003 р. до 107,19 в 2017 р., або  $+3,37 \pm 1,72 \%$ ) з тими його значеннями в

2011-2013 рр., що доведено графічно з прорахованими лініями трендів (рис. 3.6). В більшості (21 з 25) регіонів України відбулося його зростання, в окремих областях навіть на половину (Харківська з 105,9 в 2003 р. до 158,42 в 2017 р., або  $+49,5 \pm 3,74 \%$ ; Херсонська з 63,4 в 2003 р. до 99,64 в 2017 р., або  $+57,16 \pm 4,82 \%$ ) та на третину (Київська з 101,1 в 2003 р. до 138,35 в 2017 р., або  $+36,84 \pm 3,77 \%$ ; Житомирська з 94,8 в 2003 р. до 124,56 в 2017 р., або  $+31,39 \pm 3,82 \%$ ; Полтавська з 83,4 в 2003 р. до 113,46 в 2017 р., або  $+36,04 \pm 4,14 \%$ ). В м. Києві, на протипагу загальноукраїнським тенденціям, навпаки відбулося зменшення показника на  $21,04 \pm 3,47 \%$  (з 138,0 в 2003 р. до 108,97 в 2017 р.).

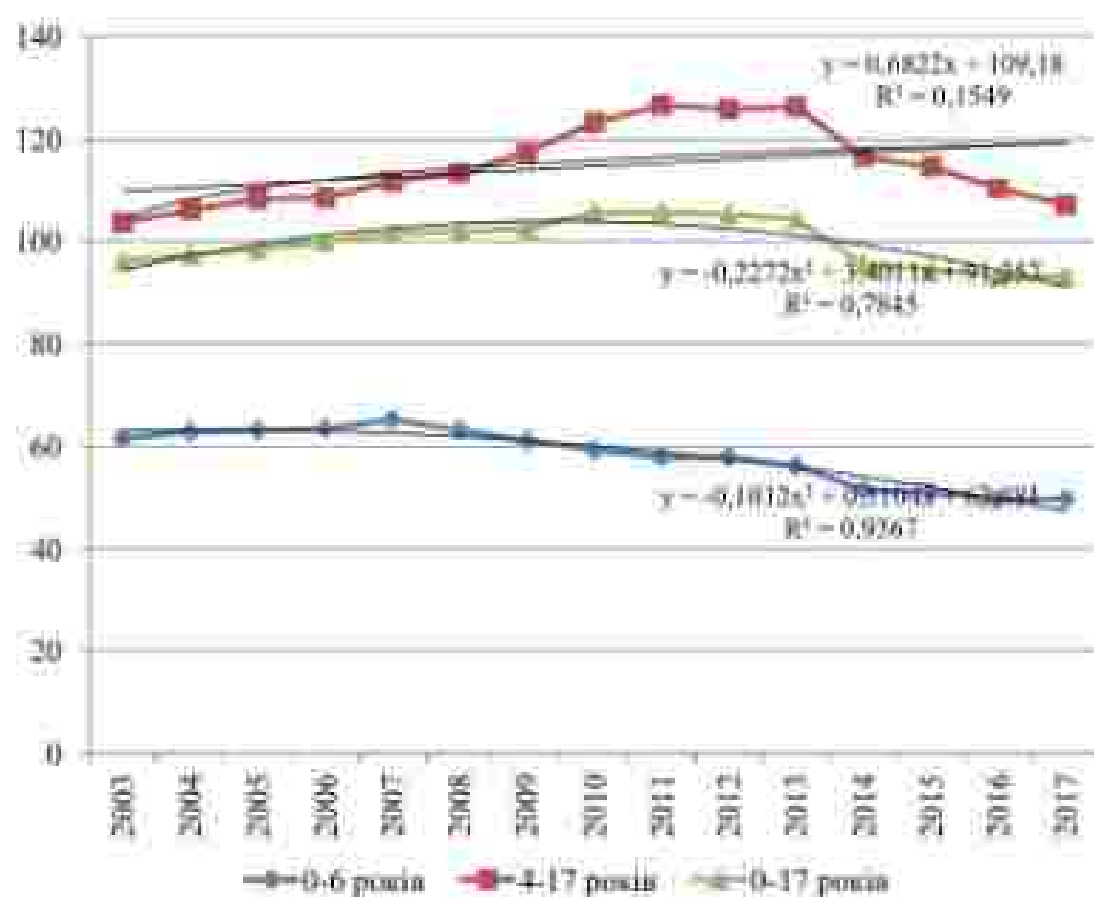


Рис. 3.6. Динаміка поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед різних вікових груп дітей в Україні (на 1000 відповідного населення) за період 2003-2017 рр.

Найвищою поширеністю хвороб ока та його придаткового апарату у віковій групі дітей 7-14 років за підсумками 2017 р. виявилася в Харківській (158,42) області при найнижчому значенні показника в Одеській (75,06 на 1000 дітей відповідного віку). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,1 разу ( $p < 0,01$ ).

В структурі поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у віковій групі дітей 7-14 років суттєво меншою (в порівнянні з віковою групою дітей 0-6 років) стає питома вага кон'юнктивітів та інших запальних захворювань кон'юнктиви (з  $15,14 \pm 3,52$  % в 2003 р. до  $14,13 \pm 3,36$  % в 2017 р.), зростає питома вага міопії (з  $24,2 \pm 4,21$  % в 2003 р. до  $33,18 \pm 4,55$  % в 2017 р.), яку має практично кожна третя дитина у віці 7-14 р.

Особливу увагу звертає на себе поширеність аномалій рефракції, зокрема короткозорості (міопії), серед дитячого населення, яка зростає з віком. Так, серед дітей дошкільного віку за підсумками 2017 р. поширеність міопії склала 3,68 на 1000 дітей відповідного віку, аналогічний показник серед дітей 7-14 років, демонструє переважання майже в 10 разів ( $p < 0,0001$ ), – 35,57 на 1000 дітей відповідного віку, а серед дітей 15-17 років, він був в 23 рази ( $p < 0,00001$ ) вищим та склав 84,86 на 1000 дітей відповідного віку. Така ситуація відбувається при виявлених тенденціях до зростання поширеності офтальмологічної патології у вікових групах дітей 7-14 років та підліткового віку при зменшенні в цілому поширеності хвороб ока серед дитячого населення за період дослідження на  $3,23 \pm 1,72$  %. Виявлене спонукає до розробки та запровадження ефективних заходів попередження розвитку сформованих тенденцій, починаючи із профілактичних заходів та своєчасного виявлення патології ока у вказаного контингенту.

Встановлена наявність прямого сильного кореляційного зв'язку динаміки показників поширеності цього класу хвороб у вікових групах дітей 0-17 років та 7-14 років (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,768, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,590$  (дисперсія 59,0%), похибка апроксимації 2,7%,  $p < 0,00098$ ) та прямого помірного кореляційного зв'язку динаміки

показників поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у вікових групах дітей 0-17 років та 0-6 років (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,458, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,210$  (дисперсія 21,0%), похибка апроксимації 3,6%,  $p < 0,0088$ ), що опосередковано може свідчити про найбільшій вплив поширеності хвороб ока в віковій групі дітей 7-14 років на формування загального показника їх поширеності серед дитячого населення. Виявлений зворотній, але статистично не значимий кореляційний зв'язок динаміки показників поширеності цього класу хвороб у вікових групах дітей 0-17 років та 15-17 років (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав  $-0,941$ , коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,886$  (дисперсія 88,6%), похибка апроксимації 0,9%, при  $p < 0,158086$ ) не підтверджує наявність статистичного зв'язку зростаючої поширеності хвороб ока та його придаткового апарату у вказаних вікових групах, що потребує подальшого вивчення.

Таким чином, за 15-ти річний період дослідження, не діяв вплив на коливання поширеності хвороб ока та його придаткового апарату зацікавився практично на тому ж рівні (все населення  $-0,84 \pm 0,10$  %; доросле населення  $+0,42 \pm 0,07$  %) з незначним зменшенням її значень серед дітей ( $-3,23 \pm 1,80$  %) та переважанням серед жінок ( $58,37 \pm 0,54$  % проти  $41,63 \pm 0,54$  % серед чоловіків). При зменшенні в цілому поширеності хвороб ока серед дітей ( $-3,23 \pm 1,80$  %), її значення в віковій групі підлітків зростає ( $+3,41 \pm 1,78$  %), що актуалізує проблеми своєчасного виявлення та якісного медичного супроводу офтальмологічних проблем з дитинства.

Структуру причин звернень формують: кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви, птеріома; вага яких з віком зменшується (дитяче населення  $18,78 \pm 3,98$  %, у віковій групі 0-6 р.  $44,3 \pm 7,05$  %, у віковій групі 7-14 р.  $14,13 \pm 3,36$  %, доросле населення 18 р. і старше  $12,23 \pm 0,36$  %); міопія, особливе зростання патології ваги якої відбувається в дитячому віці (дитяче населення  $26,88 \pm 4,52$  %, у віковій групі 0-6 р.  $7,41 \pm 3,72$  %, у віковій групі 7-14 р.  $33,18 \pm 4,55$  %, доросле населення 18 р. і старше

12,28 ± 0,37 %); катаракта (дитяче населення 0,36 ± 0,61 %, у віковій групі 0-6 р. 0,12 ± 0,49 %, у віковій групі 7-14 р. 0,20 ± 0,43 %, доросле населення 18 р. і старше 15,33 ± 0,40 %); глаукома, питома вага якої зростає серед населення старше 40-річного віку (в структурі поширеності класу хвороб ока серед доросле населення 18 р. і старше глаукома складала 7,6 ± 0,30 %).

Серед усіх офтальмологічних хвороб найвищими темпами, починаючи з раннього дитячого віку, зростає поширеність міопії (і 3,68 на 1000 дітей дошкільного віку до 35,57 на 1000 дітей 7-14 р. (в 10 разів,  $p < 0,0001$ ) та до 84,86 на 1000 дітей 15-17 р. (в 23 рази,  $p < 0,00001$ ).

Регіональні особливості поширеності хвороб ока та його додаткового апарату в 2017 р. проявилися традиційно високими її рівнями в Чернігівській (11806,3), Харківській (11784,5), Рівненській (11024,0) Дніпропетровській (10437,4), Львівській (10414,1) областях та м. Києві (11302,5), при найнижчих показниках в Закарпатській області (6485,2 на 100 тис. населення).

### 3.1.2. Регіональні особливості захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату в різних вікових групах населення

Щорічно вперше дізнаються про наявність офтальмологічної патології більше ніж 1,3 млн. наших співвітчизників, зокрема в 2017 р. кількість таких пацієнтів складала 1 млн. 365 тис. 415 осіб. Відносний показник захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату в 2017 р. склав 3 219,2 на 100 тис. населення, в загальній структурі захворюваності населення України офтальмологічна патологія складала 5,12 ± 0,001 %.

Найвищі значення захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату були зареєстровані в Дніпропетровській (4770,2) та Рівненській (4735,5) областях при найменшому значенні в Донецькій (2318,5), Луганській (2310,1), Полтавській (2356,1) та Сумській (2413,7 на

100 тис. населення) областях. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,04 рази ( $p < 0,001$ ).

За гендерною ознакою офтальмологічна захворюваність на хвороби ока, аналогічно їх поширеності, незначно переважає серед жінок ( $57,15 \pm 0,04$  % або 3 427,1 на 100 тис. жіночого населення), в порівнянні із чоловіками ( $42,85 \pm 0,04$  % або 2 978,2 на 100 тис. чоловічого населення). При аналізі захворюваності на хвороби ока за віковими групами, було виявлено, що найчастіше хвороби ока діагностуються вперше серед дорослого населення старше 18 років ( $76,99 \pm 0,04$  %), лише чверть випадків ( $23,01 \pm 0,04$  %) в дитячому віці.

В структурі захворюваності населення (0-100 р. і старше) за вищезазначеним класом хвороб, третину випадків вперше зареєстрованої офтальмологічної патології ( $33,84 \pm 0,04$  %) складали кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви, як серед чоловічого ( $34,74 \pm 0,06$  %), так і серед жіночого ( $33,17 \pm 0,05$  %) населення. Питома вага близорукості (міопії) ( $7,95 \pm 0,02$  %) в структурі захворюваності всього населення України за класом хвороб ока та його придаткового апарату була майже такою ж, як і катаракти ( $8,0 \pm 0,02$  %), з незначним переважанням саме серед жінок ( $8,18 \pm 0,03$  % міопія;  $8,68 \pm 0,03$  % катаракта), в порівнянні із чоловіками ( $7,65 \pm 0,03$  % та  $7,09 \pm 0,03$  % відповідно). Найвищою захворюваністю на міопію в 2017 р. була в Дніпропетровській (408,0) та Харківській (390,2), при традиційно найнижчих рівнях показника в Сумській (159,8) та Хмельницькій (169,9) областях та середньому по Україні значенні 256,0 на 100 тис. населення. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,55 разу ( $p < 0,001$ ). Регіональні особливості захворюваності на катаракту проявилися найвищою її рівнем в Дніпропетровській (497,1), Черкаській (400,2) областях при середньому значенні по Україні 257,5 та найнижчому 110,1 на 100 тис. населення в Тернопільській області. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 4,52 разу ( $p < 0,0001$ ).

Відмінності мають також і значення показників захворюваності на хвороби ока та його додаткового апарату в різних вікових групах дитячого та дорослого населення. Серед населення 18 років і старше, третину звернень, при яких було вперше встановлено діагноз офтальмологічного захворювання ( $30,67 \pm 0,04 \%$ ) склали кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви,  $10,37 \pm 0,03 \%$  - катаракта,  $5,89 \pm 0,02 \%$  - міопія,  $4,4 \pm 0,02 \%$  - хвороби склери, кератити та інші хвороби рогівки,  $1,71 \pm 0,01 \%$  - глаукома та пов'язані з цукровим діабетом очні хвороби, - діабетична катаракта ( $0,32 \pm 0,01 \%$ ) та діабетична ретинопатія ( $0,89 \pm 0,01 \%$ ) (табл. 3.1.).

Варто відмітити зростання із віком, і питомої ваги, і значення відносного показника захворюваності на катаракту ( $3,42 \pm 0,02 \%$  або 94,4 на 100 тис. населення працездатного віку проти  $19,66 \pm 0,06 \%$  або 762,7 на 100 тис. населення пенсійного віку), глаукому ( $0,58 \pm 0,01 \%$  або 16,1 на 100 тис. населення працездатного віку проти  $3,2 \pm 0,03 \%$  або 124,2 на 100 тис. населення пенсійного віку), відшарування та розриви сітківки ( $0,15 \pm 0,01 \%$  або 4,1 на 100 тис. населення працездатного віку проти  $0,22 \pm 0,01$  або 8,6 на 100 тис. населення пенсійного віку), діабетичну катаракту ( $0,21 \pm 0,01 \%$  або 5,7 на 100 тис. населення працездатного віку проти  $0,47 \pm 0,01 \%$  або 18,1 на 100 тис. населення пенсійного віку) та діабетичну ретинопатію ( $0,58 \pm 0,01 \%$  або 16,0 на 100 тис. населення працездатного віку проти  $1,25 \pm 0,02 \%$  або 48,6 на 100 тис. населення пенсійного віку). Не дивлячись на зростання відносного показника кон'юнктивітів та інших захворювань кон'юнктиви (915,8 на 100 тис. населення працездатного віку проти 1074,8 на 100 тис. населення пенсійного віку), питома вага цієї нозології в структурі захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату в групі осіб пенсійного віку ( $27,7 \pm 0,07 \%$ ) є меншою в порівнянні із аналогічним значенням ( $33,16 \pm 0,06 \%$ ) серед працездатного населення (табл. 3.1).

Таблиця 3.1.

Формування структури захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату за нозологіями серед дорослого населення, 2017 р.

Нозологія	Доросле населення 18 років і старше		Працездатне населення		Населення пенсійного віку	
	на 100 тис. населення	%	на 100 тис. населення	%	на 100 тис. населення	%
Кон'юнктивіти та інші захворюв. кон'юнктиви	926,5	30,67 ± 0,04	915,8	33,16 ± 0,06	1074,8	27,7 ± 0,07
Хвороби склери, керати та інші хвороби рогівки	133,0	4,4 ± 0,02	129,7	4,69 ± 0,03	131,6	3,39 ± 0,03
Катаракта	313,4	10,37 ± 0,03	94,4	3,42 ± 0,02	762,7	19,66 ± 0,06
Відшарування та розрив сітківки	5,7	0,19 ± 0,001	4,1	0,15 ± 0,001	8,6	0,22 ± 0,01
Глаукома	51,5	1,71 ± 0,01	16,1	0,58 ± 0,01	124,2	3,2 ± 0,03
Атрофія зорового нерва	11,8	0,39 ± 0,01	10,6	0,38 ± 0,01	14,0	0,36 ± 0,01
Міопія	178,0	5,89 ± 0,02	261,4	9,47 ± 0,04	106,9	2,76 ± 0,02
Діабетична катаракта	9,8	0,32 ± 0,01	5,7	0,21 ± 0,01	18,1	0,47 ± 0,01
Діабетична ретинопатія	26,9	0,89 ± 0,01	16,0	0,58 ± 0,01	48,6	1,25 ± 0,02

При аналізі офтальмологічної захворюваності серед дорослого населення 18 років і старше, було виявлено суттєве переважання кількості захворювань серед міського населення (782 036 випадків або 74,39 ± 0,04 %) в порівнянні із сільським (269 248 випадків або 25,61 ± 0,04 %), при переважанні і відносного показника захворюваності за цим класом хвороб в розрахунку на 100 тис. відповідного населення також серед мешканців міст (3 227,4 на 100 тис. міського населення проти 2 547,8 на 100 тис. сільського населення). В структурі офтальмологічної захворюваності дорослого

населення, яке проживає в сільській місцевості, незначно вищою виявилася питома вага кон'юнктивітів ( $32,42 \pm 0,09\%$  проти  $30,06 \pm 0,05\%$ ) та глаукоми ( $1,8 \pm 0,03\%$  проти  $1,67 \pm 0,01\%$ ), хоча абсолютна кількість звернень і відносний показник в розрахунку на 100 тис. населення були вищими серед мешканців міст (табл. 3.2).

Таблиця 3.2.

Структура захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед міського і сільського населення 18 років і старше, 2017 р.

Номенклатура	Сільське населення			Міське населення		
	абс. к-сть	на 100 тис. нас.	% в структурі	абс. к-сть	на 100 тис. нас.	% в структурі
Кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви	87293	826,6	$32,42 \pm 0,09$	235113	970,3	$30,06 \pm 0,05$
Хвороби склери, кератит та інші хвороби рогівки	12767	120,8	$4,74 \pm 0,04$	33518	138,3	$4,29 \pm 0,02$
Катаракта	27000	255,5	$10,03 \pm 0,06$	82062	338,7	$10,49 \pm 0,03$
Відшарування та розрив сітківки	319	4,9	$0,19 \pm 0,01$	1454	6,0	$0,19 \pm 0,01$
Глаукома	4834	45,9	$1,8 \pm 0,03$	13080	54,0	$1,67 \pm 0,01$
Атрофія зорового нерва	1292	12,2	$0,48 \pm 0,01$	2868	11,6	$0,36 \pm 0,01$
Міопія	13726	129,9	$5,1 \pm 0,04$	48209	199,0	$6,16 \pm 0,03$
Діабетична катаракта	1049	9,9	$0,39 \pm 0,01$	2367	9,8	$0,3 \pm 0,01$

В структурі захворюваності дитячого населення за цим класом хвороб найчастіше зустрічаються кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви ( $44,47 \pm 0,09\%$ ), міопія ( $14,85 \pm 0,06\%$ ), катаракта ( $0,05 \pm 0,001\%$ ), з вираженими віковими особливостями. Так, чим старшою є вікова група дітей, тим більшим є відсоток міопії в структурі офтальмологічної захворюваності, від  $2,4 \pm 0,04\%$  у віковій групі дітей 0-6

років, до  $20,9 \pm 0,11$  % у віковій групі 7-14 років та  $23,87 \pm 0,18$  % у групі підлітків 15-17 років. Серед дітей у віці 0-6 років найвищим в структурі офтальмологічної захворюваності є питома вага кон'юнктивітів та інших захворювань кон'юнктиви, що становлять майже половину випадків ( $43,78 \pm 0,13$  %), проте у вікових групах 7-14 та 15-17 років, такі випадків вже третина ( $35,6 \pm 0,13$  % та  $37,1 \pm 0,20$  % відповідно). Найвищою захворюваністю на хвороби ока та його придаткового апарату в 2017 р. була виявлена серед дітей Рівненської (70,23) та Харківської (66,70) областей при найнижчому значенні в Чернігівській області (32,41) середньому по Україні значенні 41,25 на 1000 дитячого населення. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,17 разу ( $p < 0,001$ ).

Захворюваність на хвороби ока та його придаткового апарату серед жінок найвищою виявлена за підсумками 2017 р. в Дніпропетровській (5214,7) та Івано-Франківській (5168,1) областях, при середньому по Україні 3427,1 на 100 тис. жіночого населення. Серед чоловіків найвищим виявлено офтальмологічну захворюваність в Рівненській (4638,6) та Дніпропетровській (4242,6) областях, при середньому по Україні значенні показника 2978,2 на 100 тис. чоловіків.

Окрема увага була приділена зверхньо очного травматизму, рівень якого за період дослідження виявив тенденції до зниження з наявними суттєвими регіональними особливостями, що проявилися значно вищим рівнем травм ока та орбіти, за підсумками 2017 р., в Сумській (11,1) та Рівненській (5,8) областях при середньому по Україні значенні 3,4 та найнижчому 1,0 на 10 тис. населення в Чернівецькій області. Дитячий офтальмологічний травматизм виявлений традиційно найвищим в м. Києві (13,5), Сумській (6,5), Запорізькій (6,1), областях при середньому по Україні 3,8 на 10 тис. дитячого населення. На виявлених територіях необхідно стає посилення заходів з профілактики офтальмологічного травматизму, особливо серед дитячого населення.

Таким чином, в загальній структурі захворюваності населення України офтальмологічні патології складає  $5,12 \pm 0,001$  %. В цілому вона незначно переважає серед жінок ( $57,15 \pm 0,04$  % або 3 427,1 на 100 тис. жіночого населення), в порівнянні із чоловіками ( $42,85 \pm 0,04$  % або 2 978,2 на 100 тис. чоловічого населення). Третину випадків вперше зареєстрованої офтальмологічної патології ( $33,84 \pm 0,04$  %) складали кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви, як серед чоловічого ( $34,74 \pm 0,06$  %), так і серед жіночого ( $33,17 \pm 0,05$  %) населення.

В структурі захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення переважають: кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктиви ( $44,47 \pm 0,09$  %), міопія ( $14,85 \pm 0,06$  %), катаракта ( $0,05 \pm 0,001$  %). Чим старшою є вікова група дітей, тим більшим є відсоток міопії в структурі офтальмологічної захворюваності, від  $2,4 \pm 0,04$  % серед дітей у віці 0-6 років, до  $20,9 \pm 0,11$  % серед дітей 7-14 років та  $23,87 \pm 0,18$  % серед підлітків 15-17 років. В структурі захворюваності за вищезначеним класом хвороб населення 18 років і старше, третину ( $30,67 \pm 0,04$  %) склали кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви,  $10,37 \pm 0,03$  % - катаракта,  $5,89 \pm 0,02$  % - міопія,  $4,4 \pm 0,02$  % - хвороби склери, кератити та інші захворювання рогівки,  $1,71 \pm 0,01$  % - глаукома, пов'язані з цукровим діабетом очні хвороби, - діабетична катаракта ( $0,32 \pm 0,01$  %) та діабетична ретинопатія ( $0,89 \pm 0,01$  %). З віком, зокрема серед населення пенсійного віку, в порівнянні із населенням працездатного віку, суттєво зростає захворюваність на катаракту (в 8,1 разу,  $p < 0,0001$ ) та глаукому (в 7,7 разу,  $p < 0,0001$ ).

За підсумками 2017 р. найвищі рівні офтальмологічної захворюваності серед дорослого населення в Україні традиційно зареєстровані в Дніпропетровській (4770,2), Рівненській (4735,5) областях (при середньому по Україні 3219,2 на 100 тис. населення), серед дитячого населення – в Рівненській (70,23) та Харківській (66,70) областях (при середньому по Україні 41,25 на 1000 дітей 0-17 років).

### 3.2. Аналіз результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед різних вікових груп дитячого населення (в частині виявлення хвороб ока та його додаткового апарату)

Аналіз динаміки та результативності проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення різних вікових груп (рис. 3.7.) виявив, що із зростанням віку дітей та тривалості навчання, – зростає кількість виявлених порушень зору при профілактичних оглядах дітей різного віку. Так, порівняно з меншою частотою виявляється зниження гостроти зору серед дітей дошкільного віку (в 2017 р. 13,46 на 1000 дітей відповідного віку), показник зростає в порівнянні із групою дітей, що почали навчання з 6-ти річного віку (46,17), з 7-ми років (62,75), серед школярів 2-8 класів (66,1) та найвищим значенням серед школярів 9-11 класів (86,77 на 1000 дітей відповідного віку) (рис. 3.7.).

Зростання частоти виявлення порушень зору серед дітей різного віку мало і регіональні особливості. Так, при аналізі результатів офтальмологічних профілактичних оглядів серед дітей дошкільного віку було виявлено і найнижчу (порівняно з іншими віковими групами дітей) частоту порушень зорових функцій і тенденції до зниження показника в динаміці (з 21,3 в 2003 р. до 13,46 в 2017 р., або в 1,6 разу при  $p < 0,01$ ) (рис. 3.7), яке відбулося на більшості адміністративних територій України (в 23 з 25 регіонів), що підтверджує вплив регіональних тенденцій на формування загальноукраїнського показника.

Найвищий рівень виявлення порушень зору в 2017 р. у віковій групі дітей дошкільного віку (0-6 років) був виявлений в Сумській (23,85) та Тернопільській (23,16), при найнижчих значеннях показника в Волинській (5,18) та Закарпатській (7,4) областях, при середньому по Україні 13,46 на

1000 оглянутих дітей відповідного віку. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 4,6 разу ( $p < 0,001$ ) (таблиця 3.3.).

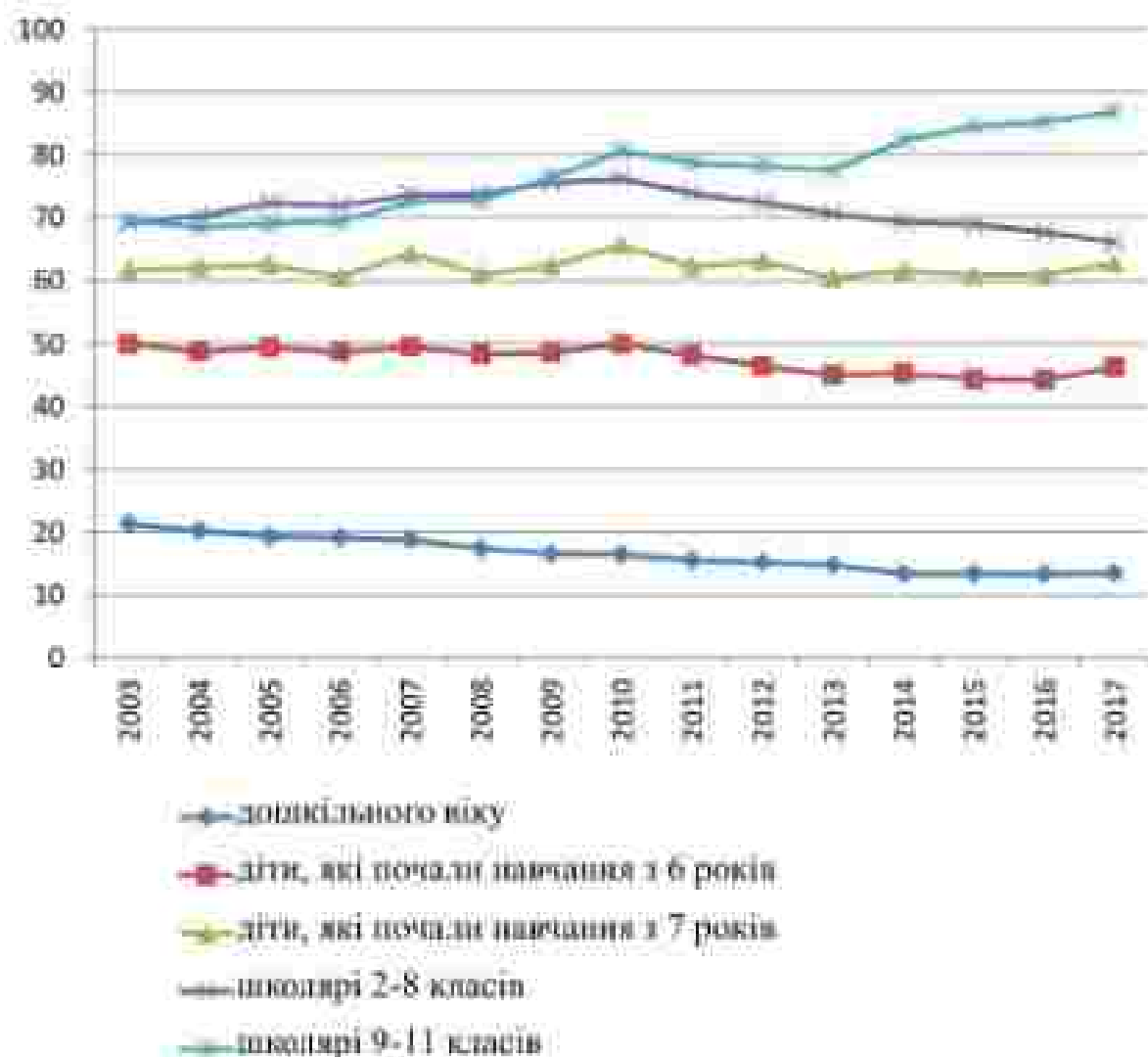


Рис. 3.7. Динаміка виявлення зниження гостроти зору при профілактичних оглядах дітей різного віку за період 2003-2017 рр. (на 1000 дітей відповідного віку).

Таблиця 3.3.

Розподіл регіонів України за частотою виявлення збільшення гостроти зору у дітей дошкільного віку, 2017 р. (на 1000 оглянутих дітей відповідного віку)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Сумська 23,85	Рівненська 14,95	Донецька 10,62
Тернопільська 23,16	Харківська 14,80	Львівська 10,44
м. Київ 20,85	Полтавська 14,61	Чернігівська 10,13
Миколаївська 19,98	Київська 13,49	Луганська 9,37
Кіровоградська 19,59	Хмельницька 12,73	Дніпропетровська 9,17
Житомирська 18,48	Івано-Франківська 12,22	Одеська 7,95
Херсонська 16,77	Черкаська 12,19	Закарпатська 7,40
Запорізька 15,67	Чернівецька 11,56	Волинська 5,18
	Вінницька 11,55	
Україна 13,46 на 1000 оглянутих дітей у віці 0-6 років		

Частота виявлення порушень зору серед дітей, що розпочали навчання з 6 років більше ніж в три рази перевищує аналогічні значення показника серед дітей дошкільного віку (в 2017 р. 46,17 на 1000 оглянутих дітей відповідного віку) (таблиця 3.4). Динаміці означеного показника також були властиві тенденції до зменшення, проте набагато повільнішими темпами (з 49,9 в 2003 р. до 46,17 в 2017 р., або  $-7,47 = 3,72\%$ ) (рис. 3.7).

В регіональному аспекті зняження показника відбулося в 12 з 25 регіонів України. В 13 з них, навпаки відбулося зростання його значень, найвищими темпами в Херсонській (з 42,1 в 2003 р. до 60,59 в 2017 р. або  $+43,92 = 5,92\%$ ) та Рівненській (з 67,0 в 2003 р. до 93,62 в 2017 р., або  $+39,73 = 4,66\%$ ) областях, що і зумовило їх перехід в групу регіонів із високим рівнем показника за підсумками 2017 р.

Таблиця 3.4.

Розподіл регіонів України за частотою виявлення зміжених гостроти зору у дітей, що почали навчання з 6 років, 2017 р. (на 1000 оглянутих дітей)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Рівненська 93,62	Харківська 48,91	Івано-Франківська 38,55
Тернопільська 86,81	Миколаївська 48,22	Чернігівська 38,41
Житомирська 62,63	Запорізька 45,30	Чернівецька 36,80
Херсонська 60,59	Хмельницька 44,82	Одеська 36,57
Кіровоградська 60,52	Полтавська 44,75	Вінницька 35,96
Луганська 58,65	Волинська 43,18	Черкаська 33,27
Сумська 58,18	Дніпропетровська 41,78	Закарпатська 24,03
Київська 52,53	Львівська 41,18	Донецька 23,65
	м. Київ 40,45	
Україна 46,17 на 1000 оглянутих дітей, що почали навчання з 6 років.		

Найвищим рівнем виявлення порушень зору в 2017 р. серед дітей, що почали навчання з 6 років було виявлено в Рівненській (93,62), Тернопільській (86,81) областях при найнижчих значеннях в Донецькій (23,65) та Закарпатській (24,03) областях. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 3,9 разу ( $p < 0,001$ ) (таблиця 3.4.).

Серед школярів 2-8 класів частота виявлення порушень зору виявилася ще вищою (66,1 на 1000 оглянутих дітей 2-8 класів), в порівнянні із дітьми дошкільного віку вища в 4,9 разу ( $p < 0,001$ ), в порівнянні із дітьми, що почали навчання з 6-ти річного віку, – в 1,4 разу ( $p < 0,001$ ). Дослідження в динаміці змін показника (рис. 3.7) виявило його коливання з тенденцією до зростання в 2007-2010 рр. та спадом у наступні роки, внаслідок чого його значення (з 69,1 в 2003 р. до 66,1 в 2017 р.) зменшилося на  $4,34 \pm 2,45$  %.

Зменшення показника відбулося на більшості територій України (21 з 25 регіонів), крім Житомирської (з 78,8 в 2003 р. до 84,35 в 2017 р., або

$\pm 7,04 \pm 2,70 \%$ ), Івано-Франківської (з 50,6 в 2003 р. до 65,78 в 2017 р., або  $+30,0 \pm 5,20 \%$ ), Київської (з 79,8 в 2003 р. до 106,65 в 2017 р., або  $+33,65 \pm 4,20 \%$ ) та Кіровоградської (з 76,7 в 2003 р. до 92,69 в 2017 р., або  $+20,85 \pm 3,92 \%$ ) областей, в яких паншани відбулося його зростання, за результатами якого останні увійшли до лідерів групи регіонів з високим рівнем показника (табл. 3.5).

Найвищим рівень виявлення порушень зору серед школярів 2-8 класів в 2017 р. було виявлено в Київській (106,65) та Кіровоградській (92,69) областях при середньому по Україні значенні 66,1 на 1000 оглянутих школярів 2-8 класів та найнижчих рівнях показника в Закарпатській (35,58) області. Різниця між крайніми значеннями показника склала в 3,0 рази ( $p < 0,001$ ) (табл. 3.5).

Таблиця 3.5.

Розподіл регіонів України за частотою виявлення зниження гостроти зору серед школярів 2-8 класів, 2017 р. (на 1000 оглянутих дітей)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Київська 106,65	Херсонська 72,91	м. Київ 55,65
Кіровоградська 92,69	Запорізька 72,34	Одеська 53,97
Луганська 85,36	Чернігівська 71,53	Миколаївська 53,76
Житомирська 84,35	Вінницька 71,27	Черкаська 53,17
Рівненська 83,34	Івано-Франківська 65,78	Донецька 52,37
Хмельницька 82,80	Волинська 60,09	Дніпропетровська 49,46
Харківська 81,56		Львівська 46,48
Тернопільська 80,66		Чернівецька 44,03
Сумська 78,32		Закарпатська 35,58
Полтавська 76,58		
Україна 66,10 на 1000 оглянутих школярів 2-8 класів		

Серед школярів 9-11 класів показник виявлення порушень зору виявився найвищим, в порівнянні із попередньо описаними групами молодших дітей.

За підсумками 2017 р. він склав 86,77 на 1000 оглянутих школярів 9-11 класів в Україні, що перевищує аналогічний показник серед дітей дошкільного віку в 6,4 разу ( $p < 0,001$ ), серед дітей, що почали навчання з 6 років в 1,9 разу ( $p < 0,001$ ), серед школярів 2-8 класів в 1,3 разу ( $p < 0,01$ ). У 20 з 25 регіонів України відбулося поступове зростання показника, що відповідає тенденціям, сформованим в цілому в державі (з 69,4 до 86,77, або  $+25,03 = 4,30\%$ ) (табл. 3.6).

Таблиця 3.6.

Розподіл регіонів України за частотою виявлення зниження гостроти зору серед школярів 9-11 класів, 2017 р. (на 1000 оглянутих дітей)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Полтавська 158,47	Кіровоградська 94,93	Дніпропетровська 75,75
Київська 151,76	Хмельницька 90,36	м. Київ 72,87
Житомирська 128,90	Луганська 85,34	Івано-Франківська 68,26
Тернопільська 124,39	Миколаївська 83,27	Вінницька 62,4
Рівненська 116,74	Чернігівська 83,18	Львівська 56,29
Харківська 104,03	Одеська 83,17	Чернівецька 55,06
Донецька 103,26	Херсонська 78,91	Закарпатська 36,99
Черкаська 99,14	Волницька 76,3	
Запорізька 96,98	Сумська 76,24	
Україна 86,77 на 1000 оглянутих школярів 9-11 класів		

Найвищою частота виявлення зниження гостроти зору у школярів 9-11 класів за підсумками 2017 р. була в Полтавській (158,47), Київській (151,76) та найнижчою (36,99) в Закарпатській області. Також низькою вона була в Львівській (56,29), Чернівецькій (55,06) та Івано-Франківській (68,26)

областях в порівнянні із середнім по Україні значенням (86,77 на 1000 школярів 9-11 класів).

Різниця між крайніми значеннями показника склала в 4,3 разу ( $p < 0,001$ ), що підтверджує наявність значних регіональних особливостей стану офтальмологічного здоров'я підлітків різних регіонів України та різний підхід до організації проведення офтальмологічних профілактичних оглядів вказаного контингенту.

Таким чином, за результатами проведення щорічних профілактичних оглядів серед дитячого населення різних вікових груп, було виявлено, що частота виявлення порушень зорових функцій зростає із віком обстежуваних дітей та із тривалістю шкільного навчання. Так, показник виявлення порушень зору серед школярів 9-11 класів в 2017 р. був в 6,4 разу ( $p < 0,001$ ) вищий в порівнянні із віковою групою дітей дошкільного віку, в 1,9 разу вищий, в порівнянні із дітьми, що розпочали навчання з 6-річного віку, та в 1,3 разу вищий в порівнянні із школярами 2-8 класів.

Виявлено регіональні особливості формування показника, які проявилися порівняно меншою частотою порушень зору серед дітей Західного регіону України, в порівнянні з Центральним та Східним (табл. 3.7.) з найвищими значеннями показника в Київській (72,94) та Житомирській (64,47 на 1000 дітей 0-17 років, оглянутих під час профілактичних оглядів).

Таблиця 3.7.

Розподіл регіонів України за частотою виявлення порушень зору під час профілактичних оглядів дітей (на 1000 дітей 0-17 років, оглянутих в 2017 р.)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Київська 72,94	Закарпатська 53,23	Донецька 41,11
Житомирська 64,47	Херсонська 51,78	Волинська 38,19
Кіровоградська 63,53	Чернівецька 47,54	Дніпропетровська 37,99
Тернопільська 62,35	Вінницька 45,87	Одеська 37,47

Продовж. табл. 3.7.

Рівненська 59,77	Черкаська 45,34	Чернівецька 33,84
Сумська 57,81	м. Київ 45,22	Львівська 33,35
Харківська 56,90	Івано-Франківська 44,56	Закарпатська 24,25
Полтавська 55,43	Миколаївська 43,49	
Хмельницька 55,40		
Луганська 55,07		
Україна 47,85 на 1000 оглянутих дітей 0-17 років		

Серед школярів 2-8 класів в 2017 р. кількість випадків зниження гостроти зору в Закарпатській (35,58), Львівській (46,48), Чернівецькій (44,03) та Івано-Франківській (65,78) областях була суттєво нижчою в порівнянні із аналогічними значеннями показника в Київській (106,65), Кіровоградській (92,69), Житомирській (84,35) та Харківській (81,56) областях при середньому по Україні значенні 66,1 на 1000 дітей відповідного віку.

Проведений аналіз ефективності профілактичних оглядів дітей різного віку в дитячій, зокрема щодо виявлення порушень зорових функцій, спонукає до розробки спільних міжінституційних та міжгалузевих заходів з залученням лікарів первинної ланки, педіатрів, дитячих офтальмологів, шкільних медиків, освіти дошкільної та шкільної освіти, задля впровадження системних мір з профілактики зниження гостроти зору з раннього дитячого віку з урахуванням виявлених регіональних особливостей загальнодержавної проблеми.

### 3.3. Інвалідність по зору з дитинства, динаміка та регіональні особливості формування показника

Дитяча інвалідність за класом хвороб ока та його придаткового апарату за період дослідження виявила тенденції до зниження (до 7,8 на 1000

дитячого населення 0-17 років), як і первинна інвалідність за цим класом хвороб в цій же віковій категорії (до 0,8 на 1000 дітей) (рис. 3.8.).

Найвищою за підсумками 2017 р. дитяча інвалідність за класом хвороб ока та його додаткового апарату була виявлена в Рівненській (12,1), Івано-Франківській (11,4), Луганській (11,4), Дніпропетровській (10,7) та Харківській (10,5) областях при найнижчому значенні в м. Києві (4,2) та середньому по Україні значенні 7,8 на 1000 дитячого населення (табл. 3.8).

Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,9 разу ( $p < 0,001$ ). У всіх без виключення регіонах України за період дослідження відбулося зниження показника інвалідності дитячого населення внаслідок хвороб ока та його додаткового апарату.

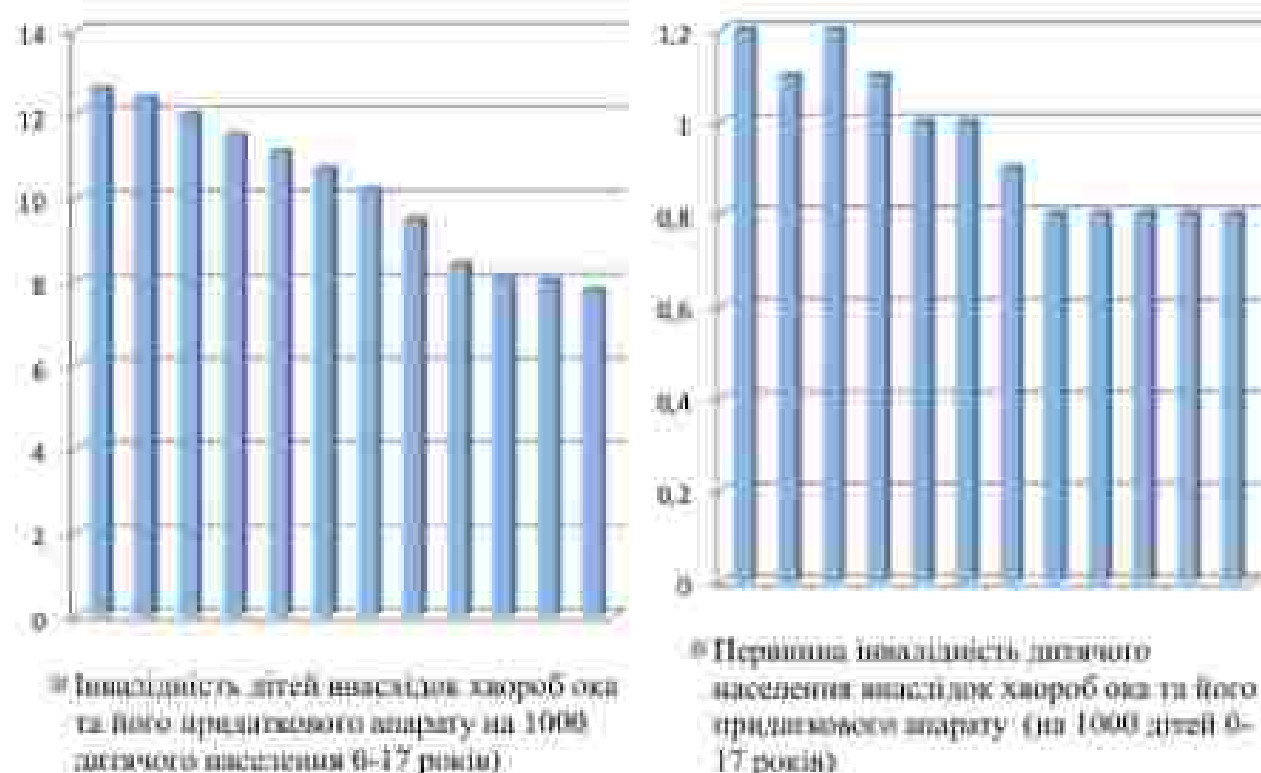


Рис. 3.8. Динаміка показників інвалідності дітей за класом хвороб ока та його додаткового апарату та первинної інвалідності дитячого населення за цим же класом хвороб (на 1000 дитячого населення 0-17 років)

Рівень первинної інвалідності дитячого населення за класом хвороб ока та його придаткового апарату виявив аналогічні тенденції, у 24 з 25 регіонів України відбулося його зменшення, проте регіональною особливістю Івано-Франківської області стало його зростання до 1,5 на 1000 дітей 0-17 років.

Віковими особливостями дитячої інвалідності по зору стали її найвищі рівні серед дітей старшого підліткового віку 15-17 років (16,9), дещо нижчі серед дітей 7-14 років (10,2), дітей дошкільного віку 3-6 років (3,1) з найнижчими значеннями серед дітей 0-2 років (0,8 на 1000 населення відповідного віку).

Таблиця 3.8.

Розподіл регіонів України за показником інвалідності дитячого населення внаслідок хвороб ока та його придаткового апарату, 2017 р. (на 1000 дитячого населення 0-17 років)

Високий рівень	Середній рівень	Низький рівень
Рівненська 12,1	Одеська 8,8	Житомирська 7,7
Івано-Франківська 11,4	Хмельницька 8,8	Закарпатська 7,0
Луганська 11,4	Чернівецька 8,8	Донецька 6,3
Дніпропетровська 10,7	Вінницька 8,7	Херсонська 6,2
Харківська 10,5	Миколаївська 8,7	Полтавська 5,8
Сумська 9,5	Тернопільська 8,7	Чернігівська 5,7
Запорізька 9,3	Кіровоградська 8,6	Київська 5,3
Львівська 9,1	Волинська 8,3	м. Київ 4,2
Черкаська 9,1		
Україна 7,8 на 1000 дітей 0-17 років		

Під час аналізу динаміки змін показників інвалідності дитячого населення за весь період дослідження було виявлено прямий тісний кореляційний зв'язок із поширеністю хвороб серед дитячого населення (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,680, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,463$  (дисперсія 99,4%), похибка апроксимації 3,1%, ( $p < 0,01$ ) та помірної

єдиної прямий недостатньо достовірний зв'язок із динамікою зміни показника госпітальної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату на 1000 дітей 0-17 років (коефіцієнт кореляції Пірсона ( $r$ ) склав 0,495, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,245$  (дисперсія 24,5 %), похибка апроксимації 5,7 %,  $p=0,1049$ ), що дозволяє висловити припущення про наявність статистичного зв'язку із змінами в динаміці показників поширеності хвороб ока серед населення 0-17 років із показниками дитячої інвалідності по зору.

### Висновки до розділу 3.

1. Клас хвороб ока та його придаткового апарату, який продовжує відігравати суттєву роль у формуванні якості життя, соціалізації та працездатності населення, за 15-ти річний період дослідження, по при виявленні коливання, залишився практично на тому ж рівні за значенням поширеності серед всього населення ( $-0,840,10$  %), в тому числі і у віковій групі дорослого населення ( $+0,42 \pm 0,07$  %), незначним зменшенням її значення серед дітей ( $-3,23 = 1,80$  %), склав за підсумками 2017 р.  $4,83 \pm 0,63$  % у загальній структурі поширеності хвороб. Жінки частіше ( $58,37 \pm 0,54$  %), ніж чоловіки ( $41,63 \pm 0,54$  %) звертаються за медичною допомогою з приводу офтальмологічної патології.

Традиційно найвищою поширеністю офтальмологічної патології в 2017 р. виявлені в Дніпропетровській (10 437,4), Львівській (10 414,1), Харківській (11 784,5) областях та м. Києві (11 302,5) при найвищих, проте з тенденціями до зростання ( $+31,0 \pm 0,53$  %) значеннях в Закарпатській області (6 485,2 на 100 тис. населення).

Виявлені за період дослідження зміни структури поширеності означеного класу хвороб полягали у помірному зростанні питомої ваги глаукоми та діабетичних офтальмологічних ускладнень (діабетичної ретинопатії та діабетичної катаракти). Структуру поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення України в 2017 р.

формувалис: катаракта ( $15,33 \pm 0,40 \%$ ); міопія ( $12,38 \pm 0,37 \%$ ); кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви ( $12,23 \pm 0,36 \%$ ); глаукома ( $7,6 \pm 0,30 \%$ ); діабетична ретинопатія ( $5,68 \pm 0,01 \%$ ).

При зменшенні поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення (на  $3,23 = 1,80 \%$  до  $93,05$  на  $1000$  населення  $0-17$  р. в Україні), при найвищих її рівнях за підсумками 2017 р. в Харківській ( $136,6$ ), Рівненській ( $125,46$ ) областях, у віковій групі 7-14 років навпаки, відстежується її зростання ( $+3,41 \pm 1,78 \%$ ), яке відбулося в більшості регіонів. Доведено стрімке зростання поширеності міопії із віком (з  $3,68$  на  $1000$  дітей дошкільного віку до  $35,57$  на  $1000$  дітей 7-14 років (в 10 разів,  $p < 0,0001$ )) та  $84,86$  на  $1000$  дітей 15-17 років (в 23 рази,  $p < 0,0001$ ), що актуалізує проблеми своєчасного виявлення та якісного медичного супроводу офтальмологічної патології з раннього дитячого віку.

2. Захворюваність за класом хвороб ока та його придаткового апарату в структурі зареєстрованих вперше хвороб склала  $5,12 \pm 0,01 \%$ , виявлене суттєве переважаювання її значень серед міського населення ( $3227,4$  на  $100$  тис. міського населення проти  $2547,8$  на  $100$  тис. сільського населення) та невзначне переважаювання серед жінок ( $57,15 \pm 0,04 \%$  або  $3427,1$  на  $100$  тис. жіночого населення), в порівнянні із чоловіками ( $42,85 \pm 0,04 \%$  або  $2978,2$  на  $100$  тис. чоловічого населення). Третю частину випадків вперше виявлених хвороб ока серед всього населення ( $33,84 \pm 0,04 \%$ ) склали кон'юнктивіти та інші запальні захворювання кон'юнктив, в тому числі серед чоловіків ( $34,74 \pm 0,06 \%$ ) та жінок ( $33,17 \pm 0,05 \%$ ), ще  $10,37 \pm 0,03 \%$  – катаракта,  $5,89 \pm 0,02 \%$  – міопія,  $4,4 \pm 0,02 \%$  хвороби склери, кератити та інші захворювання рогівки,  $1,71 \pm 0,01 \%$  – глаукома.

В структурі захворюваності класу хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення найбільшу питому вагу мали загальні захворювання кон'юнктиви ( $44,47 \pm 0,09 \%$ ) та міопія ( $14,85 \pm 0,06 \%$ ), питома вага останньої зростає із віком дітей (від  $2,4 \pm 0,04 \%$  у віковій групі  $0-6$  років до  $20,9 \pm 0,11 \%$  у віковій групі 7-14 років та  $23,87 \pm 0,18 \%$  у

віковій групі (15-17 років). Захворюваність на офтальмологічну патологію дорослого населення також зростає із віком, особливо за нозологіями катаракта (серед працездатного населення 94,4, серед населення пенсійного віку 762,7 на 100 тис. населення, або у 8,1 разу,  $p < 0,0001$ ) та глаукома (серед працездатного населення 16,1, серед населення пенсійного віку 124,2 на 100 тис. населення, або у 7,7 разу,  $p < 0,0001$ ). Найвищі рівні офтальмологічної захворюваності серед дорослого населення традиційно реєструвалися в Дніпропетровській (4770,2), Рівненській (4735,5) областях (при середньому по Україні 3219,2 на 100 тис. населення 18 років і старше), серед дитячого населення, – в Рівненській (70,23), Харківській (66,70) областях (при середньому по Україні 41,25 на 1000 дітей).

Не дивлячись на тенденції до зменшення частоти травм ока та орбіти в цілому по Україні, залишаються території, для яких проблема є актуальною (в м. Києві (13,5) рівень дитячого травматизму в 3,6 рази ( $p < 0,001$ ) перевищував середні по Україні значення (3,8 на 10 тис. дитячого населення). В Сумській області рівень очного травматизму є високим як серед дитячого (6,5); так і серед дорослого населення (11,1 на 10 тис. відповідного населення).

3. Аналіз результативності проведення щорічних профілактичних оглядів виявив зростання частоти виявлення порушень зору із віком школярів, із найвищими показниками серед учнів 9-11 класів (86,77 на 1000 оглянутих учнів 9-11 класів), який в 1,3 разу ( $p < 0,01$ ) перевищував аналогічне значення показника серед учнів 2-8 класів, в 1,9 разу ( $p < 0,001$ ), – серед учнів, що розпочали навчання з 6 років та перевищував в 6,4 разу ( $p < 0,001$ ), аналогічне значення показника серед дітей дошкільного віку. Регіональні особливості формування показника проявлялися порівняно меншою частотою виявлення порушень зору при профілактичних оглядах дітей Західного регіону (Закарпатська (24,25); Львівська (33,35); Чернівецька (33,84)), в порівнянні із Центральним (м. Київ (45,22); Київська (72,94); Житомирська (64,47); Кіровоградська (63,53)) та Східним (Харківська (56,9);

Запорізька (53,23)) при середньому по Україні значенні в 2017 р. 47,85 випадків виявлення порушень функцій зору на 1000 оглянутих при профілактичних оглядах дітей 0-17 років.

4. Дитяча інвалідність за класом хвороб ока та його придаткового апарату за період дослідження виявляла тенденції до поступового зниження (до 7,8 на 1000 дитячого населення 0-17 років), як і первинна інвалідність за цим класом хвороб в цій же віковій категорії (до 0,8 на 1000 дітей). Регіональні особливості дитячої інвалідності по зору проявилися найнижчими її рівнями в Рівненській (12,1), Івано-Франківській (11,4), Луганській (11,4), Дніпропетровській (10,7) та Харківській (10,5) областях при найвищому значенні в м. Києві (4,2) та середньому по Україні значенні 7,8 на 1000 дитячого населення.

5. Проведений аналіз медико-статистичних показників формування захворюваності та поширеності хвороб ока та його придаткового апарату виявив необхідність покращення ефективності профілактичного медичного втручання, починаючи з дитинства, особливо в ранньому шкільному та підлітковому віці. Своєчасність профілактичного втручання з попередження та раннього виявлення офтальмологічної патології потребує медико-організаційних заходів із консолідацією зусиль лікарів первинної ланки, педіатрів, дитячих офтальмологів, освіти дошкільної та шкільної освіти, задля впровадження системних заходів, розробки спільних міждисциплінарних та міжакадемічних заходів, з профілактики зниження гостроти зору з раннього дитячого віку з урахуванням виявлених регіональних особливостей.

За матеріалами розділу опубліковано:

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Профілактичні медичні обстеження функцій зору у дітей, як запорука збереження офтальмологічного здоров'я. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;2(108):80-83.

Медведовська Н.В., Федірчук П.А., Денисюк Л.І., Бабенко Т.Ф., Понч З.В. Регіональні особливості дитячої інвалідності по зору, результати

медико-статистичного ретроспективного дослідження / Сучасні проблеми медицини сьогодні: роль лікаря і життя суспільства. Сучасні проблеми офтальмології: збірник матеріалів конференції з міжнародною участю, м. Київ, 25-26 лютого 2021 р. Київ, 2021. С. 39.

Федірко П.А., Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Передумови формування тенденцій госпітальної захворюваності за класом хвороб ока в Україні / Практична офтальмологія. Медичні і екологічні проблеми сучасності : збірник матеріалів конференції, м. Київ, 22–23 лютого 2024 р. Київ, 2024. С. 107-109.

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Регіональні особливості формування тенденцій поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України різного віку / Modern Research in Science and Education : матеріали ІХ міжнародної науково-практичної конференції, м. Чикаго, США, 2-4 травня 2024 р., С. 106-110.

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Результативність профілактичних офтальмологічних оглядів дитячого населення в Україні / Global Science: Prospects and Innovations : матеріали Х міжнародної науково-практичної конференції, м. Ліверпуль, Великобританія, 23-25.05. 2024 р., С.63-66.

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Особливості проведення щорічних офтальмологічних профілактичних оглядів дитячого населення в регіональному аспекті / Current Challenges of Science and Education : матеріали ІХ міжнародної науково-практичної конференції, м. Берлін, Німеччина, 6-8.05. 2024 р., С.95-99.

РОЗДІЛ 4  
ВІВЧЕННЯ ДИНАМІКИ ОСНОВНИХ МЕДИКО-СТАТИСТИЧНИХ  
ПОКАЗНИКІВ, ЩО ХАРАКТЕРИЗУЮТЬ НАДАННЯ  
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ НАСЕЛЕННЮ В РОЗРІЗІ РЕГІОНІВ  
УКРАЇНИ (ретроспективне дослідження)

4.1. Динаміка та регіональні особливості окремих статистичних показників, що характеризують організацію надання офтальмологічної допомоги населенню України

В 2017 р. госпітальна захворюваність за класом хвороб ока та його додаткового апарату складала 5,2 на 1 000 дорослого населення 18 р. і старше та 5,0 на 1 000 дітей віком 0-17 років. За даними ретроспективного дослідження, в цілому по Україні відбулося зменшення показника (з 6,5 до 5,2 на 1000 дорослого населення та з 5,75 до 5,0 на 1000 дитячого населення). Найвищі значення офтальмологічної госпітальної захворюваності за підсумками 2017 р. як серед дорослого, так і серед дитячого населення були виявлені в Чернігівській області (11,9 на 1000 дорослого та 10,14 на 1000 тис. дитячого населення відповідно) (табл. 4.1. та табл. 4.2), при найменших значеннях в Київській (2,6 на 1000 дорослого та 1,26 на 1000 тис. дитячого населення відповідно). Різниця між крайніми значеннями показника складала в 4,2 разу ( $p < 0,001$ ) та в 16,9 разу ( $p < 0,001$ ) відповідно.

Аналіз динаміки показника госпітальної захворюваності за класом хвороб ока та його додаткового апарату серед дітей до 1-го року навчання виявив тенденції до його зростання (з 8,82 у 2003 р. до 14,03 на 1000 дітей до 1-го року у 2017 р., або на 37,3 %) (рис. 4.1).

Таблиця 4.1.

Розподіл регіонів України за рівнем госпітальної захворюваності дорослого населення на хвороби ока та його придаткового апарату (на 1000 населення 18 р. і старше, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Київська 2,6	Миколаївська 5,0	Львівська 6,0
Волинська 3,0	Рівненська 5,0	Харківська 6,1
Тернопільська 3,5	Черкаська 5,0	Запорізька 6,8
Хмельницька 3,7	Донецька 5,1	Кіровоградська 6,9
Вінницька 4,0	Луганська 5,1	Дніпропетровська 7,7
Одеська 4,1	Ів.-Франківська 5,2	м. Київ 7,9
Херсонська 4,4	Чернівецька 5,4	Сумська 8,3
Закарпатська 4,6	Житомирська 5,5	Чернігівська 11,0
	Полтавська 5,7	
Україна 5,2 на 1000 дорослого населення		

Найвищі значення госпітальної захворюваності дітей до року за підсумками 2017 р. виявлені в Черкаській (43,6) та Сумській (36,38) областях при середньому по Україні 14,03 на 1000 дітей до 1-го року. Найнижчим показник виявився в Миколаївській (0,09), Київській (0,10) та Одеській (0,69 на 1000 дітей до 1-го року) областях, що і зумовило колосальну різницю між крайніми значеннями показника у 484 рази ( $p < 0,001$ ) та переконало у наявності значних регіональних особливостей його формування.

Таблиця 4.2.

Розподіл регіонів України за рівнем госпітальної захворюваності дитячого населення на хвороби ока та його придаткового апарату (на 1000 населення 0-17 р., 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Одеська 0,6	Рівненська 4,55	Полтавська 6,26
Київська 1,26	Вінницька 4,98	м. Київ 6,38
Донецька 2,76	Ів.-Франківська 5,14	Кіровоградська 6,56
Луганська 2,94	Харківська 5,33	Чернівецька 6,71
Житомирська 4,37	Дніпропетровська 5,41	Волинська 7,28
Закарпатська 4,45	Миколаївська 5,72	Тернопільська 7,30
Хмельницька 4,5	Запорізька 5,73	Черкаська 9,11
	Львівська 5,91	Сумська 9,54
		Херсонська 9,91
		Чернігівська 10,14
Україна 5,0 на 1000 дитячого населення		

Одночасно із поступовим зменшенням госпітальної офтальмологічної захворюваності в Україні (до 5,2 на 1000 населення 18 р. і старше та до 5,0 на 1000 населення 0-17 років), за період дослідження (2003-2017 рр.) відбулося суттєве (в 1,46 разу) зменшення кількості стаціонарних офтальмологічних ліжок (рис. 4.2.).

Так, в 2003 р. функціонувало 6899 стаціонарних офтальмологічних ліжок, а в 2017 р. їх стало 4165.

Найбільше скорочення торкнулося офтальмологічних ліжок в міських лікарнях, хоча, і в ЦРЛ, і в обласних лікарнях їх кількість також зменшилася (рис. 4.3.).



Рис. 4.1. Динаміка госпітальної захворюваності на хвороби ока та його придаткового апарату дітей до 1-го року (на 1000 дітей до 1-го року, за період 2003-2017 рр.).

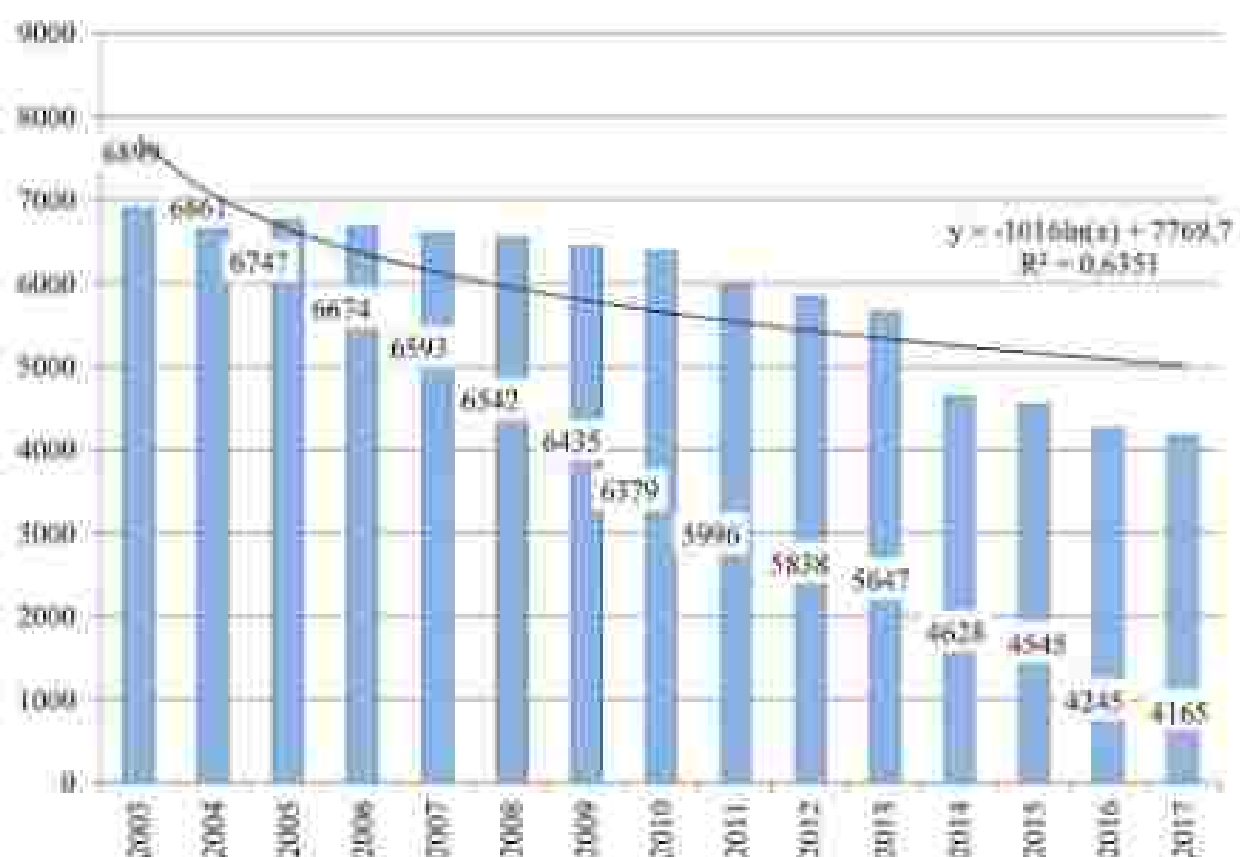


Рис. 4.2. Динаміка кількості офтальмологічних ліжок для дорослих в Україні (абс.) за період 2003-2017 рр.

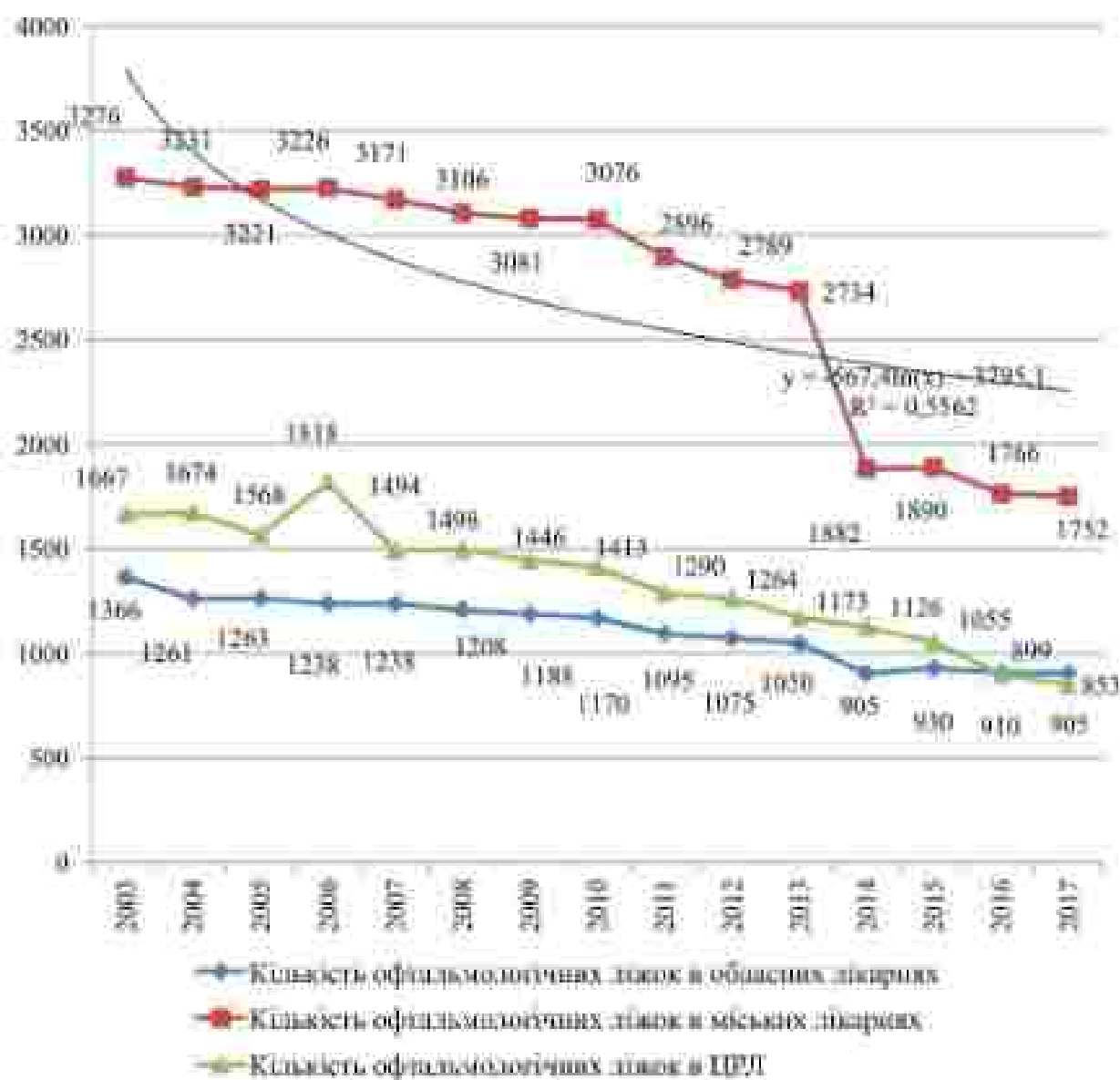


Рис. 4.3. Динаміка кількості офтальмологічних ліжок в обласних, міських, районних лікарнях в Україні (абс.) за період 2003-2017 рр.

За вказаний період зменшилася кількість офтальмологічних ліжок для дорослих у всіх без виключення регіонах України, але з різною інтенсивністю. Більше, ніж в 2 рази їх кількість зменшилася в Вінницькій (з 227 в 2003 р. до 98 в 2017 р., або в 2,3 рази) та в Київській (з 190 в 2003 р. до 95 в 2017 р., або в 2,1 разу) областях. Не стала винятком і столиця, в якій 545 офтальмологічних стаціонарних ліжок в 2003 році була поступово скорочена до 390 в 2017 р. (в 1,4 рази).

В результаті такого скорочення кількості офтальмологічних ліжок, забезпеченість ними зменшилася з 1,45 в 2003 р. до 0,99 на 10 тис. дорослого населення в 2017 р. (зменшення в 1,46 разу) (рис. 4.4).

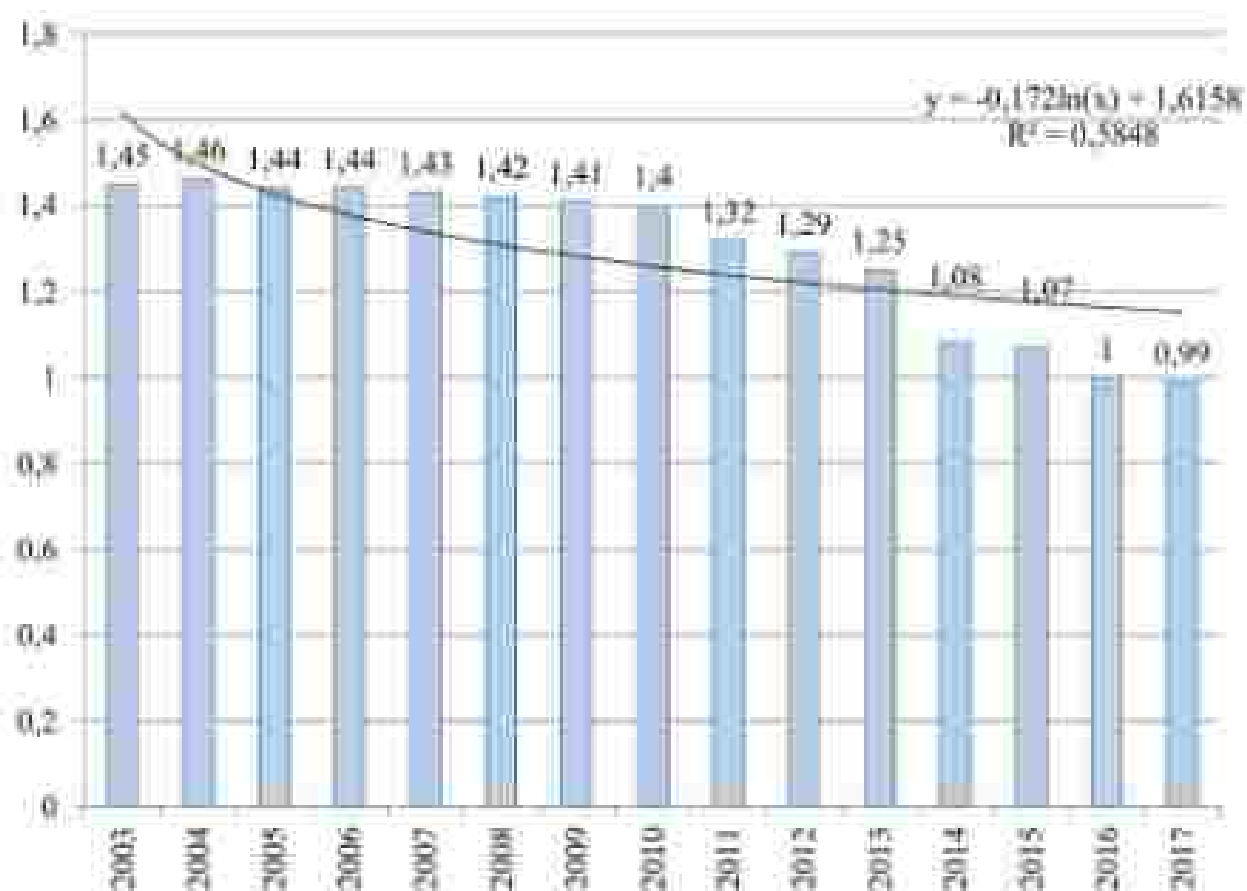


Рис. 4.4. Динаміка показників забезпеченості офтальмологічними стаціонарними ліжками для дорослих (на 10 тис. відповідного населення) за період 2003-2017 рр.

В 2017 р. найменшій в державі рівень забезпеченості офтальмологічними ліжками для дорослих був виявлений в Київській області (0,51) при найвищому значенні показника в Чернігівській області (1,35 на 10 тис. дорослого населення). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,65 разу ( $p < 0,01$ ) (табл. 4.3.).

Таблиця 4.3.

Розподіл регіонів України за рівнем забезпеченості офтальмологічними стаціонарними ліжками для дорослих (на 10 тис. відпов. населення, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Київська 0,51	Полтавська 0,85	Рівненська 1,13
Волынська 0,60	Херсонська 0,85	Харківська 1,21
Вінницька 0,62	Чернівецька 0,94	Донецька 1,23
Черкаська 0,65	Миколаївська 0,96	Запорізька 1,32
Тернопільська 0,72	Житомирська 0,97	м. Київ 1,35
Закарпатська 0,76	Одеська 1,01	Дніпропетровська 1,36
Хмельницька 0,79	Ів.-Франківська 1,05	Сумська 1,58
	Кіровоградська 1,05	Луганська 1,85
	Львівська 1,08	Чернігівська 2,32
Україна 0,99 на 10 тис. дорослого населення		

Аналогічно тенденціям скорочення кількості офтальмологічних ліжок для дорослих в Україні, скорочувалася і кількість дитячих офтальмологічних ліжок (рис. 4.5), в результаті чого забезпеченість ними в 2017 р. склала 1,1 на 1000 дітей віком 0-17 років (табл. 4.4).

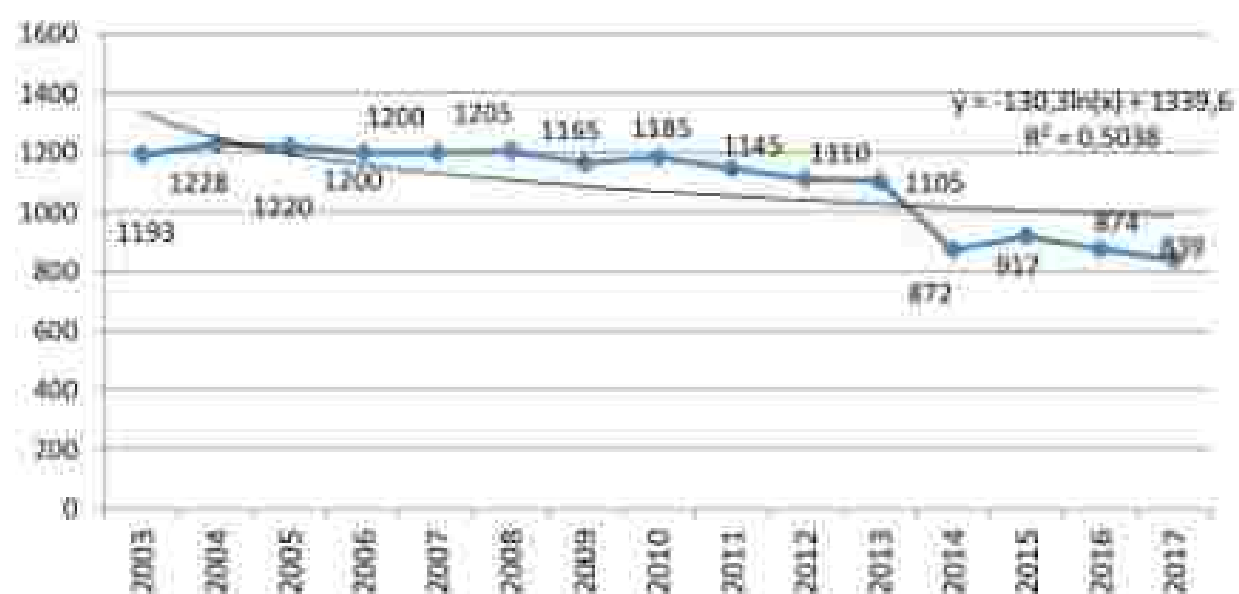


Рис. 4.5. Динаміка кількості офтальмологічних ліжок для дітей в Україні (абс.) за період 2003-2017 рр.

Найвищою забезпеченість дитячими офтальмологічними ліжками виявлена в Черкаській (1,82) та Чернігівській (1,82) областях, з найменшим значенням показника 0,15 на 1000 дитячого населення в Київській області (табл. 4.4.). Різниця між крайніми значеннями показника в 12,1 разу ( $p < 0,0001$ ) перекоує в наявності суттєвих регіональних відхилень його формування.

Таблиця 4.4.

Розподіл регіонів України за рівнем забезпеченості офтальмологічними стаціонарними ліжками для дітей (на 1000 дитячого населення, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Київська 0,15	Вінницька 1,03	Харківська 1,52
Одеська 0,33	Закарпатська 1,03	м. Київ 1,52
Луганська 0,46	Львівська 1,03	Чернівецька 1,63
Донецька 0,68	Ів.-Франківська 1,08	Сумська 1,73
Житомирська 0,83	Дніпропетровська 1,13	Тернопільська 1,75
Рівненська 0,97	Волинська 1,25	Кіровоградська 1,76
	Хмельницька 1,26	Черкаська 1,82
	Запорізька 1,36	Чернігівська 1,82
	Миколаївська 1,44	Херсонська 2,02
	Полтавська 1,49	
Україна 1,1 на 1000 дитячого населення		

В результаті вивчення динаміки забезпеченості офтальмологічними ліжками дорослого населення та показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату, між ними було виявлено прямий, середньої сили кореляційний зв'язок (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r$  склав 0,588, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,346$  (дисперсія 34,6%),  $p < 0,0022$ ). В той же час, між динамікою поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дітей 0-17 років та забезпеченістю офтальмологічними дитячими ліжками, було виявлено прямий сильний (тісний) кореляційний зв'язок (коефіцієнт

кореляції Пірсона  $r$  склав 0,865, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,749$  (дисперсія 74,9%),  $p < 0,000044$ ).

Одночасно із скороченням кількості офтальмологічних ліжок, відбулося скорочення середнього числа днів роботи ліжка для дорослих (з 344,6 в 2003 р. до 324,66 в 2017 р., або – 5,8 %) (рис. 4.6.). Найменш активно офтальмологічні ліжка для дорослих в 2017 р. працювали в Луганській (214,02 дні), Київській (285,64), Тернопільській (292,63) областях та в м. Києві (255,82). Надмірно навантаженими вони були в Чернівецькій (376,11), Волинській (373,56) та Чернігівській (363,51 днів) областях. Одночасно з цим, середнє число днів роботи дитячого офтальмологічного ліжка залишилося, незважаючи на незначні коливання, практично на тому ж рівні (з 340,11 в 2003 р. до 340,4 в 2017 р.) (рис. 4.6).

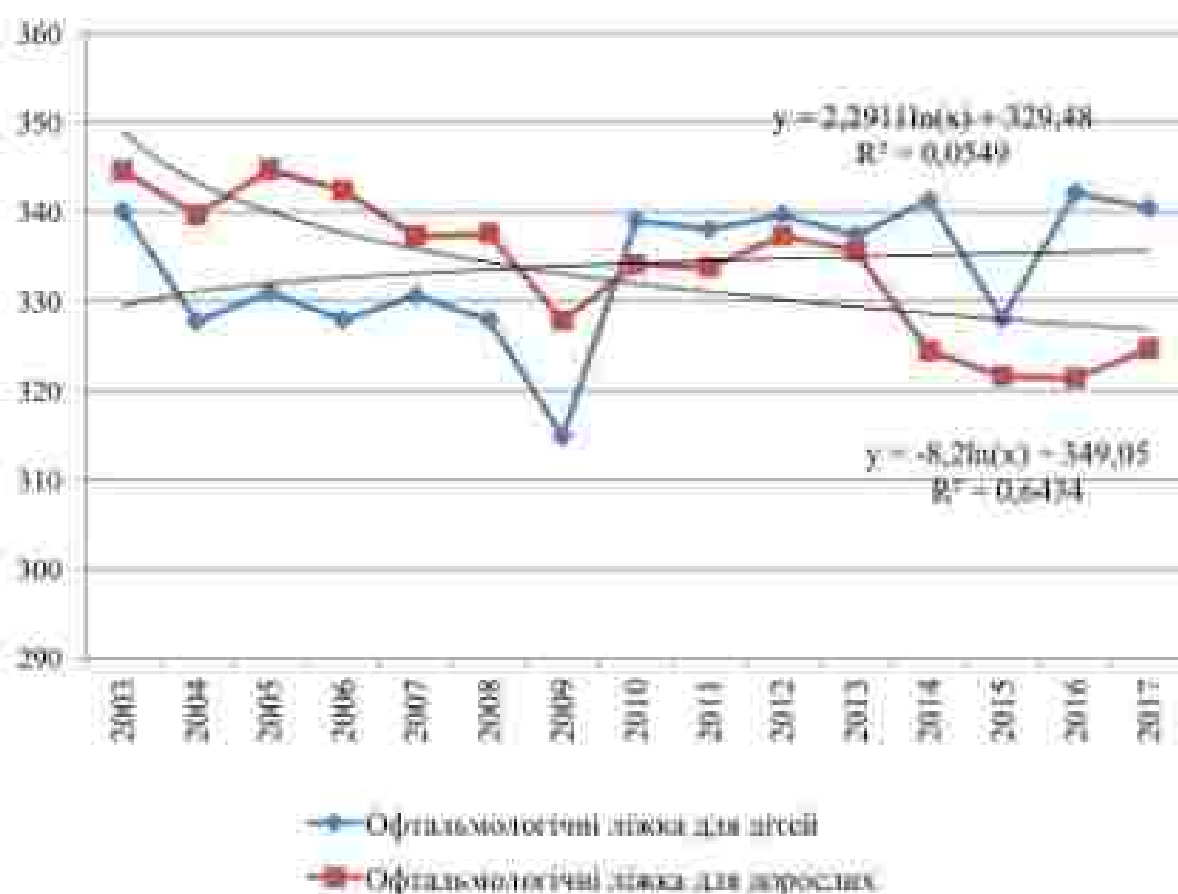


Рис. 4.6. Динаміка показника середнього числа днів роботи офтальмологічного ліжка для дорослих і дітей (днів на рік, за 2003–2017 рр.).

При зменшенні забезпеченості офтальмологічними ліжками та їх абсолютної кількості, суттєво зменшилася середня тривалість перебування хворого на ліжку, як на офтальмологічних ліжках для дорослих з 9,53 в 2003 р. до 7,06 днів в 2017 р., (або – 25,9 %), так і на офтальмологічних дитячих ліжках з 9,42 в 2003 до 6,92 днів в 2017 р. (або – 26,5 %) (рис. 4.7).

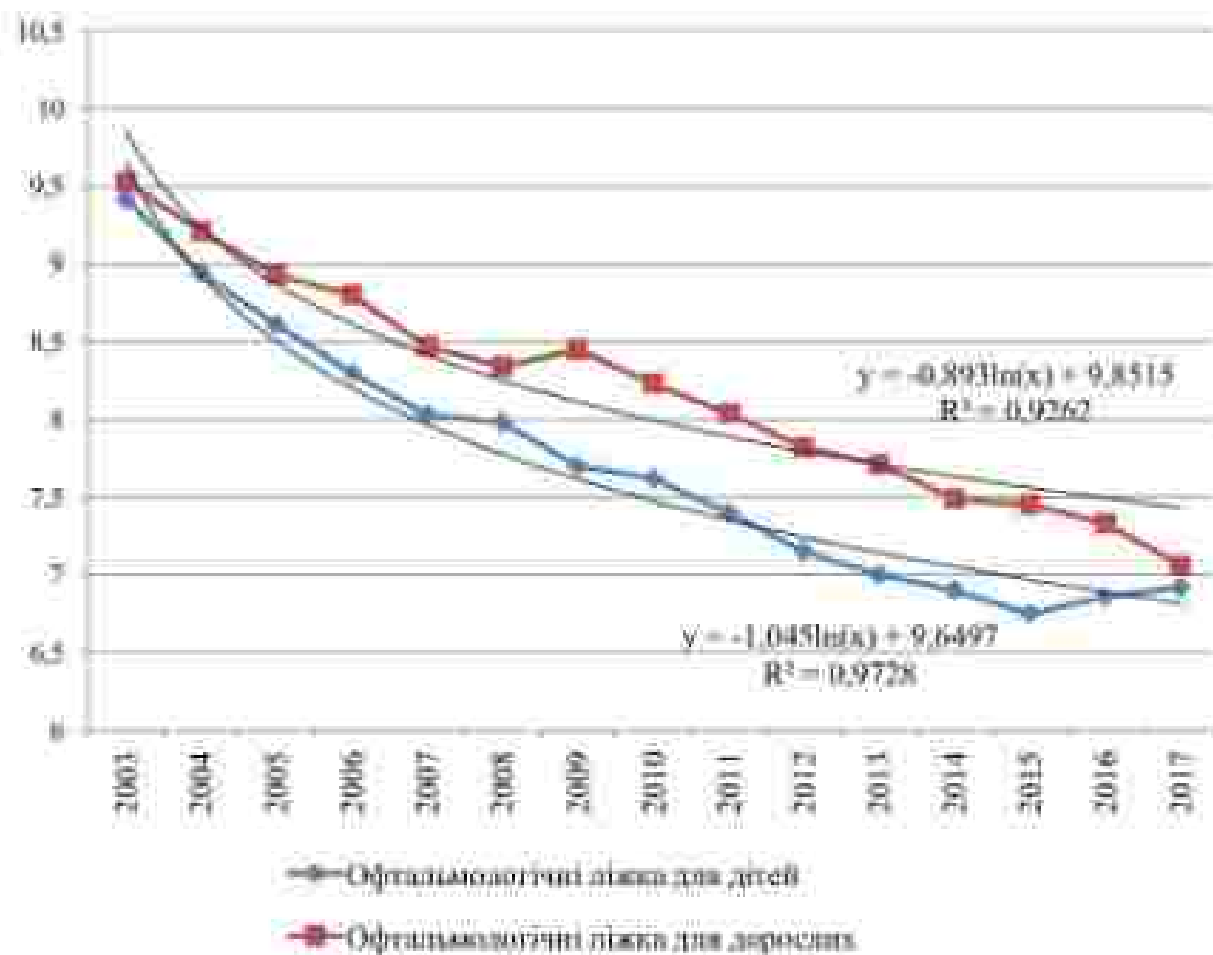


Рис. 4.7. Динаміка середньої тривалості перебування хворого на офтальмологічному ліжку для дорослих і дітей (днів, за 2003-2017 рр.).

В 2017 р. традиційно найменшою тривалістю перебування хворого на офтальмологічному ліжку була в м. Києві (5,01 днів на ліжках для дорослих та 3,81 на ліжках для дітей), при середньому по Україні 7,06 та 6,92 днів відповідно. Найтривалішим перебування дорослих на офтальмологічному ліжку у 2017 р. було в Одеській (10,34) області (табл. 4.5). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,06 рази ( $p < 0,001$ ).

Найтривалішим перебуванням на дитячому офтальмологічному ліжку було виявлено в 2017 р. в Донецькій (9,0) та Хмельницькій (8,51) областях при найменшому значенні 3,81 дні в м. Києві (табл. 4.6.). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,90 рази ( $p < 0,001$ ).

В умовах скорочення кількості офтальмологічних ліжок, забезпеченості ними населення та зменшення середньої тривалості перебування хворого на офтальмологічному ліжку, поступово зростає показник обігу ліжка в очних відділеннях (рис. 4.8).

За період дослідження (2003-2017 рр.) обіг ліжка зріс практично на третину, як за результатами оцінки динаміки обігу офтальмологічних ліжок для дорослих (з 36,18 в 2003 р. до 45,96 в 2017 р., або + 27,03 %), так і для дітей (з 36,09 в 2003 р. до 49,18 в 2017 р., або + 36,3 %) (рис. 4.8).

Таблиця 4.5.

Розподіл регіонів України за середньою тривалістю перебування на офтальмологічному ліжку для дорослих (днів, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
м. Київ 5,01	Тернопільська 6,75	Донецька 7,78
Черкаська 5,17	Вінницька 6,81	Херсонська 8,14
Полтавська 5,51	Дніпропетровська 6,90	Луганська 8,23
Закарпатська 6,21	Київська 6,93	Чернігівська 8,33
Кіровоградська 6,48	Запорізька 6,94	Миколаївська 8,55
Житомирська 6,67	Ів.-Франківська 7,25	Волинська 8,56
Львівська 6,67	Сумська 7,25	Рівненська 8,83
	Харківська 7,35	Одеська 10,34
	Хмельницька 7,47	
	Чернівецька 7,50	
Україна 7,06 днів		

Таблиця 4.6.

Розподіл регіонів України за середньою тривалістю перебування на офтальмологічному ліжку для дітей (днів, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
м. Київ 3,81	Харківська 6,77	Закарпатська 7,68
Одеська 4,74	Миколаївська 6,92	Запорізька 7,72
Київська 5,30	Чернігівська 7,16	Сумська 7,86
Житомирська 6,30	Дніпропетровська 7,18	Луганська 7,93
Волинська 6,37	Ів.-Франківська 7,26	Полтавська 8,10
	Херсонська 7,26	Тернопільська 8,26
	Львівська 7,32	Рівненська 8,28
	Черкаська 7,33	Хмельницька 8,51
	Вінницька 7,38	Донецька 9,0
	Чернівецька 7,41	
	Кіровоградська 7,44	
Україна 6,92 днів		

Скорочення середньої тривалості перебування хворого на офтальмологічному ліжку вплинуло на показник середньої тривалості лікування випадку хвороб ока та його придаткового апарату, який за підсумками 2017 р. становив для дорослих 7,10 днів та 7,45 днів у випадку звернення дитини. Найбільшою середня тривалість лікування офтальмологічної патології при зверненні пацієнта у дорослому віці (18 років і старше) в 2017 р. була виявлена в Одеській (10,29 дні), Рівненській (8,75 дні) областях при найменшому значенні в м.Києві (5,16 дні), Черкаській (5,20 дні) та Полтавській (5,43 дні) областях (табл. 4.7). Різниця між крайніми значеннями показника складала в 2 рази ( $p < 0,001$ ).

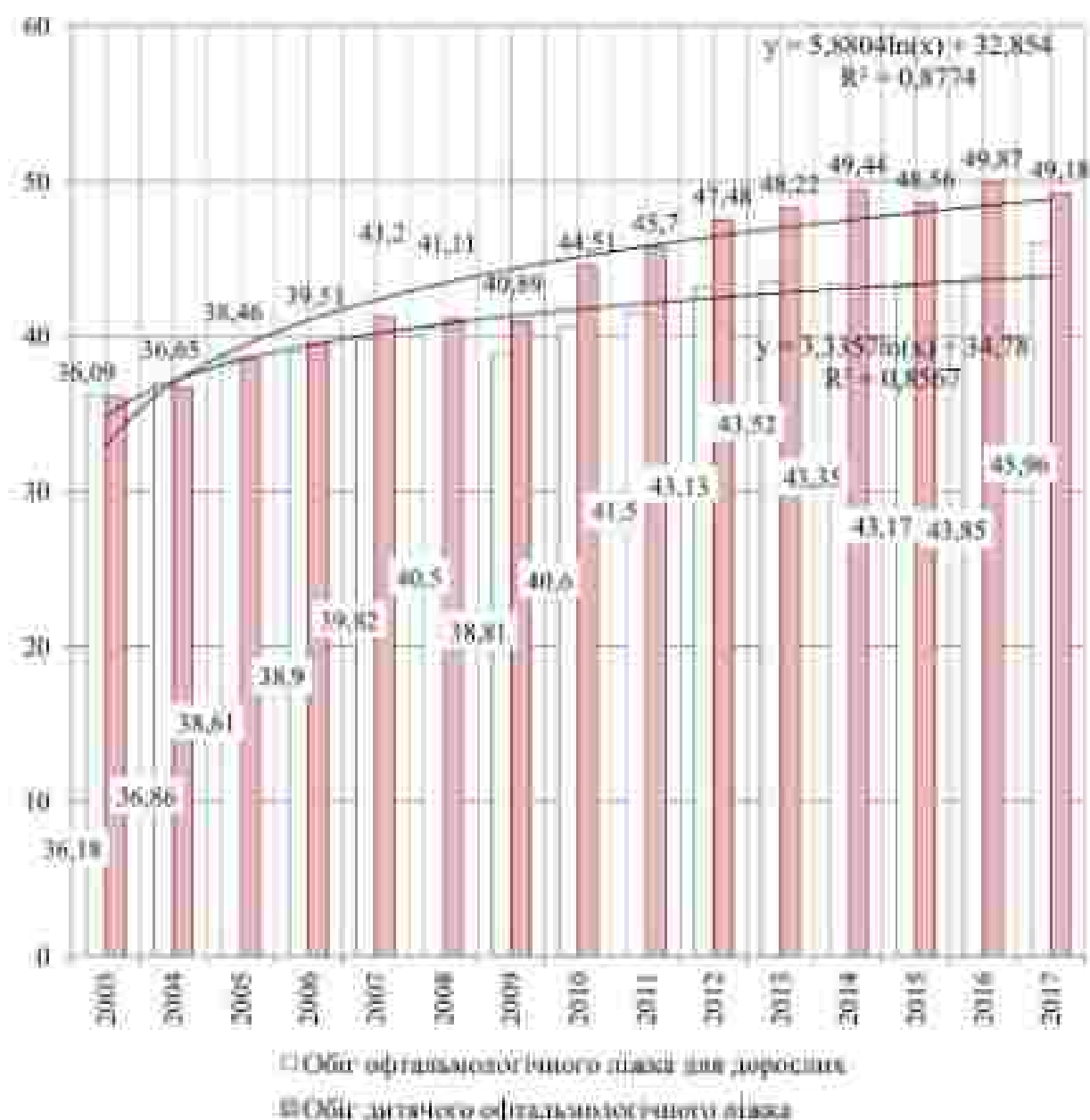


Рис. 4.8. Динаміка обсягу офтальмологічного лікування за період 2003-2017

рр.

Середня тривалість лікування офтальмологічної патології при зворотній дії в 2017 р. найвищою виявлена в Харківській (9,14 днів) області (табл. 4.8.) при середньому в Україні 7,45 днів та найменшому значенні в м. Києві (5,09 днів). Різниця між крайніми значеннями показника складала в 1,8 рази ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 4.7.

Розподіл регіонів України за середньою тривалістю лікування хворих 18 років і старше при встановленні діагнозу за класом хвороб ока та його придаткового апарату (днів, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
м. Київ 5,16	Вінницька 6,76	Луганська 7,54
Черкаська 5,20	Запорізька 6,80	Тернопільська 7,57
Полтавська 5,43	Київська 6,90	Донецька 7,68
Закарпатська 6,32	Дніпропетровська 6,97	Миколаївська 8,07
Кіровоградська 6,46	Львівська 7,16	Херсонська 8,15
Житомирська 6,64	Ів.-Франківська 7,23	Волинська 8,24
	Хмельницька 7,28	Чернігівська 8,50
	Харківська 7,38	Рівненська 8,75
	Сумська 7,39	Одеська 10,29
	Чернівецька 7,50	
Україна 7,10 днів		

Не дивлячись на суттєві коливання абсолютних значень, суттєва частка госпіталізації поєднується із оперативними втручанням на органах зору. Щорічно в Україні проводиться більше 135 тис. операцій на органах зору в умовах стаціонару, більшість з яких (83,0%) є мікродіругічними (рис. 4.9).

Таблиця 4.8.

Розподіл регіонів України за середньою тривалістю лікування дітей (0-17 років) при встановленні діагнозу за класом хвороб ока та його придаткового апарату (днів, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
м. Київ 5,09	Дніпропетровська 7,24	Рівненська 8,01
Київська 6,53	Херсонська 7,25	Миколаївська 8,03

Продовження табл. 4.8.

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Одеська 6,61	Вінницька 7,26	Тернопільська 8,29
Волинська 6,71	Чернігівська 7,26	Хмельницька 8,62
Ів.-Франківська 7,02	Кіровоградська 7,31	Донецька 8,65
Житомирська 7,10	Черкаська 7,37	Чернівецька 8,77
	Львівська 7,46	Харківська 9,14
	Луганська 7,61	
	Закарпатська 7,69	
	Сумська 7,77	
	Полтавська 7,88	
	Запорізька 7,98	
Україна 7,45 днів		

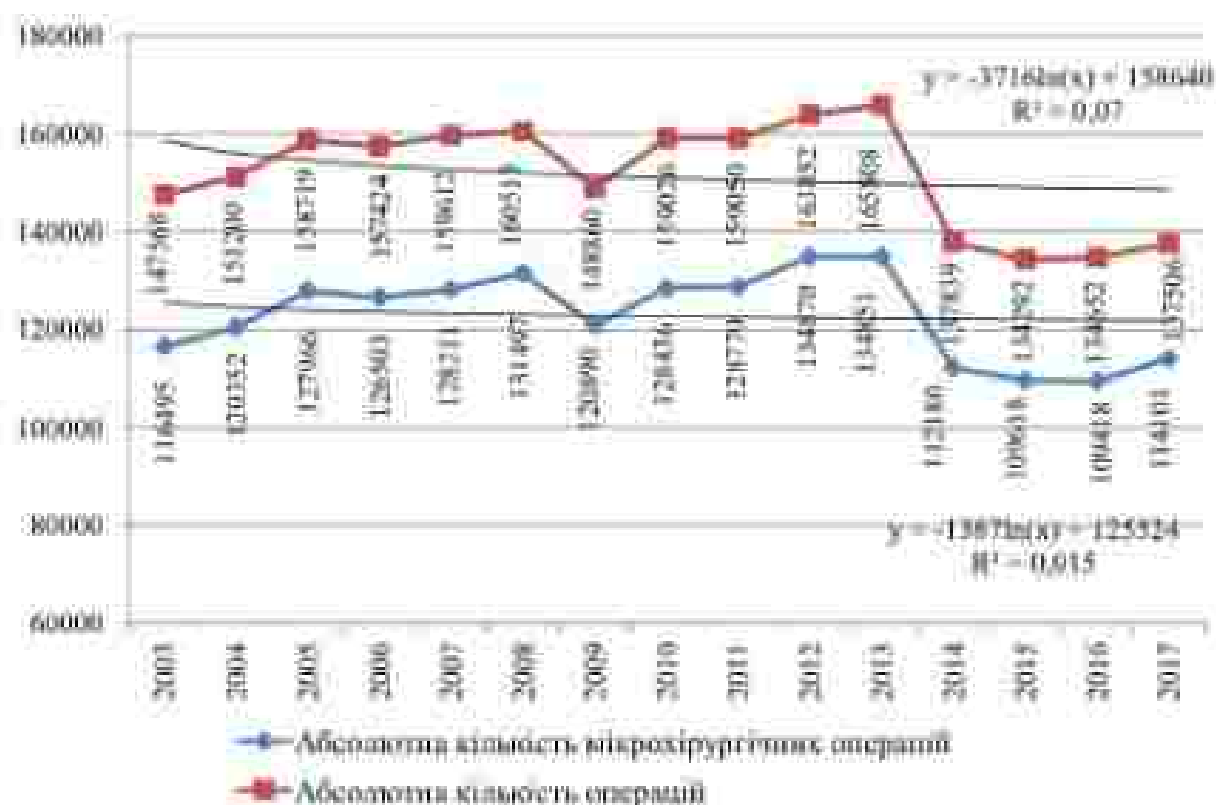


Рис. 4.9. Динаміка абсолютної кількості оперативних втручань, зокрема мікрохірургічних, на органах жору у стаціонарі серед всього населення України, за період 2003-2017 рр.

Відносний показник кількості проведених оперативних втручань в розрахунку на 10 тис. населення (рис. 4.10.) за період дослідження незначно зріс (з 30,88 в 2003 р. до 32,42 в 2017 р., або +4,99 %), особливо зросло проведення мікрохірургічних оперативних втручань на органах зору (з 24,38 в 2003 р. до 26,9 на 10 тис. населення в 2017 р., або +10,34 %).

Найвищою кількістю оперативних втручань традиційно залишається в м. Києві, в 2017 р. вона складала 61,7 проти 32,42 на 10 тис. населення в Україні, в тому числі щодо проведення мікрохірургічних оперативних втручань в столиці показник склав 57,75 проти 26,9 в розрахунку на 10 тис. населення по Україні.

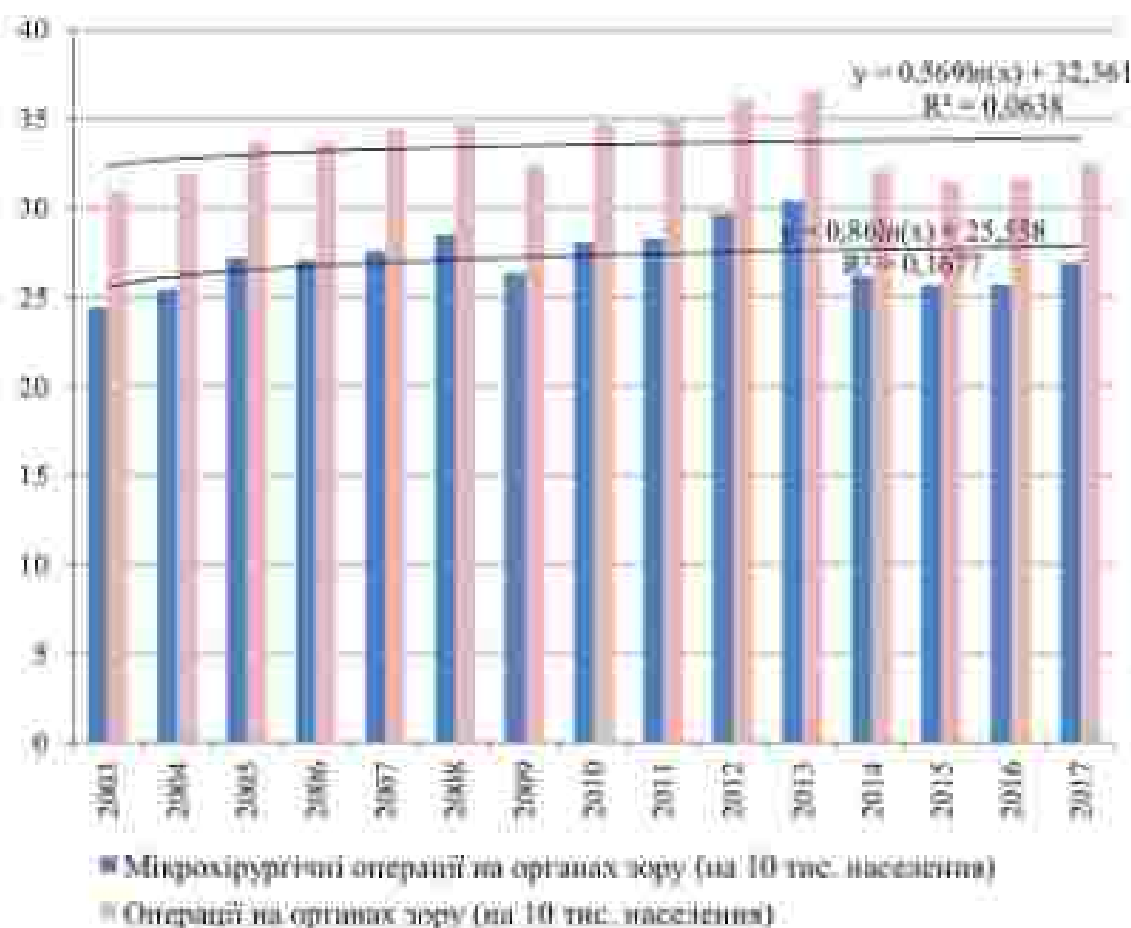


Рис. 4.10. Динаміка кількості оперативних втручань, зокрема мікрохірургічних, на органах зору у стаціонарі в розрахунку на 10 тис. населення України, за період 2003-2017 рр.

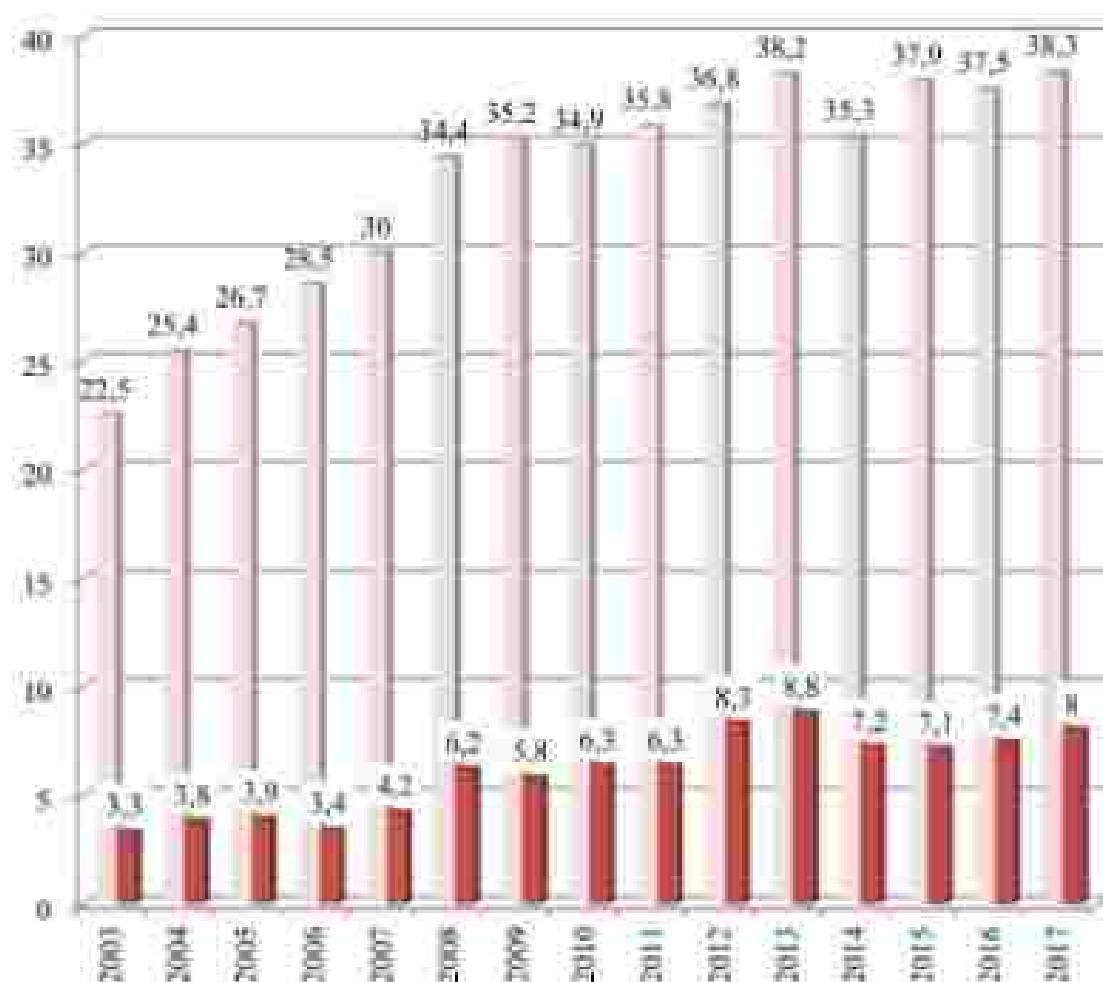
Серед всіх оперативних втручань на органах зору в 2017 р. майже половина (46,7 %) складали операції по видаленню катаракти, більшість (95,02 %) з яких відбувалися одночасно з імплантацією інтраокулярних лінз. Операції з приводу глаукоми склали 6,36 %, операції на рогівці – 1,97 %, ще 0,62 % становили енуклеації.

Практично без змін, не враховуючи незначні коливання, залишився відносний показник кількості оперативних втручань на органах зору в умовах стаціонару у дітей 0-17 років, який в 2017 р. становив 2,27 на 1 000 дітей, найвищі значення якого також традиційно спостерігалися в м. Києві (5,01) та Харківській області (4,78 на 1000 дітей). В структурі причин оперативних втручань, проведених в стаціонарі дітям переважала косорокість (14,4 %), катаракта (2,35 %), операції на рогівці (1,45 %), глаукома (0,82 %), енуклеація (0,035 %). Більшість операцій по видаленню катаракти у дітей (86,2 %) супроводжувалися імплантацією інтраокулярної лінзи (кристаліка).

Аналіз динаміки (2003-2017 рр.) кількості проведених оперативних втручань на органах зору в умовах стаціонару (на 10 тис. населення) має прямий тісний (сильний) кореляційний зв'язок з поширеністю офтальмологічної патології (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r$  склав 0,829, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,687$  (дисперсія 68,7%),  $p < 0,000175$ ), що дозволяє стверджувати про наявність взаємозв'язку показників на формування їх значень в динаміці.

Позитивно, що з роками зростає кількість операцій на органах зору, проведених в амбулаторно-поліклінічних закладах (рис. 4.11). Так, за період дослідження 2003-2017 рр. показник в розрахунку на 10 тис. населення зріс з 22,5 до 38,3 (в 1,7 разу). Якщо в 2003 р. найбільше офтальмологічних операцій в амбулаторно-поліклінічних зонах було проведено в Волинській (66,7), Вінницькій (62,7) областях та в м. Києві (59,5), то за підсумками 2017 р., лідерами за цим показником із поступовою динамікою до його зростання залишилася Волинська (72,2) та Рівненська (72,1) області при середньому по Україні 38,3 на 10 тис. населення. За період дослідження в структурі показів

до проведення офтальмологічних операцій в амбулаторно-поліклінічних умовах зростає питома вага операцій з приводу глаукоми (з 1,43% в 2003 р. до 3,06 % в 2017 р.) та катаракти (з 5,03 % в 2003 р. до 10,4 % в 2017 р.).



■ Кількість проведених операцій на органах зору в амбулаторно-поліклінічних закладах (на 10 тис. нас.)

■ Кількість проведених мікрочірургічних операцій на органах зору в амбулаторно-поліклінічних закладах (на 10 тис. нас.)

Рис. 4.11. Динаміка кількості операцій на органах зору, проведених в амбулаторно-поліклінічних закладах, зокрема мікрочірургічних, за період 2003-2017 р. (на 10 тис. населення).

В більшості регіонів за період дослідження відбулося суттєве зростання кількості проведених в амбулаторно-поліклінічних умовах офтальмологічних оперативних втручань. Так, в порівнянні з 2003 роком, показник 2017 в Одеській області зріс в 5 разів (з 12,0 до 58,3), в Чернівецькій області в 6,3 разу (з 10,9 до 65,9), в Київській області в 4,5 разу (з 8,5 до 34,5), в Чернігівській області в 3,5 разу (з 18,1 до 63,6), в Кіровоградській в 3,4 разу (з 13,7 до 44,9).

Більше ніж в 2 рази спостерігалось зростання за період дослідження показника в Закарпатській (в 2,07 рази), Івано-Франківській (в 2,35 разу), Львівській (в 2,8 разу), Поставській (в 2,65 разу), Хмельницькій (в 2,03 разу).

Аналіз динаміки кількості проведених оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних умовах в порівнянні із динамікою показника поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед населення України виявив прямий, слабкої сили і достовірності кореляційний зв'язок між ними (коефіцієнт кореляції Пірсона  $r$  склав 0,050, коефіцієнт детермінації  $r^2 = 0,003$  (дисперсія 0,30%),  $p < 0,0859$ ), що доводить наявність суттєвого переважання тенденцій росту (в 1,7 разу за період 2003-2017 р.) кількості оперативних втручань, виконаних в амбулаторно-поліклінічних умовах над тенденціями поширеності хвороб ока серед населення України.

Наведене засвідчує однотайність регіонів у розвитку стратегії стаціонарозамінних форм надання медичної допомоги, зокрема щодо офтальмологічної допомоги, проведення оперативних втручань в амбулаторно-поліклінічних умовах. Єдиним регіоном, в якому відбулося зменшення показника стало м. Київ, один з найкращих показників якого (59,5) в 2003 р. зменшився до 52,9 в 2017 р. Наведене, на фоні інших регіонів, де відбувалося поступове зростання показника, демонструє негативну його динаміку, а отже, для виправлення ситуації, потребує медико-організаційного втручання. Ще одним аргументом, на користь вищевказаного стає той факт, що за підсумками 2003 р. м. Київ (13,7) та Волинська (18,6 на 10 тис. населення) області були лідерами по кількості мікрохірургічних операцій на

органах зору, які були проведені в амбулаторно-поліклінічних умовах. В 2017 р. найбільше таких операцій виконано в Одеській (39,0), Волинській (38,4), та Чернігівській (30,4) областях, в той час як в м. Києві показник склав 14,7 на 10 тис. населення, що дозволяє зробити висновок на користь Волинської області, яка за 15 років ретроспективного дослідження змогла розвинути визначений напрямок, залишаючись у лідерах його розвитку. І навпаки, в таких регіонах як Запорізька, Івано-Франківська, Сумська, Тернопільська області в 2017 р. взагалі не проведено жодної мікροхірургічної операції на органах зору в амбулаторно-поліклінічних умовах. Виявлене питання потребує детального вивчення та медико-організаційного втручання для усунення причин явища, що формується, адже воно може бути пов'язано, в тому числі, із наявністю в робочому стані високоточного оптичного операційного обладнання, висококваліфікованих спеціалістів, умов для якісного проведення офтальмологічних оперативних втручань, тощо.

#### 4.2. Кадрове забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні

Для ефективного функціонування офтальмологічної служби кадрова складова організації надання офтальмологічної допомоги має суттєве значення. За період дослідження відбулося поступове зниження абсолютної кількості офтальмологів (рис. 4.12), що працюють в закладах МОЗ України (з 3804 в 2003 р. до 2991 в 2017 р., або -21,4%), при цьому зменшилася і забезпеченість ними (з 0,8 в 2003 р. до 0,72 на 10 тис. населення в 2017 р.) (рис. 4.13).

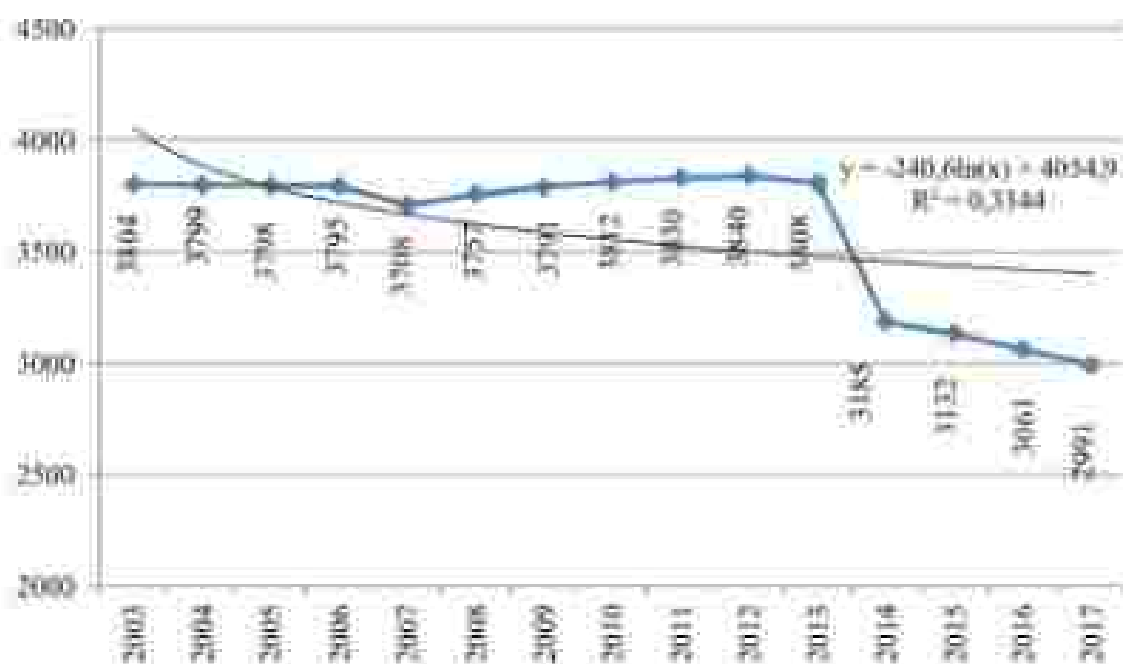


Рис. 4.12. Динаміка кількості офтальмологів в Україні за період 2003-2017 р. (абсолютна кількість).



Рис. 4.13. Динаміка забезпеченості населення України офтальмологами за період 2003-2017 р. (на 10 тис. населення).

В більшості областей України за період дослідження 2003-2017 рр. відбулося зменшення кількості лікарів офтальмологів, проте досліджена

тенденція не була властива областям Західного регіону та Київській області, де навпаки збільшилася їх кількість (Закарпатська з 65 в 2003 р. до 74 осіб в 2017 р.; Івано-Франківська з 121 до 139; Львівська з 212 до 250; Тернопільська з 80 до 94; Чернівецька з 76 до 83; Київська з 74 до 106 осіб).

Практично кожен десятий офтальмолог України працює в м. Києві, де в 2017 р. працювало найбільше офтальмологів (358 осіб). До регіонів із найбільшою кількістю офтальмологів у 2017 р. також були віднесені: Львівська (250), Харківська (233), Дніпропетровська (218) області (табл. 4.9).

Таблиця 4.9.

Розподіл регіонів України за кількістю офтальмологів (осіб, 2017 р.)

Найменша кількість	Середня кількість	Найбільша кількість
Луганська 40	Чернігівська 80	Запорізька 157
Кіровоградська 55	Чернівецька 83	Одеська 161
Миколаївська 60	Сумська 84	Дніпропетровська 218
Волинська 61	Житомирська 85	Харківська 233
Херсонська 63	Хмельницька 89	Львівська 250
Закарпатська 74	Рівненська 94	м. Київ 358
Черкаська 78	Тернопільська 94	
	Донецька 96	
	Полтавська 102	
	Київська 106	
	Вінницька 131	
	Ів.-Франківська 139	
Україна 2 991 особа		

При загальноукраїнських тенденціях до зменшення забезпеченості офтальмологами (з 0,8 в 2003 р. до 0,71 на 10 тис. населення в 2017 р., або на 11,25%), в 13 з 25 регіонів України, показник навпаки зріс. Найбільшим це

простання виявлює в Київській (з 0,41 в 2003 р. до 0,61 на 10 тис. населення в 2017 р., або +48,8 %; Тернопільській (з 0,71 до 0,9, або +26,8 %); Львівській (з 0,82 до 1,0, або +22,0 %); Івано-Франківській (з 0,87 до 1,01, або +16,1 %); Закарпатській (з 0,52 до 0,59, або +13,5 %) областях. Найвищою забезпеченість офтальмологами за підсумками 2017 р. була традиційно в м. Києві (1,24), Івано-Франківській (1,01) та Львівській (1,0 на 10 тис. населення) областях при найменшому значенні показника в Донецькій (0,5) та Миколаївській (0,53) областях (табл. 4.10). Різниця між крайніми значеннями показника склала в 2,48 рази ( $p < 0,001$ ).

Таблиця 4.10.

Розподіл регіонів України за забезпеченістю офтальмологами  
(на 10 тис. населення, 2017 р.)

Низький рівень	Середній рівень	Високий рівень
Донецька 0,50	Дніпропетровська 0,68	Вінницька 0,84
Миколаївська 0,53	Одеська 0,68	Харківська 0,87
Луганська 0,57	Житомирська 0,69	Тернопільська 0,90
Кіровоградська 0,58	Хмельницька 0,70	Запорізька 0,91
Волинська 0,59	Полтавська 0,73	Чернівецька 0,92
Закарпатська 0,59	Сумська 0,77	Львівська 1,0
Херсонська 0,60	Чернігівська 0,79	Ів.-Франківська 1,01
Київська 0,61	Рівненська 0,81	м. Київ 1,24
Черкаська 0,64		
Україна 0,71 на 10 тис. населення		

Кількість дитячих офтальмологів інтегровано загальноукраїнським тенденціям також зменшується (з 697 в 2003 р. до 461 в 2017 р., або в 1,5 рази). Виключенням стали лише західні області (Закарпатська з 14 в 2003 р. до 15 осіб в 2017 р.; Івано-Франківська з 21 до 23 осіб; Львівська з 44 до 45 осіб; Чернівецька з 10 до 13 осіб), в яких за період дослідження напасті їх кількість зросла. З 461 дитячих офтальмологів, які працювали в 2017 р. в

Україні, 11,0 % склали дитячі офтальмологи м. Києва (51 особа), 9,8 % – Львівської області (45 осіб). Найменше дитячих офтальмологів працювало в Луганській (7), Кіровоградській (8), Черкаській (8), Миколаївській (10), Чернігівській (10 осіб) областях. Забезпеченість дитячими офтальмологами також низькою виявлена в Черкаській (0,04), Миколаївській (0,04), Київській (0,04), Донецькій (0,04 на 1000 дітей) областях. Найвищою забезпеченість дитячими офтальмологами в 2017 р. виявлена у Львівській (0,1), Запорізькій (0,1) областях та м. Києві (0,1) при середньому по Україні значенні 0,06 на 1000 дітей.

#### Висновки до розділу 4.

За період дослідження (2003-2017 рр.) в ресурсному та кадровому забезпеченні офтальмологічної служби в Україні відбулося зменшення кількості (з 6899 в 2003 р. до 4165 в 2017 р., в 1,46 рази,  $p < 0,01$ ) офтальмологічних ліжок, особливо в міських лікарнях, та забезпеченості офтальмологічними ліжками (з 1,45 в 2003 р. до 0,99 на 10 тис. дорослого населення в 2017 р., або в 1,46 рази,  $p < 0,01$ ). В окремих регіонах їх зменшення було вищим, ніж в 2 рази, серед них Вінницька (в 2,3 рази) та Київська (в 2,1 рази) області.

В той же час, кількість дитячих офтальмологічних ліжок за період дослідження скоротилася в 1,4 рази (з 1193 в 2003 р. до 839 в 2017 р.), в результаті чого забезпеченість офтальмологічними дитячими ліжками склала 1,1 на 1000 дітей 0-17 років при тому, що забезпеченість офтальмологічними ліжками для дорослих досягає значення 0,99 на 10 тис. дорослого населення.

За період дослідження зменшилася забезпеченість офтальмологами на 11,25 % (з 0,8 в 2003 р. до 0,71 на 10 тис. населення в 2017 р.), зокрема дитячими на 25,0 % (з 0,08 до 0,06 на 1000 дітей).

Поступово зменшувалося середнє число днів роботи ліжка (-5,8 %), на чверть зменшилася середня тривалість перебування хворого, як на дорослому

офтальмологічному ліжку ( $-25,9\%$ , з 9,53 в 2003 р. до 7,06 днів в 2017 р.), так і на дитячих офтальмологічних ліжках ( $-26,5\%$ , з 9,42 в 2003 р. до 6,92 дні в 2017 р.), з найменшою тривалістю перебування на ліжках офтальмологічних ліжках в м. Києві (5,01 днів та 3,81 днів відповідно). Традиційно найвищою за підсумками 2017 р. залишається тривалість лікування хворих з офтальмопатологією в м. Києві (5,16 днів доросле населення, 5,09 днів дитяче населення) при найвищих значеннях показника в Одеській (10,29 днів доросле населення) та Харківській (9,14 днів дитяче населення) областях.

В таких умовах, майже на третину зріс обіг офтальмологічного ліжка для дорослих ( $+27,03\%$ , з 36,18 в 2003 р. до 45,96 в 2017 р.) та дітей ( $+36,3\%$ , з 36,09 в 2003 р. до 49,18 в 2017 р.) при зростанні відносного показника кількості проведених оперативних втручань (з 30,88 в 2003 р. до 32,42 на 10 тис. населення в 2017 р., або  $+4,99\%$ ), особливо мікрохірургічних оперативних втручань (з 24,38 в 2003 р. до 26,9 на 10 тис. населення в 2017 р., або  $+10,34\%$ ), які складають 83,0% від усіх оперативних втручань. Значно зріс відносний показник кількості оперативних втручань на органах зору, проведених в амбулаторно-поліклінічних умовах (в 1,7 рази, з 22,5 в 2003 р. до 38,3 на 10 тис. населення в 2017 р.).

Отже, в умовах скорочення кількості офтальмологічних ліжок (для дітей в 1,4 рази та для дорослих в 1,46 рази), зменшення забезпеченості ними (до 1,1 на 1000 дітей та 0,99 на 10 тис. дорослих), зменшення середньої тривалості перебування хворого на ліжку (до 6,92 дні для дітей та 7,06 днів для дорослих), зростає обіг ліжка (з 36,09 в 2003 р. до 49,18 в 2017 р.), зріс відносний показник кількості оперативних втручань ( $+4,99\%$ ), особливо мікрохірургічних ( $+10,34\%$ ), які складають переважну більшість (83,0%) проведених операцій на органах зору, зростає (в 1,7 рази) кількість офтальмологічних оперативних втручань, проведених в амбулаторно-поліклінічних умовах.

За матеріалами розділу опубліковано:

Денисюк Л.І. Аналіз тенденцій кадрового та ресурсного забезпечення надання офтальмологічної допомоги населенню України. *Сучасна медицина, фармацевта та психологічне здоров'я*. 2023, № 5-6(14-15), С. 20-24. <https://doi.org/10.32689/2663-0672-2023-5-3>;

Денисюк Л.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2024, №1, С. 100-103. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2024.1/17>.

## РОЗДІЛ 5

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ВПЛИВУ НАЯВНОСТІ  
ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ДІТЕЙ РІЗНОГО ВІКУ НА ЗМІНИ  
КОМПОНЕНТІВ ЇХ ЯКОСТІ ЖИТТЯ, ІНФОРМОВАНІСТЬ ТА ГОТОВНІСТЬ  
ЇХ БАТЬКІВ ДО УЧАСТІ У ЗАХОДАХ ПО ЗБЕРЕЖЕННЮ ЗОРУ5.1. Вплив офтальмологічної патології на формування компонентів  
якості життя у дітей різного віку

За прогнозними оцінками 1/3 населення планети має порушення функцій зору, в першу чергу із формуванням короткозорості. До 60% виявлених в дитячому віці хвороб ока та його додаткового апарату підлягають профілактиці і є попереджуваними. Результати українського благодійного проекту «Здоровий зір» довели, що у кожній другій дитині, яка виявила бажання придатися до проекту та пройти безкоштовну діагностику у офтальмолога, було діагностовано наявність проблем із формуванням зорових функцій.

Зростання поширеності офтальмологічної патології серед дітей, починаючи з раннього віку, актуалізує вивчення її можливого впливу на формування складових якості життя, для прогнозування в майбутньому повноцінної соціалізації дитини з урахуванням її індивідуальних особливостей та можливості ефективного лікування, корекції виявленої патології органу зору. Подібних наукових досліджень вивчення якості життя дітей різного віку з діагностованою офтальмологічною патологією вкрай мало, що підтверджує їх актуальність та наукову новизну, оскільки їх результати могли б стати науковим підґрунтям для розробки регіональних програм з профілактики та своєчасного виявлення порушення функцій зору серед вказаного контингенту.

До проведення соціологічного дослідження, деталі організації якого наведені в другому розділі дисертаційної роботи, нами було залучено 1378 респондентів (основна група 788 осіб (380 респондентів були батьками дітей до 3-х років та 408 – дітей старше 3-х років), контрольна група 590 осіб (260 респондентів з дітьми до 3-х років та 330 з дітьми старше 3-х років). Дослідження було проведено методом анкетування за адаптованою версією опитувальника The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ). До дослідження залучалися за попередньої добровільної усної згоди пацієнти з дітьми, які зверталися до дитячого відділення Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрочірургії ока» та поліклінік, шестадів первинної медичної допомоги м. Києва (поліклініка №2 Голосіївського району м. Києва, Комунальне некомерційне підприємство (КНП) «Консультативно-діагностичний центр Печерського району м. Києва», КНП «Консультативно-діагностичний центр №2 Дарницького району м. Києва»). Контрольну групу формували діти відповідного віку, які проходили профілактичний огляд у сімейного педіатра та відповідали критеріям виключення, зокрема, не мали скарг, об'єктивних змін та виявлених хвороб органа зору. Під час анкетування з'ясовувалася самооцінка батьками складових критеріїв якості життя та зорових функцій дітей, з їх розподілом за віком на дві групи: до 3-х років; старше 3-х років. За даними вітчизняних публікацій та результатами аналогічних досліджень за кордоном, обґрунтовано доцільність самостійного заповнення анкет батьками задля уникнення можливого впливу медичного персоналу та/або інтерв'юера на відповіді батьків під час проведення опитування. Респондентами ставали батьки дітей, які погоджувалися на участь в дослідженні після короткої співбесіди з уточненням мети та завдань наукового дослідження. Вся процедура заповнення анкет займала в середньому 10-15 хвилин. Статистичну обробку отриманих відповідей на запитання адаптованої версії опитувальника проводили з застосуванням класичних методів варіаційної статистики з допомогою програми «Statistica» 8.0 Microsoft Excel.

Порушення зорових функцій в дитячому віці, як правило, вимагає тривалого лікування та нагляду із застосуванням сучасних методів корекції (за необхідності), це може мати вплив на формування соціалізації, процес вивчення та спілкування дитини з однолітками.

Традиційними показниками контролю та оцінки динаміки прогресування захворювання, згідно діючих медико-технологічних документів, стали результати кінцевих досліджень, найчастіше гостроти зору без та з призначеною корекцією. Проте, ці показники ніяким чином не вивчають сприйняття дитиною свого стану, наявність впливу порушень зорових функцій на формування основних компонентів якості життя. Іншими словами, в дослідженні вивчається одночасно і динаміка змін результатів об'єктивного дослідження зорових функцій, і суб'єктивний компонент впливу захворювання на якість життя, на фізичну, соціальну активність дитини, її емоційну рівновагу та спроможність навчатися. Саме ці аспекти досить часто стають об'єктом дослідження в багатьох країнах Європейського регіону. Рекомендовано їх вивчати з допомогою стандартизованих опитувальників, наприклад таких як «Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey» (SF-36), валідність якого доведена численними дослідженнями, окремі дослідники вважають його «золотим стандартом» загальних методик. В нашій роботі обгрунтованим стало використання адаптованої нами версії стандартизованого опитувальника самооцінки батьками зорових функцій дитини у віці до 3-х років та у віці старше 3-х років (адаптована версія The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ)). Розділи опитувальника, крім паспортної частини, охоплюють 6 категорій якості життя дітей з порушенням зорових функцій: самосприйняття загального стану здоров'я; самооцінка стану зору; вміння; стан особистості; психовплив в сім'ї; обмеження внаслідок лікування. Адаптована нами версія анкети для дітей до 3-х років містить 35 пунктів, для дітей старше 3-х років 40 пунктів.

Із респондентів основної групи (788 осіб), майже половина ( $48,2 \pm 1,86\%$  або 380 осіб) мали дітей до 3-х років, ще 408 опитаних ( $51,8 \pm 1,86\%$ ) мали дітей старше 3-х років. В контрольній групі аналогічно майже половина батьків ( $44,10 \pm 2,37\%$ ) мали дітей до 3-х років, ще  $55,9 \pm 2,37\%$  були з дітьми старше 3-х років.

Вибір респондентів в основну групу відбувся за критеріями включення та виключення. До критеріїв включення віднесені:

- наявність у дитини порушень функції зору із встановленим більше ніж 3 місяці клінічним діагнозом офтальмологічного захворювання;
- відсутність у дитини некомпенсованого супутнього хронічного захворювання.

До критеріїв виключення були віднесені:

- наявність у дитини іншого хронічного не офтальмологічного захворювання;
- післяопераційний період менше 3-х місяців з моменту проведення дитині оперативного втручання з приводу захворювань ока та його придаткового апарату.

Серед опитаних респондентів-батьків суттєво переважали жінки (1020 осіб або  $74,02 \pm 1,53\%$  проти 358 чоловіків або  $25,98 \pm 1,53\%$ ) (табл. 5.1).

Переважає респондентів жіночої статі було властивим, як для основної і контрольної груп батьків дітей у віці до 3 років (282 жінки, що складало  $74,2 \pm 3,36\%$  та 193 жінки, що складало  $74,2 \pm 5,92\%$  відповідно), так і для групи батьків дітей старше трьох років (301 жінка або  $73,77 \pm 2,0\%$  та 244 жінки, що складало  $73,94 \pm 3,51\%$  відповідно) (табл. 5.1):

Середній вік батьків дітей до 3-х років, як в основній ( $30,8 \pm 3,8$  років), так і в контрольній ( $29,9 \pm 3,02$  років) групі був молодшим в порівнянні із опитаними батьками дітей старше 3-х років ( $36,8 \pm 3,8$  років в основній та  $32,9 \pm 3,1$  років в контрольній групі).

Розподіл за статтю дітей як в основній, так і в контрольній групах: різних за віком дітей (до 3-х років та старше 3-х років) знається рівномірним (50% хлопчиків та 50% дівчатка) з незначними відхиленнями (табл. 5.1).

Таблиця 5.1.

Розподіл респондентів за результатами опитування з використанням адаптованої версії The Children's Visual Function Questionnaire

Оцінка	Основна група		Контрольна група	
	абс.	%	абс.	%
Батьки дітей у віці до 3-х років				
Стать:				
-чоловіки	98	25,8 ± 3,36	67	25,88 ± 5,92
-жінки	282	74,2 ± 3,36	193	74,2 ± 5,92
Освіта:				
-вища	207	54,47 ± 3,47	113	43,46 ± 6,40
-середня	63	16,58 ± 2,59	69	26,54 ± 5,71
-середня спеціальна	110	28,95 ± 3,17	78	30,0 ± 5,92
Стать дитини:				
-хлопчик	188	49,47 ± 3,48	139	53,46 ± 6,44
-дівчинка	192	50,53 ± 3,48	121	46,54 ± 6,44
Батьки дітей у віці старше 3-х років				
Стать:				
-чоловіки	107	26,23 ± 2,0	86	26,06 ± 3,51
-жінки	301	73,77 ± 2,0	244	73,94 ± 3,51
Освіта:				
-вища	317	77,70 ± 2,02	279	84,55 ± 3,16
-середня	36	8,82 ± 1,37	31	9,39 ± 2,54
-середня спеціальна	55	13,48 ± 1,65	20	6,06 ± 2,11
Стать дитини:				
-хлопчик	202	49,51 ± 2,42	170	51,52 ± 4,38
-дівчинка	206	50,49 ± 2,42	160	48,48 ± 4,38

Дві третини (916 осіб або 66,47 ± 1,59 %) батьків зазначили наявність вищої освіти, ще 263 респонденти або 19,09 ± 1,32 % мали середню спеціальну та 199 осіб або 14,44 ± 1,14 % – середню освіту. Виявлено

переважання осіб із вищою освітою серед респондентів, які мали дітей старше 3-х років (основна група 317 осіб або  $77,70 \pm 2,02$  %, контрольна група 279 осіб або  $84,55 \pm 3,16$  %). Серед батьків дітей до 3-х років практично половина батьків також мали вищу освіту ( $54,47 \pm 3,47$  % та  $43,46 \pm 6,4$  % відповідно), що свідчило про досить високий освітній рівень респондентів, які виявили згоду взяти участь у організованому нами соціологічному дослідженні (табл. 5.1).

Середній вік дітей на момент проведення опитування в групі до 3-х років склав  $2,02 \pm 0,29$  роки в основній та  $1,9 \pm 0,53$  роки в контрольній групі. В основній групі дітей віком до 3-х років середній вік дитини, в якому було встановлено діагноз офтальмологічного захворювання склав  $1,8 \pm 1,29$  років.

Серед патологій, які формували  $92,9 = 2,16$  % встановлених діагнозів в основній групі дітей віком до 3-х років були: міопія ( $31,1 \pm 3,20$  %); косокість ( $23,3 \pm 2,90$  %); гіперметропія ( $22,9 \pm 2,81$  %); дискріметит новонароджених ( $7,40 \pm 1,87$  %); астигматизм ( $5,6 \pm 1,63$  %); амбліопія ( $2,6 \pm 1,17$  %) (рис. 5.1).

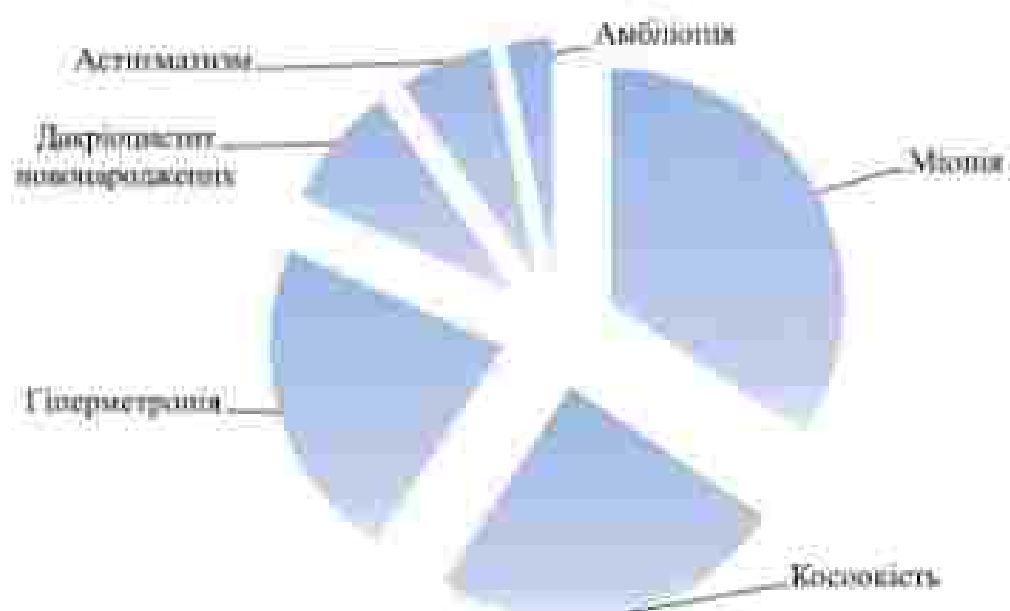


Рис. 5.1. Структура хвороб ока та його придаткового апарату, діагностованих в основній групі дітей віком до 3-х років за нозологіями.

В групі респондентів-батьків, які мали дітей старше 3-х років, середній вік дітей перевищував 8 років ( $8,30 \pm 3,0$  років в основній та  $8,50 \pm 3,5$  років в контрольній групах). В основній групі дітей старше 3-х років середній вік встановлення діагнозу офтальмологічного захворювання складав  $6,70 \pm 4,1$  років. Переважно більшість ( $94,10 \pm 1,34$  %) серед них формували нозології: міопія ( $41,20 \pm 2,39$  %); косокість ( $20,90 \pm 1,95$  %); гіперметропія ( $14,0 \pm 1,68$  %); астигматизм ( $9,7 \pm 1,15$  %); амбліопія ( $5,6 \pm 1,02$  %); халязіон ( $1,9 \pm 0,73$  %) та дакриоцистит ( $0,8 \pm 0,46$  %) (рис. 5.2).

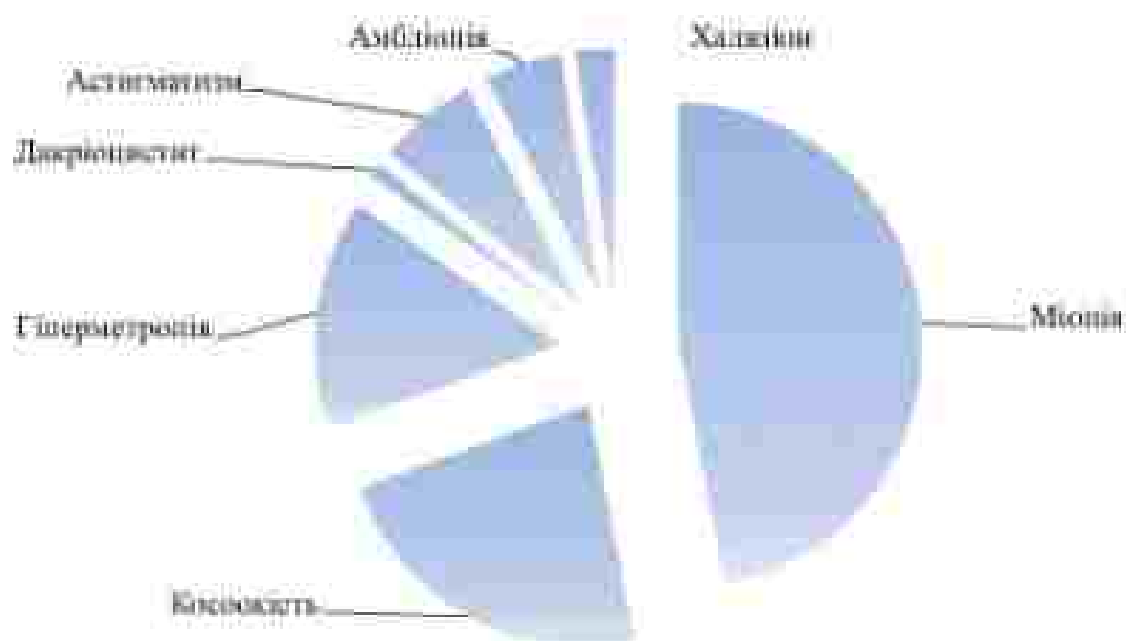


Рис. 5.2. Структура хвороб ока та його придаткового апарату, діагностованих в основній групі дітей старше 3-х років за нозологіями.

Аналіз структури виявлених в різних вікових групах дітей хвороб ока та його придаткового апарату виявив суттєве переважаючя міопії (виявлено практично у кожній другій дитині з основної групи) серед нозологій, виявлених у дітей старше 3-х років.

Вивчення складових якості життя дітей відбувалося в основній та контрольній групах, з додатковою розбіжкою за двома віковими групами дітей раннього віку (до 3-х років) та дітей у віці старше 3-х років. Самооцінка батьками складових впливу діагностованої офтальмологічної патології на

формування якості життя дітей різного віку відбувалася за шістьма субшкалами впливу на: загальний стан здоров'я дитини; формування загального зору; вміння; стан особистості; вплив на взаємовідносини в сім'ї; виконення обмежень внаслідок лікування (згідно методичних рекомендацій оцінки результатів опитування за адаптованою версією стандартизованої анкети вивчення якості життя дітей The Children's Visual Function Questionnaire). Аналіз отриманих результатів доводить наявність впливу офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя дітей, починаючи з раннього віку (рис. 5.3. та 5.4.).



Рис. 5.3. Розподіл оцінок складових якості життя за субшкалами в основній та контрольній групах дітей старше 3-х років.

При порівнянні підсумкових оцінок якості життя дітей в основній та контрольній групах виявилось, що наявність офтальмологічної патології доведено зменшує самооцінку якості життя за всіма в сумі субшкалами на 15,8% у віковій групі дітей до 3-х років (загальна оцінка якості життя в основній групі  $0,64 \pm 0,09$  проти  $0,76 \pm 0,12$  в контрольній групі дітей цього ж віку) та на 24,1% у віковій групі дітей старше 3-х років (загальна оцінка якості життя в основній групі  $0,63 \pm 0,09$  проти  $0,83 \pm 0,07$  в контрольній групі дітей цього ж віку). Наведене дозволяє зробити припущення, що із

зростає з віком дитини, вплив порушень дорослих функцій на її якість життя дітей зростає.



Рис. 5.4. Розподіл оцінок складових якості життя за субшкалами в основній та контрольній групах дітей до 3-х років.

Загальна оцінка якості життя дітей виявила окремі особливості та відмінності при оцінці в різних вікових групах дітей за основними субшкалами (табл. 5.2 та 5.3).

Таблиця 5.2.

Результати опитування за адаптованою версією стандартизованого опитувальника The Children's Visual Function Questionnaire (діти до 3-х років)

Оцінка	Контрольна група		Основна група	
	Стандартизоване значення	Сигма (σ)	Стандартизоване значення	Сигма (σ)
Субшкала: «Самострайдувати загального стану здоров'я»	0,84	0,18	0,57	0,18
Субшкала: «Загальна самооцінка стану здоров'я»	0,89	0,13	0,55	0,17
Субшкала: «Вміння»	0,96	0,08	0,82	0,17
Субшкала: «Стан особистості»	0,80	0,11	0,72	0,13
Субшкала: «Взаємодія на сім'ї»	0,77	0,2	0,51	0,17
Субшкала: «Обмеження внаслідок лікування»	1,0	0	0,69	0,18

Так, вплив наявності офтальмологічної патології на якість життя дітей за субшкалою «Самострипняття загального стану здоров'я» виявився практично однаково вираженим, як у групі дітей раннього віку до 3-х років ( $0,57 \pm 0,18$  в основній групі проти  $0,84 \pm 0,18$  в контрольній), так і серед дітей старше 3-х років ( $0,58 \pm 0,21$  в основній групі проти  $0,79 \pm 0,22$  в контрольній).

Таблиця 5.3.

Результати опитування за адаптованою версією стандартизованого опитувальника The Children's Visual Function Questionnaire (вікова група дітей старше 3-х років)

Оцінка	Контрольна група		Основна група	
	Стандартизовані значення	Сума (G)	Стандартизовані значення	Сума (G)
Субшкала: «Самострипняття загального стану здоров'я»	0,79	0,22	0,58	0,21
Субшкала: «Загальна самооцінка стану зору»	0,82	0,13	0,58	0,15
Субшкала: «Вміння»	0,76	0,21	0,60	0,16
Субшкала: «Статус особистості»	0,80	0,13	0,69	0,12
Субшкала: «Власновинна на сім'ю»	0,80	0,23	0,62	0,15
Субшкала: «Обмеження наслідок лікування»	0,99	0,14	0,70	0,20

Аналогічно однаково по силі виявився вплив патології зорового аналізатора на складові якості життя дітей за субшкалою «Загальна самооцінка стану зору», як у віковій групі дітей до 3-х років ( $0,55 \pm 0,17$  в основній групі проти  $0,89 \pm 0,13$  в контрольній), так і у віковій групі дітей старше 3-х років ( $0,58 \pm 0,15$  проти  $0,82 \pm 0,13$  відповідно) (табл. 5.2. та 5.3).

При формуванні складових якості життя за субшкалою «Вміння» було виявлено, що серед дітей до 3-х років вплив наявності офтальмологічної патології був менше вираженим ( $0,82 \pm 0,17$  в основній групі проти

$0,96 \pm 0,08$  в контрольній) в порівнянні із групою дітей старше 3-х років ( $0,60 \pm 0,16$  в основній групі проти  $0,76 \pm 0,21$  в контрольній).

Проте, за оцінками батьків дітей до 3-х років в основній групі якість життя їх дітей знижена через вплив наявності офтальмологічної патології на формування вмій дитини. Так, знижена гострота зору ускладнює дитині можливість впізнавати обличчя друзів, родичів ( $0,80 \pm 0,27$  в основній проти  $0,98 \pm 0,06$  в контрольній групі); заважає навчанню ( $0,59 \pm 0,25$  в основній проти  $0,93 \pm 0,12$  в контрольній групі); ускладнює можливість швидко і вправно рухатися, роблячи можливість спотикання через бордюри ( $0,69 \pm 0,21$  в основній проти  $0,82 \pm 0,21$  в контрольній); ускладнює пошук необхідних речей у шафі або на полиці ( $0,62 \pm 0,23$  в основній проти  $0,88 \pm 0,16$  в контрольній групі); знижена гострота зору заважає дитині вчитися ходити, бігати, стрибати і перестрибувати ( $0,70 \pm 0,24$  в основній проти  $0,94 \pm 0,12$  в контрольній групі).

Серед дітей старше 3-х років оцінка компонентів якості життя за субшкалою «Вміння» виявилася ще нижчим, що доводить зростання негативного впливу наявності патології зорового аналізатора із віком дитини. Так, батьки хвилюються, що виклені порушення зору спричиняють негативний вплив у майбутньому на можливості дитини читати, дивитися телевизор, керувати авто ( $0,30 \pm 0,24$  в основній групі проти  $0,86 \pm 0,22$  в контрольній групі). Наявність офтальмологічної патології у дітей старше 3-х років (основна група) ускладнює вивчення навичок ходити, бігати, стрибати і перестрибувати ( $0,62 \pm 0,21$ ); сприяє порушенню ходи дитини, яка може спотикатися через бордюри ( $0,67 \pm 0,23$ ) та вдаритися об людей, меблі, фурнітуру ( $0,63 \pm 0,25$ ), ускладнює можливість пошуку чогось у заповненій шафі або на полиці ( $0,64 \pm 0,21$ ); ускладнює побутові навички та здатність схопити м'якого розміру їжу або предмет ( $0,65 \pm 0,26$ ).

За оцінками формування складових якості життя за субшкалою «Стан особистості» наявність офтальмологічної патології також виявляє сильніший негативний вплив у віковій групі дітей старше 3-х років ( $0,72 \pm 0,13$  в

основній групі дітей до 3-х років проти  $0,69 \pm 0,12$  в основній групі дітей старше 3-х років). Зокрема, серед дітей до 3-х років найсильнішим виявився негативний вплив патології зорового аналізатора на здатність дитини знаходити спільну мову з однолітками та друзями ( $0,60 \pm 0,25$  в основній групі проти  $0,82 \pm 0,23$  в контрольній групі), на очікування дитиною візитів родичів ( $0,69 \pm 0,21$  в основній проти  $0,88 \pm 0,17$  в контрольній групі).

В групі дітей старше 3-х років наявність офтальмологічної патології впливає на здатність знайти спільну мову з однолітками та друзями ( $0,68 \pm 0,19$  в основній проти  $0,78 \pm 0,16$  в контрольній групі); на аподобання дитини гратися з іншими дітьми, братами і сестрами, друзями ( $0,75 \pm 0,2$  в основній групі проти  $0,88 \pm 0,14$  в контрольній групі); бажання дивитися телевизор, грати у відеоігри ( $0,76 \pm 0,19$  в основній проти  $0,86 \pm 0,2$  в контрольній групі). Таким дітям менше подобається креслення, малювання або інша мистецька активність ( $0,62 \pm 0,25$  в основній проти  $0,76 \pm 0,25$  в контрольній групі).

При оцінці складових якості життя за субшкалою «Власновідчуття на сім'ю» в'ясовано, що виявлення офтальмологічної патології в ранньому віці дитини (до 3-х років) має суттєвий негативний вплив ( $0,51 \pm 0,17$  в основній групі дітей до 3-х років проти  $0,62 \pm 0,15$  в основній групі дітей старше 3-х років).

Однаково часто батьки обох вікових груп дітей відмічали, що наявність діагностованої офтальмологічної патології заважає їм хвилюватися за зір дитини ( $0,28 \pm 0,22$  в основній групі дітей до 3-х років проти  $0,19 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше 3-х років), приділяти час турботі про зір дитини, виконуючи призначення лікаря ( $0,46 \pm 0,31$  проти  $0,51 \pm 0,34$  відповідно); призводить до суперечок в родині щодо необхідності дискування та виконання офтальмологічних призначень ( $0,63 \pm 0,34$  проти  $0,68 \pm 0,25$  відповідно).

Виразним є негативний вплив очної патології на переживання батьків дітей до 3-х років, коли сторонні люди (наприклад в магазині) коментують очі або зір їх дитини ( $0,53 \pm 0,3$  в основній групі дітей до 3-х років проти

0,69 ± 0,25 в основній групі дітей старше 3-х років), коли їх дитина відчуває, що відрізняється від інших (0,41 ± 0,3 проти 0,71 ± 0,25 відповідно), коли інші діти зайвий раз звертають увагу на дитину через її проблеми із зором (0,54 ± 0,32 проти 0,62 ± 0,25 відповідно), коли через проблеми із зором їх дитину дражнять, ображають (0,58 ± 0,23 проти 0,79 ± 0,22 відповідно).

Негативний вплив на формування складових якості життя за субшкалою «Обмеження внаслідок лікування» виявляється дещо вираженішими в основній групі дітей до 3-х років (0,69 ± 0,18 в основній групі дітей до 3-х років та 0,70 ± 0,20 в основній групі дітей старше 3-х років) з встановленим діагнозом офтальмологічної патології.

Діти різного віку відчувають дискомфорт при лікуванні виявленої офтальмологічної патології (0,68 ± 0,24 в основній групі дітей до 3-х років та 0,71 ± 0,25 в основній групі старше 3-х років). Батьки відмічають, що дитина є менше активною коли лікується (носить окуляри, пов'язку, закапує очі краплями) або виконує інші призначення лікаря (0,62 ± 0,25 в основній групі до 3-х років та 0,73 ± 0,25 в основній групі старше 3-х років), що поєднується з переживаннями батьків і близьких, у випадках, коли дитина відмовляється від лікування (знімає пов'язку, окуляри тощо) (0,68 ± 0,25 в основній групі до 3-х років та 0,56 ± 0,34 в основній групі старше 3-х років).

Таким чином, наявність офтальмологічної патології знижує якість життя дітей (на 15,8 % у віці до 3-х років та на 24,1 % у віці старше 3-х років). Зниження гостроти зору негативно впливає на самосприйняття загального стану здоров'я (0,57 ± 0,18 в основній групі проти 0,84 ± 0,18 в контрольній групі до 3-х років та 0,58 ± 0,21 в основній групі проти 0,79 ± 0,22 в контрольній групі старше 3-х років). Вираженням є зниження оцінки компонентів якості життя через вплив патології зорового аналізатора на формування загальної самооцінки стану зору (0,55 ± 0,17 в основній групі дітей до 3-х років та 0,58 ± 0,15 в основній групі дітей старше 3-х років). Наявна офтальмологічна патологія посилює негативний вплив на якість життя за рахунок впливу на формування вмінь (0,82 ± 0,17 в основній групі

до 3-х років та  $0,60 \pm 0,16$  в основній групі старше 3-х років) та формування особистості ( $0,72 \pm 0,13$  в основній групі до 3-х років та  $0,69 \pm 0,12$  в основній групі дітей старше 3-х років). Із зростанням віку дитини, зниження гостроти зору ускладнює вивчення дитиною навичок ходити, бігати, стрибати та перестрибувати ( $0,70 \pm 0,24$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,62 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше 3-х років), знавчас навчання дитини ( $0,59 \pm 0,25$  в основній групі дітей до 3-х років), ускладнює пошук необхідних речей ( $0,62 \pm 0,23$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,64 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше 3-х років), завчас швидко і вправно рухатися ( $0,67 \pm 0,23$  в основній групі дітей старше 3-х років), ускладнює можливості читання, перегляду телевізора та керування авто у майбутньому ( $0,30 \pm 0,24$  в основній групі дітей старше 3-х років).

Офтальмологічна патологія має негативний вплив на компоненти якості життя дітей і за рахунок впливу на формування особистості, зокрема на здатність дитини знаходити спілкування мову з іншими дітьми та друзями ( $0,60 \pm 0,25$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,68 \pm 0,19$  в основній групі дітей старше 3-х років).

Зниження зорових функцій, незалежно від віку дитини, стає предметом хвилювання батьків про зір дитини ( $0,28 \pm 0,22$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,19 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше 3-х років). Батьки змушені приділяти час турботі про зір дитини, виконуючи необхідні призначення ( $0,46 \pm 0,31$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,51 \pm 0,34$  в основній групі дітей старше 3-х років), навіть якщо це забирає час та можливість приділити увагу іншим дітям, членам родини ( $0,62 \pm 0,3$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,70 \pm 0,32$  в основній групі дітей старше 3-х років).

Наявність офтальмологічної патології змушує дитину пам'ятати, що вона відрізняється від інших дітей ( $0,41 \pm 0,3$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,71 \pm 0,26$  в основній групі дітей старше 3-х років) з відчуттям, що однокласники постійно звертають увагу на проблеми дитини із зором ( $0,54 \pm 0,32$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,62 \pm 0,25$  в основній групі дітей

старше 3-х років) дитину дражнять, ображають через її проблеми із зором ( $0,58 \pm 0,23$  в основній групі дітей до 3-х років та  $0,79 \pm 0,22$  в основній групі дітей старше 3-х років).

**5.2. Результати вивчення інформованості батьків та їх готовність до участі у заходах з попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей**

Результати попередніх розділів дисертаційного дослідження доводять, що наявність офтальмологічної патології має суттєвий вплив на гармонійний розвиток дитини, якість її життя, соціалізацію та успішність в майбутньому. Найближчим оточенням дитини з перших днів життя є її родина, освітній дошкільний, а згодом і шкільний освіти та сімейні лікарі (сімейні педіатри), які ведуть нагляд за дитиною з моменту її народження. Дуже цінним є знання та можливості дорослих своєчасно формувати правильні зорові звички, режим зорових навантажень, знання та попередження виникнення перших розладів зорових функцій, включаючи ранню діагностику порушень зору, від яких залежатимуть особливості навчання дитини.

Власморозуміння, підтримка батьків, родинного кола з раннього дитинства надзвичайно важливі. Своєчасно розпізнані особливості зорового сприйняття дитини, викликані наявністю офтальмологічної патології, застосування сучасних медико-профілактичних технологій здорового формування зорового аналізатора стають запорукою гармонічного розвитку особистості, оскільки до 90 % інформації про оточуючий світ ми отримуємо через зорове сприйняття та запам'ятовуємо в зорових образах. А тому, актуальності набуває своєчасність виявлення факторів ризику, діагностики порушень зору із наступним застосуванням профілактичних заходів з попередження розвитку офтальмологічної патології.

Метою наступного етапу нашого дослідження стало з'ясування інформованості батьків про можливі прояви порушення зору у дітей задля

своєчасного виявлення факторів ризику та перших ознак появи офтальмологічної патології. Також з'ясовувалася готовність батьків брати участь у профілактичних заходах, наявність у них усвідомленої упередженості та контролю щодо попередження виникнення порушення зорових функцій у власних дітей.

Для реалізації означеної мети було застосовано метод анонімного соціологічного дослідження, деталізація та розрахунок репрезентативності якого представлені у 2-му розділі роботи за розробленою і апробованою в пілотному дослідженні (50 од.) «Анкетя опитування батьків щодо їх інформованості та готовності взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства». Респондентами соціологічного дослідження стали батьки дітей, яким в різному віці вперше було встановлено діагноз офтальмологічного захворювання. Опитування проводилося після попередньої усної згоди респондентів взяти участь в соціологічному дослідженні. Всі респонденти були ознайомлені із метою проведення дослідження у такий саме спосіб. Були витримані також сучасні вимоги щодо анонімної участі респондентів у соціологічних дослідженнях. Всього було опитано 440 респондентів, але при введенні результатів опитування в електронну базу даних для подальшого медико-статистичного аналізу отриманих результатів, через некоректність заповнення було відбраковано 18 анкет (4,09%), тому в подальшому ми представляємо результати соціологічного дослідження 422 респондентів.

Більшість опитаних батьків ( $94,31 \pm 1,13\%$ ) були в основному працездатному віці (25-54 роки), третина з опитаних були чоловічої статі ( $31,28 \pm 2,26\%$ ), решту ( $68,72 \pm 2,26\%$ ) склали жінки. Практично кожен другий ( $53,08 \pm 2,43\%$ ) респондент мав вищу освіту, ще третина ( $34,36 \pm 2,31\%$ ) середню спеціальну освіту. Серед опитаних батьків найбільше було співробітників державних бюджетних закладів ( $32,70 \pm 2,28\%$ ), працівників сфери обслуговування ( $23,93 \pm 2,08\%$ ), підприємців ( $17,06 \pm 1,83\%$ ) та домогосподарок ( $13,27 \pm 1,65\%$ ).

Розподіл батьків, які прийняли участь в соціологічному дослідженні за віком їх дітей був рівномірним, а саме:  $23,93 \pm 2,08\%$  мали дітей

дошкільного віку:  $28,20 \pm 2,19$  % мали дітей молодшого шкільного віку;  $20,38 \pm 1,96$  % – дітей середнього шкільного віку. Серед опитаних батьків, у дітей яких була вперше виявлена офтальмологічна патологія  $51,90 \pm 2,43$  % мали хлопчиків, а  $48,10 \pm 2,43$  % дівчаток.

Лише половина батьків дітей з діагностованими офтальмологічними захворюваннями ( $63,03 \pm 2,35$  %) звертали увагу на поведінку у дітей проявів порушення зору. В  $40,05 \pm 2,39$  % випадків це було бажання дитини підійти якомога ближче або детально роздивитися предмет чи людину, які її зацікавили, а  $21,8 \pm 2,01$  % випадків дитина, щоб роздивитися мілкі деталі і предмети підносила їх надто близько до обличчя. Майже половина опитаних  $42,18 \pm 2,40$  % відмічали, що їх дитина почала ближче підходити до телевізора, щоб краще бачити зображення,  $49,53 \pm 2,43$  % батьків помічали, що їх дитина горбиться при письмі або малюванні,  $39,10 \pm 2,38$  % звертали увагу на те, що дитина при читанні надмірно наближає текст до очей.

Більше ніж третині батьків ( $39,10 \pm 2,38$  %) діти повідомляли про свої труднощі з нечіткістю зображення під час навчання в школі. Третина батьків ( $38,63 \pm 2,37$  %) знали про труднощі дітей при списуванні з дошки через нечіткість зображення.

Разом з тим, третина батьків ( $36,97 \pm 2,35$  %), дітям яких було встановлено діагноз офтальмологічного захворювання ніколи не помічали ніяких проявів патології чи будь-яких відхилень в поведінці дітей.

При вивченні інформованості батьків про ознаки порушень функцій зору у дітей ми виявили, що лише третина з них допускає думки про те, що погіршення зору може ставати причиною: появи головного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні ( $34,83 \pm 2,32$  %); викривлення або порушення постави, появи сутулості та звички горбитися ( $36,49 \pm 2,34$  %); необхідності надмірно близького наближення тексту при читанні та письмі ( $36,02 \pm 2,34$  %).

Лише  $41,71 \pm 2,40$  % батьків усвідомлюють, що порушення зору впливає на успішність дитини,  $26,54 \pm 2,15$  % погодилися з думкою, що поганий зір може ставати причиною сповільненого читання, письма, особливо в молодших класах.

Половина опитаних батьків ( $52,61 \pm 2,43\%$ ) категорично відкидають твердження, що погіршення зору у їх дитини якимось чином пов'язане із спадковістю, але третина ( $35,07 \pm 2,32\%$ ) погодилася з таким твердженням, оскільки самі та/або члени їх родини мають офтальмологічні захворювання.

Серед офтальмологічних захворювань, опитані батьки найбільше були інформовані про: короткозорість (міопію) ( $80,57 \pm 1,93\%$ ); далекозорість (гіперметропію) ( $59,95 \pm 2,39\%$ ); кон'юнктивіт ( $52,61 \pm 2,43\%$ ); алергічні захворювання очей ( $51,66 \pm 2,43\%$ ); косорікість ( $50,47 \pm 2,43\%$ ); травми ока ( $46,92 \pm 2,43\%$ ); астигматизм ( $37,91 \pm 2,36\%$ ); ячмінь ( $30,57 \pm 2,24\%$ ). Більшість батьків ( $70,85 \pm 2,21\%$ ), маючи особисту зацікавленість, інформують дітей про небезпеку очного травматизму, появу інших хвороб ока, маючи досвід ситуації появи у дітей почервоніння, запалення з гнійними виділеннями ( $43,13 \pm 2,41\%$ ), яка вимагала застосування медикаментозної терапії. В випадках виникнення патології очей більша половина батьків ( $55,21 \pm 2,42\%$ ) зверталася до медичною допомогою до медиків, строго дотримуючись наданих рекомендацій та призначеного лікування, проте  $10,43 \pm 1,49\%$  застосовували краплі, які порцідили в аптеці або знайомі ( $0,95 \pm 0,47\%$ ). Переважна більшість ( $98,34 \pm 0,62\%$ ) опитаних батьків у випадках із лікуванням проблем із зором у дитини не довіряли б засобам народної медицини.

При аналізі інформування батьків про фактори ризику виникнення офтальмологічної патології у дітей було в'ясовано, що майже всі інформовані про негативний вплив недостатнього освітлення, особливо при тривалому зоровому навантаженні на близькій відстані ( $94,79 \pm 1,08\%$ ), знайомі з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці ( $69,91 \pm 2,23\%$ ). Розуміючи проблему, батьки намагаються зацікавлювати дітей до активних ігор на свіжому повітрі ( $73,93 \pm 2,14\%$ ), в кожній другій родині ( $54,74 \pm 2,42\%$ ) дитина додатково відвідує спортивні секції, гуртки. Більшість батьків ( $91,0 \pm 1,39\%$ ) рекомендують дітям не дивитися тривало телевізор, третина ( $32,94 \pm 2,29\%$ ) постійно роблять зауваження з цього приводу. Незважаючи на це, лише  $45,26 \pm 2,42\%$  батьків відмічають, що їх діти дослухаються вказаних рекомендацій. Третина батьків ( $37,68 \pm 2,36\%$ )

засвідчили, що їх діти не реагують на зауваження припинити користування гаджетами, тривала робота з якими викликає зоровий дискомфорт ( $43,60 \pm 2,41$  % батьків відмітили, що при роботі з гаджетами діти труть очі руками).

Разом з цим, лише  $17,30 \pm 1,84$  % батьків впевнені, що дитина не в змозі відповідально дотримуватися норм зорового навантаження. При цьому, лише  $27,49 \pm 2,17$  % батьків впевнені, що повинні самі контролювати режим зорових навантажень дитини. Натомість частина батьків висловили припущення, що не могли б робити вчителі ( $4,47 \pm 1,03$  %), дорослі, які знаходяться в цей момент поряд ( $10,19 \pm 1,47$  %) або самі діти ( $40,28 \pm 2,39$  %).

При вивченні інформованості батьків про додаткові фактори, які сприяють формуванню здорового зору у дітей, більша половина батьків правильно назвала серед них раціональне харчування з оптимальним співвідношенням фруктів, овочів, риби та морепродуктів ( $66,35 \pm 2,30$  %),  $69,67 \pm 2,24$  % опитаних впевнені, що характер харчування, наприклад з надлишком вуглеводів в раціоні, не пов'язаний із виникненням аномалій рефракції в дитячому віці.

Від інформаційної підтримки щодо причини формування патології зорового аналізатора, можливі перші прояви і симптоми її виникнення не відмовилися б  $79,15 \pm 1,98$  % опитаних батьків.

За результатами проведення опитування виявлена низька активність звернень батьків за медичною допомогою навіть за наявності характерних ознак порушення зору у дітей. Не дивлячись на те, що практично половина батьків помічали, що їх дитина пересідає ближче до телевізора, щоб краще бачити ( $42,18 \pm 2,40$  %), трє очі руками при роботі з гаджетами ( $43,60 \pm 2,41$  %), наближає текст до обличчя, щоб краще його роздивитися ( $39,10 \pm 2,38$  %), сутулюється при малюванні або письмі ( $49,53 \pm 2,43$  %), причиною звернення за медичною допомогою це стало лише у  $8,03 \pm 1,33$  %,  $5,21 \pm 1,08$  %,  $4,27 \pm 0,98$  % та  $2,13 \pm 0,70$  % випадків відповідно.

Перше звернення за медичною допомогою, під час якого були перевірені зорові функції дитини було мотивоване: необхідністю пройти

медичний огляд для отримання довідки ( $35,31 \pm 2,33$  %); самозверненням з профілактичною метою ( $40,05 \pm 2,39$  %); зверненням у зв'язку із наявністю скарг на порушення зорових функцій у дитини ( $23,22 \pm 2,06$  %). Переважна більшість таких звернень відбувалася до дитячого офтальмолога ( $61,61 \pm 2,37$  %) або педіатра/сімейного педіатра ( $35,31 \pm 2,33$  %) та сімейного лікаря ( $5,69 \pm 1,13$  %). Найчастішими скаргами при зверненні за медичною допомогою були: мруження ( $40,05 \pm 2,39$  %); відсутність чіткого зображення ( $39,57 \pm 2,38$  %); почервоніння очей ( $30,57 \pm 2,24$  %); надмірне захоплення таблетками ( $23,70 \pm 2,07$  %); гнійні виділення з очей ( $18,96 \pm 1,91$  %). Наданою медичною допомогою нашісній як правило ( $97,39 \pm 0,78$  %) були задоволені. Досвід подальших ефективних звернень за медичною допомогою доводить, що більшість батьків схильні довіряти лікування та спостереження за формуванням зорових функцій своїх дітей спеціалістам державних медичних закладів ( $76,54 \pm 2,06$  %),  $17,06 \pm 1,83$  %, – приватних, ще  $6,40 \pm 1,19$  % комбінували б звернення і в державні і в приватні медичні заклади. Більшість звертаються на прийом до дитячого офтальмолога ( $96,45 \pm 0,90$  %), лише  $7,82 \pm 1,31$  % допускають спостереження у сімейного лікаря, ще  $8,53 \pm 1,36$  % не проти звертатися до оптометриста в оптиці.

Переважна більшість батьків ( $86,97 \pm 1,64$  %) бажають, щоб спеціалісти офтальмологи чи оптометристи регулярно (наприклад щорічно на початку навчального року) відвідували учбовий заклад (дитячий садок, школу, ліцей) з комплексною перевіркою зорових функцій. Лише  $12,09 \pm 1,59$  % батьків висловили бажання самостійно контролювати це питання навіть за наявності можливості щорічної перевірки зору в освітньому закладі. Від запропонованої профілактичної перевірки зору у дитини на дому, яка передбачала б візит офтальмолога (оптометриста)  $43,13 \pm 2,41$  % батьків відмовилися. Третина опитаних ( $36,02 \pm 2,34$  %) висловили побажання самостійно визначитися з частотою і місцем проведення профілактичних оглядів зорових функцій у дітей.

Більшість опитаних батьків при виявленні порушень зору у дитини віддали б перевагу: призначенню окулярів ( $84,12 \pm 1,78$  %); очних крапель

( $34,12 \pm 2,31$  %); вітамінних комплексів ( $31,52 \pm 2,26$  %). Більше третини ( $38,39 \pm 2,37$  %), за потреби, готові перепланувати щоденний раціон харчування, додаючи необхідні фрукти, ягоди, рибу, тощо. Практично всі ( $97,39 \pm 0,78$  %) батьки дали б згоду на призначення дитині окулярів, якщо така необхідність виявлена і обгрунтована лікарем. Половина ( $52,61 \pm 2,43$  %), для досягнення кращого ефекту, бажали б доповнювати призначене лікування комплексом фізичних вправ для очей (горизонтальна гімнастика). Своєчасне призначення окулярів, які дозволяють дитині краще бачити, підтримали  $93,13 \pm 1,23$  % опитаних батьків. Лише  $6,4 \pm 1,19$  % не вважають доцільним носити окуляри постійно, ще  $2,13 \pm 0,70$  % заперечують користь від призначених окулярів, аргументуючи це появою «залежності» дитини від окулярів та  $0,47 \pm 0,33$  % батьків категорично не дозволяють своїм дітям носити окуляри, навіть якщо їх призначатимуть лікарі. Більшість батьків ( $84,36 \pm 1,77$  %) визнають, що зір дитини може погіршитися через невиконання рекомендованих призначень і недотримання рекомендованої кратності візитів до офтальмолога.

Майже всі ( $95,26 \pm 1,03$  %) батьки підтримали доцільність прийняття і впровадження державної профілактичної програми з попередження втрати здорових функцій у дітей різного віку.

Таким чином, за результатами соціологічного опитування батьків у дітей яких була виявлена офтальмологічна патологія та встановлено, що більшість з них помічали ранні ознаки погіршення здорових функцій у дітей, хоча лише в одиничних випадках вони ставали причиною звернення за медичною допомогою. Виявлено недостатній рівень інформованості і нечіткі, недостатньо відповідальне ставлення батьків до проблеми формування здорових здорових функцій у власних дітей. Не дивлячись на те, що батьки намагаються зацікавлювати дітей іграми на свіжому повітрі ( $73,93 \pm 2,14$  %), заняттям спортом із відвідуванням секцій, гуртків ( $54,74 \pm 2,24$  %), дбають про раціональне харчування ( $66,35 \pm 2,30$  %) та намагаються обмежувати час здорового навантаження при роботі з гаджетами ( $91,0 \pm 1,39$  % навіть обмежують час перегляду телевізора),  $37,68 \pm 2,36$  % батьків засвідчили, що діти не реагують на їх зауваження та визнають

(40,28 ± 2,39 %), що діти не можуть самостійно дотримуватися правил гігієни зору. Проте, лише 27,49 ± 2,17 % опитаних батьків визнають цей аспект власною відповідальністю, намагаючись перекласти відповідальність на освітян та медиків. 50,0 ± 2,43 % опитаних батьків вважають недостатньо профілактичну роботу в освітніх закладах, в 11,61 ± 1,56% з яких повністю відсутній медичний персонал.

Більша половина батьків самотужки інформують дітей про заходи з попередження порушень зорових функцій, травм ока та потребують інформаційної підтримки (79,15 ± 1,98%) щодо факторів ризику та виявлення ознак порушення зору у дітей. Практично всі (95,26 ± 1,03 %) опитані висловили підтримку прийняттю і запровадженню державних профілактичних програм з попередження порушення зору у дітей, довіряючи при цьому переважно офтальмологам державних медичних закладів (76,54 ± 2,06 %). Більшість батьків (86,97 ± 1,64%) хотіли б, щоб зір з профілактичною метою перевіряли їх дітям щорічно в освітньому закладі.

Вищевикладене дозволяє зробити висновок, що більшість батьків, маючи значні проблеми з інформованістю про ознаки та наслідки порушення функцій зору у дітей, воліють покладатися на медиків, освітян, державні профілактичні програми та не готові в повній мірі взяти на себе відповідальність за формування здорових функцій зору у власних дітей. Нажаль, не можна назвати високою готовність батьків до участі в комплексних заходах з попередження порушень зору, що вимагає розробки комплексних системних заходів та програм з передбаченням медико-організаційним підходом до вирішення цієї проблеми.

#### Висновки до розділу 5.

Отримані під час проведеного нами дослідження результати, дозволяють говорити про зноження якості життя дітей за всіма субшкалами оцінки її складових при порівнянні результатів в основній та контрольній групах. В цілому наявність офтальмологічної патології знижує якість життя на 17,8%, якщо дитині до трьох років та на 19,3%, якщо вік дитини

перевищує 3 роки. Зниження гостроти зору негативно впливає на самосприйняття загального здоров'я ( $0,59 \pm 0,21$  в основній групі до трьох років та  $0,57 \pm 0,18$  в основній групі старше трьох років).

Виразним є зниження оцінок компонентів якості життя через вплив патології зорового аналізатора на формування загальної самооцінки стану зору ( $0,55 \pm 0,17$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,55 \pm 0,15$  в основній групі дітей старше трьох років).

Негативний вплив порушення функцій зору на формування складових якості життя зростає із віком дитини через вплив на формування вміль ( $0,82 \pm 0,17$  в основній групі до 3-х років та  $0,63 \pm 0,16$  в основній групі старше трьох років), оцінку стану особистості ( $0,72 \pm 0,13$  в основній групі до трьох років та  $0,66 \pm 0,12$  в основній групі дітей старше трьох років). Із зростанням віку дитини, зниження гостроти зору ускладнює вивчення дитиною навичок ходити, бігати, стрибати та перестрибувати ( $0,72 \pm 0,24$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,60 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше трьох років), завжає навчання дитини ( $0,60 \pm 0,25$  в основній групі дітей старше трьох років), ускладнює пошук необхідних речей ( $0,67 \pm 0,23$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,60 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше трьох років), завжає швидко і вправно рухатися ( $0,57 \pm 0,23$  в основній групі дітей старше трьох років), ускладнює можливості читання, перегляду телевізора та керування авто у майбутньому ( $0,31 \pm 0,24$  в основній групі дітей старше трьох років).

Офтальмологічна патологія має негативний вплив на здатність дитини знаходити спільну мову з іншими дітьми та друзями ( $0,59 \pm 0,25$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,69 \pm 0,19$  в основній групі дітей старше трьох років).

Отже, отримана інформація про зміни компонентів якості життя дітей різного віку під впливом появи офтальмологічної патології є необхідною для забезпечення функції взаємодії і так званої функції «зворотного зв'язку» з пацієнтом зі сторони галузі охорони здоров'я, в особі лікаря загальної

практики – сімейного лікаря та офтальмолога, які зобов'язано працюють над заходами первинної профілактики, своєчасного виявлення порушень зору, призначення ефективного лікування та подальшого єдиного ведення таких дітей.

Доведено, що знання здорових функцій, незалежно від віку дитини, стає предметом хвилювання батьків про зір дитини ( $0,24 \pm 0,22$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,18 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше трьох років), батьки змушені приділяти час турботі про зір дитини, виконуючи необхідні призначення ( $0,45 \pm 0,31$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,50 \pm 0,34$  в основній групі дітей старше трьох років), при тому, що це забирас час та можливість приділити увагу іншим дітям, членам родини ( $0,67 \pm 0,3$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,71 \pm 0,32$  в основній групі дітей старше трьох років).

Не дивлячись на вищевказане, більшість батьків, маючи значні проблеми з інформованістю про ознаки та наслідки порушення функцій зору у дітей, воліють покладатися на медиків, освітан, державні профілактичні програми та не готові в повній мірі взяти на себе відповідальність за формування здорових функцій зору у власних дітей. Наказь, не можна почати високою готовність батьків до участі в комплексних заходах з попередження порушень зору, що вимагає розробки комплексних системних заходів та програм з передбаченням медико-організаційним підходом до вирішення цієї проблеми.

За матеріалами розділу опубліковано:

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. До питання готовності батьків долучитися до заходів із попередження виникнення офтальмологічної патології у дітей. Україна. Здоров'я нації. 2024;2:7-11;

Денисюк Л.І. Особливості формування якості життя у дітей з порушенням функцій зору. Патологія. 2024; 1(60): 71-76;

Денисюк Л.І., Повіткіна Т.М. Дослідження змін якості життя у дітей під впливом офтальмологічної патології. Фототерапія. Часопис. 2024;2:63-69.

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В. Профілактика розладів функцій зору у дітей різного віку, особливості взаємодії на рівні батьків та родини. Сімейна медицина. Європейські практики. 2024;3(109):72-76.

Медведовська Н.В., Федірко П.А., Малишевська Є.М., Денисюк Л.І., Понч З.В. Виявлення порушення зору у дітей в аспекті вивчення ставлення лікарів первинного контакту до проблеми / Сучасні проблеми медицини сьогоднішнього дня: роль лікаря і життя суспільства / Сучасні проблеми офтальмології: збірник матеріалів конференції з міжнародною участю, м. Київ, 25-26 лютого 2021 р. Київ, 2021. С. 40.

Денисюк Л.І., Повіткіна Т.М. Результати вивчення інформованості батьків про ризик розвитку офтальмологічної патології в дитячому віці / Modern Challenges and Current Issues of Science, Education and Technology : international scientific-practical conference, Aarhus, Denmark : Scholarly Publisher ICSSH, 2024, 27.03. P.46-50.

## РОЗДІЛ 6

### ВІВЧЕННЯ ГОТОВНОСТІ МЕДИКІВ ПЕРВИННОГО КОНТАКТУ, ОСВІТЯН ДОШКІЛЬНОЇ ТА ШКІЛЬНОЇ ОСВІТИ ДО УЧАСТІ У ПРОФІЛАКТИЧНИХ ПРОГРАМАХ ПО ЗБЕРЕЖЕННЮ ЗОРУ З ДІТИНСТВА

6.1. Результати соціологічного дослідження медиків первинного контакту щодо їх обізнаності та готовності взяти участь у програмах з профілактики порушень зору у дітей

Серед різних захворювань дитячого віку, крім хвороб ока та його придаткового апарату набуває все більшого значення, в тому числі і за рахунок зростання поширеності розладів зору, їх негативного впливу на якість життя та здоров'я дітей. Саме здорове формування зорового аналізатора з дитинства дозволяє людині сприймати максимум інформації (до 90,0%) про оточуючий світ [368, 418, 429].

Зміни у стані здоров'я дитини, зокрема офтальмологічного, впливають на основні напрями формування особистості: емоційний, пізнавальний, поведінковий, мотиваційний, споживчий, комунікативний.

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі, до компетенцій яких входить впровадження сучасних профілактичних стратегій, мають бути обізнані з питання попередження виникнення порушень зору у дитячому віці. Ці знання допоможуть їм виявити фактори ризику, спадковий анамнез та індивідуальні особливості зростання дитини в кожній родині. Своєчасність виявлення офтальмологічної патології у дітей залежить також і від обізнаності їх батьків про норми тривалості зорового навантаження (особливо на близькій відстані) та їх зміни в залежності від віку дитини. Ці аспекти набувають важливості, особливо останнім часом, у зв'язку з переходом навчального

процесу в он-лайн режим при загрозах поширення інфекції Covid-19. З цих питань мають бути обізнаними і сімейні лікарі, адже реалізація профілактичної стратегії формування здоров'я дітей, до якої вони обов'язково мають долучитися, передбачає готовність довести необхідну інформацію до родин, з якими заключено угоди.

Важливим аспектом запланованого соціологічного дослідження стало не лише виявлення наявних знань та вмій сімейних лікарів та сімейних педіатрів про правила гігієни зору школярів, їх інформованості про шляхи підвищення наявних факторів ризику виникнення порушень зорових функцій серед дітей різного віку, а й в'язування їх готовності долучитися до участі в комплексних профілактичних програмах з попередження виникнення дитячої офтальмологічної патології.

Для реалізації мети цього етапу дисертаційного дослідження було проведено опитування серед сімейних лікарів, сімейних педіатрів з використанням спеціально розроблених та апробованих під час проведення пілотного дослідження анкет «Вивчення обізнаності сімейних лікарів з профілактики офтальмологічних захворювань в дитячому віці» (50 анкет опитування). Після проведення пілотного опитування зміни в анкеті не відбулися.

Соціологічне дослідження було продовжене методом анонімного добровільного анкетування лікарів після попередньої співбесіди про мету наукового дослідження та їх згоди на участь у ньому в якості респондента. Отримані результати соціологічного дослідження вносилися в спеціально розроблені таблиці, для подальшої медико-статистичної обробки з використанням комп'ютерних статистичних пакетів програм Statistica 8.0 та Microsoft Excel. Всього було поширено 550 анкет, проте в процесі внесення інформації до спеціально розроблених таблиць в деяких анкетах були виявлені некоректно заповнені або пропущені відповіді на поставлені запитання. З таких причин ці анкети були виключені із бази даних для проведення медико-статистичного аналізу, їх кількість складала 46 анкет або

8,36 % від загальної кількості, що відповідають допустимим нормам (до 10,0 %) питомої ваги відбракованих аналіз для аналізу остаточних результатів соціологічного дослідження.

Таким чином, в подальшому для детальної оцінки наявних ризиків та можливостей доуважатися до профілактики офтальмологічної патології серед дітей зі сприятливим оздоровленням та нівелюванням наявних факторів ризику в домашніх, шкільних та амбулаторно-поліклінічних умовах, ми аналізували відповіді на питання анкети 504 респондентів (лікарів загальної практики-сімейних лікарів).

Отримані результати соціологічного дослідження показали, що більшість практикуючих на засадах загальної лікарської практики лікарів жіночої статі ( $75,4 \pm 1,92\%$  жінок та  $24,6 \pm 1,92\%$  чоловіків) (рис. 6.1. та табл. 6.1).

Більшість опитаних сімейних лікарів виниклися особами середнього і старшого працездатного віку (у віці від 30 до 40 років  $18,65 \pm 1,74\%$ ; у віці від 40 до 50 років  $22,22 \pm 1,85\%$ ; у віці від 50 до 60 років  $28,57 \pm 2,01\%$ ; від 60 до 70 років  $17,46 \pm 1,69\%$ ) (рис. 6.2).

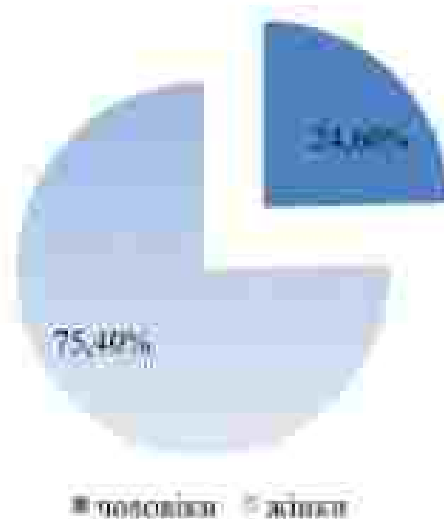


Рис. 6.1. Розподіл респондентів соціологічного дослідження за статтю (в %).

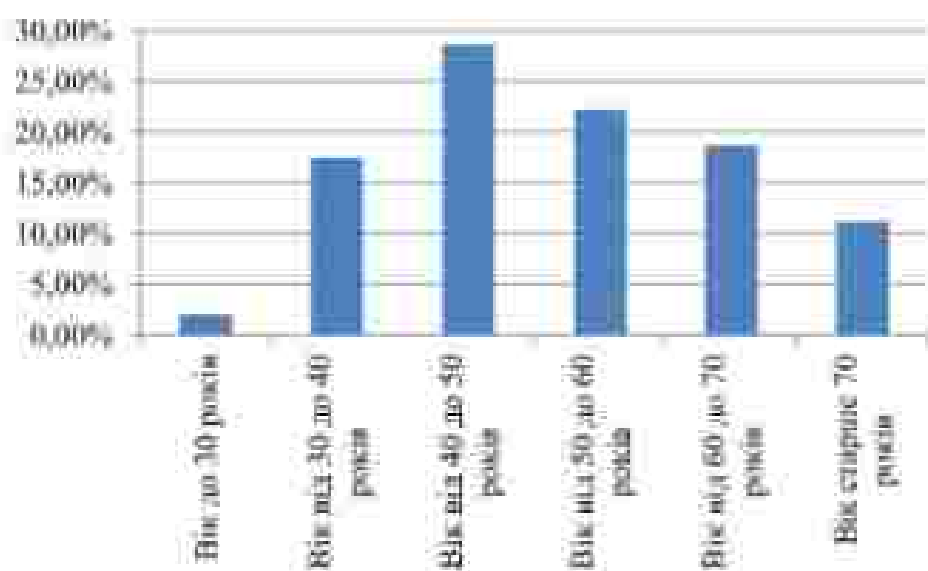


Рис. 6.2. Розподіл респондентів соціологічного дослідження за віком (в %).

Виявилося, що в соціологічному дослідженні ми отримали думку професіоналів медиків з досить тривалим досвідом роботи в медичній галузі, кожен третій з яких ( $29,37 \pm 2,03$  %) мав стаж роботи в медичній галузі від 26 до 35 років, ще  $19,44 \pm 1,76$  % – від 16 до 25 років,  $21,03 \pm 1,82$  % – від 6 до 15 років) (рис. 6.3).

Таблиця 6.1.

Результати соціологічного дослідження обізнаності сімейних лікарів з профілактики офтальмологічних захворювань в дитячому віці

Ознака	Кількість осіб (абс.)	Відсоток
Вік опитаних:		
до 30 років	56	$11,11 \pm 1,40$ %
від 30 до 40 років	94	$18,65 \pm 1,74$ %
від 40 до 50 років	112	$22,22 \pm 1,85$ %
від 50 до 60 років	144	$28,57 \pm 2,01$ %
від 60 до 70 років	88	$17,46 \pm 1,69$ %
старше 70 років	10	$1,98 \pm 0,62$ %
Стать:		
чоловіки	124	$24,60 \pm 1,92$ %
жінки	380	$75,40 \pm 1,92$ %

Продовження таблиці 6.1.

Отлика	Кількість осіб (абс.)	Відсоток
Строк роботи в медичній галузі		
0-5 років	59	9,92 ± 1,33 %
6-15 років	106	21,03 ± 1,82 %
16-25 років	98	19,44 ± 1,76 %
26-35 років	148	29,37 ± 2,03 %
36-45 років	84	16,67 ± 1,66 %
46 і більше років	18	3,57 ± 0,83 %
Строк роботи сімейним лікарем		
менше 1 року	52	10,32 ± 1,36 %
1-5 років	180	35,71 ± 2,13 %
6-15 років	172	34,13 ± 2,11 %
16-25 років	74	14,68 ± 1,58 %
26-35 років	18	3,57 ± 0,83 %
35 і більше років	8	1,59 ± 0,56 %
Категорія за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина»		
перша	99	19,64 ± 1,77 %
друга	51	10,12 ± 1,34 %
інша	234	46,43 ± 2,22 %
спеціаліст	120	23,81 ± 1,90 %
Місце проживання		
місто	370	73,41 ± 1,97 %
село	134	26,59 ± 1,97 %
Місце лікарської практики		
місто	374	74,21 ± 1,95 %
село	130	25,79 ± 1,95 %
Отримували кваліфікаційну підготовку за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» шляхом перепідготовки на післядипломному рівні:		
- за власним бажанням	302	59,92 ± 2,18 %
- з примусу адміністрації лікувального закладу	60	11,90 ± 1,44 %
- через відсутність вибору	142	28,17 ± 2,0 %
Чи вважаєте ви своє робоче місце оснащеним згідно затвердженого таблицю		
- так	128	25,40 ± 1,94 %
- ні	42	8,33 ± 1,23 %
- лише частково	228	45,24 ± 2,22 %
- більшість обладнання є в амбулаторії	106	21,03 ± 1,82 %

Продовження таблиці 6.1.

Отлика	Кількість осіб (абс.)	Відсоток
В якому стані будівля сімейної амбулаторії, в якій ви працюєте	140	27,78 ± 2,0 %
Відповідає комплексу приміщень згідно затвердженого таблицю	60	11,9 ± 1,44 %
-потребує капітального ремонту	110	21,83 ± 1,84 %
-потребує поточного ремонту	80	15,87 ± 1,63 %
-потребує реконструкції/перепланування приміщення в гарному стані, але не вистачає оснащення	114	22,62 ± 1,86 %
Чи вважаєте профілактичну роботу основною в практиці сімейного лікаря		
так	468	92,86 ± 1,15 %
ні	36	7,14 ± 1,15 %
Чи достатньо вам знань для ефективного надання профілактичної медичної допомоги в родині		
-так	74	14,68 ± 1,58 %
-ні	14	2,78 ± 0,73 %
-вважаю за доцільне постійно удосконалювати свої знання	416	82,54 ± 1,69 %
Чи дозволяє оснащення вашого робочого місця проводити профілактичні обстеження функцій зору у дітей		
так	240	47,62 ± 2,22 %
ні	264	52,38 ± 2,22 %
Чи володієте ви практичними навичками для проведення профілактичних діагностичних офтальмологічних обстежень		
-так, володію достатніми знаннями та навичками	92	10,25 ± 1,72 %
-знаю про ці дослідження лише в теорії, на практиці їх не проводжу	234	44,44 ± 2,21 %
-володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній практиці їх не використовую	140	27,78 ± 2,0 %
-делегую проведення профілактичних діагностичних офтальмологічних обстежень, в т.ч. дітей, медичній сестрі	48	9,52 ± 1,31 %

Продовження таблиці 6.1.

Ознака	Кількість осіб (абс.)	Відсоток
З якої причини не вдається проводити профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження, зокрема у пацієнтів дитячого віку		
-через відсутність часу, виділеного на один візит	138	27,38 ± 1,99 %
-через відсутність необхідного обладнання для їх проведення	146	28,97 ± 2,02 %
-не володію в достатній мірі навичками їх проведення	148	29,37 ± 2,03 %
-пациєнти відмовляються від таких обстежень в умовах сімейної амбулаторії	72	14,29 ± 1,56 %
Чи повинен сімейний лікар володіти знаннями про ознаки порушення функцій зору у дітей:		
так	486	96,43 ± 0,83 %
ні	18	3,57 ± 0,83 %
Чи знайомі ви з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віді:		
так	400	79,37 ± 1,80 %
ні	104	20,63 ± 1,80 %
Чи інформуєте ви дітей та дорослих про небезпечку виникнення хвороб і травм ока:		
так	464	92,06 ± 1,20 %
ні	40	7,94 ± 1,20 %
Чи інформовані ви про фактори ризику розвитку порушень зору у дітей:		
так	482	95,63 ± 0,91 %
ні	22	4,37 ± 0,91 %
Чи має велич недостатнє освітлення при зоровому навантаженні збільшка на формування патології ока в дитячому віці:		
так	498	98,81 ± 0,48 %
ні	6	1,19 ± 0,48 %
Якою в нормі має бути відстань від книги/ноутбука, коли дитина сидить за столом:		
менше 40 см	100	19,84 ± 1,78 %
більше 40 см	404	80,16 ± 1,78 %

Продовження таблиці 6.1.

Ознака	Кількість осіб (абс.)	Відсоток
Якою є рекомендована максимальна тривалість безперервного зорового навантаження при роботі дитини за комп'ютером або при перегляді телевізора		
20 хвилин	140	27,78 ± 2,0 %
35 хвилин	20	3,97 ± 0,87 %
до 1 години	62	12,30 ± 1,46 %
30 хвилин	198	39,29 ± 2,18 %
45 хвилин	80	15,87 ± 1,63 %
до 2 годин	4	0,79 ± 0,39 %
Чи має негативний вплив на формування зору у дитини читання лежачи		
так	466	92,46 ± 1,18 %
ні	38	7,54 ± 1,18 %
Чи має негативний вплив на формування зору у дитини читання в транспорті		
так	490	97,22 ± 0,73 %
ні	14	2,78 ± 0,73 %
Чи має вплив тривалість нічного сну на формування зору у дитини		
так	424	84,13 ± 1,63 %
ні	80	15,87 ± 1,63 %
Чи пов'язаний характер харчування дитини із ризиком виникнення проблем із зором		
так	436	86,51 ± 1,52 %
ні	68	13,49 ± 1,52 %

Більша половина опитаних лікарів і проживали в місті (73,41 ± 1,97 %) і працювали сімейними лікарями в місті (74,21 ± 1,95 %) (табл. 6.1).

Оцінка фаховості професійної підготовки опитаних лікарів виявила, що практично половина опитаних мали вищу (46,43 ± 2,22 %), кожні п'яті (19,64 ± 1,77 %) – першу та кожні десяті (10,12 ± 1,34 %) – другу кваліфікаційну категорію.

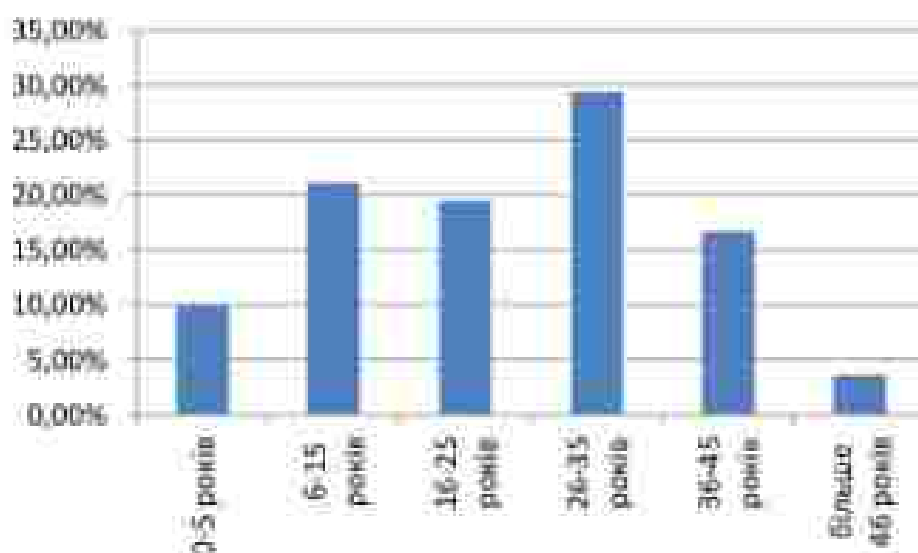


Рис. 6.3. Розподіл респондентів соціологічного дослідження за стажом роботи в медичній галузі (в %).

Більшість опитаних сімейних лікарів почали працювати на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини після перекваліфікації. Приблизно половина респондентів ( $42,86 \pm 2,20$  %) перекваліфікувалися в сімейного лікаря з терапевтичної спеціальності,  $29,56 \pm 2,03$  % – з педіатра,  $21,03 \pm 1,82$  % з інших спеціальностей, в тому числі  $2,18 \pm 0,65$  % з акушера-гінеколога. Практично кожен третій лікар, який добровільно згодився прийняти участь в соціологічному дослідженні відмітив, що змушений був перекваліфікуватися через відсутність вибору ( $28,17 \pm 2,0$  %), ще  $11,90 \pm 1,44$  % – з примусу адміністрації. Одночасно з цим, більша половина сімейних лікарів ( $59,92 \pm 2,18$  %) зазначили, що перекваліфікувалися за власним бажанням. Менше 10,0 % ( $9,12 \pm 1,19$  %) опитаних проходили інтернатуру, отримали сертифікат та продовжили практикувати за фахом «Загальна практика-сімейна медицина». Можливо тому, не дивлячись на тривалий стаж роботи в медицині, у більшості опитаних лікарів стаж роботи на засадах загальної лікарської практики у порівнянні значно меншим. У кожного десятого респондента ( $10,32 \pm 1,36$  %) стаж роботи в сімейній

медицині не переншувая року, третина з опитаних ( $35,71 \pm 2,13\%$ ) працює сімейним лікарем від 1 до 5 років, ще третина ( $34,13 \pm 2,11\%$ ) – від 6 до 15 років. Кожен четвертий ( $23,81 \pm 1,90\%$ ) сімейний лікар практикує як спеціаліст, не маючи категорії за фахом «Загальна практика-сімейна медицина».

Майже всі респонденти усвідомлюють, що профілактична робота має ставати основною в практиці сімейного лікаря ( $92,86 \pm 1,15\%$ ). При цьому лише  $14,68 \pm 1,58\%$  опитаних відмітили, що для надання профілактичної допомоги в сім'ях їм повністю вистачає знань, натомість  $82,54 \pm 1,69\%$  вважають, що свої знання та вміння, в тому числі з надання профілактичної медичної допомоги, необхідно постійно удосконалювати.

Реформування та зміни в організації медичного забезпечення населення призвели до того, що в порівняно короткий часовий проміжок в країні збільшилася кількість сімейних амбулаторій та Центрів первинної медико-санітарної допомоги, зросла кількість кабінетів сімейних лікарів, які працюють в державних і приватних закладах охорони здоров'я, в тому числі за принципом ФОП. Для нашого дослідження важливим було з'ясувати в яких умовах практикують лікарі, які надають первинну медичну допомогу, адже орієнтиром для впровадження реформ має стати зростання кількості пацієнтів, які звернувшись до сімейного лікаря, були би повністю задоволені отриманою медичною допомогою. На думку експертів та за досвідом розвинених країн світу кількість таких пацієнтів може сягати до 80,0%.

За отриманими в проведеному нами дослідженні результатами лише у  $27,78 \pm 2,0\%$  практикуючих на сьогодні сімейних лікарів будівля сімейної амбулаторії повністю відповідає комплексу оснащення та наявних приміщень, згідно таблице, затвердженого МОЗ України. В  $22,62 \pm 1,86\%$  випадків приміщення, в якому надається первинна медична допомога знаходиться в гарному стані, але не вистачає необхідного оснащення. Суттєва кількість сімейних амбулаторій потребують реконструкції/перепланування ( $15,87 \pm 1,63\%$ ), капітального ( $11,9 \pm 1,44\%$ )

або поточного ( $21,83 \pm 1,84$  %) ремонту. Повністю оснащеним, відповідно затвердженому таблицю, своє робоче місце вважають лише чверть сімейних лікарів ( $25,40 \pm 1,94$  %), ще  $21,03 \pm 1,82$  % відмітили, що більшість необхідного обладнання є в амбулаторії. В цій ситуації практично половина сімейних лікарів ( $45,24 \pm 2,22$  %) визнають, що їх робоче місце оснащено лише частково, що обмежує їх можливості реалізації всіх своїх компетенцій.

Виячення можливості проводити профілактичні обстеження функцій зору у дітей виявили ситуація, в якій половина сімейних лікарів ( $52,38 \pm 2,22$  %) не мають в наявності оснащення робочого місця, яке дозволило б проводити такі обстеження. В таких умовах, в щоденній практиці лише  $18,25 \pm 1,72$  % сімейних лікарів володіють достатніми знаннями та навичками для проведення профілактичних діагностичних обстежень в умовах амбулаторного прийому. Натомість, практично половина ( $44,44 \pm 2,21$  %) знайомі про можливість проведення таких досліджень лише в теорії, ще  $27,78 \pm 2,0$  % навіть за наявності практичних навичок не мають змоги їх застосовувати в щоденній практиці. Серед причин, які заважають проводити профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження, зокрема у пацієнтів дитячого віку, третина опитаних ( $28,97 \pm 2,02$  %) зазначили відсутність необхідного обладнання, ще  $27,38 \pm 1,99$  % зазначили відсутність часу, виділеного на один візит пацієнта, а  $14,29 \pm 1,56$  % взагалі повідомили, що їх пацієнти самі відмовляються від таких обстежень в умовах сімейної амбулаторії. Практично третина сімейних лікарів ( $29,37 \pm 2,03$  %) не практикують профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження через відсутність знань та навичок їх проведення, не дивлячись на те, що переважна більшість знайомі з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці ( $79,37 \pm 1,80$  %), інформовані про фактори ризику порушень зору у дітей ( $95,63 \pm 0,91$  %) та погодилися, що сімейний лікар повинен володіти знаннями про ознаки порушення функцій зору у дітей ( $96,43 \pm 0,83$  %). Їх профілактичне втручання зводиться до інформування дітей та дорослих про небезпеку виникнення хвороб і травм ока

(92,06 ± 1,20 %). На практичне застосування якою повинна бути відстань від книги чи зошита, коли дитина займається за столом практично кожен п'ятий лікар (19,84 ± 0,48 %) відповіли не правильно. Аналогічно, лише 27,78 ± 2,0 % лікарів відповіли правильно на питання якою має бути рекомендована максимальна тривалість безперервного зорового навантаження при роботі за комп'ютером дитини. Наведені результати опосередковано свідчать про недостатність у практикуючих сімейних лікарів сучасних знань та можливостей для дієвого профілактичного втручання з попередження виникнення офтальмопатології у дітей.

При цьому, майже всі сімейні лікарі правильно пов'язують можливий вплив поганого зору дитини на появу у неї: головного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні (98,41 ± 0,56 %); зниження плавності для кращої деталізації зображення (96,43 ± 0,83 %); сповільненої читання і письма (84,13 ± 1,63 %); невпевненості рухів при митюванні (87,70 ± 1,46 %); знички «горбитися», ймовірного формування шкрявцетия або порушення постави (81,75 ± 1,72 %); можливого зниження успішності через неможливість чіткого копіювання з дошки (85,32 ± 1,58 %); скаре на почервописання (90,08 ± 1,33 %), сухості очей або навпаки слюзоточивість (92,06 ± 1,20 %), мруження (96,83 ± 0,78 %), швидкої втоми під час зорового навантаження зблизька в школі або при виконанні домашніх завдань (94,84 ± 0,99 %). Також, переважна більшість сімейних лікарів знайомі із негативним впливом поганого освітлення (98,81 ± 0,48 %), читання лежачи (92,46 ± 1,18 %), читання в транспорті (97,22 ± 0,73 %), недостатньої тривалості нічного сну (84,13 ± 1,63 %) та із впливом характеру харчування (86,51 ± 1,52 %) на формування патології ока в дитячому віці.

Не дивлячись на те, що 96,83 ± 0,78 % опитаних переконані, що проблеми із зором, які можуть виникати в дитячому віці, пов'язані із обтяженою спадковістю, рекомендацією дітям регулярно робити «гیمнастику для очей» вважають ефективною 95,63 ± 0,91 % опитаних лікарів.

В своїй практичній діяльності сімейні лікарі найбільш часто в стикаються із такими захворюваннями класу хвороб ока та його придаткового апарату, як: запальні захворювання поверхні ока (кон'юнктивіти) у  $38,1 \pm 2,16\%$ ; блізорукість (міопія) у  $30,95 \pm 2,06\%$ ; астигматизм  $10,32 \pm 1,36\%$ ; косорокність  $6,35 \pm 1,09\%$ ; алергічні захворювання очей  $7,14 \pm 1,15\%$ ; синдром «сухого ока»  $7,14 \pm 1,15\%$  (рис. 6.4).

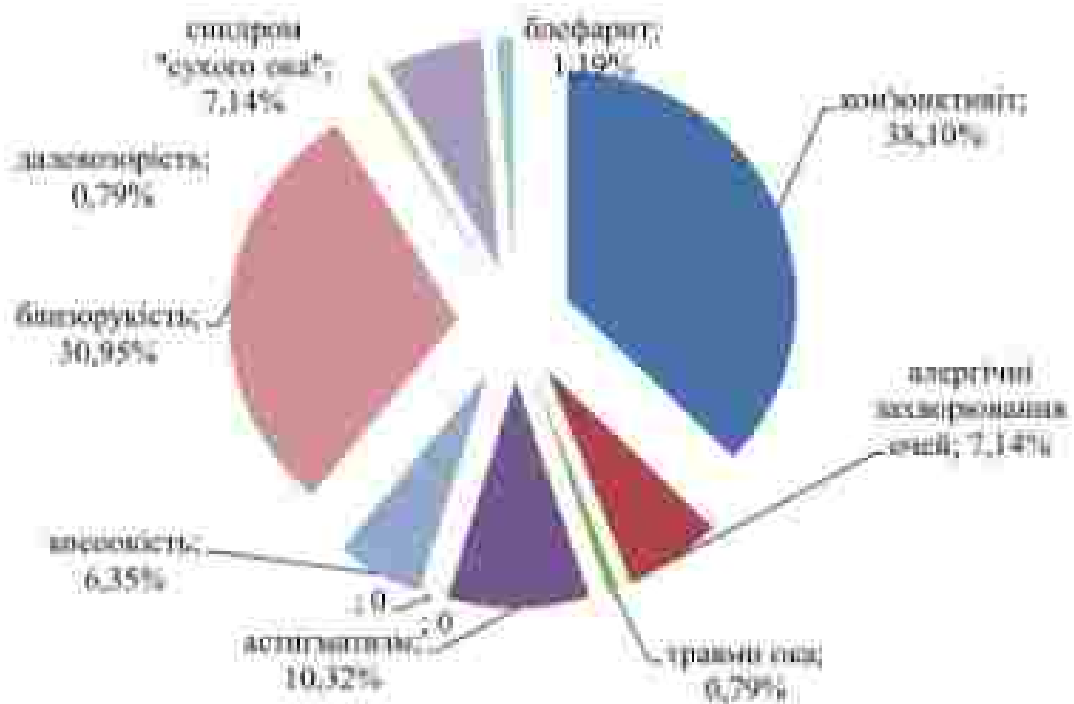


Рис. 6.4. Протома вага захворювань за класом хвороб ока та його придаткового апарату, які зустрічаються в практиці сімейного лікаря (за даними соціологічного дослідження, в %).

При виявленні косорокності у дітей, більшість сімейних лікарів, ( $74,60 \pm 1,94\%$ ) посилаючись на свій досвід спостереження за такими дітьми, радять батькам (родині) ретельно виконувати призначення дитячого лікаря (використання окулярів, крапель, спеціальних завіток та «гімнастики для очей»), ще  $21,83 \pm 1,84\%$  зазначає, що згодом можна буде зробити оперативне втручання, яке позбавить від косорокності. При виявленні

синдрому «червоного ока» більша половина ( $51,98 \pm 2,23\%$ ) сімейних лікарів знають як призначити лікування, решта ( $48,02 \pm 2,23\%$ ) продовжують направити до офтальмолога, практично всі сімейні лікарі ( $93,65 \pm 1,09\%$ ) у випадку появи проблем із зором у дітей, не посилалися б на засоби народної медицини. Більшість опитаних сімейних лікарів при встановленні діагнозу офтальмологічного захворювання у дитини довіряли б більше думці спеціаліста-офтальмолога, зокрема дитячого офтальмолога ( $82,94 \pm 1,68\%$ ).

Досвід сімейних лікарів стосовно нагляду за дітьми з порушенням зорових функцій засвідчив, що діти, які мають проблеми із зором схильні до усамітнення ( $53,97 \pm 2,22\%$ ) та потерпають від образ однокласників, які їх «дражнять» ( $78,17 \pm 1,84\%$ ), наприклад через необхідність носити окуляри. Лише  $15,48 \pm 1,61\%$  лікарів зазначили що в їх практиці не було випадків, коли однокласники ображали дітей, які мають проблеми із зором та змушені постійно користуватися окулярами.

Визнаючи важливість раннього формування функцій зорового аналізатора в дитинстві, всі опитані сімейні лікарі ( $100,0\%$ ) однозначно підтримали думку про доцільність проведення регулярної перевірки зору в дитячому віці, при цьому більшість висловилися за періодичність перевірки зору щороку ( $75,40 \pm 1,92\%$ ), ще  $22,22 \pm 1,85\%$  сімейних лікарів підтримали думку про доцільність її проведення з інтервалом кожні 6 місяців (щопіврічно).

Критичним щодо можливої появи офтальмологічної патології у дітей половина сімейних лікарів ( $53,78 \pm 2,22\%$ ) вважає вік від 6 до 15 років, третина ( $31,35 \pm 2,07\%$ ) переконані, що порушення зору найчастіше виникають у дітей у віці від 3 до 6 років. Не дивлячись на те, що більшість лікарів ( $82,94 \pm 1,68\%$ ) довіряли нагляду за формуванням функцій зору все ж таки спеціалістам офтальмологам,  $4,76 \pm 0,95\%$  висловили думку про те, що зір можуть перевіряти і медичні сестри і медичних та дитячих освітніх закладах, ще то  $5,95 \pm 1,05\%$  опитаних відповіли, що не можна було б довірити сімейному лікарю або сімейному педіатру (рис. 6.5).

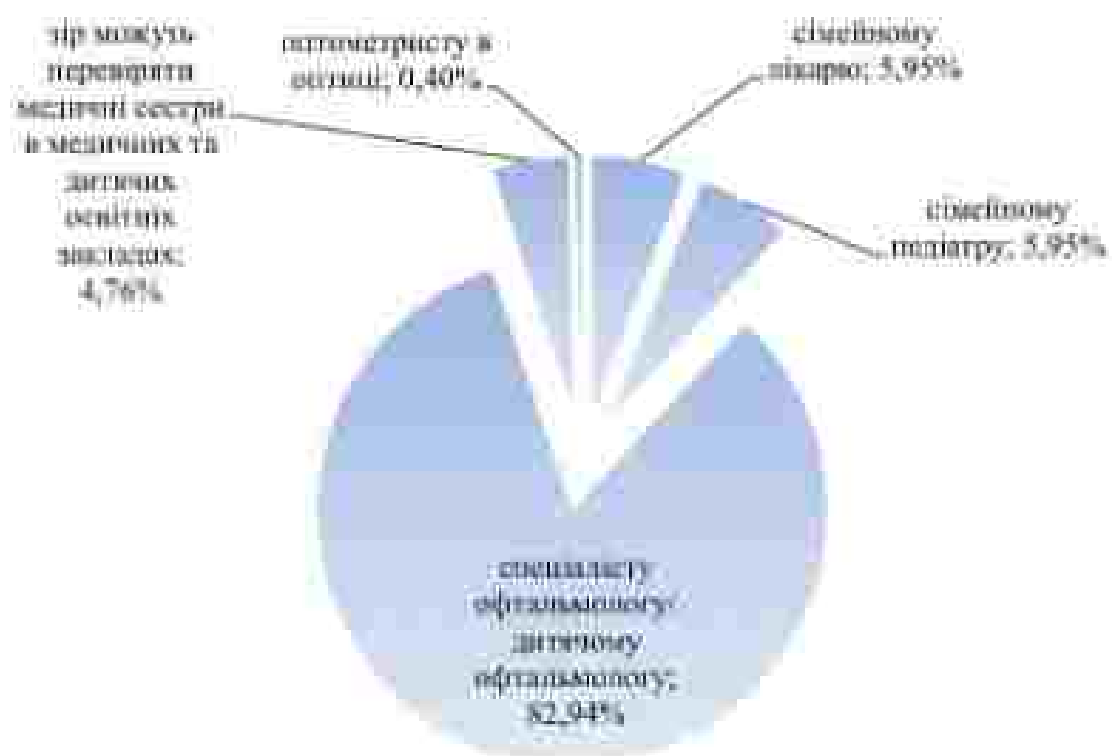


Рис. 6.5. Результати соціологічного дослідження думок сімейних лікарів у відповідь на питання яким спеціалістам-медикам ви довірили б погляд та функціїми зору дітей в Україні (в %).

Запровадження державної профілактичної програми із збереження зору з дитинства в Україні підтримала абсолютна більшість опитаних лікарів ( $98,41 \pm 0,56$  %). Аналогічно  $92,46 \pm 1,18$  % сімейних лікарів зазначили, що не відмовилися б від інформування про сучасні методи профілактики та лікування хвороб очей, лише  $6,35 \pm 1,09$  % зазначили, що вся необхідна інформація є в Інтернеті, а  $1,19 \pm 0,48$  % взагалі не цікавляться подібною інформацією.

Таким чином, результати проведеного соціологічного дослідження серед лікарів, які щоденно надають первинну медичну допомогу дітям, дозволяють заострити увагу на необхідності дотримання затверджених норм оснащення робочого місця сімейного лікаря. Удосконалення знань та вартість лікарями практичних навичок проведення профілактичного діагностичного обстеження функції зору у дітей в рамках післядипломних

освітніх програм підготовки та перекваліфікації, спеціалізації лікарів загальної практики-сімейних лікарів сприятимуть кращій доступності профілактичних діагностичних офтальмологічних послуг в Україні.

Не дивлячись на високий рівень знань лікарів загальної практики своєї ключової ролі у профілактиці порушень зору (володіння знаннями про спадковий анамнез та особливості формування функцій зору, починаючи раннього дитячого віку), виявленої їх певний інтерес та потреба в сучасній інформації з профілактики і лікування хвороб очей ( $92,46 \pm 1,18 \%$ ).

Висока обізнаність сімейних лікарів про фактори ризику ( $95,63 \pm 0,91 \%$ ), гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці ( $79,37 \pm 1,80 \%$ ), можливості впливу порушень функцій зору на загальний стан, успішність і здоров'я дитини в цілому, їх переконаність, що саме сімейні лікарі повинні володіти знаннями про ознаки порушення зору у дітей ( $96,43 \pm 0,83 \%$ ), поєднується із тим фактом, що лише  $18,25 \pm 1,72 \%$  сімейних лікарів в щоденній буденній практиці проводять профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження дітям, володіючи достатніми знаннями і навичками для їх проведення. Практично третина сімейних лікарів ( $29,37 \pm 2,03 \%$ ) не практикують профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження дітей через відсутність таких знань та практичних навичок,  $28,97 \pm 2,02 \%$  через відсутність необхідного обладнання, а  $27,38 \pm 1,99 \%$  через відсутність часу, виділеного на один візит до сімейного лікаря. Їх профілактична робота зводиться лише до усного інформування про можливу небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $92,06 \pm 1,20 \%$ ).

Наведене дозволяє стверджувати про недостатню спроможність первинної медичної допомоги самотужкою вирішити проблему попередження зростання поширеності офтальмологічної патології серед дітей та актуалізує пошук шляхів реалізації міждисциплінарного комплексного програмного підходу для реалізації заявленої готовності сімейних лікарів долучитися до

профілактичних програм з попередження виникнення порушень зору в дитячому віці.

## 6.2. Результати соціологічного дослідження освіти дошкільної освіти щодо їх обізнаності з проблеми порушень зору у дітей

Освітня дошкільних навчальних закладів, першими професійно з точки зору освітнього процесу, стикаються з дітьми, несучи відповідальність за їх навчання під час перебування в дитячому садочку. Перебуваючи тривалу кількість часу поряд із дітьми, вони можуть сприйти виявлення перших ознак порушення зору, сприяти своєчасній діагностиці офтальмопатології, призначення корекції та лікування якої дозволить попередити негативний вплив на формування компонентів якості життя дитини.

Метою даного етапу дисертаційного дослідження стало з'ясування інформованості освіти дошкільної освіти про можливі фактори ризику та ознаки порушення зорових функцій у дітей різного віку, їх готовності брати участь у профілактичних заходах. Для реалізації означеної мети нами було сплановано та проведено соціологічне дослідження, в якому в якості респондентів були залучені освіти дошкільних навчальних закладів практично всіх областей України (вихователі, помічники вихователів та вихователі-методисти) (всього анкету підлягало 4712 анкет). Попередньо із використанням медико-статистичного методу розраховувалася репрезентативність вибірки в кожному регіоні України та достовірність отриманих результатів. Опитування проводилося із дотриманням сучасних європейських вимог до проведення соціологічних опитувань, а саме, – респонденти залучалися до його проведення лише за попередньої усної добровільної згоди на участь після ознайомлення із метою та завданнями

наукового дослідження. Анкетування проводилося анонімно, без зазначення будь-яких паспортних даних та місця роботи респондентів. Попередньо було проведено пілотне дослідження (50 анкет). Із отриманих для аналізу 4 850 анкет, було відбраковано 138 (2,85 %) з причини недостатньо повного і коректного заповнення всіх пунктів анкети, тому подальшому аналізу підлягали результати анкетування 4712 респондентів.

Переважає більшість опитаних освітня дошкільних навчальних закладів, повсякденна робота яких пов'язана з дітьми в яслах та садочках були жіночої статі ( $98,92 \pm 0,15$  % або 4 661 осіб) основного (25-54 роки) працездатного ( $78,67 \pm 0,60$  %) та зрілого (55-64 роки) працездатного ( $12,86 \pm 0,49$  %) віку (табл. 6.2).

Таблиця 6.2.

Розподіл респондентів соціологічного дослідження за віком та стажем дошкільної освіти

Вік	Абс.	%	Стаж	Абс.	%
Ранній працездатний (15-24 роки)	318	$6,75 \pm 0,37$ %	0-5 років	1 066	$22,62 \pm 0,61$ %
Основний працездатний (25-54 роки)	3 707	$78,67 \pm 0,60$ %	6-15 років	1 480	$31,41 \pm 0,68$ %
Зрілий працездатний (55-64 роки)	606	$12,86 \pm 0,49$ %	16-25 років	1 020	$21,65 \pm 0,60$ %
Літні люди (65 років і старше)	77	$1,63 \pm 0,18$ %	26-35 років	855	$18,15 \pm 0,56$ %
Не відповіли	4	$0,08 \pm 0,04$ %	36-45 років	260	$5,52 \pm 0,33$ %
			46 і більше років	31	$0,66 \pm 0,12$ %

Враховуючи, що третина опитаних ( $31,41 \pm 0,68$  %) мали стаж дошкільної освітньої діяльності 6-15 років, ще  $21,65 \pm 0,60$  % мали стаж 16-25 років, а  $18,15 \pm 0,56$  % мали стаж 26-35 років, можна зробити висновок,

що ми отримали думку респондентів із суттєвим практичним досвідом педагогічної роботи, практикуючи саме на етапі дошкільної освіти (табл. 6.2). Можливо тому, більшість опитаних ( $87,97 \pm 0,47 \%$ ) зазначили, що працівник дошкільної освіти повинен володіти знаннями про ознаки порушення функцій зору у дітей (лише  $9,44 \pm 0,43 \%$  вважають, що це суто медична проблема), більшість виявилися знайомими ( $85,97 \pm 0,51 \%$ ) з тіснотними нормами здорового навантаження в дитячому віці та вважають за доцільне постійно інформувати дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $95,50 \pm 0,30 \%$ ).

Більшість відмітили ( $89,03 \pm 0,46 \%$ ), що в дошкільному навчальному закладі, в якому вони зараз працюють є медичний персонал (медична сестра) в функції якого входить проведення профілактичної роботи, яка на думку  $59,15 \pm 0,72 \%$  респондентів проводиться в достатньому обсязі. Але більше третини ( $33,68 \pm 0,69 \%$ ) опитаних вважають обсяг профілактичної роботи недостатнім, ще  $7,17 \pm 0,38 \%$  – взагалі недостатнім.

Серед офтальмологічних патологій, з якими найбільш часто стикалися опитані вихователі були названі: кон'юнктивіти та інші запальні захворювання поверхні ока ( $85,19 \pm 0,52 \%$ ); ячмінь ( $70,56 \pm 0,66 \%$ ); косокість ( $70,65 \pm 0,65 \%$ ); травми ока ( $57,36 \pm 0,72 \%$ ); аномалії рефракції, такі як міопія (близорукість) ( $53,8 \pm 0,73 \%$ ), гіперметропія (далекозорість) ( $38,38 \pm 0,71 \%$ ), астигматизм ( $27,91 \pm 0,65 \%$ ). З ознаками кон'юнктивіту (почва почервоніння, запалення та гнійних виділень з очей) переважна більшість вихователів ( $97,84 \pm 0,21 \%$ ) дітей в садочок не приймають.

Знаючи, про користь прогулянок на свіжому повітрі для формування організму дитини, майже всі ( $99,36 \pm 0,12 \%$ ) опитані вихователі зазначили, що заохочують дітей в дитячому садочку до активних ігор на свіжому повітрі на противагу тривалому зоровому навантаженню на близькій відстані.

Серед перших можливих ознак порушення функцій зору у дошкільнят більшість респондентів допускають, що це може бути почва у дитини: головного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні

(90,47 ± 0,43 %); тачки присуватися / підходити ближче, щоб роздивитися деталі зображення / предмету (91,72 ± 0,40 %), тачки терти очі руками (71,90 ± 0,65 %); сповільнення впізнавання літер, невпевненості рухів при малюванні (73,98 ± 0,64 %); звички «горбитися» при малюванні/писанні, можливе викривлення або порушення постави (70,59 ± 0,66 %); сповільнення читання і письма (67,36 ± 0,68 %), хоча 32,61 ± 0,68 % вважають, що остання ознака не завжди пов'язана із поганим зором дитини.

Більша половина опитаних (52,25 ± 0,73 %) інформовані, що характер харчування дитини може бути пов'язаним із ризиком виникнення проблем із зором, 97,56 ± 0,22 % знають, що недостатнє освітлення при зоровому навантаженні зблизька може сприяти виникненню офтальмологічної патології, при цьому 92,25 ± 0,39 % впевнені, що проблеми із зором, які виникають в дитячому віці, завжди пов'язані із обтяженою спадковістю.

У випадку появи проблем із зором у дітей засобом народної медицини довірялися б лише 7,85 ± 0,39 % опитаних. Натомість, при появі порушень функцій зору у дитини, освітнені дошкільних навчальних закладів України швидше довірили б нагляд за функціями зору дитини, саме офтальмологу, зокрема дитячому (95,99 ± 0,29 %), і значно рідше педіатру (8,02 ± 0,40 %) та сімейному лікарю (7,58 ± 0,39 %). Лише 3,08 ± 0,25 % респондентів довірили б попередження порушення функцій зору дітей медичній сестрі дошкільного навчального закладу.

Більшість опитаних скористалися нагодою поділитися своїм досвідом та результатами спостереження за дітьми, які мають діагностовані захворювання ока та його прислункового апарату. При цьому третина (37,01 ± 0,70 %) освітнені дошкільних навчальних закладів відмітили, що такі діти схильні до усамітнення, потерпають від образ однолітків (44,46 ± 0,72 %). Виявлене підтверджує, що порушення функцій зору з дитинства впливає на формування особистості та соціалізацію в майбутньому.

Опитування виявило освіттані дошкільної освіти активно цікавляться новою інформацією з питань профілактики порушень зору у дітей, при цьому джерелом інформації в більшості випадків стає Інтернет ( $69,48 \pm 0,67 \%$ ) та періодичні видання (газети та журнали) ( $45,03 \pm 0,72 \%$ ). Інформація надходить також і від медиків, зокрема від сімейних ( $55,18 \pm 0,72 \%$ ) та інших лікарів ( $31,96 \pm 0,68 \%$ ) (рис. 6.6).  $74,77 \pm 0,63 \%$  респондентів виявили зацікавленість в інформаційній підтримці, зокрема щодо сучасних медико-профілактичних технологій попередження порушень функцій зору, виявлення ранніх ознак та симптомів офтальмологічних захворювань.

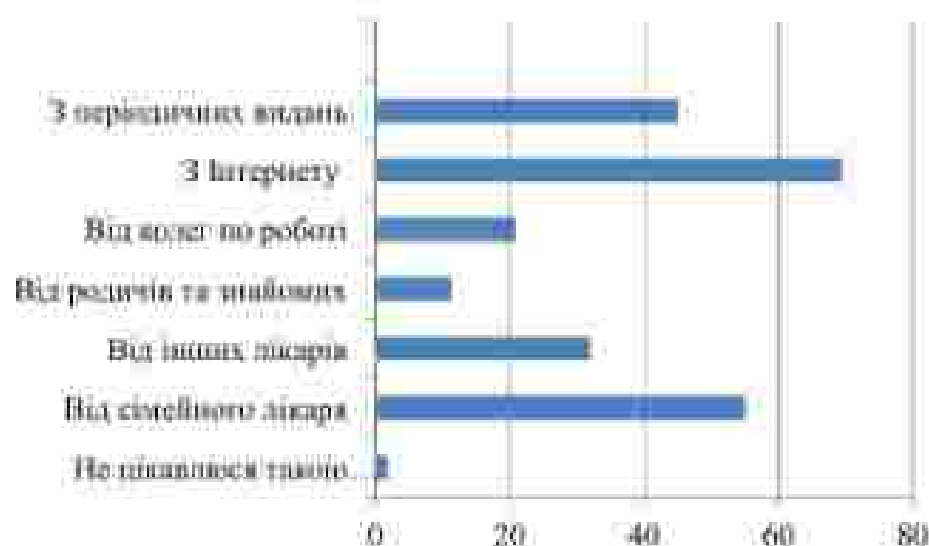


Рис. 6.6. Результати соціологічного дослідження думки освіттані дошкільної освіти про джерела отримання інформації з охорони зору, профілактики та підходи до лікування хвороб очей (в %).

Більша половина опитаних ( $67,36 \pm 0,68 \%$ ) впевнені, що при виникненні проблем зі зором необхідно ретельно виконувати призначення лікаря. Третина ( $36,78 \pm 0,70 \%$ ) думають, що при косорокості можна зробити оперативне втручання, яке дозволить радикально позбавитися від проблеми. Менше 3,0% ( $2,61 \pm 0,23 \%$ ) відмітили, що на їх думку, косорокості вищай не лікується, ще  $1,19 \pm 0,16 \%$  вважають, що косорокості сама проходить з віком.

Майже всі ( $99,26 \pm 0,12 \%$ ) респонденти підтримали думку про доцільність перевірки зору дітям з визначеною періодичністю, так само як і

переважна більшість (97,3 ± 0,24 %) висловилися за запровадження державних профілактичних програм в Україні, які передбачали б системні заходи по збереженню зору з дитинства, попередженню виникнення офтальмологічної патології.

Таким чином, аналіз результатів проведеного соціологічного дослідження виявив недостатню обізнаність освітніх дошкільних навчальних закладів із проблем збереження зору з дитинства, більшість з яких потребують (74,77 ± 0,63 %) інформація з питань профілактики порушень зору з дитинства, більше довіряючи медикам (сімейним лікарем 55,18 ± 0,72% та іншим лікарем 31,96 ± 0,68 %), періодичним виданням (45,03 ± 0,72 %) та Інтернету (69,48 ± 0,67 %). Одночасно з цим, виявлена готовність освітніх дошкільних навчальних закладів брати участь у профілактичних програмах із попередження порушень зору з дитинства, оскільки більшість із них (95,50 ± 0,30%) інформують про небезпеку виникнення травм і хвороб ока, заохочуючи дітей до перебування на свіжому повітрі (99,36 ± 0,12 %), відволікаючи їх від тривалих зорових навантажень на близькій відстані, знають та звертають увагу на перші прояви формування порушень зору у дитини: головний біль, особливо при тривалому зоровому навантаженні (90,47 ± 0,43 %); звичка присуватися/підходити близько, щоб роздивитися деталі зображення/предмету (91,72 ± 0,40 %); сповільнення впізнавання літер, нешвидкість рухів при малюванні (73,98 ± 0,64 %); звичка терти очі руками (71,90 ± 0,65 %); звичка «горбитися» при малюванні/писанні, викривлення або порушення постави (70,59 ± 0,66 %); сповільнення читання і писання (67,36 ± 0,68 %). Більшість (92,25 ± 0,39 %) опитаних інформовані про фактори ризику та пов'язують виникнення проблем із зором в дитячому віці із обтяженою спадковістю, 52,25 ± 0,73 % пов'язують ризик виникнення порушень функцій зору із характером харчування дитини, 94,48 ± 0,33 % підтверджують негативний вплив недостатнього освітлення на формування патології ока в дитячому віці.

Незважаючи на наявність медичної сестри ( $89,03 \pm 0,46 \%$ ) в дитячих дошкільних навчальних закладах, профілактична робота щодо збереження зору з дитинства на думку більше третини опитаних проводиться недостатньо ( $33,68 \pm 0,69 \%$ ) або категорично недостатньо ( $7,17 \pm 0,38 \%$ ).

Майже всі вихователі дошкільних навчальних закладів підтримують доцільність проведення регулярних перевірок функцій зору ( $99,26 \pm 0,12 \%$ ) та можливе запровадження державних профілактичних програм по збереженню зору з дитинства ( $97,30 \pm 0,24 \%$ ), домірюючи при цьому нагляд за дитиною із порушенням зору переважно офтальмологам, зокрема дитячим ( $95,99 \pm 0,29 \%$ ).

**6.3. Результати соціологічного дослідження освіти шкільної освіти про їх обізнаність з проблеми порушень зору у дітей шкільного віку та готовність до участі в заходах з їх попередження**

Різні етапи розвитку дитини потребують здорових зорових функцій для правильного формування зорового сприйняття оточуючого світу. У віці 6-7 років, коли дитина розпочинає середню освіту, навантаження на орган зору особливо зростає, що пов'язано із необхідністю навчальної читання, писемну та навичкам роботи он-лайн в умовах карантинних обмежень із використанням комп'ютерів, телефонів, планшетів тощо. Варто зазначити, що в цьому віці зоровий апарат ще не завершив своє формування, і очі дитини є надзвичайно чутливими до режиму і тривалості зорового навантаження, особливо на близькій відстані, що загострює проблему необхідності профілактичного супроводу, своєчасного виявлення факторів

ризик, передумов формування офтальмологічної патології та, за необхідності, медичного втручання.

Метою даного фрагменту дисертаційного дослідження стало вивчення обізнаності вчителів та викладачів середніх освітніх навчальних закладів, які щоденно взаємодіють із школярами різного віку, з проблем порушення функції зору з виявленням їх ставлення до формування цих проблем та готовності брати участь у профілактичних заходах з подолання негативних тенденцій формування офтальмологічної захворюваності серед школярів в Україні. Ними сплановано та проведено соціологічне дослідження із залученням освіти середніх освітніх навчальних закладів (викладачів, вчителів шкіл та ліцеїв) практично з усіх областей України. При проведенні дослідження були дотримані сучасні європейські вимоги щодо анонімності, добровільності та неупередженості в залученні респондентів, кожен з яких залучався до опитування лише після ознайомлення із метою та завданнями наукового дослідження та за попередньої усної добровільної згоди. До опитування, якому передувало цілісне дослідження (50 анкет), було залучено в цілому 6 350 респондентів, хоча при аналізі та внесенні результатів опитування в електронну базу даних було відбраковано 135 анкет (2,12 %), тому подальшому аналізу підлягали отримані результати опитування із 6 215 анкет.

Аналогічно з результатами опитування освіти дошкільної освіти, більшість опитаних вчителів середніх освітніх навчальних закладів (шкіл, ліцеїв) були жіночої статі ( $92,71 \pm 0,33$  %). Майже всі опитані освітяни ( $95,11 \pm 0,27$  %), які згодилися взяти участь у соціологічному дослідженні, мали вищу педагогічну освіту,  $78,66 \pm 0,52$  % перебували в основному працездатному віці (25-54 років). Практично кожен четвертий респондент ( $25,68 \pm 0,55$  %) мав стаж роботи вчителем від 26-35 років, ще  $24,55 \pm 0,55$  % мали стаж роботи 16-25 років (табл. 6.3).

Результати опитування також свідчать, що більшість вчителів середніх освітніх навчальних закладів ( $86,39 \pm 0,43$  %) знайомі з гігієнічними нормами

зорового навантаження в дитячому віці та схильні віддавати перевагу активним іграм школярів на свіжому повітрі ( $94,16 \pm 0,30 \%$ ).

Таблиця 6.3.

Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/лицей щодо тривалості їх педагогічного трудового стажу

Трудовий стаж	Абс.	%
від 0 до 5 років	926	$14,90 \pm 0,45 \%$
від 6 до 15 років	1 538	$24,75 \pm 0,55 \%$
від 16 до 25 років	1 526	$24,55 \pm 0,55 \%$
від 26 до 35 років	1 596	$25,68 \pm 0,55 \%$
від 36 до 45 років	560	$9,01 \pm 0,36 \%$
від 46 і більше років	69	$1,11 \pm 0,13 \%$

Переважає більшість  $90,46 \pm 0,37 \%$  вчителів погодилася із тим твердженням, що працівник середньої школи повинен володіти знаннями про ранні ознаки появи порушень зорових функцій у дітей, водночас результати опитаних значили, що ця проблема є суто медичною.

По при те, що в більшості шкіл/лицей ( $82,16 \pm 0,49 \%$ ), вчителі з яких прийняли участь в організованому нами соціологічному дослідженні, працює медичний персонал (медична сестра), до функцій якої входить профілактична робота в тому числі з попередження порушення функцій зору серед школярів, більше третини ( $39,52 \pm 0,62 \%$ ) вчителів вважають її недостатньою, ще  $5,70 \pm 0,29 \%$  дали їй категорично негативну оцінку. Лише половина опитаних ( $54,79 \pm 0,63 \%$ ) вважають її обсяг достатнім. Водночас, відзначається досить високим відсоток ( $17,84 \pm 0,49 \%$ ) середніх освітніх навчальних закладів, де взагалі відсутній такий медичний персонал, а отже покладені на нього функції виконувати нікому.

В такій ситуації більшість вчителів ( $94,92 \pm 0,28 \%$ ) беруть на себе обов'язок інформування дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм ока. Найчастіше в буденній практиці роботи з дітьми освітніми середніх освітніх навчальних закладів стикаються з такими офтальмологічними захворюваннями у дітей, як: втомлюв рефракції, такі як міопія (близорукість) ( $75,74 \pm 0,54 \%$ ), астигматизм ( $35,72 \pm 0,61 \%$ ) та далекозорість ( $48,70 \pm 0,63 \%$ ); кон'юнктивіти ( $68,19 \pm 0,59 \%$ ); косорукість ( $66,32 \pm 0,60 \%$ ); ячмінь ( $57,01 \pm 0,63 \%$ ); травми ока ( $55,40 \pm 0,63 \%$ ) (табл. 6.4).

Таблиця 6.4.

Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/ліцеїв щодо найбільш поширених в дитячому віці захворювань очей

Захворювання очей	Абс.	%
Катаракта	724	$11,63 \pm 0,41 \%$
Глаукома	437	$7,03 \pm 0,32 \%$
Кон'юнктивіт	4 238	$68,19 \pm 0,59 \%$
Косорукість	4 122	$66,32 \pm 0,60 \%$
Алергічні захворювання очей	2 984	$48,01 \pm 0,63 \%$
Травми ока	3 443	$55,40 \pm 0,63 \%$
Астигматизм	2 220	$35,72 \pm 0,61 \%$
Ячмінь	3 543	$57,01 \pm 0,63 \%$
Міопія (близорукість)	4 707	$75,74 \pm 0,54 \%$
Далекозорість	3 027	$48,70 \pm 0,63 \%$
Синдром «сухого ока»	1 450	$23,33 \pm 0,54 \%$
Блефарит	272	$4,38 \pm 0,26 \%$
Інші	119	$1,91 \pm 0,17 \%$

Кожен десятий ( $13,37 \pm 0,43 \%$ ) респондент відмітив, що не знайомий з гігієнічними нормами здорового навантаження в дитячому віці, покладючись в цьому питанні на власний життєвий досвід.

Більша половина ( $66,19 \pm 0,60 \%$ ) освітян середньої школи знають, що косорукість потребує ретельного лікування та виконання всіх призначень

лікаря, водночас у  $3,44 \pm 0,23$  % життєвий досвід показав, що косорікість не дікується, ще  $1,22 \pm 0,14$  % відмітили, що вона може сама пройти з віком.

Більшість вчителів шкіл та ліцеїв згодні із тим, що порушення функцій зору можуть впливати на появу: головного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні ( $94,59 \pm 0,29$  %); знички присуватися (підходити) ближче, щоб роздивитися деталі зображення (предмету) ( $92,24 \pm 0,34$  %); сповільнення читання і письма ( $72,07 \pm 0,57$  %); сповільнення витинання літер, невпевненість рухів при малюванні ( $71,30 \pm 0,57$  %); знички терти очі руками ( $69,69 \pm 0,58$  %) та «горбитися» при малюванні (письмі) з появою відкриття або порушення постави ( $69,44 \pm 0,58$  %).  $78,95 \pm 0,52$  % визнали, що через неможливість чіткого копіювання з дошки при наявності офтальмологічної патології у дитини, знижується її успішність (табл. 6.5).

Таблиця 6.5.

Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/ліцеїв щодо інформованості про ознаки та можливі прояви порушення функцій зору в дитячому віці

Ознака	Так		Ні	
	Абс.	%	Абс.	%
Поява головного болю при тривалому зоровому навантаженні	5 879	$94,59 \pm 0,29$ %	336	$5,41 \pm 0,29$ %
Зничка присуватися/підходити ближче, щоб роздивитися деталі зображення/предмету	5 733	$92,24 \pm 0,34$ %	482	$7,76 \pm 0,34$ %
Сповільнення читання і письма	4 479	$72,07 \pm 0,57$ %	1 736	$27,93 \pm 0,57$ %
Зничка терти очі руками	4 331	$69,69 \pm 0,58$ %	1 884	$30,31 \pm 0,58$ %
Сповільнення витинання літер, невпевненість рухів при малюванні	4 431	$71,30 \pm 0,57$ %	1 784	$28,70 \pm 0,57$ %
Зничка «горбитися» при малюванні/письмі, відкриття або порушення постави	4 316	$69,44 \pm 0,58$ %	1 899	$30,56 \pm 0,58$ %

Зниження успішності через неможливість чіткого копіювання з дошки	4 907	78,95 ± 0,52 %	1 308	21,05 ± 0,52 %
---	-------	----------------	-------	----------------

Вивчення знань вчителів середньої школи про фактори ризику формування офтальмологічної патології в дитячому віці виявили, що більшість визнають провідну роль спадковості (91,63 ± 0,35 %), ще половина (58,25 ± 0,63 %) респондентів переконані, що на зір дитини має вплив характер харчування, переважна більшість (97,80 ± 0,19 %) відмітила, що недостатнє освітлення при зоровому навантаженні збільшка є значним фактором ризику формування патології ока в дитячому віці.

Багаторічний педагогічний досвід роботи з дітьми дозволив третині респондентів (37,41 ± 0,61 %) підтвердити, що діти, які мають проблеми із зором схильні до усамітнення, майже половина (43,17 ± 0,63 %) відмітила, що помічали як діти «дражнять» та ображають однолітків, які мають порушення функцій зору (наприклад носять окуляри). При цьому, майже всі вчителі (95,98 ± 0,25 %) заперечують думку про те, що діти з вадами зору мають зростати і навчатися окремо від однолітків, оскільки вважають це недоцільним.

При появі проблем із зором у дітей більшість освітян (92,29 ± 0,34 %) не довіряє б засобам народної медицини. 40,82 ± 0,62 % вчителів, при появі перших ознак запалення ока (почервоніння, гнійні виділення з очей) у школяра, не дозволяють йому відвідувати навчальний заклад, в той же час 50,20 ± 0,63 % опитаних відмітили, що це більше медична проблема і виходить за межі компетенції вчителя, нею має опікуватися медичний персонал. У випадку виявлення офтальмологічної патології більшість (96,35 ± 0,24 %) довірили б нагляд за формуванням зору у дитини офтальмологу, зокрема дитячому, ще 10,22 ± 0,38 % лікарю педіатру та 9,16 ± 0,37 % сімейному лікарю.

Висловивши свою готовність брати участь у профілактичних програмах з попередження виникнення офтальмологічної патології серед

дітей,  $71,70 \pm 0,57 \%$  вчителів середньої школи відмітили, що потребують додаткової інформаційної підтримки з питань профілактики факторів ризику, виявлення ознак та симптомів офтальмологічної патології серед дітей шкільного віку. Зручними для себе джерелами інформації освітній шкіль та ліцей вивчають: Інтернет ( $74,18 \pm 0,56 \%$ ) та періодичні видання ( $38,92 \pm 0,62 \%$ ); медичний персонал, зокрема сімейних лікарів ( $52,74 \pm 0,63 \%$ ), інших лікарів  $35,21 \pm 0,61 \%$  (табл. 6.6).

Таблиця 6.6.

Результати соціологічного опитування вчителів шкіл/ліцей щодо джерел інформації про охорону зору, профілактику і лікування хвороб очей

Джерело інформації	Абс.	%
Від сімейного лікаря	3 278	$52,74 \pm 0,63 \%$
Від інших лікарів	2 188	$35,21 \pm 0,61 \%$
Від родичів та знайомих	974	$15,67 \pm 0,46 \%$
Від колег по роботі	1 214	$19,53 \pm 0,50 \%$
З періодичних видань (газет та журналів)	2 419	$38,92 \pm 0,62 \%$
З Інтернету	4 610	$74,18 \pm 0,56 \%$
Не цікавиться	154	$2,48 \pm 0,20 \%$

Отримані в соціологічному дослідженні результати, стають вагомим аргументом для залучення освіти середньої школи до заходів міжгалузевих комплексних програм з попередження офтальмологічної патології серед дітей шкільного віку. Майже всі ( $99,4 \pm 0,10 \%$ ) вчителі підтримують думку про доцільність регулярної перевірки зору в дитячому віці. Також більшість ( $97,38 \pm 0,20 \%$ ) опитаних підтримують необхідність запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства в Україні. Актуальним залишається також пошук ефективних шляхів інформаційної підтримки освіти з питань сучасних профілактичних

технологій, факторів ризику формування порушень функцій зору у школярів з метою попередження формування сліпоти щодо дітей із вадами та порушеннями зору в освітньому середовищі.

Таким чином, виявлений недостатній рівень профілактичної роботи медичного персоналу в школах поєднується із недостатньою обізнаністю освітніх середньої школи ( $71,7 \pm 0,57\%$  потребують інформаційної підтримки з питань попередження порушення функції зору серед школярів), більшість з яких ( $90,46 \pm 0,37\%$ ) висловили свою готовність брати участь у відповідних профілактичних програмах та уже інформують дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $94,92 \pm 0,28\%$ ), знають про гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці ( $86,39 \pm 0,43\%$ ), заохочують дітей до активних ігор на свіжому повітрі ( $94,16 \pm 0,30\%$ ). Практично всі освітні середньої школи ( $99,40 \pm 0,10\%$ ) висловилися за доцільність запровадження регулярної перевірки зору в дитячому віці та підтримують ( $97,38 \pm 0,20\%$ ) запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства в Україні.

#### Висновки до розділу 6.

Виявлена висока обізнаність сімейних лікарів про фактори ризику порушень зору ( $95,63 \pm 0,91\%$ ) та гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці ( $79,37 \pm 1,80\%$ ), їх переконаність, що саме сімейні лікарі повинні знати та виявляти ознаки порушення зору у дітей ( $96,43 \pm 0,83\%$ ), поєднується із тим фактом, що лише  $18,25 \pm 1,72\%$  сімейних лікарів в щоденній буденній практиці проводять профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження дітям, практично третина сімейних лікарів ( $29,37 \pm 2,03\%$ ) їх взагалі не практикують через відсутність таких знань та практичних навичок, ще у  $52,38 \pm 2,22\%$  сімейних лікарів обмеження робочого місця не дозволяє проводити профілактичні діагностичні обстеження функцій зору у дітей, а тому їх профілактична робота зводиться

лише до усного інформування про можливу небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $92,06 \pm 1,20 \%$ ). Зазначаються не вирішеними питання дотримання затверджених норм оснащення робочого місця сімейного лікаря. Наведене дозволяє зробити висновок, що спроможність первинної медичної допомоги самостійно вирішити проблему попередження зростання поширеності офтальмологічної патології серед дітей є вкрай недостатньою.

Аналіз результатів опитування освітян дошкільної освіти виявив їх слабку обізнаність із проблем збереження зору з дитинства, більшість з яких потребують ( $74,77 \pm 0,63 \%$ ) інформування з питань профілактики порушень зору у дітей, які більше схильні довіряти медикам (сімейним лікарям  $55,18 \pm 0,72\%$  та іншим лікарям  $31,96 \pm 0,68 \%$ ), періодичним виданням ( $45,03 \pm 0,72 \%$ ) та Інтернету ( $69,48 \pm 0,67 \%$ ). Одночасно з цим, виявлена їх готовність брати участь у профілактичних програмах із попередження порушень зору з дитинства, оскільки більшість уже ( $95,50 \pm 0,30 \%$ ) інформують про небезпеку виникнення травм і хвороб ока, заохочуючи дітей до перебування на свіжому повітрі ( $99,36 \pm 0,12 \%$ ), знають та звертають увагу на перші прояви формування порушень зору у дитини, інформовані про фактори ризику ( $92,25 \pm 0,39 \%$ ) виникнення проблем із зором в дитячому віці. Майже всі вихователі дошкільних навчальних закладів підтримують доцільність проведення регулярних перевірок функцій зору ( $99,26 \pm 0,12 \%$ ) та можливе запровадження державних профілактичних програм по збереженню зору з дитинства ( $97,30 \pm 0,24 \%$ ), доіраючи при цьому нагляд за дитиною із порушенням зору переважно офтальмологам, зокрема дитячим ( $95,99 \pm 0,29 \%$ ).

Результати опитування освітян загальної середньої освіти виявили недостатній рівень профілактичної роботи медичного персоналу в школах, який поєднується із недостатньою обізнаністю вчителів ( $71,7 \pm 0,57 \%$  потребують інформаційної підтримки з питань попередження порушення функції зору серед школярів), більшість з яких ( $90,46 \pm 0,37 \%$ ) висловили свою готовність брати участь у відповідних профілактичних програмах та

уже інформують дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $94,92 \pm 0,28 \%$ ), знають про гігієнічні норми зорового навантаження в дитячому віці ( $86,39 \pm 0,43 \%$ ), заохочують дітей до активних ігор на свіжому повітрі ( $94,16 \pm 0,30 \%$ ). Практично всі освітяни середньої школи ( $99,40 \pm 0,10 \%$ ) висловилися за доцільність запровадження регулярної перевірки зору в дитячому віці та підтримують ( $97,38 \pm 0,20 \%$ ) запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору і дитинства в Україні.

Вищенаведене актуалізує пошук шляхів реалізації міждисциплінарного комплексного програмного підходу для реалізації заявленої готовності сімейних лікарів та освіти долучитися до профілактичних програм з попередження виникнення порушень зору в дитячому віці. Наведене обґрунтовує доцільність пошуку шляхів попередження виникнення порушень зорових функцій у дітей з дотриманням правил гігієни зору, що виводить цю проблему на орбіту власної медиків, батьків, членів родини з освітянами дошкільної та шкільної освіти, які щоденно контактують із дітьми різного віку та мають змогу активно долучатися до освітньо-виховного процесу.

За матеріалами розділу опубліковано:

Медведовська Н.В., Малішевська Є.М., Денисюк Л.І. Обізнаність освітян дошкільних навчальних закладів з проблем попередження порушень зору і дитинства. *Acta Medica Leopoliensia*. 2020. №2-3. С. 75-79. <https://doi.org/10.25040/aml2020.02-03.075>

Медведовська Н.В., Малішевська Є.М., Денисюк Л.І., Яновська Н.М. Обізнаність вчителів середньої школи з проблем порушення функцій зору серед учнів, готовність освітян до участі в заходах з їх попередження. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2020. № 1. С. 38-41;

Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Ставлення лікарів первинного контакту до профілактики порушень функцій зору у дітей. *Acta Medica Leopoliensia*. 2021. № (3-4). С. 84-97. <https://doi.org/10.25040/aml2021.3-4.084>

Августин Ю.Г., Абатуров О.С., Медведовська Н.В., Дещенюк Л.І., Мірошніков О.О., Бондаренко Н.Ю. Запобігання порушенням функцій зору в шкільному віці: погляд на проблему вчителів середньої школи. *Здоров'я дитини*. 2024. № 19(4). С. 175-161.

## РОЗДІЛ 7

### ОБГРУНТУВАННЯ УДОСКОНАЛЕНОЇ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ СИСТЕМИ МІЖСЕКТОРАЛЬНОЇ ВЗАЄМОДІЇ ЗАДЛЯ ЗБЕРЕЖЕННЯ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ДІТЕЙ В УКРАЇНІ

7.1. Обґрунтування пріоритетних напрямів удосконалення моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні

Останніми десятиліттями в європейських країнах охорону здоров'я населення прийнято вважати міжгалузевим справою, яка має державне значення.

Посилення ролі служб охорони здоров'я стає провідною частиною державної стратегії зміцнення здоров'я населення в рамках угоджені координованої науково обґрунтованої політики, реалізація якої відбувається з урахуванням територіальних особливостей кожної країни. Важливими вважають соціально-економічні і демографічні умови формування здоров'я населення, вплив яких окремими дослідниками визнається як визначальний. Не дивлячись на реалізацію здоров'язберігаючих стратегій в розвинених країнах світу, проблемами сьогодення залишаються зростання загального тиску хвороб і навантаження на систему охорони здоров'я і причини демографічного «постаріння» населення. Тенденції до формування остарілого стає властивими для більшості Європеїських країн. Зростає тиск поширеності неінфекційних хвороб, серед факторів ризику та причин розвитку яких доведено є вплив чинників антропогенного забруднення. Спосіб життя та звичні поведінкові стереотипи населення різних соціальних верств населення, особливо найбільш вразливих, далекі від здорового способу життя

із широким розповсюдженням саморуйнівої поведінки, негативних впливів технологічного прогресу на здоров'я населення, а також залежностей, таких як зростаюча паністи, вживати алкогольної паної, наркотичні речовини, в поєднанні із нерациональним харчуванням, малорухливим способом життя та зростаючим поширенням «комп'ютерного синдрому» (складовою якого в тому числі є і «комп'ютерний лоровий синдром») із класичними офтальмологічними проявами.

Вищенаведене переконує у зростаючому навантаженні на орган зору та дозволяє припустити, що в зв'язку з відсутністю в суспільстві передумов до зменшення поширеності офтальмологічної патології, зростаючи її кількість зумовить збільшення потреби в офтальмологічних лікувально-діагностичних послугах. В той же час, продовжує стрімво зростати вартість наданої медичної допомоги, що в першу чергу пов'язують із високою вартістю новітніх медичних лікувально-діагностичних методів та технологій, в тому числі неінвазивних оперативних втручань, більша частка яких проводиться в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Щорічне проведення численних конференцій під егідою та за участю національних громадських організацій, ООН, ВООЗ, тощо, які об'єднують спеціалістів тієї чи іншої спеціальності в різних напрямках розвитку медичної науки, доводять нам один неперечиний факт. Полягає він в тому, що нимогою сьогодення стає розвиток наукових досліджень, здобутками яких мають бути нові знання, результати яких на практиці дозволять покращувати якість життя нинішнього і майбутніх поколінь. Важливим залишається пошук достовірної інформації, повнота якої дозволить приймати обгрунтовані управлінські рішення, особливо в системі організації надання медичної допомоги. Такі рішення завжди доповнюються порівняльною оцінкою ризиків та аналізом доказовості реалізації запропонованих підходів. Поширення наукових знань та медичної інформації нерозривно пов'язано із використанням електронних засобів, ресурсів, розвитком ІТ технологій.

В таких умовах важливого значення набуває процес аргументованого і прозорого визначення пріоритетів в охороні здоров'я. З цією метою до обговорення залучаються громадські організації, державні інституції та наукові установи.

Запровадження організаційних медичних технологій в рамках реалізації концепції «охорона здоров'я, заснована на доказах» передбачає появу виключення суб'єктивності з концентрацією на результатах епідеміологічних досліджень, аналізі наявних доказів та результативності медико-організаційного супроводу. Реалізація управлінських підходів на засадах доказової медицини передбачає угоджену взаємодію фінансової, інформаційної, кадрової, технологічної складових функціонування та розвитку системи. Необхідність дотримання заходів жорсткої економії у вітчизняній системі охорони здоров'я передбачає зосередження наявних резервів та додаткових зусиль навколо самих пріоритетних проблем, з урахуванням складної медико-демографічної ситуації та нагальних проблем формування здоров'я населення, подовження очікуваної тривалості якісного життя.

Результати попередніх етапів проведеного нами наукового дослідження дозволяють зазначити, що сучасний розподіл державних та місцевих бюджетних коштів в медичній сфері, виділених на фінансування наданих медичних послуг в закладах охорони здоров'я, проводиться на користь лікувального напрямку. Обгрунтована доцільність посилення профілактичного сектору охорони здоров'я із зміною парадигми на користь посилення профілактичного напрямку в медичній галузі та в офтальмології та дитячій офтальмології, зокрема, залишається лише на етапі окремих ініціатив. Вітчизняна система громадського здоров'я знаходиться на етапі формування, а тому, не спроможна в повній мірі в регіональному аспекті охорони і вирішити проблеми реалізації сучасних медичних профілактичних стратегій, особливо щодо попередження поширення неінфекційних хвороб, зокрема хвороб ока та його придаткового апарату.

Вкрай нездовільно реалізуються скринінгові програми, не дивлячись на апсоку та доведену з позитив «доказового скринінгу» економічну та медичну їх ефективність, що значно ускладнює виявлення хвороб ока або інших порушень зорових функцій на ранніх стадіях. Досвід країн з розвинутою економікою демонструє, що саме основні скринінгові програми в охороні здоров'я, які фінансуються з державних коштів, широко підтримуються, і медиками, і громадськістю. Щодо України, за відсутності державної підтримки або цільового програмного фінансування з діючим мораторієм на розробку та прийняття державних програм, для нересічних пацієнтів залишається альтернатива свідомого проходження (за власний кош) профілактичних діагностичних обстежень пацієнтами (в нашому випадку дітьми за ініціативи їх батьків) за відсутності явних проявів хвороби, що досить складно на практиці без належної інформаційної та медико-організаційної підтримки. Профілактичний вектор галузі охорони здоров'я не став осмислим і пріоритетним для вітчизняної охорони здоров'я, діяльності суспільно-політичних рухів, громадських організацій та об'єднань. Суттєвим резервом для удосконалення існуючих підходів до організації медико-профілактичної допомоги, зокрема в дитячій офтальмологічній службі мають стати акценти на її превентивності, предикативності та персоналізації. Науково обгрунтовано для впровадження пріоритетні вектори удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей, серед яких: організаційне удосконалення профілактичного підходу із попередження порушення та збереження функцій зору у дітей; удосконалення функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги; матеріально-технічне та кадрове забезпечення підвищення ефективності медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям; міжсекторальний підхід до удосконалення діагностики порушень зору у дітей; науковий супровід моніторингу запропонованих інновацій, оцінка результатів реалізації регіональних програм та прийнятих управлінських рішень (рис. 7.1).



Першочергово варто деталізувати напрям організаційного удосконалення профілактичного підходу із попередження порушення та збереження зорових функцій з дитинства, який вже в найближчій короткострочковій перспективі матиме пріоритетність для впровадження (рис. 7.1). Його реалізація має відбуватися з урахуванням та на підставі результатів сучасних наукових досліджень в офтальмології з поліцей «вказового менеджменту» для практичних потреб закладів охорони здоров'я різних форм власності. Реалізація завдань обґрунтованого напрямку передбачає удосконалені та апробовані на практиці заходи широкого інформування населення (за участю засобів масової інформації, громадських організацій, сімейних лікарів, дитячих офтальмологів) про фактори ризику, можливі ранні прояви порушень функцій зору у дітей. Обґрунтованим є використання міжсекторального підходу із об'єднанням спільних зусиль медичної і освітньої спільнот, з урахуванням регіональних особливостей областей України, планування та проведення спільних заходів із залученням ЛПІ-СЛ, дитячих офтальмологів та спеціалістів регіональних центрів громадського здоров'я.

На практиці, проведення профілактичних заходів відбувалося на індивідуальному, груповому, популяційному рівнях. Були організовані та проведені за участі громадських організацій та об'єднань акції «Здоровий зір», «День здоров'я», «День здорової дитини». До них залучалися медики, освітня, фахівці центрів громадського здоров'я, родини із дітьми.

Урбанізація, яка наростає з кожним роком у всьому світі, поєднуючись із запровадженням сучасних дистанційних форм навчання, роботи та спілкування, висуває видозмінені вимоги до функціонування людського організму, а особливо до його зорового аналізатора. Саме від зорових функцій залежить здатність сприймати зорові образи, навчатися та здобувати нові навички для повноцінного фізичного і психічного розвитку. Зростаюча потреба у зорових функціях, напрямку корелює із зростанням обсягів інформації, можливостями для розвитку і самоудосконалення. Особливістю

формування сучасного підросткового покоління є простими поширеності факторів ризику формування офтальмологічної патології, починаючи з раннього дитячого віку. Потрібно усвідомлювати, що по мірі зростання антропогенного навантаження на людину в поєднанні із індустріалізацією та урбанізацією, темп поширення хвороб органа зору людини зростає. Причиною цього стає суттєве збільшення навантаження на зоровий аналізатор, як в дитинстві під час його формування, так і в працездатному віці, при потребі працювати з використанням гаджетів протягом всього робочого часу. Саме тому, визнаючи цих фактів у суспільстві повинно спонукати до переосмислення із встановленням важливості розвитку напрямку удосконалення функціонально-організаційних складових доступності послуг дитячої офтальмологічної служби з одночасною реалізацією медико-профілактичних технологій збереження здоров'я зорового аналізатора, починаючи з дитячого віку, на різних етапах його формування. Визнання важливості пріоритетного забезпечення доступності послуг офтальмологічної служби для дітей в Україні стає одним з провідних напрямів реалізації удосконаленої моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні (рис. 7.1).

На сьогодні, найдоступнішим видом медичної допомоги, включаючи фінансовий та територіальний аспекти доступності, залишається первинна медична допомога, до компетенції якої входить і реалізація основних профілактичних стратегій, в тому числі із збереження офтальмологічного здоров'я дітей. Основним діючим кадровим потенціалом цього виду медичної допомоги залишаються сімейні лікарі та медичні сестри сімейних лікарів, вивчення думки яких з цього приводу на попередніх етапах дисертаційного дослідження виявило недостатню готовність з точки зору володіння необхідними знаннями, навичками та наявності обладнання в амбулаторіях сімейної медицини для реалізації завдань профілактики та виявлення факторів ризику розвитку офтальмологічної патології в дитячому віці.

Така ситуація потребує обґрунтування функціонально-організаційного удосконалення, метою якого стало б покращення доступності офтальмологічних профілактичних і діагностичних послуг, які надаються в амбулаторно-поліклінічних умовах. Первинна медична допомога (ПМД), надання якої нашим громадянам передбачено переліком послуг Національної служби здоров'я України (НСЗУ) за пакетами безоплатно, не спроможна в повній мірі забезпечити впровадження сучасних медико-профілактичних технологій попередження розвитку офтальмологічної патології, особливо в дитячому віці. Одночасно з цим, медико-профілактичної допомоги (пов'язаної в тому числі із раннім виявленням факторів ризику та профілактикою виникнення офтальмологічної патології, починаючи з раннього дитячого віку) потребує все більша кількість громадян, рівень активних звернень яких, через відсутність інформованості, є надзвичайно низьким. Ситуація ускладнюється відсутністю знань та навичок освіти щодо факторів ризику та ранніх ознак офтальмологічної патології у дітей різного віку, а отже, це додатково ускладнює їх ефективну участь у реалізації освітніх профілактичних стратегій.

Дослідження ставлення батьків до означеної проблеми, виявило значне бажання більшої з них покласти відповідальність за формування здорових зорових функцій власної дитини на медиків та освітян, які за своїми професійними обов'язками контактують з дітьми. Лише половина батьків виявила свою усвідомлену відповідальність за формування здорових зорових функцій власної дитини, що також прогностично зменшує кількість свідомих активних звернень таких родин з профілактичною метою до медиків, особливо за відсутності скарг дитини, яка природно не усвідомлює наявність порушення зору. В той же час, з кожним роком зменшується кількість лікарів офтальмологів та дитячих офтальмологів, що негативно впливає на доступність цього виду медичної допомоги для різних верств населення. А отже, результати проведеного дослідження дозволяють визначити напрям обґрунтованого функціонально-організаційного удосконалення з акцентом на

забезпечення доступності дитячої офтальмологічної допомоги одним з пріоритетних. Його реалізація передбачає широке використання на практиці сучасних профілактичних діагностичних обстежень функцій зору у дітей, виявлення факторів та чинників ризику із формуванням групи ризику розвитку порушень зору під час надання ПМД із запровадженням системи профілактичного офтальмологічного моніторингу.

Впровадження останньої може врахувати результати висвітлення сумарного ефективного досвіду застосування офтальмологічних діагностичних медико-профілактичних технологій при обстеженні дітей різного віку. Результати регулярних профілактичних діагностичних обстежень дітей з групи ризику виникнення порушень функцій зору передбачають їх поточну реєстрацію, облік з оцінкою досягнутого результату в динаміці. Реалізації наміченого сприятиме налагодження взаємодії між трьома видами медичної допомоги, включаючи первинну медичну допомогу (ПМД), офтальмологічну (амбулаторно-поліклінічну та стаціонарну) та діяльність оптометричної служби. Для цього необхідно об'єднати спільні зусилля кадрового потенціалу медичних закладів різної форми власності від приватних оптик, офтальмологічних кабінетів і клінік до кабінетів дитячої і підліткової офтальмології в дитячих поліклініках, діагностичних кабінетів сімейних амбулаторій та Центрів ПМД.

Створення і впровадження (з урахуванням сучасного доказового менеджменту) комплексу заходів первинної профілактики хвороб ока та його придаткового апарату в роботу мережі закладів ПМД, оптометристів та офтальмологів/дитячих офтальмологів, які надають офтальмологічні послуги дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах закладів різної форми власності, сприятиме зростанню кількості свідомих терпівень родичів із дітьми з профілактичною метою для обстеження зорових функцій та підвищенню уваги медиків до дітей, підлітків, осіб молодого працездатного віку щодо виявлення, ідентифікації факторів ризику виникнення та прогресування

офтальмологічної патології, а також невідомі скринінгу функції зору у дітей з визначеною регулярністю.

Натомість, в Україні зменшується ефективність профілактичних оглядів, особливо під час розпочатого навчання в школі/лицей, про що свідчить зростаюча виявленість хвороб органу зору у дітей в кінці першого року навчання в школі (описано в підрозділі 3.2). Залишається недосконалим матеріально-технічне забезпечення офтальмологічних кабінетів амбулаторно-поліклінічних закладів, що в умовах стислої бюджетних коштів, складне для негайного вирішення. А тому, наступним напрямом, який потребує розвитку та посилення стало матеріально-технічне та кадрове забезпечення підвищення ефективності медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям (рис. 7.1). Для його реалізації слід в першу чергу звертати увагу на кваліфікаційний рівень медичного персоналу, лікарів первинної і спеціалізованої дитячої офтальмологічної допомоги із подальшим впровадженням сучасних методів безперервного професійного навчання, післядипломної підготовки медичного персоналу для надання медичної допомоги дітям, зокрема щодо попередження виникнення та прогресування, ранньої діагностики офтальмологічної патології.

Особливу увагу слід приділити формуванню кадрового потенціалу не тільки сімейних лікарів, а й офтальмологічної служби, зокрема дитячої офтальмології. Саме серед останніх залишається високим відсоток лікарів первинесімейного і сімейного віку. Відсутність стимулів для роботи дитячим офтальмологом в державних амбулаторно-поліклінічних закладах спонукає молодих лікарів віддавати перевагу працевлаштуванню у приватних закладах охорони здоров'я, товариствах з обмеженою відповідальністю та оптиках. Особливої уваги потребує розвиток освітніх програм за фахом «Оптометрія» для середнього медичного персоналу, який на зразок західних моделей, може ефективно сприяти в частині реалізації медико-профілактичних технологій, навчання гігієні зору, тощо.

Як зазначалося, в попередніх розділах, потрібно враховувати і сучасні тенденції розвитку сімейної медицини в Україні, зокрема, відносно сімейних лікарів, які надають ПМД на безоплатній основі всім верствам населення та за своїми компетенціями мають змогу тривалий час спостерігати за пацієнтом та його родиною. Знання про керовані і некеровані фактори ризику розвитку офтальмологічної патології (особливо спадкового анямвету, індивідуальних особливостей фізичного, психічного розвитку і опіканих дитини) дозволяють сімейному лікарю впроваджувати засади первинної профілактики хвороб ока серед прикріпленого населення, ефективно формувати групу ризику, організовувати та брати участь у проведенні заходів із нівелювання керованих факторів ризику, виключаючи шляхи попередження негативного впливу факторів оточуючого середовища та режиму зорових навантажень, а також безпосередньо збільшувати виявлення хвороб ока та його придаткового апарату на ранніх стадіях. Сприятиме цьому проходження (передбачених освітніми програмами) занять із набуття сімейними лікарями планів, навчюок з перевірки зорових функцій та виявлення їх порушень, особливо у дітей різного віку.

Реалізація двочасової нормативно-правової бази, стандартів надання медичної допомоги передбачає широке впровадження сучасних діагностичних інструментальних методів дослідження в офтальмології. В свою чергу це має враховуватися при модернізації навчальних програм до та післядипломної медичної освіти, а також при плануванні придбання належного матеріально-технічного оснащення закладів охорони здоров'я різної форми власності, що дозволить лікарям використовувати отримані під час занять на навчальних семінарах-тренінгах у регіональних навчально-тренінгових центрах знання та навички із використання різних оптик офтальмопатології, сучасних діагностичних, медико-профілактичних офтальмологічних технологій попередження розвитку та прогресування хвороб ока та його придаткового апарату у дітей у щоденній практиці.

Міжсекторальна взаємодія у реалізації означеного напрямку передбачає залученість медичних, освітніх закладів різної форми власності, регіональних громадських організацій та об'єднань. Допільна та інклюзивна освіта може долучатися в тому числі через консультації викладачів і класних керівників із родинами дітей, які перебувають в освітніх закладах. Розроблені і реалізуються на практиці дидактичні матеріали індивідуальної роботи викладачів із дітьми з зоровими відхиленнями, працює мережа допільних освітніх навчальних закладів для слабкозорих дітей. Реалізуються різні форми співпраці освіти із батьками, але ми пропонуємо пошук одночасної їх взаємодії і з медиками (дитячими офтальмологами, сімейними лікарями, оптометристами), що дозволить спрямувати зусилля на попередження прогресування виявленої у дитини офтальмологічної патології.

Також, означений підхід дозволить дитині із зоровими відхиленнями уникнути складностей соціалізації та повноцінно набувати життєвих компетенцій. Взаємодія батьків, родини в якій росте дитина з освітянами та медиками (сімейним лікарем, дитячим офтальмологом а за потреби і дитячим психологом) включас оф-лайн індивідуальні зустрічі або консультації, групові очні круглі столи, семінари, он-лайн спілкування в соціальних мережах з актуальних питань здорового формування зорових функцій, проблем, які пов'язані із необхідністю призначення оптичної корекції окулярами та/або контактними лінзами. Особливого значення така робота набуває на етапі підготовки дитини до початкової середньої освіти, під час перших років навчання в школі або ліцеї. Така взаємодія вимагає гнучких підходів, методів і форм організації освітнього процесу в послідовній із виконанням порад і призначень медиків та контролем їх дотримання під наглядом батьків, вчителів/вихователів.

Наступним із напрямків, які потребують пріоритетного першочергового впровадження при реалізації обґрунтованої удосконаленої моделі став науковий супровід, моніторинг запропонованих інновацій та оцінка

ефективності реалізації регіональних програм, прийнятих управлінських рішень щодо збереження функцій зору в дитячому віці. На даному етапі актуальними залишаються: розуміння важливості широкого використання даних наукових досліджень, позитивного світового досвіду з означеного питання, оціненого з позиції доказового менеджменту для практичних потреб охорони здоров'я.

Додатково розроблені індикатори моніторингу ефективності прийнятих управлінських рішень, кінцевою метою яких визначено збереження офтальмологічного здоров'я дітей на основі міжсекторального підходу. До них віднесено в першу чергу: відсоток прикріпленого населення дитячого віку, яке охоплене профілактичними офтальмологічними обстеженнями; наявність сформованої групи ризику виникнення офтальмологічної патології в дитячому віці; планування та проведення індивідуальних, групових, масових профілактичних заходів з питань збереження зору та попередження виникнення порушення його функцій в дитячому віці. Інформаційною може бути активна участь медиків (сімейні лікарі, оптометристи, дитячі офтальмологи, дитячі психологи, медичні сестри сімейних лікарів) в щорічних наукових конференціях, засіданнях профільних асоціацій, в тому числі у міжсекторальних нарадах медиків, освіти, працівників сфери фізичної культури, мистецтв, які беруть участь у виховному процесі дітей з розглядом питань збереження офтальмологічного здоров'я. Діяльність цього напрямку може бути доповнена оприлюдненням результатів наукових досліджень, виданням інформаційних матеріалів щодо необхідності, регулярності та методичного забезпечення проведення офтальмологічних профілактичних діагностичних обстежень дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах.

Таким чином, збереження офтальмологічного здоров'я починаючи з дитинства, залишається одним із важливих пріоритетів формування особистості, є запорукою успішного навчання і соціалізації в майбутньому. Наукове обґрунтування пріоритетних напрямків для досягнення мети

збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні дозволило, на системній основі, зосередитися на основних із них, а саме на організаційному удосконаленні профілактичного підходу із збереження та попередження порушення функцій зору у дітей; удосконаленні функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги; матеріально-технічному та кадровому забезпеченні підвищення ефективності медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям; міжсекторальному підході до удосконалення діагностики порушень зору у дітей; науковому супроводі, моніторингу запропонованих інновацій з оцінкою результатів реалізації регіональних програм та(або) прийятних управлінських рішень.

Застосування прозорого медико-статистичного аналізу результатів реалізації обґрунтованих управлінських рішень за обґрунтованими пріоритетними напрямками дозволить проводити дослідження ефективності запропонованих інновацій з підсумками моніторингу виконання поставлених завдань та реалізації намічених пріоритетів в системі міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. Позитивною ставе консолідація зусиль державних і недержавних закладів охорони здоров'я, освітніх закладів, об'єднаних (наприклад в рамках виконання регіональних або державних програм) для реалізації висліжених на регіональному рівні пріоритетів на довгострокову та короткострокову перспективу. Такий комплексний підхід спроможний наблизити до кінцевої мети збереження та зцілення офтальмологічного здоров'я населення різних вікових груп, починаючи з дитячого віку.

## 7.2. Удосконалена функціонально-організаційна модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні

Процес обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні відбувається на основі отриманих результатів власного дослідження, з урахуванням міжнародних стратегій та рекомендацій, зокрема досвіду реалізації Глобального плану дій з реалізації ініціативи ВООЗ VISION 2020, Цілей сталого розвитку ПРООН до 2030 року, Концепції ВООЗ «Основні складові системи охорони здоров'я». Реалізація запланованого включення кілька етапів. Першим з них був етап оцінки масштабності проблеми, як на рівні окремо вибраного регіону, так і на рівні держави в цілому, з наступним формулюванням короткострокових та довгострокових цілей в рамках визначеної програми, намечених пріоритетних напрямів удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Передбачена наступність у виконанні етапів наукового дослідження з обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні дозволила забезпечувати консолідацію міжсекторальних зусиль для реалізації намченого, а також, одночасно здійснювати моніторинг ефективності прийнятих управлінських рішень.

Проведений на початковому етапі дослідження SWOT-аналіз виявив позитивні результати залучення мережі офтальмологічних закладів, відділень та кабінетів закладів охорони здоров'я різних форм власності для досягнення мети збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. SWOT-аналіз сильних (S) та слабких (W) сторін, з підсумком вивчення факторів внутрішнього середовища об'єкту дослідження, а також можливостей (O) і

загроз (Т), з урахуванням факторів зовнішнього середовища, які посилюють шкідливий вплив алергії на наступним чином:

#### Strengths (Сильні сторони):

- наявність кваліфікованих офтальмологів та дитячих офтальмологів, які надають допомогу в амбулаторно-поліклінічних умовах;
- зростаюче соціальне значення амбулаторної офтальмологічної допомоги як виду спеціалізованої медичної допомоги дітям різного віку;
- доступність послуг дитячого офтальмолога для всіх верств населення;
- безоплатність профілактичних діагностичних офтальмологічних послуг для шибсита при обстеженні сімейним лікарем або дитячим офтальмологом за його направленням;
- накопичений значний досвід організації консультативно-діагностичної, профілактичної допомоги дітям різного віку;
- участь амбулаторно-поліклінічної ланки спеціалізованої офтальмологічної допомоги в сучасних процесах реформування з фінансуванням за надану медичну послугу за пакетами від НСЗУ.

#### Weaknesses (Слабкі сторони):

- незадовільний стан матеріально-технічної бази для надання консультативно-діагностичної, профілактичної допомоги дітям різного віку;
- скорочення чисельності офтальмологічних кабінетів та кадрового забезпечення дитячої офтальмологічної служби;
- невідповідність фактичного фінансування плановим його цифрам;
- низький рівень оплати праці та мотивації серед медичного персоналу, який залучений до надання профілактичних діагностичних офтальмологічних послуг в комунальних закладах охорони здоров'я дітям різного віку;
- відсутність програмних заходів міжсекторальної взаємодії з попередження порушення функції зору в дитячому віці;
- слабка конкурентоспроможність послуг дитячого офтальмолога;

- тривалій термін очікування отримання безоплатної послуги дитячого офтальмолога після направлення до нього сімейним лікарем;

- відсутність тісної злагодженої взаємодії сімейного лікаря та дитячого офтальмолога в реалізації стратегії попередження погіршення зору в дитячому віці.

#### Opportunities (Сприятливі можливості):

- наявність нормативно-правової бази, згідно якої медико-профілактичну допомогу дітям на безоплатній основі надає сімейний лікар або сімейний педіатр;

- наявність у компетенції сімейного лікаря методик базового медико-профілактичного обстеження дітей різного віку із визначенням гостроти зору, виявленням скарг на порушення співдружних рухів очей, виявлення факторів ризику розвитку патології крилового анізаметру;

- виявлена готовність сімейних лікарів оволодівати навичками та знаннями про сучасні діагностичні, медико-профілактичні технології в дитячій офтальмології;

- виявлена готовність сімейних лікарів брати участь у міжсекторальних програмах з попередження порушень функцій зору у дітей;

- виявлене бажання батьків дітей перекласти відповідальність за формування здорових зорових функцій власних дітей на медиків та освітян, які водночас контактують із ними;

- відсутність законодавчих бар'єрів для взаємодії держави і приватних закладів охорони здоров'я в рамках реалізації системного програмного міжсекторального підходу з метою збереження здоровими зорових функцій дітей різного віку.

#### Threats (Загрози):

- економічний стан в державі в цілому, низькі показники ВВП, ведення бойових дій та потреба у відновленні зруйнованої інфраструктури, в т.ч. закладів охорони здоров'я державної і приватної форми власності, їх амбулаторно-поліклінічних структурних підрозділів;

- загроза зменшення видатків із державного бюджету на фінансування медичної галузі;

- відсутність попередньо обірунтованого гарантованого переліку консультативно-діагностичних офтальмологічних послуг для дітей різного віку;

- недосконале, з позиції сучасності, діагностичне обладнання амбулаторно-поліклінічної офтальмологічної служби в комунальних закладах охорони здоров'я;

- критично низька культура населення з питань профілактики і збереження офтальмологічного здоров'я;

- низька поінформованість населення про фактори ризику розвитку порушень зору у дітей, нормативи тривалості зорового навантаження дітей різного віку, гігієнічні норми і умови при дистанційному навчанні та роботі з гаджетами.

Подальші процеси реструктуризації системи охорони здоров'я, які супроводжуються зростанням кількості Центрів ПМД та сімейних амбулаторій на базі існуючих поліклінік, кількість яких зменшується, призвели до переходу переважної більшості державних закладів охорони здоров'я у комунальні неприбуткові підприємства. А тому, такі заклади, маючи відокремлене майно, здійснюють господарську некомерційну діяльність згідно прийнятого статуту. Водночас, із згортанням профілактичних заходів, зростає поширеність офтальмологічної патології, а також зростає потребу у реалізації сучасних медико-профілактичних технологій, особливо серед дитячого населення. Із зростанням дефіциту бюджетного фінансування медичної сфери проблема не вирішиться, оскільки потребу застосування удосконалених підходів балансування економічних стимулів з складовими доступності та ефективності консультативно-діагностичної офтальмологічної допомоги. Полювати такі невідповідності можливо лише за умови реалізації системного підходу та аналізу для вирішення проблеми. В першу чергу, необхідно розглянути можливість

застосування міжсекторального підходу та співробітництва для об'єднання спільних зусиль по формуванню офтальмологічного здоров'я з дитинства.

Основними принципами міжсекторального підходу, які були запропоновані та реалізовані нами на практиці стали:

- єдність діючого нормативно-правового поля функціонування державних і приватних закладів охорони здоров'я, освітніх закладів, які надають послуги дітям різного віку;

- заборона будь-якої дискримінації прав закладів охорони здоров'я різної форми власності;

- досягнення вищої ефективності запропонованої міжсекторальної співпраці з виконання намічених стратегічних завдань по збереженню офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Методичні підходи, які були застосовані на практиці задля реалізації міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, представлені на рисунку 7.2.



Рис. 7.2. Методичні підходи з обґрунтування удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

Розроблена та запропонована для впровадження удосконалена модель на засадах міжсекторального співробітництва враховує сучасні особливості дефіциту бюджетного фінансування вітчизняних медичних, освітніх, культурних закладів, які в повсякденній діяльності взаємодіють з дітьми та їх родинами (рис. 7.3).

В таких умовах інноваційним на рівні регіону може стати прийняття та реалізація регіональних міжсекторальних програм, розділи яких зорієнтовані на збереження офтальмологічного здоров'я дітей, профілактику хвороб ока та його додаткового апарату. Суб'єктом управління такої програми може додатково стати створена при державній адміністрації Координаційна рада, до складу якої крім представників регіональних органів влади можуть входити медики, освітяни, представники приватного медичного сектору, громадських організацій та об'єднань, зокрема масової інформації.

Саме у такий спосіб можливим може стати залучення сучасних удосконалених організаційних компонентів охорони здоров'я, а саме: лідерство та стратегічне керівництво; фінансування; кадрове забезпечення; надання профілактичних послуг та збереження офтальмологічного здоров'я; інформаційно-освітня складова, тощо.

«Лідерство та стратегічне керівництво» – реалізується та розкривається через участь місцевих органів влади, регіональних департаментів охорони здоров'я та освіти, об'єднаних територіальних громад, участь громадських організацій та об'єднань дозволяє консолідувати зусилля державних і недержавних структур у свідомому обранні пріоритетів превентивного підходу до збереження офтальмологічного здоров'я дітей.

«Удосконалені економічні засади взаємодії ПМД з метою збереження офтальмологічного здоров'я дітей» – передбачено залучення зацікавлених сторін із застосування системного міжсекторального підходу на регіональному рівні, можливість багатоканального фінансування медико-діагностичних профілактичних послуг, зокрема для реалізації завдань регіональної програми.



Такий підхід дозволить забезпечити багатоканальне фінансування профілактичних, медико-діагностичних послуг за рахунок можливості проведення офтальмологічних діагностичних обстежень за пакетами надання первинної медичної допомоги (програми медичних гарантій, а також коштів регіональних бюджетів, об'єднаних територіальних громад та громадських організацій за їх згодою та в рамках реалізації затверджених програм.

«Удосконалені функціонально-організаційні засади матеріально-технічного, кадрового забезпечення надання офтальмологічної допомоги дітям» – передбачають підтримку безперервного професійного розвитку сімейних лікарів, дитячих офтальмологів, з унормуванням розширених функцій сімейних лікарів із попередження порушень зорових функцій у дітей. Складовими процесу стає взаємодія та реалізація практичного компоненту освіти за фахом «Оптометрія» для спеціалістів на до- та післядипломному рівні, а також створення можливостей безперервної взаємодії і професійного розвитку в частині впровадження сучасних офтальмологічних медико-профілактичних технологій серед офтальмологів, дитячих офтальмологів, дитячих психологів, оптометристів, сімейних лікарів, сімейних педіатрів. По мірі розгортання діяльності служб і центрів громадського здоров'я, їх фахівці мають активно та ініціативно залучатися до запланованих заходів та завдань.

«Збереження офтальмологічного здоров'я з дитинства, підвищення ефективності профілактичної, діагностичної і лікувальної складових медичної допомоги дітям із вистосуванням сучасних медико-профілактичних технологій і технічних засобів» – полягає у адаптації та широкому запровадженні сучасних медико-профілактичних технологій збереження зору дітей в амбулаторно-поліклінічних умовах при наданні первинної та спеціалізованої офтальмологічної допомоги дітям.

Удосконаленнями елементами, впровадження яких на практиці дали позитивні результати, стали приклади функціонально-структурної інтеграції приватного та державного секторів охорони здоров'я для досягнення

визначеного завдання попередження виникнення порушень зору у дітей. Підтримана таким чином вільна дія дозволяє організаційно оптимально поєднати сильні характеристики, переваги функціонування закладів охорони здоров'я різної форми власності навколо реалізації визначених завдань. Запропонований підхід дозволяє оптимізувати витрати при одночасному зростанні обсягів профілактичних-діагностичних офтальмологічних послуг, наданих дитячому населенню. Ефективність таких послуг, враховуючи кращий рівень оснащення офтальмологічних кабінетів приватних закладів, їх можливість мобільності роботи в дитячих колективах в умовах освітніх закладів, стає порівняно високою. Доцільність застосування саме такого підходу справджується при порівнянні не тільки спеціалізованої офтальмологічної, а й первинної медичної допомоги дітям в закладах охорони здоров'я різної форми власності. Позитивний досвід запровадження міжсекторальної вільної дія для об'єднання зусиль освітян і медиків навколо проблеми формування офтальмологічного здоров'я дітей спонукає до запровадження комплексного і диференційованого підходу до організації профілактичних-діагностичних обстежень та спостереження за формуванням функції зору у дітей різного віку. Продовження впровадження наведеного удосконалення організаційних підходів збереження офтальмологічного здоров'я дітей сприятиме ранньому виявленню можливих їх розладів та своєчасному здійсненню необхідних пікувально-профілактичних заходів.

Набуває актуальності необхідність удосконалення інформаційно-освітньої складової освіти та медична, які щоденно контактують з дітьми, щодо оволодіння сучасними медико-профілактичними стратегіями раннього виявлення факторів ризику, а також реалізації профілактичних стратегій попередження формування розладів зорового аналізатора в дитячому віці. Успіх реалізації обраного напрямку залежить не лише від реалізації окремих розрізнених заходів, а полягає у програмному міжгалузевому підході, який і дозволить забезпечити системність. У акцентом в першу чергу на посиленні

первинної профілактики хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення.

Результати аналізу обізнаності лікарів загальної практики-сімейних лікарів з проблеми збереження офтальмологічного здоров'я дітей мотивують до посилення та вдосконалення освітнього забезпечення, включаючи заходи до дипломної та післядипломної освіти. Серед заходів до дипломної освіти в першу чергу потребують доповнення освіти програми за спеціальністю 222 «Медицина» та 223 «Медсестринство». Доповнення мають включати питання організації медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дитячому контингенту з метою формування здорових стереотипів щодо збереження офтальмологічного здоров'я. Розширення змістовного та методологічного наповнення вказаних освітніх програм включає поглиблене відпрацювання практичних навичок та компетенцій з акцентом на превентивному, предиктивному, персоналізованому підході при проведенні профілактичного (офтальмологічного) обстеження дітей різного віку. Ступіною стає пропозиція доповнення освітніх програм другого (магістерського) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я» питаннями організації профілактичних діагностичних обстежень, включаючи заходи первинної, вторинної і третинної профілактики із збереження офтальмологічного здоров'я дітей. Підготовані спеціалісти з громадського здоров'я, володіючи набутими знаннями, можуть активно долучатися до реалізації завдань комплексних міжсекторальних регіональних програм, міжсекторальних заходів за участі освітан та медиків, в частині посилення профілактичної складової збереження офтальмологічного здоров'я дітей.

Реалізація міжгалузєвої регіональної програми передбачає функціонування та інформаційне забезпечення, як самого моніторингового процесу в цілому, так і прийняття окремих управлінських рішень. Створення регіональної інформаційно-освітньої мережі з включенням зацікавленого в регіональній програмі ресурсного та кадрового потенціалу освітніх,

медичних, культурних закладів державної і недержавної форми власності, громадських організації та об'єднань, доповнить складову міжсекторальної взаємодії для реалізації запланованих заходів регіональної програми збереження офтальмологічного здоров'я дітей.

Управлінська модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні представлена на рисунку 7.4. До суб'єкту управління на державному рівні віднесено КМУ, ВРУ, МОЗ та МОН України, НСЗУ, Центр громадського здоров'я. Суб'єктом управління на регіональному рівні стають регіональні органи виконавчої влади, департамент охорони здоров'я та освіти ОДА, об'єднані територіальні громади, регіональний центр громадського здоров'я, адміністрація та головні лікарі освітніх, медичних, культурних закладів різної форми власності, які працюють з дітьми.

Основною цільовою групою реалізації удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я стали діти та їх родини. Надання профілактичних діагностичних офтальмологічних послуг враховує індивідуальні особливості дитини, сформовані у неї стереотипи зорового навантаження.

Об'єктами управління, структурні елементи, кадрові, матеріально-технічні та фінансові ресурси яких представлені на рис. 7.4., віднесені: дитячі офтальмологічні стаціонари; надані в амбулаторно-поліклінічних умовах офтальмологічні профілактичні діагностичні послуги; профілактичні діагностичні обстеження функції зору в Центрах первинної медичної допомоги (ЦПМД), сімейних амбулаторіях (СА).

Блок наукового регулювання включає взаємодію об'єкта і суб'єкта управління за напрямом:

- нормативно-правового забезпечення (діючи нормативно-правові документи КМУ, МОН України, МОЗ України, НСЗУ, Центру громадського



здоров'я, регіональних органів виконавчої влади та місцевого самоврядування);

- організаційно-методичного та інформаційно-методичного забезпечення (включає впровадження медико-організаційних технологій в практику із інформаційно-методичним супроводом впровадження запропонованих інновацій, в т.ч. через галузеві та рекомендовані МОЗ України медико-технологічні документи);

- фінансового, матеріально-технічного забезпечення (включає можливість багатоканального фінансування для реалізації завдань збереження офтальмологічного здоров'я дітей);

- забезпечення дотримання вимог медико-технологічної документації (виконання настанов з надання медичної допомоги дітям за класом хвороб ока та його придаткового апарату. Перегляд норм зорового навантаження під час забезпечення он-лайн та оф-лайн освітнього процесу дітей різного віку);

- забезпечення інформаційно-комунікаційної взаємодії та професійного спілкування освіти, медиків та цільових груп населення з організації надання профілактично-діагностичних офтальмологічних послуг дітям різного віку (включає проведення соціологічних досліджень щодо факторів ризику, офтальмопатології, оприлюднення їх результатів в комунікації з професійними та громадськими організаціями, об'єднаннями, освітніми закладами, тощо);

- наукового супроводу та освітньо-просвітницької діяльності (поглиблення профілактичного вектору діяльності дитячої офтальмологічної служби регіону, наукові дослідження, освітні програми, навчальні плани, широке інформування населення з питань збереження зору);

- координації, контролю, оцінки, інформаційної підтримки процесу управління (науково-освітній супровід, формування інформаційної бази для прийняття важливих управлінських рішень на різних рівнях).

Системність та міжсекторальність підходу до реалізації заходів первинної профілактики та збереження офтальмологічного здоров'я з дитинства дозволяє впливати на:

- виявлення та нівелювання терезових факторів ризику розвитку офтальмологічної патології у дітей;

- забезпечення контролю за режимом зорових навантажень, його дотриманням згідно затверджених на державному рівні нормативів зорового навантаження для дітей різного віку;

- виявлення спадкового анамнезу та генетичних факторів ризику розвитку офтальмологічної патології в дитячому віці;

- встановлення регіональних особливостей поширеності офтальмологічної патології, різних її форм шляхом інформування громадськості про особливості динаміки основних медико-статистичних показників з цього приводу;

- інформування населення, особливо молоді і підлітків, щодо факторів ризику порушення функцій зору та заходів із зменшення та нівелювання впливу виявлених факторів ризику на індивідуальному і груповому рівні;

- підвищення уваги із інформуванням та залученням спільних зусиль медиків, освіти, батьків дітей різного віку до заходів первинної, вторинної профілактики виявлення порушення функцій зорового аналізатора. Заходи вторинної профілактики включають: запровадження програм профілактичних діагностичних обстежень, з визначеною регулярністю в залежності від індивідуальних особливостей дитини та виявлених офтальмологічних порушень; своєчасне втручання з корекції виявленої офтальмологічної патології (в тому числі оперативне втручання при вродженій патології); розвиток методів ранньої діагностики мультифакторіальних хвороб та синдромів, одними з проявів яких є порушення функціонування зорового аналізатора. При порівнянні ефективності заходів первинної та вторинної профілактики перевага

надається первинній, в тому числі через безсумнівність її попереджуваного економічного ефекту.

Реалізація обґрунтованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, в першу чергу зорієнтована на співпрацю медиків і освіти, сімейних лікарів та(або) сімейних педіатрів, дитячих офтальмологів та середнього медичного персоналу в запровадженні сучасних регулярних медико-профілактичних технологій, виявленні факторів ризику та веденні ефективного нагляду за формуванням зорових функцій у дітей різного віку.

Спектр можливих відхилень у формуванні офтальмологічного здоров'я дітей різного віку дозволяє обґрунтовувати маршрут пацієнта із проведенням організаційних, лікувальних, профілактичних заходів на етапах: надання первинної медичної допомоги із залученням сімейних лікарів, сімейних педіатрів, середнього медичного персоналу медичних та дитячих освітніх закладів, які здійснюють регулярні профілактичні заходи та профілактичні діагностичні обстеження функцій зору в амбулаторно-поліклінічних умовах за місцем проживання або навчання дитини з використанням сучасних профілактичних, лікувально-діагностичних та реабілітаційних технологій.

Ці ж медики відповідають долучаються до проведення санітарно-виховної роботи серед школярів, батьків, поширення знань з профілактики порушень функцій зору в дитячому віці, своєчасної організації та контролю результатів консультування пацієнтів за наявності ознак і факторів ризику виникнення офтальмологічної патології; надання спеціалізованої офтальмологічної допомоги за місцем проживання або в закладах різної форми власності за вибором батьків дитини, для діагностики і своєчасної корекції зору у дітей з наступним регулярним (дорічним, щопіврічним) обстеження в рамках дистансного спостереження у фахівця-офтальмолога. Допільним являється вивчення впливу появи офтальмологічної патології на формування компонентів якості життя у дітей різного віку. На рисунку 7.3. представлено удосконалені функціонально-організаційні засади взаємодії

ПМД, включаючи матеріально-технічне, кадрове забезпечення, удосконалені економічні засади, комунікаційну, освітню та інформаційно-просвітницьку роботу.

Додатковим елементом удосконаленої моделі, який було реалізовано на практиці, стало створення медико-інформаційного простору з узагальненням та аналізом медико-статистичної інформації за кількома рівнями. Першим серед них визначено інформаційну систему лікувального закладу (ЦМХО), в якій безпосередньо реалізуються інноваційні підходи, обґрунтовані в роботі. Наступним рівнем стає інформаційний простір, в якості інформаційно-аналітичного та/або організаційно-методичного підрозділу на рівні адміністративно-територіальної одиниці, до якої належить окремий заклад охорони здоров'я. На наступному рівні інформація з регіонів збирається та аналізується в національній базі даних, яка наприклад, може функціонувати при науковій установі, клініці державного значення, а на перспективу в профільному підрозділі МОЗ України.

Інноваційним стало активне оприлюднення результатів аналізу отриманої медико-статистичної інформації, виявлених регіональних проблем і особливостей із активним залученням громадськості. Участь практично всіх верств населення відбувалася з дотриманням правових орієнтирів і умов, за якими відбувалося впровадження необхідних перетворень на кожному з етапів дисертаційного дослідження. З метою впровадження відкритості і прозорості прийятих на регіональному рівні рішень по вирішенню пріоритетних проблем збереження офтальмологічного здоров'я дитячого населення, пропонувалося прийняти інформованих рішень щодо відповідальності за здоров'я власне, своїх дітей та родини на індивідуальному та груповому рівнях.

Побудова удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні відбувалася з урахуванням сучасних рекомендацій ВООЗ (зокрема результатів реалізації Глобального плану дій (Global Action Plan 2014-2019) з

реалізації ініціативи VISION 2020), дієвої нормативно-правової бази в медичній галузі та Основ законодавства про охорону здоров'я України, пріоритетів реформування вітчизняної системи охорони здоров'я, результатів власних наукових досліджень, приведених вище в розділах дисертації. Серед передумов удосконалення системи варто врахувати і той факт, що в Україні, та й в Києві, зокрема, останніми роками спостерігається значна диференціація надання офтальмологічної допомоги. Якщо первинна медична допомога є безоплатною, територіально доступною для всіх верств населення, то щодо надання офтальмологічної допомоги, зокрема дитячому населенню, виникають труднощі. Так, певна частина батьків, стикаючись з низькою доступністю дитячого офтальмолога в мережі державних закладів охорони здоров'я, обирають звернення до приватних офтальмологічних та оптометричних кабінетів, офтальмологічних клінік. Але, навіть в Києві, де лише невелика частина населення. Більшість продовжують звертатися в комунальні ЗОЗ, в яких через недостатність фінансування переважна більшість обладнання є зношеним, а орієнтованість на впровадження сучасних медико-профілактичних офтальмологічних технологій є низькою. Обгрунтовано виникає необхідність функціонально-структурної взаємодії офтальмологічних підрозділів приватних і державних ЗОЗ.

В процесі пошуку виходу із ситуації, що склалася, нами була сфокусована увага на послугах і кадровому потенціалі первинної медичної допомоги, розвиток якої в Україні відбувається на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини. Оскільки, за отриманими в дослідженні результатами було доведено, що сімейні лікарі не спроможні в повній мірі застосовувати в щоденній практиці сучасні офтальмологічні медико-профілактичні технології при обстеженні дітей, в основному через відсутність потрібного обладнання, знань та навичок, розглядалася можливість залучення, з цією метою, амбулаторно-поліклінічної мережі офтальмологічних кабінетів комунальних закладів охорони здоров'я.

В сучасних українських реаліях із значним дефіцитом фінансування бюджетної сфери, зокрема медико-профілактичних послуг в охороні здоров'я дитячого населення, для виходу із скрутного становища, деталі якого ми вивчили, необхідно застосувати удосконалені і нові підходи та ініціативи для забезпечення ефективного програмного міжсекторального підходу до вирішення проблеми збереження зору з дитинства.

Залишається відкритим питання пошуку інвестицій в сферу охорони здоров'я на рівні державної політики, реалізації державних та регіональних програм, які мають на меті збереження офтальмологічного здоров'я підростаючого покоління та маючі в державі в цілому. Інвестицій особливо потребує низький рівень матеріально-технічного забезпечення амбулаторної офтальмологічної служби сучасним лікувально-діагностичним обладнанням.

Модернізація та розвиток системи охорони здоров'я із впровадженням нових лікувальних і діагностичних методик, які відбуваються у світі з кожним роком все швидше, призводить до подорожчання вартості медичної послуги в офтальмології також. Держава, в особі органів регіональної влади та об'єднаних територіальних громад, може перейти від прямого бюджетного фінансування до багатоканального фінансування, залучаючи кошти від НСЗУ за пакетами надання медичних послуг при наявності діагностованої патології зорового аналізатора до перспективної моделі існування в профілактику та своєчасне виявлення офтальмологічної патології на ранніх етапах. Такий підхід підвищить прогнозовану ефективність використання бюджетних коштів на охорону здоров'я в державі в цілому.

В умовах жорсткої економії витрат на охорону здоров'я, для посилення профілактичного вектору, може бути залученом приватний медичний сектор, включаючи приватний оптичний сегмент із кабінетами дипломованих оптометристів, з високою якістю технологічного забезпечення та кращими можливостями для реалізації сучасних медико-профілактичних технологій збереження функцій зору у дітей.

Реалізовані на практиці науково-обґрунтовані підходи відобразилися на якості, ефективності та результативності надання офтальмологічної допомоги дітям. А саме, запровадження елементів удосконаленої системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в практичну охорону здоров'я на регіональному рівні призвели до змін процесу, структури і результату (за A. Donabedian) її надання.

Структурна компонента змін характеризувалася можливістю залучення міжсекторальних зусиль освіти (дошкільної та шкільної освіти), служби громадського здоров'я та регіональних центрів громадського здоров'я, медиків амбулаторно-поліклінічної ланки (лікарів загальної практики-сімейних лікарів, медичних сестер сімейних лікарів, оптометристів, дитячих офтальмологів, дитячих психологів), а також медиків спеціалізованих офтальмологічних кабінетів та стаціонарних дитячих офтальмологічних відділень з необхідним кадрним, матеріально-технічним, інформаційним забезпеченням та можливістю об'єднання зусиль, потенціалу державних та приватних закладів охорони здоров'я, освіти, освітніх закладів, які в повсякденній діяльності працюють та контактують із дітьми.

Змінена таким чином структурна компонента позитивно вплинула на доступність якісної дитячої офтальмологічної допомоги (територіальну та фінансову), оскільки згідно умов участі в регіональній програмі приватні освітні і медичні заклади, оптики, так само як і комунальні заклади охорони здоров'я надавали медико-профілактичні, діагностичні офтальмологічні послуги безкоштовно.

Для реалізації заходів регіональної програми в закладах охорони здоров'я комунальної форми власності було забезпечено додаткове матеріально-технічне оснащення, а також додаткове кадрове забезпечення. Зокрема, при відборі кадрів медичних працівників була проведена робота із додаткового навчання з володіння відповідним переліком знань та умінь профілактичного діагностичного офтальмологічного обстеження дітей, знань щодо факторів ризику розвитку порушень зорових функцій в дитячому віці.

Окремо оцінювалася можливість медичного працівника застосовувати набуті навички з реалізації на практиці сучасних клінічних технологій та галузевих нормативів і стандартів надання офтальмологічної допомоги.

Процесна компонента, як складова удосконаленого управління, була доповнена ефективним залученням освіти батьків та родів дітей за участі медиків всіх ланок надання офтальмологічної допомоги. Вона, в тому числі, передбачала контроль дотримання технологій надання медико-профілактичної, діагностичної офтальмологічної допомоги, з дотриманням актуальних на даний час клінічних настанов.

Результативність запропонованого системного підходу призвела до покращення інформованості населення щодо факторів ризику порушень зору в дитячому віці, зростання кількості свідомих звернень батьків з метою профілактичного огляду здорових функцій їх дітей, в тому числі за рахунок появи безкоштовної можливості проходження такої діагностики. Зростання кількості своєчасно виявленої офтальмологічної патології, призначення своєчасної корекції та відповідного регулярного лікувально-діагностичного медичного супроводу, прогнозовано призведуть до зниження ризику незворотних втрат здорових функцій, що дозволить попередити зростання цифр інвалідності по зору з дитинства.

Реалізація концептуальних засад системного підходу дозволила об'єднати вищевказані компоненти, що позитивно вплинуло на доступність, ефективність та результативність на регіональному рівні реалізованих таким чином запропонованих інновацій.

Нижче наводимо результати роботи спеціалізованих дитячих офтальмологічних підрозділів Київської міської клінічної офтальмологічної лікарні «Центр мікрохірургії ока» (КМКЛОЛ «ЦМХО»), які були залучені до реалізації програмних заходів в секторі забезпечення надання стаціонарної офтальмологічної допомоги дітям на безоплатній (для пацієнтів) основі. На практиці, удосконалена робота дитячого офтальмологічного відділення КМКЛОЛ «ЦМХО» за представленими вище підходами показала наступні

результати. Так, в 2022 році дитячими офтальмологами КМКОЛ «ЦМХО» було надано 8336 високоспеціалізованих офтальмологічних консультативних послуг дітям у віці до 18-ти років, у 21,2 % (1765 випадків) з них звернення були повторними, в дитячому стаціонарі проліковано 767 дітей (табл. 7.1).

Таблиця 7.1.

Склад хворих, які перебували в дитячому офтальмологічному стаціонарі КМКОЛ «ЦМХО» у віці до 18-ти років, 2022 рік

Найменування хвороб ока та його придаткового апарату	Кількість пролікованих, всього	В т.ч. іногородні і всього	З них діти		Прооперованих, всього
			до 18- років	до 1-го року	
Доброякісні новоутворення	17	3	17	1	17
Хвороби ока та придаткового апарату, в т.ч.:	289	153	289	6	272
попик	86	25	86	2	85
кон'юнктивити	4	2	4	1	4
склери, рогівки	10	4	10	0	9
кришталика	12	10	12	0	12
судинної оболонки і сітківки	4	3	4	0	4
відшарування сітківки	14	13	14	0	14
глаукома	1	0	1	0	1
косоглязкість	144	93	144	2	139
розлади рефракції та акомодациї	11	0	11	0	1
Природжені вади розвитку ока та його придаткового апарату	400	130	400	384	399
Травми, опіки ока	60	15	60	2	42
Всього	767	302	767	393	731

В умовах офтальмологічного стаціонару лікування отримали 767 дітей, з яких більшість (95,3 % або 731 дитина) були прооперовані за медичними показаннями. Практично кожне друге оперативне втручання (54,58 % або 399 дітей) відбувалося з причини природжених вад розвитку ока. Більше третини (37,2 % або 272 випадки) склали діти з хворобами ока та його придаткового апарату, з них хвороби: повік 31,25 % (85 випадків); кон'юнктиви 1,5 % (4); склери та рогівки 3,3 % (9); кришталика 4,4 % (12); судинної оболонки і сітківки 1,5 % (4); відшарування сітківки 5,15 % (14); глаукома 0,4 % (1); косоглякість 51,1 % (139); травми та опіки ока та його придаткового апарату 15,44 % (42 випадки).

Із 767 дітей, які перебували на стаціонарному лікуванні в дитячому офтальмологічному відділенні КМКОЛ «ЦМХО» 465 (60,63 %) були з м. Києва, а 302 (39,37 %) іногородні. Із 767 госпіталізованих дітей більша половина (393 або 51,24 %) складали діти віком до 1-го року. Аналогічно, із 731 дітей, яким протягом року було здійснено оперативні втручання в дитячому офтальмологічному стаціонарі КМКОЛ «ЦМХО» 435 або 59,5 % були мешканцями м. Києва, а 296 або 40,5 % іногородніми, які госпіталізувалися за направленнями із різних регіонів України (табл. 7.1).

За підсумками проведеної роботи ми переконалися в тому, що результативність офтальмологічної допомоги дітям на 80-90 % залежить від організації та управління міжсекторальної взаємодії в площині удосконалення її структури, компетенцій та настигності у наданні всіх видів медичної допомоги, а також від повноцінного інформаційного супроводу всіх учасників, в першу чергу пацієнтів та членів їх родин.

Виявлені дефекти організації та управління були пов'язані із рівнем професійної підготовки медиків, якості обладнання для застосування сучасних медико-профілактичних технологій з доведеною ефективністю. З метою підвищення задоволеності пацієнтів наданою лікарем загальної практики-сімейним лікарем медичною допомогою необхідно дооснастити (відповідно до рекомендованого таблиці оснащення) сімейні амбулаторії

обладнанням для забезпечення можливості медиків проводити профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження дітям. Достиження цієї рекомендації в поєднанні із наявністю досвідчених медичних кадрів, повиністю забезпечити належні умови для продовження впровадження скринінгових досліджень не лише щодо збереження офтальмологічного здоров'я дітей, а й для посилення профілактики інших хвороб органа зору, таких як глаукома, вікова макулодистрофія, тощо, що підтверджено досвідом діяльності первинної медичної допомоги в інших країнах Європи.

Для обґрунтування функціонально-організаційного удосконалення системи нами використані вітчизняні та міжнародні підходи, за якими доведено, що результативність системи визначається її властивостями. А для отримання інших результатів, систему необхідно змінювати або удосконалювати. При цьому, різні складові, імплементація яких може в цілому змінити результативність функціонування системи водити до зміни діяльності (підняття, оцінки, зниження, тощо).

Досвід показав, що для досягнення кращої результативності разом із змінами компонентів системи, удосконалення їх кількості, структури, важливо відпрацювати взаємодію та налагодити зв'язки між ними, особливо коли мова йде про міжгалузеву взаємодію. Виходячи з цього, безперервне підвищення ефективності системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей передбачає застосування динамічного, комплексного інтегрованого підходу, спрямованого на контроль за впровадженням інновацій, виявлення і вирішення існуючих проблем, шляхом постійного удосконалення та модифікації.

### 7.3. Оцінка незалежними експертами ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні

Актуальність запровадження науково обгрунтованих підходів до удосконалення системної міжсекторальної взаємодії з метою збереження офтальмологічного здоров'я в Україні потребувала комплексного підходу до проведення оцінки ефективності запропонованих інноваційних елементів удосконаленої функціонально-організаційної моделі. Нами організовано проведення експертної оцінки результатів дослідження для чого за попередньої усної добровільної згоди було залучено 20 високопрофесійних незалежних експертів, в тому числі 12 науковців за фахом 14.02.03-соціальна медицина, 6 клініцистів офтальмологів та дитячих офтальмологів з досвідом управлінської діяльності на посадах завідувача відділення, практикуючий лікар загальної практики-сімейний лікар, який в повсякденній діяльності надає первинну медичну допомогу дітям різного віку та батько дитини з діагностованим захворюваннями ока та його придаткового апарату.

Саме метод експертної оцінки на нашу думку виявився доречним до застосування, оскільки він дозволив отримати неупереджену об'єктивну думку щодо конкретного питання на основі аналізу та оцінки сукупності індивідуальних думок та вражень експертів.

Процедура експертного опитування включала анонімність відповідей на питання попередньо розробленої «Анкети експертного опитування» (Додаток Є). За отриманими результатами експертного опитування за 5-ти бальною шкалою, виявилось, що діапазон коливання оцінок експертів, в залежності від запитання, перебував в межах від 4,6 до 5,0 оціночних балів (табл. 7.2).

Як видно з таблиці 7.2. експерти однозначно підтвердили актуальність проблеми збереження здорових зорових функцій, починаючи з дитинства.

Оцінка кожного з них у відповіді на поставлене запитання дорівнювала 5 балам.

Аналогічно одностайною виявилася думка експертів щодо комплексності запропонованої нами удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, про що свідчили оцінки у 5 балів усіх опитаних за цим пунктом анкети.

Високою виявилася і загальна оцінка значущості удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні (4,9±0,29 бали;  $S_x$  5,9 %). Таку ж високу загальну оцінку отримала значущість, на думку експертів, запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи для сучасного реформування та розвитку охорони здоров'я в Україні з дотриманням євроінтеграційного напрямку (4,9±0,29 бали;  $S_x$  5,89 %).

Таблиця 7.2.

Результати експертного оцінювання удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні

Зміст питання	Середні результати кількісних оцінок, середнь-квадратичні відхилення в балах до 5-бальною шкалою (M±σ)	Результати відносних оцінок «Так» (%)	Коефіцієнт варіації ( $S_x$ ), (y %)
1	2	3	4
Актуальність проблеми збереження здорових зорових функцій, починаючи з дитинства	5,0±0,0	-	0

Продовження таблиці 7.2.

1	2	3	4
Значущість запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей для сучасного реформування та розвитку охорони здоров'я в Україні з дотриманням євроінтеграційного напрямку	4,9=0,29	—	5,89
На скільки ефективно, на Вашу думку, працюватиме міжсекторальна взаємодія із налагодженням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку	4,8=0,85	—	11,78
Чи доцільним є інтеграція в систему удосконалених елементів моніторингу та контролю ефективності виконання завдань програми	—	95,0	—
Соціальна спрямованість функціонально-організаційного удосконалення системи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини	4,7=0,76	—	15,29

Продовження таблиці 7.2.

1	2	3	4
Спроможність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей при подальшому її впровадженні знизити показники інвалідності по зору	-	95,0	-
Комплексність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні	5,0	-	0
Оцінка удосконалення медико-організаційних профілактичних технологій раннього виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків	4,76±0,86	-	16,2
Підвищення професійно-освітнього рівня лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах при впровадженні удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей	4,8±0,39	-	8,1

Продовження таблиці 7.2.

1	2	3	4
Загальна оцінка значущості удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні	4,9±0,29	–	5,9

Оцінку в  $4,8 \pm 0,85$  ( $S_1$  11,78 %) бали отримала пропозиція ефективність подальшого впровадження міжсекторальної взаємодії із налагодженням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку. Така ж оцінка  $4,8 \pm 0,39$  бали ( $S_1$  8,1 %) надана спроможності, при подальшому впровадженні, запропонованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей підвищувати професійно-освітній рівень лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах.

На запитання, чи доцільним є інтеграція в систему удосконалених елементів моніторингу та контролю ефективності виконання завдань програми, 95,0 % експертів дали позитивну відповідь. Аналогічно більшість із них (95,0 %) одноставно підтримали спроможність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей при подальшому її впровадженні позитивні показники інвазивності по зору в Україні.

Більшість експертів відмітили соціальну спрямованість запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини ( $4,7 \pm 0,76$  бали;  $S_1$  15,29 %) та позитивно оцінили удосконалення медико-організаційних профілактичних технологій раннього виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків ( $4,67 \pm 0,86$  бали;  $S_1$  16,2 %).

Таким чином, всі опитані експерти позитивно оцінили в балах інноваційні та удосконалені елементи обгрунтованої моделі. Більша половина з них скористалися нагодою висловити свої пропозиції щодо подальшого впровадження представленої удосконаленої моделі в Україні. Аналіз висловлених експертами пропозицій показав їх спрямованість на: подальше вдосконалення медико-технологічної документації, нормативно-правової бази, з можливістю розробкою державних та регіональних програм профілактики зростання поширеності офтальмологічної патології серед підростаючого покоління в Україні; підвищення поінформованості медиків та пацієнтів, громадськості з проблеми раціонального планування профілактичних діагностичних обстежень; розробку індикаторів моніторингу та контролю виконання означених завдань.

Як видно з таблиці 7.2, нами додатково прораховувався коефіцієнт варіації думок експертів при відповідях на кожне із запитань анкети крім двох, де всі експерти одноставно оцінили запитання у 5 балів. Таким чином додатково з'ясувався узгодженість думок експертів при оцінці як удосконаленої моделі в цілому, так і її удосконалених та інноваційних елементів, зокрема. За результатами проведених розрахунків коливання  $C_v$  склали від 5,89% до 16,2% і в жодному разі варіабельність оцінок не перевищала граничної значущості високого рівня варіацій – 20,0%. Наведене дозволяє зробити висновок, що отримані результати є значимими за заданими параметрами для оцінки ефективності подальшого впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

#### Висновки до розділу 7

1. Науково обгрунтовано удосконалену функціонально-організаційну модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. Запропонована модель

враховувала необхідність реалізації обґрунтованих пріоритетних напрямів, серед яких: організаційне удосконалення профілактичного підходу із попередження порушення, збереження функцій зору у дітей; удосконалення функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги; матеріально-технічне, кадрове забезпечення підвищення ефективності медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям; міжсекторальний підхід до удосконалення діагностики порушень зору у дітей; науковий супровід, моніторинг запропонованих інновацій з оцінкою результатів реалізації регіональних програм та прийнятих управлінських рішень. Наведено принципи та методичні підходи реалізації міжсекторальної взаємодії, сучасні організаційні компоненти охорони здоров'я, які обґрунтовують доцільність прийняття, реалізації комплексної міжсекторальної регіональної програми, розлі якої зорієнтовано на збереження офтальмологічного здоров'я дітей, профілактику хвороб ока та його додаткового апарату.

2. Інноваційними елементами обґрунтованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі стали: запровадження превентивного, предиктивного, персоналізованого підходу при реалізації медико-профілактичного офтальмологічного втручання у дітей; функціонально-організаційна інтеграція приватного і державного секторів охорони здоров'я, освітніх закладів різної форми власності навколо реалізації завдань формування офтальмологічного здоров'я дітей. Також запроваджено комплексний, диференційований підхід до організації профілактичних діагностичних обстежень та своєчасного за формуванням функцій зору у дітей різного віку. Удосконалена інформаційно-освітня складова підготовки медиків та освіти щодо оволодіння сучасними медико-профілактичними стратегіями та технологіями, включаючи заходи додипломної та післядипломної освіти.

3. Ефективність розробленої та впровадженої на етапах виконання дисертаційного дослідження елементів удосконаленої моделі підвищався

комплексній експертній оцінці за окремими її складовими. Результати проведеного експертного опитування виявили високі угоджені оцінки експертів щодо: актуальності проблеми збереження здорових зорових функцій, починаючи з дитинства (5,0±0,0 бали); комплексності удосконаленої функціонально-організаційної моделі (5,0±0,0 бали); значущості запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей для сучасного реформування та розвитку охорони здоров'я в Україні з дотриманням євроінтеграційного напрямку (4,9±0,29 бали; С, 5,89 %); ефективності міжсекторальної взаємодії із налагодженням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку (4,8±0,85 бали; С, 11,78 %); соціальної спрямованості функціонально-організаційного удосконалення системи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини (4,7±0,76 бали; С, 15,29 %); удосконалення медико-організаційних профілактичних технологій раннього виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків (4,76±0,86 бали; С, 16,2 %); підвищення професійно-освітнього рівня лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах при впровадженні удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей (4,8±0,39 бали; С, 8,1 %); загальної оцінки значущості удосконаленої функціонально-організаційної моделі (4,9±0,29 бали; С, 5,9 %). Більшість (95,0 %) експертів підтвердили спроможність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей при подальшому її впровадженні знизити показники інвалідності по зору, а також висловили доцільність інтеграції в систему удосконалених елементів моніторингу та контролю ефективності виконання її завдань.

Матеріали даного розділу представлені в таких публікаціях автора:

Денисюк Л.І. Аналіз передумов та пріоритетних напрямів системної взаємодії з попередження поширення офтальмологічної патології серед дітей в Україні. *Сучасна медицина, фармація та психологічне здоров'я*, 2024, №2(1), С. 13-17;

Медведовська Н.В., Денисюк Л.І. Комбінація превентивного, предиктивного, персоналізованого підходу до попередження поширення офтальмологічних хвороб серед дітей в Україні. *Актуальні проблеми профілактичної медицини*, 2024, № 1, С. 66-75. <https://doi.org/10.32782/2786-9067-2024-27-9>;

Денисюк Л.І. Пріоритетність функціонально-організаційного удосконалення та ресурсного забезпечення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. *Вісник проблем біології і медицини*, 2024, №2, С. 438-446;

Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Мірошніков О.О. Бондаренко Н.Ю. Міжсекторальний підхід до удосконалення діагностики порушень зору у дітей, як пріоритетний вектор превентивного втручання. *Сучасна педіатрія. Україна*, 2024, №5(141), С. 23-29. (Scopus) [https://doi.org/10.15574/SP.2024.5\(141\).2329](https://doi.org/10.15574/SP.2024.5(141).2329);

Денисюк Л.І., Медведовська Н.В., Бондаренко Н.Ю. Пріоритетність організаційного удосконалення профілактичного вектору в системі міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей. *Здоров'я дитини*, 2024, № 5(19), С. 280-286;

Антшкін Ю.Г., Медведовська Н.В., Денисюк Л.І., Бондаренко Н.Ю., Мірошніков О.О. Обґрунтування доцільності удосконалення міжсекторальної взаємодії з метою збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. *Сучасна педіатрія. Україна*, 2024, №4(140), С. 13-17;

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Реалізація принципів діяльності сфери громадського здоров'я з позицій потреби збереження зору з дитинства /

*Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення* : матеріали VII науково-практичної конференції з міжнародною участю, м. Харків, 30 жовтня 2024 р. Харків, 2024. С.80-82;

Денисюк Л.І., Поветкіна Т.М. Обґрунтування удосконалення функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги в Україні / *Sustainable healthcare development: national and global dimensions: scientific monograph* / edited by Valerii Zarogozhan and Valeriia Marichereda. Riga, Latvia : Baltija Publishing, 2024. P. 23-36;

Удосконалена система міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України : метод. реком. / Л.І. Денисюк. – К., 2021. – 36 с.

## ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням встановлено недосконалість організації та реалізації сучасних профілактичних стратегій збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, що особливо актуально в умовах зростаючого навантаження на незірлий в дитячому віці зоровий аналізатор, в тому числі із значним поширенням дистанційних форм освіти, спілкування серед дітей та молоді. В роботі вирішена актуальна науково-практична проблема медико-соціального обґрунтування і розробки удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, доцільність її впровадження підтверджена доведеною прогнозовою ефективністю. Удосконалена модель обґрунтована з урахуванням сучасних міжнародних стратегій та рекомендацій, зарубіжного та вітчизняного досвіду реалізації міжсекторальної взаємодії, а також результатів власного дослідження.

1. Встановлено, що актуальною проблемою організації офтальмологічної допомоги є недосконалість медико-соціального скринінгу і моніторингу хвороб ока у дітей. Першочергового вирішення потребує залучення міжсекторальної взаємодії задля посилення профілактичної спрямованості із збереження офтальмологічного здоров'я дітей з формуванням здорових зорових поведінкових і освітніх стереотипів; попередження виникнення порушень та розладів функцій зору; організація своєчасної діагностики офтальмологічної патології у дітей дошкільного, молодшого шкільного та підліткового віку.

2. Виявлено, що питома вага офтальмологічної патології в структурі захворюваності та поширеності хвороб серед населення України за 15-ти річний період ретроспективного дослідження залишалася, попри виявлені коливання, практично незмінною ( $5,12 \pm 0,01$  % та  $4,83 \pm 0,63$  % відповідно). Жінки частіше ( $58,37 \pm 0,54$  %), ніж чоловіки ( $41,63 \pm 0,54$  %) змертаються за

медичною допомогою з приводу офтальмологічної патології. Суттєве перевищення захворюваності за класом хвороб ока та його придаткового апарату традиційно виявлено серед міського населення (3227,4 на 100 тис. міського населення проти 2547,8 на 100 тис. сільського населення). Найвищою поширеність офтальмологічної патології в 2017 р. виявлена в Дніпропетровській (10 437,4), Львівській (10 414,1), Харківській (11 784,5) областях та м. Києві (11 302,5).

3. З'ясовано, що в структурі захворюваності класу хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення найбільшу питому вагу мали запальні захворювання кон'юнктиви ( $44,47 \pm 0,09\%$ ) та міопія ( $14,85 \pm 0,06\%$ ), питома вага остальньої зростає із віком дітей (від  $2,4 \pm 0,04\%$  у віковій групі 0-6 років до  $20,9 \pm 0,11\%$  у віковій групі 7-14 років та  $23,87 \pm 0,18\%$  у віковій групі 15-17 років). Захворюваність на офтальмологічну патологію дорослого населення також зростає із віком, особливо за нозологіями катаракта (серед працездатного населення 94,4, серед населення пенсійного віку 762,7 на 100 тис. населення, або у 8,1 разу,  $p < 0,0001$ ) та глаукома (серед працездатного населення 16,1, серед населення пенсійного віку 124,2 на 100 тис. населення, або у 7,7 разу,  $p < 0,0001$ ).

4. Показано, що структуру поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дорослого населення України традиційно формують: катаракта ( $15,33 \pm 0,40\%$ ); міопія ( $12,38 \pm 0,37\%$ ); кон'юнктивіти та інші захворювання кон'юнктиви ( $12,23 \pm 0,36\%$ ); глаукома ( $7,6 \pm 0,30\%$ ); діабетична ретинопатія ( $5,68 \pm 0,01\%$ ). За 15-ти річний період ретроспективного дослідження зміни структури поширеності означеного класу хвороб полягали лише у помірному зростанні питомих ваг глаукоми та діабетичних офтальмологічних ускладнень (діабетичної ретинопатії та діабетичної катаракти), що не мало впливу на традиційно сформовану структуру поширеності цього класу хвороб.

5. Доведено, що при зменшенні поширеності хвороб ока та його придаткового апарату серед дитячого населення (на  $3,23 \pm 1,80\%$  до 93,05 на

1000 населення 0-17 р. в Україні), при найвищих її рівнях за підсумками 2017 р. в Харківській (136,6), Рівненській (125,46) областях, у віковій групі 7-14 років навшки, відстежується її зростання ( $+3,41 \pm 1,78\%$ ), яке відбулося в більшості регіонів. Доведено стрімке зростання поширеності міопії із віком (з 3,68 на 1000 дітей дошкільного віку до 35,57 на 1000 дітей 7-14 років (в 10 разів,  $p < 0,0001$ )) та 84,86 на 1000 дітей 15-17 років (в 23 рази,  $p < 0,0001$ ), що актуалізує проблеми своєчасного виявлення та якісного медичного супроводу офтальмологічної патології з раннього дитячого віку. Не дивлячись на тенденції до зменшення частоти травм ока та орбіти в цілому по Україні, залишаються території, для яких проблема є актуальною (в м. Києві (13,5) рівень дитячого травматизму в 3,6 рази ( $p < 0,001$ ) перевищував середнє по Україні значення (3,8 на 10 тис. дитячого населення).

6. Показано, що щорічні профілактичні огляди виявляють зростання порушень зору із віком школярів, із найвищими показниками серед учнів 9-11 класів (86,77 на 1000 оглянутих учнів 9-11 класів), який в 1,3 разу ( $p < 0,01$ ) перевищував аналогічне значення показника серед учнів 2-8 класів, в 1,9 разу ( $p < 0,001$ ), – серед учнів, що розпочали навчання з 6 років та перевищував в 6,4 разу ( $p < 0,001$ ) аналогічне значення показника серед дітей дошкільного віку. Регіональні особливості формування показника проявилися порівняно меншою частотою виявлення порушень зору при профілактичних оглядах дітей Західного регіону (Закарпатська (24,25); Львівська (33,35); Чернівецька (33,84)), в порівнянні із Центральним (м. Київ (45,22); Київська (72,94); Житомирська (64,47); Кіровоградська (63,53)) та Східним (Харківська (56,9); Запорізька (53,23)) при середньому по Україні значенні в 2017 р. 47,85 випадків виявлення порушень функцій зору на 1000 оглянутих на профілактичних оглядах дітей 0-17 років.

7. Виявлено, що дитяча інвалідність за класом хвороб ока та його придаткового апарату за період дослідження мала тенденції до поступового зниження (до 7,8 на 1000 дитячого населення 0-17 років), як і первинна інвалідність за цим класом хвороб в цій же віковій категорії (до 0,8 на 1000

дітей). Регіональні особливості дитячої інвалідності по зору проявилися найвищими її рівнями в Рівненській (12,1), Івано-Франківській (11,4), Луганській (11,4), Дніпропетровській (10,7) та Харківській (10,5) областях при найнижчому значенні в м. Києві (4,2) та середньому по Україні значенні 7,8 на 1000 дитячого населення.

8. Доведено, що за період дослідження відбулося суттєве зменшення ресурсного та кадрового забезпечення офтальмологічної служби в Україні. Скоротилася кількість офтальмологічних ліжок (з 6899 в 2003 р. до 4165 в 2017 р., в 1,46 рази,  $p < 0,01$ ) та забезпеченість ними (з 1,45 в 2003 р. до 0,99 на 10 тис. дорослого населення в 2017 р., або в 1,46 рази,  $p < 0,01$ ), в окремих регіонах їх зменшення було вищим, ніж в 2 рази, серед них Вінницька (в 2,3 рази) та Київська (в 2,1 рази) області. Кількість дитячих офтальмологічних ліжок скоротилася в 1,4 рази (з 1193 в 2003 р. до 839 в 2017 р.). На чверть зменшилася середня тривалість перебування хворого, як на дорослому ( $-25,9\%$ , з 9,53 в 2003 р. до 7,06 днів в 2017 р.), так і на дитячому офтальмологічному ліжку ( $-26,5\%$ , з 9,42 в 2003 р. до 6,92 дні в 2017 р.), з найменшою тривалістю в м. Києві (5,01 днів та 3,81 днів відповідно). Зменшилася забезпеченість офтальмологами на 11,25% (з 0,8 в 2003 р. до 0,71 на 10 тис. населення в 2017 р.), зокрема дитячими на 25,0% (з 0,08 до 0,06 на 1000 дітей).

9. Показано, що в умовах зменшення середньої тривалості перебування хворого на ліжку (до 6,92 дні для дітей та 7,06 днів для дорослих), зростає об'єм ліжка (з 36,09 до 49,18) зріс відносний показник кількості оперативних втручань ( $+4,99\%$ ), особливо мікрохірургічних ( $+10,34\%$ ), які складають переважну більшість (83,0%) проведених операцій на органах зору, зросла (в 1,7 рази) кількість офтальмологічних оперативних втручань, проведених в амбулаторно-поліклінічних умовах.

10. Доведено, що наявність офтальмологічної патології знижує якість життя на 17,8%, якщо дитині до трьох років та на 19,3%, якщо вік дитини перевищує три роки. Негативний вплив порушення функцій зору на

формування складових якості життя зростає із віком дитини через вплив на формування вмінь ( $0,82 \pm 0,17$  в основній групі до трьох років та  $0,63 \pm 0,16$  в основній групі старше трьох років), оцінку стину особистості ( $0,72 \pm 0,13$  в основній групі до трьох років та  $0,66 \pm 0,12$  в основній групі дітей старше трьох років). Із зростанням віку дитини, зниження гостроти зору ускладнює вивчення дитиною навичок ходити, бігати, стрибати та перестрибувати ( $0,72 \pm 0,24$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,60 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше трьох років), завдає шкоди дитині ( $0,60 \pm 0,25$  в основній групі дітей старше трьох років), ускладнює пошук необхідних речей ( $0,67 \pm 0,23$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,60 \pm 0,21$  в основній групі дітей старше трьох років), завдає шкоди і вправно рухатися ( $0,57 \pm 0,23$  в основній групі дітей старше трьох років), ускладнює можливості читання, перегляду телевізора та керування авто у майбутньому ( $0,31 \pm 0,24$  в основній групі дітей старше трьох років), має негативний вплив на здатність дитини знаходити спільну мову з іншими дітьми та друзями ( $0,59 \pm 0,25$  в основній групі дітей до трьох років та  $0,69 \pm 0,19$  в основній групі дітей старше трьох років).

11. Виявлено неформованою готовність батьків взяти участь в комплексних заходах з попередження порушень зору у дітей. Більшість батьків, маючи значні проблеми з інформованістю про ознаки та наслідки порушення функцій зору у дітей ( $79,15 \pm 1,98\%$  опитаних потребують інформаційного супроводу), воліють покладатися на медиків, освітні, державні профілактичні програми ( $95,26 \pm 1,03\%$ ). Лише  $27,49 \pm 2,17\%$  опитаних батьків були готові взяти на себе відповідальність за формування здорових функцій зору у власних дітей. Переважна більшість ( $86,97 \pm 1,64\%$ ) висловили бажання щоб спеціалісти офтальмологи чи оптометристи регулярно (наприклад щорічно на початку навчального року) відвідували урочини (дитячий садок, школу, ліцей) з комплексною перевіркою здорових функцій, лише  $12,09 \pm 1,59\%$  з них бажають самостійно контролювати це питання.

12. Виявлено слабку обізнаність із проблем збереження зору з дитинства осмітви дошкільної та середньої шкільної освіти, більшість з яких потребують інформаційної підтримки ( $74,77 \pm 0,63$  % та  $71,7 \pm 0,57$  % відповідно), високою виявлена їх готовність брати участь у профілактичних програмах із попередження порушень зору з дитинства ( $95,50 \pm 0,30$  % та  $90,46 \pm 0,37$  % відповідно). Більшість визнають доцільності проведення регулярних перевірок функцій зору ( $99,26 \pm 0,12$  % та  $99,40 \pm 0,10$  % відповідно) та підтримують запровадження державних профілактичних програм по збереженню зору з дитинства ( $97,30 \pm 0,24$  % та  $97,38 \pm 0,20$  % відповідно).

13. За результатами соціологічного дослідження виявлена висока обізнаність сімейних лікарів про фактори ризику порушень зору ( $95,63 \pm 0,91$  %) та гігієнічні норми щоденного навантаження в дитячому віці ( $79,37 \pm 1,80$  %). Не дивлячись на нагання більшістю сімейних лікарів ( $96,43 \pm 0,83$  %) компетенцій знати та виявляти ознаки порушення зору у дітей, лише  $18,25 \pm 1,72$  % з них в щоденній буденній практиці проводять профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження дітям, практично третина ( $29,37 \pm 2,03$  %) їх взагалі не практикують через відсутність таких знань та практичних навичок, ще у  $52,38 \pm 2,22$  % сімейних лікарів обладнання робочого місця не дозволяє їх проводити, а тому профілактична робота зводиться лише до усного інформування про можливу небезпеку виникнення хвороб і травм ока ( $92,06 \pm 1,20$  %). Наведене дозволяє зробити висновок, що спроможність первинної медичної допомоги самотужки вирішити проблему попередження зростаючої поширеності офтальмологічної патології серед дітей є вкрай недостатньою, а ситуація вимагає розробки комплексних системних заходів та програм з передбаченням комплексним медико-організаційним підходом.

14. Обгрунтовано доцільність пошуку шляхів попередження виникнення порушень зорових функцій у дітей з дотриманням правил гігієни зору, що виводить цю проблему на орбіту вшешемоді медиків, батьків, членів

родин з освітніми дошкільної та шкільної освіти, які щоденно контактують із дітьми рідного віку та мають змогу активно долучатися до освітньо-виховного процесу. Актуалізовано пошук шляхів реалізації міждисциплінарного комплексного програмного підходу для реалізації заявленої готовності сімейних лікарів та освітян долучитися до профілактичних програм з попередження виникнення порушень зору в дитячому віці.

15. Науково обгрунтовано удосконалену функціонально-організаційну модель системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні. Запропонована модель враховувала необхідність реалізації обгрунтованих пріоритетних напрямів, серед яких: організаційне удосконалення профілактичного підходу із попередження порушення, збереження функцій зору у дітей; удосконалення функціонально-організаційних складових доступності дитячої офтальмологічної допомоги; матеріально-технічне, кадрове забезпечення підвищення ефективності медико-профілактичної офтальмологічної допомоги дітям; міжсекторальних підхід до удосконалення діагностики порушень зору у дітей; науковий супровід, моніторинг запропонованих інновацій з оцінкою результатів реалізації регіональних програм та прийнятих управлінських рішень. Наведено принципи та методичні підходи реалізації міжсекторальної взаємодії, сучасні організаційні компоненти охорони здоров'я, які обгрунтовують доцільність прийняття, реалізації комплексної міжсекторальної регіональної програми, розлі якої зорієнтовані на збереження офтальмологічного здоров'я дітей, профілактику хвороб ока та його додаткового апарату.

16. Інноваційними елементами обгрунтованої удосконаленої функціонально-організаційної моделі стали: запровадження превентивного, предиктивного, персоналізованого підходу при реалізації медико-профілактичного офтальмологічного втручання у дітей; функціонально-організаційна інтеграція приватного і державного секторів охорони здоров'я;

освітніх закладів різної форми власності навколо реалізації завдань формування офтальмологічного здоров'я дітей. Також запроваджено комплексний, диференційований підхід до організації профілактичних діагностичних обстежень та спостереження за формуванням функції зору у дітей різного віку. Удосконалена інформаційно-освітня складова підготовки медиків та освіти щодо оволодіння сучасними медико-профілактичними стратегіями та технологіями, включаючи заходи додипломної та післядипломної освіти.

17. Ефективність розробленої та впровадженої на етапах виконання дисертаційного дослідження удосконаленої моделі підувалась комплексній експертній оцінці за окремими її складовими. Результати проведеного експертного опитування виявили високі узгоджені оцінки експертів щодо: актуальності проблеми збереження здорових зорових функцій, починаючи з дитинства (5,0±0,0 бали); комплексності удосконаленої функціонально-організаційної моделі (5,0±0,0 бали); значущості запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей для сучасного реформування та розвитку охорони здоров'я в Україні з подоланням євроінтеграційного напрямку (4,9±0,29 балів; С, 5,89 %); ефективності міжсекторальної взаємодії із налагодженням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку (4,8±0,85 бали; С, 11,78 %); соціальної спрямованості функціонально-організаційного удосконалення системи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини (4,7±0,76 балів; С, 15,29 %); удосконалення медико-організаційних профілактичних технологій раннього виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків (4,76±0,86 балів; С, 16,2 %); підвищення професійно-освітнього рівня лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-шпитальних умовах при впровадженні удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей (4,8±0,39 балів; С, 8,1 %);

загальної оцінки значущості удосконаленої функціонально-організаційної моделі ( $4,9 \pm 0,29$  балів,  $S, 5,9 \%$ ). Більшість (95,0 %) експертів підтвердили спроможність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей при подальшому її впровадженні знизити показники інвалідності по зору, а також визнали доцільність інтеграції в систему удосконалення елементів моніторингу та контролю ефективності виконання її завдань, що дозволяє рекомендувати її для подальшого впровадження в Україні.

## ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Науково обґрунтовані та частково впроваджені результати дисертаційного дослідження дозволяють рекомендувати:

*Міністерству охорони здоров'я України:* забезпечити перегляд та внесення змін до навчальних програм на післядипломному рівні навчання для лікарів загальної практики-сімейних лікарів, а також медичних сестер сімейних лікарів стосовно питань із ефективного застосування сучасних медико-профілактичних технологій, своєчасної/ранньої діагностики та реалізації на практиці науково обґрунтованих пріоритетних векторів удосконалення організації та наявності у наявності всіх видів офтальмологічної допомоги дітям, як в амбулаторно-поліклінічних, так і в стаціонарних умовах; сприяти підвищенню професійно-освітнього рівня лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах при впровадженні удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей; сприяти впровадженню запропонованого функціонально-організаційного удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей для сучасного реформування та розвитку охорони здоров'я в Україні з дотриманням євроінтеграційного напрямку.

*Міністерству освіти і науки України:* забезпечити перегляд та внесення змін до навчальних програм освіти дошкільної та середньої шкільної освіти із питань доцільності участі працівників освіти у програмних заходах із попередження порушення зору у дітей різного віку, зокрема щодо участі у промоції здорового зору, інформованості щодо проявів порушення зорових функцій та факторів ризику їх розвитку.

*Регіональним управлінням (департаментом) охорони здоров'я обласних державних адміністрацій та м. Києва, головним лікарям обласних, центральних міських та центральних районних лікарень:* долучатися (в межах своїх компетенцій) до обґрунтування, розробки та впровадження

регіональних профілактичних програм виявлення порушень функцій зору у дітей з метою попередження інвалідності з причини розвитку ускладнень офтальмологічної патології в дитячому віці, або згодом із дорослішанням дитини у її працездатному віці; сприяти забезпеченню подальшого розвитку системи громадського здоров'я; рекомендувати до впровадження удосконалену функціонально-організаційну модель системи міжсекторальної взаємодії задля збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні, що ґрунтується на пріоритетних концентрувальних векторах удосконалення організації надання медичної допомоги дітям, має ряд інноваційних елементів, удосконалену медико-організаційну профілактичну технологію виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків, яка рекомендована незалежними експертами для подальшого впровадження при наданні офтальмологічної допомоги дітям.

*Центру громадського здоров'я мережі регіональних центрів контролю та профілактики хвороб* сприяти консолідації спільних зусиль з впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей із залученням мережі регіональних центрів контролю та профілактики хвороб, фахівців з громадського здоров'я в частині розбудови системи громадського здоров'я та посилення її потенціалу у напрямках координувачі, профілактичної й контролю поширеності офтальмологічних захворювань, зокрема серед дитячого населення; участь у просвітницькій роботі щодо промотивного здорового способу життя і запобігання факторам ризику формування та виникнення порушень зорових функцій у дітей різного віку.

*Середнім та вищим медичним навчальним закладам і закладам післядипломної медичної освіти* доповнити плани і програми навчальних циклів спеціалізації та удосконалення професійних знань і вмінь для всіх лікарів за фахом «Загальна практика-сімейна медицина» та «Організація і управління охороною здоров'я», медичних сестер дитячих офтальмологів, медичних сестер сімейних лікарів, змістовним блоком побудови схеми взаємодії Центру

первинної медико-санітарної допомоги із об'єднаними територіальними громадами, як складової удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із залученням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Абрамова Е.С. Источники информации подростков о здоровом образе жизни. *Концепт*. 2015. № 1. С. 1–8.
2. Азесва Н. М., Барінов Ю. В. та ін. Діти з порушеннями зору в умовах інклюзивної освіти: навч.-метод. посіб. / за наук. ред. С. П. Синьової, С. О. Рикова. К., 2016. 212 с.
3. Андрейчук Л. Вплив способу життя на розвиток офтальмологічної патології у дітей Тернопільської області. (За даними спеціального дослідження). *Україна. Здоров'я нації*. 2011. № 4. С. 28 – 35.
4. Антшикін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 1). *Здоров'я ребенка*. 2018. Vol. 13(1). С.1 – 11.
5. Антшикін Ю.Г., Волосовець О.П., Майданник В.Г., Березенко В.С. Стан здоров'я дитячого населення – майбутнє країни (частина 2). *Здоров'я ребенка*. 2018. Vol. 13(2). С.1 – 11.
6. Ашхабадская декларация по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020. Европейская министерская конференция ВОЗ по профилактике и борьбе с неинфекционными заболеваниями в контексте положений политики Здоровье-2020 (Ашхабад, 3–4 дек. 2013 г.) [Электронный ресурс] <http://www.euro.who.int/ru/media-centre/events/events/2013/12/Ashgabat-conference-on-noncommunicable-diseases/about-the-conference>.
7. Бабінець Л. С., Ткач О. О., Матиок Л. М., Чарториський В. Ю., Боровик І. О., Стародуб С. М., Боцок Н. С., Воронцов О. О., Коршак Н. І., Рябокош С. С., Творюк В. М., Місенько Б. О. Достижения і проблеми надання медичної допомоги населенню Тернопільщини з акцентом на первинну ланку. *Сімейна медицина*. 2015. № 3. С. 28 – 30.
8. Баласієва О. М. Стан та чинники здоров'я українських підлітків за результатами соціологічного дослідження в межах міжнародного проекту

«Здоров'я та поведінкові орієнтири учнівської молоді». Код доступу: [www/unicef.org/hbsc\\_report2015](http://www.unicef.org/hbsc_report2015).

9. Баль Д. В., Михайлов А. Н., Гундаров И. А. О мотивации подростков к формированию здорового образа жизни. *Гигиена и санитария*. 2014. Т. 93, № 4. С. 1 – 3.

10. Банішкова Р., Бутов Р. Сучасні підходи до проблеми комплексної реабілітації слабозорих дітей шкільного віку. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2012. № 1. С. 47 – 51.

11. Баскжев Б. А. Моделирование процесса формирования у подростков мотивационно-ценностного отношения к здоровому образу жизни. *Современные проблемы науки и образования*. 2014. № 6. С. 1 – 8.

12. Баттакова Ж. Е., Мукашева С. Б., Абдрахманова Ш. Э. Европейская стратегия по охране здоровья детей и подростков - основа для действий по усилению мер здравоохранения в других секторах. *Medicine 2 (Almaty)*. 2017. № 8 (182). С 2 – 5.

13. Бернінь В. І., Стельмахівська В. П. Формування змісту профілактичної роботи зі збереження та зміцнення здоров'я дітей та підлітків у навчально-виховних закладах. *Здоров'я суспільства*. 2016. Т. 5. № 3-4. С. 64 – 68.

14. Білінська М. М., Радіш Я. Ф., Рожкова І. В. Державне управління реформуванням системи охорони здоров'я в Україні: навч.-наук. вид. / заг. ред. проф. М. М. Білінської. Київ-Львів: НАДУ, 2018. 240 с.

15. Біостатистика : підручник / за ред. В. Ф. Москаленко. К. : Книга шнос, 2009. 184 с.

16. Боброва Н. Ф., Романчук О. Н. Сопутствующая соматическая патология у детей первого года жизни с пороками органа зрения. *Офтальмолог. журн.* 2016. № 1. С. 12 – 18. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201611218>.

17. Бочавер А. А., Третьякова Т. В. Принципы построения профилактических программ для подростков. *Психолого-педагогические*

исследования. 2014. Том 6. № 1. С. 108 – 116. URL: [http://psyedu.ru/journal/2014/1/Vochavet\\_Tretjakova.html](http://psyedu.ru/journal/2014/1/Vochavet_Tretjakova.html).

18. Бруцкая Л. А. Гиперметропический астигматизм и косоглазие. *Офтальмолог. журн.* 2017. № 2. С. 74. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2017274>.

19. Бруцкая Л. А. К вопросу об очковой коррекции при аккомодационном содружественном сходящемся косоглазие. *Офтальмолог. журн.* 2013. №1. С. 94 – 96.

20. Бруцкая Л. А. Очковая коррекция рефракционных нарушений. *Офтальмолог. журн.* 2019. № 3. С. 57–58. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh201935758>.

21. Будник Т.В. Результаты сопоставления феногенических и клинических признаков недифференцированной дисплазии соединительной ткани, микроэлементной обеспеченности и офтальмологических данных у детей с прогрессирующей миопией. *Перинатология и педиатрия.* 2014. № 2. С. 41–45.

22. Бутов Р. С. Фізична реабілітація дітей шкільного віку з вадами зору в умовах спеціалізованих навчальних закладів : автореф. дис. ... канд. наук з фіз. виховання та спорту : 24.00.03 / Руслан Сергійович Бутов ; МОНУ, НУФВСУ. Київ, 2016. 24 с. УДК 796-085:376.1-057.874+617.7.

23. Бухинюська Т.М., Малацева Л.О. Стан здоров'я сучасних школярів, шляхи його збереження та поліпшення. *Україна Здоров'я нації.* 2012. №1(21). С.44 – 50.

24. Бушуева Н. Н., Малцева Е. В. Отдалённые результаты ортокератологической терапии у пациентов с миопией. *Офтальмолог. журн.* 2015. № 1. С. 45 – 49. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201514549>.

25. Бушуева Н. Н., Романенко Д. В., Пеллишенко Е. В. Оценка состояния глазодвигательного аппарата здоровых лиц путём автоматизированного анализа двумерных изображений глазных яблок в диагностических положениях вора. *Офтальмолог. журн.* 2014. № 2. С. 4 – 9.

26. Бушуева Н. Н., Ромашенко Д. В., Тарнопольская Н. Н. Результаты хирургического лечения содружественного косоглазия с предварительным моделированием операций с использованием трехмерной биомеханической модели глаза. *Офтальмолог. журн.*, 2014, № 1, С. 18 – 23.
27. Варивончик Д. В. Світові епідеміологічні характеристики поширеності порушень зору. *Офтальмологія*, 2016. URL: <https://oculist.in.ua/number3/105-dvitovi-epidemiologichni-kharakteristikiposhirenosti-porushen-zoru.html>.
28. Ващенко О. М. Організаційно-педагогічні особливості побудови здоров'язберезливого освітнього середовища початкової школи. Тенденції та перспективи розвитку науки і освіти в умовах глобалізації. 2016. № 15. С. 44 – 48.
29. Витришак С.В., Клименко А.К., Савина Е.Л. Особенности реакции детского организма на воздействие неблагоприятных экологических факторов. *Український медичний альманах*, 2013, Т. 16, № 1, С. 7 – 11.
30. Выхарева Е. Г., Вишарская И. В., Третьякова Т. В., Черников В. В. Взаимосвязь показателей качества жизни и школьной успеваемости подростков. *Российский педиатрический журнал*, 2017, № 20 (2), С. 90 – 93. doi: [http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2017-20\(2\)90-93](http://dx.doi.org/10.18821/1560-9561-2017-20(2)90-93).
31. Власова О. І., Подшивалкіна В. І., Роліна Н. В., Милогіна К. Л., Львовичкіна А. М. Особливості соціально-психологічної адаптації підлітків з вадами зору. *Офтальмолог. журн.*, 2019, № 5, С. 30 – 36. <http://doi.org/10.31288/oftalmobzh201953036>.
32. ВОЗ. Здоровье-2020. Основы европейской политики и стратегии для XXI века. 2013. Available from: <http://www.euro.who.int/ru/health-topics/health-policy/health-2020-the-european-policy-for-health-and-well-being/publications-2013/health-2020-a-european-policy-framework-and-strategy-for-the-21st-century>.
33. Войшалович І. А., Крилова М. О., Щегліна Л. В. Вимушені переселенці: зарубіжний досвід, стан та реалізація їх прав в Україні.

Соціально-трудові відносини: теорія та практика: зб. наук. праць / М-во освіти і науки України, ДВНЗ "Київський нац. екон. ун-т ім. Владислава Гетьмана", Ін-т соціально-трудових відносин; [голов. редкол. А. М. Колот]. - К.: КНЕУ, 2014. № 2(8). С. 250 – 258.

34. Волосовец А.П., Врублевская С.В. Концепция синтропий/дистропий в наследовании атомоической бронхиальной астмы у детей. *Патологія*. 2015. №2 (34). С. 11 – 15.

35. Волошин П.В., Шестопалова Л.Ф., Подкорытов В.С. Медико-психологические аспекты экстремальных событий и проблема посттравматических стрессовых расстройств. *Международный медицинский журнал*. 2010. Т. 6, № 3. С. 31 – 34.

36. Волчанская Н.Ф. Здоровый образ жизни как фактор развития волевых качеств подрастающего поколения. *Концепт*. 2013. № 10 (26). С. 1 – 5.

37. Вороненко Ю. В. [та ін.]. Сучасні підходи до управління матеріальними ресурсами медичного закладу. *Український медичний часопис*. 2013. № 1. С.19 – 22.

38. Вороненко Ю. В., Горичук В. В., Криштопа Б. П. Історичні етапи менеджменту якості: досвід для сучасної системи охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*. 2012. № 23. С. 70 – 73.

39. Время выполнять обещания: решить задачи по борьбе с НИЗ для достижения Целей в области устойчивого развития в Европе Ашхабад, Туркменистан, 9–10 апреля 2019 г. *Бюллетень ВОЗ*. 2019;9–10:10.

40. Вуколов Э. А. Основы статистического анализа. Практикум по статистическим методам и исследованию операций с использованием пакетов STATISTICA и EXCEL : учеб. пособие / Э. А. Вуколов. 2-е изд., испр. и доп. М. : Форум Инфра-М, 2013. 463 с.

41. Гаврилова Н. А., Ярцева Н. С., Тахонди Х. П. Офтальмология : учебник. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2011. 544 с.

42. Глазные болезни. Основы офтальмологии : учебник / под ред. В. Г. Конаевой. М.: Медицина, 2012. 551 с.
43. Голік С. В. Удосконалення гігієнічних принципів формування здоров'язберігаючих технологій організації навчального процесу в загальноосвітніх навчальних закладах: автореф. дис. ... д. мед. наук: 14.02.01. Київ, 2014. 65 с.
44. Голубничка Г. І., Пересопківа Т. В., Голубничка О. О. Вплив медико-соціальних чинників на здоров'я та здоров'я орієнтовану поведінку школярів. Актуальні питання сучасної медицини: матеріали XVII Міжнародної наукової конференції студентів, молодих вчених та спеціалістів. Харків, 2020. С. 80-81.
45. Голік С.К., Ласька С.С., Галущка Н.С. Профілактика захворювань органів зору школярів в аспекті палеологогігієнічної освіти. Методичні рекомендації для вчителів та учнів загальноосвітніх навчальних закладів. 2-е вид. допов. та перероблене. Херсон: ХДУ, 2017. 64 с.
46. Голубченко О.М., Романюк Л.М., Левченко О.В. Статистичні таблиці. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 1 (59). С. 22 – 24.
47. Гончарова С. А., Паштелев Г. В., Тырлова Е. И. Амблиопия / С. А. Гончарова [и др.] Монография. Л.:Эталон-2, 2013. 383 с.
48. Горпенко О. М. Александров О.Ю. Ендокринопатії в ендемічній зоні, стан ланок гомеостазу та реабілітаційні заходи. *Пробл. ендокринології*. 2006. Т. 52, № 4. С. 49 – 56.
49. Грейда Н.Б. Обґрунтування структури захворювань та рівня фізичної підготовленості учнів старших класів. *Молодий вчений*. 2015. № 2-6 (17). С. 1 – 4.
50. Громадське здоров'я : підручник / за ред. В.Ф. Москаленка. Вінниця : Нова кн., 2012. 559 с.
51. Громнацька Н.М. Доцільність використання надлишкової маси тіла та генералізованого ожиріння в якості критерію метаболічного синдрому

у дітей і підлітків. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*. 2014, Т. 6, № 3, С. 27 – 34.

52. Даниленко Г. М., Пересанкіна Т. В., Меркулова Т. В., Сидоренко Т. П., Голубица Г. І. Методи визначення донозологічних порушень здоров'я учнівської молоді під час навчання : метод. рек. ДУ «ІОЗДП НАМН». Харків, 2019. 36 с.

53. Двойников С.И. Роль педиатрической медицинской сестры первичного звена здравоохранения в профилактике неинфекционных заболеваний и укреплении здоровья детей. *Педиатрическая фармакология*. 2013, Т. 10, № 3, С. 1–3.

54. Дорофеева А. А., Карченко Н. В., Дорофеева Е. Е. Психофизиологический статус учащихся, проживающих в Донецком промышленном регионе и его коррекция. *Актуальні питання освіти, спорту та здоров'я у вищих навчальних закладах*. 2014, С. 158 – 166.

55. Дуфинець В. А. Обґрунтування оптимізованої системи надання офтальмологічної допомоги населенню на регіональному рівні в умовах розвитку закладів охорони здоров'я різних форм власності. *Вісник соціальної з'єднаних та організацій охорони здоров'я України*. 2016, № 2 (68), С. 32 – 38.

56. Духаєв Ш., Бушуєва Н.Н., Слободяник С.Б. Особенности аккомодационно-конвергентной зрочковой реакции у детей и подростков с нарушениями аккомодации. *Офтальмол. журн.* 2020, № 5, № 1, С. 21 – 28. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202052128>.

57. Дочук Д.Д., Зоков О.Л. Удосконалення діяльності лікувально-профілактичної установи – шлях до підвищення задоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги. *Львівська справа*. 2012, № 8, С. 127 – 134.

58. Європейська програма роботи, 2020-2025: Спільні дії для міцнішого здоров'я. Копенгаген: Європейське регіональне бюро ВОЗ; 2021. Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

59. Жалілі Т.В., Савченко О.В. Методика проведення гравістики для очей у процесі вивчення навчальної дисципліни «Безпека життєдіяльності» в

Пеферін, *Вісник ЛНУ імені Тараса Шевченка*, No 4 (327), Ч. II, 2019 С. 167 – 173. DOI: 10.12958/2227-2844-2019-4(327)-2-167-173.

60. Жуков С.В. Прогнозирование риска функциональных отклонений у подростков. *Фундаментальные исследования*, 2014, № 10. С. 660 – 664.

61. Загарнищак І. Воєнне дитинство: українські обриси нової реальності. *Вісник Інституту розвитку дитини*. Сер.: Філософія, педагогіка, психологія, 2014. № 36. С. 27 – 34.

62. Збітнева С. В. Офтальмологічна медична допомога у відомчих закладах охорони здоров'я. *Україна. Здоров'я нації*, 2012, № 4. С. 112–117.

63. Здоровье и развитие детей и подростков. Всемирная организация здравоохранения, 2021 [Електронний ресурс] Режим доступу : <http://euro.who.int/hfad/>.

64. Инвестируя в будущее детей: Европейская стратегия охраны здоровья детей и подростков. Бюллетень ВОЗ, 2020; 2015–2020:65. Режим доступа: <http://www.euro.who.int/PubRequest/language=Russian>

65. Кацап С. В., Адаховская А. А. Переднезадний размер глаза и развитие аномалий рефракции у преждевременно рожденных детей с и без ретинопатии недоношенных. *Офтальмолог. журн.*, 2019, № 2. С. 39 – 43. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh201923943>.

66. Кацап С. В., Адаховская А. А. Риск развития тяжелой формы ретинопатии недоношенных в зависимости от гематологических показателей, гестационного возраста и некоторых дородовых факторов. *Офтальмолог. журн.*, 2018, № 4. С. 26 – 31. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201842631>.

67. Кацап С. В., Адаховская А. А., Будивская Е. С. Внутрижелудочковые кровоизлияния как факторы риска ретинопатии недоношенных. *Офтальмолог. журн.*, 2020, № 4. С. 3–7. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh2020437>.

68. Кацап С. В., Бойчук И. М., Звичко Е. С. Распространенность и риск необходимости лечения ретинопатии недоношенных детей в

зависимости от массы тела при рождении и гестационного возраста. *Офтальмология. Восточная Европа*. 2017. Том 7, №4. С. 513 – 523.

69. Кашуба В., Юрченко О. Корекції порушень постави дітей молодшого шкільного віку з ослабленим зором у процесі фізичного виховання. *Теорія і методика фізичного виховання і спорту*. 2013. № 4. С. 67 – 74.

70. Кияниця Н. В. Особливості соціально-психологічної адаптації школярів із порушеннями зору. *Дефектологія. Особлива дитина: навчання і виховання*. 2012. № 4. С. 39 – 42.

71. Ковтун М. І. Методичний підхід до оцінювання стану системи надання офтальмологічної допомоги населенню України. *Актуальні проблеми сучасної медицини*. 2014. Том 17. Випуск 4 (60). Частина 1. С. 121 – 140.

72. Кошк Д.В. Щоденна рухова активність – запорука міцного здоров'я під час навчання студентів спеціальності «Здоров'я людини». *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я*. 2015. № 2 (64). С. 28 – 31.

73. Кошинець І. Г., Шестак Л. В. Міжнародні стандарти захисту та допомоги внутрішньо-переміщеним особам. *Young Scientists*. 2014. Т. 15. №. 12. С. 258 – 601.

74. Колач Н. І., Котур Н. І. Здоров'ябережувальні технології в профілактиці порушень зору у школярів. *Молодий вчений*. 2017. № 9. С. 74 – 77.

75. Коломиец В. А., Качан О. В. Вплив оптико-рефлекторного метода тренувань аккомодации на показатели меридиональной остроты зрения у пациентов с астигматизмом и амблиопией. *Офтальмол. журн*. 2021. № 5. С. 47 – 55. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202154755>.

76. Коломиец В. А., Качан О. В., Коломиец Н. В. Диагностика меридиональной амблиопии у больных с астигматизмом на основе оценки веерметрий рефракции и остроты зрения как векторных величин.

*Офтальмолог. журн.*, 2021, № 1, С. 17 – 23. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh.2021.11723>.

77. Коломиец В.А., Бандура М.Ю., Коломиец Н.В. Меридиональная нонвузная острота зрения у детей и взрослых с гиперметропическим астигматизмом. *Офтальмология. Восточная Европа*, 2015, №3 (26), С. 27–34.

78. Коломиец В.А., Бандура М.Ю., Коломиец Н.В. Особенности монокулярной и бинокулярной верньерной остроты зрения в ортогональных меридианах сетчатки у больных с гиперметропическим астигматизмом. *Science Rise*, 2015, № 6/4 (11), С. 38 – 44.

79. Коренев М.М., Пересникіна Т.В., Сидоренко Т.П., Голубица Г.І. Основні індикатори якості медичного забезпечення юнаків до- та призовного віку. *Современная педиатрия*, 2015, №3(67), С. 45 – 48.

80. Коренев Н.М., Пересникіна Т.В., Сидоренко Т.П., Простуріна Т.Ю., Рак Л.Н., Варолова О.В. Актуальні питання надання медичної допомоги юнацькому контингенту. *Современная педиатрия*, 2015, №5(69), С. 78 – 80.

81. Корнюшина Т. А., Кащенко Т. П., Ибрагимов А. В. Состояние стереоскопического зрения у детей с различными видами рефракции. *Офтальмохирургия*, 2012, №1, С. 13 – 19.

82. Корнюшина Т. А., Кащенко Т. П., Ибрагимов А. В. Стереоскопическое зрение и методы его исследования. *Офтальмохирургия*, 2013, № 1, С. 76 – 81.

83. Костецька А. О. Медико-організаційна технологія оптимізації моніторингу порушення зору у школярів: дис... на здобуття наук. ступ. канд. мед. наук: 14.02.03. / НМАПО імені П.Л.Шупника, К., 2014. 190 с.

84. Костецька А. О. Методика медико-соціального прогнозування ризику розвитку патології органи зору у дітей шкільного віку. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупника*, 2013, Книга 4, С. 178 – 184.

85. Костецька А. О. Модель медико-соціального моніторингу стану зору школярів. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика*. 2013. Книга 2. С. 507 – 512.

86. Костецька А. О. Роль соціально-гігієнічного моніторингу у профілактиці захворювань органів зору у школярів. *Матеріали науково-практичної конференції дитячих офтальмологів України з міжнародною участю «Медичні та соціальні проблеми профілактики дитячої сліпоти в рамках програми ВООЗ «ЗІР 2020», 4-5 жовтня 2012 р. Крим, м. Севастополь*. С.84 – 86.

87. Костецька А. О. Фактори ризику порушення зорових функцій у школярів міста Києва. *Україна. Здоров'я нації*, 2012. № 2-3. С. 233 – 236.

88. Костецька А. О., Орлова Н. М. Методика індивідуального прогнозування ризику виникнення порушень зору у дітей шкільного віку: Інформаційний лист про нововведення в системі охорони здоров'я. К., 2013. Вип. 5 з проблеми "Соціальна медицина" Підстава: Рішення ПК «Соціальна медицина» Протокол № 6 від 2012, №19. 4 с.

89. Костецька А. О., Орлова Н. М. Поширеність порушень зору у школярів та проблема їх своєчасного виявлення. *Збірник наукових праць співробітників НМАПО імені П.Л. Шупика*. 2012. Книга 2. С. 711 – 716.

90. Костецька А. О., Орлова Н. М. Роль первинної ланки системи охорони здоров'я у профілактиці порушень зору у школярів. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої всесвітньому дню здоров'я 2013 р. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я*. 2013. № 1. С.159 – 160.

91. Костецька А. О., Орлова Н. М. Спосіб життя та його роль у формуванні порушень зору у сучасних школярів. *Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції, присвяченої всесвітньому дню здоров'я 2013 р. Східноєвропейський журнал громадського здоров'я* 2013. № 1. С. 161 – 163.

92. Костецька А. О., Орлова Н.М. Характеристика організації офтальмологічної допомоги та умов життя школярів за матеріалами соціологічного дослідження. *Журнал наукових праць співробітників ІМАПО імені П.Т.Шулика*, 2012, Квітень 1, С. 494 – 498.

93. Костецька А. О., Орлова Н.М. Частота виявлення порушень зору у школярів за матеріалами профілактичних оглядів. *Східноєвропейський журнал*, 2012, № 1, С. 174 – 175.

94. Кречотень Е.Н. Обоснование индикаторов качества медицинской помощи этапа «Профилактика». *Общественное здоровье и здравоохранение*, 2013, Т.12 № 4, С. 129 – 132.

95. Кретін О.С. Гігієнічні аспекти і розповсюдженість порушень зорового аналізатора у школярів м. Кременчук. Актуальні питання медицини і біології. Матеріали Міжнародної науково-практичної конференції / за загальною редакцією С.В. Пилипенка. Полтава: Астрав, 2017. С. 104 – 105.

96. Ли В.В., Смолякова Г.П., Кашура О.И. Актуальность проблемы миопии у детей школьного возраста с признаками недифференцированной дисплазии соединительной ткани. *Офтальмология*, 2018, №2S, С.58 – 64.

97. Лібанова Е.М. Вимушене переселення з Донбасу: масштаби та виклики для України. *Вісн. НАН України*, 2014, № 12, С. 15 – 24.

98. Лютак О. З. Психологічний аспект надання першої допомоги вимушеним переселенцям. *Захисна психологія, історія психології*, 2014, С. 28 – 31.

99. Лихман Н.В. Вплив комп'ютера на зорову сенсорну систему та гімнастика для очей як засіб профілактики захворювань органів зору. Сучасні досягнення природничих наук: матеріали Всеукраїнської студентської науково-практичної конференції (для молодих науковців, студентів, магістрантів, аспірантів) (18-19 квітня 2019 р., м. Полтава); ПНПУ імені В. Г. Короленка / за заг. ред. М.В.Грицької Полтава, 2019. С. 98 – 100.

100. Мазур В. П., Болчук И. М. Изменения в нервно-мышечном аппарате прямых мышц глаз после курса электростимуляции у детей со

сходящимся содружественным неэкзомодифицированным косоглазием. *Офтальмол. журн.* 2017. № 5. С. 3 – 7. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2017537>.

101. Малайкова Н. В., Яценко Д. А., Людкевич Г. П., Шкарупа В. М. Поліморфізм rs1800469 гену TGF- $\beta$ 1 у дітей різним ступенем міопії. *Офтальмол. журн.* 2018. № 5. С. 45 – 48. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201854548>.

102. Мамича Е. В., Бушуева Н. Н. Спосіб діагностики прогресування короткозорості. Патент на корисну модель № 91371 від 25.06.2014 р. Бюл. № 12.

103. Мамещина М. Став фізичного здоров'я школярів 7-8-х класів загальноосвітньої школи. *Слобожанський науково-спортивний вісник*. 2016. № 5 (55). С. 47 – 52. doi: <https://doi.org/10.15391/snsv.2016-5.008>.

104. Матросова Ю. В. Влияние ортокератологических контактных линз на функцию аккомодационного аппарата глаза и стабильность слезной пленки у детей и подростков с миопией. *Вестник Оренбургского гос. университета*. 2013. № 4 (153). С. 167 – 169.

105. Матюха Л. Ф. Підходи до визначення ефективності надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні. *Вісн. сес. зібрання на орг. охорони здоров'я України*. 2011. № 2. С. 45 – 51.

106. Матюха Л. Ф., Медведовська Н. В. Підходи до оцінки ефективності лікарської практики з надання первинної медичної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. N 2. С. 140 – 142.

107. Матюха Л.Ф., Медведовська Н.В., Барінов Ю.В. Обґрунтування індикаторів оцінки кращої лікарської практики при наданні первинної медичної допомоги. *Сучасні медичні технології*. 2017. №1(32). С. 28 – 34.

108. Медведовська Н. В. Регіональні особливості захворюваності населення України на офтальмологічну патологію, її динаміка. *Спеціальна медицина*. 2013. № 3. С. 107 – 108.

109. Межстрановое совещание «Школьное правоохранение и профилактика неинфекционных заболеваний», ЕРБ ВОЗ, 2016. 32 с.
110. Меркулова Т. В., Пересипкіна Т. В., Авдієвська О. Г., Чернякова Г. М. До питання організації харчування дітей в закладах загальної середньої освіти. *Кативна та профілактична медицина*. 2020. Том 2, № 12. С.54–61. doi: [https://doi.org/10.31612/2616-4868.2\(12\).2020.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.2(12).2020.02).
111. Методика розробки системи індикаторів якості медичної допомоги: наказ № 751 від 28.09.2012 / МОЗ України. К., 2012. 4 с.
112. Методики тігсичної оцінки організації навчального процесу у загальноосвітніх навчальних закладах : методичні рекомендації. / Н. С. Польша та ін. Міністерство охорони здоров'я України Національна академія медичних наук України Український центр наукової медичної інформації та патентно-ліцензійної роботи. К., 2015. 38 с.
113. Методичні рекомендації для врахування Цілей сталого розвитку в стратегіях розвитку територіальних громад підготовлено в рамках проекту ПРООН/ГЕФ «Інтеграція положень Конвенції Ріо у національну політику України»; 2017. 60 с.
114. Милушкіна О. Ю., Скоблина Н. А., Маркелова С. В., Титаричик А. А., Бокарєва Н. А., Федотов Д. М. Оценка рисков здоровью школьников и студентов при воздействии обучающих и досуговых информационно-коммуникационных технологий. Анализ риска здоровью: социальные, экономические факторы. 2019. № 3. С. 135 – 143. doi: [10.21668/health.risk/2019.3.16](https://doi.org/10.21668/health.risk/2019.3.16).
115. Мирская Н. Б., Синокина А. Д., Коломенская А. Н. Профилактика и коррекция нарушений и заболеваний органа зрения у современных школьников. *Вопросы соврем. педагогики*. 2014. № 3. С. 44 – 50.
116. Мілютіна К.Л. Вплив інформальної діяльності на соціалізацію підлітків із вадами зору. *Наука і освіта*. 2016. №9. С.111 – 117.
117. Мілютіна К.Л. Модель емпіричного дослідження наслідків дитячого досвіду у дорослому житті. *Проблеми сучасної психології: збірник*

наукових праць Запорізького національного університету та Інституту психології імені Г.С. Костюка НАПН України. За ред. С.Д. Максименка, Н.Ф. Шевченко, М.Г. Ткалич. Запоріжжя: ЗНУ, 2018. № 2 (14). С. 78 – 83.

118. Москаленко В. Ф. Системы здравоохранения: современный контекст. К.: Книга Всплеск, 2012. 320 с.

119. Мухина А. Ю., Бойчук И. М., Журавлева Л. Д. Стереозрение у детей с врожденной миопией и амблиопией с миопической рефракцией. *Офтальмолог. журн.* 2017. № 6. С. 3 – 6. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2017636>.

120. Мухина А. Ю., Бойчук И. М., Журавлева Л. Д. Особенности зрительных функций у детей с врожденной миопией и с амблиопией при такой же степени рефракции. *Офтальмолог. журн.* 2015. № 1. С. 50 – 54. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201515054>.

121. Нагорна О.Б. Формування рухових функцій у сліпих та слабозірлих дітей раннього віку засобами фізичної реабілітації. *Реабілітаційні та фізико-рекреаційні аспекти розвитку людини*. 2017. №1. С. 57 – 62.

122. Наказ МОЗ України «Про затвердження Індикаторів якості медичної допомоги» від 02.11.11 р. № 743 URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1328-11#Text>

123. Національна служба здоров'я України. Е-дані. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/e-data> (дата звернення: 18.01.2022). 30. Національна служба здоров'я України. Показники досягнення універсального охоплення населення медичними послугами на рівні первинної медичної допомоги. URL: <https://edata.e-health.gov.ua/edata/dashboard/pmd-coverage-indicators> (дата звернення: 13.02.2022).

124. Нечепоренко Н.І., Пересипкіна Т.В., Сидоренко Т.П. Використання інноваційних комп'ютерних технологій у забезпеченні моніторингу здоров'я дітей та підлітків в умовах школи. Клінічна

інформатика і телемедицина, 2020, т. 15, вип 16, С. 142 – 147. doi: <https://doi.org/10.31071/kit2020.16.13>.

125. Нисен Б. А. Международные аспекты организации профилактики нарушений зрения как социально значимой патологии. *Глас.* 2012. № 5. С. 20–21.

126. Носова О. М., Бутенко А. І., Люта Л. В., Орліченко В. Г., Пересипкіна Т. В., Меркулова Т. В. Комплекс лікувальної фізкультури для дітей та підлітків із хронічними соматичними захворюваннями : метод. рек. ДУ «ІОЗДП НАМН». Харків, 2018. 34 с.

127. Оптимізована функціонально-організаційна система спеціалізованої офтальмологічної допомоги в умовах реформування галузі охорони здоров'я. Методичні рекомендації. / за ред. Г.К. Северина. Луганск: Видавництво «НОУЛІДЖ», 2013, 60 с.

128. Орлова Н. М., Костецька А. О. Поведінкові чинники ризику патології органа зору у міських школярів. *Український медичний часопис.* 2014, № 1(99), С. 156 – 164.

129. Орлова Н. М., Костецька А. О. Стап офтальмологічного здоров'я школярів та організаційна технологія його медико-соціального моніторингу. *Україна. Здоров'я наші.* 2014, № 1, С. 7 – 12.

130. Офтальмологічна допомога в Україні за 2008-2009 роки : аналіт.-статист. довідник / МОЗ України, К., 2010, 153 с.

131. Офтальмологічна допомога в Україні за 2010-2011 роки : аналіт.-статист. довідник / МОЗ України, К., 2012, 171 с.

132. Офтальмологічна допомога в Україні за 2014-2017 роки. Аналітично-статистичний довідник. Кр-й «ПОЛІУМ», 2018. 314 с. ISBN 978-966-8559-61-7.

133. Пересипкіна Т. В., Неченоренко Н. І., Сидоренко Т. П., Меркулова Т. В., Пересипкіна А. М., Бутенко А. І. Синдромна патологія у дітей шкільного віку. Інф. лист № 7-2021. Київ, 2021. 8 с.

134. Переснікіна Т. В. Медико-соціальні аспекти профілактики хронічної неінфекційної патології. *Здоров'я ребенка*. 2017, т.12, № 2. С. 115–120.
135. Переснікіна Т. В. Суб'єктивна оцінка здоров'я дітей, соціальні детермінанти його формування. *Современная педиатрия*. 2018. №4. С. 44–48.
136. Переснікіна Т. В., Даниленко Г. М., Редька І. В., Сидоренко Т. П., Меркулова Т. В., Голубничка Г. І., Нечепоренко Н. І., Переснікіна А. М. Методика оцінки впливу медико-соціальних чинників на формування здоров'я орієнтованої поведінки школярів. *Інформаційний лист*, 2019. 8 с.
137. Переснікіна Т. В., Люта Л. В., Носова О. М. Лікувальна фізична реабілітація при порушеннях постави та сколіозі у дітей та підлітків. *Охорона здоров'я дітей та підлітків. Міжвідомчий збірник*. 2019. №1 С. 96 – 98.
138. Переснікіна Т. В., Меркулова Т. В. Особливості образу життя дітей в залежності від їх самооцінки рухового режиму. *Today's Problems in Medicine, Pharmacy and Dentistry: International scientific and practical conference, Dec 17-18, 2020, Romania, Arad, P. 147–149.*
139. Переснікіна Т. В., Меркулова Т.В. Особливості процесу формування здоров'я збережувальних компетентностей сучасних школярів. *Молодий вчений*. №2 (78), 2020. С. 68 – 71. doi: 10.32839/2304-5809/2020-2-78-15.
140. Переснікіна Т. В., Нечепоренко Н. І., Сидоренко Т. П., Голубничка Г. І. Спосіб раннього виявлення епітронних захворювань у дітей шкільного віку. *Галузеве Нововведення, Інформ бюл № 51, 2021.*
141. Переснікіна Т. В., Переснікіна А. М. Науковий супровід розвитку шкільної медицини в Україні. *Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків. Сьогодення та майбутнє педіатричної медицини. – матеріали наук. практ. конф. Харків, 15-16 жовтня 2018. С. 96 – 97.*
142. Переснікіна Т. В., Редька І. В., Сидоренко Т. П., Нечепоренко Н. І., Голубничка Г. І., Переснікіна А. М. Методика оцінки інформаційної

значущості медико-соціальних факторів, які впливають на здоров'я орієнтовану поведінку школярів. Авторське право на твір №89688 від 11.06.19; заяв. №90746 від 13.05.19; опубл. 11.06.19.

143. Переснікіна Т. В., Редька І. В., Сидоренко Т. П., Переснікіна А. М. Інформаційна значущість медико-соціальних факторів, які впливають на здоров'я орієнтовану поведінку школярів. *Здоров'я ребенка*. 2019. №14 (3). С. 30 – 35. doi: 10.22141/2224-0551.14.3.2019.168768.

144. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Голубничя Г. І. Тенденції фізичного розвитку у дітей та підлітків, огляд літератури та власних досліджень. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. Мовідовомий збірник. 2019. №1. С. 99 – 102.

145. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Голубничя Г. І. Актуальні питання організації медичного забезпечення дітей та підлітків в умовах закладів освіти. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*. 2019. № 2.(34) С. 5 – 9. <https://doi.org/10.31071/promedosity2019.02.005>.

146. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Нестеренко В. Г., Переснікіна А. М. Актуальні питання здоров'я школярів з позицій громадського здоров'я. Актуальні питання громадського здоров'я та екологічної безпеки України (чотирнадцять Маржеськські читання): матеріали науково-практичної конференції. Київ, 11-12 жовтня 2018. С. 145 – 146.

147. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Нечепоренко Н. І., Дедкова А. В. До питання надання медичної допомоги дітям шкільного віку. Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків: матеріали науково-практичної конференції. Харків, 16-17 листопада, 2017. С. 113 – 114.

148. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Нечепоренко Н. І., Кошман Т. В. Соціологічний опитувальник для дослідження стану здоров'я та якості життя підлітків. (UA). Авторське право на твір № 59878, заявл. 31.03.2015, UA. № 60371, опубл. 28.05.2015.

149. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Нечепоренко Н. І., Меркулова Т. В., Голубнич Г. І. Методика визначення інформаційної значущості факторів, які впливають на формування здоров'я зберігаючої поведінки школярів. Галузеве нововведення. Інформ. бюл.: дод. до «Журн НАМН». 2019. Вип.47. С. 117.

150. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т. П., Переснікіна А. М. Динаміка стану здоров'я дітей та підлітків Харківської області. Проблеми безперервної медичної освіти та науки. 2019. № 1. С. 5 – 10. <https://doi.org/10.31071/promedossity2019.01.005>.

151. Переснікіна Т. В., Сидоренко Т.П., Сергеева О.М. Деякі питання здоров'яорієнтованої поведінки молоді. Актуальні питання фізіології, патології та організації медичного забезпечення дітей шкільного віку та підлітків; матеріали науково-практичної конференції. Харків, 19 листопада. 2015. С. 74.

152. Переснікіна Т.В. Деякі аспекти профілактики неінфекційних захворювань серед підлітків. Пріоритети наукових досліджень – 2017: теоретична та практична цінність: матеріали міжнародної науково-практичної конференції. 2017. Вроцлав, Республіка Польща. С. 41 – 43.

153. Переснікіна Т.В. Динаміка стану здоров'я підлітків України. *Здоров'я ребенка*. 2014. №1 (52). С. 12– 15.

154. Переснікіна Т.В. Стан здоров'я дітей та підлітків, соціальні детермінанти його формування. Джерело педагогічних інновацій: Здоров'я збережувальні технології в навчанні. Науково-методичний журнал. – Випуск №1 (31). Харків: Харківська академія неперервної освіти, 2018. С. 13 – 20.

155. Переснікіна Т.В. Стан здоров'я та прогноз поширеності захворювань серед підлітків України. *Здоров'я ребенка*. 2014. № 8 (59). С. 12 –15.

156. Переснікіна Т.В. Тенденції змін у стані здоров'я міських юнаків за даними ретроспективного аналізу. *Современная педиатрия*. 2015. №4 (68). С. 45 – 47.

157. Переситкіна Т.В., Бутенко А.І., Переситкіна А.М. Визначення індексу синтропії для обґрунтування заходів щодо ранньої діагностики та профілактики розвитку неінфекційних захворювань. *Вісник Харківського національного університету імені В.Н. Каразіна, серія «Медицина»*, 2021, № 41, С.98 – 106.

158. Переситкіна Т.В., Голубнича О.О., Переситкіна А.М. Визначення шляхів удосконалення системи медичного забезпечення дітей шкільного віку із використанням SWOT – аналізу. *Проблеми безперервної медичної освіти та науки*, 2021, № 1, С. 44 – 48.

159. Переситкіна Т.В., Меркулова Т.В., Сидоренко Т.П., Переситкіна А.М. Медичне забезпечення школярів в системі громадського здоров'я. *Міжнародний журнал педіатрії, акушерства та гінекології*, 2018, Т.12, № 3: Актуальні проблеми педіатрії. Матеріали XIII Конгресу педіатрів України (9-11.10. 2018, м. Київ, С. 52 – 53).

160. Переситкіна Т.В., Нестеренко В.Г. SWOT-аналіз в організації медичного забезпечення дітей шкільного віку. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення: матер. III науково-практичної конф з міжнар участю*. Харків, 05.11.2020, С.64 – 65.

161. Переситкіна Т.В., Редька І.В., Сидоренко Т.П., Переситкіна А.М. Інформаційна значущість медико-соціальних факторів, які впливають на здоров'я орієнтовану поведінку школярів. *Здоров'я ребенка*, 2019, №14 (3), С. 165 – 170. doi: 10.22141/2224-0551.14.3.2019.168768.

162. Переситкіна Т.В., Сидоренко Т.П., Кіцурок М.О. Медична допомога учням у навчальних закладах: стан, проблеми та перспективи розвитку. *Здоров'я дитини*, 2018, том 13, № 7, С. 120 – 125.

163. Переситкіна Т.В., Сидоренко Т.П., Нестеренко Н.І., Меркулова Т.В., Голубнича Г.І. Галузеве нововведення. Методика визначення інформаційної значущості факторів, які впливають на формування здоров'я школярів. *Інформ. бюл.: дод. до «Журн НАМН»* 2018, Вип.44, С. 325.

164. Пересіпкина Т.В. Динаміка стану здоров'я підлітків України. *Здоров'я ребенка*. 2014. №1 (52), С. 12 – 15.

165. Пересіпкина Т. В., Бутенко А. И. Социальные детерминанты здоровья школьников. Современные проблемы гигиены, радиационной и экологической медицины. 36 - Гродненский Государственный медицинский университет, Республика Беларусь, 2020. №10. С. 356–367. [http://www.grsmu.by/files/file/university/safedry/obshei-gigiyenu-ekologii/files/sbornik/sbornik\\_10\\_2020.pdf](http://www.grsmu.by/files/file/university/safedry/obshei-gigiyenu-ekologii/files/sbornik/sbornik_10_2020.pdf).

166. Пересіпкина Т.В., Бутенко А.И., Пересіпкіна А.М. Методика определения групи риска негативного влияния медико-социальных факторов на здоровье детей школьного возраста. *Донтология – 2020. Факторы риска, популяционное (индивидуальное) здоровье в гигиенической донтологической диагностике* Материали п'ятнадцятої Євразійської науочної конференції. С-Пб. 2020 С. 71 – 72.

167. Пересіпкина Т.В., Релька И.В., Сидоренко Т.П. Методика определения групи риска высокого отрицательного влияния медико-социальных факторов на здоровье и здоровье ориентированное поведение школьников. *Здоровье человека. Теория и методология физической культуры и спорта*. 2020. № 2 (18) С. 62 – 69.

168. План дійсний по профілактиці та боротьбі з неінфекційними захворюваннями в європейському регіоні ВОЗ, 2017. 10 с.

169. Поваг З. В. Урахування регіональних особливостей та динаміки захворюваності населення працездатного віку на хвороби ока та його придаткового апарату при формуванні заходів щодо їхньої профілактики на первинному рівні. *Спеціальна медицина*. 2014. №5. С. 161 – 163.

170. Положення про мультидисциплінарну роботу групи з розробки медичних стандартів (уніфікованих клінічних протоколів) медичної допомоги на засадах доказової медицини: наказ № 751 від 28.09.2012 / МОЗ України. К., 2012. 4 с.

171. Полька Н. С., Яковська Н. Я., Паштонова А. Г., Джуринська С. М., Шкуро В. В., Шкарбан К. С., Саско Г. М., Хутченко О. М. Особливості режиму дня учнів старшого шкільного віку. *Environment & Health*. 2013. № 2. С. 30 – 35.

172. Полька Н.С., Голак С.В. Методика прогнозування здоров'я міських підлітків з урахуванням їх рухової активності. Методичні рекомендації. 2019. 20 с.

173. Про внесення зміни до пункту 4 Порядку здійснення медичного обслуговування учнів загальноосвітніх навчальних закладів: постановка Кабінету Міністрів України від 14.01.2013 р. № 25. *Офіс, вісн. України*, 2013, № 6. С. 203.

174. Про затвердження Методичних рекомендацій. Уніфікована методика розробки індикаторів якості медичної допомоги: спільний наказ НАМН України та МОЗ України № 141/21 від 11.03.2011. К., 2012. 7 с. URL: <http://www.moz.gov.ua/>.

175. Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Офтальмологія». Наказ МОЗ України № 117 від 15.03.2007 р. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0117282-07>.

176. Про затвердження уніфікованої методики з розробки клінічних настанов, медичних стандартів, уніфікованих клінічних протоколів медичної допомоги, клінічних маршрутів пацієнтів на засадах доказової медицини : наказ МОЗ України № 102/18 від 19.02.2009 URL: <http://www.moz.gov.ua/>.

177. Про організацію клініко-експертної оцінки якості надання медичної допомоги та медичного обслуговування: наказ МОЗ України 5.02.2016 № 69. Офіційний вісник України. 2016. № 23. С. 279 – 300.

178. Про організацію освітньої роботи в дошкільних навчальних закладах у 2016/2017 навчальному році. Інструктивно-методичні рекомендації (Додаток 1 до листа МОН України від 16.06.2016 р., № 1/9-315). Дошкільне виховання. 2016. №7. С. 8 – 10.

179. Про порядок контролю та управління якістю медичної допомоги : наказ МОЗ України № 189 від 26.03.2009 URL: <http://www.moz.gov.ua>.

180. Про систему офтальмологічної допомоги населенню України. Наказ МОЗ України № 372 від 14.05.2013 р. URL:[http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn\\_20130514\\_0372.html](http://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20130514_0372.html).

181. Про створення та впровадження медикотехнологічних документів зі стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров'я України : наказ МОЗ України, № 751 від 28.09.2012 р. URL: <http://www.moz.gov.ua>.

182. Решение проблемы маркетинга пищевых продуктов, направленного на детей в цифровом мире: трансдисциплинарный подход ВОЗ. 2016. 61 с.

183. Решетников А. В. Медико-социологический мониторинг: руководство. 2-е изд., доп. М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. 796 с.

184. Риков С. О., Меліна В. Б. Вплив мікропризмових окулярів на характер бінокулярного зору у дітей з дисбінокулярною амбліопією в процесі лікування. *Офтальмологічний журнал*. 2016. № 6. С. 12 – 18. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh201661218>.

185. Риков С. О., Орлова Н. М., Костецька А. О. Медико-соціальний моніторинг стану зору та факторів ризику його порушення у школярів: методичні рекомендації. К.: МОЗ, 2013. 20 с.

186. Рингач Н.О. Власмодія «Держави-громада» заради здоров'я: зарубіжний досвід боротьби з неінфекційними захворюваннями. *Вісник соціальної освіти та організації охорони здоров'я*. 2015. № 1 (63). С. 35 – 40.

187. Рожко О. Управління організацією надання офтальмологічної допомоги населенню як предмет наукових досліджень. *Державне управління та місцеве самоврядування*. 2014. вип. 4 (23). С. 44 – 51.

188. Ромашенко Д. В., Бушуева Н. Н., Духаер Ш, Пеліщенко Е. В. Оценка подвижности глазодвигательных мышц у больных содружественным и несодружественным косоглазием с вертикальным компонентом методом

автоматизированного анализа двумерных изображений глазных яблук в диагностических положениях взора. *Офтальмолог. журн.*, 2014, № 5, С. 15 – 19.

189. Романенко Д. В., Бушуева Н. Н., Духаев Ш., Пелипенко Е. В. Эффективность хирургического лечения больных косоглазием на основе стандартного и усовершенствованного алгоритма диагностики с использованием метода автоматизированного анализа изображений глаз. *Офтальмолог. журн.*, 2015, №2, С. 4 – 9. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2015249>.

190. Рыков С. А., Костецкая А. А., Орлова Н. М. Медико-социальный мониторинг в системе охраны зрения школьников. *Офтальмология. Восточная Европа*, 2013, № 2(17), С. 105 – 111.

191. Савлюк С. Фізичний розвиток дітей молодшого шкільного віку з депривацією зору. *Фізична культура, спорт та здоров'я нації*, 2016, Вип. 1, С. 554 – 559.

192. Сагюн О. Д., Четверикова О. П., Катрушов А. В., Філіптова В. Л. Анализ stanu здоров'я дітей шкільного віку в сучасних умовах. Медична наука в практику охорони здоров'я: матеріали Всеукр. наук.-практ. конф. молодих учених, м. Полтава, 9 грудня 2016 р. Полтава, 2016. С. 53.

193. Сердюк А. М., Карташова С. С., Тимченко О. І. Інформаційно-статистична модель аналізу стану здоров'я населення. *Environment & Health*, 2012, № 3, С 30 – 36.

194. Сердюченко В. Н. Применение призм при гетерофорниях, миопии и другой офтальмопатологии. Обзор литературы (часть 2). *Офтальмолог. журн.*, 2022, № 1, С. 48 – 53. <http://doi.org/10.31288/oftalmolzh202224853>.

195. Сердюченко В. И., Желтатик М. Б. Минимальная экспозиция распознавания тест-объектов у детей с различной рефракцией. *Офтальмолог. журн.*, 2016, № 3, С. 3 – 5. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh2016335>.

196. Сидоренко Т.Л., Водолажский М.Л., Пересышкіна Т.В. Цель и сущность компетентностного подхода в организации охраны здоровья детей в

умовних, общеобразовательного, учебного закладения как теоретические основания улучшения качества их жизни. III Всероссийский конгр. с международным участием по школьной и университетской медицине: материалы конгр. Москва, 2012. С. 378 – 380.

197. Сидоренко ТП, Пересипкіна ТВ, Голубничка ПП, Пересипкіна АМ: Тенденції фізичного розвитку дітей та підлітків, огляд літератури та даних власних досліджень. *Охорона здоров'я дітей та підлітків*. 2019. №1. С. 99 – 102.

198. Сильова Є. П. Особливості розвитку та виховання особистості при глибоких порушеннях зору: монографія. К.: НПУ імені М. П. Драгоманова, 2012. 442 с.

199. Сильова Є. П. та ін. Особливості друкованих навчальних матеріалів для дітей з порушеннями зору (Дидактико-гігієнічні рекомендації): навч. посіб. [за ред. Є. П. Сильової]. Нац. пед. ун-т ім. М. П. Драгоманова, 2015. 67 с.

200. Сильова Є. П. Тифлопсихологія. Психологічні особливості людей з глибокими порушеннями зору : підручник / Є. П. Сильова. К.: Знання, 2008. 365 с.

201. Сірик В. О. Додільність реформування амбулаторно-поліклінічної системи надання медичної допомоги та переходу до практики сімейного обслуговування населення. *Ліки України*, 2016. № 4. С. 25 – 27.

202. Скворцова Т.В. Представлення підлітків о здоровому образі життя. *Концепт*. 2015. № 2. С. 1 – 8.

203. Скіррова О. А., Ісенко У. А. Применение SWOT-анализа в учреждениях здравоохранения. *Учет и статистика*. 2017. №4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/primenenie-swot-analiza-v-uchrezhdeniyah-zdravoohraneniya/viewer> (дата звернення: 03.05.2020).

204. Слабкий Г. О. , Лехан В. М., Надутай К. О. Деякі уроки реформи охорони здоров'я України. *Україна. Здоров'я нації*. 2014. № 3. С. 7 – 22.

205. Слабкий Г.О., Гойда Н.Г., Моїсєєнко Р.О., Терешенко А.В., Дудіна О.О. Застосування SWOT-аналізу при оцінці впровадження регіоналізації первинальної допомоги в Україні. *Україна. Здоров'я нації*. 2016. № 4 (40). С.142 – 148. ISSN 2077-6594.

206. Слабкий Г.О., Мирошук В.І. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст. *Україна. Здоров'я нації*. 2017. №3(44). С.24 –32.

207. Сміянов В. А., Павлюк П. О. Сучасна концепція якості медичної допомоги. *Вісн. СумДУ*. 2011, № 1, С. 5–12.

208. Сміянов В.А. [та ін.] Організаційно-методологічний підхід до управління якістю медичної допомоги у закладі охорони здоров'я. *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2013. № 3 (57). С. 11 – 17.

209. Стефанішин С. І. Профілактика порушення зору молодших школярів засобами фізичного виховання [Електронний ресурс]. – Режим доступу: <http://www.bestreferat.ru/referat-136961.html>.

210. Страшко С. Теоретико-методологічні основи підготовки вчителів основ здоров'я в Україні. *Імідж сучасного педагога*. 2011. №8-9 (117-118). С. 48 – 53.

211. Сухоміна Н.С. До питання розвитку чуттєвого сприймання під час навчальної діяльності молодших школярів зі зниженням зором. Актуальні питання колекційної освіти: зб. наук. пр. / за ред. В.М. Сивьова, О.В. Гаврилєва. Кам'янець-Подільський: Мелобори. 2011. Вип. 2. С. 235 – 242.

212. Танська В. В., Сорочинська О.А., Павлюченко О.В. Інноваційні здоров'яберігаючі технології у закладах освіти. Збірник науково-методичних праць. Житомир, 2020. 112 с.

213. Тернова С. Сучасна профілактика – масова дистансеріація чи індивідуалізований скринінг. *Ваше здоров'я*. 2014. № 28-29 (1259-1260). С. 8

–9. URL: <https://www.vz.kiev.ua/suchasna-profilaktika-masova-dispanserizaciya-chi-individualizovaniy-skrining/> (доступ 11.07.2022).

214. Ткачук Г. В. Особливості впровадження мобільного навчання: перспективи, переваги та недоліки. *Інформаційні технології і засоби навчання*. 2018. Т. 64, № 2. С. 13 – 22. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/TIZN\\_2018\\_64\\_2\\_4](http://nbuv.gov.ua/UJRN/TIZN_2018_64_2_4).

215. Подмачева С.Р., Персышкіна Т.В. Показатели детской инвалидности в Украине в период 2010 – 2014. *Здоровье ребенка*. 2016. №7 (75). С. 54 – 58.

216. Трикол Г.В. Концентрувальні засади розвитку сфери охорони здоров'я. *Вісник Бердянського університету менеджменту і бізнесу*. 2016. №4 (36). С. 63 – 73.

217. Улучшение показателей по неинфекционным заболеваниям: барьеры и возможности систем здравоохранения. Руководство ВОЗ по проведению оценки ситуации в странах. 2014. 50 с.

218. Ульянова Н. А., Величко Л. Н., Богданова А. В. Экспрессия молекулярных маркеров ранней и поздней активации лимфоцитов и маркера аутоиммунного процесса у больных с прогрессирующей миопией. *Офтальмол. журн.* 2015. № 1. С. 55 – 60. <https://doi.org/10.31288/oftalmolzh.201515560>.

219. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги: катаракта. Затв. наказом МОЗ України № 49 від 28.01.2016. 53 с.

220. Усик С. П., Пономаренко С. А. Аналіз послуг мобільного зв'язку на ринку України. *Сталій розвиток економіки*. 2013. № 3. С. 341 – 346.

221. Федотова С. П., Адаховська А. А., Запченко Е. С., Качан С. В. Фактори риска развития ретинопатии недоношенных у преждевременно рожденных детей. *Офтальмол. журнал Казахстана*. 2017. № 1-2 (51). С. 69 – 76.

222. Харченко Л.Б., Плискя О.І., Груша М.М. Визначення гостроти зору та контрастної чутливості в різних вікових групах школярів. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2020. Т. 5, № 1 (23). С. 230 – 235.

223. Харченко Л.Б., Удовиченко О.А., Калоднішкова Н.В. Методи дослідження контрастної чутливості зрительного аналізатора у дітей і підлітків. *Український журнал медицини, біології та спорту*. 2018. № 3(12) Том 3. С. 193 – 198.

224. Храмовская Н. А. Американский опыт использования электронных медицинских документов. *Врачи и информационные технологии*. 2013. № 4. С. 56 – 66. URL: <https://elibrary.ru/contents.asp?id=33846139>.

225. Цибульська Т. С., Загородня Н. Г., Пашкова О. С. Прогнозування ризику прогресування набутої міопії у дітей шкільного віку. *Офтальмол. журн.* 2018. № 1. С. 7 – 12. <https://doi.org/10.31288/ofthalmolzh20181712>

226. Цибульська Т. С., Горбачова С. В., Загородня Т. С. Клініко-діагностичне значення порушень електролітного обміну у дітей з набутою міопією. *Офтальмол. журн.* 2019. № 3. С. 14 – 19. <http://doi.org/10.31288/ofthalmolzh201931419>.

227. Цибульская Т. Е. Современные возможности оптической коррекции и их влияние на прогрессирующую близорукость в детском возрасте. *Офтальмол. журн.* 2015. № 2. С. 68 – 71. <https://doi.org/10.31288/ofthalmolzh201526871>.

228. Чепелевська Л. А., Дубініна В. Г., Рудницької О. П., Любінєць О. В. Аналіз демографічної ситуації в Україні. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України, 2015 рік: колективна монографія / за ред. В. В. Шафранського; МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України». Київ, 2016. С. 12–33.

229. Чернов С. І., Вороніна О. О. Оцінка статусу охорони здоров'я та рівня медичного страхування у Харківському регіоні. *Соціальна економіка*. 2016. № 2. С. 80 – 85. URL: [http://nbuv.gov.ua/UJRN/se\\_2016\\_2\\_13](http://nbuv.gov.ua/UJRN/se_2016_2_13)
230. Чудимова Л.Е. Формирование мотивации на здоровый образ жизни. *Образование. Карьера. Общество*. 2013. № 3 (39). С. 1 – 2.
231. Чумак С. О., Турчина С. І., Хижник В. М., Вародова О. В., Черняк О. Л., Несвітійло Л. О., Переспівіна Т. В. Ендокринологічна допомога дітям м. Харкова у період 2015 – 2019 роки. *Охорона здоров'я дітей та підлітків. Міжвідомчий збірник*. 2020. №1. С. 87 – 88.
232. Чумаченко І.Д. Аналіз системи медичного страхування в Україні. *Young Scientist*. 2017. № 10 (50). С. 1096 – 1100. <http://molodyvcheny.in.ua/ua/archive/50/>.
233. Шевченко М.В. Оцінка ефективності бюджетних програм «Первинна медична допомога населенню» у пілотних регіонах. *Вісник соціальної діяльності та організації охорони здоров'я України*. 2014. № 1 (59). С. 42 – 46.
234. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України за 2014 р. Код доступу: [www\iprh.kiev.ua](http://www.iprh.kiev.ua)
235. Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідемічну ситуацію та результати діяльності системи охорони здоров'я України 2016 рік. 2017; МОЗ України (ДУ "УІСД МОЗ України" Київ, 2017). 516 с.
236. Юдина А.И. Формирование культуры здорового образа жизни в аспекте социализации подростков: от народных традиций к современному состоянию. *Мир науки, культуры, образования*. 2013. № 4 (41). С. 1 – 4.
237. Язвиненко Т. М. Медична реформа: реалії України та міжнародний досвід. *Юридичний вісник. Повітряне і космічне право*, 2018. № 2. С. 116 – 120.

238. Ясепт А.Ибѣт, Попомартук В. С., Левашкая Г. В., Храменко Н. И. Сравнительный анализ биоэлектрической активности периферической сетчатки у больных с миопической аномалией рефракции, прооперированных по поводу регматогенной отслойки сетчатки, осложненной отслойкой сосудистой оболочки. *Офтальмолог. журн.* 2018. № 3. С. 41 – 51. <https://doi.org/10.31288/oftalmoizh201834151>.
239. Abas Z.A., Abidin Z.Z., Ramli M.R. Modeling nurse time for school health service using system dynamics. *Int J Innov Technol Explor Eng.* 2019. No.8. P.12.
240. Abiy Maru A, Mogess Maru A. Computer Vision Syndrome (AKA Digital Eye Strain). *Optometry in Practice*, 2016, N.17(1), P. 1–10.
241. Abu-Amara TB, Al Rashed WA, Khandekar R, Qabha HM, Alosaimi FM, Alshawayrikh AA, Almadi MK, Alfaria A. Knowledge, attitude and practice among non-ophthalmic health care providers regarding eye management of diabetics in private sector of Riyadh, Saudi Arabia. *BMC Health Serv Res.* 2019. N.19(1). P.375; doi: 10.1186/s12913-019-4216-9.
242. Ackland P. The accomplishments of the global initiative VISION 2020: The Right to Sight and the focus for the next 8 years of the campaign. *Indian J. Ophthalmol.* 2012. Vol. 60. N 5. P. 380–386. doi: 10.4103/0301-4738.100531.
243. Adamowitch M, Gugglberger L, Dür W. Implementation practices in school health promotion: findings from an Austrian multiple-case study. *Health Promot Int.* 2017. N. 32(2). P. 218–30.
244. Albright K., Barnard J., O’Leary S., et al. School-based health centers as medical homes: parents’ and adolescents’ perspectives. *Acad Pediatr.* 2016. Vol.16. P.381–386. doi: 10.1016/j.acap.2015.06.004.
245. Aller T. A. Clinical management of progressive myopia. *Eye (Lond)*. 2014. Vol. 28(2). P. 147–153.
246. Antipkin YG, Velosovets OP, Lapshin VF, Marushko RV, Dudina OO. Situational analysis of primary health care of children in Ukraine. *Child’S Healty.* 2020. Vol.15, No 6. P. 399–408.

247. Antwi F., Fazylova N., Garcon M. C., Lopez L., Rubiano R., Slyer J. T. The effectiveness of web-based programs on the reduction of childhood obesity in school-aged children: A systematic review. *JBIS Libr Syst Rev*. 2012. Vol. 10 (42 Suppl). P. 1–14. doi:10.11124/jbislr-2012-248.
248. Apouey B. H. Child physical development in the UK: the imprint of time and socioeconomic status. *Public Health*. 2016. Vol. 141. P. 255–263. doi:10.1016/j.puhe.2016.09.004.
249. Ardic A., Esin M. N. Factors Associated With Healthy Lifestyle Behaviors in a Sample of Turkish Adolescents: A School-Based Study. *J Transcult Nurs*. 2016. Vol. 27 (6). P. 583–592. doi: 10.1177/1043659615587585.
250. Ashton JJ, Beattie RM. Screen time in children and adolescents: is there evidence to guide parents and policy? *Lancet Child Adolesc Health*. 2019. Vol.3(5). P.292–294. doi: 10.1016/S2352-4642(19)30062-8.
251. Assi L, Chamseddine F, Ibrahim P, Sabbagh H, Rosman L, Congdon N, Evans J, Ramke J, Kuper H, Burton MJ, Ehrlich JR, Swenor BK. A Global Assessment of Eye Health and Quality of Life: A Systematic Review of Systematic Reviews. *JAMA Ophthalmol*. 2021. Vol. 139(5). P. 526–541. doi:10.1001/jamaophthalmol.2021.0146.PMID: 33576772.
252. Assi L, Rosman L, Chamseddine F, Ibrahim P, Sabbagh H, Congdon N, Evans J, Ramke J, Kuper H, Burton MJ, Ehrlich JR, Swenor BK. Eye health and quality of life: an umbrella review protocol. *BMJ Open*. 2020. Vol. 10(8). P. e037648. doi: 10.1136/bmjopen-2020-037648.
253. Atkins M.S., Cappella E., Shernoff E.S., Mehta T.G., Gustafson E.L. Schooling and children's mental health: realigning resources to reduce disparities and advance public health. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017. Vol.13. P.123–147. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032816-045234.
254. Atowa UC, Wajuhian SO, Hansraj R. A review of paediatric vision screening protocols and guidelines. *Int J Ophthalmol* 2019. N:12(7). P.1194–1201.

255. Bains RM, Diallo AF. Mental health services in school-based health centers: systematic review. *J Sch Nurs*. 2016. Vol.32. P.8–19. doi:10.1177/1059840515590607.
256. Baker DL, Hebbeler K, Davis-Aldritt L, Anderson LS, Knauer H. School Health Services for Children With Special Health Care Needs in California. *J Sch Nurs*. 2015. N.31. P.5 – 11.
257. Baltag V, Pachyna A, Hall J. Global Overview of School Health Services; Data from 102 Countries. *Heal Behav Policy Rev*. 2015. N.2(4). P.268–83.
258. Bannick MS, Mogaughy M, Flaxman AD. Ensemble modelling in descriptive epidemiology: burden of disease estimation. *IEA Int Epidemiol Assoc Int J Epidemiol*. 2020. P. 2065–73. Available from: <https://academic.oup.com/ije/article/49/6/2065/5625112>.
259. Baranov AA, Kuchma VR, Anufrieva EV, Sokolova SB, Skoblina NA, Virabova AR, et al. Quality evaluation of healthcare services in schools. *Vestn Ross Akad Meditsinskikh Nauk*. 2017. N.3. P.72.
260. Barnett SE, Allison M, Roland MM, Devore CD, Ancena R, Gunther R, et al. School-based health centers and pediatric practice. *Pediatrics*. 2012. Vol. 129(2). P. 387–93.
261. Barnett TA, Kelly AS, Young DR, Perry CK, Pratt CA, Edwards NM, Rao G, Vos MB; American Heart Association Obesity Committee of the Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; Council on Cardiovascular Disease in the Young; and Stroke Council. Sedentary Behaviors in Today's Youth: Approaches to the Prevention and Management of Childhood Obesity: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Circulation*. 2018. Vol.117(11). P.e142-e159. doi:10.1161/CIR.0000000000000591.
262. Basu S, Nagpal R, Serna-Ojeda J.C., Bhalekar S., Bagga B., Sangwan V. LVP keratoprosthesis: Anatomical and functional outcomes in bilateral end-stage corneal blindness. *Br. J. Ophthalmol*. 2019. N.103. P. 592–598.

263. Basu S., Shanbhag S.S., Gokani A., Kedar R., Bahuguna C., Sangwan V.S. Chronic Ocular Sequelae of Stevens-Johnson Syndrome in Children: Long-term Impact of Appropriate Therapy on Natural History of Disease. *Am. J. Ophthalmol.* 2018. N.189. P.17–28.

264. Baumgarten F., Cohrdes C., Schienkiewitz A., Thamm R., Meyrose A. K., Ravens-Sieberer U. Health-related quality of life and its relation to chronic diseases and mental health problems among children and adolescents : Results from KIGGS Wave 2. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitschutz.* 2019. Vol. 62 (10). P. 1205–1214. doi: 10.1007/s00103-019-03006-9.

265. Berge J. M., MacLehose R. F., Meyer C., Didericksen K., Loh K. A., Neumark-Sztainer D. He Said, She Said: Examining Parental Concordance on Home Environment Factors and Adolescent Health Behaviors and Weight Status. *J Acad Nutr Diet.* 2016. Vol. 16 (1). P. 46–60. doi: 10.1016/j.jand.2015.05.004.

266. Berntsen D. A., Barr C. D., Mutti D. O., Zadnik K. Peripheral defocus and myopia progression in myopic children randomly assigned to wear single vision and progressive addition lenses. *Invest Ophthalmol Vis Sci.* 2013. Vol. 54(8). P. 5761–5770.

267. Bersamin M, Coulter RWS, Gaarde J, Garbers S, Mair C, Santelli J. School-based health centers and school connectedness. *J Sch Health.* 2019. Vol.89. P.11–19. doi: 10.1111/josh.12707.

268. Bezem J, Heinen D, Reis R, Buitendijk SE, Numans ME, Kocken PL. Improving access to school health services as perceived by school professionals. *BMC Health Serv Res.* 2017. Vol. 17(1). P. 1–9.

269. Biler E. D. et al. TGFB1 and LAMA1 gene polymorphisms in children with high myopia. *Pakistan Journal of medical sciences.* 2018. T. 34. № 2. C. 463.

270. Bilyk V., Sushchenko L., Sheremet L., Hanushchyn S., Bondarenko H. Modern Pedagogical Practice of Natural Science Training of Future Psychologists

in Higher Educational Institutions. *Revista Romaneasca Pentru Educatie Multidimensionala*, 2020, Vol. 12(3), P.162–181.

271. Birch E. E. Amblyopia and binocular vision. *Prog. Retin. Eye Res.* 2013, N 33, P. 67–84.

272. Blencowe H., Lawn J. E., Vazquez T., Fielder A., Gilbert C. Preterm-associated visual impairment and estimates of retinopathy of prematurity at regional and global levels for 2010. *Pediatr Res.* 2013, N 74, P. 35–39.

273. Brindis CD. The “State of the State” of school-based health centers: achieving health and educational outcomes. *Am J Prev Med.* 2016, Vol.51, P.139–140. doi: 10.1016/j.amepre.2016.03.004.

274. Broadbent D. M., Sampson C. J., Wang A. et al. Individualized screening for diabetic retinopathy: the ISDR study rationale, design and methodology for a randomized controlled trial comparing annual and individualized risk-based variable-interval screening. *BMJ.* 2019, No 9(6), P.e025788. doi: 10.1136/bmjopen-2018-025788. (accessed 17.06.2019).

275. Budisavljevic S, Arnarsson A, Hamrik Z, Roberts C, Godenu E, Molcho M, et al. Improving Adolescent Health: Translating Health Behaviour in School-aged Children Evidence Into Policy. *J Adolesc Heal.* 2020, Vol. 66(6), P.S9–11. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.010>.

276. Budreviciute A., Damiati S., Sabir DK., Onder K., Schuller-Goetzburg P., Plakys G., et al. Management and Prevention Strategies for Non-communicable Diseases (NCDs) and Their Risk Factors. *Front Public Heal.* 2020, Vol.8, P.1–11.

277. Bull FC, Al-Ansari SS, Biddle S, et al. World Health Organization 2020 guidelines on physical activity and sedentary behavior. *British Journal of Sports Medicine.* 2020, N 54, P. 1451–1462.

278. Burgess FR, Hall HN, Megaw R. Emerging Gene Manipulation Strategies for the Treatment of Monogenic Eye Disease. *Asia Pac J Ophthalmol (Phila)*, 2022, N. 11(4), P. 380–391. doi: 10.1097/APO.0000000000000545.

279. Burton MJ, Ramke J, Marques AP, Bourne RRA, Congdon N, Jones I, Ah Tong BAM, Arunga S, Bachani D, Bascaran C, Bastawrous A, Blanchet K,

Braithwaite T, Buchan JC, Cairns J, Carna A, Chagunda M, Chulumkhuu C, Cooper A, Crofts-Lawrence J, Dean WH, Denniston AK, Ehrlich JR, Emerson PM, Evans JR, Frick KD, Friedman DS, Furtado JM, Gichangi MM, Gichuhi S, Gilbert SS, Gurung R, Habtamu E, Holland P, Jonas JB, Keane PA, Keay L, Khanna RC, Khaw PT, Kuper H, Kyari F, Lansingh VC, Mactaggart I, Mafwiri MM, Mathenge W, McCormick I, Morjaria P, Mowatt L, Muirhead D, Murthy GVS, Mwangi N, Patel DB, Peto T, Qureshi BM, Salomão SR, Sarah V, Shiljo BR, Solomon AW, Swenor BK, Taylor HR, Wang N, Webson A, West SK, Wong TY, Wormald R, Yasmin S, Yusufu M, Silva JC, Resnikoff S, Ravilla T, Gilbert CE, Foster A, Faal HB. The Lancet Global Health Commission on Global Eye Health: vision beyond 2020. *Lancet Glob Health*. 2021, Vol. 9(4). P.e489-e551. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30488-5.

280. Casas-Llera P, Ortega P, Rubio I, Santos V, Prieto MJ, Alió JL. Validation of a school-based amblyopia screening protocol in a kindergarten population. *Eur J Ophthalmol*. 2016, N. 26(5). P. 505–509.

281. Cassagne M., Malecaze F., Soler V. Pathophysiology of myopia: nature versus nurture. *J. Fr. Ophthalmol*. 2014, V. 37, N. 5. P. 407–41.

282. Catchpool M., Gold L., Grobler A. C., Clifford S. A., Wake M. Health-related quality of life: population epidemiology and concordance in Australian children aged 11-12 years and their parents. *BMJ Open*. 2019, Vol. 3. P. 157–164. doi:10.1136/bmjopen-2018-022398.

283. Cebinelli, Martelossi G. C., et al. TGF- $\beta$ 1 functional polymorphisms: a review. *European cytokine network*. 2016, T. 27, № 4. C. 81–89.

284. Centers for Disease Control and Prevention. Children's mental health. <https://www.cdc.gov/childrensmentalhealth/index.html>. Published 2017. Accessed January 22, 2019.

285. Chalam K. V. Fundamentals and principles of ophthalmology. Basic and clinical science course / ed. J. S. Weiss. San Francisco : Univ. Press, 2011. P. 413 – 435.

286. Chang-Su e Yang, An-Guor Wang, Yung-Feng Shih, Wen-Ming Hsu. Long-term biometric optic components of diode lasertreated threshold retinopathy of prematurity at 9 years of age. *Acta Ophthalmologica*. 2013. № 91. P. 276–282.
287. Chaput JP, Willumsen J, Bull F, et al. 2020 WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour for children and adolescents aged 5–17 years: Summary of the evidence. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020. N.17(1). P.141. 10.1186/s12966-020-01037-z.
288. Chen C, Shao Y, Zhong H, Huang T, Shen J, Xu Q, Qing C, Liu Z, Sun W, Li M, Shi W. Investigation on the prevalence and influencing factors of myopia among children and adolescents in Liyang city. *Am J Transl Res*. 2022. Vol.15. N.14(10). P.7164–7171. PMID: 36398263; PMCID: PMC9641489.
289. Chen C., Cheung S. W., Cho P. Myopia control using tonic orthokeratology (TO-SEE study). *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2013. Vol. 54(10). P. 6510–6517.
290. Chen M, Wu A, Zhang L, et al. The increasing prevalence of myopia and high myopia among high school students in Fenghua city, eastern China: a 15-year population-based survey. *BMC Ophthalmol*. 2018. Vol.18. P.159. doi: 10.1186/s12886-018-0829-8.
291. Chiang P. C. et al. Public health impact of pathologic myopia. *Pathologic Myopia*, Springer, New York, NY, 2014. C. 75 – 81.
292. Chiu W, Lin TY, Chang YC, Isahwan-Ahmad Mulyadi Lai H, Lin SC, Ma C, Yarnishyn AA, Lin SC, Chang KJ, Chou YB, Hsu CC, Lin TC, Chen SJ, Chien Y, Yang YP, Hwang DK. An Update on Gene Therapy for Inherited Retinal Dystrophy: Experience in Leber Congenital Amaurosis Clinical Trials. *Int J Mol Sci*. 2021. N. 22(9). P. 4534. doi: 10.3390/ijms22094534.
293. Cho P., Cheung S. W. Retardation of myopia in Orthokeratology (ROMIO) study: a 2-year randomized clinical trial. *Invest. Ophthalmol. Vis. Sci*. 2012. Vol. 53. № 11. P. 7077–7085.
294. CocherEAU A. Screening for visual disorders in pre-primary school. *Sains. Pediatr. Pueric*. 2011. No. 261. P. 24 – 25.

295. Cohen A. K., Syme S. L. Education: a missed opportunity for public health intervention. *American Journal of Public Health*. 2013. Vol. 103 (6). P. 997 – 1001. doi: 10.2105/AJPH.2012.300993.
296. Cohen-Gulkar M, David A, Messika-Gold N, Eshel M, Ovadia S, Zuk-Bar N, Idelson M, Cohen-Tayar Y, Reubinoff B, Ziv T, Shanny M, Elkou R, Ashery-Padan R. The LHX2-OTX2 transcriptional regulatory module controls retinal pigmented epithelium differentiation and underlies genetic risk for age-related macular degeneration. *PLoS Biol*. 2023. N. 21(1). P. e3001924. doi: 10.1371/journal.pbio.3001924.
297. Constant A., Boulic G., Lommez A., Chaillou R., Guy-Grand B., Raffin S. Locally implemented prevention programs may reverse weight trajectories in half of children with overweight/obesity amid low child-staff ratios: results from a quasi-experimental study in France. *BMC Public Health*. 2020. Vol. 20 (1). P. 941. doi: 10.1186/s12889-020-09080-y.
298. Cooper J., Schulman E., Jamal N. Current status on the development and treatment of myopia. *Optometry*. 2012. Vol. 83(5). P. 179 – 199.
299. Cosma A, Stevens G, Martin G, Duinhof EL, Walsh SD, Garcia-Moya I, et al. Cross-National Time Trends in Adolescent Mental Well-Being From 2002 to 2018 and the Explanatory Role of Schoolwork Pressure. *J Adolesc Heal*. 2020. N. 66(6). P. S50 – 8.
300. Craig W, Boniel-Nissim M, King N, Walsh SD, Boer M, Dunnelly PD, et al. Social Media Use and Cyber-Bullying: A Cross-National Analysis of Young People in 42 Countries. *J Adolesc Heal*. 2020. N. 66(6). P. S100 – 8.
301. Cumberland PM, Bountziouka V, Rahi JS. Impact of varying the definition of myopia on estimates of prevalence and associations with risk factors: time for an approach that serves research, practice and policy. *Br J Ophthalmol*. 2018. N.102. P.1407-1412. doi: 10.1136/bjophthalmol-2017-311557.
302. Currie C., Zanotti C., Morgan A., Currie D., de Looze M., Roberts C., Samdal O., Smith O. R. F., Barnekow V. Social determinants of health and well-being among young people. Health behaviour in school-aged children (hbsec) study:

international report from the 2009/2010 survey. *Health policy for children and adolescents*. 2012. Vol. 6. 272 p.

303. Danylenko H., Peresyphkina T., Holubricha H. Conceptual Direction in organization of medical assistance for children in the condition of education. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. Vol.6. P. 1124 – 1128.

304. Davidson S., Quinn G. E. The impact of pediatric vision disorders in adulthood. *Pediatrics*. 2011. Vol. 127. No 2. P. 334 – 339.

305. Day R. E., Sahota P., Christian M. S. Effective implementation of primary schoolbased healthy lifestyle programmes: a qualitative study of views of school staff. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19 (1). P. 1239. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7550-2>.

306. De Melo J, Clark BS, Venkataraman A, Shiao F, Zibetti C, Blackshaw S. Ldb1- and Rnf12-dependent regulation of Lhx2 controls the relative balance between neurogenesis and gliogenesis in the retina. *Development*. 2018. Vol. 30. N. 145(9). P. dev159970. doi: 10.1242/dev.159970.

307. Del Bustó S, Galindo I, Hernandez JJ, Camaralles F, Nieto E, Caballero A, Sardin Vázquez M. Creating a Collaborative Platform for the Development of Community Interventions to Prevent Non-Communicable Diseases. *Int J Environ Res Public Health*. 2019. N.16(5). P.676. doi: 10.3390/ijerph16050676.

308. Delgado-Floody P, Caamaño-Navarrete F, Guzmán-Guzmán IP, Jerez-Mayorga D, Martínez-Salazar C, Álvarez C. Food habits and screen time play a major role in the low health related to quality of life of ethnic ascendant schoolchildren. *Nutrients*. 2020. N.12(11). P. 3489. <https://doi.org/10.3390/nu12113489>.

309. Delgado-Floody PA, Caamaño-Navarrete F, Guzmán-Guzmán IP, Jerez-Mayorga D, Coffré A, Álvarez Lepin CG. Negative feelings and behaviour are associated with low nutritional level, unhealthy lifestyle, and cardiometabolic risk factors in Chilean schoolchildren. *Nutr Hosp*. 2020. N.37(4). P.707–714. English. doi: 10.20960/nh.03086.

310. Demir P, Baskaran K, Theagarayan B, Gierow P, Sankaridurg P, Mucedo AF. Refractive error, axial length, environmental and hereditary factors associated with myopia in Swedish children. *Clin Exp Optom*. 2021. N,104(5). P.595–601. doi: 10.1080/08164622.2021.1878833.
311. DeSantis D. Amblyopia. *Pediatr. Clin. North Am*. 2014. Vol. 61. № 3. P. 505 – 518.
312. Deshmukh R, Stevenson LJ, Vajpayee R. Management of corneal perforations: An update. *Indian J Ophthalmol*. 2020. N,68(1). P.7–14. doi:10.4103/ijdo.IJO\_1151\_19.
313. Dierckens M, Weinberg D, Huang Y, Elgar F, Moor I, Augustine L, et al. National-Level Wealth Inequality and Socioeconomic Inequality in Adolescent Mental Well-Being: A Time Series Analysis of 17 Countries. *J Adolesc Heal*. 2020. Vol.66 (6). P. S21–8. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.009>.
314. Ding J., Levi D. M. Rebalancing binocular vision in amblyopia. *Ophthalmic. Physiol. Opt*. 2014. Vol. 34. № 2. P 199–213.
315. Donthineni P.R., Das A.V., Basu S. Dry eye disease in children and adolescents in India. *Ocul. Surf*. 2020. N.18. P. 777–782.
316. Ehrlich JR, Ramke J, Macleod D, Burn H, Lee CN, Zhang JH, Waldoek W, Swenor BK, Gordon I, Congdon N, Burton M, Evans JR. Association between vision impairment and mortality: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2021. N,9(4). P.e418-e430. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30549-0.
317. Evans JR, Gordon I, Lawrenson JG, Parker R, Rowe FJ, Virgili G, Li T, Ramke J. Cochrane Eyes and Vision Priority Setting Steering Group. Identifying priority review questions for Cochrane Eyes and Vision: protocol for a priority setting exercise. *BMJ Open*. 2021. Vol.25. N,11(6). P.e046319. doi: 10.1136/bmjopen-2020-046319.
318. Fagan S. E., Zhang W., Gao Y. Social adversity and antisocial behavior: mediating effects of autonomic nervous system activity. *Journal of*

*Abnormal Child Psychology*. 2017. Vol. 45. P. 1553–1564. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0262-0>.

319. Fang Z, Xu Z, He X, Han W. Artificial intelligence-based pathologic myopia identification system in the ophthalmology residency training program. *Front Cell Dev Biol*. 2022. Vol.3. N10. P.1053079. doi: 10.3389/fcell.2022.1053079.

320. Faria-Ribeiro M., Queirós A., Lopes-Ferreira D., Jorge J., González-Méijome, José M. Peripheral refraction and retinal contour in stable and progressive myopia. *Optometry and Vision Science*. 2013. Vol. 90(1). P. 9–15. doi:10.1097/ops.0b013e318278153c.

321. Faridizad R., Ahadi Z., Heshmat R., Motlagh M. E., Sheidaei A., Ziaodini H., Taheri M., Qorbani M., Mahdavi S. B., Kelishadi R. Association of screen time with subjective health complaints in Iranian school-aged children and adolescents: the CASPIAN-V study. *Journal Of Public Health-Heidelberg*. 2020. Vol. 28 (1). P. 31–40. doi: 10.1007/s10389-019-01014-2.

322. Farmer E., Papadopoulos N., Emonson C., Fuelscher L., Pesce C., McGillivray J., Hyde C., Olive L., Rinehart N. A Preliminary Investigation of the Relationship between Motivation for Physical Activity and Emotional and Behavioural Difficulties in Children Aged 8-12 Years: The Role of Autonomous Motivation. *Int J Environ Res Public Health*. 2020. Vol. 17 (15). P. 5584. doi: 10.3390/ijerph17155584.

323. Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics. America's children: key national indicators of well-being, 2017. [https://www.childstats.gov/pdf/ac2017/ac\\_17.pdf](https://www.childstats.gov/pdf/ac2017/ac_17.pdf). Accessed January 22, 2019.

324. Flegg K, Gellkopf MJ, Johnson SA, Dimaras H; Canadian Retinoblastoma Research Advisory Board Priority Setting Steering Committee. The top 10 retinoblastoma research priorities in Canada as determined by patients, clinicians and researchers: a patient-oriented priority-setting partnership. *CMAJ Open*. 2020. Vol.9. P.8(2). P.E420-E428. doi: 10.9778/cmajo.20190221.

325. Flitcroft Daniel Ian, He Mingguang, Jonas Jost B., Jong Monica, Naidoo Kevin, Ohno-Matsui Kyoko, Rahi Jignoo, Resnikoff Serge, Vitale Susan, Yarnuzzi Lawrence. IML – Defining and Classifying Myopia: A Proposed Set of Standards for Clinical and Epidemiologic Studies. *Investigative Ophthalmology & Visual Science*. 2019. N.60(3). P.M20. doi: 10.1167/iovs.18-25957.
326. Gangwani RA et al. Diabetic retinopathy screening: global and local perspective. *Hong Kong Med J*. 2016. Vol. 22 (5). P. 486-495.
327. Gamle JK, Boakye PP, Baatiema L. Childhood obesity in urban Ghana: Evidence from a cross-sectional survey of in-school children aged 5-16 years. *BMC Public Health*. 2019. N. 19(1). P. 1561. doi: 10.1186/s12889-019-7898-3.
328. Garafalo AV, Cideciyan AV, Heon E, Sheplock R, Pearson A, WeiYang Yu C, Sumaroka A, Aguirre GD, Jacobson SG. Progress in treating inherited retinal diseases: Early subretinal gene therapy clinical trials and candidates for future initiatives. *Prog Retin Eye Res*. 2020. N.77. P.100827. doi: 10.1016/j.preteyeres.2019.100827.
329. GBD 2016 SDG Collaborators. Measuring progress and projecting attainment on the basis of past trends of the health-related Sustainable Development Goals in 188 countries: an analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*. 2017. N. 390. P. 1423-59.
330. GBD 2019 Blindness and Vision Impairment Collaborators; Vision Loss Expert Group of the Global Burden of Disease Study. Trends in prevalence of blindness and distance and near vision impairment over 30 years: an analysis for the Global Burden of Disease Study. *Lancet Glob Health*. 2021. Vol.9(2). P.e130–e143. doi: 10.1016/S2214-109X(20)30425-3.
331. Glewwe P, West KL, Lee J. The impact of providing vision screening and free eyeglasses on academic outcomes: evidence from a randomized trial in title I elementary schools in Florida. *J Policy Anal Manage* 2018; 37: 265–300.
332. Gilligan C., Lowe R. *Marketing and Healthcare Organizations*. CRC Press, 2018. 224 p.

333. Global Standards for Health Promoting Schools. *Bioaerem* BO3. 2019. 12 p.
334. Gomes J.A., Azar D.T., Baudouin C., Efron N., Hirayama M., Horwath-Winter J., Kim T., Mehta J.S., Messmer E.M., Pepose J.S., et al. TFOS DEWS II itrogenic report. *Ocul. Surf.* 2017. N. 15. P. 511–538.
335. Gómez-Silva G, Carollo Motellón M, Abelairas Gómez C, Sánchez Santos L, García Doval FM, Rodríguez Núñez A. Escolares con enfermedades crónicas, ¿qué les preocupa a sus profesores? [Schoolchildren with chronic diseases; what are teachers worried about?]. *An Pediatr (Engl Ed)*. 2020. N.93(6). P. 374–379. Spanish. doi: 10.1016/j.angepedi.2020.02.004.
336. Grzybowski A, Kancierz P, Tsubota K, Lanca C, Saw SM. A review on the epidemiology of myopia in school children worldwide. *BMC Ophthalmol*. 2020. N.20(1). P.27. doi: 10.1186/s12886-019-1220-0.
337. Grzybowski A., Kancierz P. The standardized definition of high myopia. *Graefes' Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology*. 2019. Vol. 257(8). P. 1805–1805. doi: 10.1007/s00417-019-04397-w.
338. Grzybowski A., Nowak M.S. The review of refractive studies of nonadults in Poland. *Acta Ophthalmologica*. 2018. Vol. 96(6). P.e755–e756. doi: 10.1111/aos.13666.
339. Guerrero M. D., Barnes J. D., Chaput J. P., Tremblay M. S. Screen time and problem behaviors in children: exploring the mediating role of sleep duration. *International Journal Of Behavioral Nutrition And Physical Activity*. 2019. Vol. 16 (1). P. 105. doi: 10.1186/s12966-019-0862-x.
340. Gunasekaran DV, Ting DSW, Tan GSW, Wong TY. Artificial intelligence for diabetic retinopathy screening, prediction and management. *Curr Opin Ophthalmol*. 2020. Vol.31(5). P.357-365. doi: 10.1097/ICU.0000000000000693.
341. Guthold R, Moller A, Azzopardi P, et al. The Global Action for Measurement of Adolescent health (GAM) Initiative Rethinking Adolescent

Metrics. *J Adolesc Heal.* 2019. Vol.64(6). P.697–9. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2019.03.008>.

342. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Global trends in insufficient physical activity among adolescents: a pooled analysis of 298 population-based surveys with 1.6 million participants. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020. N.4. P.23–35. doi:10.1016/S2352-4642(19)30323-2 pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31761562>.

343. Guthold R, Stevens GA, Riley LM, et al. Worldwide trends in insufficient physical activity from 2001 to 2016: a pooled analysis of 358 population-based surveys with 1.9 million participants. *Lancet Glob Health.* 2018. N.6. P. e1077–86. doi:10.1016/S2214-109X(18)30357-7 pmid:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30193830>.

344. Hagen LA, Gjelle JVB, Arnegard S, et al. Prevalence and possible factors of myopia in Norwegian adolescents. *Sci Rep.* 2018. Vol.8. P.13479. doi:10.1038/s41598-018-31790-y.

345. Hansen MH, Laigaard PP, Olsen EM, Skovgaard AM, Larsen M, Kessel L, Munch IC. Low physical activity and higher use of screen devices are associated with myopia at the age of 16-17 years in the CCC2000 Eye Study. *Acta Ophthalmol.* 2020. Vol. 98(3). P.315–321. doi:10.1111/aos.14242.

346. Hanyuda A, Sawada N, Uchino M, Kawashima M, Yuki K, Tsubota K, Yamagishi K, Iso H, Yasuda N, Saito I, Kato T, Abe Y, Arima K, Tanno K, Sakata K, Shimazu T, Yamaji T, Goto A, Inoue M, Iwasaki M, Tsugane S; JPHC-NEXT Study Group. Physical inactivity, prolonged sedentary behaviors, and use of visual display terminals as potential risk factors for dry eye disease: JPHC-NEXT study. *Ocul Surf.* 2020. N.18(1). P. 56–63. doi:10.1016/j.jtos.2019.09.007.

347. Hart M. The importance and elements of healthy nutrition. *Advances in Eating Disorders Theory, Research and Practice.* 2016. Vol. 4(1). P. 14–30. <https://doi.org/10.1080/21662630.2015.1130536>.

348. Harvey E.M., Mc Grath E.R., Miller J.M., Davis A.L., Twelker J.D., Dennis L.K. A preliminary study of astigmatism and early childhood development. *Journal of Aapos*. 2018. Vol.22(4). P. 294–298.
349. Harvey E.M., Miller J.M., Apple H.P., Parashar P., Welker T. J., Crescioni M., Davis A.L., Leonard-Green T.K., Campus I., Sherrill D.L. Accommodation in astigmatic children during visual task performance. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2014. Vol. 55(8), P. 5420–5430.
350. HBSC Report. Стан та чинники здоров'я українських підлітків. 2011. 214 p.
351. Heinz A, Catunda C, van Duin C, Torsheim T, Willers H. Patterns of Health-Related Gender Inequalities – A Cluster Analysis of 45 Countries. *J Adolesc Heal*. 2020. Vol.66 (6). P. S29–39. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.02.011>.
352. Hemmingsson H., Ólafsdóttir L. B., Egilson S. T. Agreements and disagreements between children and their parents in health-related assessments. *Disability and Rehabilitation*. 2017. Vol.39 (11). P.1059–1072. doi: 10.1080/09638288.2016.1189603.
353. Hered R. W. Effective vision screening of young children in the pediatric office. *Pediatr. Ann*. 2011. Vol. 40. N 2. P. 76–82.
354. Hess R.F., Thompson B., Baker D.H. Binocular vision in amblyopia: structure, suppression and plasticity. *Ophthalmic Physiol Opt*. 2014. Vol.34. P. 146–162.
355. Hiraoka T, Kakita T, Okamoto F, Takahashi H, Oshika T. Long-term effect of overnight orthokeratology on axial length elongation in childhood myopia: a 5-year follow-up study. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2012. Vol. 53(7). P. 3913–3919.
356. Hoare E, Crooks N, Hayward J, Allender S, Strugnell C. Associations between combined overweight and obesity, lifestyle behavioural risk and quality of life among Australian regional school children: baseline findings of the Goulburn

Valley health behaviours monitoring study. *Health Qual Life Outcomes*. 2019. N.17(1). P.16. doi: 10.1186/s12955-019-1086-0.

357. Haure E, Marx W, Firth J, McLeod S, Jacka F, Chrousos GP, Manios Y, Moschonis G. Lifestyle behavioural risk factors and emotional functioning among schoolchildren: The Healthy Growth Study. *Eur Psychiatry*. 2019. N.61. P. 79-84. doi: 10.1016/j.eurpsy.2019.07.002.

358. Holden B. A. et al. Global prevalence of myopia and high myopia and temporal trends from 2000 through 2050. *Ophthalmology*. 2016. N.5. C. 1036 – 1042.

359. Hosker D. K., Elkins R. M., Potter M. P. Promoting Mental Health and Wellness in Youth Through Physical Activity, Nutrition, and Sleep. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*. 2019. Vol. 28 (2). P. 171. doi: 10.1016/j.chc.2018.11.010.

360. Huang PC, Hsiao YC, Tsai CY, Tsi DC, Chen CW, Hsu CC, Huang SC, Lin MH, Liou YM. Protective behaviours of near work and time outdoors in myopia prevalence and progression in myopic children: a 2-year prospective population study. *Br J Ophthalmol*. 2020. Vol. 104(7). P.956–961. doi: 10.1136/bjophthalmol-2019-314101.

361. Hussain M, Shtein RM, Pistilli M, Maguire MG, Oydanich M, Asbell PA; DREAM Study Research Group. The Dry Eye Assessment and Management (DREAM) extension study – A randomized clinical trial of withdrawal of supplementation with omega-3 fatty acid in patients with dry eye disease. *Ocul Surf*. 2020. N. 18(1). P.47–55. doi: 10.1016/j.jtos.2019.08.002.

362. Hwang J.S., Lee Y.P., Shin Y.J. Vitamin D enhances the efficacy of topical artificial tears in patients with dry eye disease. *Cornea*. 2019. N.38. P. 304–310.

363. Ikuno Y. Overview of the complications of high myopia. *Retina*. 2017. N.37. P. 2347–2351. doi: 10.1097/IAE.0000000000001489.

364. İlhan N., Peker K., Yıldırım G. et al. Relationship between healthy lifestyle behaviors and health related quality of life in turkish school-going

adolescents. *Niger J Clin Pract*. 2019, Vol. 22 (12). P. 1742–1751. doi: 10.4103/njcp.njcp\_190\_19.

365. Inomata, T.; Iwagami, M.; Nakamura, M.; Shiang, T.; Yoshimura, Y.; Fujimoto, K.; Okumura, Y.; Eguchi, A.; Iwata, N.; Miura, M.; et al. Characteristics and Risk Factors Associated with Diagnosed and Undiagnosed Symptomatic Dry Eye Using a Smartphone Application. *JAMA Ophthalmol*. 2020, N.138. P.58–68.

366. Intercountry Workshop on School Health in the Prevention of Noncommunicable Diseases (NCDs) URL: <https://whodc.mednet.ru/en/main-publications/zdorove-podrostkov/zdorovye-shkoly/2886.html>.

367. International Agency for Prevention of Blindness. Standard school eye health guidelines for low and middle-income countries 2018. <https://www.iapb.org/wp-content/uploads/Guidelines-School-Eye-HealthProgrammes-Final.pdf>. Accessed July 17, 2018.

368. Jeharsae R., Sangthong R., Wichuidit W., Chongsuvivatwong V. Growth and development of children aged 1–5 years in low-intensity armed conflict areas in Southern Thailand: a community-based survey. *Conflict and health*. 2013, N.7(1). P. 8.

369. Jiang B. et al. Expression and role of specificity protein 1 in the sclera remodeling of experimental myopia in guinea pigs. *International journal of ophthalmology*. 2017. Vol.10, N.4. P. 550.

370. Jiang X, Kurihara T, Torii H, et al. Progress and control of myopia by light environments. *Eye Contact Lens*. 2018, Vol.44, P.273–278, doi: 10.1097/ICL-0000000000000548.

371. Jiang X, Tarczy-Hornoch K, Cotter SA, Matsumura S, Mitchell P, Rose KA, Katz J, Saw SM, Varma R; POPEYE Consortium. Association of Parental Myopia With Higher Risk of Myopia Among Multiethnic Children Before School Age. *JAMA Ophthalmol*. 2020, Vol.1, N.138 (5). P. 501–509, doi: 10.1001/jamaophthalmol.2020.0412.

372. Jiang Y, Tian B. Understanding Modifiable Risk Factors for the Development of Myopia. *Ophthalmology*. 2018. Vol.126, P.221–222. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.09.001.
373. Jiya FB, Jiya NM, Ibitoye PK, Umar K, Baba J, Adamu A, et al. School Health Services in Sokoto Town, Nigeria. *IOSR J Dent Med Sci*. 2020. N.4: P. 19–24.
374. Johansson M. S., Korshøj M., Schnohr P., Marott J. L., Prescott E. L., Søgaard K., Holtermann A. Time spent cycling, walking, running, standing and sedentary: a cross-sectional analysis of accelerometer-data from 1670 adults in the Copenhagen City Heart Study: Physical behaviours among 1670 Copenhageners. *BMC Public Health*. 2019. Vol. 19 (1). P. 1370. doi: 10.1186/s12889-019-7679-z.
375. Jones L., Downie L.E., Korb D., Benitez-del-Castillo J.M., Dana R., Deng S.X., Dong P.N., Geerling G., Hida R.Y., Liu Y., et al. TFOS DEWS II Management and Therapy Report. *Ocul. Surf*. 2017. N.15. P. 575–628.
376. Juma PA, Mohamed SF, Matanje Mwangomba BL, Ndinda C, Mapa-Tassou C, Oluwasanu M, et al. Non-communicable disease prevention policy process in five African countries authors. *BMC Public Health*. 2018. N.18 (Suppl 1). P. 961. doi: 10.1186/s12889-018-5825-7.
377. Jung S.J., Mehta J.S., Tong L. Effects of environment pollution on the ocular surface. *Ocul. Surf*. 2018. N.16. P.198–205.
378. Kalin M, Schnabel O, Gradisar M, Rozen GS, Slone M, Atzaba-Poria N, Tikotzky L, Saieh A. Sleep, screen time and behaviour problems in preschool children: an actigraphy study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2021. Vol.30(11). P. 1793–1802. doi: 10.1007/s00787-020-01654-w.
379. Kaido M., Toda L., Oobayashi T., Kawashima M., Katada Y., Tsubota K. Reducing short-wavelength blue light in dry eye patients with unstable tear film improves performance on tests of visual acuity. *PLoS ONE*. 2016. N.11. P.152936.
380. Kancelarz P, Przewlocka K. Results of refractive error screening of Polish schoolchildren aged 6 to 14 years. *Przegl Lek*. 2019. Vol.76. P. 468–71.

381. Kann L, McManus T, Harris WA, Shanklin SL, Flint KH, Queen B, Lowry R, Chyvet D, Whittle L, Thornton J, Lim C, Bradford D, Yamakawa Y, Leon M, Brener N, Ethier KA. Youth Risk Behavior Surveillance - United States, 2017. *MMWR Surveill Summ*. 2018; N.67(8). P.1–114. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6708a1>.

382. Kawashima M., Sano K., Takechi S., Tsubota K. Impact of lifestyle intervention on dry eye disease in office workers: A randomized controlled trial. *J. Occup. Health*. 2018; N.60. P. 281–288.

383. Keel S, Evans JR, Block S, Bourne R, Calonge M, Cheng CY, Friedman DS, Furtado JM, Khanna RC, Mathenge W, Mariotti S, Matoto E, Müller A, Rabiu MM, Rasengane T, Zhao J, Wormald R, Cieza A. Strengthening the integration of eye care into the health system: methodology for the development of the WHO package of eye care interventions. *BMJ Open Ophthalmol*. 2020; Vol.11.N.5(1). P.e000533. doi:10.1136/bmjophth-2020-000533.

384. Kfir J, Wygnanski-Jaffe T, Furtzavandi S, Wei Z, Yam JC, de Faber JT, Orge FH, Aznauryan I, Tsai CB, de Liano RG, Natarajan S, Dadeya SC, Agrawal S, Sato M, Shemesh R, Mezer E; CPMTTPO Study Group. The impact of the first peak of the COVID-19 pandemic on childhood myopia control practice patterns among ophthalmologists-an international pediatric ophthalmology and strabismus council global perspective. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2023; Vol.261(1). P.233–240. doi: 10.1007/s00417-022-05864-7.

385. Kim S, Favotto L, Halladay J, Wang L, Boyle MH, Georgiades K. Differential associations between passive and active forms of screen time and adolescent mood and anxiety disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2020; Vol. 55(11). P.1469–1478. doi: 10.1007/s00127-020-01833-9.

386. Knies S., Lombardi G., Commers M. et al. Supporting decision making in cross-border regions: a health technology assessment tool for hospitals. *Int J Technol Assess Health Care*. 2013; Vol. 29 (1). P. 71–78. doi: 10.1017/S0266462312000785 (accessed Jan 2013).

387. Knopf JA, Finnie RKC, Peng Y, et al. School-based health centers to advance health equity: a community guide systematic review. *Am J Prev Med*. 2016. Vol.51. P. 114–126. doi: 10.1016/j.amepre.2016.01.009.

388. Koenig K.T., Ramos M.M., Fowler T.T., Oreskovich K., McGrath J., Fairbrother G. A statewide profile of frequent users of school-based health centers: implications for adolescent health care. *J Sch Health*. 2016. Vol.86. P. 250–257. doi: 10.1111/josh.12374.

389. Kolomyets V., Bandura M., Kolomyets N. Meridional vernier visual acuity in adults and with the hypermetropic astigmatism. *Ophthalmology. Eastern Europe*. 2015. N.3 (26). P. 27–34.

390. Korenev NN, Peresykina TV, Sidorenko TP, Proskurina TY, Rak LI, Varodova OV, et al. Topical issues of medical care for juvenile contingent. *Sovrem Pediatr*. 2015. Vol. 5(69). P.78–80.

391. Křiz P., Skorkowska S. Disbalance associated heterophoria measured with polarized Cross test of MKH method and its relationship to refractive error and age. *Clin. Optim. (Auckl)*. 2017. Vol. 31 (9). P. 55–65.

392. Ku P-W, Steptoe A, Lai Y-J, et al. The associations between near visual activity and incident myopia in children: a Nationwide 4-year follow-up study. *Ophthalmology*. 2018. N.126.P.214–220. doi:10.1016/j.optha.2018.05.010.

393. Kucherenko N.T. The comparative analysis of health care system development models in Ukraine and in some countries of the world. *Biznes ekonomii zdor'ia na Ukraini: nauka i praktyka*. 2014. № 1 (59). С. 69–73.

394. Lambros K, Kraemer B, Wager JD, Culver S, Angulo A, Saragosa M. Students with Dual Diagnosis: Can School-Based Mental Health Services Play a Role? *J Ment Health Res Intellect Disabil*. 2016. N. 9(1-2). P. 3–23.

395. Landis EG, Yang V, Brown DM, et al. Dim light exposure and myopia in children. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2018. N.59. P.4804–4811. doi: 10.1167/iov.18-24415.

396. Larson S., Chapman S., Spetz J., Brindis CD. Chronic childhood trauma, mental health, academic achievement, and school-based health center mental health services. *J Sch Health*. 2017. Vol.87. P. 675–686. doi: 10.1111/josh.12541.

397. Larson S., Spetz J., Brindis CD, Chapman S. Characteristic differences between school-based health centers with and without mental health providers: a review of national trends. *J Pediatr Health Care*. 2017. Vol.31. P.484–492. doi: 10.1016/j.pedhc.2016.12.007.

398. Lee A., Lo A.S.C., Keung M.W. et al. Effective health promoting school for better health of children and adolescents: indicators for success. *BMC Public Health*. 2019. Vol.19. P. 1088. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7425-6> (2019).

399. Lee JTL, Guo X, Li Z, Jong M, Sankaridurg P, He M. Progression and Longitudinal Biometric Changes in Highly Myopic Eyes. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2020. Vol.9. N.61(4). P.34. doi: 10.1167/iovs.61.4.34.

400. Lee SS, Lingham G, Sanfilippo PG, Hammond CJ, Saw SM, Guggenheim JA, Yazar S, Mackey DA. Incidence and Progression of Myopia in Early Adulthood. *JAMA Ophthalmol*. 2022. Vol.1. N. 140(2). P.162–169. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2021.5067.

401. Levinson J, Kohl K, Baltag V, Ross DA. Investigating the effectiveness of school health services delivered by a health provider: A systematic review of systematic reviews. *PLoS One*. 2019. N.14(6). P.e0212603. doi: 10.1371/journal.pone.0212603.

402. Li L, Zhong H, Li J, et al. Incidence of myopia and biometric characteristics of premyopic eyes among Chinese children and adolescents. *BMC Ophthalmol*. 2018. Vol.18. P.178. doi: 10.1186/s12886-018-0836-9.

403. Lim DH, Han J, Chung T-Y, et al. The high prevalence of myopia in Korean children with influence of parental refractive errors: the 2008-2012 Korean National Health and nutrition examination survey. *PLoS One*. 2018. N.13. P.e0207690. doi: 10.1371/journal.pone.0207690.

404. Lindquist A. C., Carra A., Keefe J. E. Screening for uncorrected refractive error in secondary school-age students in Fiji. *Clin. Experiment. Ophthalmol.* 2011. Vol. 39, N 4. P. 330–335.

405. Lindsley KB, Huffless S, Hawkins BS, Blim JF, Roberts D, Olsen TW, Lum F, Dickersin K. Evaluation of Clinical Questions and Patient-Important Outcomes Associated With the Treatment of Age-Related Macular Degeneration. *JAMA Ophthalmol.* 2018. Vol.1. N.136(11). P.1217–1225. doi:10.1001/jamaophthalmol.2018.3456.

406. Liu X, Kolli S, McDonnell P, Patel A, Quinlan M, Skym K, Denniston AK, Shah P, Williams GP. Patient priorities in herpes simplex keratitis. *BMJ Open Ophthalmol.* 2019. Vol.25 N 4(1). P.e000177. doi:10.1136/bmjophth-2018-000177.

407. Llopiz-Guerra K, Borges TC, Coronado DM, Diaz MAA, Aguinaga-Villegas D, Gamboa JN, et al. Indices of attitude towards smoking in school children in risk groups. *Int J Early Child Spec Educ.* 2020. 12 p.

408. Löfnedtr P, García-Moya I, Corell M, Paniagua C, Sundal O, Välimaa R, et al. School Satisfaction and School Pressure in the WHO European Region and North America: An Analysis of Time Trends (2002–2018) and Patterns of Co-occurrence in 32 Countries. *J Adolesc Heal.* 2020. N.66(6). P.S59–69. Available from: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2020.03.007>.

409. Iomare F., Kherani A., Lovshin J. Clinical Practice Guidelines: Retinopathy: Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee. *Can J Diabetes.* 2018. N. 42. S.210–S216.

410. Lundberg K, Suhr Thykjaer A, Sogaard Hansen R, et al. Physical activity and myopia in Danish children-The CHAMPS Eye Study. *Acta Ophthalmol.* 2017. Vol.96. P.134–141. doi: 10.1111/aos.13513.

411. Lundgren P., Lundberg L., Helligren G. et al. Aggressive posterior retinopathy of prematurity is associated with multiple infectious episodes and thrombocytopenia. *Neonatology.* 2017. Vol. 111. P. 79–85.

412. Lyons S. A. Johnson C., Majzoub K. School Based Vision Centers: striving to optimize learning. *Work.* 2011. Vol. 39, N 1. P. 15–19.

413. Mailu EW, Virendrakumar B, Bechange S, Jolley E, Schmidt E. Factors associated with the uptake of cataract surgery and interventions to improve uptake in low- and middle-income countries: A systematic review. *PLoS One*. 2020, Vol.9, N.15(7), P. e0235699. doi: 10.1371/journal.pone.0235699.

414. Marques A., Demetriou Y., Tesler R., Gouveia É. R., Peralta M., de Matos M. G. Healthy Lifestyle in Children and Adolescents and Its Association with Subjective Health Complaints: Findings from 37 Countries and Regions from the HBSC Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2019, Vol. 16 (18), P. 3292. doi: 10.3390/ijerph16183292.

415. Marques A., Peralta M., Santos T. et al. Self-rated health and health-related quality of life are related with adolescents' healthy lifestyle. *Public Health*. 2019, Vol. 170, P. 89–94. doi: 10.1016/j.puhe.2019.02.022.

416. Martelli N., Hansen P., van den Brink H. et al. Combining multi-criteria decision analysis and mini-health technology assessment: A funding decision-support tool for medical devices in a university hospital setting. *J Biomed Inform.* 2016, N. 59, P. 201 – 208. doi: 10.1016/j.jbi.2015.12.002 (accessed Feb 2016).

417. Martin A., Saunders D. H., Shenkin S. D. et al. Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014, Vol. 14 (3), P. CD009728. doi: 10.1002/14651858.CD009728.pub2.

418. Masten A.S. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth. *Child development*. 2014, N. 85, P. 6–20.

419. Mayne S. L., Virudachulam S., Fiks A. G. Clustering of unhealthy behaviors in a nationally representative sample of U.S. children and adolescents. *Prev Med*. 2020, Vol. 130, P. 105892. doi: 10.1016/j.ypmed.2019.105892.

420. McCarthy A., Asghar S., Wilens T., Romo S., Kamin H., Jellinek M., Murphy M. Using a brief parent-report measure to track outcomes for children and teens with ADHD. *Child Psychiatry & Human Development*. 2016, Vol. 47, P.407–416. doi:10.1007/s10578-015-0575-6.

421. McCormack I, Mactaggart I, Bastawrous A, Burton MJ, Ramke J. Effective refractive error coverage: an eye health indicator to measure progress towards universal health coverage. *Ophthalmic Physiol Opt.* 2020. N.40(1). P.1–5. doi: 10.1111/opo.12662.

422. McLaughlin K. A., Roth-Nagarian L., Dirks M. A., Sheridan M. A. Low vagal tone magnifies the association between psychosocial stress exposure and internalizing psychopathology in adolescents. *Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53.* 2015. Vol. 44 (2), P. 314–328. <https://doi.org/10.1080/15374416.2013.843464>.

423. Meeting F, Group S. WHO eBook on Integrating a Social Determinants of Health Approach into Health Workforce Education and Training. WHO. 2014; (December): 120 p.

424. Mehta S, Mittal PK, Swami MK. Psychosocial Functioning in Depressive Patients: A Comparative Study between Major Depressive Disorder and Bipolar Affective Disorder. *Depression Research and Treatment.* 2014. 302741 p. doi:10.1155/2014/302741.

425. Mema S. C., McIntyre L., Musto R. Childhood vision screening in Canada: public health evidence and practice. *Can. J. Public Health.* 2012. Vol. 103, N 1, P. 40–45.

426. Mendoza-Castejón D., Clemente-Suárez V. J. Psychophysiological stress markers and behavioural differences between rural and city primary school students. *International Journal of Environmental Research and Public Health.* 2020. Vol. 17 (9), P. 3157. <https://doi.org/10.3390/ijerph17093157>.

427. Meng B. et al. The association of TGFB1 genetic polymorphisms with high myopia: a systematic review and meta-analysis. *International journal of clinical and experimental medicine.* 2015. Vol. 8, N. 11, P. 20355.

428. Meng J. M., Cao S. Y., Wei X. L., et al. Effects and Mechanisms of Tea for the Prevention and Management of Diabetes Mellitus and Diabetic

Complications: An Updated Review. *Antioxidants (Basel)*. 2019. N. 8(6). P. E170. doi:10.3390/antiox8060170 (accessed 10.06.2019).

429. Mensah F.K., Bayer J.K., Psych M. [et al.] Early Puberty and Childhood Social and Behavioral Adjustment. *Journal of Adolescent Health*. 2013. Vol.53. P. 118–124.

430. Metlapally R., Wildsoet C. F. Scleral mechanisms underlying ocular growth and myopia. *Progress in molecular biology and translational science. Academic Press*. 2015. N. 134. C. 241–248.

431. Metwally AM, El-Sonhaty MM, El Etreby LA, Salah El-Din EM, Abdel Hamid N, Hussien HA, Hassanin AM, Monir ZM. Impact of National Egyptian school feeding program on growth, development, and school achievement of school children. *World J Pediatr*. 2020. N.16(4). P.393–400. doi: 10.1007/s12519-020-00342-8.

432. Michalakis S, Gerhardt M, Rudolph G, Priglinger S, Priglinger C. Gene Therapy for Inherited Retinal Disorders: Update on Clinical Trials. *Klin Monbl Augenheilkd*. 2021. N.238(3). P. 272-281. English. doi: 10.1055/a-1384-0818.

433. Michels N., Sioen I., Clays E., De Buyzere M., Ahrens W., Huybrechts L., De Henauw S. Children's heart rate variability as stress indicator: association with reported stress and cortisol. *Biological psychology*. 2013. Vol. 94 (2). P. 433–440. <https://doi.org/10.1016/j.biopsycho.2013.08.005>.

434. Miller JR, Hanumanthadu D. Inflammatory eye disease: An overview of clinical presentation and management. *Clin Med (Lond)*. 2022. N.22(2). P.100–103. doi: 10.7861/clinmed.2022-0046.

435. Moerjes J., van Busschbach J. T., Bosscher R. J., Twisk J. W. R. Sports participation and health-related quality of life: a longitudinal observational study in children. *Quality of Life Research*. 2019. Vol. 28 (9). P. 2453–2469. doi: 10.1007/s11136-019-02219-4.

436. Moksnes U. K., Lohre A., & Haugan G. The Association Between School Stress, Life Satisfaction and Depressive Symptoms in Adolescents: Life

Satisfaction as a Potential Mediator. *Soc Indic Res*. 2016. Vol. 125. P. 339–357. <https://doi.org/10.1007/s11205-014-0842-0>.

437. Moon J.H., Kim K.W., Moon N.J. Smartphone use is a risk factor for pediatric dry eye disease according to region and age: A case control study Pediatrics and Strabismus. *BMC Ophthalmol*. 2016. N.16(1). P.188. doi: 10.1186/s12886-016-0364-4.

438. Mougharbel F, Goldfield GS. Psychological Correlates of Sedentary Screen Time Behaviour Among Children and Adolescents: a Narrative Review. *Curr Obes Rep*. 2020. N.9(4). P.493–511. doi: 10.1007/s13679-020-00401-1.

439. Mowry C., & Ison D. C. Assessing Computer Vision Syndrome Risk for Pilots. *Journal of Aviation/Aerospace Education & Research*. 2015. Vol.24. N.2. <https://doi.org/10.15394/jaer.2015.1617>.

440. Munch J. Schools for Health in Europe Network Foundation (SHE). 2019. 56 p.

441. Munsamy AJ, Chetty V, Ramlall S. Screen-based behaviour in children is more than meets the eye. *S Afr Fam Pract*. 2022. Vol.10. N.64(1). P.e1-e4. doi: 10.4102/safp.v64i1.5374.

442. Musa A, Lane AR, Ellison A. The effects of induced optical blur on visual search performance and training. *Q J Exp Psychol (Hove)*. 2022. N. 75(2). P. 277–288. doi: 10.1177/17470218211050280.

443. Muech DC, Archer SM. Can We Prevent or Delay the Onset of Myopia? *JAMA Ophthalmol*. 2023. doi: 10.1001/jamaophthalmol.2023.0446. Online ahead of print.

444. Naidoo KS, Fricke TR, Frick KD, et al. Potential lost productivity resulting from the global burden of myopia: systematic review, meta-analysis, and modeling. *Ophthalmology*. 2018. N. 126. P. 338–346. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.10.029.

445. National Eye Health Coordinator Manual International Agency for the prevention of blindness. VISION 2020: The Right to Sight Working together to

eliminate avoidable blindness, 2011. 48 p. URL: <http://iupb.westernpacific.org/download/tools-for-eye-health-professionals/nchcoordinator-manual.pdf>

446. National Health Service UK; URL: <http://www.nhs.uk/Conditions/Diabetic-retinopathy/Pages/Prevention.aspx?6>. NHS 35 National Institute of Health Research. Centre for Reviews and Dissemination. 2011. URL: <http://www.crd.york.ac.uk/CMS2/Web/77>. National Screening Committee; URL: <http://diabeticeye.screening.nhs.uk/>

447. Nguyen P, Le LK, Nguyen D, Gao L, Dunstan DW, Moodie M. The effectiveness of sedentary behaviour interventions on sitting time and screen time in children and adults: an umbrella review of systematic reviews. *Int J Behav Nutr Phys Act*. 2020. Vol. 21. N.17(1). P.117. doi: 10.1186/s12966-020-01009-3.

448. Nikander K, Kosola S, Kaila M, Hermanson E. Who benefit from school doctors' health checks: a prospective study of a screening method. *BMC Health Serv Res*. 2018. N.18(1). P.501. doi: 10.1186/s12913-018-3295-3.

449. Nilsen NG, Gilson SJ, Pedersen HR, Hagen LA, Knoblauch K, Baras RC. Seasonal Variation in Diurnal Rhythms of the Human Eye: Implications for Continuing Ocular Growth in Adolescents and Young Adults. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2022. Vol. 3. N.63(11). P.20. doi: 10.1167/iovs.63.11.20.

450. Nyankovskyy SL, Yatsula MS, Nyankovska OS, Tytura AV. The dynamics of the health of schoolchildren in Ukraine according to the questionnaire survey. *Child'S Heal*. 2018. Vol.13(5). P. 425–31.

451. Okuda M, Sekiya M, Okuda Y., Kunitsugu I, Yoshitake N., Hobara T. Psychosocial functioning and self-rated health in Japanese school-aged children: A cross-sectional study. *Nursing&Health Sciences*. 2013. Vol. 15 (2). P. 157–163. doi: 10.1111/nhs.12005.

452. Ong SR, Crowston JG, Loprinci PD, Ramulu PY. Physical activity, visual impairment, and eye disease. *Eye (Lond)*. 2018. N.32(8). P. 1296–1303. doi: 10.1038/s41433-018-0081-8.

453. Oswald TK, Rumbold AR, Redziar SGE, Moore VM. Psychological impacts of "screen time" and "green time" for children and adolescents: A

systematic scoping review. *PLoS One*. 2020. Vol.4. N.15(9). P.e0237725. doi: 10.1371/journal.pone.0237725.

454. Ovenseri-Ogbomo G, Osuagwu UL, Ekpenyong BN, Agho K, Ekure E, Ndeji AO, Ocansey S, Mashige KP, Naidoo KS, Ogbuehi KC. Systematic review and meta-analysis of myopia prevalence in African school children. *PLoS One*. 2022. Vol.3. N.17(2). P.e0263335. doi: 10.1371/journal.pone.0263335.

455. Pardhan S, Parkin J, Trott M, Driscoll R. Risks of Digital Screen Time and Recommendations for Mitigating Adverse Outcomes in Children and Adolescents. *J Sch Health*. 2022. Vol.92(8). P.765–773. doi: 10.1111/josh.13170.

456. Paschall M.J., Benjamin M. School-based health centers, depression, and suicide risk among adolescents. *Am J Prev Med*. 2018. Vol.54. P.44–50. doi: 10.1016/j.amepre.2017.08.022.

457. Pearce A, Hope S, Griffiths L, Cortina-borja M, Chittleborough C, Law C. Childhood Obesity and Weight Gain What if all children achieved WHO recommendations on physical activity? Estimating the impact on socioeconomic inequalities in childhood overweight in the UK Millennium Cohort Study. WHO. 2019; (December 2018). P.134–47.

458. Pellegrini M, Bernabei F, Scorcìa V, Giannaccare G. May home confinement during the COVID-19 outbreak worsen the global burden of myopia? *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2020. Vol. 258(9). P.2069–2070. doi: 10.1007/s00417-020-04728-2.

459. Pereira C. C. A., Rabello R. D. S., Elias F. T. S. Hospital-based health technology assessment in Brazil: an overview of the initial experiences. *Int J Technol Assess Health Care*. 2017. N.33(2). P. 227–231. doi: 10.1017/S0266462317000459 (accessed Jan 2017).

460. Peresyphkina T., Peresyphkina A., Diedkova A. School medicine as part of Public Health system in Ukraine. *Public Health Forum*. 2018. Vol. IV (XII), NR 3 (46). P. 232.

461. Peresyphkina T.V., Merculova T.V., Merculov V.V., Peresyphkina A.M. Actual problems of modern youth in the context of health-oriented behavior. *East European Scientific Journal*. 2019. Vol. 7 (47), No 3. P. 19 – 22.
462. Peresyphkina TV, Sidorenko TP, Peresyphkina AM, Kindruk MO. Medical care for children in educational institutions: state, problems and prospects of development. *Child'S Heal*. 2018. Vol. 13(7). P.698–703.
463. Peresyphkina TV. Medico-social aspects of the prevention of noncommunicable diseases. *Child'S Heal*. 2017. Vol. 12(2). P.182–7.
464. Peresyphkina TV. Tendency of changes in the health status of city young men according to the retrospective analysis. *Sovrem Pediatr*. 2015. Vol. 4(68). P. 45–7.
465. Peresyphkina T. Ways to improve the system of medical providing of pupils in Ukraine. *Wiadomosci Lekarskie*. 2020. N. 73(10). P. 2261–2264.
466. Peresyphkina T., Peresyphkina A. The role of scientific institutions in the modernization of the system of school medicine. *Public Health Forum*, 2018. Vol. IV (XII), NR 3 (46), P. 232–233.
467. Pido A., Alajbegović-Halimić J., Jovanović N. Evaluation of refractive errors in retinopathy of prematurity screening. *Med Glas (Zenica)*. 2019. N. 16(2). doi:10.17392/992-19.
468. Pinchuk I. et al. Influence of psychosocial factors on mental health: the results of questioning persons, suffered in zone of antiterrorist operation in Ukraine, internally displaced persons and employees involved in providing assistance. *Journal of Health Sciences*. 2014. Vol. 4. N. 12. P. 133–166.
469. Podnar H, Jurić P, Karac J, Saez M, Barceló MA, Radman L, Stare G, Jurak G, Đurić S, Potočnik ŽL, Sorić M. Comparative effectiveness of school-based interventions targeting physical activity, physical fitness or sedentary behaviour on obesity prevention in 6- to 12-year-old children: A systematic review and meta-analysis. *Obes Rev*. 2021. N. 22(2). P. e13160. doi: 10.1111/obr.13160.

470. Polka NS, Dobrianska OV. New threats on the way of overcoming tobacco smoking in adolescents in Ukraine. *Child's Heal.* 2019. Vol.4(5). P. 301–6.

471. Pradeep G, Deshpande, Bhulchandra C, Poonam, Aniruddha R, Nalgirkar, Tathe R, Sandeep. Improvement of visual acuity in residual meridional amblyopia by astigmatic axis video games. *Indian J. Ophthalmol.* 2018. 66(8). P. 1156–1160.

472. Pratt H, Coenen F., Broadbent D. M. et al. Convolutional Neural Networks for Diabetic Retinopathy. *Procedia Computer Science.* 2016. Vol. 90. P. 200–205.

473. Putri Anggrainy. The effect of tricks intervention 20-20-20 on computer vision syndrome incidence in computer workers. Putri Anggrainy, Rodiah Rahmawaty Lubis, Taufik Ashar. *Optometriazh zhurn.* 2020. N.1. C. 22–27. <http://doi.org/10.51288/ofthalmolzh202012227>.

474. Ramke J, Evans JR, Gilbert CE. Reducing inequity of cataract blindness and vision impairment is a global priority, but where is the evidence? *Br J Ophthalmol.* 2018. N.102(9). P.1179–1181. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-311985.

475. Ramke J, Evans JR, Habtamu E, Mwangi N, Silva JC, Swenor BK, Congdon N, Faal HB, Foster A, Friedman DS, Gichuhi S, Jonas JB, Khaw PT, Kyari F, Murthy GVS, Wang N, Wong TY, Wormald R, Yusufu M, Taylor H, Resnikoff S, West SK, Burton MJ. Grand Challenges in Global Eye Health study group. Grand Challenges in global eye health: a global prioritisation process using Delphi method. *Lancet Healthy Longev.* 2022. N. 3(1). P.e31–e41. doi: 10.1016/S2666-7568(21)00302-0.

476. Ramke J, Faal H, Burton M. Take part in the Grand Challenges in Global Eye Health study. *Community Eye Health.* 2019. N.32(106). P.36. PMID: 31649432; PMCID: PMC6802474.

477. Ramké J, Zwi AB, Silva JC, Mwangi N, Rono H, Gichangi M, Qureshi MB, Gilbert CE. Evidence for national universal eye health plans. *Bull*

*World Health Organ.* 2018. Vol.1. N.96(10). P.695–704. doi: 10.2471/BLT.18.213686.

478. Ran T., Chattopadhyay S.K., Hahn R.A. Community Preventive Services Task Force. Economic evaluation of school-based health centers: a community guide systematic review. *Am J Prev Med.* 2016. Vol.51. P.129–138. doi: 10.1016/J.AMEPRE.2016.01.017.

479. Ranasinghe, P., Wathurapatha, W.S., Perera, Y.S., Lamabadusuria, D.A., Kulitunga, Jayawardana, N., & Kutalanda, P., Komputer Vision Syndrome Among Komputer Office Workers In A Developing Country: An Evaluation Of Prevalence And Risk Factors. *BMC Res Notes.* 2016. N.9. P. 150.

480. Rasoulinejad SA, Karkhah A, Patiri A, Saleki K, Pirezadeh M, Nouri HR. Contribution of inflammasome complex in inflammatory-related eye disorders and its implications for anti-inflammasome therapy. *Immunopharmacol Immunotoxicol.* 2020. N.42(5). P.400–407. doi: 10.1080/08923973.2020.1808986.

481. Ratcliff M. B., Catlin P. A., Peugh J. L., Siegel R. M., Kirk S, Tamm L. Psychosocial screening among youth seeking weight management treatment. *ClinPediatr (Phila).* 2018. Vol. 57 (3). C. 277–284. doi: 10.1177/0009922817715936.

482. Read SA, Vincent SJ, Tan C-S, et al. Patterns of daily outdoor light exposure in Australian and Singaporean children. *Transl Vis Sci Technol.* 2018. Vol.7, P.8. doi: 10.1167/tvst.7.3.8.

483. Rechel B, Richardson E, McKee M. Trends in health systems in the former Soviet countries. *Eur J Public Health.* 2014;24(suppl\_2).

484. Retznik L., Wienholz S., Seidel A., Riedel-Heller S. Relationship Status: Single? Young Adults with Visual, Hearing, or Physical Disability and Their Experiences with Partnership and Sexuality Article. *SEX DISABIL.* Jul. 2017.

485. Richards NC, Gouda HN, Durham J, Rampatige R, Rodney A, Whittaker M. Disability, noncommunicable disease and health information. *Bull World Health Organ.* 2016. Vol. 94(3). P.230–332.

486. Ross Anderson, Narelle Warren, RoseAnne Misajon, Stuart Lee D. Psych You need the more relaxed side, but you also need the adrenaline: promoting physical health as perceived by youth with vision impairment. *Disability and Rehabilitation*. – January 2019.

487. Rostamzad P, Horwood AM, Schaliq-Delfos NE, Boelaert K, de Koning HJ, Simonsz HJ. Plusoptix photoscreener use for paediatric vision screening in Flanders and Iran. *Acta Ophthalmol*. 2020. N.98(1). P. 80 – 88. doi: 10.1111/aos.14144.

488. Rucker F, Henriksen M, Yanase T, et al. The role of temporal contrast and blue light in emmetropization. *Vis Res*. 2018. N.151. P.78–87. doi: 10.1016/j.visres.2017.07.003.

489. Rudnicka AR, Kapetanakis VV, Wathern AK, Logan NS, Gilmartin B, et al. (2016) Global variations and time trends in the prevalence of childhood myopia, a systematic review and quantitative meta-analysis: implications for aetiology and early prevention. *Br J Ophthalmol*. 2016. Vol.100. P. 882–890.

490. Sang G. K., Port A. D., Ryan S. et al Retinopathy of Prematurity: A Review of Risk Factors and their Clinical Significance. *Surv Ophthalmol*. 2018. N. 63. Vol. 5. P. 618–637.

491. Sarah Galbraith-Emam. Public Health Law and Non-communicable Diseases. WHO. 2013;(July): 32 p.

492. Savada V., Hikoya A., Negishi T. et al. Characteristic and surgical outcome of consecutive exotropia with different etiologies. *Advances in Strabismus. Proceedings of the XIIth Meeting of the International Strabismological Association in Kyoto, JAPAN. December 1–4, 2014. P. 304–308.*

493. Sawa S, Sekine M, Yamada M, Fukazawa Y, Hiraku Y. Social and family factors as determinants of exercise habits in Japanese elementary school children: A cross-sectional study from the Super Shokuiku School Project. *Environ Health Prev Med*. 2020. N.25(1). P. 54. doi: 10.1186/s12199-020-00892-3.

494. Schmidt CH, Volpe NJ, Bryar PJ. Eye Disease in Medical Practice: What You Should Know and Why You Should Know It. *Med Clin North Am.* 2021. N.105(3). P.397–407. doi: 10.1016/j.mcna.2021.02.001.

495. School Based Health Alliance. 2013-14 Census of school-based health centers: methodology, key report data details, and acknowledgements. <http://www.sbh4all.org/wp-content/uploads/2015/02/2013-14-Census-Data-and-Methods.pdf>.

496. Scrimin S., Moscardino U., Mason L. Effects of psychophysiological reactivity to a school-related stressor and temperament on early adolescents' academic performance. *The Journal of Early Adolescence.* 2019. Vol. 39 (6). P. 904–931. <https://doi.org/10.1177/0272431618797008>.

497. Senger C, Margarido MRRA, De Moraes CG, De Fendi LI, Messias A, Paula JS. Visual Search Performance in Patients with Vision Impairment: A Systematic Review. *Curr Eye Res.* 2017. N.42(11). P. 1561–1571. doi: 10.1080/02713683.2017.1338348.

498. Seveikova L, Babjakova J, Jurkovicova J, Samohyl M, Stefanikova Z, Michacova E, et al. Exposure to environmental tobacco smoke in relation to behavioral, emotional, social and health indicators of slovak school children. *Int J Environ Res Public Health.* 2018;15(7).

499. Shaobhag S., Patel C., Goyal R., Donthineni P., Singh V., Basu S. Simple limbal epithelial transplantation (SLET): Review of indications, surgical technique, mechanism, outcomes, limitations, and impact. *Indian J. Ophthalmol.* 2019, N. 67. P. 1265–1277.

500. Shaobhag S.S., Rashad R., Chodosh J., Saeed HN. Long-Term Effect of a Treatment Protocol for Acute Ocular Involvement in Stevens-Johnson Syndrome/Toxic Epidermal Necrolysis. *Am. J. Ophthalmol.* 2019. N.208. P.331–341.

501. Shaobhag SS, Shah S, Singh M, Bahuguna C, Donthineni PR, Basu S. Lid-Related Keratopathy in Stevens-Johnson Syndrome: Natural Course and Impact of Therapeutic Interventions in Children and Adults. *Am J Ophthalmol.* 2020. N. 219. P.357–365. doi: 10.1016/j.ajo.2020.07.006.

502. Shen P., Zheng Y., Ding X. Biometric measurements in highly myopic eyes. *J. Cataract Refract. Surg.* 2013. Vol. 39. P. 180 – 187.
503. Shiels A. TRPM3\_mIR-204: a complex locus for eye development and disease. *Hum Genomics*, 2020. N.14(1). P.7. doi: 10.1186/s40246-020-00258-4.
504. Slabky G. O., Znamenska M. A. Approaches to prophylactic activity on the level of primary medical-and-sanitary aid on the base of family medicine. The Unity of Science-International scientific periodical journ. Vienna, Austria, August 2015. P. 162 – 167.
505. Smith O, Nguyen SN. Getting better: improving health system outcomes in Europe and Central Asia. 2013. Washington, DC, World Bank.
506. Spielmann A. C. The evolution of consecutive exotropia in adults. Proceedings of the XIIth Meeting of the International Strabismological Association in Kyoto, JAPAN, December 1–4, 2014. *ibid.* P. 151–155.
507. Sripongwiwata S., Bunterma T., Tangk K, N. An investigation of learning stressors among secondary school students: A case study in northeast Thailand. *Kasetart Journal of Social Sciences*, 2018. Vol. 39 (2). P. 197–206. <https://doi.org/10.1016/j.kjss.2017.06.002>.
508. Statement P. School-Based Health Centers and Podiatric Practice. *Pediatrics*, 2020. Vol. 129(2). P.387–93.
509. Strom H. K., Adolfsen F., Fossum S. et al. Effectiveness of school-based preventive interventions on adolescent alcohol use: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Subst Abuse Treat Prev Policy*, 2014. Vol. 9. P. 48. doi: 10.1186/1747-597X-9-48.
510. Summers J. A. The Sclera and Its Role in Regulation of the Refractive State. Pathologic Myopia. *Springer*, New York, NY, 2014. C. 59–74.
511. Tamana SK, Ezeugwu V, Chikuma J, Lefebvre DL, Azad MB, Moraes TJ, Subbarao P, Becker AB, Turvey SE, Sears MR, Dick BD, Carson V, Rasmussen C; CHILD study Investigators; Pei J, Mandhana PJ. Screen-time is associated with inattention problems in preschoolers: Results from the CHILD

birth cohort study. *PLoS One*. 2019. Vol.17. N. 14(4). P.e0213995. doi: 10.1371/journal.pone.0213995.

512. Tang S, Werner-Seidler A, Torok M, Mackinnon AJ, Christensen H. The relationship between screen time and mental health in young people: A systematic review of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev*. 2021. N.86. P.102021. doi: 10.1016/j.cpr.2021.102021.

513. Tang SM, Lau T, Rong SS, et al. Vitamin D and its pathway genes in myopia: systematic review and meta-analysis. *Br J Ophthalmol*. 2019. N.103. P. 8–17. doi: 10.1136/bjophthalmol-2018-312159.

514. Taylor CP, Shepard TG, Rucker FJ, et al. Sensitivity to S-cone stimuli and the development of myopia. *Invest Ophthalmol Vis Sci*. 2018. N.59. P. 4622–4630. doi: 10.1167/iovs.18-24113.

515. Tedja MS, Wojciechowski R, Hysi PG, et al. Genome-wide association meta-analysis highlights light-induced signaling as a driver for refractive error. *Nat Genet*. 2018. Vol.50. P. 834–848. doi: 10.1038/s41588-018-0127-7.

516. Theophanous C, Modjtahedi BS, Batech M, et al. Myopia prevalence and risk factors in children. *Clin Ophthalmol*. 2018. N.12. P.1581–1587. doi: 10.2147/OPTHS164641.

517. Tideman JW, Polling JR, Jaddoe VWV, et al. Environmental risk factors can reduce axial length elongation and myopia incidence in 6- to 9-year-old children. *Ophthalmology*. 2018. Vol. 126. P.127–136. doi: 10.1016/j.ophtha.2018.06.029.

518. Tong A, Synnot A, Crowe S, Hill S, Matus A, Scholes-Robertson N, Oliver S, Cowan K, Nasser M, Bhaumik S, Gutman T, Baumgart A, Craig JC. Reporting guideline for priority setting of health research (REPRISE). *BMC Med Res Methodol*. 2019. Vol.28. N. 19(1). P.243. doi: 10.1186/s12874-019-0889-3.

519. Toohar R, Collins J, Braunack-Mayer A, Burgess T, Skinner SR, O'keefe M, Watson M, Marshall HS. Intersectoral collaboration to implement school-based health programmes: Australian perspectives. *Health Promot Int*.

2017. N.32(2). P.312–321. <https://doi.org/10.1093/heapro/day120> Accessed 9 July 2019.

520. Tsyhul'skaya T.E., Zavgorodnyaya N.G., Ivachnenko E.M. [et al]. Anatomical, optical, biomechanical and morphometric parameters of the eye in children with acquired myopia and syndrome of undifferentiated connective tissue dysplasia. *Запорізький медичний журнал*. 2018. Vol.20, N.3(108). P. 392–396.

521. Twenge JM, Farley E. Not all screen time is created equal: associations with mental health vary by activity and gender. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021. N.56(2). P.207–217. doi:10.1007/s00127-020-01906-9.

522. UN General Assembly. Resolution adopted by the General Assembly on 23 July 2021. 75/310. Vision for Everyone: accelerating action to achieve the Sustainable Development Goals. July 26, 2021. <https://undocs.org/en/A/RES/75/310> (accessed Sept 1, 2021).

523. Universal eye health: a global action plan 2014–2019. World Health Organization, 2013. 24 p. URL: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105937/1/9789241506564\\_eng.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/105937/1/9789241506564_eng.pdf).

524. Van der Pol S., Postma M.J. & Jansen, D.E.M.C. School health in Europe: a review of workforce expenditure across five countries. *BMC Health Serv Res*. 2020. 206 p. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05077-w> (2020).

525. Vasudevan B., Esposito C., Peterson C., Coronado C., K. J. Ciuffreda Under-correction of human myopia — Is it myopigenic?: A retrospective analysis of clinical refraction data. *J Optom*. 2014. Vol. 7(3). P. 147–152.

526. Vazirani J., Donthineni P., Goel S., Sane S., Mahavakar S., Narang P., Shanbhag S., Basu S. Chronic cicatrizing conjunctivitis: A review of the differential diagnosis and an algorithmic approach to management. *Indian J Ophthalmol*. 2020. N.68. P. 2349.

527. Wadolowska L., Hamulka J., Kowalkowska J. et al. Prudent-Active and Fast-Food-Sedentary Dietary-Lifestyle Patterns: The Association with Adiposity, Nutrition Knowledge and Sociodemographic Factors in Polish

Teenagers-The ABC of Healthy Eating Project. *Nutrients*. 2018. Vol. 10 (12). P. E1988. doi:10.3390/nu10121988.

528. Walburg V. Burnout among high school students: A literature review. *Child. Youth Serv. Rev.* 2014. Vol. 42. P. 28–33. doi: 10.1016/j.chidyouth.2014.03.020.

529. Wallace D.K., Lazar E. L., Holmes J. M. [et al.] A randomized trial of increasing patching for amblyopia. *Ophthalmology*. 2013. Vol. 120, N 11. P 2270–2277.

530. Wei C., Crowne E. C. Recent advances in the understanding and management of delayed puberty. *Arch Dis Child*. 2016. Vol. 101 (5). P. 481–8. doi:10.1136/archdischild-2014-307963.<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26353794/>.

531. Weker H., Barańska M. Models of safe nutrition of children and adolescents as a basis for prevention of obesity. *Med Wieku Rozwoj*. 2011. Vol. 15 (3). P. 288–97.

532. WHO child growth standards: length/height-for-age, weight-for-age, weight-for-length, weight-for-height and body mass index-for-age: methods and development. Available from: [http://www.who.int/childgrowth/standards/technical\\_report/en/](http://www.who.int/childgrowth/standards/technical_report/en/).

533. WHO Recommendations On Child Health. (Guidelines Approved by the WHO Guidelines Review Committee). *Am J Public Health*. 2017. N.95. P. 208–16.

534. WHO. Standards for improving the quality of care for small and sick newborns in health facilities. 2020; 152p. Available from: <https://www.who.int/publications/item/9789240010765>.

535. WHO. Глобальний план дій щодо профілактики неінфекційних захворювань та боротьби із ними 2013–2020 рр. 2020; [https://apps.who.int/gh/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_](https://apps.who.int/gh/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_)

536. Wolf C., Wolf S., Weiss M., Nino G. Children's Environmental Health in the Digital Era: Understanding Early Screen Exposure as a Preventable Risk

Factor for Obesity and Sleep Disorders. *Children-basel*. 2018. Vol. 5(2). P.31. doi: 10.3390/children5020031.

537. Wolfe I. *European Child Health Services and Systems Edited by European Child Health Services and Systems : Lessons without borders*. 2013. 147 p.

538. Wolfenden L., Nathan N. K., Sutherland R. et al. Strategies for enhancing the implementation of school-based policies or practices targeting risk factors for chronic disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2017. Vol. 11. P. 193. doi: 10.1002/14651858.CD011677.

539. Wolffsohn J.S., Arita R., Chalmers R., Djalilian A., Dogru M., Dumbleton K., Gupta P.K., Karpecki P., Lazreg S., Pult H., et al. TFOS DEWS II Diagnostic Methodology report. *Ocul. Surf.* 2017; No 15. P. 539-574.

540. World Health Assembly. Integrated people-centred eye care, including preventable vision impairment and blindness. WHA 73.4. Geneva: World Health Assembly, Aug 3, 2020.

541. World Health Organization. *Global action plan on physical activity 2018-2030: more active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization, 2018.

542. World Health Organization. *Guidelines on physical activity and sedentary behaviour*. Geneva: World Health Organization, 2020.

543. World Health Organization. *Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age*. Geneva: World Health Organization, 2019.

544. World health statistics 2012: BOO3 (Докладът Бесценно оприванн оропорт мопон'т) / World Health Organization. – Geneva: WHO, 2012. – 175 p.

545. Wu P.C, Chen C.T, Lin K.K, et al. Myopia prevention and outdoor light intensity in a school-based cluster randomized trial. *Ophthalmology*. 2018. Vol. 125. P. 1239-1250. doi: 10.1016/j.ophtha.2017.12.011.

546. Xiang F., Morgan IG., He MG. New perspectives on the prevention of myopia. *Yan Ke Xue Bao*. 2011. N. 26(1). P. 3 – 8.
547. Xiong K. Y., He H., Zhang Y. M., Ni G. X. Analyses of body composition charts among younger and older Chinese children and adolescents aged 5 to 18 years. *BMC Public Health*. 2012. Vol. 12. P. 835–844. doi: 10.1186/1471-2458-12-835.
548. Ye S, Chen L, Wang Q, Li Q. Correlates of screen time among 8-19-year-old students in China. *BMC Public Health*. 2018. N. 18(1). P.467. 10.1186/s12889-018-5355-3.
549. Yeremeyeva T. Sociological research on the population awareness regarding ophthalmological care in Ukraine. *Wiadomości Lekarskie*. 2016. LXIX (3) (cz. II). P. 532–536.
550. Yeremeyeva T., Zimenkovsky A., Rysak T. Screening Research of Population Concerning the Prevalence of Diabetes and its Complications in Ukraine. *Indian Journal of Research*. 2015. N. 4(6). P. 272–275.
551. Yerramothu P, Vijay AK, Wilcox MDP. Inflammasomes, the eye and anti-inflammasome therapy. *Eye (Lond)*. 2018. N.32(3). P.491–505. doi: 10.1038/eye.2017.241.
552. Yoshizaki M, Ramke J, Zhang JH, Aghajani A, Furtado JM, Burn H, Gichihi S, Dean WH, Congdon N, Burton MJ, Buchan J. How can we improve the quality of cataract services for all? A global scoping review. *Clin Exp Ophthalmol*. 2021. N. 49(7). P.672–685. doi: 10.1111/ceo.13976.
553. Zammit N., Maatoug J., Ghammam R., Raoudha K., Lamia B., Mustafa A., Harry L., Ghamem H. Sustainability of the results of a non communicable diseases prevention program among youth in the region of Sousse, Tunisia. *Int J Adolesc Med Health*. 2016. Vol. 30 (4). /j/ijamh.2018.30.issue-4/ijamh-2016-0065/ijamh-2016-0065.xml. doi: 10.1515/ijamh-2016-0065.
554. Zeng CQ, Zhou LH, Zhang P, et al. The epidemiology of myopia in primary school students of grade 1 to 3 in Hubei province. *Zhonghua Yan Ke Za Zhi*. 2018. N.54. P.756–761.

555. Zhang JH, Ramke J, Mwangi N, Furtado J, Yasmin S, Bascuran C, Ogundo C, Jan C, Gordon I, Congdon N, Burton MJ. Global eye health and the sustainable development goals: protocol for a scoping review. *BMJ Open*. 2020. N.10(3). P.e035789. doi: 10.1136/bmjopen-2019-035789.

556. Zhao S, Yudin Y, Rohacs T. Disease-associated mutations in the human TRPM3 render the channel overactive via two distinct mechanisms. *Elife*. 2020. N.9. P. e55634. doi: 10.7554/eLife.55634.

557. Zhou W, Li Q, Chen H, Liao Y, Wang W, Pei Y, Li S, Zhang W, Wang Q, Wang X. Trends of myopia development among primary and junior school students in the post-COVID-19 epidemic period. *Front Public Health*. 2022. N.10. P.970751. doi: 10.3389/fpubh.2022.970751.

558. Zito O, Wygnanski-Jaffe T, Farzavandi SK, et al. Current trends among pediatric ophthalmologists to decrease myopia progression-an international perspective. *Graefes Arch Clin Exp Ophthalmol*. 2018. N.256. P.2457–2466. doi: 10.1007/s00417-018-4078-6.

## ДОДАТКИ

## Додаток А

## Листівка №

самоцінка батьками зорових функцій дитини у віці до 3-х років  
(українська версія The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ))

Ваш вік та стать \_\_\_\_\_

Ваша освіта \_\_\_\_\_

Вік та стать вашої дитини \_\_\_\_\_

Чи має Ваша дитина будь-які порушення зору *(зробіть відмітку в одній з клітинок)* Так -  Ні -

Якщо так, то яка патологія органа зору була виявлена у дитини \_\_\_\_\_

Вік дитини, в якому виявили патологію органа зору \_\_\_\_\_

1.

2. У цілому, стан здоров'я Вашої дитини. *(зробіть відмітку в одній з клітинок)*

Відмінний

Дуже добрий

Добрий

Досить добрий

Поганий

3. Яким є зір Вашої дитини, коли вона дивиться *обидва очима*:

*(зробіть відмітку в одній з клітинок)*

Відмінний

Добрий

Досить добрий

Поганий

Дуже поганий

Сліпота

4. Якщо Ваша дитина на даний момент має проблеми з зором лише *одного ока*, як Ви оцінюєте зір цього хворого ока. *(зробіть відмітку в одній з клітинок)*

Відмінний

Добрий

Досить добрий

Поганий

Дуже поганий

Сліпота

Не стосується моєї дитини

5. Чи хвилюється Ви про зір вашої дитини? *(зробіть відмітку в одній з клітинок)*

Ніколи

Іноді про це відчуваюся

Іноколи

Часто

Завжди

6. Скільки часу і як часто Ви предяєте увагу турботам про зір вашої дитини

*(визначте, скільки разів протягом тижня ви займаєтесь турботами про зір вашої дитини, коли вона перебуває вдома)*

Один раз на місяць або менше (або ніколи)

Один раз на тиждень

Один раз на день

Кілька годин кожного дня

Велику частину дня

7. Час, який Ви приділяєте турботі про зір Вашої дитини (включаючи проведення спеціальних занять по лічбі ліній, ліній зростаючої складності, написанні, відніманні у Вас можливість приділити увагу іншим Вашим дітям, чоловікові/дружині або членам родини)?

- Ніколи
- Надзвичайно рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

8. Чи сперечаєтеся Ви з іншими членами родини про необхідність лікування проблем із зором Вашої дитини або про призначення лікаря?

- Ніколи
- Надзвичайно рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

9. Чи турбує Вас коли інші люди коментують зір або очі Вашої дитини, коли ви знаходитесь з нею в магазині або в торговому центрі?

- Категорично заперечую наявність таких випадків
- Мене не турбує як ставляться оточуючі до функцій зору моєї дитини
- Не впевнений, що мене зовсім не турбує ставлення оточуючих до функцій зору моєї дитини
- Мене турбує ставлення оточуючих до функцій зору моєї дитини
- Мене надзвичайно сильно турбує ставлення оточуючих до функцій зору моєї дитини
- Ця проблема не стосується ні мене, ні моєї дитини

10. Чи турбує Вас що ваша дитина відчуває свою відмінність від інших дітей і однокласників?

- Мені абсолютно байдуже
- Мене не турбує, що моя дитина відчуває свою відмінність від однокласників
- Не впевнений, що мене зовсім не турбує що моя дитина відчуває свою відмінність від інших дітей
- Мене турбує, що моя дитина відчуває, що через пов'язані із зором проблеми вона відмінна від інших дітей
- Мене надзвичайно сильно турбує, що моя дитина відчуває, що відмінна від інших дітей
- Ця проблема не стосується ні мене, ні моєї дитини

11. Чи стикалися Ви з випадками, коли інші діти звертають увагу на Вашу дитину через її проблеми з зором?

- Категорично заперечую наявність таких випадків
- Мене не турбує, що інші зайвий раз звертають увагу на мою дитину через її проблеми з зором
- Не впевнений, що мене зовсім не турбує що інші діти зайвий раз звертають увагу на мою дитину через її проблеми з зором
- Мене турбує, що інші діти зайвий раз звертають увагу на мою дитину через її проблеми з зором
- Мене надзвичайно сильно турбує, що інші діти зайвий раз звертають увагу на мою дитину через її проблеми з зором
- Ця проблема не стосується ні мене, ні моєї дитини

12. Чи любить Ваша дитина візити родичів?
- Моя дитина зовсім не любить, коли до нас приходять родичі
  - Моя дитина не любить візити родичів
  - Не впевнений, що моя дитина любить візити родичів
  - Моя дитина любить, коли до нас приходять родичі
  - Моя дитина дуже любить, коли до нас приходять родичі
13. Чи дуряться над вашою дитиною (дражжать, ображають) через її проблеми із зором?
- Категорично такого ніколи не було
  - Не було таких ситуацій
  - Може сподіється, що такого не буде
  - Так, мою дитину дражжать, ображають через проблеми із зором
  - Мою дитину постійно дражжать, ображають через її проблеми із зором
  - Не стосується моєї дитини
14. Чи хвилюєтесь Ви, що ваша дитина не зможе читати, дивитися телевізор, в майбутньому керувати автомобілем через проблеми із зором?
- Категорично «Ні»
  - Не хвилююся
  - Не впевнений, що мене це турбує
  - Так, я хвилююся про це
  - Я дуже переживаю з цього приводу
  - Не стосується моєї дитини
15. Чи легко ваша дитина знаходить спільну мову з іншими дітьми, друзями?
- В моєї дитини не виходить знаходити спільну мову з іншими дітьми
  - Мої діти дуже складно знаходять спільну мову з іншими дітьми
  - В моєї дитини не завжди виходить знаходити спільну мову з іншими дітьми
  - Так, моя дитина легко може знайти спільну мову з іншими дітьми
  - Мої діти надзвичайно легко знаходять спільну мову з іншими дітьми

**Як зір вашої дитини впливає на її активність? Більше-менше дайте відповідь на запитання, чи важко вашій дитині виконувати певні дії через проблеми із зором.**

16. Чи легко ваша дитина може їсти самостійно?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але їй трохи важко
  - Так, але їй це помірно важко
  - Так, але їй це дуже важко
  - Моя дитина не може їсти самостійно
  - Моя дитина зовсім не може їсти самостійно
17. Чи може ваша дитина впливати обличчя (друзів, родичів) через кімнату?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але їй трохи важко це робити
  - Так, але їй це помірно важко робити
  - Так, але їй дуже важко це робити
  - Моя дитина не може впливати знайомі обличчя через кімнату
  - Моя дитина зовсім не може впливати знайомі обличчя

18. Чи може ваша дитина самостійно почистити зуби?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко робити
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може самостійно почистити зуби
  - Моя дитина завжди мама, щоб самостійно чистити зуби
19. Чи може ваша дитина самостійно вмиватися?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко робити
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може самостійно вмиватися
  - Моя дитина завжди мама, щоб самостійно вмиватися
20. Чи може ваша дитина стежити за іграшкою, що рухається?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко робити
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може стежити за іграшкою, що рухається
  - Моя дитина завжди мама, щоб стежити за іграшкою, що рухається
21. Чи може ваша дитина побачити маленький шматок їжі (рисинку або горошину) і схопити її?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко робити
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може побачити маленький шматок їжі (рисинку або горошину) і схопити її
  - Моя дитина завжди мама, щоб побачити маленький шматок їжі (рисинку або горошину) і схопити її
22. Чи допомагає ваша дитина у щоденній роботі по дому?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко робити
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може допомогти у щоденній роботі по дому
  - Моя дитина завжди мама, щоб допомогти у щоденній роботі по дому
23. Чи подобається вашій дитині переглядати книжки?
- Категорично «ні»
  - Ні, не подобається
  - Не певнений, तर її це подобається
  - Так, її це подобається
  - Так, її це дуже сильно подобається
  - Моя дитина завжди мама, щоб переглядати книжки

24. Чи завважили ви у вашій дитині проблеми із зором (наприклад, ходити, бігати, стрибати та перестрибувати)?
- Категорично «ні»
  - Ні, не завважили
  - Не впевнений, що завважили
  - Так, завважили
  - Так, дуже сильно завважили
25. Чи подобається вашій дитині дивитися телевізор, відео, або грати у відеогри?
- Категорично «ні»
  - Ні, не подобається
  - Не впевнений, що їй це подобається
  - Так, їй це подобається
  - Так, їй це дуже сподобалося
26. Чи подобається вашій дитині грати з іншими (братями, сестрами або друзями)?
- Категорично «ні»
  - Ні, не подобається
  - Не впевнений, що їй це подобається
  - Так, їй це подобається
  - Так, їй це дуже сподобалося
27. Чи ускладнює зір вашої дитини можливість знайти щось на зовнішній стороні або у шафі?
- Категорично «ні»
  - Ні, не ускладнює
  - Не впевнений, що їй це складно
  - Так, їй це складно
  - Так, їй це дуже складно
28. Як часто Ваша дитина дивиться на Вас та посміхається?
- Завжди
  - Часто
  - Іноді
  - Рідко
  - Ніколи
  - Моя дитина занадто мала для таких дій
29. Як часто Ваша дитина через поганий зір вдаряється в людей, стіни, фурнітуру?
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Часто
  - Завжди
  - Моя дитина занадто мала для таких дій
30. Як часто Ваша дитина світиться через бордюри?
- Ніколи
  - Рідко
  - Іноді
  - Часто
  - Завжди
  - Моя дитина занадто мала для таких дій

**Питання про лікування захворювань очей у вашій дитині:**

30. Чи перебуває ваша дитина під наглядом (або лікуванням) у офтальмолога з приводу захворювань очей (в тому числі призначення окулярів, контактних лінз, інтраокулярних лінз, пов'язок на око, очних крапель, апаратного лікування, тощо) *(робіть відмітку в одній з клітинок)*

Так -

Ні -

Якщо так, то просимо відповісти на наступні запитання:

31. Я маю проблеми з проведенням лікування (наприклад, одитання окулярів або пов'язки на око, застосування крапель або інших медикаментів)

Ніколи

Рідко

Іноколи

Часто

Завжди

32. Моя дитина відчуває дискомфорт від призначеної корекції (лікування) з приводу захворювань очей (наприклад, коли одягає окуляри або пов'язку, або застосує очні краплі)

Ніколи

Рідко

Іноколи

Часто

Завжди

33. Моя дитина менш активна, коли лікується (наприклад, одягає пов'язку або окуляри, або застосує очні краплі чи приймає інші ліки)

Ніколи

Рідко

Іноколи

Часто

Завжди

34. Я переживаю, коли моя дитина відмовляється від корекції або лікування (наприклад, сама знімає пов'язку чи окуляри, або стіскає очі при закапуванні очних крапель)

Ніколи

Рідко

Іноколи

Часто

Завжди

35. Іноколи я забуваю виконувати призначення лікаря щодо лікування захворювань очей у моєї дитини.

Ніколи

Рідко

Іноколи

Часто

Завжди

## Додаток Б

## Анкета №

«Самостійний батьками зорових функцій дитини старше 3-річної з порушеннями зору»  
(адаптована версія The Children's Visual Function Questionnaire (CVFQ))

Ваш вік та стать \_\_\_\_\_

Ваша освіта \_\_\_\_\_

Вік та стать вашої дитини \_\_\_\_\_

Чи має Ваша дитина будь-які порушення зору *(робіть відмітку)* Так –  Ні –

Якщо так, то яка патологія органа зору була виявлена у дитини \_\_\_\_\_

Вік дитини, в якому виявлен патологію органа зору \_\_\_\_\_

1. У цілому, стан здоров'я вашої дитини *(робіть відмітку в одній з клітинок)*

- Відмінний
- Дуже добрий
- Добрий
- Досить добрий
- Поганий

2. Яким є зір вашої дитини, коли вона дивиться обома очима *(робіть відмітку в одній з клітинок)*

- Відмінний
- Добрий
- Досить добрий
- Поганий
- Дуже поганий
- Сліпота

3. Якщо ваша дитина на даний момент має проблеми з зором лише одного ока, як Ви оцінюєте зір цього хворого ока *(робіть відмітку в одній з клітинок)*

- Відмінний
- Добрий
- Досить добрий
- Поганий
- Дуже поганий
- Сліпота
- Ця проблема не стосується моєї дитини

4. Чи хвилюєтеся ви про зір вашої дитини? *(робіть відмітку в одній з клітинок)*

- Ніколи
- Вкрай рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

5. Скільки часу ви приділите турботі про зір вашої дитини *(включаючи примитивні окулісти, пов'язки на око, очні краплі, білизна терапія)?*

- Один раз на місяць або менше (або ніколи)
- Один раз на тиждень
- Один раз на день
- Кілька годин кожного дня
- Більшу частину дня

6. Чи час, який ви приділяєте турботі про зір Вашої дитини (випитання присвячене окремим, ніж жовті на око, очні краплі, очні тертя, шпаци) відтімає у Вас можливість приділити увагу іншим Вашим дітям, чоловікові/дружині або членам родини?
- Ніколи
  - Значно менше рідко.
  - Іноколи
  - Часто
  - Завжди
7. Чи турбує Вас коли інші люди коментують зір або очі Вашої дитини, коли ви берете її з собою у магазин або торговий центр?
- Категорично заберетую нашість таких випадків
  - Мене не турбує як ставляться оточуючі до функції зору моєї дитини
  - Не впевнений, що мене зовсім не турбує ставлення оточуючих до функції зору моєї дитини
  - Мене турбує ставлення оточуючих до функції зору моєї дитини
  - Мене надзвичайно сильно турбує ставлення оточуючих до функції зору моєї дитини
8. Чи відчуває Ваша дитина, що вона відрізняється від інших дітей та однолітків?
- Моя дитина зовсім не відрізняється від інших дітей
  - Моя дитина не відрізняється від інших дітей
  - Не впевнений, що моя дитина відрізняється від інших дітей
  - Так, моя дитина відрізняється від інших дітей
  - Так, моя дитина сильно відрізняється від інших дітей
9. Чи погоджуєтесь Ви з думкою, що ваша дитина більшість часу відчуває себе щасливою?
- Моя дитина зовсім не відчуває себе щасливою
  - Моя дитина більшість часу не відчуває себе щасливою
  - Не впевнений, що моя дитина більшість часу відчуває себе щасливою
  - Так, моя дитина більшість часу відчуває себе щасливою
  - Так, моя дитина увесь час відчуває себе щасливою
10. Чи помічаєте Ви, що інші діти роздивляються вашу дитину через її проблеми із зором?
- Ніколи не поміня, що інші діти роздивляються мою дитину
  - Діти не роздивляються мою дитину
  - Не впевнений, що інші діти роздивляються мою дитину
  - Так, інші діти роздивляються мою дитину
  - Так, інші діти постійно роздивляються мою дитину
11. Чи шукаються над вашою дитиною (дражнять, ображають) через її проблеми із зором?
- Категорично такого ніколи не було
  - Не буде таких ситуацій
  - Може сподіватися, що такого не буде
  - Так, мою дитину дражнять, ображають через проблеми із зором
  - Мою дитину постійно дражнять, ображають через її проблеми із зором

12. Чи легко ваша дитина знаходить нових друзів?
- В моєї дитини завжди не виходить знаходити нових друзів
  - Моїй дитині дуже складно знаходити нових друзів
  - В моєї дитини не завжди виходить знаходити нових друзів
  - Так, моя дитина легко може знайти нових друзів
  - Так, моїй дитині надзвичайно легко знаходити нових друзів

13. Чи є ваша дитина ласкавою?
- Ні, моя дитина завжди не ласкава
  - Ні, це можна сказати, що моя дитина ласкава
  - Моя дитина може бути ласкавою, але не завжди
  - Так, моя дитина ласкава
  - Так, моя дитина надзвичайно ласкава та ніжна

14. Чи легко ваша дитина знаходить спільну мову з іншими дітьми, друзями?
- В моєї дитини не виходить знаходити спільну мову з іншими дітьми
  - Моїй дитині дуже складно знаходити спільну мову з іншими дітьми
  - В моєї дитини не завжди виходить знаходити спільну мову з іншими дітьми
  - Так, моя дитина легко може знайти спільну мову з іншими дітьми
  - Моїй дитині надзвичайно легко знаходити спільну мову з іншими дітьми

**Як зір вашої дитини впливає на її активність?** Будь-ласка дайте відповідь на запитання, чи важко вашій дитині виконувати певні дії через проблеми із зором.

15. Чи може ваша дитина віднаходити об'єкти (друзів, родичів) через кімнату?
- Так, її це завжди не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко робити
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина через проблеми із зором не може віднаходити знайомих об'єктів через кімнату

16. Чи може ваша дитина самостійно одягнутися?
- Так, її це завжди не важко
  - Так, але завдяки на проблеми із зором, її трохи важко
  - Так, але завдяки на проблеми із зором, її це помірно важко
  - Так, але завдяки на проблеми із зором, її це дуже важко
  - Моя дитина через проблеми із зором не може одягнутися самостійно

17. Чи може ваша дитина самостійно почистити зуби?
- Так, її це завжди не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може самостійно почистити зуби

18. Чи може ваша дитина самостійно вмиватися?
- Так, її це завжди не важко
  - Так, але її трохи важко це робити
  - Так, але її це помірно важко
  - Так, але її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може самостійно вмиватися

19. Чи може ваша дитина самостійно кататися на велосипеді?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина через проблеми із зором не може самостійно кататися на велосипеді
20. Чи може Ваша дитина займатися спортом або грати в активні рухливі ігри?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина через проблеми із зором не може займатися спортом чи грати в активні рухливі ігри
21. Чи може Ваша дитина налити рідину в чашку або склянку?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина через проблеми із зором не може налити рідину в чашку або склянку
22. Чи може Ваша дитина набрати номер на телефоні?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина через проблеми із зором не може набрати номер на телефоні
23. Чи допомагає Ваша дитина у щоденній роботі по дому?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко робити
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може допомогти у щоденній роботі по дому
24. Чи може Ваша дитина сказати, який зараз час?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко робити
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може сказати який зараз час
25. Чи може Ваша дитина розрізнити монети?
- Так, її це зовсім не важко
  - Так, але через проблеми із зором її трохи важко це робити
  - Так, але через проблеми із зором її це помірно важко робити
  - Так, але через проблеми із зором її дуже важко це робити
  - Моя дитина не може розрізнити монети
26. Чи подобається Вашій дитині переглядати книжки?
- Категорично «ні»
  - Ні, не подобається
  - Не певний/и, чи її це подобається
  - Так, її це подобається
  - Так, її це дуже сильно подобається

27. Чи завжди порушення зорових функцій Вашій дитині вчітися ходити, бігати, стрибати, перестрибувати?

- Категорично «ні», не завжди
- Ні, не завжди
- Не впевнений, що її це завжди
- Так, порушення зорових функцій завжди моїй дитині вчітися ходити, бігати, стрибати, перестрибувати
- Так, порушення зорових функцій дуже сильно завжди моїй дитині вчітися ходити, бігати, стрибати, перестрибувати
- Ця проблема не стосується моєї дитини

28. Чи завжди порушення зорових функцій Вашій дитині в навчанні?

- Категорично «ні», не завжди
- Ні, не завжди
- Не впевнений, що її це завжди
- Так, порушення зорових функцій завжди моїй дитині в навчанні
- Так, порушення зорових функцій дуже сильно завжди моїй дитині в навчанні
- Ця проблема не стосується моєї дитини

29. Чи подобається Вашій дитині дивитися телевизор, відео або грати у відеоігри?

- Категорично «ні», не подобається
- Ні, не подобається
- Не впевнений, що її це подобається
- Так, моїй дитині подобається дивитися телевизор, відео або грати у відеоігри
- Так, моїй дитині дуже сильно подобається дивитися телевизор, відео або грати у відеоігри

30. Чи подобаються Вашій дитині подорожі та сімейний відпочинок?

- Категорично «ні», не подобається
- Ні, не подобається
- Не впевнений, що її це подобається
- Так, моїй дитині подобаються подорожі та сімейний відпочинок
- Так, моїй дитині дуже сильно подобаються подорожі та сімейний відпочинок

31. Чи подобається Вашій дитині гратися з іншими (братами, сестрами або друзями)?

- Категорично «ні», не подобається
- Ні, не подобається
- Не впевнений, що її це подобається
- Так, моїй дитині подобається гратися з іншими дітьми
- Так, моїй дитині дуже сильно подобається гратися з іншими дітьми

32. Чи подобається Вашій дитині креслення, малювання та інша мистецька активність?

- Категорично «ні», не подобається
- Ні, не подобається
- Не впевнений, що її це подобається
- Так, моїй дитині подобається креслення, малювання та інша мистецька активність
- Так, моїй дитині дуже сильно подобається креслення, малювання та інша мистецька активність

33. Чи ускладнює зр вашої дитини можливість знайти щось на заповненій полиці або у шафі?

- Категорично ні
- Ні, не ускладнює
- Не впевнений, що їй це складно
- Так, їй це складно
- Так, їй це дуже складно

34. Як часто Ваша дитина спітніється через бордюри?

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

#### Питання про лікування захворювань очей у вашої дитини:

35. Чи перебуває ваша дитина під наглядом (або лікуванням) у офтальмолога з приводу захворювань очей (в тому числі призначення окулярів, контактних лінз, інтраокулярних лінз, пов'язок на око, очних крапель, апаратного лікування, тощо) *(робить відмітку в одній з клітинок)*

- Так -
- Ні -

Якщо так, то просимо відповісти на наступні запитання:

36. Я маю проблеми з проведенням лікування (наприклад, одягання окулярів або пов'язки на око, закапування крапель або інших медикаментів)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

37. Моя дитина відчуває дискомфорт від призначеної корекції (лікування) з приводу захворювань очей (наприклад, коли одягає окуляри або пов'язку, або закапує очні краплі)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

38. Моя дитина менш активна, коли лікується (наприклад, одягає пов'язку або окуляри, або закапує очні краплі чи приймає інші ліки)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

39. Я переживаю, коли моя дитина відмовляється від корекції або лікування (наприклад, сама знімає пов'язку чи окуляри, або стискає очі при закапуванні очних крапель)

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

40. Іноді я забуваю виконувати призначення лікаря щодо лікування захворювань очей у моєї дитини.

- Ніколи
- Рідко
- Іноді
- Часто
- Завжди

### Додаток В Анкета №

опитування батьків щодо їх інформованості та готовності брати участь у профілактичних програмах на збереження зору з дитинства

Ваш вік та стать \_\_\_\_\_

Ваша освіта:  - середня;  - середня спеціальна;  - вища

Вік та стать вашої дитини \_\_\_\_\_

Ваше місце роботи (зайнятість):

- студент;
- службовець в державній бюджетній установі;
- працівник сфери обслуговування;
- робітник, рішоробочий;
- бізнесмен;
- домогосподарка;
- тимчасово безробітний;
- пенсіонер.

1. Чи помічали Ви будь-які проблеми із зором у Вашої дитини?

- так;  - ні;  - не звертаю на це увагу.

2. Чи помічали ви, що ваша дитина:

- має труднощі у читанні зображення необхідної інформації через сидіння в школі на задній парті;
- має складнощі співування із шкільної дитиною через нечіткість зображення на ній;
- робить багато помилок при письмі, пропуски букви;
- зазвичай підходить до об'єкта, щоб роздивитися їх деталі;
- підносить до обличчя малі деталі, щоб роздивитися їх;
- моя дитина замала для цього;
- таких ситуацій не було.

3. Чи пов'язуєте Ви між собою можливість впасти поганого зору дитини на певну:

Ситуація	Пов'язую	Не пов'язую
а) сидіння біля, особливо при тривалому зоровому навантаженні		
б) сповільнення читання і письма		
в) зниження успішності через неможливість чітко копіювати з дитиною		
г) наближення тексту до очей		
д) сутупість, викривлення або скрученість постави		
е) не підходить для моєї дитини (замала для цього, не має порушень зору)		

4. Чи підтримуєте Ви думку, що вживання в їжу великої кількості фруктів, риби, овочів (напр. моркви) дитині допомагає вирішити виникливі проблеми із зором?

- так;  
 - ні;  
 - це не може замінити лікування!

5. На Вашу думку, чи має певний характер харчування (наприклад, надлишок цукрових продуктів) з проблемною виникнення бітзорності або дальзорності у вашої дитини?

- так;  - ні

6. Чи вважаєте Ви за доцільно рекомендувати дітям не дивитися тривалою телевізор?

- так;  - ні;  - не звертаю на це увагу;  - часто роблю зауваження;

7. Чи помічали Ви, що ваша дитина підходить ближче до телевізора, щоб краще бачити?

- ні;  - не звертаю на це увагу;  
 - так;  - так, це стало причиною звернення до медичного працівника;  
 - моя дитина замала для цього.

8. Чи відвідує Ваша дитина спортивні секції та гуртки?

- так;  - ні;  - моя дитина замала для цього.

9. На Вашу думку, чи має бути недостатнє освітлення при зоровому навантаженні зближені на формування офтальмологічної дисфункції в дитячому віці?
- так;  – ні;  – для мене це неважливо;
10. Чи помітили Ви, що при роботі з гаджетами ваша дитина тріє очі руками?
- ні;  – не звертаю на це увагу;
- так;  – так, це стало причиною звернення за медичною допомогою
- моя дитина замала для цього.
11. Чи слухається ваша дитина, коли Ви робите зауваження пропихити користування гаджетами?
- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу;  – моя дитина замала для цього.
12. Чи знайомі Ви з гігієнічними нормами зорового навантаження в дитячому віці?
- так;  – ні;  – для мене це неважливо;
13. Як на Вашу думку, чи може дитина самостійно дотримуватися норм зорового навантаження?
- так;  – ні, це мають контролювати батьки;
- ні;  – ні, це мають контролювати освітлені
- ні, це мають контролювати дорослі, які знаходяться поряд;
- інше
14. Чи заохочуєте Ви дітей до активних ігор на свіжому повітрі?
- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу;  – моя дитина замала для цього.
15. Чи помітили Ви, що читаючи, ваша дитина наближає текст дуже близько до обличчя?
- ні;  – не звертаю на це увагу;
- так;  – так, це стало причиною звернення за медичною допомогою
- моя дитина замала для цього.
16. Чи помітили Ви, що ваша дитина «сербиться» при малюванні, писанні?
- ні;  – не звертаю на це увагу;
- так;  – так, це стало причиною звернення за медичною допомогою
- моя дитина замала для цього.
17. Чи інформувате Ви особисто дитину щодо попередження виникнення хвороб та травм очей?
- так;  – ні;  – моя дитина замала для цього.
18. З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо охорони зору, профілактики та лікування хвороб очей?
- Від сімейного лікаря;
- Від інших лікарів;
- Від родичів та знайомих;
- Від педагогів/вихователів школи/садочка, де навчається моя дитина;
- З періодичних видань (журналів та газет);
- З Інтернету;
- Не цікавилось такою інформацією
19. Чи є у дитячому закладі (садочку, школі), який відвідує Ваша дитина медична сестра?
- так;  – ні.
20. Як на Вашу думку, чи повинні освітані воюючі зацікавлені про ознаки порушення зорових функцій в дитячому віці?
- так;  – ні;  – це не повинно їх цікавити, це медична проблема
21. Чи в достатньому обсязі медичним персоналом дитячих закладів проводиться профілактична просвітницька робота щодо збереження зору?
- так;  – ні;  – ні, через відсутність медичного персоналу
22. Чи інформовані Ви особисто про найбільш поширені в дитячому віці захворювання очей? На ваш погляд серед них є:
- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Катаракта;                   | <input type="checkbox"/> Глаукома;              |
| <input type="checkbox"/> Кон'юнктивіт;                | <input type="checkbox"/> Косинокість;           |
| <input type="checkbox"/> Алергічні захворювання очей; | <input type="checkbox"/> Близорукість (міопія); |
| <input type="checkbox"/> Травми ока;                  | <input type="checkbox"/> Далекозорість;         |
| <input type="checkbox"/> Астигматизм;                 | <input type="checkbox"/> Синдром «сухого ока»;  |
| <input type="checkbox"/> Ячмінь;                      | <input type="checkbox"/> Блефарит;              |
| <input type="checkbox"/> Інші захворювання _____      |   |

23. Чи потребуєте Ви інформаційної підтримки про причини захворювань очей, симптоми цих захворювань?

– так  – ні  – це не цікаво для мене

24. Чи помітали Ви почервоніння, запалення та гнійні виділення з ока у Вашої дитини?

– так  – ні;  – не звертано на це увагу;

25. Чи застосовували Ви для лікування запального процесу в очах дитини (при кіні кон'юнктиві) засоби самолікування без звернення до медичного допомогого?

– ні, завжди звертався до медиків, коли виникали проблеми із зором дитини і виконував їх призначення;

– ні, не було таких ситуацій;

– так, застосовували промивання ока дитини завареною чайом;

– так, застосовували промивання ока дитини відваром трав, приготованими вдома;

– так, застосовували промивання ока дитини грудним молоком;

– так, застосовували промивання ока дитини равшиною сечем;

– так, застосовували краплі, які порадили в аптеці;

– так, застосовували краплі, які порадили знайомих;

– так, застосовували інші методи лікування \_\_\_\_\_

26. Чи довіряєте Ви засобам народної медицини у випадку появи проблем зі зором у вашої дитини?

– ні;

– так, якості яких \_\_\_\_\_

27. Чи мали Ви досвід звернення до медичного закладу, під час якого були перевірені зорові функції дитини?

– ні

– так, якості як дитини на час перевірки \_\_\_\_\_ років

28. Ваше перше звернення до медичного закладу, під час якого були перевірені зорові функції дитини відбулося до:

- сімейного лікаря;

- медичної сестри сімейного лікаря;

- педіатра/сімейного педіатра;

- медичної сестри педіатра;

- дитячого офтальмолога;

- офтальмолога;

- до оптометриста оптики.

29. Звернення, під час якого були перевірені зорові функції у дитини було мотивовано:

- необхідністю пройти медичний огляд для отримання повліки;

- це було спільне самозвернення з профілактичною метою;

- необхідністю консультації при появі скарг дитини на порушення зору;

- можливість пройти обстеження по благодійній акції;

- в навчальному закладі всім дітям перевіряли зір, а тому частіше швиді дитини;

- звернення було ініційовано іншим медичним працівником.

30. Скаргами дитини при зверненні до дитячого офтальмолога в різний час були:

- Гнійні виділення з ока

- Почервоніння, набряк шкіри повік

- Свербіння очей

- Почервоніння очей

- Ячмінь

- Надмірну чутливість очей до сухого повітря

- Пригнічування

- Надмірне захоплення гаджетами

- Відсутність чіткості зображення

- Неспособність дитини відзначати речі і предмети

- Неузгодженість дитини при письмі

- Неспособність дитини відзначати речі і предмети

(пропуски літер, ліній, тощо)

- Інше, вказати \_\_\_\_\_

- Косоокість

31. Чи задоволені Вас якістю отриманої консультації при першому зверненні, під час якого була перевірена зорова функція дитини?

– так  – ні

32. Справачись на Ваш досвід, яким закладом, ви довірили б нагляд за функціями зору Вашої дитини, в тому числі у випадку потреби лікування патології ока?

– державним

– приватним

33. Яким спеціалістам, ви довірили б інсталяцію функцій зору Вашої дитини, в тому числі у випадку потреби лікування патології ока?

- сімейному лікарю;  
 – лікарю педіатру/сімейному педіатру;  
 – спеціалісту офтальмологу, зокрема дитячому офтальмологу;  
 – оптичному асистенту в оптиці;  
 – тір переширюють медичні сестри в дитячих освітніх закладах.

34. Чи маєте Ви бажання, щоб спеціалісти офтальмології (оптиметристи) порізно відвідували навчальний заклад (дитячий садок, школу, ліцей), в якому навчається Ваша дитина для перевірки зорових функцій з певною періодичністю (наприклад на початку навчального року)?

- так;  – ні;  – бажано самостійно контролювати на дитині;

35. Чи хотіли б Ви, щоб спеціалісти офтальмології (оптиметристи) для перевірки зорових функцій Вашої дитини відвідували вас на дому?

- так;  – ні;  – бажано самостійно контролювати на дитині;

36. Чи пов'язані проблеми із зором у вашої дитини із спадковістю?

- так;  – ні;  – у моєї дитини немає проблем із зором

37. Чи знайомі ви з терміном «лінійне» око або «амбліопія»?

- ні;  – це напевно не стосується моєї дитини;  
 – так, чух це від знайомих;  – це не цікаво для мене;  
 – так, чух це від медичного персоналу;

38. Чи впливає Ваша дитина схильність до усамітнення через проблеми із зором?

- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу;  
 – у моєї дитини немає проблем із зором

39. Як на Вашу думку, чи існує косоглаздя?

- так;  – ні;  – це не стосується моєї дитини;  
 – так, можна зробити операцію.

40. Чи варто Ви згоді, щоб ваша дитина одягнула окуляри, якщо такої необхідності виявить лікар?

- так;  – ні;  – не зверну увагу на рекомендації лікаря;

41. Якою засобу Ви віддали б перевагу, як засобу лікування вашої дитини, в випадку виявлення її проблем із зором?

- рецепт на окуляри (окуляри для постійного користування);  
 – очні краплі з визначеною періодичністю їх застосування;  
 – вітаміни, особливо віт. А та віт. С;  
 – доповнення щоденного раціону харчування харчовими для очей свічками, фруктами, ягодами, рибою, тощо);  
 – фізичні вправи (комплекс вправ для очей);  
 – нікому, вважаю це нецільовим.

42. В якому виді дитини корекція окулярами з вашої точки зору є оптимальною?

- індивідуально, щоб дитина почала носити окуляри кожного разу, окрім випадків коли не бачить так як треба;  
 – вважаю, що окуляри потрібно носити дитині постійно;  
 – вважаю, що окуляри не потрібно носити дитині постійно;  
 – вважаю корекцію окулярами нецільовою, очі створюють «залежність» від них;  
 – ні в якому разі не дозволюю ставити окуляри моєї дитині, навіть якщо їх призначають.

43. На Вашу думку, чи може погіршитися тір дитини через подотримання рекомендаційної кратності візиту до офтальмолога?

- так;  – ні;  – часто пропускаємо візити до офтальмолога.

44. Чи вважаєте Ви, що мало б бути державна профілактична програма попередження втрати зорових функцій у дітей різного віку?

- так;  – ні;  – мені байдуже.

**Додаток Г**  
**Анкета №**  
**визначення обізнаності сімейних лікарів з профілактики офтальмологічних захворювань в дитячому віці**

Анкета анонімна. Отримані дані будуть використані в науковому дослідженні.

1. Вік (включно): \_\_\_\_\_ Стать \_\_\_\_\_
2. Стаж роботи в медичній справі \_\_\_\_\_
3. Стаж роботи спеціалістом лікарем \_\_\_\_\_
4. Категорія за спеціальністю «Загальна практика – сімейна медицина»
 

<input type="checkbox"/> Вата	<input type="checkbox"/> Друга
<input type="checkbox"/> Перша	<input type="checkbox"/> Спеціаліст
5. Деякі лікарі перекваліфікувалися в сімейного лікаря, то яку спеціальність вони досі є?
 

<input type="checkbox"/> Терапевт	<input type="checkbox"/> Акушер-гінеколог
<input type="checkbox"/> Педіатр	<input type="checkbox"/> Інша спеціальність _____
6. Місце проживання
 

<input type="checkbox"/> Місто	<input type="checkbox"/> Село
--------------------------------	-------------------------------
7. Місце лікарської практики
 

<input type="checkbox"/> Місто	<input type="checkbox"/> Село
--------------------------------	-------------------------------
8. Отримувати кваліфікацію заготовлено в формі «Загальна практика – сімейна медицина» повинен передбачувати на відповідному рівні.
 

<input type="checkbox"/> За власним бажанням	<input type="checkbox"/> Через відсутність вибору
<input type="checkbox"/> У примусу адміністрації лікувального закладу	
9. Чи власне Ви професійно працюєте основним з практик сімейного лікаря?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
10. Чи достатньо Вам знань для ефективного ведення професійної медичної діяльності в сільській місцевості?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Вказати, за допомогою постійно вдосконалювати свої знання	
11. Чи вважаєте Ви своє робоче місце відповідним згідно затвердженої таблиці?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
<input type="checkbox"/> Лише частково	<input type="checkbox"/> Відсутність обладнання є в амбулаторії
12. В якому стані будинок (якщо в амбулаторії, в якій Ви працюєте)?
 

<input type="checkbox"/> Відповідає комплексному оснащення та приміщення згідно таблицею, затвердженою МОЗ України
<input type="checkbox"/> Потребує капітального ремонту
<input type="checkbox"/> Потребує поточного ремонту
<input type="checkbox"/> Потребує реконструкції / переобладнання
<input type="checkbox"/> Приміщення в гарному стані, але не відповідає оснащенням
13. Чи дозволяє поточний стан робочого місця здійснювати професійні обов'язки функції зору у дітей?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
14. Чи володієте ви практичними навичками для проведення профілактичних діагностичних офтальмологічних обстежень в умовах амбулаторного прийому (перевірка гостроти зору, зокрема у дітей та дорослих, вимірювання внутрішнього тиску тощо)?
 

<input type="checkbox"/> Так, я володію достатніми навичками та навичками для проведення цих досліджень і використовую їх в щоденній практиці
<input type="checkbox"/> Знаю про ці дослідження лише в теорії, на практиці їх не проводжу
<input type="checkbox"/> Володію і знаннями і практичними навичками, але в щоденній буденній практиці їх не використовую
<input type="checkbox"/> Делекую проведення профілактичних діагностичних офтальмологічних обстежень, в тому числі дітей медичній сестрі
15. З якої причини не вдається проводити профілактичні діагностичні офтальмологічні обстеження, зокрема у пацієнтів дитячого віку?
 

<input type="checkbox"/> Через відсутність часу, виділеного на один пацієнт
<input type="checkbox"/> Через відсутність необхідного обладнання для проведення дослідження
<input type="checkbox"/> Не володію в достатній мірі навичками з їх проведення
<input type="checkbox"/> Пацієнти відмовляються від таких обстежень в умовах сімейної амбулаторії
16. Як на Вашу думку, чи повинен сімейний лікар володіти навичками про ознаки порушення функції зору у дітей?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
17. Чи знаєте Ви з тієї ж нормами зорового навантаження в дитячому віці?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні	<input type="checkbox"/> Мені це не цікавить
------------------------------	-----------------------------	--
18. Чи інформують Ви дітей та дорослих про небезпечку використання телефонів і тривалість?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------
19. Чи інформують ви про фактори ризику розвитку порушень зору у дітей?
 

<input type="checkbox"/> Так	<input type="checkbox"/> Ні
------------------------------	-----------------------------

20. Чи пов'язуєте Ви зосередженість погляду розумного зору дитини на певну:

Синдром	Пов'язую	Не пов'язую
- тупоголоного бачення, особливо при тривалому зоровому навантаженні		
- звичка присуватися (відходити) ближче, щоб роздивитися деталі зображення (предмету)		
- сповільнені читання і письмо		
- звичка терти очі руками		
- сповільнені виконання літер, невпевненість рухів при малюванні		
- звичка «торкнутися» при малюванні/письмі, виконанні або порушенні постави		
- зникнення усталості через неможливість чіткого конювання з дошкою		
- погирювання очей дитини після вивчення в школі або виконання домашнього завдання		
- скарж на «сухість в очах», сльозоточивість під час зорового навантаження зблизька		
- скарж на швидку втоми під час зорового навантаження в школі або під час виконання домашніх завдань		
- пригнужування при погляді вгору		

21. Як на Вашу думку, чи має вплив недостатнє освітлення при зоровому навантаженні зблизька на формування патології ока в дитячому віці?

- Так  - Ні

22. Якою в нормі має бути відстань до книги/жовита, коли дитина сидить за столом?

- менше 40 см.,  - більше 40 см.

23. Якою є рекомендована максимальна тривалість безперервного зорового навантаження при роботі дитини за комп'ютером або при перегляді телевізора?

20 хвилин  30 хвилин  
 35 хвилин  45 хвилин  
 до 1 години  до 2 годин

24. Чи має негативний вплив на формування зору у дитини читання лежачи?

- Так,  - Ні

25. Чи має негативний вплив на формування зору у дитини читання в транспорті?

- Так,  - Ні

26. Чи має вплив тривалість нічного сну на формування зору у дитини?

- Так,  - Ні

27. На Вашу думку, чи пов'язаний характер харчування дитини із ризиком виникнення проблем із зором?

- Так,  - Ні

28. Чи є ефективною рекомендація регулярно робити «гмнастику для очей» в дитячому віці?

- Так,  - Ні

29. На Вашу думку, чи пов'язані проблеми із зором в дитячому віці із обтяженою спадковістю?

- Так,  - Ні

30. Які захворювання очей, зокрема в дитячому віці, найбільш часто зустрічаються особисто у вашій повсякденній практиці?

Катаракта;  Глаукома;  
 Козинковіт;  Косинкість;  
 Алергічні захворювання очей;  Визорюєть (миопія);  
 Травми ока;  Далекозорість;  
 Астигматизм;  Синдром сухого ока;  
 Ячмінь;  Блефарит;  
 Інші захворювання

31. Як на Вашу думку, чи лікується косинкість?

- так, можна зробити операцію, яка відкидає косинкість в старшому віці;  
 - так, необхідно ретельно виконувати призначення дитячого офтальмолога (включночи окуляри, краплі, ліття, особливо для очей);  
 - так, застосовують інші методи лікування;  
 - косинкість сама проходить з віком (дити переростають);  
 - ні, косинкість не лікується;

31. Чи призначаєте ви лікування при виявленні «синдрому червоного ока» та при повільних змінах зіниць з очей, зокрема у дітей?
- Так  Ні, направлено до офтальмолога
32. Чи довіряєте Ви особам першої медичної у лінійку повні проблем із зором у дітей?
- Так, завжди, яким \_\_\_\_\_;
- Ні;
33. Чи помікали Ви, що діти, які мають проблеми із зором скляні до усвідомлення?
- Так;  -Ні;  - не звертаю на це увагу.
34. Чи помічали Ви, що діти «дражняться» та ображають одиноків, які мають проблеми із зором (наприклад носять окуляри)?
- Так;  -Ні;  - не звертаю на це увагу.
35. Чи підтримуєте Ви думку про збільшення регулярної перевірки зору в дитячому віці (наприклад щорічно)?
- Так;  -Ні.
36. Чи вважаєте Ви за доцільне запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства в Україні?
- Так;  -Ні.
37. З якою періодичністю доцільно, на вашу думку перевірити зорові функції в дитячому віці?
- лише при появі скарг;
- кожні 6 місяців;
- щорічно;
- кожні 2 роки.
38. В якому віці дитини найімовірніше очікувати появу офтальмологічної патології?
- відразу після народження;
- у віці до 2-х років;
- у віці 3-6 років;
- у віці 6-15 років;
- у віці 15-17 років.
39. Чи відчуваєте Ви потребу в інформації з профілактики та лікування хвороб очей?
- Так;  Ні, не цікавиться такою інформацією;
- Все, що необхідно є в Інтернеті.
40. Чи володієте ви знаннями та вміннями щодо виявлення можливих офтальмологічних ускладнень та проявів цукрового діабету, артеріальної гіпертензії, тиреотоксикозу, тощо?
- Так;
- Ні;
- Потребую інформавання, що дозволило б оновити та доповнити знання;
- Потребую удосконалення практичних навичок.
41. Чи хотіли б Ви придбати посібник «Актуальні питання офтальмології в практиці сімейного лікаря»?
- Так, хоту ознайомитися з його змістом;
- Ні, це не цікаво для мене.
42. Яким спеціалістам-медикам, ви довірили б вигляд за функціями зору дітей в нашій країні?
- сімейному лікарю;
- лікарю педіатру/сімейному педіатру;
- спеціалісту офтальмологу, зокрема дитячому офтальмологу;
- оптометристу в оптиці;
- зр можуть перевірити медичні сестри в медичних та дитячих освітніх закладах.
43. Які питання/теми щодо нагляду за пацієнтами з офтальмологічною патологією на вашу думку, вважаються актуальними та були б цікавими для обговорення з сімейними лікарями?
- \_\_\_\_\_
44. Які майстер-класи з практичних навичок нагляду за пацієнтами з офтальмологічною патологією були б цікавими для Вас?
- \_\_\_\_\_

**Додаток Д**  
**Анкета №**

**опитування освітан дошкільної освіти щодо їх Інформованості та готовності  
взяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства**

Ваш вік та стать \_\_\_\_\_

Ваша освіта:  - середня;  - середня спеціальна;  - вища

Трудовий стаж роботи з дітьми в дошкільних освітніх закладах \_\_\_\_\_

1. Як на Вашу думку, чи повинен працівник дошкільної освіти владіти знаннями про ознаки порушення функцій зору у дітей?

- так;  - ні;  - це не повинно цікавити освітан, це медична проблема.

2. Чи є у дитячому закладі, в якому Ви працюєте, медична сестра?

- так;  - ні.

3. Чи в дошкільному обов'язі медичним персоналом дошкільного освітнього закладу, в якому Ви працюєте, проводиться профілактична просвітницька робота щодо збереження зору з дитинства?

- так;

- ні;

- категорично ні, через відсутність медичного персоналу в дошкільному освітньому закладі.

4. Чи найбільш Ви з глибокішими нормами зорового навантаження в дитячому віці?

- так;

- ні;

- мене це не цікавить.

5. Чи інформуйте Ви дітей про небезпеку виникнення хвороб і травм очей?

- так;  - ні;  - це не входить в мої обов'язки.

6. Чи інформовані Ви про найбільш поширені в дитячому віці захворювання очей?

Особисто на Ваш погляд серед них є:

Катаракта;

Кон'юнктивіт;

Алергічні захворювання очей;

Травми очей;

Астигматизм;

Язвини;

Інші захворювання.

Глаукома;

Косоокість;

Близорукість (міопія);

Далекозорість;

Синдром «сухого ока»;

Близорідіт.

7. Чи заохочуєте Ви дітей в дитячому садочку до активних ігор на свіжому повітрі?

- так;  - ні;  - це зверхню на не уяву.

8. Чи пов'язуєте Ви можливість виникнення поганого зору дитини на певну:

Симптом	Пов'язую	Не пов'язую
а) головоного болю, особливо при тривалому зоровому навантаженні		
б) вантаж присутності (підходять) блимає, щоб роздивитися деталі зображення (предмету)		
в) сповільнене читання і письмо		
г) звичай тертя обі руками		
д) сповільнене нагнітання літер, невпевненість рухів при малюванні		
е) дивок «сербитися» при мислованні/писанні, викривлення або порушення постави		

9. На Вашу думку, чи пов'язаний характер харчування дитини із ризиком виникнення проблем із зором?

- так;  - ні.

10. На Вашу думку, чи пов'язані проблеми із зором в дитячому віці із обтяженою спадковістю?

- так;  - ні.

11. Чи помітали Ви, що діти, які мають проблеми із зором схильні до усамітнення?  
 – так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.
12. Чи помітали Ви, що діти «дражняться» та ображають однокласів, які мають проблеми із зором (наприклад носять окуляри)?  
 – так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.
13. На Вашу думку, чи мають діти з видимою зору хворобами і захворює окремо від однокласів?  
 – так;  – ні.
14. Як на Вашу думку, чи має вплив недостатнє освітлення при зоровому перевантаженні збільшена на формування патології ока в дитячому віці?  
 – так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.
15. Чи підтримуєте Ви думку про доцільність регулярної перевірки зору в дитячому віці (наприклад щорічно)?  
 – так;  – ні.
16. Чи вважаєте Ви за доцільне запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору з дитинства в Україні?  
 – так;  – ні.
17. Чи довіряєте Ви засобам народної медицини у випадку появи проблем із зором у дітей?  
 – так, вважаю важко \_\_\_\_\_;  
 – ні;
18. Чи приймаєте Ви в садочки дітей із помірно вираженою, запальною та гнійною патологією з очей?  
 – так;  – ні;  – це питання не стосується моїх обов'язків?
19. З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо охорони зору, профілактики та лікування звороб очей?  
 Від сімейного лікаря;  
 Від інших лікарів;  
 Від родичів та знайомих;  
 Від колег по роботі;  
 З періодичних видань (журнал та журнали);  
 З Інтернету;  
 Не цікавиться такою інформацією
20. Як на Вашу думку, чи лікується косожість?  
 – так, можна зробити операцію, як випадок косожість;  
 – так, необхідно ретельно індивідуалізувати призначення дитячого офтальмолога (виключно очулярів, крапель, пов'язок, гімнастика для очей);  
 – так, використовують інші методи лікування \_\_\_\_\_;  
 – косожість сама проходить з віком (діти переростають);  
 – ні, косожість не лікується;  
 – в садочку дітей з косожістю не буває;
21. Чи потребуєте Ви інформаційної підтримки про причини захворювань очей, виявлення оптик і спитання про захворювання?  
 – так;  – ні;  – це не цікаво для мене.
22. Яким спеціалістам-медикам, ви довірили б нагляд за функціями зору дітей в нашій країні?  
 – сімейному лікарю;  
 – лікарю педіатру/сімейному педіатру;  
 – спеціалісту офтальмологу, зокрема дитячому офтальмологу;  
 – оптометристу в оптиці;  
 – пр перевіряють медичні сестри в дитячих освітніх закладах.

**Додаток Ж  
Анкета №**

**опитування освітніх середньої школи щодо їх інформованості та готовності  
вдяти участь у профілактичних програмах по збереженню зору з дитинства**

Ваші ім'я та прізвище \_\_\_\_\_

Ваша освіта:  - середня;  - середня спеціальна;  - вища

Трудовий етап роботи з дітьми в закладах середньої освіти \_\_\_\_\_

1. Як на Вашу думку, чи повинен працівник шкільної освіти координувати зв'язок про  
оцінку порушень функцій зору у дітей?

- так;  - ні;  - це не повинно цікавити освітан, це медична проблема.

2. Чи є у школі/закладі, в якому Ви працюєте, медична сестра?

- так;  - ні.

3. Чи є достатньому обсязі медичним персоналом школи/закладу, в якому Ви працюєте,  
проводиться профілактична просвітницька робота щодо збереження зору з дитинства?

- так;

- ні;

- категорично ні, через відсутність медичного персоналу в дитячому  
освітньому закладі.

4. Чи знайомі Ви з гігієнічними нормами здорового навантаження в дитячому віці?

- так;

- ні;

- мене це не цікавить.

5. Чи інформуйте Ви дітей про небезпесу виникнення хвороб і травм ока?

- так;  - ні;  - це не входить в мої обов'язки.

6. Чи інформовані Ви про найбільш поширені в дитячому віці захворювання очей?

Особливо на Ваш погляд серед них є:

Катаракта;

Кон'юнктивит;

Алергічні захворювання очей;

Травми ока;

Астигматизм;

Язвильні

інші захворювання \_\_\_\_\_

Глаукома;

Косинність;

Близорукість (міопія);

Далекозорість;

Синдром сухого ока;

Іридоциклит;

7. Чи запропонуєте Ви дітям в школі/закладі до активних ігор на свіжому повітрі?

- так;  - ні;  - не звертаю на це увагу.

8. Чи пов'язуєте Ви можливість впливу поганого зору дитини на певну:

Симптом	Пов'язую	Не пов'язую
а) головний біль, особливо при тривалому здоровому навантаженні		
б) звички присуватися (підходити) ближче, щоб роздивитися деталі зображення (предмету)		
в) словесно-читання і шпелю		
г) звички терти очі руками		
д) словесно-читання літер, невпевненість рухів при малюванні		
е) звички «оборбитися» при малюванні (прямі, викраплення або порушення постаті)		
є) зниження успішності через неможливість читати копіївання з дошки		

9. На Вашу думку, чи пов'язаний характер харчування дитини із ризиком виникнення проблем із зором?

- так;  – ні.

10. На Вашу думку, чи пов'язані проблеми із зором в дитячому віці із обтяженою спадковістю?

- так;  – ні.

11. Чи помічали Ви, що діти, які мають проблеми із зором схильні до усамітнення?

- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.

12. Чи помічали Ви, що діти «дражкотять» та ображають «однорічників», які мають проблеми із зором (наприклад носять окуляри)?

- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.

13. Чи мають діти з відомим зором тріскати і шкваркати окремо від однорічників?

- так;  – ні.

14. Як на Вашу думку, чи має вплив недостатнє освітлення при зоровому навантаженні збільшає на формування патологій ока в дитячому віці?

- так;  – ні;  – не звертаю на це увагу.

15. Чи підтримуєте Ви думку про доцільність регулярної перевірки зору в дитячому віці (наприклад щорічно)?

- так;  – ні.

16. Чи вважаєте Ви за доцільне запровадження державної профілактичної програми по збереженню зору в дитинстві в Україні?

- так;  – ні.

17. Чи довіряєте Ви засобом народної медицини у випадку появи проблем із зором у дітей?

- так, вкажіть який \_\_\_\_\_;  
 – ні;

18. Чи приймаєте Ви в школах/ліцей дітей із померканим, запаленим та глибоким відслезеним з очей?

- так;  – ні;  – це питання не стосується моєї області?

19. З яких джерел Ви отримуєте інформацію щодо охорони зору, профілактики та лікування хвороб очей?

- Від сімейного лікаря;  
 Від інших лікарів;  
 Від родичів та знайомих;  
 Від колег по роботі;  
 З вербальних видань (газет та журналів);  
 З Інтернету;  
 Не цікавиться такою інформацією.

20. Як на Вашу думку, чи лікується косоглядість?

- так, можна зробити операцію, яка виправляє косоглядість;  
 – так, необхідно регулярно виконувати призначення дитячого офтальмолога (включно з окулярами, кращі, заняття, гімнастика для очей);  
 – так, використовувати інші методи лікування \_\_\_\_\_;  
 – косоглядість сама проходить з віком (діти виростають);  
 – ні, косоглядість не лікується;  
 – в школах/ліцей дітей з косоглядістю не було;

21. Чи потребуєте Ви інформаційної підтримки про причини захворювань очей, симптоми та ознаки і симптоми цих захворювань?

- так  - ні  - це не цікаво для мене

22. Яким спеціалістам-медикам, ви довірили б погляд на функціями зору дітей в нашій країні?

- сімейному лікарю,
- лікарю педіатру/сімейному педіатру,
- спеціалісту офтальмологу, зокрема дитячому офтальмологу;
- оптичеству в оптиці;
- пр переважність медичної сестри в дитячому освітніх закладах.

### Додаток 3

#### Анкета

експертного опитування стосовно визначення ефективності удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні

Вельмишановний експерте!

Запрошуємо Вас взяти участь в проведенні експертної оцінки ефективності розробленої удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей, впровадження якої розпочато в Україні.

Просимо ознайомитися із представленими нижче удосконаленими та інноваційними складовими елементами системи. На запитання, які містять рангову шкалу, виставте, будь-ласка, оцінку в балах від 1 до 5 балів максимально, а в закритих питаннях оберіть відповіді «Так» або «Ні».

Просимо вказати:

ПІБ \_\_\_\_\_  
 Науковий ступінь \_\_\_\_\_  
 Вчене звання \_\_\_\_\_  
 Назва установи, де Ви працюєте \_\_\_\_\_  
 Посада \_\_\_\_\_  
 Стаж роботи за спеціальністю \_\_\_\_\_

1. На скільки актуальною, на Ваш погляд, є проблема збереження здорових зорових функцій, починаючи з дитинства в Україні?

1	2	3	4	5

2. Наскільки запропоновані автором підходи до функціонально-організаційного удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей сприятимуть розвитку охорони здоров'я в Україні в руслі її сучасного реформування з дотриманням євроінтеграційного напрямку?

1	2	3	4	5

3. На скільки ефективно, на Вашу думку, працюватиме міжсекторальна взаємодія із впровадженням скринінгу офтальмологічної патології серед дітей різного віку?

1	2	3	4	5

4. Чи доцільним є інтеграція в систему удосконалених елементів моніторингу та контролю ефективності виконання завдань програми?

Так	Ні

5. На скільки на Вашу думку запропоноване функціонально-організаційного удосконалення системи з урахуванням індивідуальних особливостей пацієнта та його родини є соціально спрямованим?

1	2	3	4	5

6. Спроможність удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей при подальшому її впровадженні знизити показники інвалідності по зору

Так, вона спроможна	Ні, не спроможна

7. Оцініть комплексність підходу, реалізованого в удосконаленій функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні.

1	2	3	4	5

8. Оцініть впровадження запропонованих удосконалених медико-організаційних профілактичних технологій раннього виявлення факторів ризику порушень зору, офтальмологічних хвороб у дітей та підлітків.

1	2	3	4	5

9. Яким, на Вашу думку, є вплив впровадження удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей на підвищення професійно-освітнього рівня лікарів, які надають допомогу дітям в амбулаторно-поліклінічних умовах?

1	2	3	4	5

10. Загальна оцінка значущості удосконаленої функціонально-організаційної моделі системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в Україні (за 5-бальною шкалою).

1	2	3	4	5

Надайте будь-ласка свої пропозиції щодо подальшого впровадження представленої удосконаленої моделі в Україні (за наявності)

---

Щиро дякуємо за участь!

## Додаток К-1

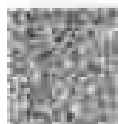


КИЇВСЬКА ОБЛАСТВА ДЕРЖАВНА АДМІНІСТРАЦІЯ  
КИЇВСЬКА ОБЛАСТВА ВІДСЬКОВА АДМІНІСТРАЦІЯ  
ДЕПАРТАМЕНТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

вул. Олександрівська, 45, м. Київ, 01010, тел. (044) 484 11 17  
e-mail: osh@oh.gov.ua, osh@oh.gov.ua, osh@oh.gov.ua

## ДОНЦЬКА

Результати та матеріали наукових досліджень Донської ДІІ, як стандартні, так і спеціальні науково-дослідні роботи, виконані в НУОЗ імені П.Д.Шурика на тему «Вивчення впливу високої інтенсивності звуку, зокрема, на професійних рефракційних, оптичних, інструментальних і тривимірних записувачів звуку з метою їх клініко-експериментального об'єктування». На державній реєстрації 0120U105324, термін дії: 2020 – 2025 рр., члени робочої групи з підготовки Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та аномалії міопія, гіперметропія, астигматизм, амбліопія, пресбіопія, порушення аккомодції, дальнозоркість, короткозорість, контактна корекція зору» та Активаційної клінічної настанови, засновані на даних «Порушення рефракції та астигматизм» (інтерактивний наказ МОЗ України від 08.12.2015 р. № 827), члени робочої групи з підготовки Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (спеціалізованої) медичної допомоги «Катаракта» та Активаційної клінічної настанови, засновані на даних «Катаракта» (інтерактивний наказ МОЗ України від 28.01.2016 р. № 49), члени робочої групи з підготовки Стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайма» та Клінічної настанови, засновані на даних «Хвороба Лайма» (інтерактивний наказ МОЗ України від 21.09.2024 р. № 1823) територіального Департаменту охорони здоров'я Київської області державної адміністрації для роботи та об'єктування дослідної продукції до клініки Київської області



Державна адміністрація Київської області  
Департамент охорони здоров'я  
вул. Олександрівська, 45, м. Київ, 01010  
тел. (044) 484 11 17  
e-mail: osh@oh.gov.ua, osh@oh.gov.ua, osh@oh.gov.ua

програми "Здоров'я Кабачини" на 2024 - 2025 роки, затвердженій рішенням Кабінету обласної ради від 07 грудня 2023 року № 762-32-VIII. Служба Державної статистики зобов'язана докласти зусилля для реалізації завдань програми в частині рекламної матеріальної підтримки в обсягах, зображених організаційною схемою в дод. 1.

Директор

*Мещ*

Людмила КИРИЛІЧЕНКО

## Додаток К-2



“Інтермедіум”  
КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ  
ПІДПРИЄМСТВО “ЦЕНТР ПЕРШОЇ  
МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ  
КОРИСЬКОЇСЬКОГО РАЙОНУ”

Адреса: \_\_\_\_\_ Фундація АІАРОВ

2024 р.

### АКТ ВИРОБАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. **Назва пропозиції:** «Удосконалена система міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування салу здоров'я України»

2. **Адреса, що його розробив, повна адреса:** Національний інститут здоров'я підприємного салу здоров'я ІЛІ, Шумська, 04112, м. Київ, вул. Дарницька, 9.

3. **Джерела інформації:**

3.1. Наукові статті: Демченко Л.І. Аналіз національної картини та ресурсного забезпечення системи офтальмологічної допомоги населенню України. Статистика медицини, фармации та косметології здоров'я. 2023. № 5-6(14-15). С. 20-24; Мельничук І.В., Демченко Л.І. Становлення лікарів первинного контакту до професійного розвитку функції здоров'я у дітей. *Acta Medica Leopoldina*. 2021; № 7-4. С. 64-71; Демченко Л.І. Фінансування регіональних необхідностей ресурсного та кадрового забезпечення системи офтальмологічної допомоги в Україні. *Українське здоров'я*. 2024; № 1. С. 103-103; Демченко Л.І., Мельничук І.В. Фактори ризику розвитку розладів здоров'я функції в дитинстві та їх вплив на організаційну структуру здоров'я. 2024; № 1. С. 75-80.

3.2. Методичні рекомендації «Удосконалена система міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування салу здоров'я України» (автор Демченко Л.І.). – Київ, 2021. – 36 с.

4. **Де виробляється:** КОМУНАЛЬНЕ НЕКОМЕРЦІЙНЕ ПІДПРИЄМСТВО «ЦЕНТР ПЕРШОЇ МЕДИКО-САНИТАРНОЇ ДОПОМОГИ КОРИСЬКОЇСЬКОГО РАЙОНУ» (44146863).

5. **Термін виробдження:** з початку 2024 р. – до кінця 2025 р.

6. **Ефективність виробдження:** Підвищення рівня міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування салу здоров'я України.

7. **Науковість та пропозиції:** Збалансовані – відсутні. Рекомендувати до виробдження в роботу МОЗ міжсекторальної України.

Підготуваний та виробджений –  
Директор, Іван І.



Олександр АІАРОВ

## Додаток К-3



**АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ**  
**результатів наукових досліджень.**

1. Назва проєкції: «Удосконалення системи масової охорони здоров'я та збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування служби охорони здоров'я України».

2. Завдання, що його розробили, повністю адреса: Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупенка, 04112, м. Київ, вул. Дарницька, 9.

3. Джерела інформації:

3.1. Наукові статті: Данисюк Л.І. Аналіз тенденцій кадрового та ресурсного забезпечення надання офтальмологічної допомоги населенню України. *Сучасна медицина: фундація на академічному здоров'я* 2023, № 3-6(14-15), С. 20-24; Мельничук Н.В., Данисюк Л.І. Статистика лікарів первинного контакту до профілактики порушень функцій зору у дітей. *Acta Medica Leopoldina* 2021, № 3-4 С. 84-97; Данисюк Л.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання офтальмологічної допомоги в Україні. *Україна: Здоров'я нації* 2024, № 1, С. 109-103; Данисюк Л.І., Мельничук Н.В. Фактори ризику розвитку розладів зорових функцій в дитячому віці. *Медичні дослідження: стан та перспективи розвитку здоров'я* 2024, № 1, С. 75-80.

3.2. Методичні рекомендації «Удосконалення системи масової охорони здоров'я та збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування служби охорони здоров'я України» (автор: Данисюк Л.І.). – Київ, 2021. – 36 с.

4. Де впроваджено: в роботу

5. Термін впровадження: з початку 2024 р. – грудень 2023 р.

6. Ефективність впровадження: Підвищення рівня між- та професійної та особливостей надання медичної допомоги первинному контакту здоров'я та доякісним консультуванням з аналізом в прямих вказівках.

7. Завдання та проєкції: Рекомендації до впровадження в роботу ЗОЗ між- та доякісним консультуванням в Україні.

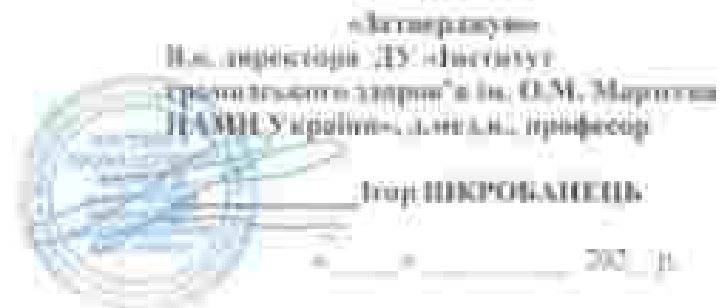
Відповідальний за впровадження:

Директор

Олена ЮШАК



## Додаток К-5



**АКТ ВІДРОДАЖЕННЯ**  
 результату наукових досліджень

1. Назва проєкту/під: «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження інтелектуального капіталу дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України»

2. Автори, які його розробили, включили до акту: Підприємство медичних досліджень обласної лікарні ім. П.П. Шухевича, 04132, м. Київ, вул. Дружби народів, 9.

3. Дієвість інформації:

3.1. Науковий стаття Деміхова Д.І. Аналіз інформаційних наданостей та ресурсів забезпечення психічного функціонування дитини в Україні. *Сучасні медичні дослідження та інноваційні лікування*, 2023, № 3: 6(4)-18, С. 20-24. Мельничук І.В., Деміхова Д.І. Сучасні методи оцінювання психічного та професійного здоров'я функцій здоров'я дітей. *Актуальні Медичні Інновації*, 2023, № 3-4, С. 34-40. Деміхова Д.І. Формування регіональної особливості ресурсів та надання забезпечення психічного функціонування дитини в Україні. *Україна: Вісник*, 2024, № 1, С. 106-103. Деміхова Д.І., Мельничук І.В. Фактори ризику розвитку ретардації здоров'я функцій в дитинстві: вісник спеціальної освіти та професійної охорони здоров'я, 2024, № 1, С. 73-80.

3.2. Методичні рекомендації «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження інтелектуального капіталу дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України» (автор, Деміхова Д.І.) – Київ, 2024, – 36 с.

4. Де виконали/вона: у роботі ДУ «Інститут громадського здоров'я ім. О.М. Маршала НАМНУ».

5. Термін виконали/вона: з січня 2024 р. – грудень 2024 р.

6. Ефективність виконали/вона: Підприємство медичних досліджень обласної лікарні ім. П.П. Шухевича, м. Київ, вул. Дружби народів, 9. Ефективність виконали/вона: Підприємство медичних досліджень обласної лікарні ім. П.П. Шухевича, м. Київ, вул. Дружби народів, 9.

7. Зауваження та пропозиції: Рекомендації до виконали/вона в роботі ДУЗ м.ст. м. Києва України.

Відповідальний за виконали/вона: заступник науково-координаційного відділу, к. мед. н. Ольга РYДІЩІВКА (0447-513-71) 36

## Додаток К-6



**АКТ впровадження  
результатів наукових досліджень**

1. Назва проєкту: «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я».

2. Заснов. см. Бюро розробки, поштова адреса: Національний університет охорони здоров'я України ім. І.Л. Шумка, 04112, м. Київ, вул. Демітовська, 9.

3. Детальніша інформація:

1) Наукові статті: Демітов І.Л. аніміз тенденцій кадрового та ресурсного забезпечення педіатричної офтальмологічної допомоги педіатричною Україною. Сучасні методи формування та покращення здоров'я 2022. №5-6 (14-15). С. 20-24; Мельничук І.В., Демітов І.Л. Стратегія лікарів первинного контакту до профілактики порушень функцій зору у дітей. Acta Medica Leopoldina. 2021. №3-4. С. 84-93; Демітов І.Л. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення педіатричної офтальмологічної допомоги в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2024. №1. С. 100-101; Демітов І.Л., Мельничук І.В. Фактори ризику ретинки розладів зорових функцій в дитячому віці. Вісник соціальної сімейної та організаційної охорони здоров'я - 2024. №1. С. 75-80.

2) Методичні рекомендації «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я, умовах реформування галузі охорони здоров'я України» (Демітов І.Л.) – Київ, 2021 – 36с.

4. Де впроваджено в роботу й акцідії.

5. Термін впровадження: січень 2024р. – грудень 2024р.

6. Ефективність впровадження: Підвищення педіатричної допомоги із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України.

7. Зауваження та пропозиції: Рекомендують до впровадження в роботу МОЗ ім. І.Л. Шумка України.

Медицинський директор (з відповідної частини):

Світлана ПУСЯК



## Додаток К-8



### АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ результатів наукових досліджень

1. Назва проєкту: «Удосконалення системи управління якістю в бізнесі та офісних організаціях зокрема в умовах реформування галузі охорони здоров'я України»

2. Застає про його розробку, виконавці: Інститут менеджменту та економіки підприємств імені Г.С. Шустера, 04112, м. Київ, вул. Дружби України, 9.

#### 3. Джерела інформації:

3.1. Наукові статті: Дашков І.І. Аналіз впливу кадрового та ресурсного забезпечення на якість офісних організацій підприємств України. Сучасні тенденції управління та економіки здоров'я. 2023. № 2-6(14-15). С. 20-24. Мельничук І.В., Дашков І.І. Стратегія підготовки персоналу до професійних виконаних функцій мережі у діалогі. Acta Mathematica Ljubljana 2021. № 1-4. С. 64-97; Дашков І.І. Формування організаційної культури підприємств та кадрового забезпечення якості офісних організацій підприємств в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2024. № 1. С. 106-109; Дашков І.І., Мельничук І.В. Фінанси розвитку регіональної мережі функцій в державному секторі. Вісник економічної науки про організаційну науку здоров'я. 2024. № 1. С. 73-80.

3.2. Методичні рекомендації «Удосконалення системи управління якістю в бізнесі та офісних організаціях зокрема в умовах реформування галузі охорони здоров'я України» (автор: Дашков І.І.). - Київ, 2021, - 26 с.

4. Де впроваджуємо: у робіт спеціалізованого відділення клінічного інституту ІННОВАЦІЙНИЙ ЦЕНТР НАЦІОНАЛЬНОГО ПІДВИЩЕННЯ ЯКОСТІ

5. Термін впровадження: з травня 2024 р. по травень 2024 р.

6. Ефективність впровадження: Підвищення рівня знань у професійній та соціальній сфері медичної допомоги в професійному середовищі лікарів та медичного персоналу лікарств.

7. Зумовлено та примовано: Реалізація та впровадження в роботу МОЗ між міністерствами України.

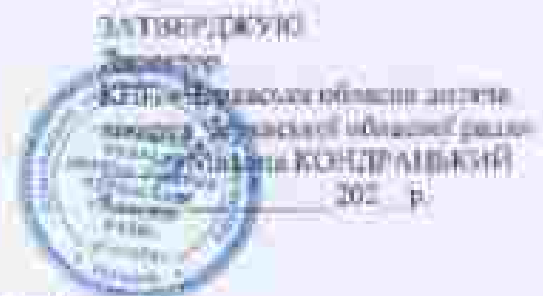
Підписаною та проведеною

Дашков І.І. (підпис)

відділення клінічного інституту

Ігор Костурин

## Додаток К-9



### АКТ проведення результатів наукових досліджень

1. Назва проєкту/під: «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереженням офіційно-медицинського контролю дітей в умовах реформування галузі опікунського захорону».

2. Завода: цю роботу розробив, підготував адреса: Національний університет опікунського захорону в Україні ім. П.Л. Шухевича, 04112 м. Київ, вул. Дарницька, 9.

3. Директор інформації:

1) Науковий статті: Демішин І.І. Аналіз теоретичні складові та ресурсного забезпечення питання офіційно-медицинської допомоги населенню України. Сучасні медичні фарми та спеціалізовані центри. 2023. №- 8(1415). С. 20-24; Мельничук І.І., Демішин І.І. Становлять підходи первинного контролю до професійного контролю функції юрис Удінет. Acta Medica Leopoldina, 2021, №3-4 С. 84-97; Демішин І.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення питання офіційно-медицинської допомоги в Україні. Україна. Запорізький нац. ун-т. 2024. №1 С. 100-101; Демішин І.І., Мельничук І.І. Фактори ризику розвитку ризику опікунського захорону в дитинстві. Вісник спеціалізованої школи та професійної опікунського захорону. 2024. №1 С. 75-80.

2) Методичні рекомендації «Удосконалення системи міжсекторальної взаємодії із збереженням офіційно-медицинського контролю дітей в умовах реформування галузі опікунського захорону в Україні» (Демішин І.І.) - Київ, 2024 - 36с.

4. По впровадженню в роботу, в наказі.

5. Термін впровадження: січень 2024р. - грудень 2025р.

6. Відповідальні впровадження: Підприємство: питання медичної допомоги та збереження офіційно-медицинського контролю дітей в умовах реформування галузі опікунського захорону в Україні.

7. Завдання та пріоритеті: Розробити та впровадити в роботу МЗ міжсекторальної взаємодії.

Національний директор

Ігор БАССАРЬ

## Додаток К-10



## МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

вул. М.Грушевського, 7, м. Київ, 01605, тел. (044) 253-41-01, Електронний поштовий адрес: [mozs@ukr.net](mailto:mozs@ukr.net), [info@mozs.gov.ua](mailto:info@mozs.gov.ua), [svetovid@mozs.gov.ua](mailto:svetovid@mozs.gov.ua)

Київ, \_\_\_\_\_ 20\_\_ р. № \_\_\_\_\_

№ \_\_\_\_\_ від \_\_\_\_\_ 20\_\_ р.

**Київська міська  
інфекційно-паразитична лікарня  
«Центр мікробіурії в очі»  
пр. Лобозирівська, 3,  
м. Київ, 03126**

Департаментом медичних послуг Міністерства охорони здоров'я України встановлено оприлюднено лист Київської міської інфекційно-паразитичної лікарні «Центр мікробіурії в очі» від 19 березня 2023 року № 140 та повідомляє.

Доктор мед. наук Ігорина, лікар-офтальмолог, брала участь у розробці Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Порушення рефракції та аномалії візії: гіперметропія, астигматизм, міопія, пресбіопія, порушення аккомодативної функції, кератокonus, контактна корекція зору», затвердженого наказом МОЗ від 08 грудня 2015 № 827, Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Катаракта», затвердженого наказом МОЗ від 28 січня 2016 року № 49 «Про затвердження та акредитацію медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги при катаракті» та Стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайбма», затвердженого наказом МОЗ від 21 вересня 2024 року № 1623 «Про затвердження Стандарту медичної допомоги «Хвороба Лайбма». Результати та матеріали наукових досліджень Доктором П.І. на тему: «Хвороба Лайбма: нові методи діагностики, лікування та профілактики рефракційних, запальних, дистрофічних і травматичних захворювань органу зору та їх клініко-експериментальне «обрунтування» (Державна реєстрація №0120U/105324) використовувались у розробці нормативно-правових актів спрямованих на удосконалення надання медичної допомоги хворим її захворюванням органу зору.

Додаток: на 130 арк. (накази МОЗ від 08 грудня 2015 № 827, від 28 січня 2016 року № 49, від 21 вересня 2024 року № 1623, шіфрени належним чином).

**В.в. директора Департаменту  
медичних послуг:**

**Світлана ГОЙЧАР**



Міністерство охорони здоров'я України  
Департамент медичних послуг  
вул. М. Грушевського, 7, м. Київ, 01605  
Тел. (044) 253-41-01, Електронний поштовий адрес: [mozs@ukr.net](mailto:mozs@ukr.net), [info@mozs.gov.ua](mailto:info@mozs.gov.ua), [svetovid@mozs.gov.ua](mailto:svetovid@mozs.gov.ua)

Код документа: 0120U/105324  
25.09.2024 10:25:44 21.03.2025





вирокладення результатів наукової діяльності.

1. **Назва проєкції:** «Уніфікована система міністерської клінічної із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я».

2. **Завдання, що його розробляв, виконав карес:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупіка, 04112, м. Київ, вул. Державинська, 9.

3. **Джерела інформації:**

1) **Наукові статті:** Денисенко Л.І. Аналіз тенденцій захворюваності та розповсюдження захворювань нападів офтальмологічної дисципліни дисципліно Українці. Сучасні методи фармації та педіатрії здоров'я 2023, № 5 — 6 (14 - 15). С. 20 - 24; Мельничук І.В., Денисенко Л.І. Статистичні підходи первинного скринінгу до профілактики порушень функції зору у дітей. ActaMedica Ucrainica 2021, № 3 - 4. С. 84 - 97; Денисенко Л.І. Формування регіональних особливостей ресурсного та кадрового забезпечення надання офтальмологічного догляду в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2024, № 1. С. 100 — 103; Денисенко Л.І., Медведюк Н.В. Фактори ризику розвитку ретинопатії здоров'я функції в дитячому віці. Вісник соціальної психології та організації охорони здоров'я. 2024, № 3. С. 75 - 80.

2) **Методичні рекомендації:** «Уніфікована система міністерської клінічної із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України (Денисенко Л.І.). — Київ, 2021 — 36 с.

4. **Де впроваджено в роботу:** в закладі.

5. **Период впровадження:** січень 2024 р. — грудень 2025 р.

6. **Ефективність впровадження:** Підвищення надання медичної допомоги із збереження офтальмологічного здоров'я дітей в умовах реформування галузі охорони здоров'я України.

7. **Зустрічались із проблемою:** Рекомендуювати до впровадження в роботу 303 мет метаболізація України.

В.о. методичного директора

Оксана ЛІТВИНА