

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

КОРОБКО МИХАЙЛО ЮРІЙОВИЧ

УДК: 614.2/.3:616.31-08-053.2:613.95/.96(043.3/.5)

ДИСЕРТАЦІЯ

**МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗМІЦНЕННЯ
СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО
НАСЕЛЕННЯ**

22 Охорона здоров'я

229 Громадське здоров'я

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

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

_____ М. Ю. Коробко

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник – **Крячкова Лілія Вікторівна**, доктор медичних наук,
професор

Дніпро – 2025

АНОТАЦІЯ

Коробко М. Ю. Медико-соціальне обґрунтування моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення. – Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії за направленням 22 – Охорона здоров'я, 229 – Громадське здоров'я. – Дніпровський державний медичний університет, Дніпро, 2025.

Дисертаційну роботу виконано на кафедрі соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (ДДМУ).

Стоматологічне громадське здоров'я дитячого населення є актуальною медико-соціальною проблемою через високу поширеність захворювань порожнини рота серед дітей і підлітків та їхні негативні наслідки: погіршення якості життя (ЯЖ), підвищений ризик розвитку неінфекційних захворювань (НІЗ) через спільні чинники ризику, соціально-економічну нерівність у доступі до стоматологічної допомоги та значне фінансове навантаження на сім'ї і систему охорони здоров'я (ОЗ).

Попри прийняття Глобальної хартії громадського здоров'я (2019), яка передбачає інтеграцію стоматологічного громадського здоров'я у загальну систему громадського здоров'я (ГЗ), рекомендації Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), у багатьох країнах, зокрема й в Україні, цей напрям залишається недостатньо розвиненим. Наукове обґрунтування концепції стоматологічного громадського здоров'я та системний аналіз здоров'язберігаючих підходів з позицій доказової профілактики у контексті формування окремого сектору громадського здоров'я в Україні не проводилися, що і обумовило актуальність цього дослідження.

Мета дослідження: медико-соціальне обґрунтування моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення на підставі

комплексного аналізу його стану, факторів ризику, організації стоматологічної допомоги, якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, та визначення ключових стейкхолдерів і напрямів їх міжсекторальної співпраці.

Робота проводилася у шість етапів та включала: 1) аналітичний огляд наукових розробок; 2) вибір напрямку, мети та завдань дослідження, формування програми; 3) оцінку стану стоматологічного здоров'я дітей – захворюваності на карієс, його поширеності, глобального тягара хвороб (ГТХ) в роках життя з поправкою на інвалідність (Disability-adjusted life years, DALY) за даними Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) та ВООЗ, організації стоматологічного обслуговування дитячого населення за показниками галузевої звітності за 2018–2000 рр.; 4) дослідження детермінант стоматологічного здоров'я дітей на підставі опитування 62 ключових (найбільш обізнаних) респондентів, даних ВООЗ та обстежень Державної служби статистики України (Держстату) щодо доступності медичної допомоги; 5) оцінку якості життя дітей, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота (ЯЖ ЗПР), серед 236 дітей старших 6 років за попередньо валідизованою українською версією Child Oral Health Impact Profile - Short Form (COHIP-SF 19 UA); 6) обґрунтування на підставі попередніх результатів й експертного оцінювання (15 експертів з високим рівнем компетентності, більше ніж 0,85) та подальшого мапування стейкхолдерів, моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення та оцінку її ефективності.

Застосовувалися такі методи дослідження: системний підхід і аналіз – для комплексної оцінки об'єкту і предмету дослідження; бібліосемантичний – для аналізу світового і вітчизняного досвіду та наукових розробок; епідеміологічний – для вивчення показників стоматологічного здоров'я дітей; соціологічний – для визначення тенденцій щодо стану і змін стоматологічного здоров'я дитячого населення, чинників, що на нього впливають; оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота – для валідизації та використання COHIP-SF 19 UA на українській вибірці дітей і підлітків; аналіз зацікавлених сторін (мапування стейкхолдерів) – для ідентифікації, класифікації та оцінки впливу стейкхолдерів

на забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення; концептуального моделювання – для розробки моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення; експертних оцінок – для визначення перспектив внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва стейкхолдерів, оцінки ефективності запропонованої моделі; медико-статистичний – для обробки й аналізу отриманих під час дослідження первинних та вторинних даних.

В результаті дослідження було визначено, що показники основних захворювань порожнини рота у дітей в Україні статистично суттєво не відрізняються від подібних у Східній Європі, проте порівняно із Західною Європою, відзначається суттєво вищий рівень захворюваності (на 64,5 %, $p < 0,05$) та поширеності (на 48,9 %, $p < 0,05$) карієсу тимчасових зубів. Карієс тимчасових зубів також має значний глобальний тягар захворювання – 8,57 DALY на 100 тис. населення до 20 років, який перевищує світовий та західноєвропейський рівні. Проте поширеність нелікованого карієсу тимчасових зубів у дітей 1-9 років в Україні у 2019 році була вище середньосвітового значення на 41,9 %.

Поширеність та захворюваність на карієс постійних зубів в українських дітей суттєво не відрізняється від відповідних показників у Західній Європі.

Аналіз організації стоматологічного обслуговування дитячого населення в Україні за даними галузевої статистики (2018–2022 рр.) виявив негативні тенденції у кадровому забезпеченні (забезпеченість лікарями-стоматологами зменшилася на 27,3 %; $p < 0,001$), доступності та обсягах стоматологічних послуг (частка дітей, які потребують санації, збільшилася з 48,7 % до 60,8 %, а кількість санованих дітей зменшилася на 80,7 %; $p < 0,001$).

Зменшення обсягів планової профілактичної роботи у державних закладах охорони здоров'я (ЗОЗ) призвело до збільшення обсягів спеціалізованих стоматологічних послуг (зростання частки ускладненого карієсу серед пролікованих зубів з 22,1 % до 25,9 %) та збільшення обсягів стоматологічних

послуг у приватних клініках, де кількість санованих дітей зросла на 12,8% ($p < 0,05$).

Опитування ключових респондентів – фахівців, які мають достатній рівень інформованості щодо стоматологічного громадського здоров'я (коефіцієнти інформованості більше 0,7), показало, що за останні 5 - 10 років спостерігається погіршення стану стоматологічного здоров'я дітей (64,5 % опитаних). При цьому кількість звернень за лікувальною стоматологічною допомогою, на думку респондентів, переважно збільшилася (58,1 % опитаних), тоді як за профілактичною – переважно зменшилася (54,8 %). При цьому лише виникнення певних проблем зі стоматологічним статусом дітей великою мірою є поштовхом для подальших профілактичних візитів до стоматолога ($r_s = 0,70$; $p < 0,001$).

Серед факторів, які впливають на стоматологічне здоров'я дітей (оцінка проводилася згідно з переліком, що використовується експертами ВООЗ), за результатами факторного аналізу, було виділено п'ять основних детермінант, що впливають на формування здоров'я ротової порожнини дитячого населення в сучасних умовах: медико-біологічні характеристики дитини (17,5 %), характеристики родини та спосіб її життя (16,4 %), охорона стоматологічного здоров'я (15,3 %), соціально-економічні детермінанти (13,8 %) та екологічні чинники (12,1 %), які разом визначають 75,1 % загальної дисперсії.

Серед основних соціально-економічних чинників ризику: низькі, в 2,6 разів ($p < 0,001$) менші державні витрати на стоматологічне обслуговування порівняно із середньосвітовим значенням (1,41 \$ США на рік в Україні проти середньосвітових 54,92 \$ США), вживання рафінованого цукру ($r = 0,31$; $p = 0,027$), висока вартість стоматологічних послуг – 98 % домогосподарств з дітьми (за даними Держстату, 2020) вказали на фінансову недоступність стоматологічної допомоги, що особливо відчувається у багатодітних та неповних сім'ях. Було визначено, що збільшення обсягу державного фінансування амбулаторних стоматологічних послуг до 200 \$ США на 1 особу на рік матиме суттєвий вплив на зменшення поширеності нелікованого карієсу тимчасових зубів у дітей 1-9 років, оскільки обумовлює 20,8 % варіабельності захворювання.

Проведене дослідження підтвердило високу внутрішню узгодженість опитувальника COHIP-SF 19 UK (альфа Кронбаха для загального балу $\alpha=0,89$, для окремих субшкал $\alpha>0,7$). Факторний аналіз підтвердив відповідність опитувальника теоретичній моделі, а 3-факторне рішення пояснило 65,5 % дисперсії даних. Дослідження виявило статистично значущі кореляції між оцінками якості життя за COHIP-SF 19 UK та результатами обстеження у стоматолога ($p<0,05$), що свідчить про високу дискримінантну валідність інструменту. ROC-аналіз показав хороші діагностичні характеристики COHIP-SF 19 UK, зокрема чутливість 80,1 %, специфічність 71,1 %, площу під ROC-кривою $AUC=0,722$ (95 % ДІ 0,661 - 0,779). Отримані результати при валідації та апробації опитувальника дозволяють стверджувати, що COHIP-SF 19 UK є надійним інструментом оцінки ЯЖ ЗПР серед українських дітей від 6 років та може використовуватися у популяційних дослідженнях для потреб стоматологічного громадського здоров'я.

За результатами дослідження із застосуванням COHIP-SF 19 UK було визначено, що загальна оцінка якості життя дітей, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, склала 60,0 (95 % ДІ: 58,0–61,0) бала при максимумі 76; стан здоров'я ротової порожнини – 14,0 (95 % ДІ: 13,0–15,0) бала при максимумі 20; функціональне благополуччя – 14,0 (95 % ДІ: 14,0–15,0) бала при максимумі 16; соціально-емоційне благополуччя – 32,0 (95 % ДІ: 31,0–32,0) бала при максимумі 40. Не було виявлено розбіжностей в оцінках ЯЖ ЗПР дітей за статтю, віком, освітою батьків, частотою відвідувань стоматолога і чищення зубів, застосуванням зубної пасти з фтором ($p>0,05$). Були визначені статистично значущі розбіжності щодо вищої оцінки загальної ЯЖ ЗПР серед мешканців міста порівняно із сільськими жителями ($p<0,05$), що є додатковим свідчення наявності соціальної нерівності стоматологічного громадського здоров'я серед дитячого населення та низької доступності стоматологічних послуг для сільських мешканців.

Дослідження засвідчило, що стоматологічні проблеми суттєво впливають на якість життя дітей та молоді: визначено значущий кореляційний зв'язок між

показниками CONIP-SF 19 UK, самооцінкою здоров'я ротової порожнини та загальною якістю життя ($r_s=0,30$; $p<0,001$).

Перспективи внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва у процесі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення були проаналізовані під час опитування, за спеціально розробленою програмою, 15 експертів з високими (більше за 0,85) рівнем компетентності. За результатами їх оцінок, проводилося мапування стейкхолдерів – візуалізація на двовимірній моделі «влада – інтерес» різних зацікавлених груп. Графічний аналіз дозволив ідентифікувати ключових стейкхолдерів та визначити їх ролі в системі стоматологічного громадського здоров'я. До ключових стейкхолдерів різного рівня були віднесені: родини та громади, заклади освіти, органи управління охороною здоров'я та ЗОЗ, заклади громадського здоров'я й окремі фахівці – сімейні лікарі та дитячі стоматологи.

До стейкхолдерів, які, згідно з експертною оцінкою, мають високий рівень влади щодо питань стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, але низький рівень інтересу до них, віднесено міжнародні проєкти, бізнес-сферу та електронну систему охорони здоров'я (e-Health). Такі стейкхолдери можуть чинити спротив змінам, що обумовлює необхідність врахування їхнього впливу та залучення їх до співпраці.

До основних функцій стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні експертами були віднесені: вплив на фактори ризику стоматологічного здоров'я – підтримали 93,3 % (95 % ДІ 80,7 - 100,0 %) експертів, міжсекторальна взаємодія (86,7 %; 95 % ДІ 69,5 - 100,0 %) та сприяння відповідним ініціативам на місцевому рівні (93,3 %; 95 % ДІ 80,7 - 100,0 %). Одностайність думок експертів підтверджувалася внутрішньокласовим коефіцієнтом кореляції (Intraclass Correlation Coefficient – ICC=0,93; 95 % ДІ 0,85 - 0,97).

Експерти підтвердили високу важливість усіх компетентностей у сфері стоматологічного громадського здоров'я, визначених Американською стоматологічною асоціацією. До них належать: розробка систем моніторингу

здоров'я порожнини рота дітей та визначення його факторів ризику, застосування доказової стоматології та профілактики, ефективна комунікація у сфері стоматологічного громадського здоров'я, оцінка систем надання допомоги, управління співпрацею, етичне прийняття рішень, підтримка політик зміцнення стоматологічного здоров'я дітей та інші (ICC=0,93; 95 % ДІ 0,85 - 0,97). Однак вони відзначили різний рівень пріоритетності цих компетентностей для України через відсутність профільних фахівців із профілактичної стоматології та стоматологічного громадського здоров'я.

На основі проведеного комплексного медико-соціального дослідження було розроблено концептуальну модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, що складається з чотирьох основних блоків. Два з них охоплюють послуги (захист/протекція, профілактика та промоція) та функції (управління, адвокація/захист інтересів, потенціал та інформація). Третій блок, визначений у ході дослідження, містить перелік основних стейкхолдерів, а четвертий – ключові компетентності зі стоматологічного громадського здоров'я (підтримка та розвиток політики, управління і координація, моніторинг та оцінка, науково обґрунтоване стоматологічне ГЗ).

Впровадження запропонованої моделі в державну політику та практику охорони здоров'я може сприяти: зміцненню здоров'я ротової порожнини дітей через раннє виявлення стоматологічних проблем та їхню профілактику; підвищенню доступності стоматологічної допомоги; зростанню рівня стоматологічної гігієнічної культури серед населення; покращенню обізнаності щодо стоматологічного громадського здоров'я серед професіоналів галузі; поліпшенню міжсекторальної співпраці; забезпеченню сталого розвитку та еволюції системи стоматологічного громадського здоров'я в Україні. Сукупний вплив цієї моделі на детермінанти стоматологічного здоров'я та організацію стоматологічного обслуговування дітей дозволяє комплексно покращити стан стоматологічного здоров'я дитячого населення та якість життя дітей, пов'язану

зі здоров'ям порожнини рота, а створенню умов для розвитку стоматологічного громадського здоров'я як окремого напрямку наукової та професійної діяльності.

Оцінка ефективності запропонованої моделі проводилася за результатами її впровадження у 2023 – 2024 рр. на науковій базі дослідження та під час експертної оцінки за спеціально розробленими картами, яка показала високу узгодженість думок експертів щодо її потенціалу та прогнозованої результативності (ICC=0,91; 95 % ДІ 0,84 - 0,97) щодо підвищення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота на 26,3 % (95 % ДІ 21,7 - 33,0).

***Ключові слова:** громадське здоров'я, стоматологічне громадське здоров'я, діти, тимчасові та постійні зуби, огляд, рівень гігієни, карієс, поширеність, епідеміологія, роки життя з поправкою на інвалідність, соціологічне дослідження, опитування, фактори ризику, соціально-економічні детермінанти, поведінка, якість життя, стейкхолдери, експертні оцінки, профілактика, організація медичних послуг, стоматологічна допомога, лікарі-стоматологи, забезпеченість стоматологами, компетентність, доступність стоматологічної допомоги, законодавство, державна політика, концептуальна модель.*

ANNOTATION

Korobko M. Yu. Medical and social justification of the model of strengthening dental public health of the children's population. – Qualification scientific work in the form of a manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of 22 – Health Care, 229 – Public Health. – Dnipro State Medical University, Dnipro, 2025.

The dissertation work was completed at the Department of Social Medicine, Public Health and Healthcare Management of the Dnipro State Medical University (DSMU).

Dental public health of the pediatric population is a pressing medical and social problem due to the high prevalence of oral diseases among children and adolescents and their negative consequences: deterioration in the quality of life (QOL), increased risk of developing noncommunicable diseases (NCDs) due to common risk factors, socio-economic inequality in access to dental care, and significant financial burden on families and the healthcare system (HS).

Despite the adoption of the Global Charter for Public Health (2019), which provides for the integration of dental public health into the general public health (PH) system, and the recommendations of the World Health Organization (WHO), in many countries, including Ukraine, this area remains underdeveloped. Scientific substantiation of the concept of dental public health and systematic analysis of health-preserving approaches from the standpoint of evidence-based prevention in the context of the formation of a separate public health sector in Ukraine have not been conducted, which determined the relevance of this study.

Purpose of the study: medical and social justification of the model for strengthening the dental public health of the child population based on a comprehensive analysis of its condition, risk factors, organization of dental care, quality of life related to oral health, and identification of key stakeholders and areas of their inter-sectoral cooperation.

The work was carried out in six stages and included: 1) an analytical review of scientific developments; 2) choosing the direction, goals and objectives of the research, and developing the program; 3) assessing the state of dental health of children - caries incidence, prevalence, global burden of disease (GBD) in disability-adjusted life years (DALY) according to data from the Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) and WHO, organization of dental services for the children's population according to industry reporting indicators for 2018–2000; 4) research on the determinants of children's dental health based on a survey of 62 key (most knowledgeable) respondents, WHO data, and surveys of the State Statistics Service of Ukraine (State Statistics Service) on the availability of medical care; 5) assessment of children's oral health-related quality of life (OHQOL) among 236 children over 6 years of age using the pre-validated Ukrainian version of the Child Oral Health Impact Profile - Short Form (COHIP-SF 19 UA); 6) justification based on preliminary results and expert assessment (15 experts with a high level of competence, more than 0.85) and further stakeholder mapping, a model for strengthening dental public health of the child population and assessment of its effectiveness.

The following research methods were used: systemic approach and analysis - for a comprehensive assessment of the object and subject of the study; bibliosemantic - for the analysis of global and domestic experience and scientific developments; epidemiological - for the study of indicators of dental health of children; sociological - for the determination of trends in the state and changes in the dental health of the child population, factors influencing it; assessment of the quality of life associated with oral health - for the validation and use of COHIP-SF 19 UA in a Ukrainian sample of children and adolescents; stakeholder analysis (stakeholder mapping) - for the identification, classification and assessment of the impact of stakeholders on ensuring the dental public health of the child population; conceptual modeling - for the development of a model for strengthening the dental public health of the child population; expert assessments - for the determination of prospects for intra-sectoral and inter-sectoral cooperation of stakeholders, assessment of the effectiveness of the

proposed model; medical and statistical – for processing and analyzing primary and secondary data obtained during the study.

The study found that the rates of major oral diseases in children are not statistically significantly different from those in Eastern Europe, but compared to Western Europe, there is a significantly higher incidence (by 64.5%, $p<0.05$) and prevalence (by 48.9%, $p>0.05$) of deciduous caries. Deciduous caries also has a significant global burden of disease – 8.57 DALYs per 100,000 populations under 20 years of age, which exceeds the global and Western European levels.

The prevalence and incidence of caries of permanent teeth in Ukrainian children does not differ significantly from the corresponding indicators in Western Europe. However, the prevalence of untreated caries of primary teeth in children aged 1-9 years in Ukraine in 2019 was higher than the global average by 41.9%.

An analysis of the organization of dental services for the pediatric population in Ukraine according to industry statistics (2018–2022) revealed negative trends in staffing (the availability of dentists decreased by 27.3%; $p<0.001$), accessibility and volume of dental services (the share of children in need of rehabilitation increased from 48.7% to 60.8%, and the number of children receiving rehabilitation decreased by 80.7%; $p<0.001$).

The reduction in the volume of planned preventive work in state health care institutions (HCPs) led to an increase in the volume of specialized dental services (an increase in the share of complicated caries among treated teeth from 22.1% to 25.9%) and an increase in the volume of dental services in private clinics, where the number of children treated increased by 12.8% ($p<0.05$).

A survey of key respondents – specialists who have a sufficient level of awareness of dental public health (awareness coefficients more than 0.7) showed that over the past 5-10 years there has been a deterioration in the dental health of children (64.5% of respondents). At the same time, the number of requests for therapeutic dental care, according to respondents, has mostly increased (58.1% of respondents), while for preventive care – has mostly decreased (54.8%). At the same time, only the occurrence

of certain problems with the dental status of children is to a large extent an impetus for further preventive visits to the dentist ($r_s=0.70$; $p<0.001$).

Among the factors that influence the dental health of children (the assessment was carried out according to the list used by WHO experts), according to the results of factor analysis, five main determinants were identified that influence the formation of the oral health of the child population in modern conditions: medical and biological characteristics of the child (17.5%), family characteristics and lifestyle (16.4%), dental health care (15.3%), socio-economic determinants (13.8%) and environmental factors (12.1%), which together determine 75.1% of the total variance.

Among the main socio-economic risk factors: low, 2.6 times ($p<0.001$) lower state spending on dental care compared to the world average (US\$1.41 per year in Ukraine versus the world average of US\$54.92), consumption of refined sugar ($r=0.31$; $p=0.027$), high cost of dental services – 98% of households with children (according to the State Statistics Service, 2020) indicated the financial inaccessibility of dental care, which is especially felt in large and single-parent families. It was determined that increasing the amount of state funding for outpatient dental services to US\$200 per person per year would have a significant impact on reducing the prevalence of untreated caries of primary teeth in children 1-9 years old, as it accounts for 20.8% of the variability of the disease.

The study confirmed the high internal consistency of the COHIP-SF 19 UK questionnaire (Cronbach's alpha for the total score $\alpha=0.89$, for individual subscales $\alpha>0.7$). Factor analysis confirmed the compliance of the questionnaire with the theoretical model, and the 3-factor solution explained 65.5% of the data variance. The study revealed statistically significant correlations between the quality of life assessments according to the COHIP-SF 19 UK and the results of the examination by a dentist ($p<0.05$), which indicates a high discriminant validity of the instrument. ROC analysis showed good diagnostic characteristics of the COHIP-SF 19 UK, in particular sensitivity 80.1%, specificity 71.1%, area under the ROC curve $AUC=0.722$ (95% CI 0.661 - 0.779). The results obtained during the validation and testing of the questionnaire allow us to state that the COHIP-SF 19 UK is a reliable tool for assessing

the QOL of children aged 6 and older and can be used in population studies for the needs of dental public health.

The results of the study using the COHIP-SF 19 UK determined that the overall score of children's oral health-related quality of life was 60.0 (95% CI: 58.0–61.0) points with a maximum of 76; oral health status – 14.0 (95% CI: 13.0–15.0) points with a maximum of 20; functional well-being – 14.0 (95% CI: 14.0–15.0) points with a maximum of 16; socio-emotional well-being – 32.0 (95% CI: 31.0–32.0) points with a maximum of 40. No differences were found in the assessments of the QOL of children by gender, age, parental education, frequency of visits to the dentist and brushing teeth, use of toothpaste with fluoride ($p>0.05$). Statistically significant differences were identified regarding the higher assessment of the general QOL of children among city residents compared to rural residents ($p<0.05$), which is additional evidence of the presence of social inequality in dental public health among the child population and low accessibility of dental services for rural residents.

The study showed that dental problems significantly affect the quality of life of children and youth: a significant correlation was identified between COHIP-SF 19 UK indicators, self-rated oral health, and overall quality of life ($r_s=0.30$; $p<0.001$).

The prospects for intra-sectoral and inter-sectoral cooperation in the process of strengthening the dental public health of the children's population were analyzed during a survey, according to a specially developed program, of 15 experts with high (more than 0.85) levels of competence. Based on the results of their assessments, stakeholder mapping was carried out - visualization on a two-dimensional model of "power - interest" of various interested groups. Graphical analysis allowed identifying key stakeholders and determining their roles in the dental public health system. Key stakeholders at various levels were: families and communities, educational institutions, health care management bodies and health facilities, public health institutions and individual specialists - family doctors and pediatric dentists.

Stakeholders who, according to expert assessment, have a high level of power over pediatric dental public health issues, but a low level of interest in them, include international projects, business and electronic health care (e-Health). Such stakeholders

may resist change, which necessitates the need to consider their influence and involve them in cooperation.

The main functions of dental public health of the children's population in Ukraine were attributed by experts to: influence on dental health risk factors – supported by 93.3% (95% CI 80.7 - 100.0%) of experts, intersectoral interaction (86.7%; 95% CI 69.5 - 100.0%) and promotion of relevant initiatives at the local level (93.3%; 95% CI 80.7 - 100.0%). The unanimity of the experts' opinions was confirmed by the intraclass correlation coefficient (Intraclass Correlation Coefficient – ICC=0.93; 95% CI 0.85 - 0.97).

Experts confirmed the high importance of all competencies in the field of dental public health identified by the American Dental Association. These include: development of systems for monitoring children's oral health and identifying its risk factors, application of evidence-based dentistry and prevention, effective communication in the field of dental public health, evaluation of care systems, management of collaboration, ethical decision-making, support for policies to strengthen children's dental health, and others (ICC=0.93; 95% CI 0.85 - 0.97). However, they noted different levels of priority of these competencies for Ukraine due to the lack of specialized specialists in preventive dentistry and dental public health.

Based on the conducted comprehensive medical and sociological research, a conceptual model of strengthening dental public health of the child population was developed, consisting of four main blocks. Two of them cover services (protection/protection, prevention and promotion) and functions (management, advocacy/protection of interests, capacity and information). The third block, identified during the study, contains a list of key stakeholders, and the fourth - key competencies in dental public health (support and policy development, management and coordination, monitoring and evaluation, evidence-based dental public health).

The implementation of the proposed model in public health policy and practice can contribute to: strengthening the oral health of children through early detection of dental problems and their prevention; increasing the availability of dental care; increasing the level of dental hygiene culture among the population; improving

awareness of dental public health among professionals in the field; improving intersectoral cooperation; ensuring sustainable development and evolution of the dental public health system in Ukraine. The cumulative impact of this model on the determinants of dental health and the organization of dental care for children allows for a comprehensive improvement in the state of dental health of the child population and the quality of life of children associated with oral health, and creating conditions for the development of dental public health as a separate area of scientific and professional activity.

The effectiveness of the proposed model was assessed based on the results of its implementation in 2023-2024 on the scientific basis of the study and during expert assessment using specially developed maps, which showed high consistency of expert opinions regarding its potential and predicted effectiveness (ICC=0.91; 95% CI 0.84 - 0.97) in terms of improving the quality of life related to oral health by 26.3% (95% CI 21.7 - 33.0).

Key words: *public health, dental public health, children, temporary and permanent teeth², examination, level of hygiene, caries, prevalence, epidemiology, disability-adjusted life years, sociological research, survey, risk factors, socio-economic determinants, behavior, quality of life, stakeholders, expert assessments, prevention, organization of medical services, dental care, dentists, availability of dentists, competence, accessibility of dental care, legislation, public policy, conceptual model.*

Список публікацій здобувача

Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Kriachkova LV, Korobko MY, Kyi-Kokarieva VG, Borvinko EV, Zaitsev VV, Gopak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. Wiad Lek. 2022;75(5 pt 1):1156-1161. doi: 10.36740/wlek202205119. *(Особистий внесок здобувача – аналіз літературних джерел, збір даних, статистичний аналіз результатів, написання чернетки статті).*
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):27-35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04> *(Особистий внесок здобувача: збір даних, інтерпретація результатів, написання та підготовка статті до друку).*
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. Клінічна та профілактична медицина. 2024;1:79-86. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.10> *(Особистий внесок здобувача: збір первинного матеріалу, обробка та узагальнення результатів, підготовка статті до друку).*
4. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;1(99):5-13. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14620> *(Особистий внесок здобувача: організація збору матеріалу, обробка первинних даних, аналіз результатів дослідження, підготовка статті до друку).*

Наукові праці які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Визначення стоматологічного статусу школярів та молоді великого промислового міста для розробки комплексних профілактичних програм. In: The VII International Science Conference «Modern trends in development science and practice»; 2021 Nov 02-05; Varna, Bulgaria. p. 298-299. doi: 10.46299/ISG.2021.II.VII. *(Особистий внесок здобувача: обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання тез)*.
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Кий-Кокарева ВГ, Зайцев ВВ. «Стоматологічне громадське здоров'я» як вибіркова навчальна дисципліна при підготовці докторів філософії зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я». У: Матеріали XVIII Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення; 20-21 травня 2021; Тернопіль. Тернопіль: ТНМУ; 2021: с. 285-287. *(Особистий внесок здобувача: участь у написанні програми, оформлення тез)*.
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Сімон КІ. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. У: Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення; 27 жовтня, 2021; Харків. Харків: ХНМУ; 2021. с. 33-34. *(Особистий внесок здобувача: визначення проблеми, участь у написанні тез)*
4. Коробко МЮ, Корнієнко ВВ. Адаптація анкети BOOЗ CONIP-SF-19 до оцінки стоматологічного стану дітей в Україні. У: Твердохліб ІВ, Бондаренко НС. Збірка матеріалів XXII конференції студентів та молодих учених. Новини і перспективи медичної науки; 2022; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2022. с. 60. *(Особистий внесок здобувача: організація збору матеріалу, його обробка, написання тез)*.

5. Коробко МЮ. Актуальні підходи для реформування та відновлення стоматологічної служби для дітей та молоді України. In: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference [Інтернет]; 20-23 February 2024; France, Paris; 2024 p. 189-194. Доступно на: <https://isg-konf.com/professional-development-theoretical-basis-and-innovative-technologies/>

6. Гопак О, Ліхолетов Є, Коробко М. Внесок концепції «Лікування-освіта» у психічне та громадське здоров'я студентів Франції. У: Крячкова ЛВ. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього; 10 жовтня 2024; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2024: с. 57-59. *(Особистий внесок здобувача: участь у аналізі результатів дослідження, редагування тез).*

Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Борвінко ЕВ. Програма вибіркової навчальної дисципліни «Стоматологічне громадське здоров'я» для здобувачів вищої освіти для третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Затверджено ЦМК ДДМУ Протокол №10 від 20 червня 2023 р. *(Особистий внесок здобувача: визначення актуальності програми, участь у розробці тематичного плану, написанні програми).*

2. Крячкова Л.В., Коробко М.Ю. Використання у практиці охорони здоров'я україномовної короткої форми опитувальника профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (Short Form Of The Child Oral Health Impact Profile - СОНІР-SF 19). Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я .Випуск 10. Реєстр №126/10/24 *(Особистий внесок здобувача: планування та організація дослідження, оцінка його результатів, написання заявки).*

ЗМІСТ

	стор.
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	22
ВСТУП	24
РОЗДІЛ 1	
СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	34
1.1 Стоматологічне здоров'я дитячого населення як медико-соціальна проблема та окремий напрям громадського здоров'я	34
1.2 Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота дитячого населення	41
1.3 Підходи до поліпшення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення	45
РОЗДІЛ 2	
ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	56
РОЗДІЛ 3	
АНАЛІЗ СТАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ ..	67
3.1 Міжнародний порівняльний аналіз тягаря основних захворювань порожнини рота у дітей	67
3.2 Аналіз організації стоматологічного обслуговування дитячого населення за даними національної галузевої статистичної звітності	73
РОЗДІЛ 4	
ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ТА ТЕНДЕНЦІЙ ЩОДО ЙОГО ЗМІН	89
4.1 Соціально-економічні детермінанти впливу на стан здоров'я порожнини рота дітей за даними міжнародного порівняльного аналізу	89
4.2 Чинники доступу домогосподарств з дітьми до стоматологічних послуг (за даними вибіркового опитування домогосподарств Державної служби статистики України).....	92
4.3 Аналіз факторів ризику стоматологічного стану дітей та тенденцій щодо його змін (за даними соціологічного опитування ключових респондентів)	96

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА ВАЛІДИЗОВАНИМ ОПИТУВАЛЬНИКОМ СОНIP-SF 19 UK	105
5.1 Валідизація опитувальника оцінки профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини СОНIP-SF 19 UK	105
5.2 Оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота у дітей від 6 років	109

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗМІЦНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ	121
6.1 Аналіз внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва щодо зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення (мапування стейкхолдерів)	121
6.2 Концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення та оцінка її ефективності	126

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ	136
ВИСНОВКИ	159
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	162
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	164
ДОДАТКИ	192

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ	–	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЗ	–	Громадське здоров'я
ГТХ (GBD)	–	Глобальний тягар хвороб (Global Burden of Disease)
Держстат	–	Державна служба статистики України
ДІ	–	Довірчий інтервал
ДДМУ	–	Дніпровський державний медичний університет
ЗВО	–	Заклади вищої освіти
ЗМІ	–	Засоби масової інформації
ЗОЗ	–	Заклади охорони здоров'я
МКХ-10	–	Міжнародна статистична класифікація хвороб та споріднених проблем охорони здоров'я 10 перегляду
МОЗ	–	Міністерство охорони здоров'я України
НДР	–	Науково-дослідна робота
НІЗ	–	Неінфекційні захворювання
НСЗУ	–	Національна служба здоров'я України
СТР	–	Середньорічний темп приросту (убутку)
ОЗ	–	Охорона здоров'я
ЯЖ	–	Якість життя, пов'язана зі здоров'ям
ЯЖ ЗПР	–	Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота
ICC	–	Intraclass Correlation Coefficient (внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції)
IHME	–	Institute for Health Metrics and Evaluation (Інститут показників і оцінки здоров'я)
DALY	–	Disability-adjusted life years (роки життя з поправкою на інвалідність / неповносправність)
e-Health	–	Electronic Health (електронна система охорони здоров'я)

COHIP-SF 19	–	Child Oral Health Impact Profile - Short Form 19 (Профіль впливу на здоров'я ротової порожнини дитини - коротка форма)
COHIP-SF 19 UK	–	Українська версія COHIP-SF 19
OHRQoL	–	Oral health-related quality of life (якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота)
YLL	–	Years of life lost due to premature mortality (роки життя, втрачені через передчасну смертність)
YLD	–	Years lived with disability (роки, прожиті з інвалідністю/неповносправністю)
WHOQOL-8	–	World Health Organization Quality of Life 8 (скорочена версія опитувальника якості життя ВООЗ)

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Здоров'я порожнини рота – ключовий показник загального стану здоров'я, благополуччя і якості життя дитячого населення [1]. Пріоритетна роль у його забезпеченні належить ефективній профілактиці, заходам із забезпечення стоматологічного здоров'я, політиці у галузі системи охорони здоров'я [2].

Захворювання порожнини рота дітей є серйозною медико-соціальною проблемою, оскільки найбільш розповсюджене стоматологічне захворювання – карієс, яким за різними оцінками уражено біля половини школярів, вважається неінфекційною хворобою, з великою різноманітністю факторів ризику, яким можна запобігти [3]. За результатами досліджень проведених впродовж останніх років, виявлено, що поширеність та інтенсивність карієсу серед дітей різних вікових груп в Україні залишається на високому рівні і становить 65,8 - 97,7 % [4 - 14].

Спостерігається також великий соціальний градієнт нерівності стоматологічних захворювань, коли менший соціально-економічний статус (дохід, освіта, рівень прибутку тощо) асоціюється із поширеністю і тяжкістю захворювань ротової порожнини у дітей та молоді. Подолати несправедливості та нерівності у здоров'ї ротової порожнини дітей можливо за допомогою заходів на громадському рівні, при розбудові системи громадського здоров'я та її окремого, на даний час недостатньо відомого і визнаного у нашій країні, напряму стоматологічного громадського здоров'я [15, 16].

Стоматологічне громадське здоров'я (Dental Public Health) визначають як науку та мистецтво профілактики захворювань порожнини рота, зміцнення стоматологічного здоров'я, як на індивідуальному, так і на популяційному рівнях та поліпшення якості життя населення шляхом організованих зусиль суспільства у галузі збереження і зміцнення стоматологічного здоров'я [17].

Стоматологічне здоров'я дитячого населення залишається дещо ізольованим від провідних цілей системи охорони здоров'я, завдань сектору

громадського здоров'я. Воно не інтегроване в систему охорони здоров'я у чверті країн світу, а в 62 % країн інтегроване лише частково [18]. Однією з причиною щодо цього є відсутність надійних епідеміологічних даних та переконливих доказів щодо місця і ролі стоматологічного громадського здоров'я у структурі провідних заходів із забезпечення здоров'я населення [19].

Визнаючи той факт, що захворювання порожнини рота та неінфекційні захворювання мають загальні фактори ризику, які можна змінювати, Всесвітня федерація асоціацій громадського здоров'я із ВООЗ розробили Глобальну хартію громадського здоров'я (2019 р.), яка об'єднує здоров'я ротової порожнини з системами громадського здоров'я через ефективну адвокацію, партнерство та співпрацю [20].

Незважаючи на усвідомлення важливості проблеми світовою спільнотою і прийняття Глобального плану дій щодо здоров'я порожнини рота на 2023 - 2030 роки, оцінка поточної ситуації показала, що лише 6,2 % країн здійснюють моніторинг національної політики щодо здоров'я порожнини рота, а дослідження даного питання з позицій громадського здоров'я проводяться тільки в 17,5 % країн [21].

Спостерігаються незначні позитивні зміни в тягарі захворювань порожнини рота за останні 30 років, які демонструють, що минулі та поточні зусилля щодо контролю захворювань порожнини рота не були успішними і що потрібні інші підходи [22].

В низці прийнятих в Україні нормативних документів, спрямованих на профілактику неінфекційних захворювань – Законі України «Про систему громадського здоров'я» №2573-IX від 06.09.2022 р., Розпорядженні Кабінету Міністрів України «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» №530-р від 26.07.2018 р., визначено загальні норми, що сприяють створенню умов для зміцнення громадського дитячого населення, однак сучасне оновлення державних програм щодо забезпечення здоров'я порожнини рота в країні відсутнє.

Закордонними фахівцями [17, 23 - 25] та українськими дослідниками [4, 6 - 8, 13, 14, 26 - 28] вивчаються питання щодо збереження стоматологічного здоров'я дитячого населення з позицій впливу на різні фактори ризику, в тому числі і соціальні детермінанти, однак наукового обґрунтування концепції стоматологічного громадського здоров'я, системного аналізу охороноздоровчих підходів з позицій доказової профілактики до розбудови окремого сектору громадського здоров'я в країні не проводилося, що і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами, грантами. Дисертаційна робота є складовою науково-дослідної роботи (НДР) кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету: «Наукове обґрунтування організаційно-методичних основ системи безперервного підвищення якості надання медичної допомоги», № держреєстрації 0119U101403, термін виконання 01.01.2020 р. – 31.12.2023 р. та НДР «Наукове обґрунтування стратегій збереження і відновлення громадського здоров'я через вплив на детермінанти ефективності системи охорони здоров'я», № держреєстрації 0123U104849, термін виконання: 01.01.2024 р. – 31.12.2027 р.

Мета: медико-соціальне обґрунтування моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення на підставі комплексного аналізу його стану, факторів ризику, організації стоматологічної допомоги, якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, та визначення ключових стейкхолдерів і напрямів їх міжсекторальної співпраці.

Досягнення поставленої мети потребувало виконання наступних **завдань**:

1. Провести системний аналіз наукових джерел про сучасні тенденції, виклики та напрями розвитку стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення.
2. Оцінити показники захворюваності, поширеності та тягаря карієсу дитячого населення України у порівнянні з іншими країнами світу.

3. Проаналізувати організацію стоматологічного обслуговування дитячого населення на основі даних національної галузевої статистичної звітності.

4. Дослідити вплив соціально-економічних детермінант, доступності стоматологічних послуг і факторів ризику на стоматологічний статус дітей та його динаміку.

5. Оцінити якість життя дітей, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, на основі валідізованого опитувальника COHIP-SF 19 UK та визначити особливості її змін у дітей від 6 років.

6. Проаналізувати сучасний стан та визначити перспективи внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва у процесі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення.

7. Розробити та обґрунтувати концептуальну модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення й оцінити її ефективність.

Об'єкт дослідження: Організація і управління стоматологічним здоров'ям дитячого населення та система профілактичних заходів стоматологічних захворювань.

Предмет дослідження: поширеність стоматологічних захворювань та глобальний тягар карієсу тимчасових і постійних зубів у дітей; фактори, що впливають на стоматологічний стан дітей, організація стоматологічної допомоги дитячому населенню; соціально-економічні детермінанти та доступність стоматологічних послуг; якість життя дітей, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота; основні стейкхолдери та напрями їх міжсекторальної співпраці; концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення.

Методи дослідження:

системний підхід і аналіз – для комплексної оцінки об'єкту, предмету дослідження, їх системних взаємозв'язків і виявлення проблем забезпечення стоматологічного здоров'я дитячого населення;

бібліосемантичний – для аналізу світового і вітчизняного досвіду та наукових розробок щодо підходів до забезпечення стоматологічного здоров'я дітей;

епідеміологічний – для вивчення рівнів і динаміки показників захворюваності, поширеності та глобального тягаря карієсу у дітей;

соціологічний – для визначення тенденцій щодо стану і змін стоматологічного здоров'я дитячого населення, чинників що на нього впливають та з'ясування пропозицій щодо його покращення;

оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота – для валідизації української версії COHIP-SF 19 та використання його для потреб стоматологічного громадського здоров'я на українській вибірці дітей і підлітків;

аналіз зацікавлених сторін (мапування стейкхолдерів) – для ідентифікації, класифікації та оцінки впливу стейкхолдерів на забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення;

концептуального моделювання – для розробки моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення;

експертних оцінок – для визначення перспектив внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва стейкхолдерів; ефективності запропонованої моделі;

медико-статистичний – для обробки та аналізу отриманих під час дослідження первинних і вторинних даних.

Наукова новизна отриманих результатів полягає у тому, що *вперше*:

- системно представлено стоматологічне громадське здоров'я дитячого населення, як окрема галузь міжсекторальної співпраці в охороні здоров'я та перспективний напрям наукових досліджень;
- валідизована та апробована українська версія COHIP-SF 19 UK, оцінена можливість її застосування у популяційних дослідженнях для потреб стоматологічного громадського здоров'я;

- систематизовано фактори ризику, що визначають стоматологічне здоров'я дітей, зокрема медико-біологічні, соціально-економічні та екологічні детермінанти;
- проведене мапування стейкхолдерів із визначенням ключових зацікавлених сторін у зміцненні стоматологічного здоров'я дитячого населення;
- проведено аналіз сучасного стану та визначено перспективи розвитку внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва у контексті зміцнення стоматологічного здоров'я дітей;
- визначено ключові компетентності представників системи охорони здоров'я, що опікуються питаннями стоматологічного громадського здоров'я;
- науково обґрунтовано, на основі інтегративного підходу розроблено і доведено ефективність застосування концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, яка забезпечує комплексний підхід до профілактики та лікування стоматологічних захворювань, сприяє міжсекторальній співпраці і підвищенню якості життя дитячого населення;

уточнені наукові дані:

- щодо епідеміологічних показників захворюваності, поширеності та тягаря карієсу серед дитячого населення України порівняно з іншими країнами;
- щодо факторів ризику стоматологічних захворювань дітей, соціально-економічних детермінант здоров'я;

дістало подальшого розвитку:

- визначення регіональних та загальноукраїнських особливостей структурних і динамічних показників організації стоматологічного обслуговування дитячого населення;
- оцінка доступності стоматологічних послуг дитячому населенню;
- оцінка впливу стоматологічного здоров'я на якість життя дітей, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота.

Теоретичне значення роботи полягає у доповненні теорії громадського здоров'я і соціальної медицини в частині вчення про стоматологічне громадське здоров'я дитячого населення та організації профілактичних заходів на підставі міжсекторального співробітництва.

Практичне значення одержаних результатів полягає у тому, що вони стали підставою для:

- пропозицій щодо визнання стоматологічного громадського здоров'я, як окремого напрямку діяльності в системі громадського здоров'я;
- пропозицій щодо використання процедури картографування стейкхолдерів для визначення стратегій роботи із зацікавленими групами у сфері охорони громадського здоров'я;
- рекомендацій щодо напрямів подальшої розбудови та вдосконалення міжсекторальної інтеграції на шляху забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення;
- розробки рекомендацій щодо використання короткої форми профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (COHIP-SF 19 UK) для оцінки потреб у стоматологічній допомозі та профілактичних заходах;
- рекомендації щодо удосконалення освітніх програм підготовки медичних працівників на до- та післядипломному рівні шляхом змістовного наповнення інформацією щодо стоматологічного громадського здоров'я;
- створення програми вибіркової навчальної дисципліни «Стоматологічне громадське здоров'я» підготовки докторів філософії на III освітньо-науковому рівні галузь знань 22 Охорона здоров'я спеціальності 229 Громадське здоров'я.

Їх впровадження реалізовано *на національному та регіональному рівнях*:

- шляхом включення наукового повідомлення щодо використання у практиці охорони здоров'я україномовної короткої форми опитувальника профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (short form of the child oral health impact profile – COHIP-SF 19) до переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я (додаток В);

- шляхом подання заявки на включення наукового повідомлення до переліку наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я процедури картографування стейкхолдерів для визначення стратегії роботи із зацікавленими групами у сфері охорони громадського здоров'я;
- шляхом впровадження окремих елементів концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення у практичну діяльність закладів охорони здоров'я м. Дніпро (2 акти впровадження, додаток Г);
- шляхом впровадження у навчальний процес Дніпровського державного медичного університету, Харківського національного медичного університету, Одеського національного медичного університету (3 акти впровадження, додаток Д).

Особистий внесок здобувача. Вибір напряму наукового дослідження, визначення мети та етапів дослідження, обговорення основних результатів проведені сумісно з науковим керівником – д.мед.н., професором Крячковою Л.В.

Здобувачем самостійно: проведено інформаційно-патентний пошук та аналіз наукових джерел; розроблено програму дослідження, обрано методи дослідження; розроблено або відібрано методичний інструментарій для збору первинного матеріалу; організовано збір матеріалів, сформовані бази первинних та вторинних даних; проведено статистичний аналіз та узагальнення отриманих результатів; написано публікації та розділи дисертаційної роботи.

Внесок здобувача у публікації, написані в співавторстві, є визначальним. Співавтором наукових праць є науковий керівник, за супроводженням якого проводилося дослідження та редагування фінальних варіантів статей та розділів дисертації. Запозичень ідей або розробок співавторів не було.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дослідження представлено й обговорено на науково-практичних конференціях різного рівня: VII International Science Conference «Modern trends in development

science and practice» (Болгарія, Варна. 2-5 листопада 2021 р.); XVIII Всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення» (м. Тернопіль. 20-21 травня 2021 р.); IV науково-практична конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017) «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, ХНМУ. 27 жовтня 2021 р.); V науково-практичній конференції з міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті. «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» (м. Харків, ХНМУ. 28 жовтня 2022 р.), XXII конференція студентів та молодих учених «Новини і перспективи медичної науки» (м. Дніпро. 2022 р.); VII International Scientific and Practical Conference (Франція, Париж. 20 - 23 лютого 2024 р.); всеукраїнській науково-практичній конференції з міжнародною участю «Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього» (м. Дніпро, ДДМУ. 10 жовтня 2024 р.); VII науково-практична конференція з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення. Томілінські читання» (м. Харків. 30 жовтня 2024 р.).

Публікації. За темою дисертації опубліковано 4-ри наукові статті, у тому числі 3-ри статті у рекомендованих МОН України наукових журналах категорії В та 1 стаття у журналі, що входить до міжнародної наукометричної бази Scopus, а також 6-ть тез доповідей у наукових збірниках, матеріалах наукових конференцій, з'їздів, симпозіумі і конгресів, 2-ві інші праці.

Обсяг і структура дисертації. Дисертаційна робота викладена українською мовою на 243 сторінках машинописного друкованого тексту, в тому числі на 161 сторінці основного тексту, складається із анотацій українською та англійською мовами, списку публікацій здобувача, вступу, огляду літератури, матеріалів та методів дослідження, 4-х розділів з результатами власних досліджень, узагальнення та обговорення отриманих результатів, висновків,

практичних рекомендацій, списку використаних джерел та 10-ти додатків. Робота ілюстрована 17-ма таблицями, 30-ма рисунками. Список використаних джерел на 29 сторінках містить 224 джерела, з них 64 кирилицею та 160 латиницею.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНИЙ СТАН, ПРОБЛЕМИ ТА ПЕРСПЕКТИВИ РОЗВИТКУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

1.1 Стоматологічне здоров'я дитячого населення як медико-соціальна проблема та окремий напрям громадського здоров'я

Система громадського здоров'я в Україні на теперішній час знаходиться на етапі розбудови і має певні здобутки, серед яких прийняття та введення в дію Закону України від 06.09.2022 р №2573-IX «Про систему громадського здоров'я» [29]. Перед системою ГЗ стоїть низка певних викликів, серед яких виконання таких оперативних функцій громадського здоров'я, як захист здоров'я населення; зміцнення здоров'я населення, у тому числі вплив на детермінанти здоров'я; розбудова ефективної системи громадського здоров'я та її кадрове забезпечення; наукове забезпечення системи громадського здоров'я й інші [29].

Ситуація ускладнюється воєнним станом країни, що негативно впливає на розвиток системи ГЗ. Результати аналізу наслідків збройного конфлікту для громадського здоров'я в деяких регіонах України, підтверджують комплексний їх характер, визначають різні аспекти впливу – медико-демографічні, соціально-економічні та поведінково-біологічні. Медико-демографічні наслідки включають зростання рівня неінфекційної та інфекційної захворюваності, психологічного напруження, що призводить до погіршення показників здоров'я населення та передчасної смертності. Серед соціально-економічних наслідків – трагічні втрати родичів, житла і майна, зменшення життєвого рівня, соціального статусу тощо. Поведінково-біологічні наслідки включають втрату сталого якісного життя, мотивації до збереження здоров'я та інше [30].

Система громадського здоров'я в Україні зіштовхується з викликами, зумовленими війною, серед яких погіршення контролю за хронічними

неінфекційними захворюваннями. Одним із найбільш поширених НІЗ у дітей є стоматологічні захворювання, які мають серйозні медико-соціальні наслідки.

Здоров'я ротової порожнини, згідно визначення Всесвітньої стоматологічної федерації (2016), трактується як здатність впевнено і без болю, дискомфорту і захворювань черепно-лицьового комплексу говорити, посміхатися, нюхати, куштувати, смакувати, жувати, ковтати, а також передавати спектр емоцій за допомогою міміки. До інших аспектів здоров'я порожнини рота відносяться: належність до фундаментальної складової загального здоров'я, фізичного та психічного благополуччя; вплив на фізіологічні, соціальні та психологічні властивості, а також на загальний рівень якості життя та обумовленість адаптивним досвідом людини [31].

Згідно зі звітом Всесвітньої організації охорони здоров'я про стан здоров'я ротової порожнини у всьому світі (2022), стоматологічні захворювання вражають близько 3,5 мільярдів людей на планеті, причому три з чотирьох хворих живуть у країнах із середнім рівнем доходу. Приблизно 2 мільярди людей страждають від карієсу постійних зубів і 514 мільйонів дітей страждають від карієсу молочних зубів [32].

Світові та національні дані вказують, що приблизно 40 % дитячої популяції страждає на карієс, а випадки захворювань ясен охоплюють від 60 % до 80 % дітей [33, 34]. Захворювання порожнини рота можуть впливати на харчування, ріст та розвиток дитини. Дослідження підтверджують, що лікування стоматологічних захворювань у дітей призводить до значних економічних витрат сімей та систем охорони здоров'я. Прямі витрати на лікування стоматологічних захворювань у всьому світі оцінюються у 298 мільярдів доларів США на рік, що в середньому становить 4,6 % світових витрат на охорону здоров'я [35].

Світова медична спільнота занепокоєна соціальним градієнтом нерівності стоматологічних захворювань. Багато дослідників показують пряму лінійну залежність між різними показниками соціально-економічного статусу (дохід, освіта, соціальний клас тощо) та поширеністю і тяжкістю захворювань ротової

порожнини у дітей, молоді й інших вікових груп. Зазначається, щоб подолати несправедливості та нерівності у здоров'ї ротової порожнини, яких можливо уникнути, потрібні скоординовані стратегічні дії, як на клінічному, так і на популяційному рівнях. Необхідна багатогранна стратегія, спрямована на основні чинники ризику захворювань порожнини рота, соціальні детермінанти нерівності у стані стоматологічного здоров'я [15, 16].

Законодавче охоплення стоматологічною допомогою обмежене в багатьох європейських країнах, про що свідчать окремі пакети послуг і високі приватні витрати порівняно з іншими послугами охорони здоров'я [36]. Більшість країн з високим рівнем доходу впроваджують часткове покриття стоматологічних послуг, що призводить до нерівності у доступі до обслуговування та показниках здоров'я порожнини рота. Багато країн забезпечують покриття стоматологічних послуг для певних груп населення, як правило, дітей та осіб з низьким рівнем доходу. Стоматологічна допомога є найчастішим видом допомоги, потреби в якій люди повідомляють про незадоволення через фінансові причини, що особливо впливає на вразливі верстви населення [37, 38].

У 2021 році на 74 сесії Всесвітня асамблея охорони здоров'я ухвалила резолюцію щодо гігієни порожнини рота, яка рекомендує перехід від традиційного підходу, орієнтованого на лікування патологій, до профілактичного підходу, спрямованого на охорону здоров'я порожнини рота в родинях, школах та на робочих місцях. Важливим аспектом є включення стоматологічної допомоги до загальних програм боротьби з неінфекційними захворюваннями та інтеграцію у первинну медико-санітарну допомогу [39].

Відповідно до цього, у 2022 році було затверджено Глобальну стратегію з охорони здоров'я порожнини рота, яка включає Глобальний план дій на 2023–2030 роки. Цей план вимагає активної участі держав-членів, міжнародних партнерів, громадських організацій та приватного сектору. Окрім того, на 76-й сесії Всесвітньої асамблеї охорони здоров'я в 2023 році було прийнято доповідь про боротьбу з НІЗ, яка також підкріплює важливість інтеграції охорони здоров'я порожнини рота в глобальні ініціативи [40, 41]

Глобальна стратегія ВООЗ включає шість основних принципів, таких як інтеграція гігієни порожнини рота в первинну медичну допомогу, інноваційні моделі для забезпечення потреб населення, орієнтовані на людей підходи та оптимізація цифрових технологій. Ці принципи є основою для розробки стратегії і Глобального плану дій на 2023–2030 роки, що забезпечують реалізацію ефективної програми охорони здоров'я порожнини рота на національному рівні [42].

В опублікованому Звіті про стан реалізації Глобального плану дій щодо здоров'я порожнини рота на 2023–2030 роки (2025) було представлено оцінку прогресу у досягненні глобальних цілей. Основні результати свідчать про значні розбіжності між поточним станом і амбіціями до 2030 року. Лише одна ціль – інтеграція здоров'я порожнини рота в первинну медичну допомогу була досягнута більш ніж у 80 % країн. Моніторинг національної політики щодо здоров'я порожнини рота відсутній у більшості країн, лише 6,2 % країн повідомили про наявність відповідних механізмів. Дослідження в галузі здоров'я порожнини рота, орієнтовані на громадське здоров'я, проводяться лише в 17,5 % країн [21].

Постає необхідність у застосуванні більш інтегративного підходу із залученням у сектор громадського здоров'я окремої складової – стоматологічного ГЗ.

В енциклопедії з громадського здоров'я (Schütte U., Walter M.; 2008) стоматологічне громадське здоров'я (dental public health, еквівалентні терміни «community oral health», «community dentistry») визначається, як розділ громадської охорони здоров'я, який зосереджується на здоров'ї зубів і порожнини рота, і на відміну від клінічної практики, яка діє на індивідуальному рівні, займається сприянням здоров'ю ротової порожнини населення, зосереджуючи дії на рівні громади [43].

Основна роль охорони громадського стоматологічного здоров'я полягає у розумінні впливу детермінант захворювань порожнини рота, а також у навчанні,

мотивації та зміцненні здоров'я порожнини рота серед різних груп населення [44].

Американська стоматологічна асоціація, яке визнає dental public health як одну із дев'яти параклінічних спеціальностей стоматології, у 1976 році дає визначення стоматологічному ГЗ, яке і досі актуальне: стоматологічне громадське здоров'я визначається як наука і мистецтво запобігання та контролю стоматологічних захворювань, а також сприяння стоматологічному здоров'ю через організовані зусилля громади. Це така форма стоматологічної практики, яка розглядає громаду як пацієнта, а не окрему особу. Вона стосується освітньої роботи з питань стоматологічного здоров'я серед населення, прикладних стоматологічних досліджень, адміністрування програм групового стоматологічного догляду, а також профілактики та контролю стоматологічних захворювань на рівні громади [45].

Коріння стоматологічного ГЗ можна простежити на початку 20-го століття, коли була визнана необхідність більш широкого погляду на проблеми здоров'я ротової порожнини. З роками стоматологічне громадське здоров'я розвивалося, реагуючи на зміну потреб ОЗ, наукові досягнення та соціальні детермінанти здоров'я [46].

Громадська охорона стоматологічного здоров'я включає широкий спектр функцій і послуг, які класифікуються за 10-ма основними напрямками, що утворюють рамкову основу (рис. 1.1). Основні послуги згруповані в три основні функції охорони здоров'я – оцінка стану здоров'я ротової порожнини й основних чинників, що його обумовлюють, розробка відповідної здоров'язберігаючої політики та механізми її забезпечення [23 ,47].

Громадська охорона стоматологічного здоров'я включає в себе профілактику, як ключовий елемент, зокрема первинну профілактику (наприклад, фторування води, програми герметизації фісур тощо). Крім того, вона спрямована на соціальну справедливість, забезпечуючи рівний доступ до ресурсів для всіх верств населення, зокрема для вразливих груп. Отже, сфера функцій і послуг громадської охорони здоров'я охоплює широкий спектр

діяльності, спрямованої на покращення здоров'я населення, запобігання захворюванням та забезпечення рівного доступу до медичних послуг [23].

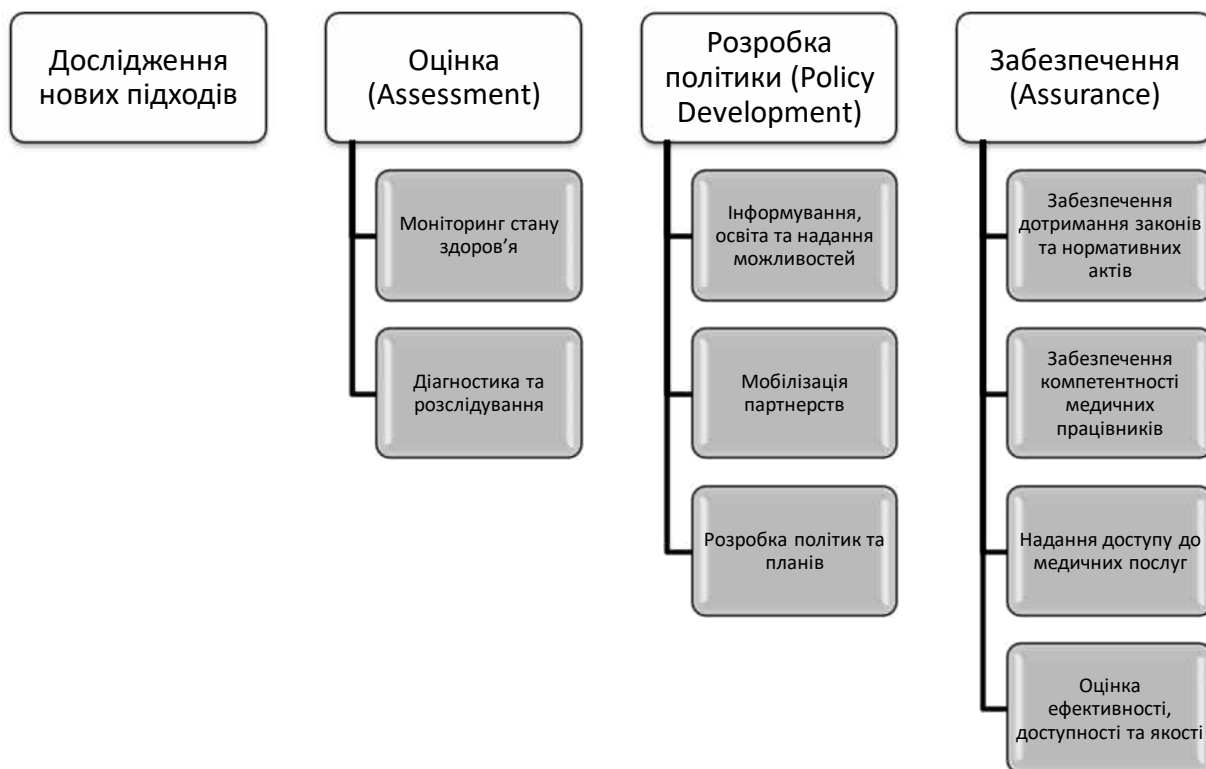


Рис. 1.1 Основні функції та основні послуги стоматологічного громадського здоров'я [23]

Дослідження нових наукових підходів щодо стоматологічного ГЗ дитячого населення проводяться переважно із застосуванням системного підходу [48] і охоплюють різні сфери: епідеміологію стоматологічних захворювань [22, 49, 50], фактори ризику стоматологічних захворювань, такі як – споживання цукру, гігієнічні звички, соціально-демографічні чинники, соціально-економічний статус родини [51 - 56], умови життя та доступність стоматологічних послуг [24, 56, 57], організацію і фінансування стоматологічного обслуговування дитячого населення [58, 59] та інші; потреби у стоматологічному догляді вразливих груп населення, зокрема дітей з особливими потребами [60, 61], дітей, які перебувають під опікою [62] чи мешкають у сільській місцевості [63] тощо; якість життя дітей, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, як показник стоматологічного здоров'я [64 - 66]; вплив індивідуального способу життя та способу життя членів сім'ї на стоматологічне здоров'я дітей [67, 68];

профілактичні стратегії та політичні ініціативи, на кшталт системного застосування фтору в громадах [69]; роль державної політики у стоматологічному громадському здоров'ї [70].

При оцінці розповсюдженості карієсу, окрім захворюваності та поширеності хвороб, часто використовувався глобальний тягар хвороб – ГТХ (Global Burden of Disease – GBD), який дає повну картину смертності, інвалідності та втрат працездатності в різних країнах світу у різних розрізах. Під керівництвом Інституту показників і оцінки здоров'я Університету Вашингтону (Institute for Health Metrics and Evaluation – IHME) було створено унікальну платформу для порівняння масштабів захворювань, травм і факторів ризику за часом, віком, статтю та територіями (<https://www.healthdata.org/>).

Дослідниками проводяться регулярні оцінки показників смертності та інтегральних показників здоров'я населення: років життя, втрачених через передчасну смертність (years of life lost due to premature mortality – YLL), років, прожитих з інвалідністю/неповносправністю (years lived with disability – YLD), роки життя з поправкою на інвалідність / неповносправність (disability-adjusted life years – DALY) [71].

ГТХ кількісно визначає втрати здоров'я внаслідок різних хвороб, травм і факторів ризику, в тому числі і карієсу. Дослідження глобального тягара захворювань (GBD) 2019 і 2021 року, оцінювалися захворюваність і поширеність карієсу, роки, прожиті з інвалідністю (YLD), роки життя з поправкою на інвалідність (DALY), при цьому роки життя, втрачені через передчасну смертність (YLL) не аналізуються, враховуючи специфіку захворювання, пов'язану передусім із часом, що людина проживає у стані не ідеального здоров'я, що може недовго тривати [22].

Фінансування програм стоматологічного здоров'я та запровадження законодавчих ініціатив зазвичай мають значний вплив на загальний рівень здоров'я дитячого населення [58,59]. Так у дослідженні Foote T., Willis L., Lin T.K. (2023) було доведено, що збільшення витрат на гігієну ротової порожнини пов'язане зі зниженням індексу відсутніх і заплomboваних зубів на 4,4, а

наявність законодавчої політики, яка передбачає обов'язкову стоматологічну допомогу дітям – на 1,32 [70].

1.2 Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота дитячого населення

На теперішній час якість життя визнається ефективним індикатором оцінки майже в усіх сферах фізичного та психічного здоров'я, включаючи здоров'я порожнини рота [72]. Біль та дискомфорт, пов'язані із стоматологічними проблемами, можуть суттєво погіршити якість життя дітей, викликати у них психічний стрес й ускладнити процес соціальної адаптації [64, 65, 73, 74]. Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота (Oral Health-Related Quality of Life – OHRQoL) є важливим показником загального благополуччя дитячого населення. Вона охоплює фізичний, емоційний, соціальний та психологічний аспекти, що можуть бути порушені внаслідок стоматологічних проблем [75, 76].

Показник ЯЖ ЗПР важливий для застосування у наукових дослідженнях, оскільки відіграє важливу роль у розумінні суб'єктивних оцінок пацієнта та його досвіду догляду за ротовою порожниною, і є результатом взаємодії між функціональним станом порожнини рота та іншими чинниками, в тому числі і соціальними [77]. Він має потенціал для покращення оцінювання у клінічних дослідженнях при визначенні ефективної стратегії лікування [78, 79], для вдосконалення стоматологічного обслуговування шляхом включення таких оцінок у планування медичних послуг для окремих груп населення, наприклад дітей шкільного віку [80]. Може розглядатися як результат лікувальних або профілактичних заходів або оціночна міра в різних галузях охорони здоров'я, включаючи епідеміологію дитячого карієсу [72, 81] та охорону громадського здоров'я, у якості показника оцінки потреб і результатів та як засіб зворотного зв'язку [48].

Наприкінці 1980-х і на початку 1990-х років було розроблено та підтверджено багато інструментів вимірювання оцінки ступеню впливу здоров'я

порожнини рота на якість життя дорослих і людей похилого віку, зокрема профіль впливу на здоров'я ротової порожнини (Oral Health Impact Profile – ОНІР). Однак оцінка якості життя здоров'я ротової порожнини дитячого населення не могла проводитися за цими опитувальниками, оскільки, порівняно з дорослими, діти та підлітки мають інше уявлення про якість життя [82, 83]. Лише у 2002 році були розроблені педіатричні інструменти для вимірювання якості життя дітей, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота [84].

Існує декілька інструментів для вимірювання ОНRQoL, які можуть бути прив'язані до певної вікової категорії та необхідності участі батьків у дослідженнях. Зазвичай вони представляють собою багатовимірні конструкції, які включають суб'єктивну оцінку здоров'я порожнини рота, функціонального благополуччя, емоційного благополуччя та самопочуття людини [72].

На теперішній час існує біля 18 показників ЯЖ ЗПР для дітей віком від 2 до 18 років [85]. Оцінка ОНRQoL проводиться за допомогою валідизованих опитувальників, таких як опитувальник сприйняття дитини – Child Perceptions Questionnaire (CPQ), оцінка впливу на здоров'я ротової порожнини в ранньому дитинстві – Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECONIS), якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота у дітей – Pediatric Oral Health-Related Quality of Life (POQL), профіль впливу на повсякденну діяльність дітей – the Child Oral Impacts on Daily Performances (C-OIDP), профіль впливу на здоров'я ротової порожнини дитини – Child Oral Health Impact Profile (COHIP) та інші, що охоплюють широкий віковий діапазон та різні стани і, отже, можуть бути використані у дослідженнях різного профілю [72, 86].

COHIP – це версія, адаптована для дітей відповідно до критеріїв ОНІР, один із основних опитувальників для вимірювання ЯЖ ЗПР у дітей та підлітків. Цей прилад дозволяє вимірювати якість життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота дітей віком від 7 до 18 років. Оригінальний COHIP складається з 34 запитань за п'ятьма субшкалами: здоров'я порожнини рота, функціональне благополуччя, соціальне та емоційне благополуччя, шкільне середовище та самооцінка [87, 88].

Опитувальник СОНІР має декілька переваг, які значно компенсують його обмеження при використанні, як інструменту для самооцінки. Цей інструмент призначений для збору інформації про суб'єктивні сприйняття та досвід дітей щодо стоматологічного догляду. Отримані дані можуть допомогти покращити розуміння потреб і поглядів педіатричних пацієнтів. Крім того, інструмент містить підрозділи, які дозволяють проводити індивідуальні оцінки різних аспектів стоматологічного здоров'я дитини, її функціонального благополуччя, соціально-емоційного стану, шкільного середовища та самооцінки. Використовуючи цей інструмент разом з іншими індексами та клінічними характеристиками дитини, стоматологи можуть визначити мотивацію дитини до підтримки хорошого стоматологічного здоров'я під час консультацій [82].

Коротка версія СОНІР-SF була розроблена у 2012 році на виклик щодо зменшення кількості запитань. Опитувальник вміщує 19 пунктів, згрупованих за трьома субшкалами: гігієна порожнини рота (oral health), функціональний добробут (functional well-being) та соціально-емоційне благополуччя (socio-emotional well-being). Вона була визнана надійним інструментом для вимірювання якості життя, пов'язаного зі здоров'ям ротової порожнини у популяції дітей шкільного віку [86].

Коротка форма при меншій кількості часу, що витрачається на дослідження, зберігає добрі психометричні властивості оригінальної версії, розрахована на вікову групу дітей 7-18 років, підходить для лонгітюдинальних досліджень та є гарним інструментом для міжнародних порівнянь OHRQoL у дітей та підлітків [87, 88].

Методика СОНІР-SF була валідізована та показала гарні психометричні властивості на китайській, французькій, німецькій, арабській та японській популяціях дитячого населення [87 - 92]. Її гарні дискримінантні та конвергентні властивості також було підтверджено у англійській, голландській, корейській та персидській версіях [90].

Українські дослідники використовують різноманітні закордонні опитувальники для дослідження якості життя дітей, пов'язаного зі здоров'ям

ротової порожнини [5, 93 - 96], однак в доступних літературних джерелах нами не було знайдено інформації щодо їх валідазації.

ЯЖ ЗПР у дитячого населення, стає все більш затребуваним у популяційних дослідженнях. Дослідники використовували різні вимірювання для оцінки якості життя, пов'язаного зі здоров'ям ротової порожнини, деякі з яких призначені для дітей віком до 6 років, інші розраховані на більш старші вікові групи. Ці виміри зазвичай оцінюються за допомогою інтерв'ю з дітьми, які можуть говорити та писати, або шляхом заповнення анкет дітьми або їхніми батьками [97].

Сороченко Г.В. та співав. (2016), аналізуючи Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку, дійшли висновку, що вони мають потенціал для застосування у сфері охорони громадського здоров'я та наукових досліджень і можуть бути корисними для оцінки ефективності заходів первинної профілактики та аналізу якості надання стоматологічної допомоги дітям. Такі індикатори дають змогу порівнювати дані між різними регіонами України та країнами Європейського Союзу, що сприяє стандартизації системи моніторингу. Крім того, їх використання може покращити стоматологічний стан та підвищити рівень життя дитячого населення [98].

Опитувальники часто застосовують для визначення впливу стоматологічного здоров'я на якість життя дітей. Дослідження підтверджують, що такі патології, як карієс та захворювання ясен, негативно впливають на якість життя дітей, знижуючи рівень їх активності, успішність у школі та соціальну взаємодію [63, 99 - 101]. Діти з вираженими стоматологічними проблемами частіше зазнають болю, дискомфорту та порушень сну, що, у свою чергу, спричиняє психологічний стрес [65].

Відомо, що низка соціальних, поведінкових та медичних факторів суттєво впливають на стоматологічне здоров'я дітей та, відповідно, на якість їхнього життя. Зокрема, високий рівень споживання цукру, недостатня гігієна ротової порожнини та соціально-економічний статус родини є ключовими факторами ризику карієсу та інших стоматологічних захворювань [51].

Соціально-економічний статус відіграє ключову роль у формуванні стоматологічного здоров'я дитини. Дослідження показують, що діти із сімей з низьким рівнем доходу частіше мають обмежений доступ до стоматологічної допомоги, що негативно позначається на їхньому OHRQoL [52]. Особливо вразливими є діти, які перебувають під опікою [62] або мають особливі потреби чи психічні захворювання [102].

Низький рівень доходу, обмежений доступ до стоматологічної допомоги та недостатня обізнаність батьків щодо профілактики карієсу можуть суттєво погіршувати OHRQoL у дітей [67, 68, 103]. На зниження якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота впливає також негативний стоматологічний досвід [104, 105], тоді як успішне лікування зубів зменшує негативний вплив карієсу на OHRQoL [106].

Якість життя, пов'язана зі стоматологічним здоров'ям також може виступати у якості критерію оцінки ефективності стоматологічної допомоги дітям [107]. OHRQoL, що є однією з основних цілей діяльності стоматологічного громадського здоров'я, є невід'ємною частиною загального стану здоров'я та благополуччя людини і представляє собою теоретичне підґрунтя для розробки заходів із гігієни порожнини рота [108]. Вивчення OHRQoL у дитячого населення, стає все більш затребуваним у популяційних дослідженнях [109].

1.3 Підходи до поліпшення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення

Зростаючий інтерес до розуміння та удосконалення стратегій запобігання захворюванням порожнини рота призвів до того, що на теперішній час активно проводяться дослідження, які стосуються питань профілактики стоматологічних захворювань, як на індивідуальному, так і громадському рівнях. На індивідуальному рівні дослідження спрямовані на вивчення різних факторів ризику, які впливають на стан здоров'я порожнини рота, таких як дієта, гігієна, звички вживання тютюну, алкоголю тощо. Аналіз ефективності різних методів

особистої гігієни та їх впливу на профілактику стоматологічних проблем також знаходить широкий відгук у наукових дослідженнях [110].

На громадському рівні дослідження зосереджені на визначенні ефективних стратегій промоції та гігієнічної освіти щодо здоров'я порожнини рота, впровадженні профілактичних заходів у школах та громадах, а також розробці програм забезпечення доступності стоматологічної допомоги [111 - 114].

Провідною стоматологічною патологією є карієс зубів, якій зустрічається у всіх вікових групах. Боротьба із зубним карієсом на політичному рівні пов'язана із виконанням Цілей сталого розвитку Організації Об'єднаних Націй, вона дотична до виконання майже половини цілей у галузі охорони здоров'я. Незважаючи на існуючі політичні заяви, реакція з боку системи охорони здоров'я на ці запити останніми роками була слабкою і фрагментарною та не призвела до значних здобутків для здоров'я ротової порожнини [19].

Багатогранність громадського здоров'я та інтеграція стоматологічного здоров'я в системи ГЗ були концептуалізовані у Глобальній хартії громадського здоров'я, розробленої Всесвітньою федерацією асоціацій громадського здоров'я у співпраці з ВООЗ [17, 20]. Метою хартії є створення стійких, сталих та безпечних систем охорони здоров'я в усьому світі, здатних протистояти будь-яким поточним або майбутнім викликам громадського здоров'я. Вона складається з двох основних частин: послуг (захист, профілактика і промоція) та функцій (управління, адвокація, потужність та інформація) (рис. 1.2).

В теперішній час існує кілька моделей інтеграції стоматологічного громадського здоров'я в систему ОЗ країни, які варіюються залежно від країни, системи охорони здоров'я та доступності ресурсів. Часто медичне стоматологічне обслуговування дітей інтегроване у систему шкільної освіти [115, 116].

Зміцнення здоров'я порожнини рота відбувається шляхом розробки державної політики, створення сприятливого середовища, посилення діяльності громади, орієнтації служб охорони здоров'я на роботу із соціальними, біологічними, поведінковими та екологічними чинниками [117].

Доведено ефективним заходом у зменшенні стоматологічних захворювань і покращенні якості життя дітей є фторування – системне введення фтору у життєдіяльність громад. Однак цей процес може супроводжуватися певними обмеженнями, тому потрібно ретельно оцінювати баланс між користю та можливими ризиками від нього [69].



Рис. 1.2 Послуги та функції глобальній хартії громадського здоров'я [17]

Часто превентивні заходи щодо збереження здоров'я ротової порожнини у дітей, інтегровані у профілактичні стоматологічні програми для вагітних жінок та у програми боротьби із раннім дитячим карієсом, в які зазвичай входить надання доступу до фторованої води, допологовий догляд за порожниною рота, грудне вигодовування, обмеження цукру в прикормі тощо [118 - 124].

Погане здоров'я порожнини рота у дітей є не лише важливою проблемою, що призводить до зниження якості життя, але й передвісником інших клінічних станів, які мають спільні причини, зокрема соціальне неблагополуччя в ранньому віці [125]. Таким чином, ранній дитячий карієс та інші проблеми зі здоров'ям порожнини рота можна розглядати, як маркерні щодо поганого стану здоров'я дітей [16, 126].

Профілактичні стоматологічні заходи є найбільш дієвими серед дітей шкільного віку, оскільки захворювання порожнини рота серед дітей та підлітків становлять серйозну проблему для громадського здоров'я. Саме протягом періоду дитинства та юності формуються стійкі моделі здоров'язберігаючої поведінки, є дієвими переконання та настанови, пов'язані зі стоматологічним здоров'ям [127].

Коли діти шкільного віку навчаються належній гігієні порожнини рота, необхідна підтримка сімей, щоб спрямувати їх на раннє втручання, щоб батьки могли запобігти проблемам зі здоров'ям ротової порожнини своїх дітей [128]. Дослідники зазначають, що у процесі збереження стоматологічного здоров'я дітей, освіта батьків, рівень їх гігієнічної культури та підтримка родини є дуже важливою [129, 130].

Також великого значення набуває процес підвищення компетентності медичного персоналу, в тому числі і медсестринського, відокремлення окремих профілактичних спеціалізацій в стоматології та розвиток сучасних цифрових технологій, як в освіті, так і при стоматологічному обслуговуванні населення [25, 131 - 133].

Американська стоматологічна асоціація регулярно переглядає основні компетентності, які очікуються від усіх спеціалістів охорони стоматологічного здоров'я [134]. Malekmohammadi M. et al. (2023) розробляли рамку компетентностей зі стоматологічного громадського здоров'я на підставі фаховим вимог профільних спеціалістів із Великобританії, США, Австралії, Нової Зеландії, Канади та Ірландії. В результаті було запропоновано вісім компетентностей у галузі стоматологічного громадського здоров'я: здатність використовувати етичні принципи для надання культурно компетентної стоматологічної допомоги індивідам і групам населення; здатність застосовувати інформацію з наукових і загальнодоступних джерел для покращення громадського стоматологічного здоров'я; здатність описати соціальні та медичні системи та їхній вплив на стоматологічне здоров'я; здатність оцінювати ризик розвитку стоматологічних захворювань та вибирати відповідні профілактичні

заходи; здатність використовувати дані про здоров'я населення для пропаганди здорового способу життя та поліпшення якості медичних послуг; здатність співпрацювати з зацікавленими сторонами для підтримки політики, що впливає на стоматологічне та загальне здоров'я; розвивати здатність до постійного професійного навчання та лідерства в стоматологічному громадському здоров'ї; брати участь у міжпрофесійній медичній допомозі для людей різних культур та вікових груп [135].

Американські дослідники зазначають, що збільшуючи рівень компетентності в галузі стоматологічного громадського здоров'я серед випускників стоматологічних факультетів, зокрема в підходах, орієнтованих на профілактику стоматологічних захворювань на рівні популяції, замість існуючого виключного акценту на лікування, зростає кількість лікарів, здатних реагувати на потреби населення, як у державних клініках, так і в приватних практиках [136, 137].

Природа захворювань порожнини рота відображає соціально-економічну нерівність і обмеження в системі медичної допомоги, що перешкоджають справедливому доступу до ресурсів для підтримки здоров'я. Висока поширеність нелікованих стоматологічних хвороб свідчить про недоліки профілактичних і лікувальних стратегій, що вимагає нових підходів. Необхідна зміна парадигми на популяційному рівні із залученням фахівців, які працюють із НІЗ. Потрібна міжсекторальна комплексна стратегія, що поєднує соціальні, екологічні та демографічні заходи з підтримкою індивідуальних підходів [138].

В Україні прийнято низку нормативних документів, спрямованих на профілактику неінфекційних захворювань, так в Законі України «Про систему громадського здоров'я» №2573-IX від 06.09.2022 року, визначено загальні норми, що сприяють створенню умов для зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення через інтеграцію стоматологічних аспектів у загальні заходи громадського здоров'я [139]. Однак відсутнє сучасне оновлення державних програм щодо забезпечення здоров'я порожнини рота, на кшталт «Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на

2002-2007 роки» (Указ Президента України від 21 травня 2002 року №475/2002 р.) [140].

Процес забезпечення здоров'я ротової порожнини дітей та інтеграцію стоматологічного ГЗ у сектор громадського здоров'я в нашій країні ускладнює клінічна спрямованість на вирішення проблем порожнини рота через високий рівень розповсюдженості стоматологічних захворювань та швидкість перебігу патологічних процесів [4 - 11], недостатня доступність стоматологічної допомоги для дітей [141 - 143], низька зосередженість стоматологічної служби на профілактичних заходах [144], діючий процес розбудови сектору громадського здоров'я [30].

В нашій країні проводяться наукові дослідження [12 – 14 ,27, 145, 146] щодо розбудови певних аспектів стоматологічного громадського здоров'я, хоча термін Dental Public Health, що активно застосовується за кордоном, ще не набув широкого вжитку в Україні, передусім через відсутність відповідних правових, фінансових, кадрових й організаційних елементів впровадження даного напрямку діяльності в роботу системи охорони здоров'я [147, 148, 149]. Попри певні напрацювання щодо окремих аспектів розвитку системи громадського здоров'я в Україні [4 - 11, 145, 146], досліджень щодо забезпечення стоматологічного здоров'я дитячого населення на популяційному рівні бракує.

Низка, як закордонних, так і вітчизняних досліджень зазначають, що профілактика стоматологічних захворювань, особливо серед дитячого населення, є економічно ефективною [145, 146, 150]. Це знаходить підтвердження у державних профілактичних програмах певних європейських країн.

У період широкомасштабного реформування медичної галузі (2015 – 2020 рр.), коли почала стрімко скорочуватися мережа державних та комунальних закладів охорони здоров'я, що надають медичну стоматологічну допомогу в Україні, спостерігалось призупинення виділення коштів на проведення превентивних заходів, було практично повністю згорнуто профілактичні стоматологічні програми, як на державному, так і на регіональному рівнях,

зведено до мінімуму роботу з профілактики основних стоматологічних захворювань. У результаті значно погіршилася доступність стоматологічної допомоги для населення, у першу чергу соціально незахищених його верств та спостерігалось суттєве підвищення поширеності стоматологічних захворювань і, як наслідок, їх тяжких ускладнень. На теперішній час відсутня державна стратегія для побудови нової системи надання медичної стоматологічної допомоги, яка б вирішувала питання доступності та якості цих послуг, проведення профілактичних заходів передусім серед вразливих верств населення, у першу чергу – серед дітей та малозабезпечених [151, 152]. Під час воєнного стану зазначені проблеми лише загострилися через значні негативні соціально-економічні наслідки війни для розвитку країни [153].

Українськими дослідниками були запропоновані різні стратегії посилення профілактичних заходів для забезпечення стоматологічного громадського здоров'я. Так, Рубаном О.І. та Ященком Ю.Б. (2023) було обґрунтовано функціональну модель профілактики стоматологічних захворювань на індивідуальному, груповому й популяційному рівнях, що передбачає взаємодію між медичним персоналом первинної та спеціалізованої медичної допомоги для дорослого населення при запровадженні системи безперервного моніторингу стану здоров'я порожнини рота з подальшою оцінкою його результатів для прийняття управлінських рішень [27].

Пішковці А.М.М. (2023) було запропоновано функціонально-організаційну оптимізовану модель забезпечення дітей, які проживають в гірській географічній зоні, стоматологічною медичною допомогою. Модель включає в себе різноманітні сфери та організації, зокрема: владу на різних рівнях – центральну, регіональну та територіальну; систему охорони здоров'я, включаючи систему громадського здоров'я; систему освіти, охоплюючи дошкільну та загальноосвітню; мережу аптек та торговельну мережу. Для кожного учасника цієї моделі були визначені конкретні основні завдання та функції, що відповідають їх функціональним обов'язкам у впровадженні профілактики стоматологічних захворювань. Взаємодія між різними секторами і

організаціями в рамках цієї моделі є прикладом комплексного підходу в сфері охорони стоматологічного здоров'я [143, 145].

Стоматологічне здоров'я тісно пов'язане з іншими медичними аспектами. Наприклад, дослідження показали, що наявність хронічних інфекційних осередків у ротовій порожнині може сприяти розвитку інших захворювань, зокрема під час гострих респіраторних вірусних інфекцій. Тому лікарям первинної ланки рекомендується враховувати стан стоматологічного здоров'я при оцінці загального стану дитини та впроваджувати відповідні профілактичні заходи [154]. Також важливу роль відіграють поведінкові фактори, зокрема тютюнопаління серед підлітків. Дослідження вказують, що кожна п'ята молода людина є активним споживачем електронних сигарет, що збільшує ризики розвитку стоматологічних захворювань [155]. Це вимагає розробки профілактичних програм, спрямованих на зменшення поширеності шкідливих звичок серед молоді.

Здоров'я порожнини рота та загальний стан самопочуття людини безпосередньо пов'язані, тому взаємодії між системними захворюваннями та захворюваннями ротової порожнини все частіше стають об'єктом досліджень ГЗ. Хронічні неінфекційні захворювання, такі як серцево-судинні захворювання, онкологічні хвороби, діабет тощо та захворювання ротової порожнини, такі як карієс і пародонтит й інші, можуть потенційно впливати на ризик розвитку одне одного, оскільки мають спільні фактори ризику, в тому числі і соціальні, що вимагає більш ефективного інтегрального підходу до зміцнення стоматологічного громадського здоров'я [138].

Згідно Розпорядження Кабінету Міністрів України від 26 липня 2018 р. №530-р «Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку» [156] велика увага при боротьбі з НІЗ повинна відводитися забезпеченню ефективної міжсекторальної взаємодії. На необхідності співпраці різних секторів економіки наголошувалося і в останній профільній законодавчій ініціативі щодо стоматологічного ГЗ – Указі Президента України від 21 травня 2002 року

№475/2002 «Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки» [140] та Наказі Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) та Академії медичних наук України №272/58 від 18.07.2002 р. «Про затвердження Плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки» [157]. У нормативних актах знайшло відображення запровадження міжсекторальних підходів у вирішенні стоматологічних потреб населення, в тому числі і дитячого.

На думку дослідників, при розробці профілактичних програм щодо зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення що врахування регіональних особливостей здоров'я громади сприятиме розробці найбільш ефективних заходів впливу на його збереження та відновлення [28, 147,148,149].

Висновки до розділу 1

Системний аналіз літературних джерел за темою дослідження дозволяє стверджувати, що стоматологічне громадське здоров'я є важливим напрямом наукових досліджень через недостатню вивченість питань щодо його залучення у сектор громадського здоров'я та шляхів інтеграції у національну систему охорони здоров'я. Його забезпечення у дитячого населення вимагає комплексного підходу, включаючи дослідження епідеміології стоматологічних захворювань та детермінант впливу, оцінку якості життя, пов'язану зі стоматологічним здоров'ям, профілактичні стратегії, освітні програми, соціальну підтримку, політичні ініціативи тощо. Виявлення факторів ризику, впровадження ефективних методів профілактики та забезпечення доступності стоматологічної допомоги є ключовими аспектами покращення здоров'я ротової порожнини дитячого населення.

Дослідження підтверджують, що якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота, є важливим показником загального благополуччя дитячого населення. Оцінка ЯЖ ЗПР дає змогу комплексно підходити до планування стоматологічних профілактичних заходів, розробки ефективних превентивних

стратегій та втручань, спрямованих на мінімізацію негативного впливу патологій ротової порожнини на стан здоров'я дітей, їх соціальну адаптацію та подальший розвиток.

Використання стандартизованих та валідизованих опитувальників дозволяє отримати об'єктивні дані про рівень стоматологічного здоров'я та його вплив на повсякденне життя дитини. Валідизація CONIP-SF в українських умовах є необхідним кроком для отримання достовірних та адаптованих до національного контексту результатів, які дадуть змогу для його застосування під час популяційних досліджень.

Світовий досвід демонструє, що інтеграція стоматологічного громадського здоров'я у систему ГЗ та загальної політики охорони здоров'я дозволяє досягти значного покращення стоматологічного статусу дитячого населення. Важливим аспектом є також підвищення рівня компетентності медичних працівників, що працюють із дітьми, для раннього виявлення стоматологічних проблем та впровадження ефективних профілактичних заходів.

Враховуючи багатофакторну природу проблеми, доцільною є розробка, на підставі міжсекторального підходу, інтегрованої моделі зміцнення здоров'я порожнини рота у дитячого населення, з включенням основних функцій та послуг стоматологічного громадського здоров'я.

Матеріали розділу знайшли відображення у роботах автора:

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;1(99):5-13. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14620> [158].
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Сімон КІ. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. У: Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня

народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення; 27 жовтня, 2021; Харків. Харків: ХНМУ; 2021. с. 33-34 [159].

3. Коробко МЮ. Актуальні підходи для реформування та відновлення стоматологічної служби для дітей та молоді України. In: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference [Інтернет]; 20-23 February 2024; France, Paris; 2024 р. 189-194. Доступно на: <https://isg-konf.com/professional-development-theoretical-basis-and-innovative-technologies/> [160].

4. Гопак О, Ліхолетов Є, Коробко М. Внесок концепції «Лікування-освіта» у психічне та громадське здоров'я студентів Франції. У: Крячкова ЛВ. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього; 10 жовтня 2024; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2024: с. 57-59 [161].

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Завдання щодо зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення є складним та міжсекторальним, отже для його розв'язання потрібно було застосування адекватного методичного апарату.

Дослідження проводилось протягом 2020 - 2024 років на базі кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ДДМУ, науковою базою виступала університетська лікарня (на початку дослідження – відокремлений структурний підрозділ університету).

Дослідження було погоджено Комісією з питань біомедичної етики ДДМУ (протокол засідання №6 від 30.09.2020 р.).

Програму дисертаційного дослідження було розроблено із застосуванням системного підходу та аналізу у відповідності до напрямку дослідження, поставленої мети, з урахуванням об'єкту та предмету дослідження (рис. 2.1). Робота виконувалась у шість етапів, кожен з яких відповідав конкретним завданням.

Перший етап був присвячений вивченню наукових розробок щодо стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення. Було опрацьовано більше 250 інформаційних джерел, в тому числі й інформація зі спеціалізованих сайтів. При вивченні наукових джерел використовувався бібліосемантичний метод, який допоміг визначити напрямок і мету дослідження та розробити програму для досягнення поставленої цілі, що стало підставою другого етапу роботи.

На третьому етапі роботи була проведена оцінка стану стоматологічного здоров'я та організації стоматологічного обслуговування дитячого населення з використанням міжнародних і національних статистичних даних, які наявні в умовах існуючого інформаційного забезпечення.

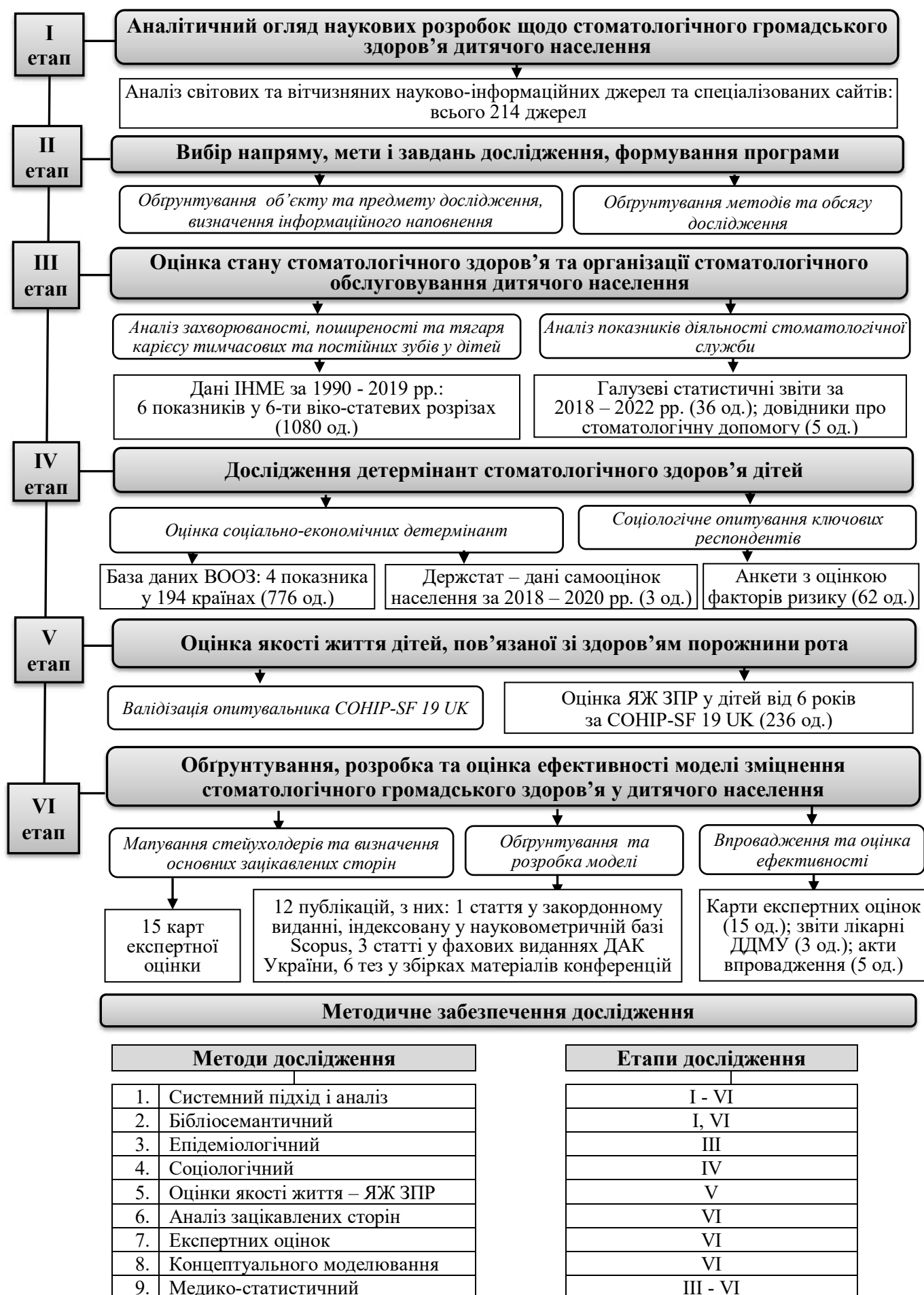


Рис. 2.1 Програма, матеріали, методи та обсяги дослідження

Нами проводилася міжнародна порівняльна оцінка захворюваності, поширеності карієсу та DALY тимчасових і постійних зубів серед дитячого населення України з 1991 по 2019 рік. Враховуючи специфіку захворювання та те, що показник років життя скоригованих на інвалідність при карієсі повністю складається із років, прожитих з неповносправністю, глобальний тягар карієсу аналізувався тільки за показником DALY.

Дані були отримані за допомогою інструмента запиту Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) (<https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>) [50]. Для порівняльного аналізу використовувалися усереднені глобальні показники та показники по східній і західній Європі. Аналіз проводився за статтю та 4-х у вікових групах з інтервалом у 5 років: до 5 років; 5 – 9, 10 – 14 та 15 – 19 років. Це вікова градація, що пропонується GBD 2019, 2021.

Захворювання порожнини рота у дітей, їх профілактика та організація стоматологічного обслуговування вивчалися за даними національної галузевої статистичної звітності Міністерства охорони здоров'я України щодо основних показників діяльності стоматологічної служби за 2018 - 2022 роки (додаток К). Застосовувалися статистичні дані системи МОЗ, представлені на сайті Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» (<http://medstat.gov.ua/ukr/statdanMMXIX.html>) та інформація з довідників «Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності» за 2018 – 2022 рр. [162 - 165].

На четвертому етапі проводилося вивчення чинників що впливають на стан стоматологічного здоров'я дітей та їх групування у детермінанти. Оцінка загальновизнаних соціально економічних чинників впливу проводилася за допомогою даних з Глобальної обсерваторії охорони здоров'я ВООЗ (<https://www.who.int/data/gho/data/indicators>).

Для аналізу доступності стоматологічної допомоги для домогосподарств із дітьми застосовувалися дані вибіркового опитування домогосподарств Державної служби статистики України за 2018 – 2020 рр. (<https://www.ukrstat.gov.ua/operativ>; додаток К) щодо самооцінки населенням

стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги [166 - 168].

Для оцінки сучасного стану, тенденцій змін та напрямів забезпечення належного рівня стоматологічного громадського здоров'я дітей було проведено опитування 62-х ключових респондентів. Критеріями при відборі ключових респондентів слугували підходи, застосовані при оцінці чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення [169]. У якості ключових респондентів обиралися лише опитані з достатнім рівнем компетентності (більше 0,7), який визначався на підставі коефіцієнта ступеня обізнаності з досліджуваною проблеми та коефіцієнта аргументованості, що розраховувалися на підставі відповідей на перевіірочні запитання.

У якості ключових респондентів виступали різні фахівці системи охорони здоров'я: стоматологи, в тому числі і дитячі – 26 осіб (41,9 %), організатори охорони здоров'я – 5 осіб (8,1 %), лікарі первинної ланки – 21 особа (33,9 %) та фахівці інших спеціальностей 10 осіб (16,1 %), які за характером і напрямками професійної діяльності, після оцінки рівня їх компетентності за відповідними коефіцієнтами, були визнані, як знавці різних аспектів забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення і бути здатні обґрунтовано відповідати на запитання на основі власного та узагальненого галузевого досвіду. Відсіювання респондентів здійснювалося за додатковими, перевіірочними запитаннями, загальна частка відхилених анкет склала 17,3 % із 75 початково наданих.

Серед ключових респондентів більшість склали жінки – 42 особи (67,7 %), середній вік опитаних становив 49,7 (95 % ДІ 47,4 - 51,9) років, більшість – 50 осіб (80,6 %) мала стаж роботи більше 20 і більше років та вищу лікарську категорію – 48 осіб (77,4 %). За статтю, віком та іншими характеристиками між групами ключових респондентів розбіжностей не було виявлено ($p > 0,05$).

Опитування ключових респондентів проводили за самостійно розробленою анкетною, застосовувався соціологічний метод (додаток Ж).

При оцінці чинників, які найбільшою мірою впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення в сучасних умовах, при формулюванні питань анкети, було використано перелік факторів, запропонований у концептуальній моделі Keyes P.H. (1962), яка була оновлена у 2007 році Fisher-Owens S.A. та співав. й адаптована у 2021 році експертами ВООЗ у практичному керівництві з ліквідації дитячого карієсу зубів [170].

На п'ятому етапі здійснювалося вивчення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота у дітей шкільного віку. Нами була проведена валідизація опитувальника COHIP-SF. Оригінальний англійський COHIP-SF 19 [167] було перекладено українською мовою (COHIP-SF 19 UK) з використанням процедури крос-культурального прямого та зворотного перекладу із залученням професійного лінгвіста та 2-х фахівців з громадського здоров'я (додаток Е).

COHIP-SF 19 UK складається, як і оригінальна версія, із 19 запитань, що утворюють 3 концептуальні підшкали: здоров'я порожнини рота (5 запитань), функціональне благополуччя (4 запитання) і соціально-емоційне благополуччя (10 запитань) та додаткового запитання щодо самооцінки здоров'я порожнини рота (питання 14 та 15 додатка Е).

Відповіді на запитання, як і в інших міжнародних дослідженнях, оцінювалися за п'ятибальною шкалою Лайкерта від «ніколи» (4 бали) до «майже постійно» (0 балів) та за зворотною шкалою для двох питань із позитивними формулюваннями. Загальний бал розраховувався шляхом підсумовування оцінок за всіма відповідями, максимально можлива оцінка складала 76 балів та відповідала найбільш високій якості життя OHRQoL [87 - 89].

В анкету також включалися запитання, що рекомендуються до застосування ВООЗ при стоматологічному обстеженні дітей для самооцінки здоров'я ротової порожнини [1], запитання загального характеру (питання 1 - 13 додатка Е) та питання World Health Organization Quality of Life 8 (WHOQOL-8) – скороченої 8 компонентної версії опитувальника якості життя ВООЗ, що використовується для швидкої оцінки якості життя в європейських країнах (питання 16 - 23 додатка Е).

Для адаптації опитувальника було проведене крос-секційне дослідження на вибірці з 236 українських школярів та учнів технікумів віком від 6 до 18 років. Включення дітей з 6 річного віку було обумовлено тим, що у Україні саме у цьому віці діти йдуть до школи і відповідними рекомендаціями щодо можливості його застосування [86 - 88].

Апробація опитувальника включала кілька етапів: збір даних з оцінки психометричних показників опитувальника; аналіз надійності та внутрішньої структури методики на підставі кореляційного та факторного аналізів; надійність повторного тестування; оцінка конвергентної та дискримінантної валідності методики.

Для оцінки надійності методики, 94 дитина (39,8%) була оглянута стоматологами, серед 70 респондентів (29,7%) через 1 місяць проводилося повторне опитування. Використовувалися рекомендації китайських фахівців щодо проведення опитування серед дитячого населення за даною анкетною [89].

Огляд стоматолога і проведення анкетування дітей у присутності батьків проводилося на базі університетської лікарні ДДМУ (на той час відокремленого структурного підрозділу), опитування дітей та молоді, які не оглядалися стоматологом проводилося на базі навчальних закладів. Перед початком дослідження було отримано інформовану згоду кожної дитини та одного з її батьків (опікунів). Відповідність дослідження вимогам Гельсінкської декларації і принципам біологічної етики та медичної деонтології підтверджено висновком Комітету з біологічної етики Дніпровського медичного університету (протокол №6 від 30.09.2020 р.).

Конвергентну валідність оцінювали шляхом оцінки кореляції між балами за COHIP-SF та самооцінкою стану ротової порожнини і загальною оцінкою якості життя за методикою WHOQOL-8 [173]. Дискримінантну валідність методики оцінювали шляхом оцінки результатів серед різних категорій обстежених (мають та не мають захворювань порожнини рота), співставленням результатів за COHIP-SF 19 та оцінкою стану порожнини рота дітей за висновками стоматологів.

Шостий етап включав обґрунтування, розробку, впровадження та оцінку ефективності концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення. Використовувалися методи аналізу зацікавлених сторін з мапуванням стейкхолдерів, експертні оцінки та концептуальне моделювання.

Для визначення переліку зацікавлених сторін було проведено пошук необхідної інформації у наявних нормативних документах та базах даних медичної і наукової літератури за допомогою бібліосемантичного методу.

Далі, методом структурованого інтерв'ю, за попередньо розробленою програмою (карта експертної оцінки – додаток II), проводилася експертна оцінка визначення основних аспектів розвитку стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні. Після опитування експертів проводилася процедура мапування стейкхолдерів, визначення пріоритетних функцій розвитку стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення та необхідних компетентностей зі стоматологічного громадського здоров'я для основних провайдерів, що представляють систему ОЗ.

Мапування стейкхолдерів або побудова карти зацікавлених сторін – це процес визначення й аналізу всіх ланок та секторів, які можуть впливати на конкретний проєкт або ініціативу. Даний підхід активно застосовується для розробки політик у сфері боротьби з НІЗ [117, 173]. У контексті нашого дослідження воно включало визначення груп, які дотичні до забезпечення стоматологічного здоров'я дітей з подальшим аналізом можливостей впливу на його зміцнення. Рівень стейкхолдерів був різноманітний – від системного, зокрема міністерства охорони здоров'я до індивідуального професійного – рівень окремих спеціалістів. Використовувався колаборативний підхід до створення карти стейкхолдерів – візуалізація на двовимірній моделі співпраці різних зацікавлених груп за рівнем інтересу та повноважень (влади), що рекомендується Україно-швейцарським проєктом «Діємо для здоров'я» для розробки різних стратегій профілактики та контролю НІЗ [174].

Матриця «влада – інтерес» (матриця О. Менделоу [175]) є різновидом класичної матриці 2×2 , що широко використовується для класифікації зацікавлених сторін на підставі їх розміщення за двома осями: від низької до високої влади (впливу) та від низької до високої зацікавленості, формуючи їх розташування у чотирьох сферах: висока влада/високий інтерес, висока влада/низький інтерес, низька влада/високий інтерес і низька влада/низький інтерес [172]. Рейтинг інтересу та впливу окремих стейкхолдерів вимірювався на підставі експертної оцінки за 5-ти бальною шкалою.

У якості експертів виступали 15 осіб – 5 організаторів охорони здоров'я, 5 дитячих стоматологів та 5 лікарів інших спеціальностей (сімейні лікарів, лікарів гігієністи та інші) з вищою лікарською категорією, 3-є із яких працювали керівниками закладів охорони здоров'я, а 7-м (40,0 %) мали науковий ступінь. Попередньо була розрахована необхідна кількість експертів (відповідала наявній) та ступінь їх компетентності більше за 0,85) із застосуванням вже апробованих раніше підходів [165].

У програму експертної оцінки були включені запитання щодо основних компетентностей, якими повинні володіти основні стейкхолдери, що є представниками системи ОЗ – сімейні лікарі, стоматологи, фахівці закладів ГЗ тощо. У якості основи було використано компетентності зі стоматологічного громадського здоров'я, що рекомендуються закордонними фахівцями для основних провайдерів із забезпечення здоров'я ротової порожнини [134].

Для досягнення поставленої у роботі мети було застосовано комплекс загальнонаукових та спеціальних сучасних методів, характерних для медико-соціального дослідження [173, 174]. Вони були взаємопов'язані і послідовно використані протягом роботи відповідно до визначених завдань (див. рис. 2.1), зокрема: системний підхід і аналіз, бібліосемантичний, епідеміологічний, соціологічний, оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, аналіз зацікавлених сторін, концептуальне моделювання, експертних оцінок, медико-статистичний.

Методологія системного підходу та аналізу була застосована на всіх етапах роботи (планування та проведення дослідження, оцінка його результатів) з метою формування та вирішення наукового завдання як об'єкта системного дослідження.

Медико-статистичний метод дослідження застосовувався з третього по шостий етап для визначення необхідного обсягу залучених вибірок, для аналізу медико-статистичної інформації й оцінки результатів дослідження.

Репрезентативність вибірових сукупностей при проведенні дослідження забезпечувалась, як типологічними властивостями вибірок (діти від 6 років, представники ОЗ), так і розрахунком необхідного обсягу спостережень (додаток Л).

Під час аналізу та оцінки результатів дослідження було використано комплекс методів описової, аналітичної і багатofакторної статистики.

Оцінка розподілення кількісних ознак визначалася за критеріями Шапіро-Уїлка (SW-W test) та Колмогорова-Смірнова (K-S test) з поправкою Ліллієфорса. Перевірка гіпотез про рівність дисперсій вибірок проводилася за критерієм Левіна.

При нормальному розподілі кількісних ознак, центральні тенденції описувалися за допомогою середньої арифметичної (M), стандартного відхилення (SD), 95 % довірчого інтервалу (95 % ДІ); при відмінному від нормального – за допомогою медіани (Me) з інтерквартильним розмахом (25 %; 75 %) або 95 % ДІ медіани.

За умов нормального розподілу для порівняння кількісних ознак в двох групах використовували двосторонній t -тест (критерій Ст'юдента) з урахуванням гомо-/гетерогенності дисперсій, у іншому випадку – критерій Манна-Уїтні (U test) для незв'язаних вибірок, і відповідно, T -критерій Ст'юдента або критерій Вілкоксона (W) для пов'язаних вибірок.

Для узагальнення якісних ознак розраховувалися відносні показники – інтенсивні або екстенсивні (%). 95 % довірчий інтервал для частот розраховувався за методом нормальної апроксимації Вальда. Для порівняльного

аналізу абсолютних, середніх та відносних величин застосовувалися показники наочності. Розрахунок середньорічних темпів приросту (убутку), оцінка трендів динамічних рядів та прогнозування проводилося методом найменших квадратів. Різниці середніх арифметичних, медіан та частот розраховувалися і описувалися із 95 % ДІ. Достовірність розбіжностей наданих у базах даних відносних показників (інтенсивних показників на 10 або 100 тис. населення) оцінювалася за 95 % довірчими інтервалами. Якщо розрахований 95 % ДІ різниці включав нуль (або 95 % ДІ перекривалися) відмінності не вважалися статистично значущими [177, 178].

Оцінка достовірності відмінностей відносних величин проводилася за допомогою критерію Хі-квадрат (χ^2) Пірсона, в тому числі з поправкою Йейтса на безперервність або за допомогою 95 % ДІ різниці частот або інших відносних показників.

Продився кореляційний аналіз з розрахунком коефіцієнтів рангової кореляції Спірмена (r_s), лінійної кореляції Пірсона (r), парціальних коефіцієнтів кореляції та коефіцієнтів детермінації r^2 .

Внутрішню узгодженість опитувальника СОНІР-SF 19 вимірювали з використанням альфи Кронбаха (Chronbach's alpha α) для загальної шкали та окремо для підшкал, коефіцієнт $\alpha \geq 0,7$ вважався показником задовільної внутрішньої узгодженості [179].

Надійність повторного тестування за СОНІР-SF 19 та погодженість думки експертів вивчалася за допомогою внутрішньокласових коефіцієнтів кореляції (Intraclass Correlation Coefficient – ICC), значення яких може коливатися від 0 до 1, де 0 вказує на відсутність узгодженості, а 1 вказує на абсолютну згоду [180].

Для перевірки факторної структури шкали СОНІР-SF 19 та для виділення детермінант впливу на здоров'я проводився факторний аналіз за методом головних компонент з Верімакс обертанням та нормалізацією Кайзера.

Для визначення дискримінаційних можливостей методики проводився ROC аналіз з визначенням чутливості (Se), специфічності (Sp) та площі під ROC кривою (area under ROC curve - AUC) з наведенням 95 % ДІ. Значення площі під

ROC кривою інтерпретували наступним чином: 0,9-1,0 – відмінна дискримінантна здатність; 0,8-0,9 – дуже добра; 0,7-0,8 – добра; 0,6-0,7 – середня; 0,5-0,6 – незадовільна; менше 0,5 – непридатна [181].

Статистична обробка проводилася за допомогою Microsoft Excel Microsoft Excel (<https://www.microsoft.com/microsoft-365/free-office-online-for-the-web>); програмного забезпечення trial software TIBCO Statistica™ 14.0.0 (<https://www.tibco.com/>) та Jupyter Notebook software (<https://jupyter.org/install>).

Значення $<5\%$ ($p < 0,05$) вважалося критично значущим при перевірці усіх статистичних гіпотез.

Висновки до розділу 2

Запропонована програма дослідження, використані у необхідних обсягах матеріали і сучасні медико-соціальні методи забезпечили отримання репрезентативних і достовірних результатів, які дозволили ефективно вирішити поставлені завдання на кожному етапі дослідження. Ці результати стали основою для обґрунтування та розробки концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення.

Підходи до вибору та обґрунтування методів дослідження опубліковані в наступних роботах автора:

1. Kriachkova LV, Korobko MY, Kyi-Kokarieva VG, Borvinko EV, Zaitsev VV, Gopak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. Wlad Lek. 2022;75(5 pt 1):1156-1161. doi: 10.36740/wlek202205119 [182].
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):27-35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04> [183].
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. Клінічна та профілактична медицина. 2024;1:79-86. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.10> [184].

РОЗДІЛ 3

АНАЛІЗ СТАНУ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ЗДОРОВ'Я ТА ОРГАНІЗАЦІЇ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

3.1 Міжнародний порівняльний аналіз тягаря основних захворювань порожнини рота у дітей

Базою для планування адекватних стоматологічних профілактичних заходів серед населення, особливо у дитячому віці, є вивчення рівня захворюваності та глобального тягаря провідного захворювання – карієсу зубів в різних вікових групах, чинників соціальної нерівності, що обумовлюють розповсюдженість стоматологічних захворювань.

Поширеність та захворюваність на карієс тимчасових зубів в Україні у 2019 році за даними ІНМЕ складала відповідно 50 111,16 (95 % ДІ 35321,31 - 65929,7) та 22 284,5 (95 % ДІ 18 023,56 – 26 469,53) на 100 тисяч дітей та молоді віком до 20 років (табл. 3.1).

Якщо захворюваність та поширеність карієсу молочних зубів в нашій країні статистично суттєво не відрізнялися від відповідних показників у Східній Європі, то порівняно з країнами Західної Європи визначався статистично суттєво вищий рівень захворюваності на карієс молочних зубів на 64,5 % ($p < 0,05$) та вищий на 48,9 % рівень поширеності карієсу молочних зубів ($p < 0,05$).

Щодо поширеності та захворюваності на карієс постійних зубів у дитячого населення, то між світовими, європейськими та українськими індикаторами не спостерігалось суттєвих розбіжностей ($p > 0,05$).

Карієс молочних зубів спричинив 8,57 (95 % ДІ 3,72 - 17,82) DALY в Україні у 2019 році серед населення до 20-ти років, що було на 10,7 % вище порівняно із загальносвітовим показником ($p > 0,05$), на 64,5 % вище порівняно із показником по Західній Європі ($p < 0,05$) та на 4,8 % менше порівняно із загальним показником по Східній Європі ($p > 0,05$).

За ранговим місцем поширеності нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років в 2019 році Україна знаходилася на 146 місці з показником 46,48 % (95 % ДІ 32,55 – 55,92), що було вище середнього значення – 41,92 % (95 % ДІ 41,03 - 42,80) на 11,3 % ($p>0,05$) та в 2,5 рази ($p<0,05$) більше мінімального показника, що спостерігався у Новій Зеландії. Розбивка територій на кварталі показала, що Україна відноситься до країн четвертого квартілю з найвищим рівнем показника (рис. 3.1). Пік захворюваності на нелікований карієс за даними міжнародних порівнянь припадає на 5–9 років [49].

Таблиця 3.1

Захворюваність, поширеність та ГТХ від карієсу молочних і постійних зубів у віці до 20-ти років в Україні порівняно зі світовими та європейськими показниками у 2019 році (за даними ІНМЕ)

Показники на 100 000 населення (95% ДІ)	Загалом у світі	Західна Європа	Східна Європа	Україна
Поширеність карієсу молочних зубів	44600,49 (30567,27 - 59038,74)	33655,45 (20294,64 - 38074,68)	51240,99 (36379,82 - 66477,15)	50111,16 (45321,31 - 65929,7)
Поширеність карієсу постійних зубів	29171,23 (20760,53 - 35811,39)	30437,31 (21659,29 - 37359,76)	29495,56 (20446,17 - 36898,78)	30550,42 (21230,84 - 38280,76)
Захворюваність на карієс молочних зубів	20176,39 (16073,33 - 24566,56)	13549,74 (10374,25 - 17172,74)	23404,91 (18839,68 - 27674,61)	22284,5 (18023,56 - 26469,53)
Захворюваність на карієс постійних зубів	17423,9 (12545,04 - 22890,53)	17258,35 (12271,49 - 23245,42)	18406,75 (13047,44 - 24181,45)	18536,74 (13274,16 - 24628,48)
DALY від карієсу молочних зубів	7,74 (3,37 - 16,51)	5,21 (2,18 - 10,6)	9,0 (3,94 - 18,62)	8,57 (3,72 - 17,82)
DALY від карієсу постійних зубів	17,49 (7,19 - 36,57)	17,33 (6,97 - 36,58)	18,54 (7,66 - 38,93)	18,66 (7,7 - 38,79)

Щодо ГТХ від карієсу постійних зубів, то він складав 18,66 (95 % 7,7 - 38,79) DALY на 100 тисяч дитячого населення і не мав розбіжностей порівняно з європейськими та середньосвітовим показником ($p>0,05$).

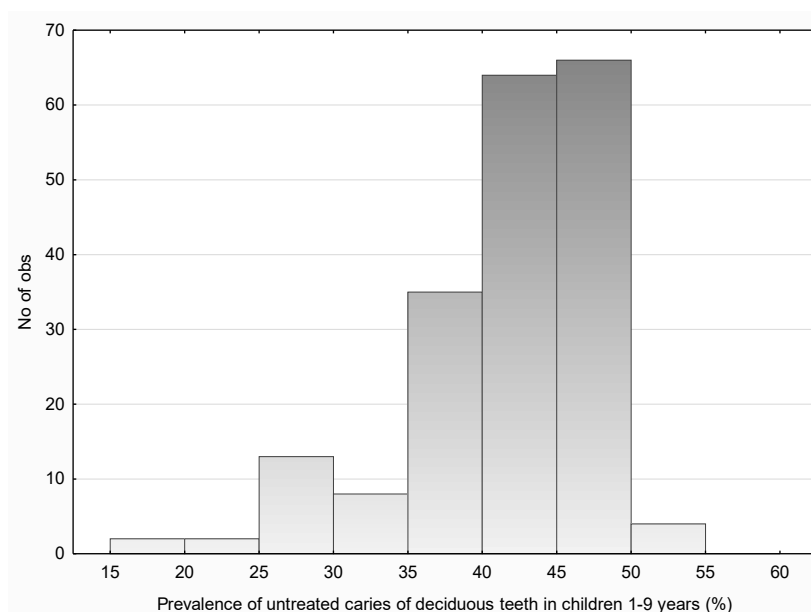


Рис. 3.1. Гістограма розподілу показника поширеності нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років у 194 країнах світу (власні розрахунки за даними ВООЗ, 2019 р.)

Щодо вікових груп, то найвища поширеність карієсу молочних зубів спостерігалася у групі 5- 9 років і складала 123,43 % (95 % ДІ 75,88 – 171,79), що суттєво перевищує значення показника ($p < 0,05$) в інших дитячих вікових групах (рис. 3.2).

Поширеність та захворюваність на карієс постійних зубів поступово підвищується зі збільшенням віку дітей та сягає найвищого рівня у 15 – 19 років коли складає відповідно 49,48 % (95 % ДІ 35,49 – 62,88) та 33,58 % (95 % ДІ 22,13 – 47,65).

Глобальний тягар від карієсу молочних зубів поступово знижувався з 17,37 (95 % ДІ 6,88 – 33,97) DALY на 100 000 населення у віковій групі до 5 років до 0,85 (95 % ДІ 0,14 – 2,27) DALY на 100 000 населення у віці 10-14 років ($p < 0,05$). ГТХ від карієсу постійних зубів навпаки, поступово збільшується від 11,71 (95 % ДІ 4,21 – 25,63) DALY на 100 000 населення у віковій групі 5 – 9 років до 33,79 (95 % ДІ 13,75 – 71,31) DALY на 100 000 населення у віці 15-19 років.

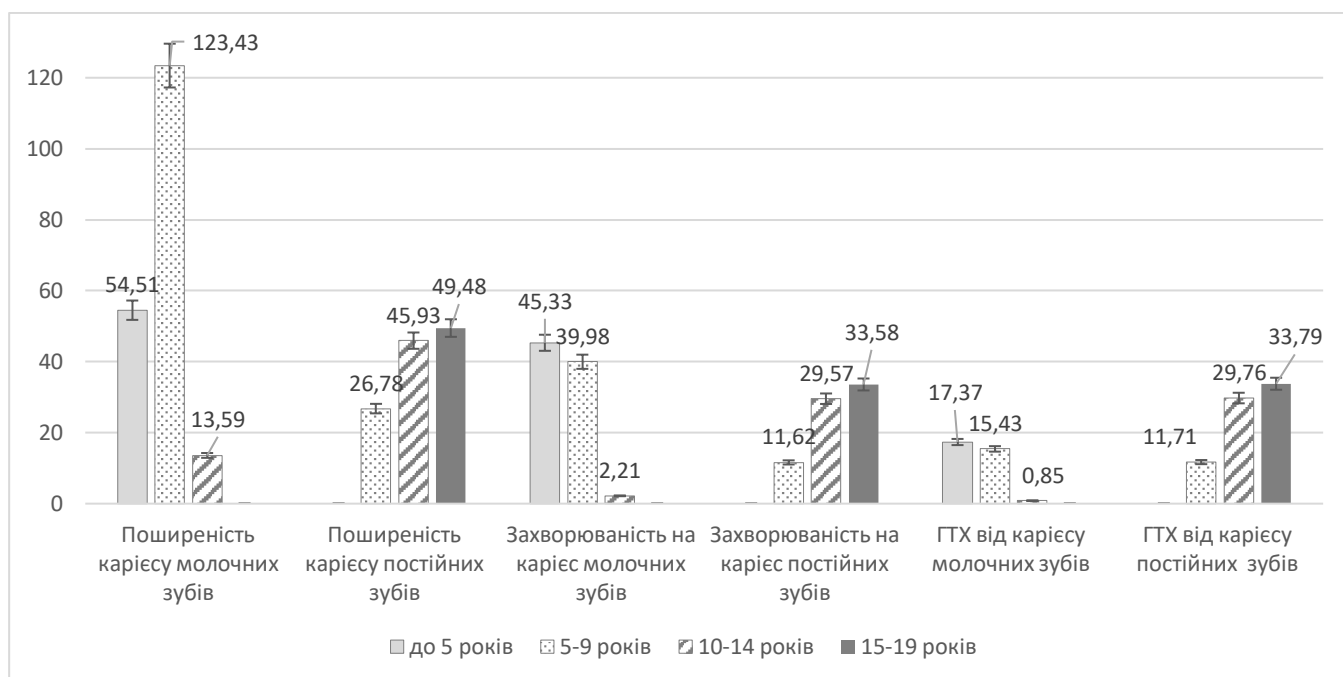


Рис. 3.2 Захворюваність (%), поширеність (%) та ГТХ (на 100 000 населення) від карієсу молочних і постійних зубів у віці до 20-ти років в Україні у 2019 році в різних вікових групах (показники з 95% ДІ за даними ІНМЕ)

У структурі розподілу за статтю випадків захворюваності, поширеності та ГТХ від карієсу молочних і постійних зубів у віці до 20-ти років незначно переважали хлопці (рис. 3.3).

У більшості вікових дитячих груп та за більшістю інтенсивних показників визначається несуттєве перевищення індикаторів у дівчат порівняно з хлопцями. Найбільші розбіжності за статтю спостерігаються за показником ГТХ карієсу постійних зубів у віці 5 – 9 років, коли показник у дівчат 12,11 (95% 4,26 - 26,75) DALY на 6,5 % перевищує показник у хлопців – 11,33 (95% 4,03 - 24,95) DALY ($p>0,05$). При цьому статистично суттєвих розбіжностей за статтю не визначалося, як за структурними, так і за інтенсивними показниками ($p>0,05$).

Щодо динаміки досліджуваних показників (табл. 3.2; рис. 3.4), то за усіма дослідженими показниками спостерігалася стабільна багаторічна динаміка без суттєвих коливань.

Захворюваність на карієс молочних зубів за 30-ти річну досліджувану динаміку у віці до 5 років зменшилася на 0,6 % порівняно з 1990 роком ($p>0,05$),

тоді як у вікових групах 5 – 9 років та 10 – 14 років незначно зросла. При цьому спостерігається середньобагаторічний тренд до незначного зниження показника. Для захворюваності на карієс постійних зубів у дитячого населення характерна протилежна тенденція – середньобагаторічна тенденція до незначного збільшення показника у всіх вікових групах.

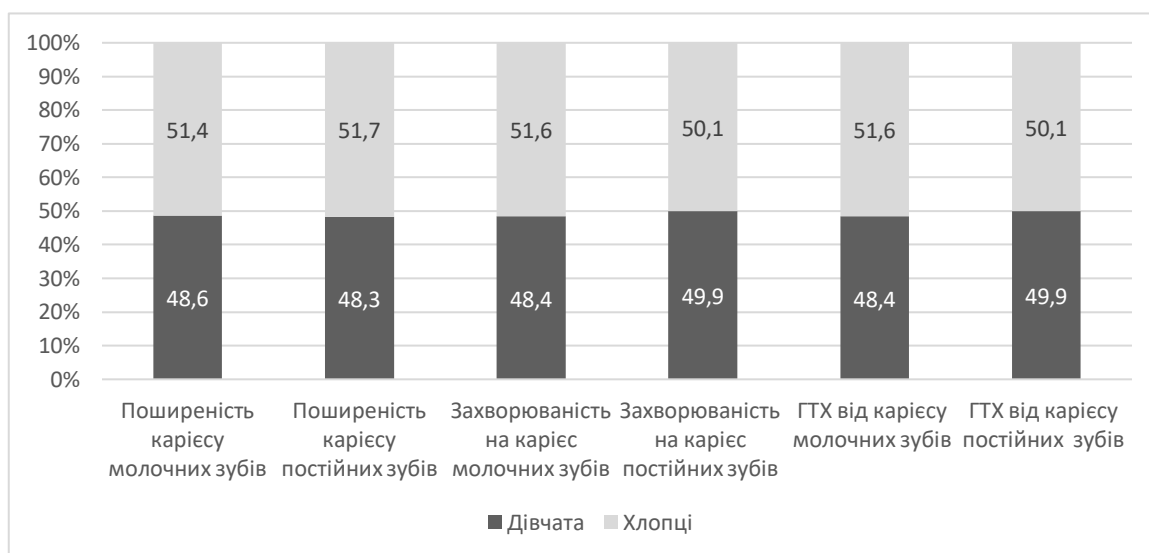


Рис. 3.3 Структура розподілу за статтю (%) випадків захворюваності, поширеності та ГТХ від карієсу молочних і постійних зубів у віці до 20-ти років в Україні у 2019 році (власні розрахунки за даними ІНМЕ)

Найсуттєвіші тенденції до збільшення глобального тягаря від карієсу зубів зафіксовано для молочних зубів дітей 5 – 9 років за рахунок того, що у період з 2010 по 2015 рік показник підвищився на 1,8 % ($p > 0,05$).

У віковій групі 15-19 років спостерігається незначне, але стабільне підвищення глобальний тягаря від карієсу постійних зубів кожних п'ять років.

Найсуттєвіший темп приросту з 1990 по 2019 рік зафіксовано у захворюваності на карієс молочних зубів дітей 10-14 років, яка зросла за 30-ти річний період на 1,1 % ($p > 0,05$). Найсуттєвіший темп зниження відзначався для поширеності та ГТХ карієсу молочних зубів до 5 років (-0,8 %) ($p > 0,05$).

Таблиця 3.2

Показники наочності щодо захворюваності, поширеності та ГТХ від карієсу молочних і постійних зубів у віці до 20-ти років в Україні у динаміці порівняно з 1990 роком (власні розрахунки за даними ІНМЕ)

Показники	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2019	СТР
<i>Захворюваність на карієс молочних зубів</i>								
до 5 років	100%	+0,7 %	-0,9 %	-4,1 %	-3,2 %	-2,2 %	-0,6 %	-0,04 %
5-9 років	100%	0	-0,2 %	0	-0,2 %	-1,5 %	+0,2 %	-0,22 %
10-14 років	100%	+2,7 %	+0,9 %	+1,7 %	-1,8 %	+1,7 %	+1,1 %	-0,05 %
<i>Захворюваність на карієс постійних зубів</i>								
5-9 років	100%	-0,3 %	+0,6 %	+1,0 %	+0,6 %	+1,3 %	0%	0,04 %
10-14 років	100%	-0,4 %	-1,0 %	-0,4 %	0 %	+0,1 %	+0,3 %	0,05 %
15-19 років	100%	-0,5 %	-1,9 %	-1,1 %	-0,3 %	-0,3 %	-0,1 %	0,08 %
<i>Поширеність карієсу молочних зубів</i>								
до 5 років	100%	+0,3 %	-1,2 %	-3,9 %	-4,0 %	-1,8 %	-0,8 %	-0,20 %
5-9 років	100%	+0,6 %	-0,1 %	-0,3 %	+0,1 %	+1,6 %	-0,3 %	0,02 %
10-14 років	100%	+1,8 %	+1,2 %	+1,9 %	-0,4 %	+1,6 %	+1,0 %	-0,01 %
<i>Поширеність карієсу постійних зубів</i>								
5-9 років	100%	+0,2 %	+2,1 %	+2,3 %	+0,1 %	+1,5 %	-0,5 %	-0,05 %
10-14 років	100%	+0,9 %	+2,9 %	+2,3 %	+0,1 %	+0,5 %	-0,1 %	-0,08 %
15-19 років	100%	+1,0 %	+3,5 %	+2,4 %	+0,9 %	+0,9 %	+0,2 %	0,01 %
<i>Глобальний тягар від карієсу молочних зубів</i>								
до 5 років	100%	+0,5 %	-1,0 %	-3,7 %	-3,6 %	-1,6 %	-0,8 %	-0,19 %
5-9 років	100%	+0,9 %	-0,1 %	-0,2 %	-0,1 %	+1,9 %	-0,3 %	0,02 %
10-14 років	100%	+2,1 %	-0,2 %	+1,2 %	-0,2 %	+1,5 %	+0,9 %	0
<i>Глобальний тягар від карієсу постійних зубів</i>								
5-9 років	100%	0 %	+2,1 %	+2,2 %	+0,1 %	+1,3 %	-0,7 %	-0,04 %
10-14 років	100%	+1,1 %	+3,0 %	+2,3 %	+0,2 %	+0,7 %	-0,2 %	-0,08 %
15-19 років	100%	+0,9 %	+3,4 %	+2,4 %	+0,8 %	+0,9 %	+0,2%	0,01 %

Примітка. СТР – середньорічний темп приросту (убутку) за 1990 – 2019 рр.

Достатньо високий рівень ГТХ від карієсу, як молочних, так і постійних зубів спостерігається у дітей віком 5 – 9 років. За даними багаторічного лінійного тренду, у 2024 році він складатиме для молочних зубів 15,51 (95 % 6,44 – 34,56) DALY, для постійних зубів 11,89 (95 % 4,04 – 24,60) DALY.

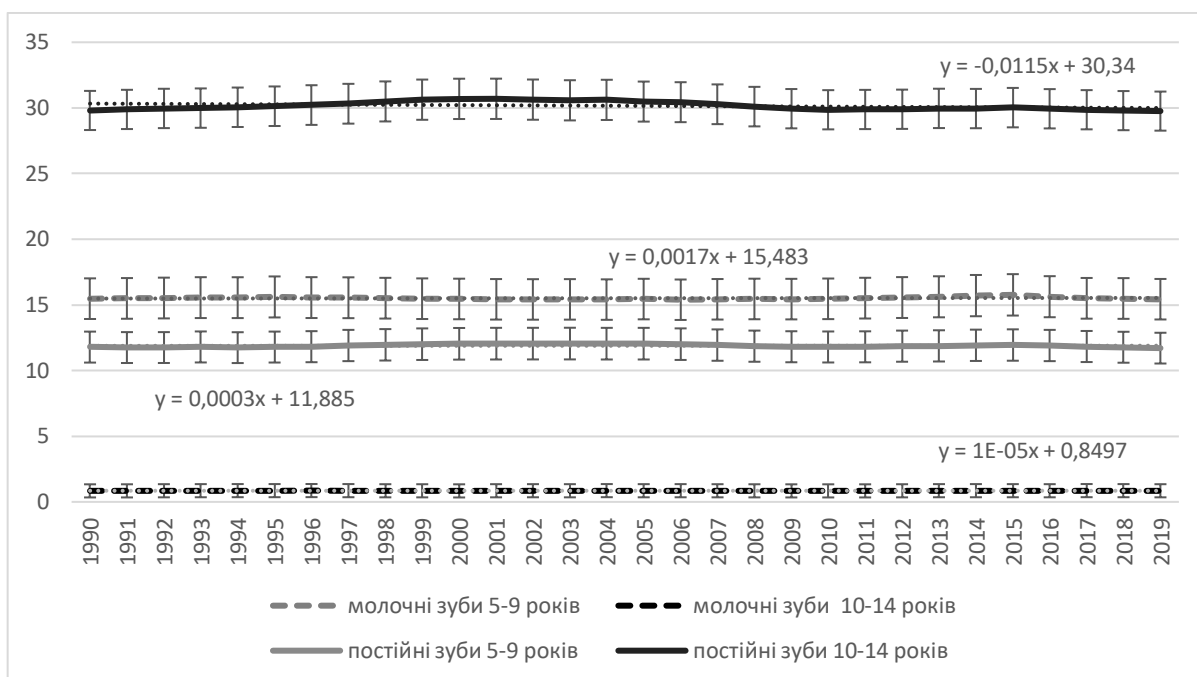


Рис. 3.4 Глобальний тягар від карієсу молочних та постійних зубів в Україні (у DALYs за даними IHME) у вікових групах 5-9 років та 10-14 років у період з 1990 по 2019 рік (на 100 000 населення та 95 % ДІ)

3.2 Аналіз організації стоматологічного обслуговування дитячого населення за даними національної галузевої статистичної звітності

Чисельність дитячих лікарів-стоматологів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилась на 28,1 % та становила 1 203 лікарів, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 47,4 % та становив 82 лікарів (табл. К.1; рис. 3.5).

Частка атестованих дитячих лікарів-стоматологів протягом 2018–2022 рр. в Україні зменшилася з 73,3 % до 72,7 %, у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 72,4 % до 86,6 %. У 2022 р. регіон займав третє рангове місце за цим показником.

Забезпеченість лікарями-стоматологами дитячого населення України за період 2018 - 2022 рр. зменшилась на 27,3 % ($p < 0,001$) та становила 0,16 на 1 000 населення віком 0-17 років у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році. У Дніпропетровській області даний показник за вказаний період

зменшився на 44,4 % ($p < 0,001$) та становив 0,15 на 1 000 населення віком 0-17 років, практично не відрізняючись від середньоукраїнського рівня.

Різниця забезпеченості дитячими лікарями-стоматологами у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України між адміністративними територіями України у 2022 році відрізнялася у 37,0 разів: від 0,01 % у Херсонській області до 0,37 % у м. Київ. При цьому найбільші темпи убутку забезпеченості дитячими стоматологами спостерігалися у Херсонській (-88,9 %) та Запорізькій (-53,3 %) областях, що пояснюється активними воєнними діями на цих територіях під час повномасштабного вторгнення. Найбільші темпи збільшення забезпечення спостерігаються у Чернівецькій (+21,1 %), Хмельницькій (+23,1 %), Кіровоградській (+44,4 %) та Рівненській (+75,0 %) областях, що скоріше за все обумовлено міграційними процесами.

Треба зазначити, що на більшості територій України у період 2018 – 2020 рр. спостерігалось збільшення забезпеченості населення дитячими стоматологами, а зниження показника фіксується, починаючи з 2021 року (рис. 3.5).

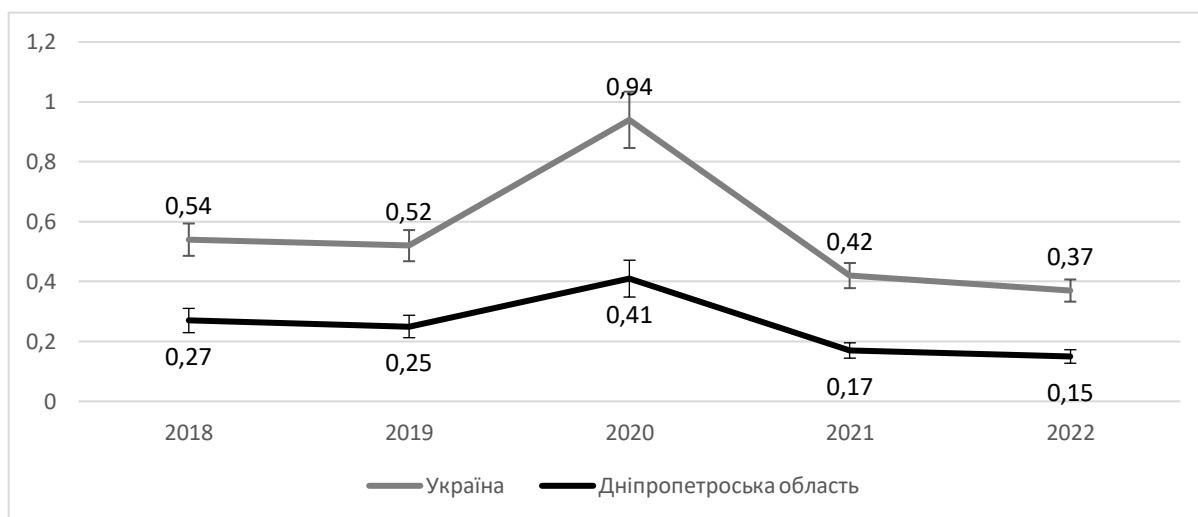


Рис. 3.5 Забезпеченість дитячими лікарями-стоматологами на 1 000 населення 0-17 років в Україні та Дніпропетровській області у 2018 – 2022 рр. (% та 95% ДІ) (проаналізовано і побудовано за даними [158 - 161])

Абсолютна кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018

– 2022 рр. в Україні зменшилась на 74,3 % ($p<0,001$) та становила 2 416 597 відвідувань, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 75,6 % ($p<0,001$) та становив 238 555 відвідувань (табл. К.2).

Кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів на одну дитину у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилася на 70,6 % ($p<0,001$) та становила 0,3 відвідування на одну дитину у 2022 році, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 76,5 % ($p<0,001$) та становив 0,4 відвідування на одну дитину, що було більше середньоукраїнського показника на 33,3 %, тоді як у 2018 році ця різниця складала 41,7 % (рис. 3.6).

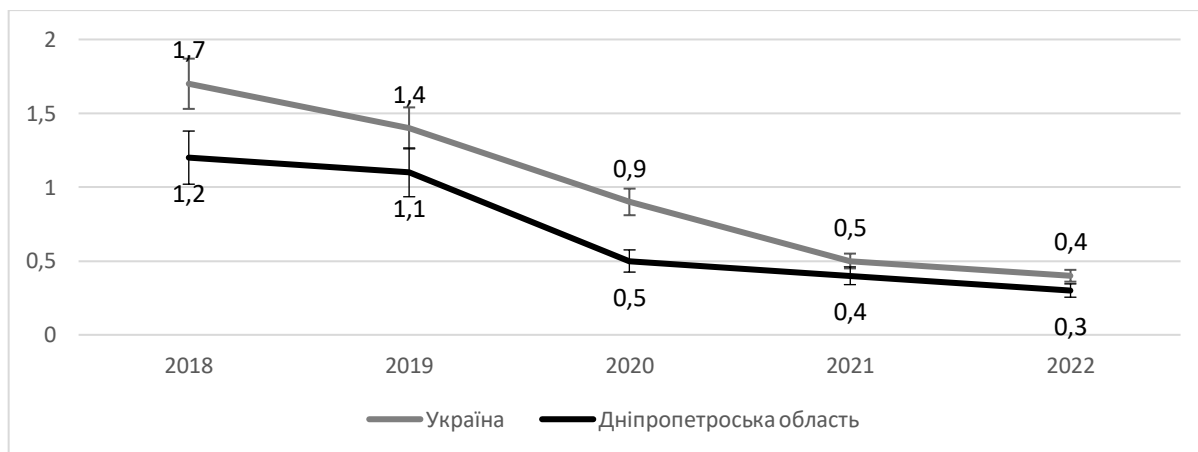


Рис. 3.6 Середня кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів на одну дитину у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України в Україні та Дніпропетровській області у 2018 – 2022 рр. (М та 95% ДІ) (проаналізовано і побудовано за даними [162 - 165])

Серед адміністративних територій України найбільша кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів на одну дитину у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Полтавській області та становила 0,7 відвідування на одну дитину. Найменші показники та найбільші темпи зниження спостерігалися у областях найбільшою мірою постраждалих від воєнних дій – Херсонській, Луганській та Донецькій областях.

Щодо кореляції між забезпеченістю дитячими лікарями стоматологічного профілю та середньою кількістю відвідувань до них на одну дитину, то наявність статистично значущого прямого зв'язку було зафіксовано лише у 2022 році спостереження (рис. 3.7) – $r=0,42$ ($p=0,034$), тоді як у інші періоди аналізу зв'язків не було виявлено.

Відсутність кореляцій в інших роках може бути пояснена різними факторами, що впливають на доступність стоматологічних послуг, змінами у суспільних та організаційних умовах, зокрема воєнним станом з другої половини 2022 року та реформуванням системи ОЗ, які впливають на забезпеченість дитячими лікарями стоматологічного профілю та кількість відвідувань до них.

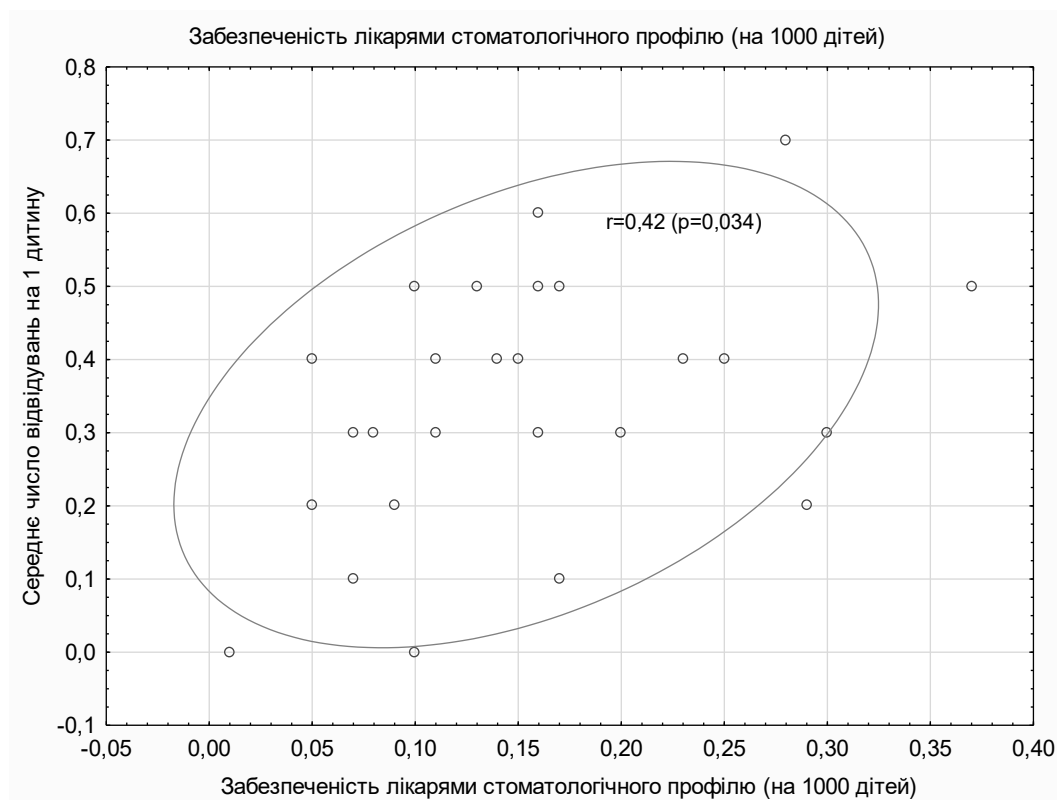


Рис. 3.7 Зв'язок між забезпеченістю дитячими лікарями-стоматологами системи МОЗ України та кількістю відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю в Україні у 2022 році (власні розрахунки за даними [161])

Кількість первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018

– 2022 рр. в Україні зменшилась на 75,6 % ($p<0,001$) та становила 1 182 874 відвідування, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 74,5 % ($p<0,001$) та становив 124 836 відвідувань (табл. К.3).

Питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 51,6 % до 48,9 % ($p>0,05$), у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 49,8 % до 52,3 % ($p>0,05$) (рис. 3.8).

Серед адміністративних територій України найбільша питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Чернівецькій області та становила 64,3 %, найменшим даний показник був у Львівській області та становив 39,1 % (табл. К.3).

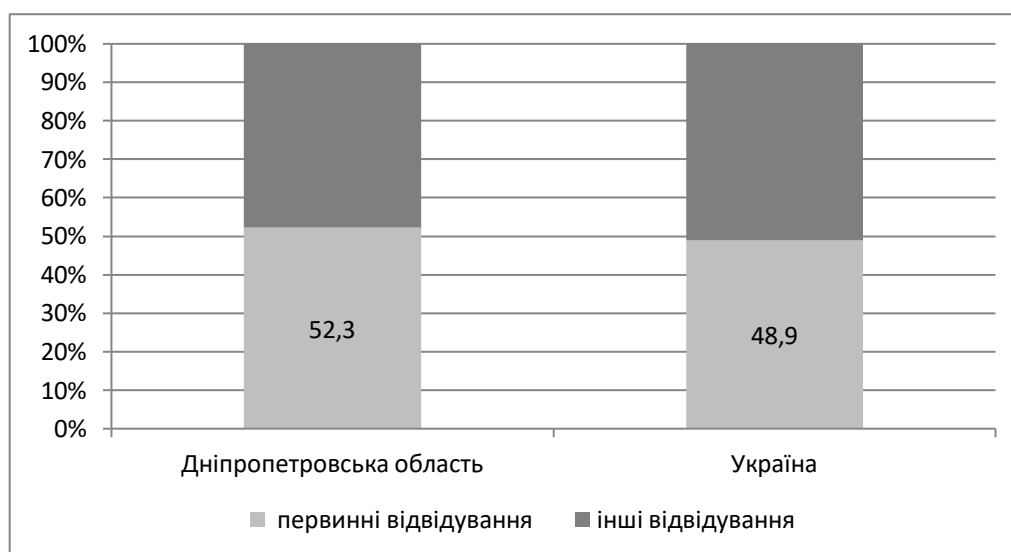


Рис. 3.8 Частка первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів (у %) в Україні та Дніпропетровській області у 2022 році (проаналізовано і побудовано за даними [165])

Кількість бюджетних стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018 – 2022 рр. в Україні

зменшилась на 97,6 % ($p < 0,001$) та становила 2 223 170 відвідувань, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 78,7 % ($p < 0,001$) та становив 208 010 відвідувань (табл. К.4). Питома вага бюджетних стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилась з 99,4 % до 92,0 % ($p > 0,05$), у Дніпропетровській області даний показник зменшився з 99,7 % до 87,2 % ($p > 0,05$). Серед адміністративних територій України найбільша питома вага бюджетних стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Луганській та Чернігівській областях та становила 100,0 %, найменшим даний показник був у Закарпатській області та становив 72,6 %.

Кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилась на 19,1 % ($p > 0,05$) та становила 377 949 відвідувань, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 10,8 % ($p > 0,05$) та становив 20 017 відвідувань (табл. К.5). Кількість первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилась на 21,4 % ($p < 0,05$) та становила 171 793 відвідувань, у Дніпропетровській області даний показник збільшився на 19,0 % та становив 11 098 відвідувань ($p > 0,05$).

Питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018 – 2022 рр. в Україні зменшилась з 46,8 % до 45,5 % ($p > 0,05$). У Дніпропетровській області даний показник збільшився з 41,6 % до 55,4 % ($p > 0,05$). Серед адміністративних територій України найбільша питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю у приватних закладах у 2022 році спостерігалась у Миколаївській області та становила 66,8 % (табл. К.6).

Кількість оглянутих у порядку планової санації дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 83,0 % ($p < 0,001$) та становила 670 070 дітей. У Дніпропетровській області даний показник зменшився на 87,9 % ($p < 0,001$) та становив 43 981 дитину. Питома вага дітей оглянутих у порядку планової санації до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 51,7 % до 9,1 % ($p < 0,001$), у Дніпропетровській області даний показник зменшився з 63,0 % до 7,9 % ($p < 0,001$). Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей оглянутих у порядку планової санації до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Хмельницькій області та становила 26,2 %, найменшим даний показник був у Херсонській області та становив 0,5 % (рис. 3.9).

Питома вага дітей оглянутих у порядку планової санації до усіх, що звернулись за стоматологічною допомогою у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 41,8 % до 27,7 % ($p < 0,05$), у Дніпропетровській області даний показник зменшився з 37,3 % до 18,4 % ($p < 0,05$). Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей оглянутих у порядку планової санації до усіх, що звернулись за стоматологічною допомогою у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Хмельницькій області та становила 48,0 %, найменшим даний показник був у Запорізькій області та становив 11,7 % (табл. К.7).

Кількість дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 78,8 % ($p < 0,001$) та становила 407 098 дітей (табл. К.8). У Дніпропетровській області даний показник зменшився на 88,0 % ($p < 0,001$) та становив 19 989 дітей.

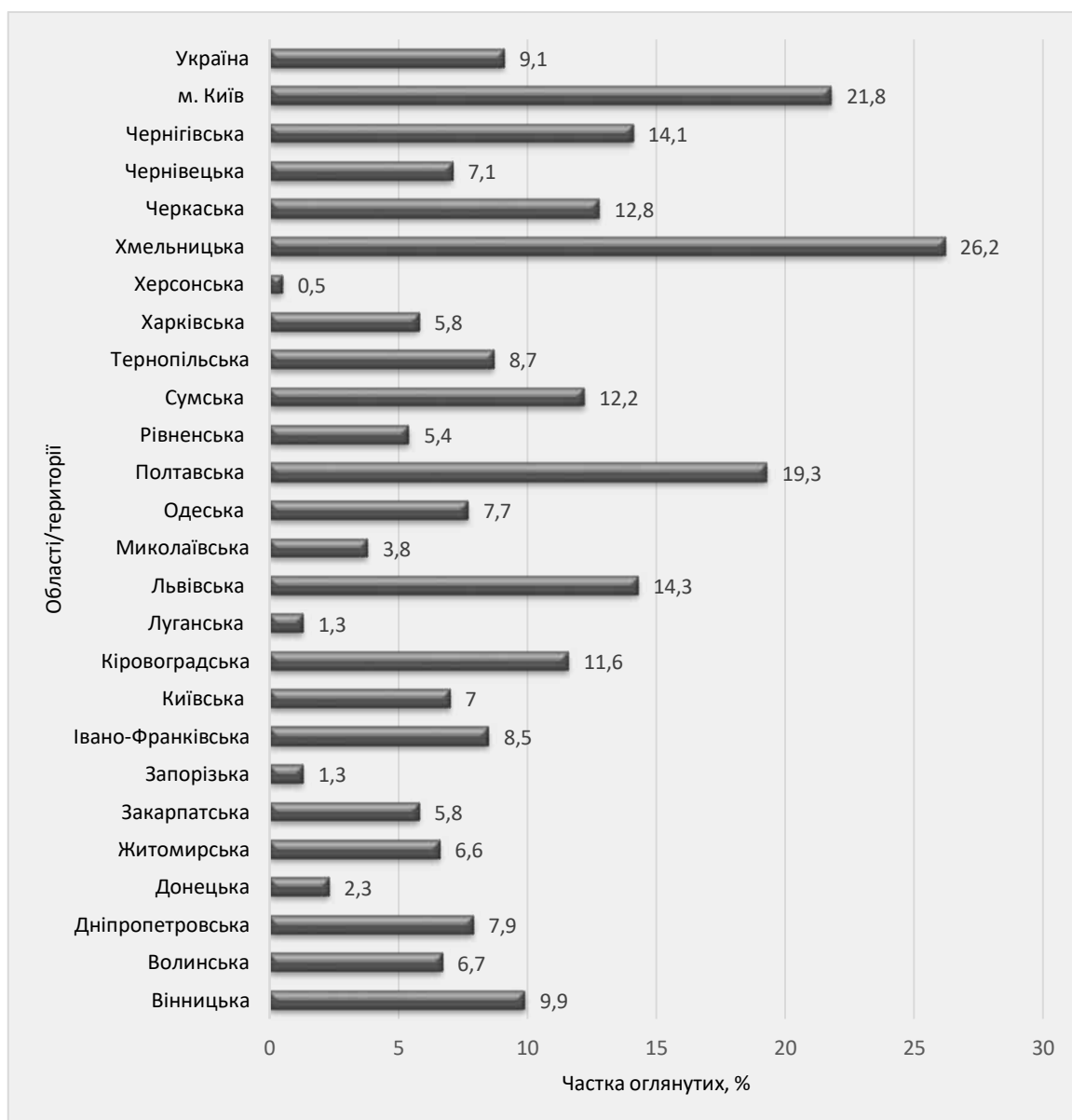


Рис. 3.9 Частка оглянутих у порядку планової санації дітей до кількості населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 р. (проаналізовано і побудовано за даними [165])

Питома вага дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 25,2 % до 5,5 %, у Дніпропетровській області – з 28,7 % до 3,6 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у

Хмельницькій області та становила 18,6 %, найменшим даний показник був у Херсонській області та становив 0,2 %.

Питома вага дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації до кількості оглянутих у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась з 48,7 % до 60,8 %, у Дніпропетровській області даний показник зменшився з 45,6 % до 45,4 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей, які потребують санації серед оглянутих у порядку планової санації до кількості оглянутих у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Закарпатській області та становила 79,7 %, найменшим даний показник був у Кіровоградській – 36,7 % (табл. К.9).

Кількість дітей санованих при плановій санації у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 80,7 % ($p < 0,001$) та становила 284 123 дітей, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 89,0 % ($p < 0,001$) та становив 17 197 дітей. Питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 76,9 % до 69,8 %, у Дніпропетровській області даний показник зменшився з 93,9 % до 86,0 %. Серед адміністративних територій України найменша питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Сумській області та становила 46,0 % (табл. 3.3; табл. К.9).

Кількість дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 74,9 % ($p < 0,001$) та становила 589 712 дітей, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 70,9 % ($p < 0,001$) та становив 68 212 дітей. Питома вага дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 30,9 % до 8,0 %, у Дніпропетровській області – з 40,5 % до 12,2 %. Серед адміністративних

територій України найбільша питома вага дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями до кількості дитячого населення у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Черкаській області та становила 16,5 %, найменшим даний показник був у Херсонській області та становив 0,4 % (табл. К.10).

Питома вага дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями до усіх відвідувань за стоматологічною допомогою у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 25,0 % до 24,4 %, у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 24,0 % до 28,6 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями до усіх відвідувань за стоматологічною допомогою у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Закарпатській області та становила 45,9 %, найменшим даний показник був у Полтавській області та становив 14,2 % (табл. К.10).

Кількість дітей санованих в порядку планової санації та за зверненнями у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 10,1 % ($p > 0,05$) та становила 127 567 дітей, у Дніпропетровській області даний показник збільшився на 20,6 % ($p < 0,05$) та становив 7 818 дітей. Кількість дітей, яким проведена планова санація у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась на 10,2 % ($p > 0,05$) та становила 41 996 дітей, у Дніпропетровській області даний показник збільшився у 2,6 рази ($p < 0,001$) та становив 2 797 дітей (табл. К.11).

Кількість дітей санованих при плановій санації у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась на 12,8 % ($p < 0,05$) та становила 34 706 дітей, у Дніпропетровській області даний показник збільшився у 3,3 рази ($p < 0,001$) та становив 2 418 дітей (табл. К.11).

Питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022

рр. в Україні збільшилась з 80,8 % до 82,6 %, у Дніпропетровській області – з 69,2 % до 86,4 %.

Таблиця 3.3

Частка дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують (у %) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України та приватних ЗОЗ, 2018 та 2022 рр. (за даними [158 - 161])

№	Адміністративні території / області	2018		2022	
		Державні ЗОЗ	Приватні ЗОЗ	Державні ЗОЗ	Приватні ЗОЗ
1	Р Крим	-	-	-	-
2	Вінницька	67,6	0,0	55,5	0,0
3	Волинська	40,9	0,0	47,0	86,9
4	Дніпропетровська	93,9	69,2	86,0	86,4
5	Донецька	74,7	57,8	49,9	77,9
6	Житомирська	67,7	0,0	77,0	69,1
7	Закарпатська	85,4	96,2	86,8	79,5
8	Запорізька	60,5	86,7	80,2	80,2
9	Івано-Франківська	80,6	90,0	62,1	74,4
10	Київська	52,9	89,3	69,0	87,0
11	Кіровоградська	86,3	0,0	80,0	0,0
12	Луганська	76,1	93,5	69,4	0,0
13	Львівська	74,7	85,7	70,2	81,1
14	Миколаївська	82,5	0,0	80,3	0,0
15	Одеська	87,3	78,4	72,6	73,0
16	Полтавська	84,3	0,0	69,5	100,0
17	Рівненська	85,7	86,8	62,5	78,8
18	Сумська	74,3	19,9	46,0	0,0
19	Тернопільська	71,1	59,1	67,4	97,7
20	Харківська	80,5	99,7	81,8	0,0
21	Херсонська	89,1	98,7	67,5	0,0
22	Хмельницька	74,3	0,0	75,1	76,2
23	Черкаська	90,2	0,0	83,0	0,0
24	Чернівецька	77,1	81,7	80,0	71,9
25	Чернігівська	84,2	0,0	63,6	100,0
26	м. Київ	65,7	76,2	65,9	85,6
27	м. Севастополь	-	-	-	-
Україна		76,9	80,8	69,8	82,6

Серед адміністративних територій України найбільша питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують у приватних закладах охорони здоров'я України у 2022 році спостерігалась у Полтавській та Чернігівській областях та становила 100 % (табл. 3.4; табл. К.11).

Кількість пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 74,0 % ($p < 0,001$) та становила 1 225 018 зубів, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 72,4 % ($p < 0,001$) та становив 111 883 зубів (табл. К.13).

Питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась з 50,1 % до 50,7 %, у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 41,5 % до 46,9 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Закарпатській області та становила 83,9 %, найменшим даний показник був у Полтавській області та становив 32,4 % (табл. К.13).

Кількість пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 18,6 % ($p < 0,05$) та становила 305 268 зубів, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 1,6 % ($p > 0,05$) та становив 14 493 зубів (табл. К.14).

Питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх стоматологічних відвідувань серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась з 80,2 % до 80,8 %, у Дніпропетровській області – з 65,6 % до 72,4 % (табл. К.14).

Кількість пролікованих зубів із ускладненим карієсом серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 62,6 % ($p < 0,001$) та становила 317 046 зубів, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 62,6 % ($p < 0,001$) та становив 29 241 зуб. Загалом кількість пролікованих зубів із ускладненим карієсом серед дітей у ЗОЗ різної форми власності скоротилася ($p < 0,001$) з 2018

по 2022 рік в Україні на 64,8 %, в Дніпропетровській області на 59,6 % (табл. К.15).

Питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась з 22,1 % до 25,9 %, у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 19,2 % до 26,1 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2022 році спостерігалась у Тернопільській області та становила 45,9 %, найменшим даний показник був у Херсонській області та становив 15,2 % (рис. 3.10; табл. К.15).

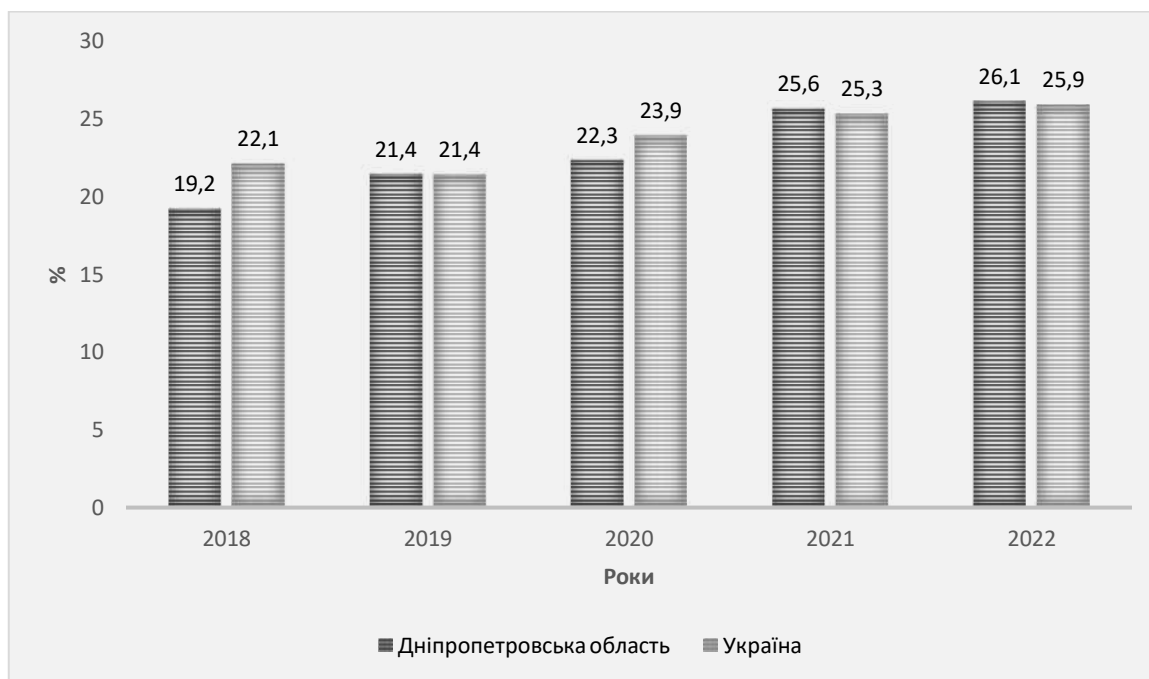


Рис. 3.10 Частка ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (у %) серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2022 рр. (проаналізовано і побудовано за даними [162, - 165])

Кількість пролікованих зубів із ускладненим карієсом серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 15,0 % ($p < 0,05$) та становила 84 439 зубів, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 4,6 % ($p > 0,05$) та становив 3 829 зубів.

Питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні збільшилась з 26,5 % до 27,7 %, у Дніпропетровській області даний показник збільшився з 24,9 % до 26,4 %. Серед адміністративних територій України найбільша питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України у 2022 році спостерігалась у Донецькій області та становила 61,2 % (табл. К.16).

Захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України між адміністративними територіями України варіює від 1,8 ‰ у Херсонській області до 100,9 ‰ у Миколаївській. За період 2018–2022 рр. в Україні показник зменшився на 69,6 % ($p < 0,001$) та становив 38,0 на 10 тисяч населення, у Дніпропетровській області – на 90,1 % ($p < 0,001$) та становив 20,3 на 10 тисяч населення (табл. К.17).

Кількість проведених курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 70,7 % ($p < 0,001$) та становила 27 951 курс лікування, у Дніпропетровській області даний показник зменшився на 90,4 % ($p < 0,001$) та становив 1 136 курсів лікування (табл. К.17).

Захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась з 15,2 ‰ до 12,3 ‰, у Дніпропетровській області даний показник збільшився у 2,1 рази ($p < 0,001$) та становив 13,7 на 10 тисяч населення. Серед адміністративних територій України найвища захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України у 2022 році спостерігалась у Львівській області та становила 85,8 ‰ (табл. К.18).

Кількість проведених курсів лікування з приводу захворювань слизової оболонки порожнини рота серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України за період 2018–2022 рр. в Україні зменшилась на 22,1 % ($p < 0,001$) та становила 9 010 курсів лікування, у Дніпропетровській області даний показник збільшився у 2,1 рази ($p < 0,001$) та становив 768 курсів лікування (табл. К.18).

Висновки до розділу 3

Показники основних захворювань порожнини рота у дітей та молоді України статистично суттєво не відрізняються від подібних у Східній Європі, проте порівняно із Західною Європою, відзначається суттєво вищий рівень захворюваності (на 64,5 %, $p < 0,05$) та поширеності (на 48,9 %, $p < 0,05$) карієсу молочних зубів. Карієс молочних зубів також має значний глобальний тягар захворювання – 8,57 DALY на 100 тис. населення до 20 років, який перевищує світовий та західноєвропейський рівні. За поширеністю нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років в 2019 році Україна знаходилася на 146 місці із 194 країн світу.

Аналіз організації стоматологічного обслуговування дитячого населення за даними національної галузевої статистичної звітності у 2018–2022 рр. виявив суттєві негативні тенденції у кадровому забезпеченні, доступності стоматологічної допомоги та обсягах наданих дітям стоматологічних послуг. Протягом цього періоду забезпеченість дитячого населення лікарями-стоматологами у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України зменшилася на 27,3 % ($p < 0,001$) до 0,16 на 1 000 дитячого населення, а у Дніпропетровській області цей показник знизився ще значніше – на 44,4 % ($p < 0,001$) до 0,15 на 1 000 дітей. При цьому в більшості регіонів України у 2018 - 2020 роках забезпеченість дитячими стоматологами зростала, проте з 2021 року спостерігалось її зниження.

Забезпеченість дитячими стоматологами відбивається на середній кількості відвідувань стоматолога дитиною ($r=0,42$; $p=0,034$ за даними 2022 р.), яка демонструє виразну тенденцію до скорочення, як у державних, так і в приватних закладах.

Зростаючі потреби у плановому профілактичному стоматологічному обслуговуванні дітей задовольняються не повною мірою, що підтверджується збільшенням частки дітей, які потребують санації у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, з 48,7% до 60,8% у 2018–2022 рр., водночас кількість санованих дітей за цей період зменшилася на 80,7% ($p < 0,001$). При цьому дана

тенденція характерна як для України в цілому, так і для Дніпропетровської області.

Зменшення обсягів стоматологічних послуг у державних закладах спричинило їх часткове заміщення приватним сектором. Так, кількість санованих дітей у державних закладах за 2018–2022 рр. скоротилася на 74,9 % ($p < 0,001$), тоді як у приватних закладах цей показник зріс на 12,8 % ($p < 0,05$), а в Дніпропетровській області – у 3,3 рази ($p < 0,001$). Водночас частка дітей, які отримали санацію в приватних клініках, зросла з 80,8 % до 82,6 % по Україні, що свідчить про поступове перетікання пацієнтів із державного у приватний сектор через зниження доступності державних стоматологічних послуг.

Зниження обсягів планової санації відбивається на збільшенні обсягів спеціалізованих стоматологічних послуг, що підтверджується збільшенням частки ускладненого карієсу серед усіх пролікованих зубів: в Україні – з 22,1 % до 25,9 %, у Дніпропетровській області – з 19,2 % до 26,1 % (2018–2022 рр.).

При проведенні аналізу відзначається також обмеження щодо наявності і якості даних про здоров'я порожнини рота дітей, відсутність достатньої кількості епідеміологічних даних, що демонструє нагальну потребу цифровізації такого моніторингу та гармонізації його з європейськими показниками при створення відповідних електронних баз даних.

Розділ написаний за матеріалами власних публікацій:

Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023; 4(73): 27 - 35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04> [183].

РОЗДІЛ 4

ДОСЛІДЖЕННЯ ФАКТОРІВ, ЩО ОБУМОВЛЮЮТЬ СТОМАТОЛОГІЧНИЙ СТАТУС ДІТЕЙ ТА ТЕНДЕНЦІЙ ЩОДО ЙОГО ЗМІН

4.1 Соціально-економічні детермінанти впливу на стан здоров'я порожнини рота дітей за даними міжнародного порівняльного аналізу

Аналіз щорічних національних витрат на душу населення (\$ США) на амбулаторну стоматологічну допомогу (державну та приватну) у 2019 році показав, що вони коливаються у діапазоні від 0,0003 \$ (Ірак) до 867,2 \$ (Монако), складаючи в середньому 54,92 (95 % ДІ 38,44 – 71,39) доларів США на рік (табл. 4.1).

Державні витрати на душу населення на стоматологічне обслуговування на рік оцінюються в Україні у 1,41 \$ США, що суттєво нижче ніж у розвинених країнах світу (Канада – 342,5 \$) та розвинених Європейських країнах (Німеччина – 372,2 \$). Подібні цифри фіксувалися у Молдові та Сирії.

Щодо залежності поширеності нелікованого карієсу молочних зубів у віці 1-9 років від даного показника (рис. 4.1), то простежуються певні закономірності: парний коефіцієнт кореляції складає $r = -0,45$ ($p < 0,001$), коефіцієнт детермінації за парціальним коефіцієнтом кореляції $r^2 = 20,8$ %. Це свідчить про підвищення частоти захворювання при зменшенні обсягу фінансування стоматологічних послуг та про те, що 20,8 % варіабельності поширеності нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років, ймовірно пояснюються розбіжностями у фінансуванні відповідних послуг. На діаграмі простежується (рис. 4.1), що дана закономірність добре спрацьовує у діапазоні виділення до 200 \$ США на амбулаторну стоматологічну допомогу на 1 особу на рік, після цього сума фінансування не має суттєвого впливу на поширеність захворювання.

Таблиця 4.1

Поширеність нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років у 2019 році в Україні і вибраних країнах світу та чинники, що впливають на його рівень (власні розрахунки за даними ВООЗ)

Території	Поширеність нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років (%)	Витрати на душу населення на стоматологічне обслуговування (\$ США)	Вживання рафінованого цукру на душу населення (г/день)	Кількість трудоднів, необхідних для придбання річного запасу зубної пасти з фтором на 1 людину
Албанія	48,55	12,66	45,15	0,54
Велика Британія	19,47	143,2	81,67	0,08
Данія	20,26	321,7	119,2	0,15
Ізраїль	38,71	201,8	91,42	0,3
Канада	38,87	342,5	94,52	0,09
Латвія	47,5	58,08	86,08	0,21
Німеччина	29,05	372,2	100,6	0,12
Нова Зеландія	18,75	106,3	131,7	0,03
Польща	45,96	44,83	120,2	н/д
Румунія	48,19	19,27	74,27	0,46
США	42,63	405,5	90,66	0,11
Молдова	48,32	1,43	49,92	н/д
Україна	46,48	1,41	91,26	н/д
Мінімальне значення	18,75	0,0003	7,4	0,03
Максимальне значення	53,21	867,2	148,2	11,82
Загалом у країнах світу (М та 95% ДІ)	41,77 (40,88 – 42,67)	54,92 (38,44 – 71,39)	69,30 (64,21 – 74,39)	1,34 (0,83 – 1,84)

Примітка. н/д – не має даних

Вживання рафінованого цукру на душу населення на день коливається від 7,4 г у Конго до 148,2 г у Барбадосі, складаючи в середньому 69,30 г (95 % ДІ 64,21 – 74,39). Українці споживають 91,26 г рафінованого цукру на день, що менше на 31,7 % середньосвітового значення ($p > 0,05$) але більше ніж у Японії в

2,1 рази ($p < 0,001$), на 11,7 % – ніж у Великобританії та на 0,7 % більше ніж в США ($p > 0,05$).

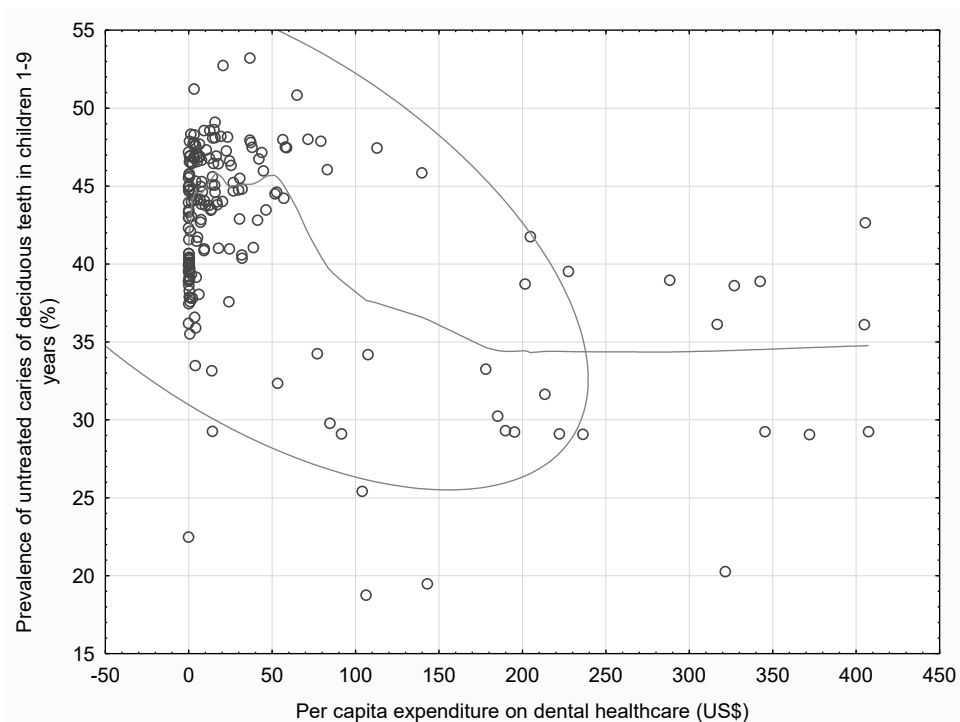


Рис. 4.1 Зв'язок поширеності нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років та витратами у \$ США на стоматологічне обслуговування на душу населення (власні розрахунки за даними ВООЗ, 2019 р.)

Вживання рафінованого цукру позначається на стані стоматологічного здоров'я, як дитячого, так і дорослого населення. Збільшення показника прямо корелює із поширеністю нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років ($r=0,31$; $p=0,027$).

Показник кількості робочих днів, необхідних для придбання рекомендованого річного запасу зубної пасти для однієї людини розраховується на основі денної зарплати найнижчого кваліфікованого державного працівника. Зубна паста з фтором класифікується як доступна, якщо потрібен один день або менше (≤ 1) робочої сили, і як недоступна, якщо потрібно більше одного дня (> 1) робочої сили, щоб придбати річний запас для однієї людини. З 77-ми країн за якими була наявна дана інформація, у 22-х (28,6 %) визначається погана доступність зубної пасти з фтором, переважно це африканські країни.

Середньосвітове значення даного показника складає 1,34 трудоднів (95 % ДІ 0,83 – 1,84), дані по Україні відсутні. Статистично значущих кореляційних зв'язків з поширеністю нелікованого карієсу дітей не було знайдено, що скоріше за все пояснюється недостатньою кількістю спостережень.

4.2 Чинники доступу домогосподарств з дітьми до стоматологічних послуг (за даними вибіркового опитування домогосподарств Державної служби статистики України)

Оцінка доступності стоматологічних послуг для дитячого населення проводилася за даними Державної служби статистики України щодо вибіркового опитування домогосподарств «Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги» у 2018 - 2020 рр. [166,167,168].

Аналіз даних вказує на те, що серед усіх домогосподарств та серед домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років найбільш розповсюдженою причиною відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога є занадто висока вартість послуг (95,1 % у 2020 році серед усіх домогосподарств та 98,0 % у 2020 році серед домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років) (рис. 4.2; табл. К.19).

Ця тенденція простежується також серед міських та сільських домогосподарств. Серед усіх міських домогосподарств та серед міських домогосподарств у складі яких є діти віком до 18 років найбільш розповсюдженою причиною відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога є занадто висока вартість послуг (97,3 % у 2020 році серед усіх міських домогосподарств та 99,3 % у 2020 році серед міських домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років) (табл. К.20). Серед усіх сільських домогосподарств та серед сільських домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років найбільш розповсюдженою причиною відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога є занадто висока вартість послуг (91,3 % у 2020 році серед усіх сільських домогосподарств та 96,2 % у 2020 році серед сільських домогосподарств).

домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років). Відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю у структурі причин відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога серед усіх сільських домогосподарств у 2020 році склала 8,0 %, серед сільських домогосподарств у складі яких є діти у віці до 18 років даний показник склав 3,0 %. (табл. К.21).

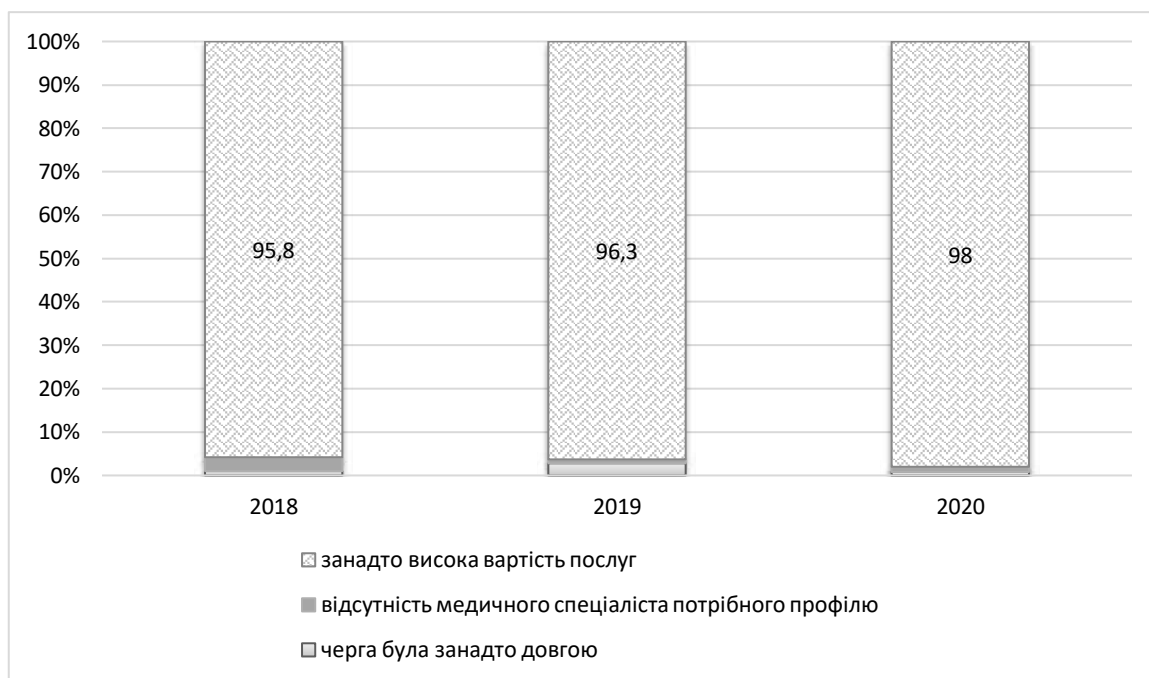


Рис. 4.2 Розподіл причини (у %) з яких хто-небудь із членів при потребі не зміг відвідати стоматолога серед сімей з дітьми віком до 18 років (проаналізовано і побудовано за даними [162 - 164])

Питома вага домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя за період 2018-2020 рр. серед усіх домогосподарств з дітьми коливалася від 17,1 % до 15,1 %, серед домогосподарств у складі яких є одна дитина даний показник коливався від 17,2 % до 14,8 %, серед домогосподарств у складі яких є двоє дітей – від 15,5 % до 16,7 %, серед домогосподарств у складі яких є троє дітей – від 24,9 % до 11,9 %, серед

домогосподарств у складі яких є четверо дітей – від 33,0 % до 27,4 %, серед домогосподарств у складі яких є п'ятеро – від 7,1 % до 3,9 %.

Питома вага занадто високої вартості послуг, як найбільш розповсюдженої причини відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога, за період 2018-2020 рр. серед усіх домогосподарств з дітьми збільшилась з 95,8 % до 98,0 %, серед домогосподарств у складі яких є одна дитина даний показник коливався від 96,2 % до 98,3 %, серед домогосподарств у складі яких є одна дитина даний показник коливався від 96,2 % до 98,3 %, серед домогосподарств у складі яких є двоє дітей – від 93,6 % до 97,1 %, серед домогосподарств у складі яких є двоє дітей – від 93,6 % до 97,1 %, серед домогосподарств у складі яких є троє дітей – від 100,0 % до 98,6 %, серед домогосподарств у складі яких є четверо дітей – від 100,0 % до 67,9 %, серед домогосподарств у складі яких є п'ятеро дітей даний показник залишився на рівні 100 % (рис. 4.3; табл. К.22).

Ранговий кореляційний аналіз показав наявність зв'язку між кількості дітей в родині та часткою домогосподарств, у яких хто небудь із членів при потребі не зміг відвідати стоматолога через занадто високу вартість послуг на рівні статистичної тенденції ($r_s=0,52$; $p=0,059$).

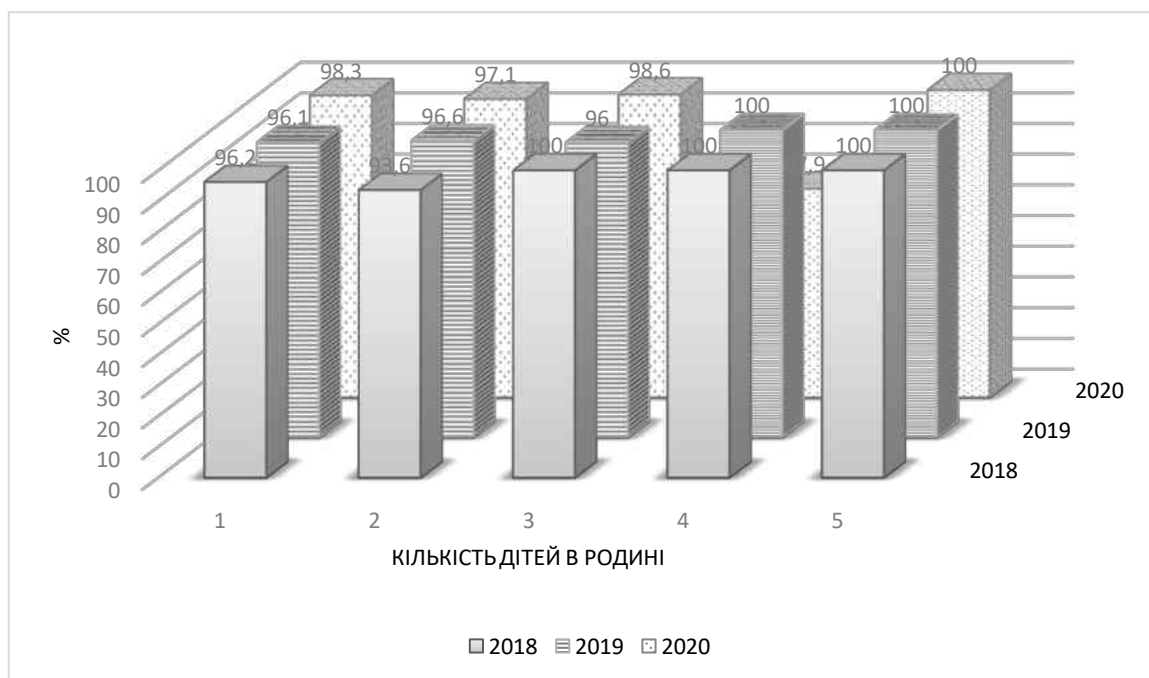


Рис. 4.3 Частка домогосподарств (%), у яких хто небудь із членів при потребі не зміг відвідати стоматолога через занадто висока вартість послуг у 2018 – 2020 рр. (проаналізовано і побудовано за даними [166 - 168])

Питома вага домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців при потребі не зміг отримати медичну допомогу, придбати ліки та медичне приладдя за період 2018-2020 рр. серед усіх домогосподарств, у складі яких є діти, які не мають одного чи обох батьків коливалася від 24,0 % до 15,6 %, серед домогосподарств, у складі яких є одна дитина, яка не має одного чи обох батьків – від 25,0 % до 16,9 %, серед домогосподарств, у складі яких є двоє дітей, які не мають одного чи обох батьків – 15,9 % до 7,8 %, серед домогосподарств, у складі яких є троє дітей – від 35,9 % до 24,8 % (табл. К.23).

Питома вага занадто високої вартості послуг, як найбільш розповсюдженої причини відсутності можливості при потребі відвідати стоматолога за період 2018-2020 рр. серед усіх домогосподарств, у складі яких є діти, які не мають одного чи обох батьків коливалася від 99,4 % до 98,8 %, серед домогосподарств, у складі яких є одна дитина – від 99,7 % до 98,6 %, серед домогосподарств, у складі яких є двоє дітей – від 96,2 % до 100,0 %, серед домогосподарств, у складі яких є троє дітей, які не мають одного чи обох батьків, даний показник становить у всіх роках спостереження 100 % (рис. 4.4; табл. К.23).

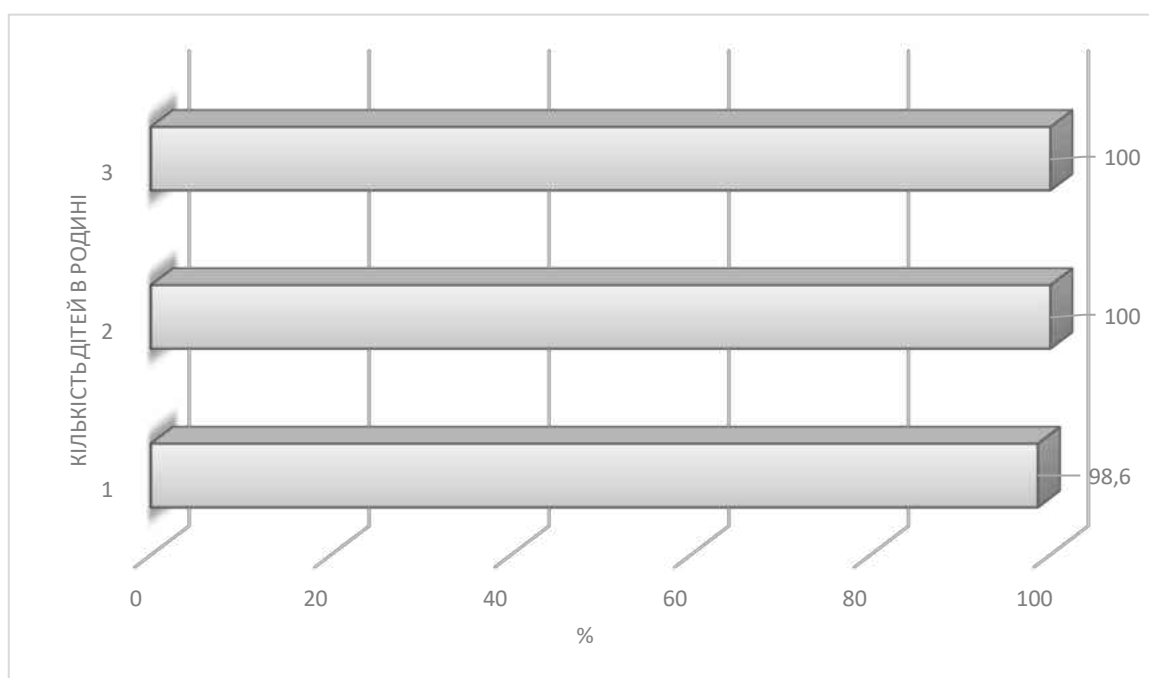


Рис. 4.4 Частка домогосподарств (%), у складі яких є діти, які не мають одного чи обох батьків, у яких хто небудь із членів при потребі не зміг відвідати

стоматолога через занадто висока вартість послуг залежно від кількості дітей у їх складі у 2020 році (проаналізовано і побудовано за даними [164])

4.3 Аналіз факторів ризику стоматологічного стану дітей та тенденцій щодо його змін (за даними соціологічного опитування ключових респондентів)

Оцінюючі узагальнене стоматологічне здоров'я дитячого населення у теперішній час (Додаток Ж) більшість ключових респондентів визначили його як середнє (51,6 % опитаних), трохи менше половини – як погане або дуже погане (41,9 %). Незначною була частка добрих оцінок (6,5 %) та зовсім не зустрічалося дуже добрих оцінок.

При оцінці змін стану стоматологічного здоров'я дитячого населення за останні 5 – 10 років більшість респондентів оцінили ці зміни, як погіршення або суттєве погіршення – 64,5 %. На відсутність змін вказав кожен 10-й респондент (9,7 %). Чверть опитаних (25,8 %) вважали, що стан стоматологічного здоров'я дитячого населення поліпшився. Однак жоден з опитаних не вказав на суттєве покращення стоматологічного стану дітей. На покращення стоматологічного здоров'я дітей вказали переважно стоматологи (87,5 %), які таким чином могли опосередковано оцінювати ефективність своєї роботи.

Щодо звернень за лікувальною стоматологічною допомогою, де оцінки стоматологів можна вважати більш об'єктивними, то 100 % опитаних стоматологів та більшість ключових респондентів (58,1 %) вважають що їх кількість збільшилася. При цьому третина опитаних (35,5 %) вказують на протилежну ситуацію – на зменшення кількості звернень за лікувальною стоматологічною допомогою дитячому населенню за останні 5 – 10 років.

При оцінці тенденцій щодо зміни частоти звернень за профілактичними стоматологічними послугами дітям у зазначений період, то переважаюча частина респондентів вказала, що вони суттєво зменшилися або зменшилися – 54,8 %. Так, як і у випадку лікувальної стоматологічної допомоги, третина ключових

респондентів (38,7 %) зазначають на збільшення звернень. Однак жоден з опитаних не вказав, профілактичні звернення суттєво збільшилися.

За даними рангового кореляційного аналізу, оцінки загального стану здоров'я порожнини рота дітей ключових експертів корелюють з оцінками тенденцій щодо його змін ($r_s=0,51$; $p<0,001$); а кількість візитів з профілактичною метою з числом звернень з лікувальною метою ($r_s=0,70$; $p<0,001$). Це слугує свідченням того, що виникнення проблем із стоматологічним статусом дітей асоціюється з профілактичними візитами до стоматолога.

Оцінка динаміки зміни стану стоматологічного здоров'я дитячого населення за останні 5 – 10 років корелювала зворотними зв'язками з віком та стажем роботи респондентів: відповідно $r_s=-0,56$ ($p<0,001$) та $r_s=-0,48$ ($p<0,001$), що є свідченням того, що більш досвідчені спеціалісти дають більш негативні оцінки зазначеним тенденціям і частина позитивних оцінок щодо зміни стоматологічного статусу може бути пояснена недостатністю багаторічного практичного досвіду деяких опитаних.

Щодо чинників впливу на стоматологічний статус дітей, то кореляційний аналіз показав, що визначається асоціація згрупованого чиннику впливу суспільства із оцінкою узагальненого стоматологічного здоров'я дитячого населення ($r_s=0,31$; $p=0,013$) та із кількістю звернень за лікувальною стоматологічною допомогою ($r_s=0,26$; $p=0,041$). Оцінка загального рівня стоматологічного здоров'я дітей також корелює із згрупованими чинниками стану дитини та характеристиками її родини (відповідно $r_s=0,37$ ($p=0,003$) та $r_s=0,30$ ($p=0,018$)).

Вплив різних факторів на стан стоматологічного здоров'я дітей розподіляється на чотири групи (табл. 4.2). На думку ключових респондентів, найбільший вплив на стоматологічне здоров'я дітей мають якість стоматологічної допомоги та рівень гігієнічної культури в суспільстві. Важливу роль відіграє також соціальне оточення, що формує звички догляду за ротовою порожниною. Менш значущими, але все ж впливовими, є суспільні ініціативи щодо здоров'я зубів, фізична безпека, соціальні зв'язки та підтримка громади.

Таблиця 4.2

Вплив різних факторів на стан стоматологічного здоров'я дітей за даними опитування ключових респондентів (у % до числа опитаних)

Фактори	Ступінь впливу (у %)					Ранг у групі за ступенем впливу
	Не впливає	Мало впливає	Середнє впливає	Сильно впливає	Максимально впливає	
Вплив суспільства						
Соціальне оточення	0	9,7	41,9	29	19,4	3
Соціальна підтримка	3,2	19,4	48,4	19,4	9,7	7
Фізична безпека	9,7	9,7	35,5	35,5	9,7	5
Характеристики системи стоматологічної допомоги	3,2	6,5	22,6	25,8	41,9	1
Ініціативи суспільства щодо зміцнення здоров'я порожнини рота (стоматологічне громадське здоров'я)	12,9	12,9	16,1	29,0	29,0	4
Соціальний капітал (якість соціальних зв'язків у суспільстві)	6,5	12,9	38,7	32,3	9,7	6
Культурні норми суспільства	3,2	6,5	29,0	32,3	29,0	2
Вплив родини						
Склад сім'ї	0	5,6	27,8	33,3	33,3	4
Соціально-економічний статус сім'ї	0	5,6	11,1	27,8	55,6	2
Фізичні умови проживання сім'ї	11,1	5,6	16,7	27,8	38,9	5
Стан здоров'я батьків	0	11,1	11,1	44,4	33,3	3
Звички та навички підтримки здоров'я, прийняті в сім'ї	0	0	5,6	16,7	77,8	1
Наявність медичної страховки з стоматології	22,2	11,1	33,3	16,7	16,7	6
Стан дитини						
Фізичні та демографічні характеристики	0	5,6	16,7	44,4	33,3	7
Біологічна та генетична схильність	5,6	5,6	11,1	44,4	33,3	5
Рівень розвитку дитини	0	0	22,2	44,4	33,3	8
Загальний стан організму дитини	0	5,6	27,8	33,3	33,3	6
Мікрофлора порожнини рота дитини	0	0	11,1	38,9	50,0	4
Навички підтримки стоматологічного здоров'я дитиною	0	0	5,6	16,7	77,8	1
Відвідування стоматолога дитиною	0	0	5,6	22,2	72,2	3
Склад харчування (дієта)	0	0	11,1	22,2	66,7	2
Екологічні чинники						
Стан довкілля, екологія	0	16,7	16,7	33,3	33,3	-

Сімейні фактори, на думку опитаних, мають вирішальне значення: звички догляду за зубами в родині є найбільш впливовими (77,8 %), значущими також є соціально-економічний статус (55,6 %) та умови проживання (38,9 %). Найменший вплив у цій групі має наявність стоматологічного страхування.

Загалом, при аналізі відповідей ключових респондентів простежується, що соціальні аспекти та сектор громадського здоров'я загалом відіграють важливу роль, але ще не досягли високого рівня впливовості в нашій країні.

Факторний аналіз (табл. 4.3) дозволив виявити найбільш значущі детермінанти, що впливають на формування стоматологічного здоров'я дитячого населення в сучасних умовах в нашій країні (рис. 4.5). В результаті виявлено п'ять груп факторів – детермінант, що визначають загальну дисперсію на 75,1 %.

Перший фактор склав 17,5 % у загальній дисперсії і виявився найбільш значущим серед усіх інших. Він включав в себе ознаки, що відносяться до медико-біологічних характеристик здоров'я дитини, серед яких найбільші факторні навантаження несуть мікрофлора порожнини рота дитини, далі у порядку убутання – біологічна та генетична схильність дитини до стоматологічних захворювань, рівень розвитку дитини, загальний стан її організму та фізичні і демографічні характеристики.

Другий фактор, який відноситься до характеристик родини дитини та способу їх життя, утворили такі ознаки, як (у порядку убутання факторного навантаження): звички підтримки здоров'я сім'ї, навички підтримки стоматологічного здоров'я дитини, склад харчування (дієта), стан здоров'я батьків та склад сім'ї. У загальній дисперсії цей фактор складав 16,4 %.

Третій фактор, що складає 15,3 % дисперсії, утворили чинники, віднесені до охорони стоматологічного здоров'я, серед яких по мірі зменшення факторного навантаження визначалися: відвідування дитиною стоматолога, характеристики системи стоматологічної допомоги, система стоматологічного громадського здоров'я та стоматологічна медична страховка.

Таблиця 4.3

**Факторна структура чинників, що впливають впливу на стан
стоматологічного здоров'я дітей, виявлених в результаті процедури
обертання**

Компоненти/складові детермінанти	Факторне навантаження				
	F ₁	F ₂	F ₃	F ₄	F ₅
Соціальне оточення	0,133	0,15	0,112	0,801	0,027
Соціальна підтримка	0,12	0,177	0,404	0,799	0,052
Фізична безпека	0,457	0,14	-0,104	0,857	0,15
Характеристики системи стоматологічної допомоги	0,584	0,173	0,767	0,322	0,209
Ініціативи суспільства щодо зміцнення здоров'я порожнини рота (стоматологічне громадське здоров'я)	0,223	-0,087	0,748	0,274	0,231
Соціальний капітал (якість соціальних зв'язків у суспільстві)	0,215	0,572	-0,061	0,172	0,54
Культурні норми суспільства	0,23	0,309	0,218	0,815	0,147
Склад сім'ї	0,566	0,771	0,329	-0,373	0,479
Соціально-економічний статус сім'ї	0,563	0,737	0,236	-0,204	0,331
Фізичні умови проживання	0,54	0,471	0,218	-0,82	0,292
Стан здоров'я батьків	0,655	0,785	0,126	0,02	0,371
Звички та навички підтримки здоров'я, прийняті в сім'ї	0,141	0,874	0,133	0,042	0,229
Медична страховка в стоматології	0,072	0,239	0,715	0,017	0,086
Фізичні та демографічні характеристики	0,701	0,601	0,048	0,2	-0,018
Біологічна та генетична схильність	0,758	-0,029	0,314	0,396	0,2
Рівень розвитку	0,739	0,414	0,24	-0,108	0,08
Загальний стан організму дитини	0,735	0,36	0,168	0,245	0,196
Мікрофлора порожнини рота	0,796	0,048	-0,159	0,217	0,207
Навички підтримки стоматологічного здоров'я дитиною	0,25	0,832	0,139	0,031	0,219
Відвідування стоматолога дитиною	0,258	0,014	0,891	-0,007	0,099
Склад харчування (дієта)	0,528	0,794	0,007	-0,04	0,149
Стан довкілля, екологія	0,651	0,08	0,414	0,053	0,709
Факторна вага (%)	17,5	16,4	15,3	13,8	12,1

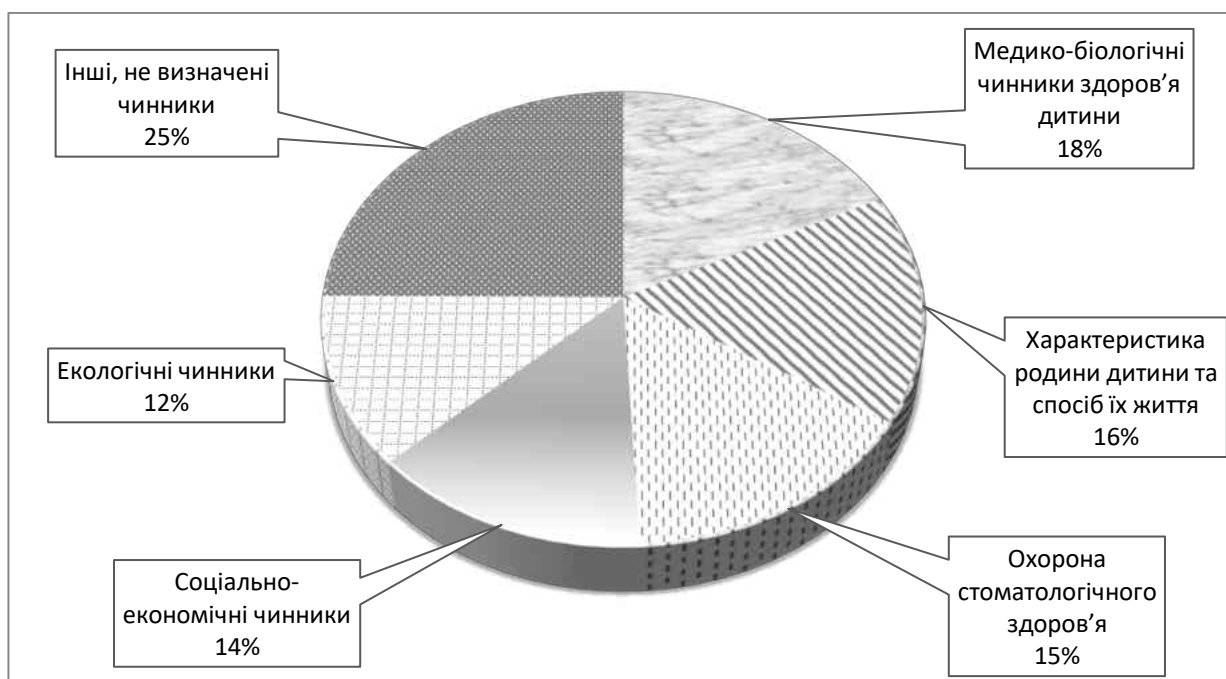


Рис. 4.5 Детермінанти впливу на стан стоматологічного здоров'я дітей за даними факторного аналізу результатів опитування ключових респондентів (у %)

Четвертий фактор – соціально-економічні детермінанти, що складав 13,8 % дисперсії об'єднав у собі фізичну безпеку, фізичні умови проживання, культурні норми суспільства, соціальне оточення та соціальну підтримку. П'ятий фактор з факторним навантаженням у 12,1 % зайняли екологічні чинники. Щодо частки невизначним чинників – вона склала 24,9 %.

Комплексний характер впливу на стоматологічне здоров'я дитячого населення вимагає об'єднання зусиль різних провайдерів медичних та профілактичних послуг. Тому нашим ключовим респондентам було запропоновано відповісти на питання щодо важливості взаємодії різних зацікавлених сторін у зміцненні стоматологічного ГЗ дітей (табл. 4.4). Найвищі оцінки (90,3 % максимальних оцінок) отримала взаємодія родини та лікаря стоматолога, а також родини та сімейного лікаря (61,3 % максимальних оцінок). Менші, але також достатньо високі оцінки отримала взаємодія родини та освітніх закладів (58,1 % оцінок взаємодії, як важливої та дуже важливої) стоматологічних закладів з центрами первинної медичної допомоги та закладами

із забезпечення громадського здоров'я – центрами контролю та профілактики хвороб, центрами громадського здоров'я (відповідно оцінки взаємодії як важливої та дуже важливої 77,4 % та 64,5 %).

Таблиця 4.4

Ступінь важливості взаємодії різних зацікавлених сторін щодо питань дитячого стоматологічного здоров'я за даними опитування ключових респондентів (у % до числа опитаних)

Взаємодія зацікавлених сторін	Ступінь важливості (у %)					Me (25%; 75%)
	Зовсім не важливо	Мало важливо	Середнє важливо	Важливо	Дуже важливо	
Родини та лікаря стоматолога	0	0	3,2	6,5	90,3	5 (5,0; 5,0)
Родини та сімейного лікаря	0	0	12,9	25,8	61,3	5 (4,0; 5,0)
Родини та освітніх закладів	0	6,5	35,5	25,8	32,3	4 (3,0; 5,0)
Стоматологічних закладів та центрів первинної медичної допомоги	0	6,5	16,1	41,9	35,5	4 (4,0; 5,0)
Стоматологічних закладів та закладів з громадського здоров'я	0	9,7	25,8	25,8	38,7	4 (3,0; 5,0)
Центрів первинної медичної допомоги та закладів з громадського здоров'я	6,5	19,4	22,6	25,8	25,8	4 (3,0; 5,0)

Недостатньо високо оцінили взаємодію центрів первинної медичної допомоги та закладів із забезпечення громадського здоров'я (частка оцінок важливості до середнього рівня включно – 48,5 %). Враховуючи великий потенціал взаємодії закладів з відносно невеликими оцінками важливості співпраці на ниві стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, потрібне посилення взаємодії родин з освітніми закладами та закладів ГЗ з закладами первинної медичної допомоги. Однак більшість респондентів вважають доречною всі зазначені вище види взаємодії, розбіжності торкаються лише ступеню її важливості, однак вони не набувають статистично значущого рівня ($p > 0,05$).

Висновки до розділу 4

Вживання рафінованого цукру та незначні державні витрати на стоматологічне обслуговування (1,41 доларів США на рік в Україні порівняно із середньосвітовим значенням 54,92 (95 % ДІ 38,44 – 71,39) \$ США на рік) позначаються на стоматологічному здоров'ї дитячого населення, корелюючи із поширеністю нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років – відповідні коефіцієнти кореляції $r=0,31$ ($p=0,027$) та $r=-0,45$ ($p<0,001$). Значущий вплив на захворюваність карієсом мають й інші соціально-економічні фактори, такі як доступність зубної пасти із фтором.

Зменшення фінансування стоматологічної допомоги на одну людину за рік підвищує рівень нелікованого карієсу у дітей, пояснюючи 20,8 % варіабельності показника. Вплив фінансування помітний до 200 \$ США на душу населення, після чого його ефект знижується.

Було встановлено, що основною причиною неможливості отримати стоматологічну допомогу серед українських домогосподарств з дітьми є занадто висока вартість послуг (98,0 % у 2020 році). Ситуація погіршується при збільшенні кількості дітей в родині та відсутності в сім'ї одного або обох батьків. Це підтверджує загальносвітові тенденції щодо залежності доступності медичних послуг від рівня державного фінансування та соціальних програм.

Аналіз сучасного стану стоматологічного здоров'я дитячого населення ключовими респондентами свідчить про його загальне погіршення, що підтверджується негативною динамікою за останні 5–10 років (64,5 % опитаних). Практично усі респонденти (93,5 %) оцінюють стоматологічний статус дітей як середній або незадовільний. Вони відзначають, що частота звернень за лікувальною допомогою зросла (58,1 %), тоді як звернення з профілактичною метою зменшилися (54,8 %), що свідчить про недостатню профілактичну активність.

Факторний аналіз дозволив виокремити п'ять ключових детермінант формування стоматологічного здоров'я дітей: медико-біологічні характеристики, сімейні фактори, доступність стоматологічної допомоги,

соціально-економічні умови та екологічні чинники. Сукупно вони пояснюють 75,1 % загальної дисперсії стоматологічного здоров'я дітей.

Взаємодія між родиною, сімейними лікарями та стоматологами визнана важливою для покращення ситуації. Водночас, потенціал співпраці між освітніми закладами, закладами первинної медичної допомоги та системою громадського здоров'я залишається недостатньо реалізованим.

Розділ написаний за матеріалами власних публікацій:

Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023; 4(73): 27 - 35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04> [183]

Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;1(99):5-13. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14620> [158].

Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Визначення стоматологічного статусу школярів та молоді великого промислового міста для розробки комплексних профілактичних програм. In: The VII International Science Conference «Modern trends in development science and practice»; 2021 Nov 02-05; Varna, Bulgaria. p. 298-299. doi: 10.46299/ISG.2021.II.VII [185].

РОЗДІЛ 5

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ДІТЕЙ, ПОВ'ЯЗАНОЇ ЗІ ЗДОРОВ'ЯМ ПОРОЖНИНИ РОТА ЗА ВАЛІДИЗОВАНИМ ОПИТУВАЛЬНИКОМ CONIP-SF 19 UK

5.1 Валідизація опитувальника оцінки профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини CONIP-SF 19 UK

Якість життя, пов'язана зі здоров'ям порожнини рота є однією з основних цілей діяльності стоматологічного громадського здоров'я, невід'ємною частиною загального стану здоров'я та благополуччя людини і представляє собою теоретичне підґрунтя для розробки заходів із гігієни порожнини рота [108]. Профілактичні стоматологічні заходи є найбільш дієвими серед дітей шкільного віку, оскільки захворювання порожнини рота серед дітей та підлітків становлять серйозну проблему для громадського здоров'я. Саме протягом періоду дитинства та юності формуються стійкі моделі здоров'язберігаючої поведінки, є дієвими переконання та настанови, пов'язані зі стоматологічним здоров'ям [127].

Стоматологічне громадське здоров'я повинно розвиватися на підставі системного підходу із використанням механізмів зворотного зв'язку [48], який можна здійснювати на підставі опитувань населення, визначення його якості життя та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота (oral health-related quality of life).

Для виконання завдань дослідження було проведено кросс-секційне валідизаційне дослідження на вибірці з 236 українських дітей віком від 6 до 18 років за перекладеною та адаптованою для завдань дослідження версією опитувальника (додаток Е) CONIP-SF 19 UK. Оцінювалися психометричні характеристики опитувальника, зокрема його надійність та внутрішня структура. Аналіз включав кореляційний і факторний аналіз, обчислення коефіцієнта внутрішньої узгодженості (альфа Кронбаха – Cronbach's alpha), оцінку надійності повторного тестування (внутрішньокласовий коефіцієнт кореляції:

Intraclass Correlation Coefficient – ICC). Також було проведено аналіз конвергентної та дискримінантної валідності опитувальника.

Відповідно до теоретичної моделі, при проведенні факторного аналізу, ми вибрали 3-факторне рішення, що у підсумку пояснило 65,5 % дисперсії даних. Матриця факторних навантажень після Варімакс обертання Factor Loadings (Varimax raw) повністю відповідає теоретичній моделі: всі пункти відносяться до своїх шкал із навантаженнями: 0,23 – 0,88. Три питання, 6-те, 16-те та 19-те мали найменше факторне навантаження ($<0,3$); питання 1, 5, 8, 11, 12, 14 та 15 мали найбільше факторне навантаження ($>0,7$).

Внутрішня узгодженість для загального балу COHIP-SF 19 UK загалом та за окремими субшкалами наведена у таблиці 5.1. Внутрішня узгодженість для загального балу COHIP-SF 19 UK за Chronbach's alpha склала $\alpha=0,71$, для Functional well-being – $\alpha=0,78$, для Socio-emotional well-being – $\alpha=0,82$, для Overall COHIP-SF 19 – $\alpha=0,89$, що вважається достатнім рівнем ($\alpha>0,7$). Значення альфи Кронбаха не збільшувалося, якщо якийсь із елементів був видалений.

Таблиця 5.1

Аналіз внутрішньої надійності COHIP-SF 19 UK загалом та кожної субшкали окремо

Шкала (кількість питань)	Коефіцієнт α Кронбаха	95% нижня межа ДІ	Ефект виключення змінних
Oral health – Здоров'я порожнини рота (5)	0,71	0,66	0,62 - 0,66
Functional well-being – Функціональний добробут (4)	0,78	0,74	0,70 - 0,75
Socio-emotional well-being – Соціально-емоційне благополуччя (10)	0,82	0,79	0,77 - 0,81
Загальний COHIP-SF 19 (19)	0,89	0,87	0,79 - 0,88

Всі кореляції між елементами опитувальника були позитивними і варіювалися від 0,22 до 0,79 для COHIP-SF 19 та його субшкал, Надійність при повторних випробуваннях за Intraclass Correlation Coefficient становила для

загального тесту COHIP-SF 19 UK $ICC=0,81$ ($p<0,001$); для субшкал oral health – $ICC=0,87$ ($p<0,001$), functional well-being – $ICC=0,80$ ($p<0,001$), socio-emotional well-being – $ICC=0,64$ ($p<0,001$), що свідчить про хорошу надійність повторних випробувань.

Дискримінантна валідність оцінювалася шляхом порівняння результатів, отриманих за COHIP-SF 19 UK та окремими субшкалами з результатами обстеження у стоматолога, який визначав наявність або відсутність проблем зі здоров'ям ротової порожнини (рис. 5.1). Оцінка показала наявність статистично значущої різниці у результатах за COHIP-SF 19 UK ($p<0,05$).

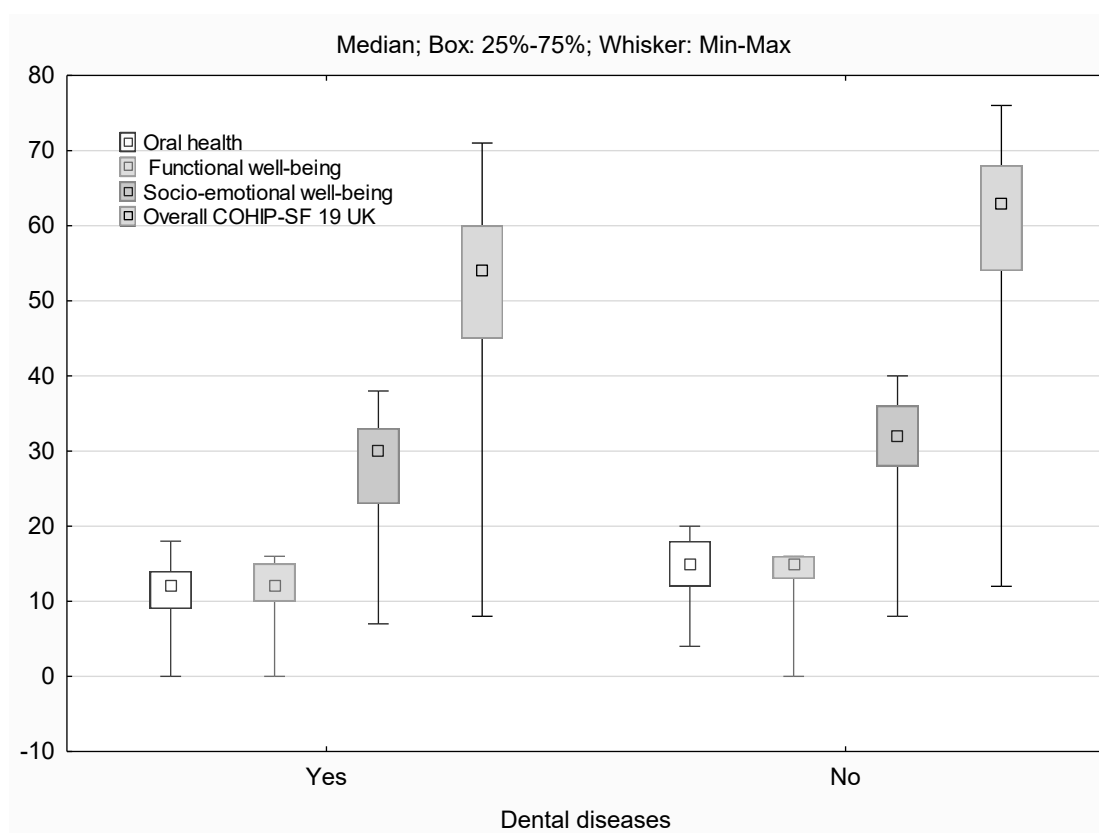


Рис. 5.1 Середня оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота за опитувальником COHIP-SF 19 UK та його субшкалами у обстежених в залежності від наявності чи відсутності захворювань порожнини рота

Дискримінантна валідність була оцінена за допомогою ROC аналізу (рис. 5.2), який показав її хороші, статистично значущі ($p<0,001$) діагностичні характеристики: чутливість $Se=80,1\%$; специфічність $Sp=71,1\%$; площа під ROC кривою $AUC=0,722$ (95 % ДІ 0,661 - 0,779).

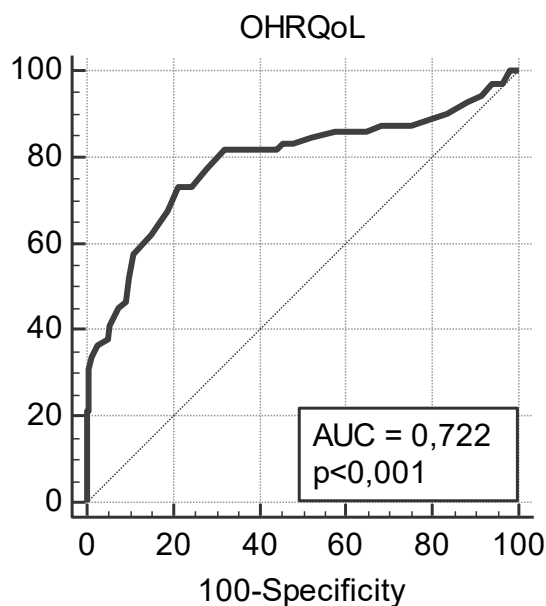


Рис 5.2 Результати ROC аналізу щодо дискримінантної валідності опитувальника COHIP-SF 19 UK

Оцінка конвергентної валідності (табл. 5.2) показала, що усі коефіцієнти кореляції між COHIP-SF 19 UK, його підшкалами та самооцінкою здоров'я ротової порожнини були статистично значущими ($p < 0,05$), позитивними та коливалися у діапазоні 0,21 - 0,53 ($p < 0,05$).

Найвищі коефіцієнти кореляції були між загальним балом COHIP-SF 19 UK та окремими підшкалами з самооцінкою здоров'я ротової порожнини. Найвищий показник кореляційного зв'язку виявлено між суб'єктивним (сприйняттям) здоров'я порожнини рота та шкалою «Здоров'я порожнини рота» – $r_s = 0,53$ ($p < 0,001$).

Між усіма субшкалами COHIP-SF 19 UK та оцінками якості життя за опитувальником WHOQOL-8 було виявлено статистично значущі кореляційні зв'язки, найбільший із загальною оцінкою якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота за опитувальником COHIP-SF 19 UK – $r_s = 0,30$ ($p < 0,001$).

Доведена достатня надійність повторного тестування, конвергентна та дискримінантна валідність методики, наявність кореляційного зв'язку показників COHIP-SF 19 UK із самооцінкою здоров'я та якістю життя дітей,

дозволила провести детальну оцінку якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота у 236 українських дітей віком від 6 до 18 років.

Таблиця 5.2

Кореляційний аналіз між суб'єктивною оцінкою стану ротової порожнини, загальною оцінкою якості життя за WHOQOL-8 із загальним показником за CONIP-SF 19 UK та його субшкалами

Шкала	Оцінка загального здоров'я		Оцінка здоров'я порожнини рота		Оцінка якості життя за WHOQOL-8)	
	r_s	p	r_s	p	r_s	p
Здоров'я порожнини рота	0,26	0,014	0,53	<0,001	0,28	<0,001
Функціональний добробут	0,28	0,006	0,48	<0,001	0,21	<0,001
Соціально-емоційне благополуччя	0,32	0,001	0,31	<0,001	0,26	<0,001
Загальний CONIP-SF 19	0,33	<0,001	0,31	<0,001	0,30	<0,001

5.2 Оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота у дітей від 6 років

Середній вік обстежених школярів та підлітків склав 11,3 роки з 95 % довірчим інтервалом 95 % ДІ 10,9 – 11,6 років, Із загального числа обстежених було 58,9% дівчат та 41,1% хлопців; 61,0% проживали у містах, 39,0 % – в сільській місцевості,

Найбільша частка опитаних – 147 осіб (62,3 %) навчалася у середній школі, 53 респонденти (22,5 %) – у закладах вищої освіти, 36 осіб (15,3 %) – у коледжах або технікумах, Батьки (опікуни) опитаних мали різний рівень освіти, найчастіше зустрічалася вища освіта: у жінок в 134 (56,8 %) випадків, у чоловіків – у 105 (44,5 %),

Загалом обстежені оцінили здоров'я своєї порожнини рота (рис. 5.3) як погане – 6 учасників (2,5%), задовільне – 43 (18,2%), посереднє – 57 (24,2%),

добре – 103 (43,6%) та дуже добре 27 (11,4%), Отже, майже половина обстежених (44,9 %) вважають стан здоров'я порожнини рота недостатньо добрим.

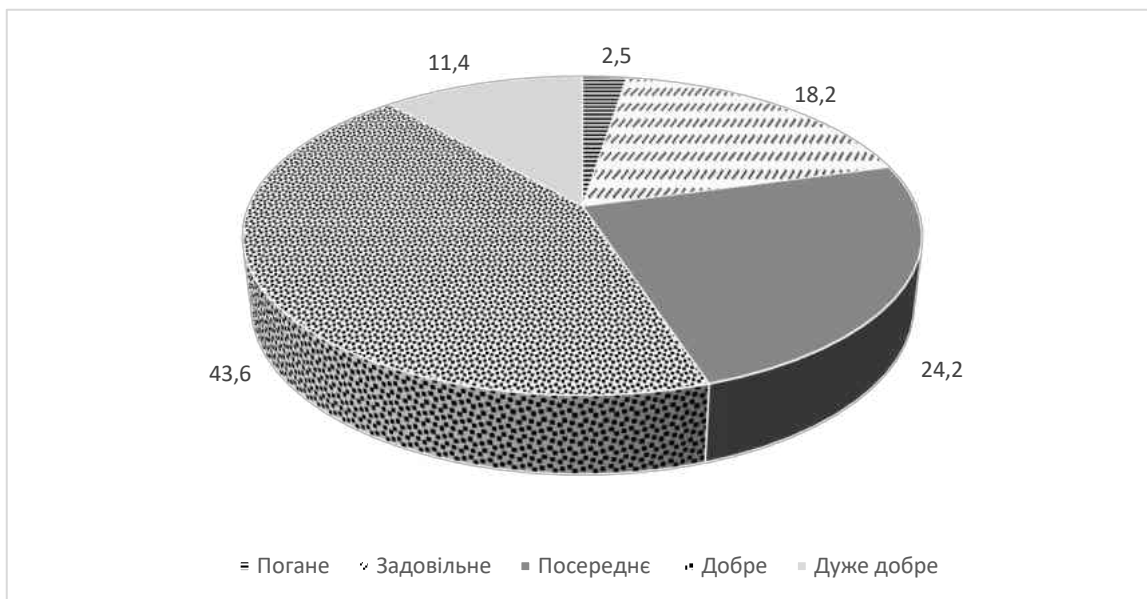


Рис. 5.3 Структура самооцінок стану власного здоров'я ротової порожнини у опитаних дітей та молоді за CONIP-SF (у % до числа опитаних)

Серед 94 обстежених із числа оглянутих стоматологом, у 31 (33,0 %; 95 % ДІ 23,6 % - 43,5 %) були виявлені захворювання органів ротової порожнини.

Загальний стан свого здоров'я за WHOQOL-8 учасники дослідження оцінили як дуже поганий та поганий – 17 осіб (7,2 %), задовільний – 75 (31,8 %), добрий – 103 (45,8 %) та дуже добрий 36 (15,3%). Між самооцінками стану загального здоров'я та здоров'я ротової порожнини виявлено прямий, статистично значущий кореляційний зв'язок – $r_s=0,30$ ($p<0,001$). Це свідчить про те, що діти, які оцінюють своє загальне здоров'я як погане, зазвичай також негативно оцінюють стан здоров'я ротової порожнини і навпаки. Загальну якість життя за WHOQOL-8 обстежені оцінили як погану та дуже погану – 5 осіб (2,1 %), ні погану, ні добру – 56 (23,7 %), гарну – 125 (53,0 %), дуже гарну 50 (21,2 %). Спостерігалася наявність кореляційного зв'язку між самооцінками якості життя та оцінками здоров'я ротової порожнини ($r_s=0,24$; $p<0,001$).

Дослідження за CONIP-SF показало (табл. 5.3), що стоматологічні проблеми мають суттєвий вплив на якість життя дітей та молоді.

Таблиця 5.3

**Розподіл відповідей дітей та молоді на запитання щодо ЯЖ ЗПР за
опитувальником COHIP-SF 19 UK (у % до числа опитаних)**

Запитання профілю впливу	Розподіл відповідей, n (%)				
	Ніколи	Майже ніколи	Інколи	Досить часто	Майже весь час
1, Відчував(-ла) зубний біль	2 (0,8%)	6 (2,5%)	88 (37,3%)	74 (31,4%)	66 (28,0%)
2, Мав(-ла) криві зуби або щілини між зубами	27 (11,4%)	25 (10,6%)	69 (29,2%)	31 (13,1%)	84 (35,6%)
3, Страждав(-ла) від виразок або хворобливих утворень у роті чи навколо нього	3 (1,3%)	11 (4,7%)	59 (25,0%)	52 (22,0%)	111 (47,0%)
4, Мав/мала неприємний запах з рота	7 (3,0%)	13 (5,5%)	87 (36,9%)	71 (30,1%)	58 (24,6%)
5, Була кровоточивість ясен	6 (2,5%)	12 (5,1%)	72 (30,5%)	54 (22,9%)	92 (39,0%)
6, Відчував(-ла) смуток або дискомфорт через стан зубів, рота чи обличчя	8 (3,4%)	11 (4,7%)	50 (21,2%)	38 (16,1%)	129 (54,7%)
7, Пропускав(-ла) навчання через проблеми із зубами, ротом або обличчям	3 (1,3%)	4 (1,7%)	22 (9,3%)	41 (17,4%)	166 (70,3%)
8, Почував(-лася) впевнено завдяки стану зубів, рота чи обличчя	47 (19,9%)	32 (13,6%)	62 (26,3%)	43 (18,2%)	52 (22,0%)
9, Були труднощі з вживанням улюблених продуктів через проблеми із зубами, ротовою порожниною або обличчям	4 (1,7%)	8 (3,4%)	41 (17,4%)	51 (21,6%)	132 (55,9%)
10, Відчував(-ла) занепокоєння чи тривогу через стан зубів, рота або обличчя	6 (2,5%)	10 (4,2%)	51 (21,%)	60 (25,4%)	109 (46,2%)
11, Мав(-ла) труднощі з концентрацією уваги в навчальному закладі через зуби, рот або обличчя	3 (1,3%)	4 (1,7%)	22 (9,3%)	33 (14,0%)	174 (73,7%)
12, Уникав(-ла) посмішок або сміху з іншими дітьми через стан зубів, рота чи обличчя	5 (2,1%)	5 (2,1%)	21 (8,9%)	45 (19,1%)	160 (67,8%)
13, Мав(-ла) проблеми зі сном через зуби, рот або обличчя	4 (1,7%)	6 (2,5%)	14 (5,9%)	40 (16,9%)	172 (72,9%)
14, Зазнав(-ла) образи, знущання або дражніння з боку інших дітей через зуби, рот або обличчя	2 (0,8%)	3 (1,3%)	12 (5,1%)	36 (15,3%)	183 (77,5%)
15, Вважав(-ла) себе привабливим(-ою) через стан зубів, рота чи обличчя	72 (30,5%)	29 (12,3%)	62 (26,3%)	46 (19,5%)	27 (11,4%)
16, Відчував(-ла), що виглядаєш інакше через зуби, рот чи обличчя	8 (3,4%)	14 (5,9%)	54 (22,9%)	40 (16,9%)	120 (50,8%)
17, Іншим було важко розуміти вас через проблеми з вимовою	6 (2,5%)	9 (3,8%)	34 (14,4%)	37 (15,7%)	150 (63,6%)
18, Відчував(-ла) труднощі з підтриманням чистоти зубів	4 (1,7%)	5 (2,1%)	32 (13,6%)	52 (22,0%)	143 (60,6%)
19, Хвилювався(-лася) через те, що інші думають про ваші зуби, рот або обличчя	4 (1,7%)	18 (7,6%)	42 (17,8%)	34 (14,4%)	138 (58,5%)

Значний відсоток опитаних майже весь час або досить часто відчують проблеми, пов'язані із зубним болем (59,4 %), виразками в роті (69,0 %), кровоточивістю ясен (61,9 %), неприємним запахом з рота (54,7 %) та іншими стоматологічними проблемами. Вони не лише спричиняють фізичний дискомфорт, а й значно впливають на соціальну взаємодію, самооцінку, навчання та загальне психологічне благополуччя.

Емоційний і соціальний дискомфорт через стан ротової порожнини є поширеним явищем: 54,7 % респондентів постійно або досить часто відчують смуток або дискомфорт через стан своїх зубів, рота чи обличчя; 67,8 % дітей уникали посмішок або сміху через стан зубів; 77,5 % зазнали образ чи знущань, пов'язаних із зовнішнім виглядом зубів і ротової порожнини; 70,3 % респондентів пропускали навчання через стоматологічні проблеми.

Поширене негативне сприйняття власного зовнішнього вигляду через проблеми з ротовою порожниною: лише 11,4 % респондентів майже завжди вважали себе привабливими через стан своїх зубів, тоді як 30,5 % ніколи не вважали себе привабливими.

Описова статистика узагальнених середніх результатів за COHIP-SF 19 UK (табл. 5.4) показала, що розподіл загальних балів COHIP-SF 19 UK та балів за усіма субшкалами суттєво відрізнявся від нормального, тому для описання центральних значень загальної оцінки за опитувальником та оцінки за шкалами наведено потрібно застосовувати медіанні значення.

За медіанними значеннями загальна оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота за COHIP-SF 19 UK склала 60,0 (95 % ДІ 58,0 – 61,0) бали при максимумі 76 балів, тобто була на 16 (95 % ДІ 13,0 – 18,0) бали або 21,5 % ($p < 0,05$) менше максимально можливого рівня. Найвищі середні оцінки отримала сфера соціально-емоційного благополуччя – 32,0 (95 % ДІ 31,0 – 32,0) бали за медіанним значенням при максимумі 40 балів. У 14,0 (95 % ДІ 14,0 – 15,0) бали при максимумі 16 балів була оцінена шкала функціонального добробуту та у 14,0 (95% ДІ 13,0 – 15,0) бали при максимумі 20 балів – шкала оцінки стану ротової порожнини.

Таблиця 5.4

**Описова статистика узагальнених результатів опитування щодо ЯЖ ЗПР
за CONIP-SF 19 UK в цілому та за окремими шкалами**

Шкала (можливий діапазон балів)	М (SD)	95 % ДІ для М	Медіана (95% ДІ для Ме)	Квартилі	
				25 %	75 %
Здоров'я порожнини рота - Oral health (0 - 20)	14,0 (3,6)	13,6 - 14,5	14,0 (13,0 – 15,0)	12,0	17,0
Функціональний добробут - Functional well-being (0 - 16)	13,5 (2,9)	13,2 - 13,9	14,0 (14,0 – 15,0)	12,0	16,0
Соціально-емоційне благополуччя – Socio-emotional well-being (0 - 40)	30,5 (6,1)	29,8 - 31,3	32,0 (31,0 – 32,0)	27,0	35,0
Загальний бал CONIP-SF 19 UK (0 - 76)	58,1 (10,9)	56,7 - 59,5	60,0 (58,0 – 61,0)	52,0	67,0

Розбіжностей за статтю щодо оцінки загального рівня якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота та оцінок за окремими шкалами CONIP-SF 19 UK (табл. 5.5) не було виявлено ($p>0,05$), хоча відзначається статистично незначуща тенденція більш високих загальних оцінок та оцінок стану ротової порожнини у хлопців порівняно з дівчатами.

Також не було визначено розбіжностей в оцінках у вікових групах до 12-ти років та старше 12-ти років за загальною оцінкою та шкалами ЯЖ ЗПР ($p>0,05$), проте спостерігаються трохи вищі оцінки стану ротової порожнини та якості життя у старших вікових групах.

Були визначені статистично значущі розбіжності ($p=0,011$) щодо вищої оцінки загальної оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота за CONIP-SF 19 UK серед мешканців міста порівняно із сільськими жителями – 63,0 (95 % ДІ 60,0 – 64,0) проти 57,0 (95 % ДІ 54,0 – 59,0). Подібна ситуація визначається і за усіма шкалами (рис. 5.4): оцінка стану порожнини рота – 15,0 (95 % ДІ 14,0 – 16,0) бали у жителів міста проти 13,0 (95 % ДІ 13,0 – 14,0) балів у жителів сільської місцевості ($p=0,011$); функціональний добробут – 15,0 (95 %

Ді 14,0 – 16,0) та 13,0 (95 % ДІ 13,0 – 14,0) бали відповідно ($p=0,018$); соціально-емоційне благополуччя – 33,0 (95 % ДІ 31,0 – 34,0) та 31,0 (95 % ДІ 30,0 – 32,0) бали відповідно ($p=0,014$).

Таблиця 5.5

Результати середніх оцінок ЯЖ ЗПР за CONIP-SF 19 UK у різних віко-статевих групах (Me та 95 % ДІ)

Шкала (можливий діапазон балів)	Групи за статтю			Групи за віком		
	Дівчата n=139	Хлопці n=97	p	до 12 років n=132	старше 12 років n=104	p
Здоров'я порожнини рота (0 – 20)	13,0 (13,0 – 14,0)	14,0 (13,0 – 15,6,0)	0,262	14,0 (13,0 – 15,0)	15,0 (13,8 – 16,0)	0,273
Функціональний добробут (0 - 16)	14,0 (14,0 – 15,0)	15,0 (13,1 – 16,0)	0,413	14,0 (14,0 – 15,0)	14,0 (14,0 – 15,0)	0,565
Соціально-емоційне благополуччя (0 - 40)	32,0 (31,0 – 32,0)	32,0 (32,0 – 33,0)	0,351	32,0 (30,4 – 32,0)	32,0 (32,0 – 33,0)	0,267
Загальна оцінка (0 - 76)	59,0 (56,8 – 60,0)	61,0 (58,0 – 65,0)	0,179	59,0 (56,0 – 60,0)	62,0 (58,8 – 65,0)	0,273

Примітка. p – розбіжності між групами за критерієм Манна-Уїтні

Діти без стоматологічних проблем мали значно вищий ($p<0,001$) загальний бал за шкалою CONIP-SF 19 UK – 54,0 (95 % ДІ 51,3 – 57,0) бали проти 63,0 (95 % ДІ 51,3 – 57,0), як загалом (рис. 5.5) та всіма трьома субшкалами ($p<0,001$): здоров'я порожнини рота – 15,0 (95 % ДІ 14,0 – 16,0) проти 12,0 (95 % ДІ 11,0 – 13,0); функціональний добробут – 15,0 (95 % ДІ 14,1 – 16,0) проти 12,0 (95 % ДІ 11,3 – 13,0); соціально-емоційне благополуччя – 32,0 (95 % ДІ 32,0 – 32,0) проти 30,0 (95 % ДІ 27,3 – 32,0) (рис. 5.6).

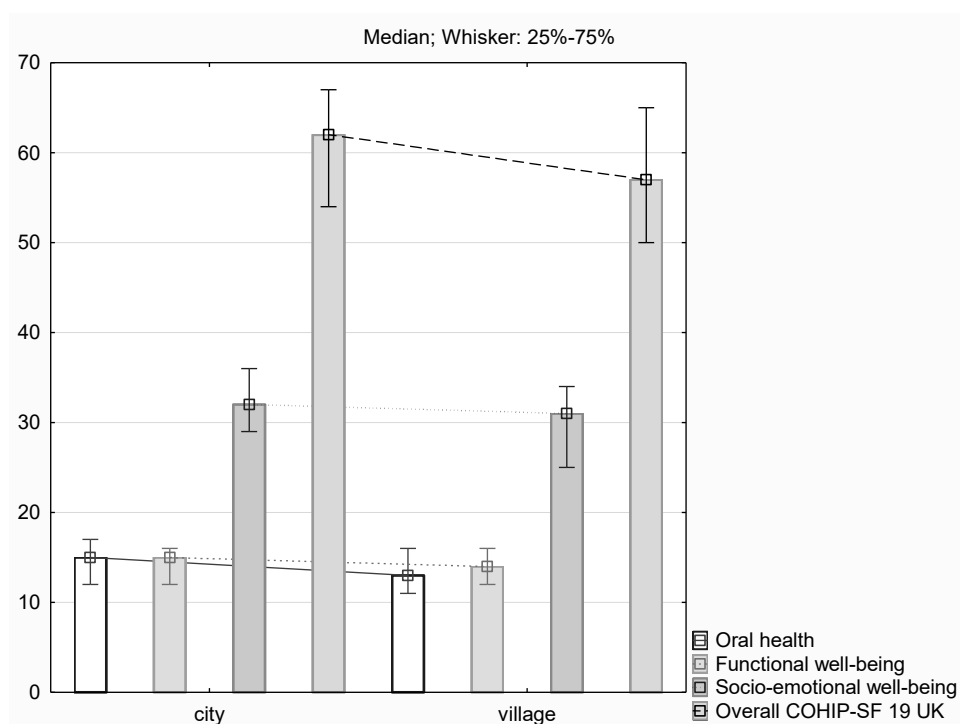


Рис. 5.4 Середня оцінка ЯЖ ЗПР у обстежених мешканців міста та села за COHIP-SF 19 UK

На запитання «Як часто за останні 12 місяців Ви відчували біль або дискомфорт, пов'язані з зубами або порожниною рота?» найпоширенішою відповіддю було «рідко» (42,8 %), тоді як 28,4 % респондентів не відчували дискомфорту. Біль іноді турбував 22,5 % опитаних, часто страждали 10 дітей – (4,2%), решта не знали як відповісти на запитання. При цьому спостерігалися розбіжності в оцінках ЯЖ ЗПР у тих, хто по різному відповів на це запитання (рис. 5.7). Ті, хто ніколи не відчував стоматологічних проблем на протязі року, оцінили загальний показник за COHIP-SF 19 UK у 65,0 (95 % ДІ 60,3 – 68,0) бали порівняно з 52,0 (95 % ДІ 33,7 – 55,6) балами тих, хто часто відчував такі проблеми ($p < 0,001$).

Щодо розбіжностей в оцінках ЯЖ ЗПР за частотою відвідування стоматолога (табл. 5.6), то їх не спостерігалось ($p > 0,05$). У більшості груп (за кількістю відвідувань стоматолога) середні оцінки за шкалою COHIP-SF 19 UK варіюються в межах 13,0–16,0 балів.

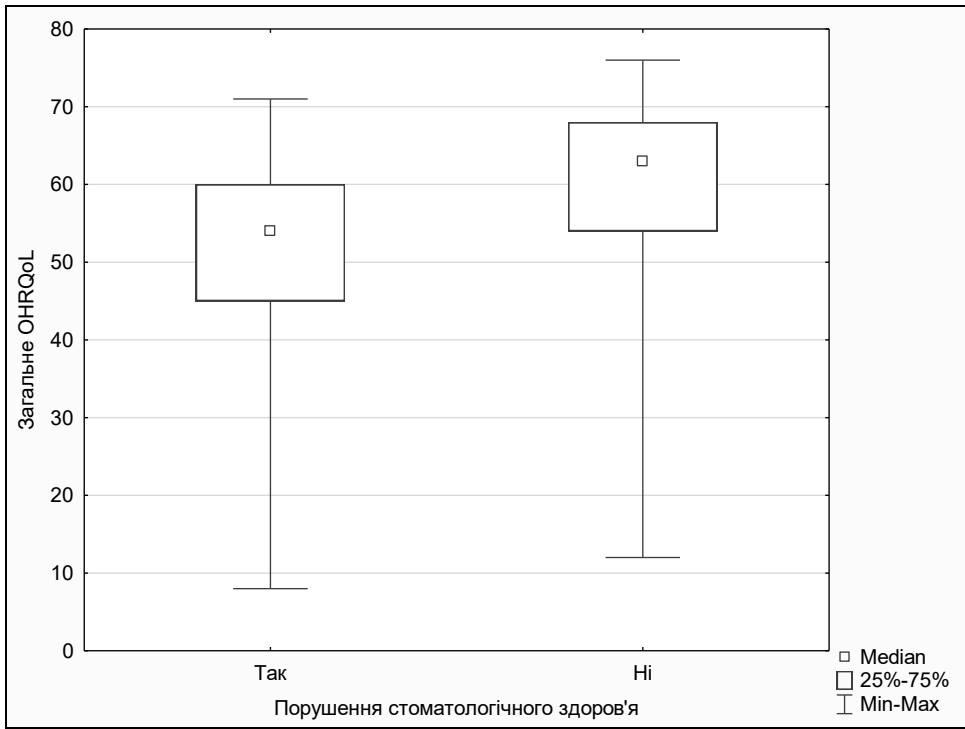


Рис. 5.5 Середня загальна оцінка ЯЖ ЗПР у обстежених дітей за СОНІР-SF 19 UK в залежності від наявності / відсутності порушень стоматологічного здоров'я

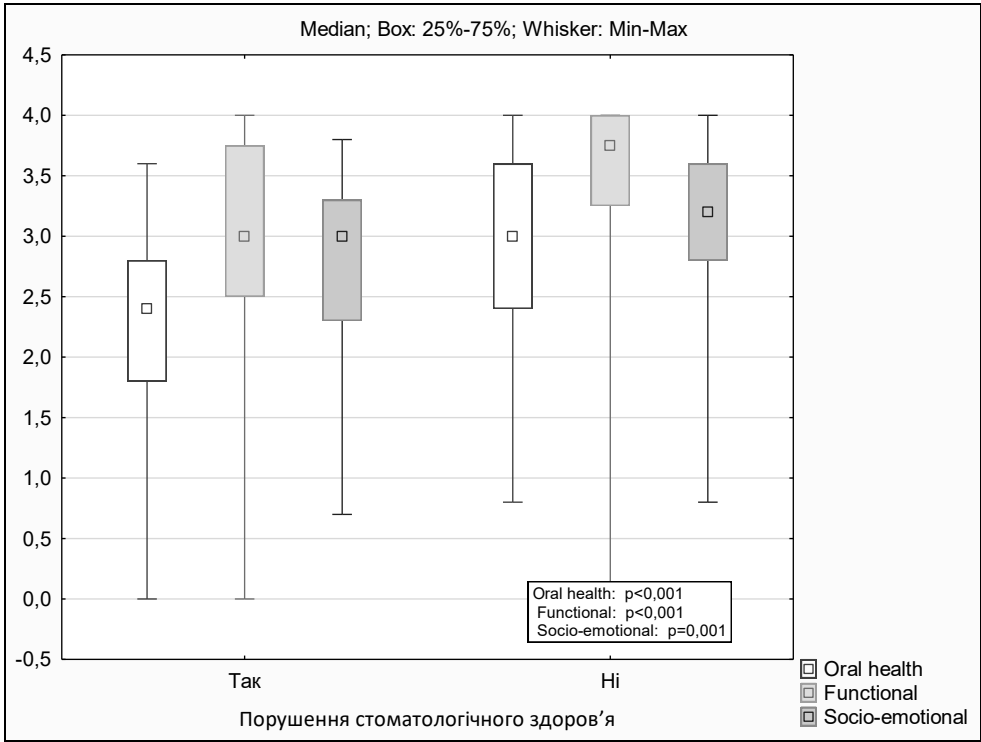


Рис. 5.6 Середня оцінка ЯЖ ЗПР за шкалами у обстежених дітей за СОНІР-SF 19 UK в залежності від наявності / відсутності порушень стоматологічного здоров'я

Однак, спостерігалися певні статистично незначущі відмінності в середніх оцінках. У групі осіб, які ніколи не відвідували стоматолога (6 осіб, або 2,5 % вибірки), середня оцінка становить 16,5 (95 % ДІ 13,4–20,0) бали, що є найвищою серед усіх груп. Це може вказувати на те, що в цій групі багато осіб з відсутністю стоматологічних проблем і відповідно високим рівнем ЯЖ ЗПР або не адекватну суб'єктивну оцінку стану здоров'я своєї ротової порожнини, не обов'язково пов'язану з її реальним станом.

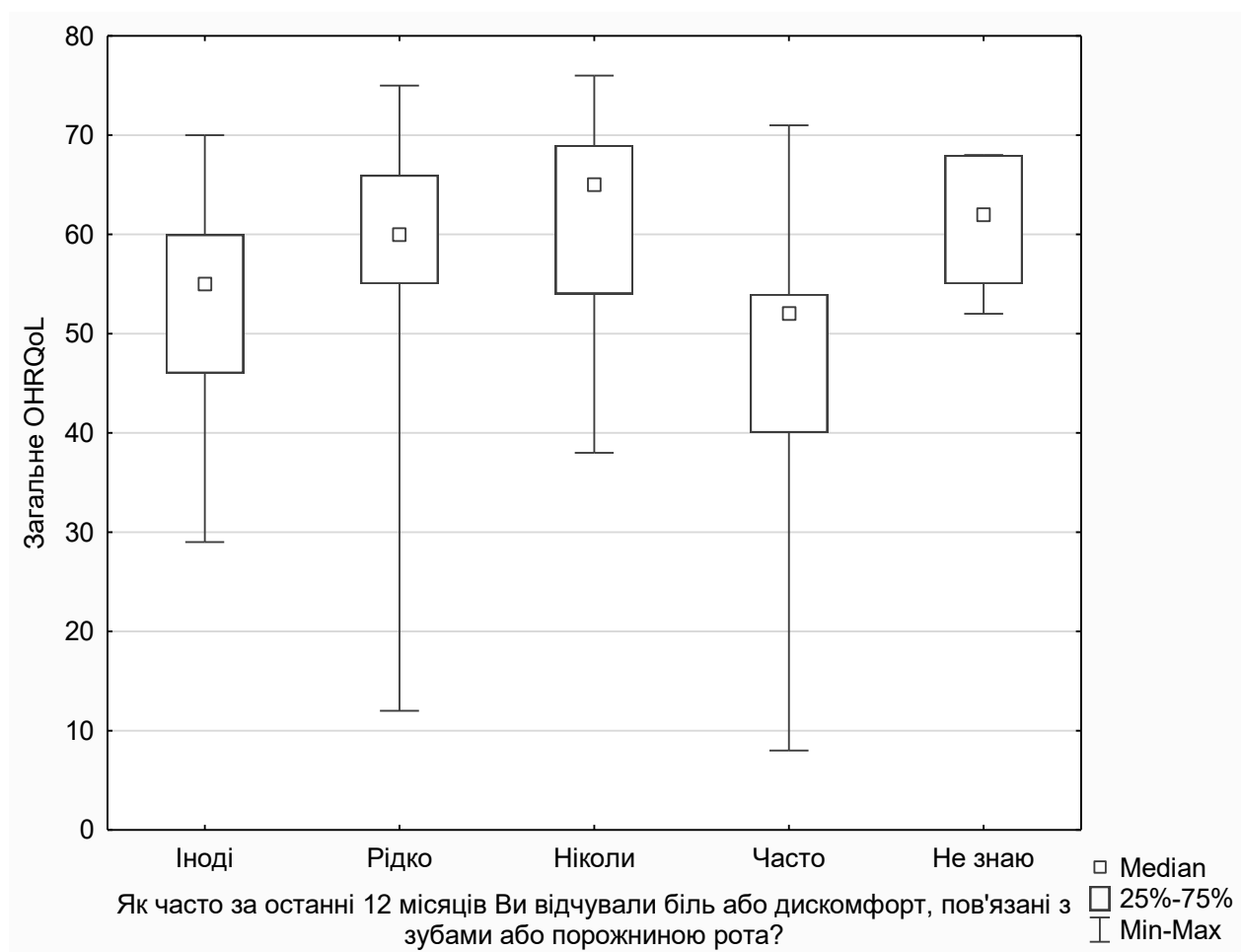


Рис. 5.7 Середня оцінка ЯЖ ЗПР у обстежених дітей за CONIP-SF 19 UK в залежності від частоти стоматологічних проблем

За результатами обстеження причинами останнього відвідування стоматолога серед тих, хто робив візити до нього протягом останнього року були: огляд чи консультація у 41,5 % випадках, біль або проблеми з зубами,

яснами, порожниною рота – у 10,6 % випадках та лікування чи його продовження – у 28,8 % випадках.

Таблиця 5.6

Середні загальні оцінки ЯЖ ЗПР за СОНІР-SF 19 UK у різних групах за частотою відвідування стоматолога протягом року

Частота відвідувань стоматолога за останні 12 місяців	Розподіл відповідей		Загальний бал СОНІР-SF 19 UK	
	n	%	Me та 95 % ДІ	<i>p</i>
1 раз	65	27,5	13,0 (12,0 – 15,0)	0,116
2 рази	41	17,4	16,0 (14,0 – 17,0)	
3 рази	20	8,5	13,0 (10,2 – 17,8)	
4 рази	14	5,9	13,0 (10,0 – 15,1)	
5 разів та більше	20	8,5	13,0 (11,1 – 16,0)	
Не відвідував стоматолога за останні 12 місяців	57	24,2	14,0 (13,0 – 16,0)	
Ніколи не відвідував стоматолога	6	2,5	16,5 (13,4 – 20,0)	
Не знаю / не пам'ятаю	13	5,5	12,0 (10,5 – 14,5)	

Примітка. *p* – розбіжності між групами за критерієм Краскела-Уолліса

Частота чищення зубів протягом доби також статистично суттєво не впливала на показники оцінки стоматологічної якості життя ($p=0,181$). Загалом 101 (42,8 %) обстежений зазначив, що чистить зуби 2 рази на день або більше.

При цьому 76 осіб (32,2 %) відмітили, що використовують зубну пасту з фтором при чищенні зубів. Застосування зубної пасти з фтором також статистично суттєво не вплинуло на показники якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота ($p=0,569$).

Не було знайдено статистично суттєвих розбіжностей в оцінках ЯЖ ЗПР за СОНІР-SF 19 UK в групах, розподілених за різним рівнем освіти матері та батька ($p>0,05$).

Висновки до розділу 5

Проведене дослідження довело, що СОНІР-SF 19 UK є надійною валідною методикою для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота

серед українських дітей та підлітків, а її добрі психометричні властивості, зокрема достатня внутрішня узгодженість субшкал (альфа Кронбаха більше 0,7), надійність повторного тестування, конвергентна та дискримінантна валідність, кореспондуються із аналогами інших країн та є достатніми для проведення досліджень у галузі стоматологічного громадського здоров'я.

Загальна оцінка якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота СОНIP-SF 19 UK (максимальне можливе значення 76) у вибірці українських дітей склала за медіанним значенням 60,0 бали (95% ДІ 58,0 – 61,0) із статистично значущими розбіжностями за місцем проживання (міська чи сільська місцевість), наявністю порушень стоматологічного здоров'я, частоти стоматологічних проблем ($p < 0,05$) та без наявності розбіжностей за віком, статтю, освітою батьків, частотою відвідування стоматолога та чищення зубів, застосування зубної пасти з фтором ($p > 0,05$). Найбільш наближеними до максимально можливого значення виявилися оцінки за шкалою функціонального добробуту, що вказує на те, що українські діти практично не відчують проблем, пов'язаних зі станом ротової порожнини, через сон, вимову, вживання їжі та підтримку чистоти зубів.

Дослідження продемонструвало значний вплив стоматологічних проблем на якість життя дітей та підлітків. Визначено наявність статистично значущих кореляцій між СОНIP-SF 19 UK та самооцінкою здоров'я ротової порожнини ($r_s = 0,53$; $p < 0,001$), а також загальною оцінкою якості життя ($r_s = 0,30$; $p < 0,001$). Більше 50 % опитаних часто відчували біль, дискомфорт або соціальні обмеження, пов'язані зі станом ротової порожнини, що підкреслює необхідність розробки ефективних профілактичних заходів.

Отримані результати дозволяють рекомендувати використання СОНIP-SF 19 UK для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям ротової порожнини у дітей та підлітків, а також як інструмент моніторингу ефективності стоматологічних програм і профілактичних заходів.

Розділ написаний за матеріалами власних публікацій:

1. Kriachkova LV, Korobko MY, Kyi-Kokarieva VG, Borvinko EV, Zaitsev VV, Gopak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. *Wiad Lek.* 2022;75(5 pt 1):1156-1161. doi: 10.36740/wlek202205119 [182].
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Визначення стоматологічного статусу школярів та молоді великого промислового міста для розробки комплексних профілактичних програм. In: The VII International Science Conference «Modern trends in development science and practice»; 2021 Nov 02-05; Varna, Bulgaria. p. 298-299. doi: 10.46299/ISG.2021.II.VII [185].
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Сімон КІ. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. У: Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення; 27 жовтня, 2021; Харків. Харків: ХНМУ; 2021. с. 33-34 [159].
4. Коробко МЮ, Корнієнко ВВ. Адаптація анкети ВООЗ COHIP-SF-19 до оцінки стоматологічного стану дітей в Україні. У: Твердохліб ІВ, Бондаренко НС. Збірка матеріалів XXII конференції студентів та молодих учених. Новини і перспективи медичної науки; 2022; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2022. с. 60 [186].

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ЗМІЦНЕННЯ СТОМАТОЛОГІЧНОГО ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я У ДИТЯЧОГО НАСЕЛЕННЯ

6.1 Аналіз внутрішньогалузевого та міжсекторального співробітництва щодо зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення (мапування стейкхолдерів)

За даними експертної оцінки (додаток II), проводилося мапування стейкхолдерів – зацікавлених сторін різного рівня, від державного до індивідуального, з побудовою карти зацікавлених сторін на двомірній матриці «влада – інтерес».

На думку експертів (табл. 6.1), найбільший рівень впливу на стоматологічне здоров'я дітей у теперішній час мають родини, органи управління охороною здоров'я та сімейні лікарі, що пояснюється дотичністю перших до формування способу життя дитини, других – до створення нормативно-правової бази, третіх – до первинної та вторинної профілактики, керування факторами ризику НІЗ.

Найбільша кількість максимальних оцінок інтересу до питань стоматологічної здоров'язберігаючої поведінки – 60,0 %, 66,7 %, та 86,7 % у стоматологічних закладів охорони здоров'я, родин та дитячих стоматологів відповідно. Однак, лікарі за заклади охорони здоров'я стоматологічного профілю мали статистично суттєво ($p < 0,05$) нижчу частку максимальних оцінок щодо рівню їх влади при вирішенні питань дитячого стоматологічного ГЗ, при цьому за середнім рівнем експертних оцінок відзначався достатньо високий рівень їх впливу.

Результати бальних оцінок експертів були нанесені на спеціальну двомірну карту, яка складається з 4-ох частин (квадрантів), що дозволило отримати матрицю стейкхолдерів щодо забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення (рис. 6.1).

Таблиця 6.1

**Спінь впливу (влади) та рівень інтересу щодо стоматологічного
громадського здоров'я дитячого населення у представників різних
зацікавлених служб / організацій (за даними експертної оцінки)**

№	Стейкхолдери	Оцінка влади (впливу)		Оцінка інтересу	
		%	М (95 % ДІ)	%	М (95 % ДІ)
1	Сімейні лікарі	46,7	4,07 (3,54-4,59)	13,3*	3,87 (3,54-4,19)
2	Дитячі стоматологи	6,7	3,67 (3,36-3,97)	86,7*	4,87 (4,69-5,04)
3	Медичні заклади загального профілю	0	2,27 (1,68-2,86)	6,7	3,27 (2,97-3,57)
4	Стоматологічні заклади охорони здоров'я	20,0	3,27 (2,68-3,86)	60,0*	4,53 (4,21-4,86)
5	Електронна охорона здоров'я (e-Health)	20,0	3,2 (2,43-3,97)	0	1,93 (1,53-2,34)
6	Центри громадського здоров'я	26,7	3,8 (3,36-4,24)	6,7	3,67 (3,35-3,98)
7	МОЗ, управління охороною здоров'я	26,7	4,13 (3,81-4,46)	13,3	3,13 (2,45-3,82)
8	Заклади вищої медичної (стоматологічної) освіти	26,7	3,67 (3,1-4,23)	33,3	4,07 (3,66-4,47)
9	Науково-дослідні медичні (стоматологічні) заклади	6,7	2,87 (2,37-3,37)	26,7	4,13 (3,76-4,51)
10	Освітні заклади (дитячий садок, школа)	13,3	3,13 (2,47-3,79)	26,7	3,8 (3,32-4,28)
11	Родина	53,3	4,4 (4,03-4,77)	66,7	4,53 (4,16-4,91)
12	Громада	6,7	3,33 (2,88-3,79)	6,7	3,47 (3,14-3,79)
13	Соціальна служба	6,7	2,2 (1,69-2,71)	0	1,67 (1,25-2,08)
14	Неурядові організації	0	2,67 (2,04-3,29)	0	1,53 (1,21-1,86)
15	Міжнародні проєкти	26,7	3,2 (2,41-3,99)	13,3	2,67 (1,99-3,35)
16	Аптеки	0	1,33 (0,92-1,75)	6,7	2,93 (2,45-3,42)
17	Торгівельні мережі	0	1,2 (0,99-1,41)	6,7	2,73 (2,33-3,14)
18	Заклади харчування	0	2,2 (1,65-2,75)	6,7	2,6 (2,1-3,1)
19	Підприємці / бізнес	6,7	2,53 (2,03-3,03)	20,0	3,87 (3,49-4,24)
20	Засоби масової інформації (ЗМІ)	13,3	3,87 (3,54-4,19)	6,7	2,87 (2,24-3,5)
21	Блогери / спільноти у соціальних мережах	6,7	3,47 (3,04-3,89)	6,7	2,6 (1,97-3,23)
	ІСС	0,76 (95 % ДІ 0,56 - 0,91)		0,79 (95 % ДІ 0,59 - 0,92)	

Примітки. % – частка експертів, що надали найвищий бал

* – розбіжності між оцінками на рівні $p < 0,05$
за критерієм χ^2 Пірсона

До групи «опонентів (блокувальників)», які мають високу владу, але низький інтерес до стоматологічного ГЗ, з якими потрібно працювати для їх залучення та мотивації, було віднесено міжнародні проєкти, бізнес-сферу та е-

Health. До ключових стейкхолдерів («союзників»), з високим рівнем влади та інтересу, було віднесено: родини, громади, сімейних лікарів, заклади громадського здоров'я, дитячих стоматологів та стоматологічні заклади, освітні заклади, ЗВО медичного (стоматологічного) профілю та органи управління охороною здоров'я, включно з МОЗ. До сторін з низьким рівнем влади та інтересу – «критиків», потребують моніторингу, оскільки їхній вплив може змінюватися, були віднесені соціальні служби, аптеки та заклади харчування. Групу з низькою владою, але високим інтересом «прихильників», яких варто інформувати та залучати до діалогу для підтримки стоматологічного ГЗ, було віднесено медичні і наукові заклади, ЗМІ та блогерів.

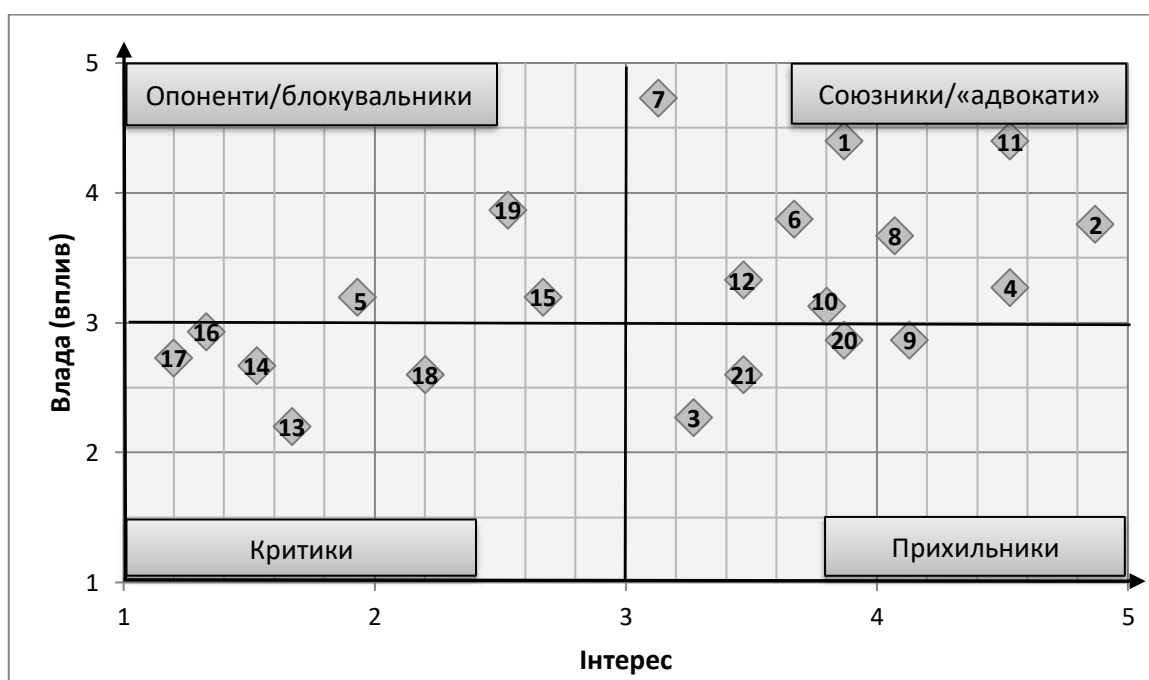


Рис. 6.1 Мапа стейкхолдерів щодо забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення

Примітка. Позначення стейкхолдерів наведено у таблиці 6.3

Пріоритетними функціями стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні (рис. 6.2), за результатами експертної оцінки, було визначено: зміцнення стоматологічного здоров'я (93,3 %), підтримка місцевих ініціатив (93,3 %), стратегічне керівництво та координацію (86,7 %),

інформаційно-роз'яснювальну роботу (86,7 %) і профілактичні заходи з оздоровлення порожнини рота (86,7 %). Високу підтримку отримали розробка політик і моніторинг стану здоров'я дітей. Середній рівень підтримки мали правові та управлінські інструменти, а також наукове забезпечення, що вказує на необхідність їх вдосконалення.

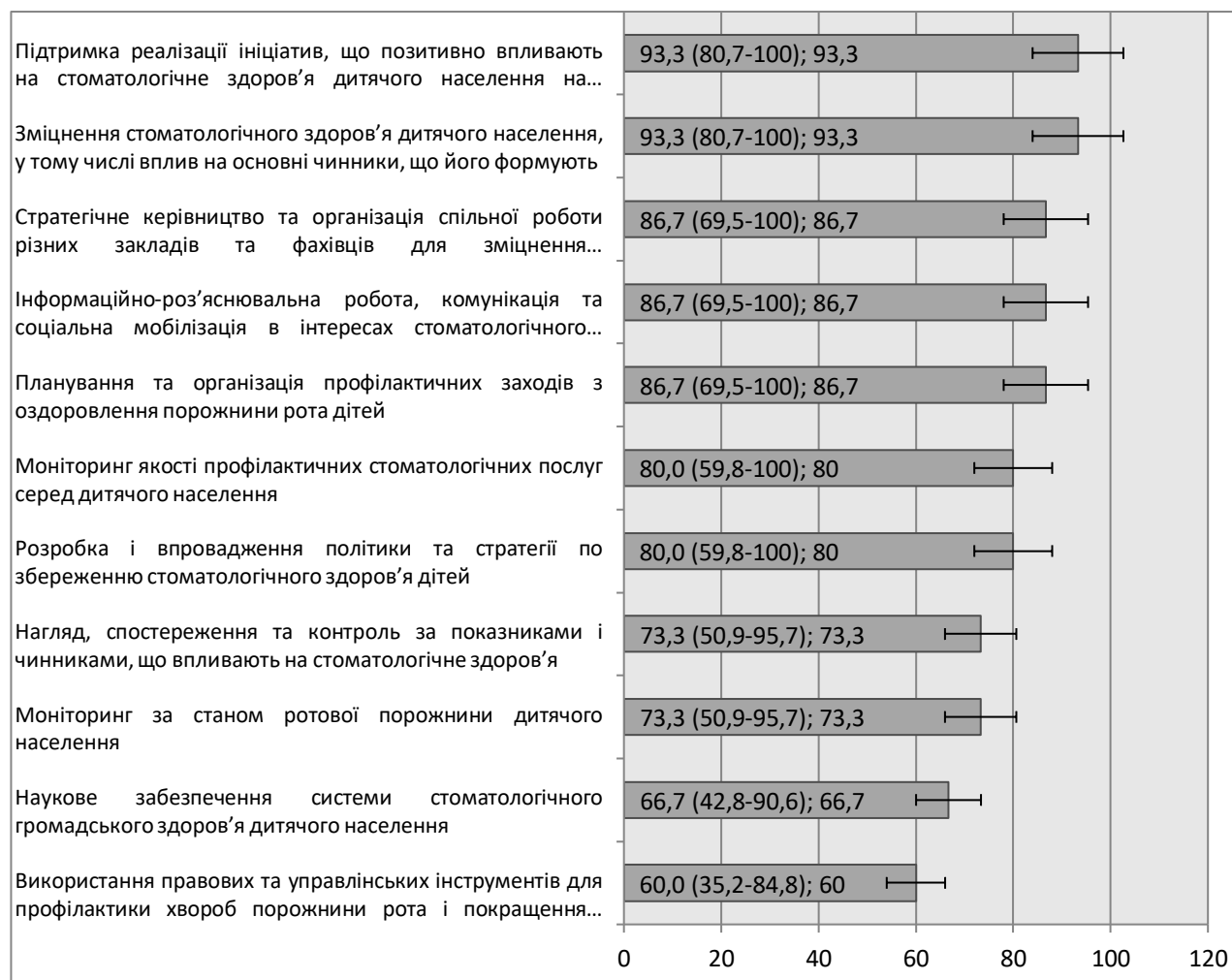


Рис. 6.2 Рекомендовані експертами пріоритетні функції стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні (частоти та 95 % ДІ)

Примітка. ICC=0,85 (95 % ДІ 0,71 - 0,94)

У програму експертної оцінки були включені запитання щодо основних компетентностей, якими повинні володіти основні стейкхолдери, що є представниками системи ОЗ – сімейні лікарі, стоматологи, представники закладів ГЗ тощо (табл. 6.2).

Експерти висловили узгоджену думку щодо важливості усіх компетентностей зі стоматологічного ГЗ, які пропонуються Американською стоматологічною асоціацією для профільних фахівців (ICC=0,93; 95 % ДІ (0,85 - 0,97)).

Таблиця 6.2

**Рівень важливості компетентностей зі стоматологічного громадського здоров'я для основних стейкхолдерів ОЗ за даними експертної оцінки
(у % до числа опитаних)**

Компетентності зі стоматологічного ГЗ	Рівень важливості (у %)		Ранг за середнім значенням
	Низький пріоритет	Максимальний	
Управління програмами здоров'я порожнини рота для здоров'я дитячого населення	33,3	66,7	4 - 6
Оцінка систем надання стоматологічної допомоги дітям	20,0	80,0	4 - 6
Етичне прийняття рішень у практиці охорони стоматологічного здоров'я дітей	26,7	73,3	7 - 8
Розробка систем спостереження для вимірювання стану здоров'я порожнини рота дитячого населення та його детермінант	20,0	80,0	1
Комунікації з питань стоматологічного здоров'я та його охорони у дитячого населення	26,7	73,3	3
Управління співпрацею з питань здоров'я порожнини рота та охорони стоматологічного здоров'я дитячого населення	20,0	80,0	4 - 6
Підтримка політики, законодавства та нормативних актів з громадської охорони здоров'я для захисту та сприяння здоров'ю ротової порожнини дитячого населення та загальному здоров'ю	33,3	66,7	7 - 8
Критична оцінка доказів для вирішення проблем здоров'я порожнини рота для окремих людей та груп населення	26,7	73,3	2
Проведення досліджень для вирішення проблем порожнини рота та громадського здоров'я дитячого населення	46,7	53,3	9
Інтеграція соціальних детермінант здоров'я у стоматологічну практику охорони здоров'я	53,3	46,7	10
ICC	0,93 (95 % ДІ 0,85 - 0,97)		

Однак визначали різний ступень їх пріоритетності при розбудові стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення України. Також відзначалося, що відсутність у нашій країні відповідної спеціалізації лікаря стоматолога з громадського здоров'я (посад лікарів стоматологів-гігієністів

дитячих та інших) не сприяє всебічній імплементації зазначених компетентностей.

Найвищий рівень важливості отримала компетентність щодо розробки систем спостереження за здоров'ям порожнини рота дітей та визначенні його детермінант, також високо оцінюються технології доказової стоматології, доказова профілактика, ефективні комунікації, оцінка систем надання стоматологічної допомоги, управління співпрацею, етичне прийняття рішень, управління програмами та підтримка політики зі зміцнення стоматологічного здоров'я дітей. Менш важливими визнано компетентності з проведення досліджень та інтеграції соціальних детермінант, що вказує на недостатню увагу до наукових аспектів щодо соціальної нерівності в стоматологічному ГЗ.

6.2 Концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення та оцінка її ефективності

На підставі попереднього комплексного медико-соціологічного дослідження було розроблено концептуальну модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення (рис. 6.3).

Модель, яка була розроблена, ґрунтувалася на підході інтеграції здоров'я порожнини рота в системи громадського здоров'я (див. рис. 1.2), що було запропоновано в рамках Глобальної хартії громадського здоров'я WFPНА [20].

Модель, складається з 4-х основних блоків. Два з основних блоків, були запропоновані рамковою концепцією Глобальної хартії громадського здоров'я. Вони складаються з послуг (захист/протекція, профілактика та промоція) та функцій (управління, адвокація/захист інтересів, потенціал та інформація). Третій блок, визначений під час дослідження складає перелік основних стейкхолдерів, згрупованих в основні категорії. Початково отримані результати щодо стоматологічних закладів ОЗ, як однієї із зацікавлених сторін, було змінено на стейкхолдера – заклади охорони здоров'я, враховуючи розташування стоматологічних кабінетів у ЗОЗ різного профілю, типу та форми власності,

решту ключових стейкхолдерів було згруповано за рівнем та зоною відповідальності.

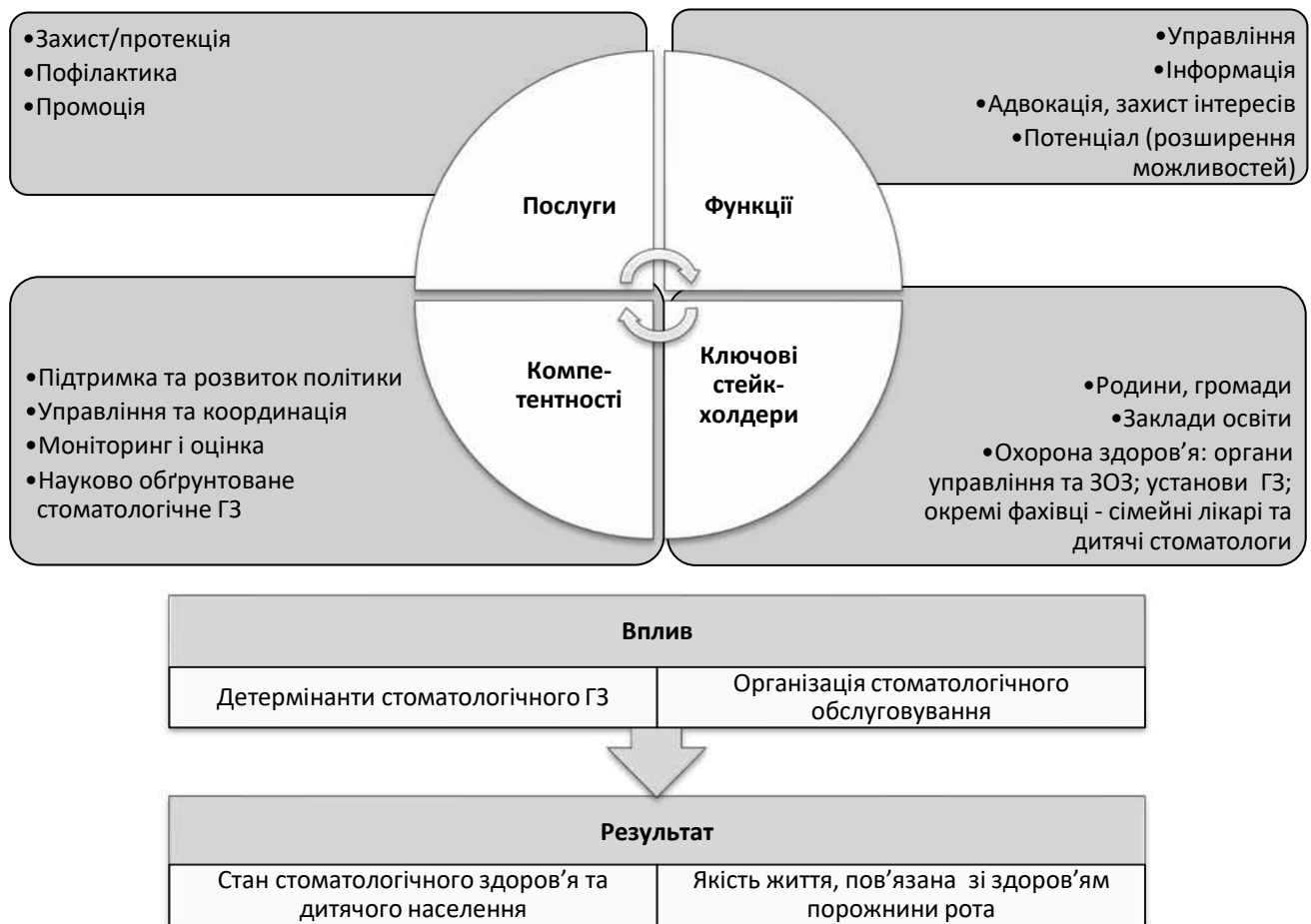


Рис. 6.3 Концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення

У четвертий окремий блок було винесено основні групи компетентностей зі стоматологічного ГЗ для основних стейкхолдерів (рис. 6.4). Функції, оцінені при нашому дослідженні були згруповані за блоками класичної моделі (рис. 6.5).

Допоміжні боки – три для послуг та стейкхолдерів і чотири для функцій і компетентностей деталізують основні компоненти моделі для забезпечення стоматологічного ГЗ дитячого населення.

Послуги зі стоматологічного громадського здоров'я (захист, профілактика, промоція), що регламентуються органами управління системи МОЗ, надаються родинам і громадам закладами та установами системи охорони здоров'я через

взаємодію і співпрацю з іншими стейкхолдерами: внутрішньосекторальну співпрацю центрів контролю та профілактики хвороб, центрів громадського здоров'я із сімейними лікарями та дитячими стоматологами, міжсекторальну співпрацю із закладами дошкільної, шкільної та вищої освіти.

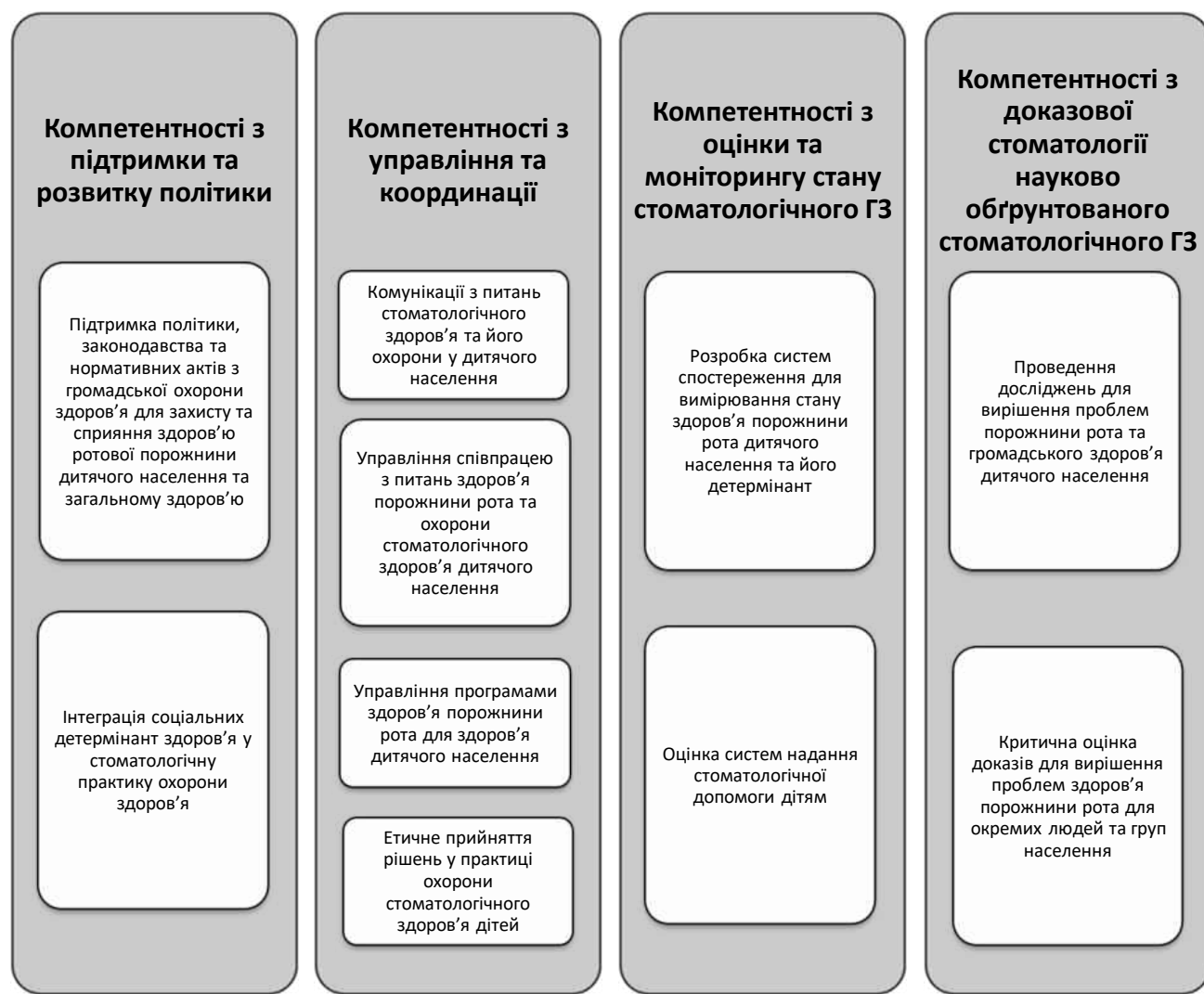


Рис. 6.4 Набір компетентностей зі стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, згрупованих у профільні групи

При цьому всі стейкхолдерами виконуються функції (управління, інформування, адвокація), які забезпечують ефективну реалізацію цих послуг шляхом прийняття управлінських рішень, інформаційної підтримки та розширення можливостей зацікавлених сторін. Ключові стейкхолдери (родини, освітні заклади, заклади охорони здоров'я) отримують ці послуги та беруть

участь у їх вдосконаленні. Так, на рівні сім'ї відбувається формування здорових звичок у дітей, забезпечення правильного харчування, контроль за регулярним чищенням зубів та участь у стоматологічному вихованні через взаємодію з медичними закладами, сімейними лікарями і викладачами (вихователями).

Управління (стратегія, планування та контроль)	Інформація (моніторинг, комунікації та інформування)	Адвокація, захист інтересів (ініціативи та вплив)	Потенціал (розширення можливостей)
Розробка і впровадження політики та стратегії по збереженню стоматологічного здоров'я дітей Стратегічне керівництво та організація спільної роботи різних закладів та фахівців для зміцнення стоматологічного здоров'я дітей Планування та організація профілактичних заходів з оздоровлення порожнини рота дітей	Моніторинг за станом ротової порожнини дитячого населення Моніторинг якості профілактичних стоматологічних послуг серед дитячого населення Інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах стоматологічного здоров'я дитячого населення	Використання правових та управлінських інструментів для профілактики хвороб порожнини рота і покращення стану стоматологічного здоров'я дитячого населення Наукове забезпечення системи стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення	Зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення, у тому числі вплив на основні чинники, що його формують Нагляд, спостереження та контроль за показниками і чинниками, що впливають на стоматологічне здоров'я Підтримка реалізації ініціатив, що позитивно впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення на місцевому рівні

Рис. 6.5. Набір основних заходів (субфункцій) зі стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення за основними функціями

Державні органи управління системою охорони здоров'я (МОЗ, департаменти охорони здоров'я) займаються формуванням політики – розробкою та впровадженням національних і/або регіональних програм стоматологічного громадського здоров'я, як окремих проєктів, так і в інтеграції з іншими профілактичними програмами, їх фінансуванню і моніторингом ефективності через оцінку стану стоматологічного здоров'я дітей.

Заклади та установи, що забезпечують громадське здоров'я, також беруть участь у розробці відповідної політики та її реалізації на тактичному рівні. Зокрема, вони організовують і беруть участь у соціальних кампаніях з поширення інформації серед населення щодо збереження здоров'я ротової

порожнини, розробці інформаційних матеріалів, організації відповідних громадських заходів тощо.

Заклади охорони здоров'я первинної ланки та заклади охорони здоров'я стоматологічного спрямування під керівництвом центрів громадського здоров'я та інших служб, дотичних до забезпечення громадського здоров'я, безпосередньо на рівні громад здійснюють управління стоматологічним здоров'ям дітей шляхом координації виконання відповідних профілактичних програм та проєктів, контролю за їх впровадженням. Виконання послуг зі стоматологічного громадського здоров'я відбувається шляхом надання стоматологічної допомоги, проведення профілактичних оглядів, планової санації тощо. Адвокація та захист інтересів громадян здійснюються через забезпечення доступності стоматологічних послуг для дітей. Інформаційна підтримка здійснюється через збір та аналіз даних про стоматологічне здоров'я дітей. Разом з освітніми закладами (дитячі садки, школи, коледжі тощо) проводяться освітні заходи для батьків і дітей, навчання необхідним навичкам з дотримання гігієни порожнини рота.

Функція розвитку потенціалу (розширення можливостей) на рівні системи охорони здоров'я здійснюється через до- та післядипломну освіту медичних працівників, підвищення кваліфікації медичного персоналу та набуття ними необхідних компетентностей. Розширення потенціалу закладів вищої освіти в галузі забезпечення стоматологічного громадського здоров'я відбувається через проведення відповідних наукових досліджень, навчальні ініціативи з розробки відповідних освітніх програм, організацію тренінгів для лікарів, учителів та населення. Компетентності (розвиток політики, моніторинг, наукова обґрунтованість) необхідні для підтримки та розвитку послуг і функцій, що забезпечують їхню ефективність та сталість.

Ця модель інтегрує різні рівні впливу (від індивідуального до системного) та забезпечує комплексний підхід до зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення. Вона складається з ключових блоків, які взаємодіють між

собою для досягнення основної мети – покращення стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Запровадження цієї моделі в державну політику та практику охорони здоров'я може сприяти покращенню стану здоров'я ротової порожнини дітей завдяки ранньому виявленню та профілактиці стоматологічних захворювань, підвищенню доступності стоматологічної допомоги, формуванню культури гігієни ротової порожнини серед населення, а також покращенню обізнаності фахівців щодо питань стоматологічного громадського здоров'я. Крім того, це сприятиме зміцненню міжсекторальної взаємодії, забезпеченню сталого розвитку та вдосконаленню системи громадського стоматологічного здоров'я в Україні. Комплексний вплив моделі на ключові фактори стоматологічного здоров'я та організацію дитячої стоматологічної допомоги дозволить значно покращити стоматологічний стан дітей і якість їхнього життя, пов'язану зі здоров'ям ротової порожнини, а також створити умови для розвитку стоматологічного громадського здоров'я як окремої галузі науки та професійної діяльності.

Ефективність запровадження моделі залежить від гармонійної взаємодії функцій, послуг, стейкхолдерів та їх компетентностей, які здійснюють вплив на організацію стоматологічного обслуговування та основні детермінанти здоров'я дитячого населення (медико-біологічні, характеристики родини та її спосіб життя, охорону стоматологічного здоров'я, соціально-економічні та екологічні чинники). Це в свою чергу сприяє поліпшенню стану стоматологічного здоров'я та дитячого населення та якості життя дітей, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота.

Оцінка ефективності моделі проводилася на підставі експертної оцінки та шляхом оцінки вибраних показників діяльності стоматологічного дитячого відділення університетської лікарні ДДМУ, де вона була впроваджена. Експертам надавалося зображення та описання моделі. Оцінка їх відповідей проводилася за 10-бальною шкалою, де 0 балів – найнижча оцінка, а 10 балів –

найвища оцінка. Результати оцінки експертів складових обґрунтованої та розробленої моделі представлені у табл. 6.3.

Найвищу середню оцінку у експертів отримала застосування системного підходу при побудові моделі, складові моделі та оцінка результативності моделі. Високі значення індексу внутрішньокласової кореляції вказують на значну узгодженість експертних оцінок. Зокрема, оцінки застосування системного підходу та можливості впливу моделі мають найвищі ІСС, що підкреслює їхню важливість у зміцненні стоматологічного здоров'я дітей. Прогнозоване підвищення якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, на 26,3 % (95 % ДІ 21,7 - 33,0) свідчить про суттєву потенційну ефективність впровадження моделі. Загалом, результати експертної оцінки підтверджують доцільність та перспективність запропонованої моделі для покращення стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Таблиця 6.3

Експертна оцінка концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення

Оцінка характеристик моделі	М	(95% ДІ)	Me	Узгодженість ІСС (95 % ДІ)
Оцінка складових та структури моделі	8,9	8,4 - 9,5	9	0,73 (0,71 – 0,79)
Оцінка застосування системного підходу	9,1	8,8 - 9,5	9	0,79 (0,75 – 0,81)
Оцінка наповнення блоку стейкхолдерів	8,3	7,7 - 9,0	8	0,78 (0,75 – 0,82)
Оцінка наповнення блоку компетентностей	8,1	7,7 - 8,4	8	0,78 (0,75 – 0,81)
Оцінка можливість впливу	8,1	7,8 - 8,5	8	0,80 (0,75 – 0,84)
Оцінка результативність моделі за впливом на ЯЖ ЗПР	8,4	7,8 - 9,0	8	0,69 (0,55 – 0,77)
На скільки відсотків можливе збільшення (+) або зменшення (-) ЯЖ ЗПР	+26,3	21,7 - 33,0	25	0,76 (0,72 – 0,79)

За даними лікарні ДДМУ, в якій запроваджувалися окремі елементи моделі, зокрема підвищення рівня обізнаності щодо компетентностей зі

стоматологічного громадського здоров'я серед медичного персоналу під час їх безперервного професійного розвитку, за період 2020 – 2022 рр., незважаючи на те що абсолютна кількість проведених профілактичних заходів зменшувалася через об'єктивні причини (пандемія COVID-19 та військовий стан), змінилася структура проведених профілактичних заходів (табл. 6.4).

Таблиця 6.4

Структура профілактичних стоматологічних заходів серед дітей у лікарні ДДМУ за 2020-2022 рр.

Рік	2020	2021	2022
Абсолютна кількість	5 328	4 690	3 603
Гігієнічне навчання та виховання, індивідуальний вибір засобів профілактики	1 345 (25,2 %)	1 174 (25,0 %)	1 060 (29,4 %)
Навчання догляду за порожниною рота, контроль та корекція навичок	1 731 (32,5 %)	1 584 (33,8 %)	912 (25,3 %)
Професійна гігієна	831 (15,6 %)	723 (15,4 %)	712 (19,8 %)
Ремінералізуюча терапія	1 399 (26,3 %)	1 191 (25,4 %)	898 (24,9 %)
Герметизація фісур	22 (0,4 %)	18 (0,4 %)	21 (0,6 %)
Розбіжності за χ^2 Пірсона	$p < 0,001$		

У 2020 році навчання догляду за порожниною рота, контроль та корекція навичок займало найбільшу частку (32,5 %), ремінералізуюча терапія складала 26,3 %, гігієнічне навчання та виховання, індивідуальний вибір засобів профілактики – 25,2 %. У 2022 році найбільшу частку у структурі проведених профілактичних стоматологічних заходів серед дітей у лікарні ДДМУ займає гігієнічне навчання та виховання, індивідуальний вибір засобів профілактики (29,4 %), навчання догляду за порожниною рота, контроль та корекція навичок складає 25,3 % ($p < 0,001$).

Висновки до розділу 6

Аналіз стейкхолдерів за допомогою експертної оцінки і подальшого картографування, визначив ключові групи впливу на стоматологічне здоров'я дітей, які були згруповані під час створення концептуальної моделі на блоки – родини та громади; заклади освіти та охорону здоров'я, що включала органи управління та ЗОЗ, установи ГЗ, окремих фахівців - сімейних лікарів та дитячих стоматологів. Водночас було визначено, що окремі гравці, такі як e-Health, міжнародні проєкти та бізнес-сектор, мають високий рівень влади, але низький інтерес до проблеми, що вимагає залучення їх до співпраці.

Визначено ключові компетентності для учасників системи охорони здоров'я, зокрема впровадження доказової профілактики, розвиток систем моніторингу стоматологічного здоров'я та ефективні міжсекторальні комунікації. Для концептуальної моделі ключові компетентності було згруповано ділено у блоки: компетентності з підтримки та розвитку політики, ті з управління та координації, з оцінки та моніторингу стану стоматологічного ГЗ, з доказової стоматології науково обґрунтованого стоматологічного ГЗ. Експертами було визнано, що управлінські та правові аспекти залишаються недостатньо розвиненими.

Запропонована концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, що поєднує профілактичні послуги, управління, міжсекторальну співпрацю та компетентності учасників, отримала позитивну оцінку експертів та демонструє прогнозовану ефективність. Її впровадження здатне підвищити якість життя дітей, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, на 26,3 % (95 % ДІ 21,7 – 33,0), що підтверджує її доцільність для використання в системі охорони здоров'я.

Розділ написаний за матеріалами власних публікацій:

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та

перспективи. Клінічна та профілактична медицина. 2024;1:79-86. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.10> [184].

2. Коробко МЮ. Актуальні підходи для реформування та відновлення стоматологічної служби для дітей та молоді України. In: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference [Інтернет]; 20-23 February 2024; France, Paris; 2024 р. 189-194. Доступно на: <https://isg-konf.com/professional-development-theoretical-basis-and-innovative-technologies/> [160].

3. Гопак О, Ліхолетов Є, Коробко М. Внесок концепції «Лікування-освіта» у психічне та громадське здоров'я студентів Франції. У: Крячкова ЛВ. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього; 10 жовтня 2024; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2024: с. 57-59 [161].

РОЗДІЛ 7

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ

Стоматологічне громадське здоров'я на відміну від клінічної стоматологічної практики, що діє на індивідуальному рівні, займається популяційним стоматологічним здоров'ям, зосереджуючи дії на рівні громади [43]. У дітей забезпечення здоров'я ротової порожнини та організацію стоматологічної медичної допомоги ускладнює високий рівень розповсюдженості стоматологічних захворювань та швидкість течії патологічних процесів [4 - 11]. Як і в більшості хронічно неінфекційних захворювань, чинники впливу стоматологічних захворювань та їх профілактика значною мірою визначаються соціально-поведінковими, економічними, екологічними та суспільними факторами, відомими як соціальні детермінанти здоров'я [170]. Більшість з цих чинників впливу є модифікованими та піддаються корекції. Одним із ключових аспектів успішного покращення стоматологічного здоров'я дітей є усвідомлення та управління цими модифікованими чинниками ризику. Велику роль у підтримці нормального стоматологічного стану дітей відіграють державні програми з профілактики здоров'я ротової порожнини молоді та заходи щодо їх реалізації [17].

Враховуючи вищезазначене нами було проведене дослідження з медико-соціального обґрунтування моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення на підставі комплексного аналізу його стану, факторів ризику, організації стоматологічної допомоги, якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, та визначення ключових стейкхолдерів і напрямів їх міжсекторальної співпраці. Із застосуванням комплексу сучасних методів, характерних для медико-соціального дослідження: системного підходу і аналізу, бібліосемантичного, епідеміологічного, соціологічного, оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, аналізу зацікавлених сторін, експертних оцінок, концептуального моделювання та медико-статистичного [177, 178], нами були виконані завдання, що відносяться до трьох основних функцій

стоматологічного громадське здоров'я: оцінки стану здоров'я ротової порожнини та основних чинників, що його обумовлюють, розробки відповідної здоров'язберігаючої політики та механізмів її забезпечення [47].

Проведене нами дослідження показало, що Україна стикається із серйозною проблемою карієсу зубів серед дітей та підлітків, особливо молочних зубів у молодших вікових групах – найвища поширеність карієсу молочних зубів фіксувалася серед дітей 5 - 9 років і складала 123,43 % (95 % ДІ 75,88 – 171,79) у 2019 році.

Вченими різних країн світу проводилися оцінки тягара карієсу, тенденцій, соціальної нерівності нелікованого карієсу постійних і тимчасових зубів з 1990 по 2019 рік на глобальному, регіональному та місцевих рівнях. Вчені вважають, що дані щодо ГТХ стоматологічних захворювань доцільно використовувати для покращення системи охорони громадського здоров'я та усунення диспропорцій щодо рівності здоров'я порожнини рота [19, 49].

Наша країна займала у 2019 році 146 рангове місце серед 194 країн світу за показником поширеності нелікованого карієсу молочних зубів серед дітей 1 - 9 років з показником 46,48 % (95 % ДІ 32,55 – 55,92), що перевищувало середнє значення на 11,3 % ($p > 0,05$) та в 2,5 рази ($p < 0,05$) мінімальне значення показника. Захворюваність на карієс молочних зубів була найбільша у віці до 5 років і складала 45,33 % (95 % ДІ 56,49 – 26,76) з подальшими зниженням показника у старших вікових групах. Ці дані кореспондуються з результатами вітчизняних досліджень щодо наявності карієсу у дитячого населення за даними стоматологічних оглядів [187 - 191].

За даними ІНМЕ у 2019 році карієс постійних зубів спричинив 2,00 мільйонів (95% ДІ 0,915–3,88) YLD у всьому світі. Він також займав перше та третє місце у світі відповідно за поширеністю та захворюваністю серед усіх причин [192].

Для захворюваності на карієс постійних зубів у молоді України характерна тенденція у всіх вікових групах до незначного збільшення показника. Згідно проведених міжнародних оцінок, з 1990 по 2019 рік стандартизований за віком

рівень захворюваності нелікованого карієсу постійних зубів демонстрував тенденцію до зростання, а стандартизований за віком показник поширеності і ГТХ – до зниження [49].

За даними проведеного нами аналізу поширеність та захворюваність на карієс постійних зубів в українських дітей суттєво не відрізняється від відповідних показників у Західній Європі [22].

Дані українських авторів підтверджують високу поширеність стоматологічних захворювань у дітей та молоді країни та відповідну потребу в лікуванні тимчасових та постійних зубів [7 - 9].

Захворювання ротової порожнини характеризуються важким тягарем і серйозними проявами нерівності, а також спільними з іншими хронічними неінфекційними захворюваннями, факторами ризику. Поширеність основних стоматологічних захворювань продовжує зростати в усьому світі зі змінами життя населення. Насамперед це пов'язано з недостатнім впливом фтору (у воді та засобах гігієни порожнини рота, таких як зубна паста), наявністю і доступністю їжі з високим вмістом цукру та з поганим доступом до стоматологічних послуг [32]. Вплив даних чинників ми простежили й у нашому дослідженні.

Було визначено, що із поширеністю нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років корелює показник вживання рафінованого цукру ($r=0,31$; $p=0,027$). Зв'язок між споживанням цукру та карієсом свідчить про те, що зусилля громадської охорони здоров'я, спрямовані на пропаганду здорової практики харчування може призвести до значного покращення здоров'я ротової порожнини дітей на популяційному рівні. Стратегії, спрямовані на боротьбу з нерівністю щодо тягара карієсу, такі як податкове навантаження та прозоре маркування продуктів, мають вирішальне значення для зменшення нерівності щодо стоматологічних захворювань у дітей [19].

У нашому дослідженні ми не змогли підтвердити зв'язок розповсюдженості невиліковного карієсу дітей із використанням зубної пасти з фтором, однак згідно масштабних міжнародних досліджень, щоденне

використання фторидної зубної пасти вважається головною причиною загального зниження карієсу в усьому світі за останні десятиліття, а зосередження на цілісній, довгостроковій, орієнтованій на пацієнта, профілактичній допомозі є пріоритетною стратегією для збереження зубів [193].

Державні витрати на стоматологічне обслуговування в Україні (за даними ВООЗ, 2019 р.) значно нижчі порівняно із розвиненими країнами світу та сусідніми європейськими країнами – 1,41 доларів США на 1 особу на рік в Україні порівняно із середньосвітовим значенням 54,92 (95 % ДІ 38,44 – 71,39) \$ США на рік. Нами було визначено, що доречним є збільшення обсягу державного фінансування стоматологічних послуг (в ідеалі до 200 \$ США на 1 особу на рік) через суттєвий вплив на поширеність нелікованого карієсу молочних зубів у дітей 1-9 років, оскільки обсяг державного фінансування обумовлює 20,8 % варіабельності даного захворювання.

Інші країни визнають важливість забезпечення стоматологічної допомоги для дітей та інтегрують її у національні системи охорони здоров'я. Зокрема, низка держав включила безкоштовні стоматологічні послуги для дітей до своїх національних програм [194]. Так, в Австралії у 2014 році було впроваджено Child Dental Benefits Schedule, що забезпечує стоматологічну допомогу дітям віком від 2 до 17 років [195]. Канадські дослідження підтверджують, що діти з незадовільним станом ротової порожнини частіше звертаються до стоматологів у регіонах, де діють державні програми стоматологічної допомоги [196]. Досвід Ізраїлю демонструє, що розширення реформи стоматологічної охорони здоров'я та усунення бар'єрів у доступі до профілактичної стоматологічної допомоги може сприяти зменшенню економічного тягаря та скороченню нерівності у стоматологічному здоров'ї [194].

Наше дослідження організації стоматологічного обслуговування дітей на основі національної галузевої статистики за 2018 – 2022 роки та даних Держстату щодо вибіркового опитування домогосподарств за 2018 – 2020 рр., виявило значні негативні тенденції у кадровому забезпеченні, обсягах наданих дітям стоматологічних послуг та доступності стоматологічної допомоги. Треба

зазначити, що період проведення цих опитувань припадає на період пандемії COVID-19, що могло суттєво вплинути на отримані результати.

Динаміка забезпеченості дитячими лікарями стоматологічного профілю співпадає із загальними тенденціями щодо забезпеченості лікарями-стоматологами дорослого населення. За даними нашого дослідження з 5-ти річний період з 2018 по 2022 роки забезпеченість лікарями-стоматологами дитячими закладів системи МОЗ зменшилась по Україні на 27,3 %, по Дніпропетровській області – на 44,4 % ($p < 0,001$). За даними українських експертів така ситуація пов'язана із початком трансформації вторинної ланки охорони здоров'я, що безпосередньо торкнулася стоматологічної допомоги, супроводжувалася скороченням державного сектора стоматології та впливом карантинних обмежень на роботу всіх стоматологічних закладів. Зменшення кількості точок доступу та кадрового складу стоматологічної служби супроводжувалося зменшенням кількості відвідувань стоматологів [151], що також було доведено і у нашому дослідженні.

Нами спостерігалось зниження обсягів стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України – на 97,6 % ($p < 0,001$) по Україні, та на 78,7 % ($p < 0,001$) у Дніпропетровській області. Питома вага стоматологічних послуг в них зменшилася з 99,4 % до 92,0 % по Україні та з 99,7 % до 87,2 % у Дніпропетровській області. Водночас кількість відвідувань у приватних закладах знизилася на 19,1 % ($p > 0,05$) в Україні та на 10,8 % ($p > 0,05$) у Дніпропетровській області, що свідчить про значне падіння доступності стоматологічної допомоги загалом. Кількість дітей, оглянутих у порядку планової санації, також значно скоротилася – на 83,0 % ($p < 0,001$) по Україні, та на 87,9 % ($p < 0,001$) у Дніпропетровській області. Кількість відвідувань на одну дитину скоротилася в Україні на 70,6 % ($p < 0,001$) до 0,3, а у Дніпропетровській області – на 76,5 % ($p < 0,001$) до 0,4. Водночас цей показник у 2022 році був мінімальним у регіонах, найбільше уражених війною.

На теперішній час спостерігаються диспропорції у забезпеченості дитячими лікарями-стоматологами на різних територіях, різниця сягає 37 разів

(від 0,01 ‰ у Херсонській області до 0,37 ‰ у м. Київ), що обумовлено переважно військовими діями в країні.

В європейських країнах також існують значні відмінності у співвідношенні стоматологів, але в більшості країн спостерігається збільшення кількості стоматологів, що пов'язано із зростанням приватного сектору та збільшенням транскордонного стоматологічного туризму [36].

Кореляційний аналіз зв'язку між кількістю лікарів-стоматологів дитячих і візитами до них, свідчить про відсутність стабільного взаємозв'язку у 2018–2021 рр., тоді як у 2022 році він був статистично значущим ($r=0,42$; $p=0,034$). Це може пояснюватися значними змінами у доступності стоматологічної допомоги, зумовленими воєнними подіями та реформуванням системи охорони здоров'я.

Згідно з дослідженням Мазура І.П. та співав. (2022) трансформація стоматологічної галузі системи охорони здоров'я України у 2015 - 2020 роках призвела до значного скорочення стоматологічних закладів та кадрів у державному секторі, що безпосередньо вплинуло на доступність стоматологічної допомоги для населення, зокрема дітей. При цьому спостерігається зростання кількості приватних стоматологічних закладів, що свідчить про зміну підходу до фінансування галузі та переорієнтацію пацієнтів на приватний сектор. Запровадження Програми медичних гарантій у 2020 році сприяло тому, що державні стоматологічні заклади стали працювати за контрактами з НСЗУ, що дозволило офіційно надавати платні послуги, фактично перетворюючи їх на напівкомерційні структури [151].

Результати нашого дослідження також підтверджують поступову орієнтацію на приватний сектор у стоматологічному обслуговуванні дитячого населення. Так, спостерігаються більші темпи скорочення відвідувань у державних ЗОЗ порівняно з приватними, так у Дніпропетровській області кількість відвідувань у приватних стоматологічних клініках збільшилася на 19,0 %, тоді як у державному секторі вона знизилася; кількість дітей, які отримали планову санацію у приватних практиках, збільшилася на 12,8 % по Україні, а в деяких регіонах – у декілька разів.

Окремий аналіз первинних відвідувань дитячих стоматологів показав їх скорочення на 75,6 % ($p < 0,001$) у закладах системи МОЗ України та на 74,5 % ($p < 0,001$) у Дніпропетровській області, що може свідчити про зменшення профілактичної спрямованості стоматологічної допомоги.

Про нагальну необхідність підвищення ефективності профілактики захворювань порожнини рота серед молодих людей, дітей та підлітків як відповідь на зменшення профілактичного потенціалу стоматологічної галузі свідчать роботи Круть А.Г. (2022); Велікова М. та Деньги О. (2023); Каськової Л.Ф. та співав. (2024) та інших українських дослідників [147, 149, 187 - 191, 197].

Ми пересвідчилися, що найбільш поширеною причиною неможливості отримання стоматологічної допомоги для дітей є занадто висока вартість послуг, що в 2020 році становила 98,0% серед домогосподарств із дітьми. У міських домогосподарствах частка тих, хто не зміг отримати стоматологічну допомогу через фінансові причини, є ще вищою (99,3%), тоді як у сільських вона трохи нижча (96,2%). Натомість бюджетне фінансування стоматології скорочується, що підтверджується зменшенням питомої ваги стоматологічних відвідувань у ЗОЗ системи МОЗ серед дітей на 97,6% за період 2018–2022 років.

Відсутність медичних спеціалістів залишається проблемою для сільських регіонів, де 3,0 % домогосподарств із дітьми зазначили цю причину як головну перешкоду отримання стоматологічних послуг. Доступність стоматологічних послуг для дітей значно погіршується у багатодітних сім'ях, особливо якщо один або обидва батьки відсутні, що свідчить про соціальну нерівність у сфері охорони стоматологічного здоров'я дітей.

Нерівності і несправедливості у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я спостерігаються у країнах з різним рівнем доходу, є підтверджуючі це дослідження, проведені як у Сполучених штатах Америки [198], так і в європейських країнах [199, 200].

В Україні, як і багатьох європейських країнах здоров'я, здоров'я ротової порожнини не розглядається як пріоритет громадської охорони здоров'я і переважно покладається на відповідальність родин за здоров'я дітей. Водночас,

як і деякі держави, що прагнуть до покращення систем охорони здоров'я та загального охоплення населення медичним обслуговуванням, надання безоплатних стоматологічних послуг дітям включено до загального медичного забезпечення. У Програмі медичних гарантій 2025 року стоматологічну допомогу дорослим та дітям виділено в окремий амбулаторний пакет, який покриватиме планову стоматологічну допомогу дітям, крім ортодонтичних процедур та протезування [201]. Однак державних стоматологічних програм для дитячого населення, на кшталт «Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки» в країні на теперішній період часу бракує. Проте, в стратегії розвитку системи охорони здоров'я до 2030 р. передбачаються загальні заходи щодо зміцнення системи громадського здоров'я, які можуть опосередковано впливати на покращення стоматологічного здоров'я дитячого населення. Зокрема, це стратегічна ціль щодо забезпечення функціонування спроможної системи громадського здоров'я включає завдання з посилення інститутів громадського здоров'я, систем епіднадзора та біобезпеки [202].

Наш аналіз показав обмежену кількість епідеміологічних даних про стоматологічне здоров'я дитячого населення. Ми, як і закордонні дослідники, стикалися з прогалинами в доступності даних про здоров'я ротової порожнини, незважаючи на заклики ВООЗ покращити нагляд за здоров'ям порожнини рота, оптимізувати збір і моніторинг даних [199].

Не вистачає даних практично з усіх сфер догляду за ротовою порожниною, зокрема щодо основних причин і поширеності захворювань порожнини рота, а також ефективності профілактичних заходів у громаді та послуг з охорони здоров'я порожнини рота. Ця ситуація перешкоджає виробленню ефективної політики щодо зміцнення стоматологічного громадського здоров'я [36, 38].

У прийнятій країнами-членами ВООЗ глобальній стратегії здоров'я порожнини рота до 2030 року йдеться про необхідність інформування щодо досягнення прогресу у показниках стоматологічного здоров'я [32].

Ситуацію доцільно оптимізувати шляхом запровадження цифровізації процедур моніторингу та нагляду за епідеміологічною ситуацією щодо здоров'я ротової порожнини дитячого населення [32, 36, 38, 199, 203, 204].

Узгоджені зусилля, спрямовані на досягнення кращого здоров'я порожнини рота, як невід'ємного компонента неінфекційних захворювань, здатне привести до зменшення тягаря стоматологічних захворювань у дітей, поліпшення загального охоплення профілактичними послугами та у кінцевому підсумку призвести до поліпшення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення та якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота.

Поліпшення ЯЖ ЗПР є провідним завданням стоматологічного громадського здоров'я [17,18], отже принципово важливим є наявність короткої, валідної методики щодо оцінки OHRQoL [88]. Нами була проведена попередня валідація опитувальника оцінки профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини CONIP-SF 19 UK та подальша оцінка ЯЖ ЗПР у вибірці 236 дітей від 6 років.

На відміну від інших досліджень [89 - 92, 179], наше було сфокусоване на більш широкому застосуванні методики для потреб сектору громадського здоров'я, на рівні якого і потрібно розробляти та координувати усі заходи щодо підтримки стоматологічного здоров'я, починаючи із дитячого віку.

Ми отримали гарні психометричні властивості методики CONIP-SF 19 UK, подібні до китайської, японської та більшості інших версій [89, 90, 179]. Внутрішня узгодженість для загального балу CONIP-SF 19 UK загалом та за окремими субшкалами мала достатній рівень (більше 0,7), для загальної оцінки була найбільшою – 0,89, найменшою для здоров'я ротової порожнини – 0,71. Трифакторна модель CONIP-SF 19 UK була підтверджена за допомогою факторного аналізу. Валідність повторних досліджень була доведена за допомогою Intraclass Correlation Coefficient та коливалася в межах 0,64 – 0,87 ($p<0,001$) для CONIP-SF 19 UK та його субшкал.

Загальна оцінка Overall CONIP-SF 19 UK у вибірці українських дітей мала медіанне значення 60,0 балів (9 5% ДІ 58,0 – 61,0) при максимальному

можливому значенні 76 балів. Таке значення відповідає середнім показникам по інших країнам, де застосовувався опитувальник – Португалії (59,5), Німеччині (60,7), Китаю (62,2), Індонезії (57,8) та арабських країн (61,1). Важливо зазначити, що країни з стоматологічним наглядом у національній системі охорони здоров'я мають кращу якість життя [82].

Нами було виявлено статистично значущі відмінності за місцем проживання, станом стоматологічного здоров'я та частотою стоматологічних проблем ($p < 0,05$), тоді як за віком, статтю, освітою батьків, частотою відвідувань стоматолога, чищенням зубів і використанням фторвмісної зубної пасти відмінностей не зафіксовано ($p > 0,05$).

Як добре та дуже добре, більшість обстежених дітей оцінює здоров'я порожнини рота (55,0 %) та загальний стан власного здоров'я (61,1 %). Самооцінка за даними показниками прямо корелює одна з одною ($r_s = 0.30$; $p < 0,001$), отже чим гірше стан здоров'я ротової порожнини тим гірше оцінюється загальний стан та навпаки. Це знаходить підтвердження і в багатьох інших дослідженнях [86].

На теперішній час визначення OHRQoL серед дітей та підлітків більшою мірою використовується для потреб клінічної практики [109], а не стоматологічного громадського здоров'я. COHIP-SF 19 було розроблено для використання в клінічних ситуаціях, оцінки OHRQoL дітей з різними клінічними станами та різною тяжкістю захворювань. Це має певне підґрунтя, оскільки суб'єктивна оцінка стану здоров'я ротової порожнини надає унікальні дані, які корелюють з клінічними результатами [88].

Однак на теперішній час здоров'я ротової порожнини є одним з визначальних факторів якості життя. В останні роки було проведено безліч досліджень про вплив гігієни ротової порожнини на якість життя, як загальну, так і специфічну – OHRQoL [86]. Це знайшло підтвердженні і в нашому дослідженні. Отже визначення OHRQoL має важливе значення для зміцнення системи громадського здоров'я та розбудови сектору стоматологічного громадського здоров'я.

До методологічних обмежень дослідження можна віднести включення у вибірку дітей з 6 річного віку, що може привести до певного зміщення вибірки. Також використання методики оцінки якості життя за WHOQOL-8 більшою мірою підходить для дітей старшого шкільного віку та підлітків.

Щодо тенденцій змін стоматологічного здоров'я дитячого населення, то згідно нашого дослідження, на думку опитаних ключові респондентів (фахівців, обізнаних у досліджуваних питаннях), за останні 5 - 10 років визначається погіршення стану стоматологічного здоров'я дітей (64,5 % опитаних) і на теперішній час спостерігається зміщення оцінок у бік негативних характеристик стоматологічного статусу дітей. Наші висновки кореспондуються із висновками інших вітчизняних дослідників [3 - 14].

При цьому частота звернення за лікувальною стоматологічною допомогою, на думку респондентів, здебільшого збільшилася (58,1 % опитаних), тоді як за профілактичною – переважно зменшилася (54,8 %). При цьому дані кореляційного аналізу свідчать про те, що лише виникнення певних проблем зі стоматологічним статусом дітей здебільшого є поштовхом для подальших профілактичних візитів до стоматолога ($r_s=0,70$; $p<0,001$). Ці результати кореспондуються із даними закордонних дослідників, що діти вперше відвідують стоматолога значно пізніше від рекомендованого віку, коли поганий стан здоров'я ротової порожнини стає основною причиною до звернення [205]. При цьому важливу роль відіграє обізнаність батьків чи опікунів щодо важливості ранньої профілактики стоматологічних захворювань [205, 206].

При власному дослідженні чинників, які найбільшою мірою впливають на стоматологічне здоров'я дітей та їх якість життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, ми використовували групування чинників ризику, що застосовується ВООЗ у практичному керівництві з ліквідації дитячого карієсу зубів (2021) [170] розроблене на підставі концептуальної моделі Keyes P.H. (1962) з редакцією Fisher-Owens S.A. et al. (2007) [207, 208]. Виділяються наступні групи чинників: вплив суспільства, включно з організацією

стоматологічної допомоги, вплив родини, генетика, стан дитини та екологічні чинники [166].

Групування в окремі детермінанти в нашому дослідженні мало певні відмінності від структури, що використовувала ВООЗ [170]. В нашому дослідженні було виділено п'ять ключових груп детермінант, які впливають на формування стоматологічного здоров'я дитячого населення. Це медико-біологічні характеристики дитини (17,5 %), характеристики родини та спосіб її життя (16,4 %), охорона стоматологічного здоров'я (15,3 %), соціально-економічні (13,8 %) та екологічні (12,1 %) детермінанти, які загалом визначають 75,1 % загальної дисперсії, підкреслюючи комплексний характер впливу факторів ризику. Відмінності нашого дослідження полягають у виділенні окремої групи соціально-економічних детермінант, які у базових попередніх моделях представлялися більш широко у вигляді соціального середовища.

При оцінці впливу різних соціальних аспектів на стан стоматологічного здоров'я дітей в нашому дослідженні ключові респонденти дійшли думки, що найвпливовішим факторами є характеристики системи стоматологічної допомоги та культурні норми громади до яких входить і рівень гігієнічної культури загалом, і стоматологічної зокрема. Третє місце займало соціальне оточення, яке формує відповідні звички щодо підтримки стоматологічного здоров'я. Далі, в порядку визначеного ключовими респондентами впливу, розташувалися ініціативи суспільства щодо зміцнення здоров'я порожнини рота, фізична безпека, якість соціальних зв'язків у суспільстві та соціальна підтримка.

Вплив ініціатив суспільства щодо зміцнення здоров'я порожнини рота, що саме й представляють стоматологічне громадське здоров'я, лише третина респондентів (29,0 %) оцінили як достатньо потужний, а на відсутність його впливу вказали 12,9 % опитаних, що було найбільшою часткою з негативними аспектами серед інших оцінок.

На середньому та нижчому за середній рівень за впливовістю на стоматологічне здоров'я дітей респонденти поставили – соціальне оточення, соціальну підтримку, фактор соціального капіталу (якість соціальних зв'язків у

суспільстві), що свідчить про те, що на фоні медичних аспектів догляду за зубами і порожниною рота, соціальні фактори відіграють також важливу роль у формуванні та підтримці стоматологічного статусу дітей, але ще не набувають достатнього рівня впливовості у нашій країні. Однак, якщо люди продуктивно взаємодіють між собою та відчують підтримку у спільноті, це може мати позитивний вплив на стоматологічне здоров'я.

На думку переважаючої частини опитаних, звички та навички підтримки здоров'я, прийняті у сім'ї складають максимальну частку родинного впливу (77,8 %). Високий ступінь впливу у домені впливу родини надали соціально-економічному статусу сім'ї (55,6 % оцінок з максимальним впливом) та її фізичним умовам проживання (відповідно 38,9 %). Останнє напевно, великою мірою, обумовлено наявністю в країні великої кількості родин, що втратили житло або вимушені були переселитися на більш безпечні території. Серед групи «вплив родини» найменшу оцінку впливу на стан стоматологічного здоров'я дітей отримала наявність медичної страховки з стоматології (22,2 % оцінок з відсутністю впливу).

Окреме виділення значущості соціальних детермінант проводилося й іншими дослідниками, однак відрізнялися варіанти їх сполучення з іншими чинниками. Так, у дослідженні Do L.G. et al. (2023) застосовувалася соціально-екологічна модель для покращення здоров'я ротової порожнини дітей [209].

Дослідники зазначають необхідність залучення дітей та їх батьків до процесу зміцнення стоматологічного ГЗ. Не є ефективним обмежене залучення дітей в програми навчання та просвіти про гігієну порожнини рота [210]. Пропонується їх ширше залучення до спільної розробки програм профілактики та просвіти [211].

Проводилися дослідження з підтвердження моделі, яка ілюструє взаємозв'язок між факторами, пов'язаними з батьками та дитиною, і їх довірою до стоматологічних служб [212]. В наших оцінках було визначено важливості взаємодії між родиною, сімейними лікарями, лікарями стоматологами та закладами охорони громадського здоров'я, більшість респондентів оцінили її, як

доречну і важливу. Найбільш пріоритетним вони вважають взаємодію між родиною, сімейними лікарями та лікарями стоматологами.

Враховуючи те, що зміцнення стоматологічного громадського здоров'я потребує комплексного підходу, який об'єднує зусилля різних стейкхолдерів: медичних спеціалістів, громадськості, урядових структур, недержавних організацій та інших груп [113], великої актуальності набуває аналіз доцільності долучення різних зацікавлених сторін у процес його забезпечення для дитячого населення.

Для визначення повного переліку зацікавлених сторін з подальшою розробкою напрямів розвитку їх взаємодії ми проводили мапування стейкхолдерів. Методи аналізу зацікавлених сторін широко застосовується при розробці стратегій боротьби з певними медико-соціальними проблемами, на кшталт профілактики НІЗ [213, 214], в тому числі для узгодження дій при боротьбі із тягарем стоматологічних захворювань [215 - 218].

Вивчення сприйняття ключовими зацікавленими сторонами лікування неінфекційних захворювань під час пандемії COVID-19 проводилося у Кенії. Перехресне онлайн-опитування включало медичний персонал, який виконує неклінічні функції (працівники громадської охорони здоров'я та політики), а також представників практичної медицини (лікарі та медсестри). Такий підхід дозволив оптимізувати взаємодію зацікавлених сторін [219].

Мапування стейкхолдерів для сприйняття зацікавленими сторонами розширення втручань під керівництвом громади для профілактики та боротьби з неінфекційними захворюваннями проводилося у Бангладеш. Дослідження підкреслило необхідність стратегії залучення громади для профілактики і боротьби з НІЗ, а також висвітлило потенціал використання наявних кадрів для розширення втручань під керівництвом громади [220].

Матриця владних інтересів, яку часто називають матрицею Обрі Менделоу, розміщує зацікавлених сторін за двома осями: від низької до високої влади та від низької до високої зацікавленості/інтересу. Зацікавлені сторони

потрапляють в один із чотирьох квадрантів. Кожен квадрант вимагає різної стратегії роботи із стейкхолдерами [220].

Після мапування стейкхолдерів у лівому верхньому кутку матриці опинилися сторони, які мають високий рівень влади щодо питання стоматологічного ГЗ дитячого населення та низький рівень інтересу до нього, до яких згідно експертної оцінки були віднесені: міжнародні проекти, бізнес сфера та e-Health. Остання увійшла у цей блок передусім через те, що електронна охорона здоров'я включена у регулювання ресурсних процесів закладів охорони здоров'я, пов'язаних із державними гарантіями надання медичних послуг, в той час коли стоматологічні послуги мають переважно позабюджетне фінансування. Такі стейкхолдери, як представники великого бізнесу можуть активно чинити спротив змінам, які відбуваються в царині протидії НІЗ [214], що обумовлює необхідність враховувати їх вплив при розробці профілактичних заходів з ГЗ.

Стратегія роботи з ними – намагання вдовольнити та зробити їх зацікавленою стороною, оскільки вони є латентними стейкхолдерами. Якщо вони виявлять, що проекти з профілактики стоматологічних захворювань у дітей впливають на їх результати, вони можуть долучитися до цього процесу.

Так, електронна охорона здоров'я може виступати як стейкхолдер у системі охорони дитячого стоматологічного ГЗ, коли зможе впливати на процеси надання стоматологічних медичних і профілактичних послуг дітям, збирати та передавати необхідну інформацію та сприяти технологічному розвитку цього напрямку.

У правому верхньому кутку розмістилися сторони, які мають високий рівень влади та високий рівень інтересу: родина, громада, сімейні лікарі, заклади громадського здоров'я, дитячі стоматологи, стоматологічні заклади охорони здоров'я, органи управління охороною здоров'я, заклади вищої медичної/стоматологічної освіти, дошкільні та шкільні освітні заклади.

За даними Мельника В.С. та співав. (2023) ключовою є інтеграція медичних та освітніх закладів, при формуванні стоматологічної культури

школярів необхідна синергічна робота учителів шкіл та лікарів-стоматологів [95].

Зацікавлені сторони, що потрапили у верхній правий квадрант, є найважливішими. З ними потрібно тісно співпрацювати. Вони є ключовими стейкхолдерами, які безпосередньо зацікавлені у стоматологічному ГЗ дітей та мають великий вплив на результат. Так, органи управління охороною здоров'я, МОЗ приймають рішення щодо ресурсів, родини дітей прагнуть до забезпечення здоров'я та добробуту своєї сім'ї, що є типовою та важливою головною метою для багатьох домогосподарств. Родини можуть активно взаємодіяти з лікарями, закладами освіти та іншими стейкхолдерами у сфері охорони здоров'я порожнини рота, особливо коли це стосується дітей та членів сім'ї. З урахуванням високого інтересу родин може бути ефективним залучення їх до розробки та впровадження програм та ініціатив у сфері охорони ГЗ.

У лівому нижньому кутку опинилися сторони, які мають низький рівень влади та низький рівень інтересу: соціальні служби, аптеки, торгівельні мережі, заклади харчування, неурядові організації. Потрібно стежити за їх діяльністю, моніторувати ситуацію, оскільки влада та зацікавленість цих сторін можуть змінюватися. Так, наявність відповідного нормативного регулювання чи зміни поведінки й уподобань споживачів, можуть вплинути на позиції торгівельних мереж та закладів харчування у питаннях обсягу продажу цукровміщуючих продуктів для дітей, що потрібно відслідковувати.

У якості прикладу – активність громадських організацій, які мобілізували основних стейкхолдерів у сфері контролю над тютюном, та попри спротив тютюнової індустрії змогли досягти вагомих результатів [204].

У правому нижньому кутку розмістилися стейкхолдери, які мають низький рівень влади та високий рівень інтересу: медичні заклади загального профілю, науково-дослідні медичні (стоматологічні) заклади, ЗМІ та блогери з соціальних мереж. ЗМІ та блогери демонструють високий рівень інтересу, адже питання здоров'я та стоматологічного добробуту населення є актуальними для

громадськості. Водночас традиційно їх формальний вплив на ухвалення рішень у сфері охорони здоров'я є обмеженим, що і зазначили опитані експерти.

Однак, попри низький рівень влади в традиційному розумінні, вони мають потужний механізм впливу на громадську думку та поведінку людей. Завдяки широкому охопленню аудиторії, високій довірі з боку підписників і можливості швидкого поширення інформації, блогери можуть формувати суспільний запит на зміни, що опосередковано впливає на рішення регуляторних органів.

Тому їх потрібно інформувати щодо прогресу у розбудові стоматологічного ГЗ, залучати до відповідних досліджень, надсилати повідомлення щодо результатів, заохочувати до діалогу. Так, роль ЗМІ та блогерів у формуванні поглядів на охорону ГЗ не є домінуючою, але вони можуть визначати ключові теми для громадського обговорення, впливати на громадську думку стосовно споживання цукру, стоматологічної гігієни тощо.

На думку експертів, достатній високий ступінь влади щодо формування здоров'я ротової порожнини дітей мають центри громадського здоров'я, дитячі стоматологи, стоматологічні заклади охорони здоров'я, заклади вищої освіти медичного/стоматологічного профілю та громади. При цьому найвищий рівень інтересу щодо зазначеного питання мають родини, дитячі стоматологи, стоматологічні заклади охорони здоров'я, профільні науково-дослідні заклади та ЗВО. Найнижчий рівень інтересу до даного питання відзначався у соціальних служб, неурядових організацій, аптек та торговельних мереж.

На відміну від інших дослідників [218], в нашому не фігурували страхові компанії у якості зацікавлених сторін через їх поки ще не відчутний вплив на сектор стоматологічного ГЗ. Було зафіксовано могутній вплив родини, як і в багатьох дослідженнях, що торкаються профілактики стоматологічних захворювань у дитячому віці [55, 205, 206, 212].

Виявлено, що стейкхолдери, які мають високий рівень влади та низький інтерес, наприклад, e-Health, міжнародні проекти та бізнес-сфера, можуть виявити спротив змінам. Тому стратегія взаємодії з ними має бути спрямована на зацікавлення їх у позитивному впливі на результати стоматологічного

здоров'я дітей. Зацікавлені сторони, що мають низький рівень влади, але високий інтерес, такі як засоби масової інформації, блогери та інші можуть сформувати певну громадську думку та популяризувати питання стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення. Щодо стейкхолдерів із низьким рівнем влади та інтересів, таких як соціальні служби й аптеки, то вони потребують систематичного моніторингу діяльності, оскільки їх позиції можуть змінюватися.

Перспективним є залучення e-Health у процес зміцнення здоров'я ротової порожнини дітей. Останніми роками спостерігається зростання тенденції використання цифрових технологій в охороні порожнини рота та зубів дітей, оскільки цифрові технології охорони здоров'я можуть значно розширити доступ до рішень для здоров'я порожнини рота та зробити їх простішими у використанні та доступнішими на всіх рівнях [60, 222, 223].

Було визначено компетентності ключових стейкхолдерів – представників системи ОЗ, таких як сімейні лікарі та дитячі стоматологи, серед яких: розвиток системи спостереження за станом здоров'я порожнини рота дитячого населення та впровадження технологій доказової стоматології і доказової профілактики. Однак функції, пов'язані з використанням правових та управлінських інструментів, а також наукового забезпечення, отримали менший рівень підтримки експертів, що вказує на потребу удосконалення належних управлінських практик та розробки наукових підходів для досягнення оптимального стану стоматологічного здоров'я дітей.

Перелік компетентностей було складено на підставі переліку базових навичок, які рекомендуються фахівцям зі стоматологічної громадської охорони здоров'я Американською стоматологічною асоціацією [134, 136, 137].

Найвищий рівень важливості отримала компетентність з розробки систем спостереження за здоров'ям порожнини рота дітей та визначення його детермінант, що свідчить про їх провідне значення у програмах та стратегіях підтримки та зміцнення дитячого стоматологічного ГЗ. Відзначається також важливість застосування технологій доказової стоматології та доказової

профілактики – критичного аналізу доказів для ефективного вирішення проблем стоматологічного громадського здоров'я. У трійку пріоритетних компетентностей ввійшли також профільні комунікації, що свідчить про необхідність ефективного інформаційного зв'язку та взаємодії щодо стоматологічного ГЗ у дітей. Важливими визначаються компетентності з оцінки систем надання стоматологічної допомоги, управління співпрацею для досягнення покращень у стоматологічному ГЗ, етичного прийняття рішень, управління програмами та підтримка політики із зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення.

Менш високий рівень важливості відзначається експертами для компетентностей з проведення досліджень та інтеграції соціальних детермінант, що може бути пояснено недостатністю уваги практичної охорони здоров'я до наукової складової діяльності та до питань нерівності і соціальної справедливості при забезпеченні стоматологічного ГЗ.

Загалом отримані результати вказують на важливість систематичного моніторингу лікувально-профілактичних заходів для забезпечення стоматологічного благополуччя дітей та на необхідність збільшення уваги до наукового підґрунтя стоматологічного обслуговування і заходів з подолання нерівностей здоров'я ротової порожнини дитячого населення.

При визначенні пріоритетів щодо розвитку дитячого стоматологічного ГЗ експерти користувалися визначеними Законом України від 06.09.2022 р №2573-IX «Про систему громадського здоров'я» [29] основними завданнями та оперативними функціями системи громадського здоров'я.

До найбільш пріоритетних функцій стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні експертами були віднесені зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення, у тому числі вплив на основні чинники, що його формують – 93,3 % (95 % ДІ 80,7 – 100,0 %); підтримка реалізації ініціатив, що позитивно впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення на місцевому рівні – 93,3 % (95 % ДІ 80,7 – 100,0 %); стратегічне керівництво та організація спільної роботи різних закладів та

фахівців для зміцнення стоматологічного здоров'я дітей – 86,7 % (95 % ДІ 69,5 – 100,0 %); інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах стоматологічного здоров'я дитячого населення – 86,7 % (95 % ДІ 69,5 – 100,0 %); планування та організація профілактичних заходів з оздоровлення порожнини рота дітей – 86,7 % (95 % ДІ 69,5 – 100,0 %). Це свідчить про важливість заходів, спрямованих на покращення загального стану стоматологічного здоров'я дітей, важливість взаємодії й інформаційної підтримки для досягнення успіху у сфері стоматологічної профілактики.

Підтримка розробки та впровадження політик та стратегій збереження стоматологічного здоров'я дітей знаходиться на високому рівні – 80,0 % (95 % ДІ 59,8 – 100,0 %). Це вказує на важливість стратегічного підходу до управління стоматологічним здоров'ям. Моніторинг за станом ротової порожнини та нагляд за показниками і чинниками є важливими функціями з високим рівнем підтримки – 73,3 % (95 % ДІ 50,9 - 95,7 %). Це свідчить про потребу в активному контролі за станом стоматологічного здоров'я та розвитком відповідних ініціатив.

Середній рівень підтримки отримали такі функції, як використання правових та управлінських інструментів для профілактики хвороб порожнини рота і покращення стану стоматологічного здоров'я дитячого населення та наукове забезпечення системи стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення. Це може вказувати на те, що деякі аспекти управління та правові норми можуть бути вдосконалені для підвищення ефективності стоматологічного ГЗ. Важливо враховувати, що науковий підхід може визначати ефективність профілактичних заходів та лікування, тому це необхідно враховувати при розробці стратегій вдосконалення.

Передовий досвід у зміцненні та профілактиці здоров'я порожнини рота може приймати різні форми, на кшталт зміни політики, спрямованої на покращення здоров'я порожнини рота, інтеграції у загальні програми підтримки здоров'я, надання послуг з догляду за ротовою порожниною або розробка спеціальних заходів для боротьби із нерівностями щодо стоматологічного

здоров'я [2]. Дослідження підкреслюють ефективність громадських ініціатив та профілактичних заходів для покращення стоматологічного здоров'я дітей. Програми з освіти, гігієни та доступу до стоматологічної допомоги можуть значно зменшити поширеність захворювань.

Позитивні приклади реалізації заходів зміцнення здоров'я порожнини рота включають зменшення споживання цукру шляхом регулювання реклами та маркування харчових продуктів, запобігання нещасним випадкам, що призводять до пошкодження ротової порожнини, забезпечення недорогими фторвмісними зубними пастами та іншими джерелами фтору, включаючи громадські схеми фторування води, солі і молока [224].

Прикладами наукового обґрунтування оптимізації системи стоматологічної допомоги з акцентом на профілактичні заходи серед дитячого населення, є дослідження у Польщі, де показники захворюваності на карієс зубів у дітей протягом багатьох років були самим високим порівняно з усіма європейськими країнами при тому, що забезпечення країни стоматологами було одним з найвищих. Дослідження показало, що нагальні державні програми дуже неефективні, потреби в охороні стоматологічного здоров'я не оцінюються, відсутня співпраця та координація між ключовими установами, немає інструментів виявлення соціально-економічної нерівності у доступі до стоматологічної допомоги, перелік стоматологічних процедур, що відшкодовуються державою, є обмеженим, а пацієнти несуть дуже високі приватні витрати. Було визначено, що стоматологи надають допомогу дітям і підліткам переважно у сфері відновлювальної стоматології, а догляд за їх ротовою порожниною щодо моніторингу та профілактики карієсу, який здійснюється первинною медико-санітарною допомогою та шкільними медсестрами, дуже неефективний [144].

За участю експертів ми визначили нагальні завдання, що потребують пріоритетного вирішення при розбудові системи стоматологічного ГЗ дитячого населення в нашій країні. До них було віднесено зміцнення стоматологічного здоров'я дітей, вплив на фактори, що його формують, систематичний моніторинг

й оцінку профілактичних заходів та підтримку локальних ініціатив на рівні громад і місцевих спільнот. Визначено стратегічні напрями розвитку, зокрема, організація спільної роботи різних закладів та груп стейкхолдерів для зміцнення стоматологічного здоров'я дітей.

Запропонована концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дітей інтегрує профілактичні послуги, функції, ключових стейкхолдерів і необхідні компетентності. Вона базується на підході інтеграції стоматологічного здоров'я в систему громадського здоров'я, запропонованому Глобальною хартією громадського здоров'я та забезпечує комплексний підхід до покращення стоматологічного здоров'я дитячого населення шляхом міжсекторальної співпраці та підвищення рівня обізнаності населення. Запропонована модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я відповідає світовим тенденціям інтеграції стоматологічної допомоги у загальну систему охорони здоров'я. Аналогічні підходи впроваджені в низці країн, зокрема в Австралії [195], США [218], Канаді [196] та Ізраїлі [194], де державні програми охоплюють профілактичні заходи для дітей та соціально вразливих груп населення.

Згідно з дослідженням Padung N. et al. (2022), комплексні державні програми, що включають профілактичні стоматологічні послуги, сприяють ранньому зверненню до стоматолога та зменшенню потреби у відновному лікуванні [205]. Це узгоджується з нашими результатами, які підтверджують, що підвищення рівня обізнаності та доступності профілактичних заходів може суттєво покращити стоматологічне здоров'я дітей.

Подібні результати продемонстрували дослідження Ticku S. et al. (2021), які показали, що міжсекторальна взаємодія медичних та освітніх установ підвищує ефективність профілактичних заходів [208]. Запровадження нашої моделі, що передбачає активну участь освітніх закладів, може сприяти більш ефективному впровадженню профілактичних програм у дітей молодшого віку.

Оцінка ефективності моделі узгоджується з дослідженням Orenstein L. et al. (2020), яке демонструє, що ранні стоматологічні втручання зменшують потребу в дороговартісному лікуванні у більш старшому віці [194].

У Хорватії була впроваджена модель промоції здоров'я ротової порожнини, спрямована на покращення стоматологічного здоров'я дітей. Ця модель включала освітні програми для дітей та батьків, регулярні стоматологічні огляди та профілактичні заходи, такі як фторування та герметизація фісур. Результати показали значне зниження поширеності карієсу серед дітей, що свідчить про ефективність такого підходу [221]. Як і наша розробка, застосована модель демонструє ефективність у покращенні стоматологічного здоров'я дітей, проте наша модель пропонує більш комплексний підхід з акцентом на інтеграцію різних аспектів громадського здоров'я та розвиток компетентностей стейкхолдерів.

Експертна оцінка моделі підтвердила її високу ефективність, зокрема завдяки системному підходу та прогнозованому підвищенню якості життя, пов'язаної зі здоров'ям ротової порожнини, на 26,3 % (95 % ДІ 21,7–33,0). Впровадження окремих елементів моделі в медичних закладах продемонструвало позитивну динаміку у структурі профілактичних заходів.

Таким чином, результати нашого дослідження узгоджуються з глобальними тенденціями та підтверджують ефективність комплексного підходу до зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дітей. Це підкреслює необхідність подальшої інтеграції профілактичних заходів у систему охорони здоров'я, а стоматологічного громадського здоров'я у сектор ГЗ для досягнення довгострокових позитивних результатів щодо здоров'я порожнини рота у дитячого населення.

ВИСНОВКИ

У дисертаційному дослідженні представлено теоретичне узагальнення і нове вирішення актуального завдання зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, яке було розв'язано шляхом медико-соціального обґрунтування концептуальної моделі, розробленої з урахуванням міжнародних підходів до розбудови сектору громадського здоров'я, світового та вітчизняного досвіду, особистих наукових напрацювань автора, ефективність якої було підтверджено експертною оцінкою та результатами впровадження окремих елементів.

1. Стоматологічне громадське здоров'я є важливим компонентом охорони громадського здоров'я, що потребує міжсекторальної інтеграції та комплексного підходу, включаючи епідеміологічні дослідження, оцінку якості життя, пов'язану зі здоров'ям порожнини рота, виявлення факторів ризику та розробку ефективних профілактичних стратегій для покращення стоматологічного здоров'я дітей та їх якості життя.

2. Стан стоматологічного здоров'я дітей в Україні характеризується негативними тенденціями через високу поширеність карієсу тимчасових зубів, що значно перевищує показники Західної Європи (захворюваність на 64,5 %, поширеність на 48,9 %, ГТХ у DALY на 10,7 % за даними 2019 року). Опитування ключових респондентів підтверджує погіршення стоматологічного здоров'я дітей за останні 5 - 10 років (64,5 %), причому 93,5 % оцінюють його як середнє або незадовільне. Зменшення профілактичних звернень (визнало 54,8 % респондентів) при одночасному зростанні лікувальних (визнало 58,1 % респондентів) вказує на недостатню профілактичну спрямованість стоматологічної допомоги і необхідність активнішого впровадження превентивних стратегій.

3. Аналіз організації стоматологічного обслуговування дитячого населення України виявив суттєве зниження забезпеченості дитячими стоматологами (на 27,3 % за 2018 - 2022 рр.; $p < 0,001$), що негативно вплинуло на доступність

стоматологічної допомоги та знизило кількість відвідувань стоматолога дітьми ($r=0,42$; $p=0,034$ за даними 2022 р.). Потреби у плановому профілактичному обслуговуванні залишаються незадоволені, що відображається у зростанні частки дітей, які потребують санації, при одночасному скороченні кількості санованих дітей на 80,7 % ($p<0,001$). Це спричинило часткове заміщення державних послуг приватними, що зумовило збільшення частки ускладненого карієсу серед пролікованих зубів. Окрім того, відзначається дефіцит епідеміологічних даних, що підкреслює необхідність цифровізації моніторингу стоматологічного здоров'я дітей та його гармонізації з європейськими стандартами.

4. Факторний аналіз визначив п'ять основних детермінант, які значною мірою (75,1 % загальної дисперсії) впливають на стоматологічне здоров'я дітей: медико-біологічні характеристики, сімейні фактори, доступність стоматологічної допомоги, соціально-економічні умови та екологічні чинники. Оцінка доступності стоматологічної допомоги показала, що висока вартість стоматологічних послуг є основною перешкодою для її отримання (98,0 % домогосподарств з дітьми у 2020 році). При цьому найбільш уразливими є багатодітні та неповні сім'ї.

5. Вживання рафінованого цукру та низькі державні витрати на стоматологічне обслуговування (1,41 \$ США на рік в Україні проти середньосвітового рівня 54,92 \$ США) негативно впливають на стоматологічне здоров'я дітей ($r=0,31$; $p=0,027$ та $r=-0,45$; $p<0,001$ відповідно). Зменшення фінансування стоматологічної допомоги на одну людину за рік підвищує рівень нелікованого карієсу у дітей на 20,8 % ($p<0,001$). Збільшення фінансування стоматологічної допомоги до 200 \$ США на душу населення на рік сприятиме зниженню рівня нелікованого карієсу дітей, після чого ефект зменшуватиме свій вплив.

6. Дослідження показало, що CONIP-SF 19 UK є валідним ефективним інструментом для оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота серед українських дітей і підлітків та може бути застосований у популяційних

дослідженнях для моніторингу його стану. Медіанне значення якості життя склало 60,0 (95% ДІ 58,0 – 61,0) балів із 76 максимально можливих, з розбіжностями за місцем проживання, наявністю стоматологічних проблем та їх частотою ($p < 0,05$), без розбіжностей за віком, статтю, освітою батьків і звичками догляду за зубами ($p > 0,05$). Виявлено суттєвий вплив стоматологічних проблем на загальну якість життя дітей ($r_s = 0,30$; $p < 0,001$).

7. Аналіз стейкхолдерів за допомогою експертної оцінки та картографування дозволив визначити ключові групи впливу на стоматологічне здоров'я дітей: родини та громади; заклади освіти; органи управління, заклади та фахівці охорони здоров'я (дитячі стоматологи, сімейні лікарі та заклади сектору громадського здоров'я). Водночас окремі важливі стейкхолдери, такі як e-Health, мають високий рівень влади, але низький інтерес до проблеми, що вимагає залучення їх до співпраці. Визначено ключові компетентності для учасників системи охорони здоров'я, зокрема: компетентності з підтримки та розвитку політики; з управління та координації; з оцінки та моніторингу стану стоматологічного громадського здоров'я; з доказової стоматології та науково обґрунтованого стоматологічного громадського здоров'я.

8. Запропонована концептуальна модель зміцнення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення, що поєднує чотири ключові блоки: послуги (профілактика, захист, промоція), функції (управління, адвокація, потенціал, інформація), основних стейкхолдерів та компетентності учасників системи охорони здоров'я. Модель забезпечує комплексний підхід до профілактики стоматологічних захворювань у дітей, сприяє міжсекторальній співпраці та підвищенню якості життя дитячого населення. Її ефективність підтверджена експертною оцінкою, прогнозоване покращення стоматологічного здоров'я дітей, за експертною оцінкою – 26,3 % (95 % ДІ 21,7 - 33,0).

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Міністерству охорони здоров'я України та Центру громадського здоров'я МОЗ України:

- Визнати стоматологічне громадське здоров'я окремим напрямом діяльності в системі громадського здоров'я;
- Оновити/розробити держані профілактичні програми по зміцненню стоматологічного здоров'я дітей та дорослих;
- Запровадити державні програми з часткового або повного покриття витрат на стоматологічне лікування дітей із соціально вразливих категорій населення, а також розвиток мобільних стоматологічних клінік для покращення доступності послуг у сільських регіонах;
- Рекомендується впровадження державних програм фінансування стоматологічної допомоги дітям, включаючи субсидування профілактичних оглядів та лікування карієсу;
- Впровадити використання процедури картографування стейкхолдерів для визначення стратегій роботи з зацікавленими групами в сфері охорони громадського здоров'я;
- Розвивати і вдосконалювати міжсекторальну інтеграцію для покращення забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення;
- Розробити стратегії залучення молодих фахівців до роботи в дитячій стоматології шляхом підвищення рівня оплати праці та створення сприятливих умов праці.
- Використовувати COHIP-SF 19 UK для оцінки потреб у стоматологічній допомозі та профілактичних заходах, а також для моніторингу ефективності стоматологічних програм, для популяційних скринінгових досліджень стоматологічного здоров'я дитячого населення;

Міністерству охорони здоров'я АР Крим, регіональним органам охорони здоров'я та головним державним санітарним лікарям:

- Здійснити підтримку і розвиток програм, спрямованих на вдосконалення стоматологічної допомоги для дітей у місцевих закладах охорони здоров'я;
- Приділяти особливу увагу профілактичним заходам серед дитячого населення, зокрема через інтеграцію фторування в програми по догляду за зубами;
- Підвищити доступність стоматологічної допомоги в сільських та віддалених регіонах;

Закладам вищої медичної освіти:

- Розглянути можливість виділення окремої спеціалізації із профілактичної дитячої стоматології;
- Включити в освітні програми для медичних працівників на до- та післядипломному рівнях курси, що охоплюють стоматологічне громадське здоров'я, а також актуальні питання профілактики та управління стоматологічними захворюваннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Petersen PE, Baez RJ, World Health Organization. Oral health surveys: basic methods. 5th ed. Geneva: WHO; 2013. Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/97035>
2. Niranjana VR, Kathuria V, J V, Salve A. Oral health promotion: evidences and strategies [Internet]. Insights into Various Aspects of Oral Health. InTech; 2017. Available from: <http://dx.doi.org/10.5772/intechopen.69330>
3. World Health Organization. Tobacco cessation and oral health integration [Internet]. Geneva: WHO; 2017. Available from: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/who-monograph-ontobacco-cessation-and-oral-health-integration>.
4. Годованець О, Котельбан А, Гринкевич Л. Поширеність та інтенсивність раннього дитячого карієсу в дітей Буковини. Вісник стоматології. 2021;115(2):59–62. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2021-40-2.11>
5. Годованець ОІ, Котельбан АВ, Мороз ПВ. Оцінка стану стоматологічного здоров'я та якості життя дітей-дошкільнят за результатами анкетування батьків. Клінічна Стоматологія. 2021;4:86-92. doi:10.11603/2311-9624.2020.4.11723.
6. Годованець ОІ, Котельбан АВ. Показники захворюваності карієсом постійних зубів у дітей 12 та 15 років. Вісник стоматології. 2020; 2 (111): 80-84. Доступно на: <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2020-36-2-80-841>.
7. Клітинська О, Бунь О. Аналіз поширеності пломб у тимчасових зубах дітей, які мешкають у низинній та гірській зонах Закарпатської області. Вісник стоматології. 2024;127(2):101-106. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2024-52-2.16>.
8. Клітинська О, Зорівчак Т. Ретроспективний аналіз поширеності карієсу тимчасових зубів та його ускладнень у дітей Закарпатської області. Вісник стоматології. 2022;120(3):98–103. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3.16>.
9. Клітинська О, Шетеля В, Лайош Н, Зорівчак Т, Стішковський А, Кручак Р. Кореляційна оцінка параметрів стоматологічного статусу у дітей, які постійно

проживають в різних географічних зонах Закарпатської області. Східноукраїнський медичний журнал. 2023;11(4):375-383. DOI: 10.21272/eumj.2023;11(4):375-383.

10. Клітинська ОВ, Стішковський АВ, Гасюк НВ. Оцінка стоматологічного статусу дітей 6–7 років, які постійно проживають в умовах біогеохімічного дефіциту фтору та йоду. Україна. Здоров'я нації. 2019;3:43-50.

11. Клітинська ОВ, Шетеля ВВ, Лайош НВ, Зорівчак ТІ, Стішковський АВ. Аналіз показників карієсу тимчасових зубів у дітей, які проживають в гірській зоні Закарпатської області. Intermedical journal. 2023: Спецвипуск, с.44-48. DOI: <https://doi.org/10.32782/2786-7684/2023-3-9>.

12. Пішковці АММ. До питання забезпечення стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської географічної зони проживання. Україна. Здоров'я нації. 2022; 1(1):84–87. DOI: 10.24144/2077-6594.1.1.2022.254644.

13. Пішковці АММ. До питання профілактичної стоматологічної роботи сімейних лікарів серед дитячого населення (за результатами соціологічного дослідження). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2020; (2):10–16. DOI: 10.11603/1681-2786.2020.2.11404.

14. Пішковці АММ. Результати соціологічного опитування батьків щодо збереження стоматологічного здоров'я дітей. Україна. Здоров'я нації. 2020; 2(3):23–28. DOI: 10.24144/2077-6594.3.2.2020.213705.

15. Watt RG, Venturelli R, Daly B. Understanding and tackling oral health inequalities in vulnerable adult populations: from the margins to the mainstream. Br Dent J. 2019 Jul;227(1):49-54. <https://doi.org/10.1038/s41415-019-0472-7>.

16. Watt RG, Mathur MR, Aida J, Bönecker M, Venturelli R, Gansky SA. Oral health disparities in children: A canary in the coalmine? Pediatr Clin North Am. 2018 Oct;65(5):965-79. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2018.05.006>.

17. Lomazzi M. A Global Charter for the Public's Health: The public health system: Role, functions, competencies and education requirements. Eur J Public Health. 2016;26(2):210-2. doi: 10.1093/eurpub/ckw011.

18. Lomazzi M, Wordley V, Bedi R. Dental public health capacity worldwide: Results of a global survey. *J Public Health Policy*. 2016;37(4):528-42. doi: 10.1057/s41271-016-0029-9.
19. Wen PYF, Chen MX, Zhong YJ, Dong QQ, Wong HM. Global burden and inequality of dental caries, 1990 to 2019. *J Dent Res*. 2022;101(4):392-9. <https://doi.org/10.1177/00220345211056247>.
20. Lee A, Lomazzi M, Lee H, Bedi R. Integrating oral health with public health systems under the framework of the Global Charter for the Public's Health. *Int Dent J*. 2019;69(3):167-70. doi: 10.1111/idj.12448.
21. World Health Organization. Tracking progress on the implementation of the Global oral health action plan 2023–2030: baseline report. Geneva: World Health Organization; 2025. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240106031>.
22. GBD 2021 Oral Disorders Collaborators. Trends in the global, regional, and national burden of oral conditions from 1990 to 2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2025 Feb 27:S0140-6736(24)02811-3. doi:10.1016/S0140-6736(24)02811-3.
23. Singhal A, McKernan SC, Sohn W. Dental public health practice, infrastructure, and workforce in the United States. *Dent Clin North Am*. 2018 Apr;62(2):155-175. doi: 10.1016/j.cden.2017.11.001.
24. Zheng FM, Yan IG, Sun IG, Duangthip D, Lo ECM, Chu CH. Early childhood caries and dental public health programmes in Hong Kong. *Int Dent J*. 2024 Feb;74(1):35-41. <https://doi.org/10.1016/j.identj.2023.08.001>.
25. Rizvi N, Livny A, Chestnutt I, Virtanen J, Gallagher JE. Dental public health education in Europe: a survey of European dental schools to determine current practice and inform a core undergraduate programme. *Community Dent Health*. 2020 Nov 30;37(4):275-280. doi: 10.1922/CDH_00004Rizvi06. PMID: 32338836.
26. Шетеля В. Морфологічні особливості тимчасових зубів у дітей, які проживають у гірських районах Закарпатської області. *Вісник стоматології*. 2022;120(3):130–135. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2022-45-3.22>

27. Рубан О., Ященко Ю. Наукове обґрунтування функціональної моделі профілактики стоматологічних захворювань серед дорослого населення. Український стоматологічний альманах. [Інтернет]. 2023 Jun 22 [цитовано 2025 Mar 6]; 0(2):35–41. Доступно з: <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/605>.
28. Круть АГ. Здоров'я порожнини рота підлітків як потенціал зміцнення загального здоров'я. Здоров'я суспільства. 2022;10(5):141-5. <https://doi.org/10.22141/2306-2436.10.5.2021.274>
29. Закон України. Про систему громадського здоров'я. (із змінами, внесеними згідно із Законами № 3039-IX від 11.04.2023, № 3302-IX від 09.08.2023) [Електронний ресурс]. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>
30. Миронюк І, Слабкий Г, Щербінська О, Білак-Лук'янчук В. Наслідки війни з російською федерацією для громадського здоров'я України. Репродуктивне здоров'я жінки. 2022; (8):26–31. <https://doi.org/10.30841/2708-8731.8.2022.273291>.
31. Glick M, Williams DM, Kleinman DV, Vujicic M, Watt RG, Weyant RJ. A new definition for oral health developed by the FDI World Dental Federation opens the door to a universal definition of oral health. J Public Health Dent. 2017;77(1):3-5. doi: 10.1111/jphd.12213.
32. World Health Organization. Global oral health status report: towards universal health coverage for oral health by 2030. Geneva: WHO; 2022. Available from: <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1479338/retrieve>.
33. Трубка І., Удод О., Савичук Н., Корнієнко Л., Драмарецька С., Савичук А. Поширеність карієсу зубів і хронічного катарального гінгівіту в дітей шкільного віку в різних регіонах України. Ukr. Dent. Alm. 2023 Вересень 26; (3):79–84. Доступно з: <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/621>.
34. Kaewkamnerdpong I, Urwannachotima N, Prasertsom P, Charoenruk N, Krisdapong S. Impact of oral diseases on 12- and 15-year-old children's quality of life: condition-specific oral health related quality of life analysis. BMC Oral Health. 2023 Oct 6;23(1):722. doi: 10.1186/s12903-023-03435-8.

35. Listl S, Galloway J, Mossey PA, Marcenes W. Global economic impact of dental diseases. *J Dent Res*. 2015;94(10):1355-61. doi: 10.1177/0022034515602879.
36. Winkelmann J, Gómez Rossi J, van Ginneken E. Oral health care in Europe: Financing, access and provision. *Health Syst Transit*. 2022 Jun;24(2):1-176. PMID: 35833482.
37. Wang TT, Mathur MR, Schmidt H. Universal health coverage, oral health, equity and personal responsibility. *Bull World Health Organ*. 2020 Oct 1;98(10):719-21. <https://doi.org/10.2471/BLT.19.247288>.
38. Winkelmann J, Listl S, van Ginneken E, Vassallo P, Benzian H. Universal health coverage cannot be universal without oral health. *Lancet Public Health*. 2023 Jan;8(1):e8-e10. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(22\)00315-2](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(22)00315-2).
39. Resolution WHA74.5. Oral health. In: Seventy-fourth World Health Assembly, Geneva, 24 May–1 June 2021. Resolutions and decisions, annexes. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74-REC1/A74_REC1-en.pdf
40. World Health Organization. Draft global strategy on oral health. In: Seventy-fifth World Health Assembly, Geneva, 22–28 May 2022. Provisional agenda item 14.1. Geneva: WHO; 2022. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA75/A75_10Add1-en.pdf.
41. World Health Organization. Oral health country profile: Ukraine [Internet]. 2022. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source/country-profiles/oral-health/oral-health-ukr-2022-country-profile.pdf>.
42. Draft global oral health action plan (2023–2030). Geneva: World Health Organization; 2023. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/ncds/mnd/oral-health/eb152-draft-global-oral-health-action-plan-2023-2030-en.pdf?sfvrsn=2f348123_19&download=true
43. Schütte U, Walter M. Dental public health. In: Kirch W, editor. *Encyclopedia of public health*. Dordrecht: Springer; 2008. Available from: https://doi.org/10.1007/978-1-4020-5614-7_755

44. Gambhir RS, Kaur A, Singh A, Sandhu AR, Dhaliwal AP. Dental public health in India: an insight. *J Family Med Prim Care*. 2016 Oct-Dec;5(4):747-51. doi:10.4103/2249-4863.201155.
45. Silverstein SJ. Pathways in dental public health. *J Calif Dent Assoc*. 2005 Jul;33(7):541-543. PMID: 16164053.
46. Dental_Public_Health_book
https://www.researchgate.net/publication/371070554_Dental_Public_Health_book
47. Amini H, Shenkin JD, Chi DL. *Pediatric Dentistry*: Elsevier; 2019. Dental Public Health Issues in Pediatric Dentistry; p.159-168. Available from: <https://doi.org/10.1016/b978-0-323-60826-8.00011-0>.
48. Broomhead T, Baker SR. Systems science and oral health: Implications for Dental Public Health? *Community Dent Health*. 2019 Feb 25;36(1):55-62. doi:10.1922/CDH_4470Broomhead08.
49. Qin X, Zi H, Zeng X. Changes in the global burden of untreated dental caries from 1990 to 2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease study. *Heliyon*. 2022 Sep 21;8(9):e10714. doi: 10.1016/j.heliyon.2022.e10714.
50. Global Burden of Disease Collaborative Network. *Global Burden of Disease Study 2019 (GBD 2019) Results*. Seattle (WA): Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME); 2020. Available from: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-results/>.
51. Yousaf M, Aslam T, Saeed S, Sarfraz A, Sarfraz Z, Cherrez-Ojeda I. Individual, family, and socioeconomic contributors to dental caries in children from low- and middle-income countries. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jun 10;19(12):7114. <https://doi.org/10.3390/ijerph19127114>
52. Abbass MMS, Mahmoud SA, El Moshy S, Rady D, AbuBakr N, Radwan IA, Ahmed A, Abdou A, Al Jawaldeh A. The prevalence of dental caries among Egyptian children and adolescents and its association with age, socioeconomic status, dietary habits and other risk factors: A cross-sectional study. *F1000Res*. 2019;8:8. doi:10.12688/f1000research.17047.1. PMID:30854195; PMCID:PMC6396843.

53. Chaffee BW, Rodrigues PH, Kramer PF, Vítolo MR, Feldens CA. Oral health-related quality-of-life scores differ by socioeconomic status and caries experience. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2017 Jun;45(3):216-24. doi:10.1111/cdoe.12279.
54. Chalvatzoglou E, Anagnostou F, Arapostathis K, Boka V, Arhakis A. Assessment of young mothers' oral hygiene practices during pregnancy and their knowledge of children's oral health in Northern Greece. *J Contemp Dent Pract*. 2023 Mar 1;24(3):202-6. doi:10.5005/jp-journals-10024-3494. PMID: 37272133.
55. Fadila W, Rahardja MB, Prasetyoputra P, Suwargiani AA, Prasetyo YE, Riyanti E. Family's socioeconomic and demographic factors on elements of children's dental and oral health: A scoping review. *Clin Exp Dent Res*. 2024 Feb 13. doi:10.1002/cre2.818.
56. Horton M, Zolfaghari S, Bernabé E, Andrews L, Alarcón J, Echevarría M, Zunt J, Seminario AL. An assessment of pediatric dental caries and family quality of life in an informal Amazonian community. *Ann Glob Health*. 2021 Aug 20;87(1):87. doi: 10.5334/aogh.3331. PMID: 34458111; PMCID: PMC8378070.
57. Kumar V, Gaunkar R, Thakker J, Ankola AV, Iranna Hebbal M, Khot AJP, et al. Pediatric dental fluorosis and its correlation with dental caries and oral-health-related quality of life: A descriptive cross-sectional study among preschool children living in Belagavi. *Children (Basel)*. 2023;10(2):286. doi: 10.3390/children10020286. PMID: 36832415; PMCID: PMC9955786.
58. Khatib M, Ashkenazi Y, Loeff Y, Zusman SP, Natapov L. Factors affecting the use of dental services among Arab children in Israel: a qualitative study. *Isr J Health Policy Res*. 2023 Sep 4;12(1):31. doi: 10.1186/s13584-023-00579-4. PMID: 37667386; PMCID: PMC10476419.
59. Domb Herman H, Dadosh H, Dekel D, Yellon D, Zusman SP, Natapov L. The child dental care reform in Israel - service uptake from 2011 to 2022. *Isr J Health Policy Res*. 2024 Aug 29;13(1):41. doi:10.1186/s13584-024-00630-y. PMID: 39210477; PMCID: PMC11363510.
60. Bastani P, Mohammadpour M, Ghanbarzadegan A, Rossi-Fedele G, Peres MA. Provision of dental services for vulnerable groups: A scoping review on children with

- special health care needs. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):1302. doi:10.1186/s12913-021-07293-4. PMID:34863174; PMCID:PMC8642970.
61. Gómez-Vilcapoma N, Briceño-Vergel G, Córdova-Limaylla N, Ladera-Castañeda M, Cervantes-Ganoza L, Allen-Revoredo C, Castro-Rojas M, Cayo-Rojas C. Factors associated with dental interns and professors perception of the management of disabled patients: a cross-sectional study under multivariable analysis. *Heliyon.* 2024 Jan 9;10(2):e24213. doi: 10.1016/j.heliyon.2024.e24213. PMID: 38756203; PMCID: PMC11096086.
 62. Hurry KJ, Ridsdale L, Davies J, Muirhead VE. The dental health of looked after children in the UK and dental care pathways: a scoping review. *Community Dent Health.* 2023 Aug 31;40(3):154-161. doi: 10.1922/CDH_00252Hurry08. PMID: 37162290.
 63. Hu Z, Yan X, Song Y, Ma S, Ma J, Zhu G. Trends of dental caries in permanent teeth among 12-year-old Chinese children: evidence from five consecutive national surveys between 1995 and 2014. *BMC Oral Health.* 2021 Sep 23;21(1):467. doi: 10.1186/s12903-021-01814-7. PMID: 34556097; PMCID: PMC8461869.
 64. Zaror C, Martínez-Zapata MJ, Abarca J, Díaz J, Pardo Y, Pont À, et al. Impact of traumatic dental injuries on quality of life in preschoolers and schoolchildren: a systematic review and meta-analysis. *Community Dent Oral Epidemiol.* 2018 Feb;46(1):88-101. <https://doi.org/10.1111/cdoe.12333>.
 65. Zaror C, Matamala-Santander A, Ferrer M, Rivera-Mendoza F, Espinoza-Espinoza G, Martínez-Zapata MJ. Impact of early childhood caries on oral health-related quality of life: a systematic review and meta-analysis. *Int J Dent Hyg.* 2022 Feb;20(1):120-35. <https://doi.org/10.1111/idh.12494>.
 66. Bittencourt JM, Martins LP, Paiva SM, Pordeus IA, Bendo CB. Psychosocial associated factors of early childhood caries and oral health-related quality of life: Structural equation model approach. *J Dent.* 2023;133:104506. doi:10.1016/j.jdent.2023.104506.
 67. Bittencourt JM, Martins LP, Paiva SM, Pordeus IA, Martins-Júnior PA, Bendo CB. Early childhood caries and oral health-related quality of life of Brazilian children:

- Does parents' resilience act as a moderator? *Int J Paediatr Dent*. 2021;31(3):383-393. doi:10.1111/ipd.12727.
68. Lam PPY, Chua H, Ekambaram M, Lo ECM, Yiu CKY. Risk predictors of early childhood caries increment: A systematic review and meta-analysis. *J Evid Based Dent Pract*. 2022;22(3):101732. doi: 10.1016/j.jebdp.2022.101732.
 69. Veneri F, Vinceti SR, Filippini T. Fluoride and caries prevention: a scoping review of public health policies. *Ann Ig*. 2024 May-Jun;36(3):270-80. <https://doi.org/10.7416/ai.2024.2593>
 70. Foote T, Willis L, Lin TK. National oral health policy and financing and dental health status in 19 countries. *Int Dent J*. 2023 Jun;73(3):449-55. doi:10.1016/j.identj.2023.01.007. PMID: 36948966; PMCID: PMC10213794.
 71. Lekhan VN, Zaiarskyi MI, Vudvud VV, Kovalevych DA. National health expenditure trends, 2000 to 2019. *Wiad Lek*. 2022;75(5 pt 1):1141-7.
 72. Genderson MW, Sisco L, Markowitz K, Fine D, Broder HL. An overview of children's oral health-related quality of life assessment: from scale development to measuring outcomes. *Caries Res*. 2013;47 Suppl 1:13-21. doi: 10.1159/000351693.
 73. Peres MA, Macpherson LMD, Weyant RJ, Daly B, Venturelli R, Mathur MR, et al. Oral diseases: a global public health challenge. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):249-260. doi: 10.1016/S0140-6736(19)31146-8.
 74. Lopez DJ, Hegde S, Whelan M, Dashper S, Tsakos G, Singh A. Trends in social inequalities in early childhood caries using population-based clinical data. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023;51(4):627-35. doi: 10.1111/cdoe.12816.
 75. Hescot P. The new definition of oral health and relationship between oral health and quality of life. *Chin J Dent Res*. 2017;20(4):189-192. doi: 10.3290/j.cjdr.a39217.
 76. De Stefani A, Bruno G, Irlandese G, Barone M, Costa G, Gracco A. Oral health-related quality of life in children using the child perception questionnaire CPQ11-14: A review. *Eur Arch Paediatr Dent*. 2019 Oct;20(5):425-30. doi:10.1007/s40368-019-00418-8.
 77. Oku S, Iyota K, Mizutani S, Otsuki S, Kubo K, Yamada S, et al. The association of oral function with oral health-related quality of life in university students: A cross-

- sectional pilot study. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(13):4863. doi: 10.3390/ijerph17134863. PMID: 32640640; PMCID: PMC7370121.
78. Tewari N, Mathur VP, Goel S, Rahul M, Srivastav S, Sultan F, et al. Does dental trauma have impact on the oral health-related quality of life of children and adolescents? *Evid Based Dent*. 2023 Mar;24(1):41. <https://doi.org/10.1038/s41432-023-00849-9>.
 79. Mendonça JGA, Almeida RF, Leal SC, Bernardino ÍM, Hilgert LA, Ribeiro APD. Impact of dental treatment on the oral health-related quality of life of Brazilian schoolchildren. *Braz Oral Res*. 2021 Dec 6;35:e125. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0125. PMID: 34878080.
 80. Сотнікова-Мелешкіна Ж., Міхановська Н., Островська Г.Є. Лонгітюдне дослідження якості життя, що пов'язана зі здоров'ям дітей молодшого шкільного віку. *Clin. and Prev. Med*. 2020; (4):62–69. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(14\).2020.05](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(14).2020.05).
 81. Ribas-Perez D, Muñoz-Viveros C, Formoso-Veloso AL, Carrillo-Sanchez FJ, El Khoury-Moreno L, et al. Oral health-related quality of life in a paediatric population in the Dominican Republic. *J Clin Med*. 2024;13(9):2449. doi: 10.3390/jcm13092449.
 82. Laborne F, Machado V, Botelho J, Bandeira Lopes L. The Child Oral Health Impact Profile—Short Form 19 cross-cultural adaptation and validity for the Portuguese pediatric population. *J Clin Med*. 2024;13(16):4725. doi: 10.3390/jcm13164725.
 83. Aljohani HR, Alshammari KM, Shaikh AM, Alotaibi TN, Alshehri AA, Alsaikhan AA, Almalky AM, Zahran MM, Bushnag AI, Alyami FI, Alanzi SK. Instruments used to assess oral health-related quality of life of children. *Int J Community Med Public Health*. 2022;9(2):1051-1055. doi:10.18203/2394-6040.ijcmph20220050.
 84. Tsihlaki A, Adcock R, Fleming PS. A cross-sectional evaluation of the impact of Class II Division 1 malocclusion in treated and untreated adolescents on oral health-related quality of life. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2021 Jul;160(1):58-65. <https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2020.03.030>.

85. Yang C, Crystal YO, Ruff RR, et al. Quality appraisal of child oral health-related quality of life measures: a scoping review. *JDR Clin Trans Res.* 2020;5(2):109-17. <https://doi.org/10.1177/2380084419855636>.
86. Gilchrist F, Rodd H, Deery C, et al. Assessment of the quality of measures of child oral health-related quality of life. *BMC Oral Health.* 2014 Apr 23;14:40. doi: 10.1186/1472-6831-14-40.
87. Minamidate T, Haruyama N, Takahashi I. The development, validation, and psychometric properties of the Japanese version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health Qual Life Outcomes.* 2020;18(1):224. doi: 10.1186/s12955-020-01469-y.
88. Broder HL, Wilson-Genderson M, Sischo L. Reliability and validity testing for the Child Oral Health Impact Profile-Reduced (COHIP-SF 19). *J Public Health Dent.* 2012 Fall;72(4):302-12. doi:10.1111/j.1752-7325.2012.00338.x.
89. Li C, Xia B, Wang Y, et al. Translation and psychometric properties of the Chinese (Mandarin) version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health Qual Life Outcomes.* 2014;12:169. doi: 10.1186/s12955-014-0169-1.
90. El Osta N, Pichot H, Soulier-Peigue D, Tubert-Jeannin S, Roux D. Validation of the child oral health impact profile (COHIP) French questionnaire among 12-year-old children in New Caledonia. *Health Qual Life Outcomes.* 2015 Oct 30;13:176. doi:10.1186/s12955-015-0371-9.
91. Sierwald I, John MT, Sagheri D, et al. The German 19-item version of the Child Oral Health Impact Profile: translation and psychometric properties. *Clin Oral Investig.* 2016 Mar;20(2):301-313. doi: 10.1007/s00784-015-1503-7.
92. Arheiam AA, Baker SR, Ballo L, et al. The development and psychometric properties of the Arabic version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form (COHIP-SF 19). *Health Qual Life Outcomes.* 2017;15(1):218. doi:10.1186/s12955-017-0796-4.
93. Мельник ВС, Білищук ЛМ, Зомбор КВ, Мельник СВ. Оцінка стоматологічного статусу дітей, які проживають на території із низьким вмістом

- фтору та йоду. Науковий вісник Ужгородського університету. Серія «Медицина». 2024; 1(69):105–109. <https://doi.org/10.32782/2415-8127.2024.69.18>.
94. Мельник ВС, Горзов ЛФ, Дуганчик ЯІ. Структурний аналіз стоматологічної захворюваності дітей шкільного віку м. Ужгорода. *Inter Medical Journal*. 2017; II(10):52–56. Доступно на: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/16664>.
95. Мельник ВС, Дячук ЕЙ, Горзов ВВ, Гриненко ЄМ, Мельник СВ. Формування стоматологічної культури серед школярів як соціально-педагогічна проблема. Україна. Здоров'я нації. 2023; (3):95–99. DOI: 10.32782/2077-6594/2023.3/16.
96. Єзерська ОВ, Яровенко ЛВ. Стоматологічний статус та якість життя у школярів міста Львова. *Інновації у медицині*. 2016;13(3):34-37.
97. Pakkhesal M, Riyahi E, Naghavi A, et al. Impact of dental caries on oral health-related quality of life among preschool children: perceptions of parents. *BMC Oral Health*. 2021 Feb 15;21(1):68. doi: 10.1186/s12903-021-01396-4.
98. Сороченко Г.В., Скульська С.В., Ішутко І.Ф. Європейські індикатори стоматологічного здоров'я дітей шкільного віку Київської області. *Вісник гігієни та екології*. 2022; (1):36–40. Доступно: <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/6594>.
99. Ballo L, Arheiam A, Marhazlinda J. Determinants of caries experience and the impact on the OHRQOL of 6-year-old Libyan children: a cross-sectional survey. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):320. doi:10.1186/s12903-021-01681-2.
100. Rajab LD, Abdullah RB. Impact of dental caries on the quality of life of preschool children and families in Amman, Jordan. *Oral Health Prev Dent*. 2020 Jul 4;18(3):571-582. doi: 10.3290/j.ohpd.a44694. PMID: 32515430; PMCID: PMC11654531.
101. Paiva SM, Martins LP, Bittencourt JM, Alvarez L, Acevedo AM, Cepeda V, et al. Impact on oral health-quality of life in infants: multicenter study in Latin American countries. *Braz Dent J*. 2022 Mar-Apr;33(2):61-67. doi: 10.1590/0103-6440202204929.

102. Tefera AT, Girma B, Adane A, Muche A, Ayele TA, Getahun KA, et al. Oral health-related quality of life and oral hygiene status among special need school students in Amhara region, Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes*. 2023 Mar 20;21(1):26. <https://doi.org/10.1186/s12955-023-02110-4>.
103. Carroll A. More than clean teeth! Identifying factors that contribute to the development of early childhood caries. *Evid Based Dent*. 2024 Jun;25(2):87-8. doi:10.1038/s41432-024-01009-3. Epub 2024 May 13.
104. Çarıkçioğlu B. Impact of parental dental anxiety on the oral health-related quality of life of preschool children without negative dental experience. *Arch Pediatr*. 2022 Nov;29(8):566-72. doi:10.1016/j.arcped.2022.06.007. Epub 2022 Oct 8.
105. Corrêa-Faria P, Silva KC, Costa LR. Impact of dental caries on oral health-related quality of life in children with dental behavior management problems. *Braz Oral Res*. 2022 Mar 14;36:e041. doi:10.1590/1807-3107bor-2022.vol36.0041. PMID: 35293506.
106. Mendonça JGA, Almeida RF, Leal SC, Bernardino ÍM, Hilgert LA, Ribeiro APD. Impact of dental treatment on the oral health-related quality of life of Brazilian schoolchildren. *Braz Oral Res*. 2021;35:e125. doi: 10.1590/1807-3107bor-2021.vol35.0125. PMID: 34878080.
107. Jashni YK, Emari F, Morris M, Allison P. Indicators of integrating oral health care within universal health coverage and general health care in low-, middle-, and high-income countries: a scoping review. *BMC Oral Health*. 2023 Apr 29;23(1):251. doi: 10.1186/s12903-023-02906-2. PMID: 37120527; PMCID: PMC10149008.
108. Sischo L, Broder HL. Oral health-related quality of life: what, why, how, and future implications. *J Dent Res*. 2011;90(11):1264-1270. doi: 10.1177/0022034511399918.
109. Pakkhesal M, Riyahi E, Naghavi A, et al. Impact of dental caries on oral health-related quality of life among preschool children: Perceptions of parents. *BMC Oral Health*. 2021;21(1):68. doi: 10.1186/s12903-021-01396-4.

110. Krut AG, Horachuk VV. Patients' satisfaction with dental care (on the results of sociological research). *Wiad Lek.* 2021;74(3 pt 2):674-7. doi: 10.36740/WLek202103220. PMID: 33843633.
111. Bourgeois D. Next preventive strategies for oral health: Evolution or revolution? *Front Public Health.* 2023;11:1265319. doi:10.3389/fpubh.2023.1265319.
112. Lin JS, Webber EM, Bean SI, Martin AM, Davies MC. Rapid evidence review: Policy actions for the integration of public health and health care in the United States. *Front Public Health.* 2023;11:1098431. doi: 10.3389/fpubh.2023.1098431.
113. Lin YC, Huang ST, Yen CW, Huang YK, Shieh TM, Chi WH, et al. Comparing individual-, family-, and community-level effects on the oral health of preschool children: A multilevel analysis of national survey data. *BMC Oral Health.* 2023;23(1):353. doi: 10.1186/s12903-023-03077-w.
114. Horachuk V, Dmitrenko I. Профілактика хвороб порожнини рота: загальносоматичний підхід. *Health Soc.* 2021 Nov 8;10(1):8-13. Ukrainian. Available from: <https://health-society.zaslavsky.com.ua/index.php/journal/article/view/260>. doi: 10.22141/2306-2436.10.1.2021.238578.
115. Arora A, Kumbargere Nagraj S, Khattri S, Ismail NM, Eachempati P. School dental screening programmes for oral health. *Cochrane Database Syst Rev.* 2022;7(7):CD012595. doi:10.1002/14651858.CD012595.pub4. PMID:35894680; PMCID:PMC9327802.
116. Geetha Priya PR, Asokan S, Janani RG, Kandaswamy D. Effectiveness of school dental health education on the oral health status and knowledge of children: a systematic review. *Indian J Dent Res.* 2019 May-Jun;30(3):437-449. doi: 10.4103/ijdr.IJDR_805_18. PMID: 31397422.
117. Bakhtiari A, Takian A, Majdzadeh R, Ostovar A, Afkar M, Rostamigooran N. Intersectoral collaboration in the management of non-communicable disease's risk factors in Iran: stakeholders and social network analysis. *BMC Public Health.* 2022;22(1):1669. doi:10.1186/s12889-022-14041-82.

118. Soares RC, da Rosa SV, Moysés ST, Rocha JS, Bettega PVC, Werneck RI, Moysés SJ. Methods for prevention of early childhood caries: Overview of systematic reviews. *Int J Paediatr Dent*. 2021 May;31(3):394-421. doi: 10.1111/ipd.12766. PMID: 33263186.
119. Ludovichetti FS, Zuccon A, Lucchi P, Cattaruzza G, Zerman N, Stellini E, et al. Mothers' awareness of the correlation between their own and their children's oral health. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(22):14967. doi: 10.3390/ijerph192214967. PMID: 36429685; PMCID: PMC9690153.
120. Moynihan P, Tanner LM, Holmes RD, Hillier-Brown F, Mashayekhi A, Kelly SAM, et al. Systematic review of evidence pertaining to factors that modify risk of early childhood caries. *JDR Clin Trans Res*. 2019;4(3):202-16. doi: 10.1177/2380084418824262.
121. Bamashmous NO, El Ashiry EA, Alamoudi NM, Qahtan DK, Alamoudi RA, Felemban OM. Oral health-related knowledge, attitude, and behavior among a group of mothers in relation to their primary school children's oral health: A cross-sectional study. *J Clin Pediatr Dent*. 2024;48(1):152-162. doi:10.22514/jocpd.2024.017. Epub 2024 Jan 3. PMID:38239168.
122. Liu M, Song Q, Xu X, Lai G. Early childhood caries prevalence and associated factors among preschoolers aged 3-5 years in Xiangyun, China: A cross-sectional study. *Front Public Health*. 2022;10:959125. doi: 10.3389/fpubh.2022.959125. PMID: 36052000; PMCID: PMC9424677.
123. Prieto-Regueiro B, Gómez-Santos G, Grini D, Burgueño-Torres L, Diéguez-Pérez M. Relevance of sociocultural inequalities and parents' origins in relation to the oral health of preschoolers in Lanzarote, Spain. *Healthcare (Basel)*. 2023 Aug 20;11(16):2344. doi: 10.3390/healthcare11162344. PMID: 37628541; PMCID: PMC10454806.
124. Albert DA, Park K, Findley S, Mitchell DA, McManus JM. Dental caries among disadvantaged 3- to 4-year-old children in northern Manhattan. *Pediatr Dent*. 2022;24(3):229-233. PMID:12064497.

125. Mathu-Muju KR, Friedman JW, Nash DA. Oral health care for children in countries using dental therapists in public, school-based programs, contrasted with that of the United States, using dentists in a private practice model. *Am J Public Health*. 2013;103(9):e7-e13. doi: 10.2105/AJPH.2013.301251. PMID: 23865650; PMCID: PMC3780681.
126. Watt RG, Daly B, Allison P, Macpherson LMD, Venturelli R, Listl S, et al. Ending the neglect of global oral health: time for radical action. *Lancet*. 2019 Jul 20;394(10194):261-72. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31133-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31133-X)
127. Bramantoro T, Santoso CMA, Hariyani N, et al. Effectiveness of the school-based oral health promotion programmes from preschool to high school: A systematic review. *PLoS One*. 2021 Aug 11;16(8):e0256007. doi:10.1371/journal.pone.0256007
128. Saccomanno S, De Luca M, Saran S, Petricca MT, Caramaschi E, Mastrapasqua RF, Messina G, Gallusi G. The importance of promoting oral health in schools: a pilot study. *Eur J Transl Myol*. 2023 Mar 24;33(1):11158. doi: 10.4081/ejtm.2023.11158.
129. Ghoneim A, D'Souza V, Ebnahmady A, Kaura Parbhakar K, He H, Gerbig M, Laporte A, Hancock Howard R, Gomaa N, Quiñonez C, Singhal S. The impact of dental care programs on individuals and their families: a scoping review. *Dent J (Basel)*. 2023 Jan 30;11(2):33. doi: 10.3390/dj11020033. PMID: 36826178; PMCID: PMC9954911.
130. Al Agili DE, Farsi NJ. Need for dental care drives utilisation of dental services among children in Saudi Arabia. *Int Dent J*. 2020;70(3):183-192. doi:10.1111/idj.12539. PMID:31912900; PMCID:PMC9379191.
131. Faisal MR, Mishu MP, Jahangir F, Younes S, Dogar O, Siddiqi K, et al. The effectiveness of behaviour change interventions delivered by non-dental health workers in promoting children's oral health: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2022 Jan 11;17(1):e0262118. doi:10.1371/journal.pone.0262118. PMID: 35015771; PMCID: PMC8751985.
132. Claiborne DM, Poston R, Joufi A. Innovative collaborative service-learning experience among dental hygiene and nurse practitioner students: A pediatric oral health pilot study. *J Dent Hyg*. 2020 Jun;94(3):29-36. PMID: 32554413.

133. Kanani H, Khubchandani M, Dangore-Khasbage S, Pandey R. Teledentistry: a comprehensive review and its application in pediatric dental care. *Cureus*. 2024 Jan 21;16(1):e52685. doi: 10.7759/cureus.52685. PMID: 38384649; PMCID: PMC10880874.
134. Altman D, Mascarenhas AK. New competencies for the 21st century dental public health specialist. *J Public Health Dent*. 2016;76 Suppl 1:S18-S28. doi:10.1111/jphd.12190.
135. Malekmohammadi M, Ghasemi H, Khoshnevisan MH, Hosseini F. Competencies for dental public health specialists: A thematic analysis. *Eur J Dent Educ*. 2023;27(4):928-40. doi: 10.1111/eje.12883.
136. Mascarenhas AK, Altman D. A survey of dental public health specialists on current dental public health competencies. *J Public Health Dent*. 2016;76 Suppl 1:S11-S17. doi: 10.1111/jphd.12189.
137. Mascarenhas AK, Atchison KA. Developing core dental public health competencies for predoctoral dental and dental hygiene students. *J Public Health Dent*. 2015;75 Suppl 1:S6-11. doi: 10.1111/jphd.12129.
138. Wolf TG, Cagetti MG, Fisher JM, Seeberger GK, Campus G. Non-communicable diseases and oral health: An overview. *Front Oral Health*. 2021 Sep 3;2:725460. <https://doi.org/10.3389/froh.2021.725460>.
139. Про систему громадського здоров'я: Закон України (із змінами, внесеними згідно із Законами від 11.04.2023 р. № 3039-IX, від 09.08.2023 р. № 3302-IX) [Електронний ресурс]. – Режим доступу : <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2573-20#Text>.
140. Указ Президента України від 21 травня 2002 року № 475/2002. Про Програму профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/475/2002#Text>.
141. Слабкий Г.О., Пішковці А.М.М. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги в Закарпатській області. *Економіка і право охорони здоров'я*. 2020; 1(11):53–57.

142. Слабкий Г.О., Пішковці В.М. Вплив війни проти російської воєнної агресії на рівень оцінки населенням отриманої стоматологічної допомоги. *Intermed J.* 2024; (2):71–73.
143. Слабкий Г.О., Рогач І.М., Пішковці А.М.М. Сучасні методико-організаційні підходи до профілактики стоматологічних захворювань у дітей гірської географічної зони проживання. В: Матеріали 75-ї підсумкової наукової конференції професорсько-викладацького складу УжНУ. Факультет післядипломної освіти та доуніверситетської підготовки; Ужгород; 2021. С. 69.
144. Kobza J. Children oral health: the key challenge for public health in Poland, comparing to European countries. *Eur J Public Health.* 2018;28(Suppl 4):cky214.128. doi: 10.1093/eurpub/cky214.128.
145. Пішковці АМ. Детермінанти формування стоматологічного здоров'я дитячого населення гірської зони України та обґрунтування оптимізованої моделі профілактики хвороб порожнини рота [дисертація на здобуття ступеня доктора філософії]. Ужгород: Ужгородський національний університет; 2023. 224 с.
146. Пішковці АММ, Палко АІ, Рогач ІМ. Наукове обґрунтування нових підходів до первинної, вторинної та третинної профілактики стоматологічних захворювань населення Закарпатської області. Україна. Здоров'я нації. 2020; 3(60):96–100. DOI: 10.24144/2077-6594.3.2020.208646. Доступно з: <http://healty-nation.uzhnu.edu.ua/article/view/208646>.
147. Круть АГ, Горачук ВВ. Стан здоров'я порожнини рота населення окремих регіонів України. *Вісник Вінницького медичного університету.* 2022;26(2):302–7. DOI: 10.31393/reports-vnmedical-2022-26(2)-22.
148. Круть АГ, Толстанов ОК, Горачук ВВ. Моніторинг і оцінка в сертифікованих системах управління якістю стоматологічної допомоги та підходи до їх удосконалення. Україна. Здоров'я нації. 2021;(3):5-10. <https://doi.org/10.32782/2077-6594.3.1.2021.240796>.
149. Круть АГ, Толстанов ОК, Горачук ВВ. Ресурсна підтримка сертифікованих систем управління якістю стоматологічної допомоги. *Modern Medical*

- Technology. 2022;(1):62-70. доступний у:
[https://doi.org/10.34287/MMT.1\(52\).2022.11](https://doi.org/10.34287/MMT.1(52).2022.11).
150. Janusz CB, Doan TT, Gebremariam A, Rose A, Keels MA, Quinonez RB, Eckert G, Yanca E, Fontana M, Prosser LA. A cost-effectiveness analysis of population-level dental caries prevention strategies in US children. *Acad Pediatr*. 2024 Jul;24(5):765-775. doi: 10.1016/j.acap.2024.02.006. Epub 2024 Mar 26. PMID: 38548263; PMCID: PMC11193632.
151. Мазур ІП, Лехан ВМ, Рибачук АВ. Трансформації стоматологічної галузі за період незалежності України та їх вплив на доступність стоматологічної допомоги. *Медичні перспективи*. 2022; 1:184–192. doi: 10.26641/2307-0404.2022.1.254470.
152. Кризина Н, Кризина О. Державне регулювання надання стоматологічної допомоги в Україні. *Наукові перспективи*. 2023;№3(33);85-98. [https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3\(33\)-85-98](https://doi.org/10.52058/2708-7530-2023-3(33)-85-98)
153. Geanta M, Cucos B, Boata A, Nuta A, Nuta F, Semenov V. The Ukrainian war and the pandemic: the impact on public health and the need for new health digital tools and the next level of intelligence. *Med Perspekt*. 2023;28(4):207-11. doi:10.26641/2307-0404.2023.4.294241.
154. Крамарчук ВВ, Височина ІЛ. Фактори ризику рекурентного перебігу гострих респіраторних інфекцій у дітей молодшого шкільного віку. *Буковинський медичний вісник*. 2023;27(3):25-29. DOI: 10.24061/2413-0737.27.3.107.2023.
155. Височина ІЛ, Яшкина ТО. Соціальний портрет осіб молодого віку, які використовують альтернативні види тютюнопаління. *Україна. Здоров'я нації*. 2023;1:14-22. <https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/732>.
156. Розпорядження Кабінет Міністрів України № 530-р від 26 липня 2018 р. Про затвердження Національного плану заходів щодо неінфекційних захворювань для досягнення глобальних цілей сталого розвитку. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/530-2018-%D1%80#Text>.

157. Наказ МОЗ та Академії медичних наук України №272/58 від 18.07.2002. Про затвердження Плану реалізації заходів щодо забезпечення виконання Програми профілактики та лікування стоматологічних захворювань на 2002-2007 роки. Доступно з: https://zakononline.com.ua/documents/show/72339__72339.
158. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;1(99):5-13. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14620>.
159. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Сімон КІ. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. У: Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення; 27 жовтня 2021; Харків. Харків: ХНМУ; 2021. с. 33-34.
160. Коробко МЮ. Актуальні підходи для реформування та відновлення стоматологічної служби для дітей та молоді України. In: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference [Інтернет]; 20-23 February 2024; France, Paris; 2024. p. 189-194.
161. Гопак О, Ліхолетов Є, Коробко М. Внесок концепції «Лікування-освіта» у психічне та громадське здоров'я студентів Франції. У: Крячкова ЛВ, ред. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього; 10 жовтня 2024; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2024: с. 57-59.
162. Вороненко ЮВ, Мазур ІП, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2018 рік: довідник. Поліум. 2019:176. Доступно з: <https://library.gov.ua/emed/suchasna->

medytsyna/stomatolohichna-dopomoha-v-ukraini-osnovni-pokaznyky-diialnosti-za-2018-roky

163. Вороненко ЮВ, Мазур ІП, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2019 рік: довідник. Поліум. 2020:92. Доступно з: <https://library.gov.ua/emed/suchasna-medytsyna/stomatolohichna-dopomoha-v-ukraini-osnovni-pokaznyky-diialnosti-za-2019-rik-2>

164. Вороненко ЮВ, Мазур ІП, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2021 рік: довідник. Поліум. 2022:76. Доступно з: https://drive.google.com/file/d/1EdnYAS3Rhuzohzn724BraYzBMlxRX1Ez/view?usp=drive_link

165. Мазур ІП, Черненко ЛМ, Павленко ОВ. Стоматологічна допомога в Україні: аналіз основних показників діяльності за 2022 рік: довідник. Поліум; 2023. 104 с. Доступно з: <https://drive.google.com/file/d/1bVRjehAWZJi3rgnHWSgIFwXMbFRIYx0/view>.

166. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2018 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2018 року). Державна служба статистики України; 2019. 148 с. Доступно з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2019/zb/03/zb_snsz2018pdf.pdf.

167. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2019 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2019 року). Державна служба статистики України; 2020. 148 с. Доступно з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2020/zb/03/snsz_med_2019.pdf.

168. Самооцінка населенням стану здоров'я та рівня доступності окремих видів медичної допомоги у 2020 році (за даними вибіркового опитування домогосподарств у жовтні 2020 року). Державна служба статистики України;

2021. 155 с. Доступно з: https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/2021/zb/03/zb_snsz_20.pdf.
169. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ. Методика оцінки чутливості системи охорони здоров'я до очікувань населення на підставі опитування ключових респондентів: методичні рекомендації. МОЗ України: Укр. центр наук. мед. інформації та патентно-ліценз. роботи, ДЗ «ДМА МОЗ України»; 2013. 40 с.
170. World Health Organization. Ending childhood dental caries: WHO implementation manual. Geneva: WHO; 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240000056>.
171. Carlotto AG. Comparison of two survey instruments measuring quality of life in pediatric dentofacial patients [dissertation]. Columbus (OH): The Ohio State University; 2017. 57 p.
172. da Rocha NS, Power MJ, Bushnell DM, et al. The EUROHIS-QOL 8-item index: Comparative psychometric properties to its parent WHOQOL-BREF. *Value Health*. 2012 May;15(3):449-57. doi:10.1016/j.jval.2011.11.035.
173. Elfarra RM. A stakeholder analysis of noncommunicable diseases' multisectoral action plan in Bangladesh. *WHO South East Asia J Public Health*. 2021 Jan-Jun;10(1):37-46. doi:10.4103/WHO-SEAJPH.WHO-SEAJPH_50_21.
174. Вернигор Ю, Гейко Л, Кот Я, Медвідь А, Скрипнікова О, Худоназаров Д, Шевченко М, Юрочко Т. Профілактика та контроль неінфекційних захворювань в Україні. Посібник для викладача. Київ: Україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я»; 2022. 404 с.
175. Mendelow AL. Environmental Scanning: The Impact of the Stakeholder Concept. *Proceedings From the Second International Conference on Information Systems*. Cambridge (MA); 1991:407-18.
176. Bernstein SL, Weiss J, Curry L. Visualizing implementation: Contextual and organizational support mapping of stakeholders (COSMOS). *Implement Sci Commun*. 2020;1:48. doi:10.1186/s43058-020-00030-8.

177. Грузєва ТС, Лехан ВМ, Огнєв ВА, Галієнко ЛІ, Крячкова ЛВ, Кий-Кокареєва ВГ, Максименко ОП, та ін. Громадське здоров'я: підручник. За заг. ред. Грузєвої ТС. Вінниця: Нова Книга; 2023. 616 с.
178. Грузєва ТС, Лехан ВМ, Огнєв ВА, Галієнко ЛІ, Крячкова ЛВ, Максименко ОП, та ін. Біостатистика: підручник для студентів. За ред. Грузєвої ТС. Вінниця: Нова Книга; 2020. 384 с.
179. Minamidate T, Haruyama N, Takahashi I. The development, validation, and psychometric properties of the Japanese version of the Child Oral Health Impact Profile-Short Form 19 (COHIP-SF 19) for school-age children. *Health Qual Life Outcomes*. 2020 Jul 11;18(1):224. doi: 10.1186/s12955-020-01469-y.
180. Rousson V. Assessing inter-rater reliability when the raters are fixed: Two concepts and two estimates. *Biom J*. 2011 May;53(3):477-490. doi: 10.1002/bimj.201000066.
181. Šimundić AM. Measures of diagnostic accuracy: Basic definitions. *EJIFCC*. 2009 Jan 20;19(4):203-211.
182. Kriachkova LV, Korobko MY, Kyi-Kokarieva VG, Borvinko EV, Zaitsev VV, Gopak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. *Wiad Lek*. 2022;75(5 Pt 1):1156-1161. doi: 10.36740/wlek202205119.
183. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023; 4(74):27–35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04>.
184. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024; 1:79–86. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.10>.
185. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Визначення стоматологічного статусу школярів та молоді великого промислового міста для розробки комплексних профілактичних програм. В: VII International Science Conference «Modern trends

in development science and practice»; 2021 Nov 02-05; Varna, Bulgaria. С. 298–299. doi: 10.46299/ISG.2021.II.VII.

186. Коробко МЮ, Корнієнко ВВ. Адаптація анкети ВООЗ СОНIP-SF-19 до оцінки стоматологічного стану дітей в Україні. У: Твердохліб ІВ, Бондаренко НС, ред. Збірка матеріалів ХХІІ конференції студентів та молодих учених. Новини і перспективи медичної науки; 2022; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2022. с. 60.

187. Каськова Л, Янко Н, Товма В, Вашенко І, Уласевич Л. Аналіз показників надання стоматологічної допомоги дитячому населенню м. Полтава. Актуальні проблеми сучасної медицини: Вісник Української медичної стоматологічної академії. 2024;24(2):160-5. <https://doi.org/10.31718/2077-1096.24.2.160>.

188. Каськова ЛФ, Мандзюк ТБ, Уласевич ЛП, Андріянова ОЮ, Янко НВ. Порівняльна характеристика показників карієсу у дітей різного шкільного віку. Буковинський медичний вісник. 2019;23(2):10-5. Доступно на: <https://doi.org/10.24061/2413-0737.XXIII.2.90.2019.27>.

189. Kaskova L, Sadovski M. Динаміка показників карієсу тимчасових зубів у дітей 3-5 років. Ukr Dent Alm. 2021 Dec 8;0(4):70-74. Ukrainian. Available from: <https://dental-almanac.org/index.php/journal/article/view/524>.

190. Kaskova LF, Mandziuk TB, Ulasevych LP, Korovina LD. Correlation relations of caries and socio-hygienic factors. Probl Ecol Med. 2019;23(3-4):9-12. Available from: <https://doi.org/10.31718/mep.2019.23.3-4.03>.

191. Данильців ЛО, Рожко ММ. Стоматологічний статус 15-річних школярів Івано-Франківської області. Клінічна стоматологія. 2021;4:39-43.

192. Global Health Metrics. Caries of deciduous teeth – Level 4 cause. Available from: https://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/caries-deciduous-teeth-level-4-cause.

193. Pitts NB, Zero DT, Marsh PD, Ekstrand K, Weintraub JA, Ramos-Gomez F, et al. Dental caries. Nat Rev Dis Primers. 2017 May 25;3:17030. doi: 10.1038/nrdp.2017.30.

194. Orenstein L, Chetrit A, Oberman B, Benderly M, Kalter-Leibovici O. Factors associated with disparities in out-of-pocket expenditure on dental care: Results from

two cross-sectional national surveys. *Isr J Health Policy Res.* 2020;9(1):30. doi: 10.1186/s13584-020-00387-0.

195. Nguyen TM, Tonmukayakul U, Calache H. A dental workforce strategy to make Australian public dental services more efficient. *Hum Resour Health.* 2019;17(1):37. doi: 10.1186/s12960-019-0370-8.

196. Dehmoobadsharifabadi A, Singhal S, Quiñonez CR. Impact of public dental care spending and insurance coverage on utilization disparities among Canadian jurisdictions. *J Public Health Dent.* 2018 Sep;78(4):346-51. doi:10.1111/jphd.12283.

197. Великов М, Деньга О. Ефективність стоматологічної профілактики у дітей, які проживають в Придунав'ї. *Вісник стоматології.* 2023;122(1):15-20. <https://doi.org/10.35220/2078-8916-2023-47-1.3>.

198. Northridge ME, Kumar A, Kaur R. Disparities in access to oral health care. *Annu Rev Public Health.* 2020;41:513-35. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094318.

199. Henschke C, Winkelmann J, Eriksen A, Orejas Pérez E, Klingenberg D. Oral health status and coverage of oral health care: a five-country comparison. *Health Policy.* 2023 Nov;137:104913. doi: 10.1016/j.healthpol.2023.104913.

200. Leggett H, Csikar J, Vinall-Collier K, Douglas GVA. Whose responsibility is it anyway? Exploring barriers to prevention of oral diseases across Europe. *JDR Clin Trans Res.* 2021;6(1):96-108. doi: 10.1177/2380084420926972.

201. Medplatforma. Які стоматологічні послуги передбачає Програма медичних гарантій [Інтернет]. 2025 [цитовано 2025 Бер 3]. Доступно: <https://medplatforma.com.ua/article/2361-yak-stomatologchn-poslugi-peredbacha-programa-medichnih-garanty>.

202. Кабінет Міністрів України. Про схвалення Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках [Інтернет]. Офіційний вебпортал парламенту України; 2025 [цитовано 31 січня 2025]. Доступно: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/34-2025-%D1%80#Text>

203. Hysi D, Eaton KA, Tsakos G, Vassallo P, Amariei C; DPH Group. Proceedings of a workshop, held in Constanta, Romania on 22 May 2014, on oral health of children in the Central and Eastern European countries in the context of the current economic crisis. *BMC Oral Health*. 2016 Jul 25;16 Suppl 1:69. doi: 10.1186/s12903-016-0223-y. Erratum in: *BMC Oral Health*. 2016 Sep 15;16(1):96. doi: 10.1186/s12903-016-0269-x.
204. di Bella E, Leporatti L, Montefiori M, Krejci I, Ardu S. Popular initiatives in 2014-2016 call for the introduction of mandatory dental care insurance in Switzerland: The contrasting positions at stake. *Health Policy*. 2017 Jun;121(6):575-81. doi:10.1016/j.healthpol.2017.04.004.
205. Padung N, Singh S, Awasthi N. First dental visit: Age, reasons, oral health status and dental treatment needs among children aged 1 month to 14 years. *Int J Clin Pediatr Dent*. 2022;15(4):394-7. doi: 10.5005/jp-journals-10005-2406.
206. Chawłowska E, Karasiewicz M, Lipiak A, Cofta M, Fechner B, Lewicka-Rabska A, et al. Exploring the relationships between children's oral health and parents' oral health knowledge, literacy, behaviours and adherence to recommendations: A cross-sectional survey. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Sep 8;19(18):11288. doi:10.3390/ijerph191811288.
207. Fisher-Owens SA, Gansky SA, Platt LJ, Weintraub JA, Soobader MJ, Bramlett MD, et al. Influences on children's oral health: a conceptual model. *Pediatrics*. 2007 Sep;120(3):e510-20. doi:10.1542/peds.2006-3084.
208. Fisher-Owens SA, Mertz E. Preventing oral disease: alternative providers and places to address this commonplace condition. *Pediatr Clin North Am*. 2018 Oct;65(5):1063-72. doi:10.1016/j.pcl.2018.05.011.
209. Do LG, Song YH, Du M, Spencer AJ, Ha DH. Socioecological determinants of child oral health-A scoping review. *Community Dent Oral Epidemiol*. 2023 Oct;51(5):1024-36. doi:10.1111/cdoe.12819.
210. Quach H. How can children be involved in developing oral health education interventions? *Evid Based Dent*. 2020 Sep;21(3):104-105. doi: 10.1038/s41432-020-0122-6. PMID: 32978543.

211. Hakojärvi HR, Selänne L, Salanterä S. Child involvement in oral health education interventions – a systematic review of randomised controlled studies. *Community Dent Health*. 2019 Nov 28;36(4):286-292. doi: 10.1922/CDH_Hakojarvi07. PMID: 31724837.
212. Taskaya B, Buldur B. Parental and individual determinants of dental trust in children: a path analysis of a conceptual model. *BMC Oral Health*. 2025 Jan 23;25(1):127. <https://doi.org/10.1186/s12903-024-05159-9>.
213. Poger JM, Yeh HC, Bryce CL, Carroll JK, Kong L, Francis EB, et al. PaTH to partnership in stakeholder-engaged research: a framework for stakeholder engagement in the PaTH to Health Diabetes study. *Healthc (Amst)*. 2020 Mar;8(1):100361. doi: 10.1016/j.hjdsi.2019.05.001.
214. Юрочко Т, Скіпальський А, Курило І, Думчева А. Аналітичний звіт за результатами оцінки «Покращення показників з неінфекційних захворювань: бар'єри та можливості системи охорони здоров'я в Україні». Київ: Україно-швейцарський проєкт «Діємо для здоров'я»; 2023. 260 с.
215. Khan SB. Translation of the shortened dental arch research into clinical practice: a stakeholder mapping approach. *BDJ Open*. 2020 Jul 28;6:10. doi: 10.1038/s41405-020-0039-3.
216. Loffreda G, Bello K, Kiendrébéogo JA, Selenou I, Ahmed MAA, Dossou JP, et al. Political economy analysis of universal health coverage and health financing reforms in low- and middle-income countries: The role of stakeholder engagement in the research process. *Health Res Policy Syst*. 2021;19(1):143. doi: 10.1186/s12961-021-00788-w.
217. Edmunds M, Fulwood C. Strategic communications in oral health: influencing public and professional opinions and actions. *Ambul Pediatr*. 2002 Mar-Apr;2(2 Suppl):180-4. doi:10.1367/1539-4409(2002)002<0180:sciohi>2.0.co;2. PMID: 11950390.
218. Ticku S, Barrow J, Fuccillo R, McDonough JE. Oral health stakeholders: A time for alignment and action. *Milbank Q*. 2021 Dec;99(4):882-903. <https://doi.org/10.1111/1468-0009.12525>.

219. Sureshkumar S, Mwangi KJ, Gathecha G, Marcus K, Kohlbrenner B, Issom D, Benissa MR, Aebischer-Perone S, Braha N, Candela E, Chhabra KG, Desikachari BR, Dondi A, Etchebehere M, Kengne AP, Missoni E, Mustapha F, Palafox B, Pati S, Madhu PP, Peer N, Quint J, Tabrizi R, Yusoff H, Oris M, Beran DH, Balabanova D, Etter JF. Exploring key-stakeholder perceptions on non-communicable disease care during the COVID-19 pandemic in Kenya. *Pan Afr Med J.* 2023 Mar 30;44:153. doi: 10.11604/pamj.2023.44.153.38616.
220. Akter K, Kuddus A, Jeny T, Nahar T, Shaha S, Ahmed N, King C, Pires M, Haghparast-Bidgoli H, Azad K, Fottrell E, Morrison J. Stakeholder perceptions on scaling-up community-led interventions for prevention and control of non-communicable diseases in Bangladesh: A qualitative study. *BMC Public Health.* 2023;23(1):719. doi:10.1186/s12889-023-15551-9.
221. Bakarčić D, Vlah N, Cicvarić O, Petrović D, Šimunović-Erpušina M, Janković S, Dragaš Zubalj N, Kresina S, Mohorić S, Gržić R, et al. An Oral Health Promotion Model Implemented in the Primorje-Gorski Kotar County. *Medicina.* 2025;61(2):217. doi:10.3390/medicina61020217.
222. Bastani P, Manchery N, Samadbeik M, Ha DH, Do LG. Digital health in children's oral and dental health: An overview and a bibliometric analysis. *Children (Basel).* 2022;9(7):1039. doi:10.3390/children9071039.
223. Buddhikot CS, Garcha V, Shetty V, et al. Bibliometric analysis of context, trends, and contents of digital health technology used in dental health. *Biomed Res Int.* 2023 Oct 25;2023:5539470. doi:10.1155/2023/5539470.
224. Marshman Z, Robinson PG. *Oxford Textbook of Public Health.* Oxford: Oxford University Press; 2009. 9.8 Dental public health. Available from: <https://doi.org/10.1093/med/9780199218707.003.0065>.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Список публікацій здобувача

Наукові праці в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Kriachkova LV, Korobko MY, Kyi-Kokarieva VG, Borvinko EV, Zaitsev VV, Gopak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. Wiad Lek. 2022;75(5 pt 1):1156-1161. doi: 10.36740/wlek202205119. *(Особистий внесок здобувача – аналіз літературних джерел, збір даних, статистичний аналіз результатів, написання чернетки статті).*
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Тягар основних захворювань порожнини рота у дітей як актуальний виклик громадського здоров'я. Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):27-35. <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/04> *(Особистий внесок здобувача: збір даних, інтерпретація результатів, написання та підготовка статті до друку).*
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. Клінічна та профілактична медицина. 2024;1:79-86. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2024.10> *(Особистий внесок здобувача: збір первинного матеріалу, обробка та узагальнення результатів, підготовка статті до друку).*
4. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. 2024;1(99):5-13. <https://doi.org/10.11603/1681-2786.2024.1.14620> *(Особистий внесок здобувача: організація збору матеріалу,*

обробка первинних даних, аналіз результатів дослідження, підготовка статті до друку).

Наукові праці які засвідчують апробацію матеріалів дисертації

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ. Визначення стоматологічного статусу школярів та молоді великого промислового міста для розробки комплексних профілактичних програм. In: The VII International Science Conference «Modern trends in development science and practice»; 2021 Nov 02-05; Varna, Bulgaria. p. 298-299. doi: 10.46299/ISG.2021.II.VII. *(Особистий внесок здобувача: обробка матеріалів дослідження, узагальнення результатів, написання тез)*.
2. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Кий-Кокарева ВГ, Зайцев ВВ. «Стоматологічне громадське здоров'я» як вибіркова навчальна дисципліна при підготовці докторів філософії зі спеціальності 229 «Громадське здоров'я». У: Матеріали XVIII Всеукраїнської наук.-практ. конф. з міжнародною участю. Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення; 20-21 травня 2021; Тернопіль. Тернопіль: ТНМУ; 2021: с. 285-287. *(Особистий внесок здобувача: участь у написанні програми, оформлення тез)*.
3. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Сімон КІ. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. У: Матеріали IV науково-практичної конференції з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017). Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення; 27 жовтня, 2021; Харків. Харків: ХНМУ; 2021. с. 33-34. *(Особистий внесок здобувача: визначення проблеми, участь у написанні тез)*
4. Коробко МЮ, Корнієнко ВВ. Адаптація анкети ВООЗ СОHIP-SF-19 до оцінки стоматологічного стану дітей в Україні. У: Твердохліб ІВ, Бондаренко НС. Збірка матеріалів XXII конференції студентів та молодих учених. Новини і перспективи медичної науки; 2022; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2022. с. 60.

(Особистий внесок здобувача: організація збору матеріалу, його обробка, написання тез).

5. Коробко МЮ. Актуальні підходи для реформування та відновлення стоматологічної служби для дітей та молоді України. In: Proceedings of the VII International Scientific and Practical Conference [Інтернет]; 20-23 February 2024; France, Paris; 2024 p. 189-194. Доступно на: <https://isg-konf.com/professional-development-theoretical-basis-and-innovative-technologies/>

6. Гопак О, Ліхолетов Є, Коробко М. Внесок концепції «Лікування-освіта» у психічне та громадське здоров'я студентів Франції. У: Крячкова ЛВ. Збірник матеріалів Всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю. Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього; 10 жовтня 2024; Дніпро. Дніпро: ДДМУ; 2024: с. 57-59. *(Особистий внесок здобувача: участь у аналізі результатів дослідження, редагування тез).*

Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації

1. Крячкова ЛВ, Коробко МЮ, Борвінко ЕВ. Програма вибіркової навчальної дисципліни «Стоматологічне громадське здоров'я» для здобувачів вищої освіти для третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я». Затверджено ЦМК ДДМУ Протокол №10 від 20 червня 2023 р. *(Особистий внесок здобувача: визначення актуальності програми, участь у розробці тематичного плану, написанні програми).*

2. Крячкова Л.В., Коробко М.Ю. Використання у практиці охорони здоров'я україномовної короткої форми опитувальника профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (Short Form Of The Child Oral Health Impact Profile - СОНІР-SF 19). Перелік наукової (науково-технічної) продукції, призначеної для впровадження досягнень медичної науки у сферу охорони здоров'я .Випуск 10. Реєстр №126/10/24 *(Особистий внесок здобувача: планування та організація дослідження, оцінка його результатів, написання заявки).*

ДОДАТОК Б

Апробація результатів дисертації

Основні положення роботи викладено та обговорено на науково-практичних конференціях різного рівня:

1. VII International Science Conference «Modern trends in development science and practice». Болгарія, Варна. 2-5 листопада 2021 р. *(форма участі – дистанційна участь, публікація тез)*.

2. XVIII Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Актуальні питання вищої медичної (фармацевтичної) освіти: виклики сьогодення та перспективи їх вирішення». м. Тернопіль. 20-21 травня 2021 *(форма участі – дистанційна участь, публікація тез)*.

3. IV науково-практична конференція з міжнародною участю з нагоди 90-річчя від дня народження Н.О. Галічевої (1931–2017) «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення» м Харків, ХНМУ. 27 жовтня 2021 р. *(форма участі – усна доповідь, публікація тез)*.

4. V науково-практична конференція з міжнародною участю на вшанування пам'яті М.Г. Гуревича (1891–1937), засновника та керівника першої в Україні кафедри соціальної гігієни при Харківському медичному інституті. «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення». м Харків, ХНМУ. 28 жовтня 2022 р. *(форма участі – усна доповідь)*.

5. XXII конференція студентів та молодих учених «Новини і перспективи медичної науки» Дніпро. 2022 р. *(форма участі – публікація тез)*.

6. VII International Scientific and Practical Conference. Франція, Париж. 20 - 23 лютого 2024 р. *(форма участі – дистанційна участь, публікація тез)*.

7. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Громадське здоров'я: від аналізу минулого до розуміння майбутнього». м. Дніпро, ДДМУ. 10 жовтня 2024 р. *(форма участі – усна доповідь, публікація тез)*.

8. VII науково-практична конференція з міжнародною участю «Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення. Томілінські читання». м. Харків. 30 жовтня 2024 р. (*форма участі – усна доповідь*).

ДОДАТОК В

Наукові праці які додатково відображають наукові результати дисертації

ДНІПРОВСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління
охороною здоров'я

ЗАТВЕРДЖЕНО:

центральною методичною комісією ДДМУ
протокол № 12 від «28» червня 2023р.

Голова ЦМК, перший проректор, професор



Ігор ШПОНЬКА

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОЇ ДИСЦИПЛІНИ «СТОМАТОЛОГІЧНЕ ГРОМАДСЬКЕ ЗДОРОВ'Я»

Освітньо-професійна (освітньо-наукова) програма	«Громадське здоров'я»
Спеціальність	229 «Громадське здоров'я»
Галузь знань	22 «Охорона здоров'я»
Рівень вищої освіти	третій (освітньо-науковий)
Освітня кваліфікація	доктор філософії з громадського здоров'я

Дніпро – 2023

Програма навчальної дисципліни «Стоматологічне громадське здоров'я» для здобувачів третього (освітньо-наукового) рівня вищої освіти другого (третього) року навчання за освітньо-науковою програмою «Громадське здоров'я» за спеціальністю 229 «Громадське здоров'я».

Розробники – кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я:

Крячкова Лілія Вікторівна, д.мед.н., професор, завідувачка кафедри;

Коробко Михайл Юрійович, аспірант, викладач кафедри;

Боріанко Єлизавета Вікторівна, к. мед.н., доцент, доцент кафедри

Програму схвалено на засіданні кафедри соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я

«25» 05 2023 року, протокол № 15

Завідувачка кафедри

д.мед.н., професорка



Лілія КРЯЧКОВА

Програму схвалено на засіданні предметної комісії «Громадське здоров'я та фізична терапія, ерготерапія»

«12» 06 2023 року, протокол № 5

Голова предметної комісії

д.мед.н., професор



Олександр ШЕВЧЕНКО

Регістр № 127/10/24

1. ВИКОРИСТАННЯ У ПРАКТИЦІ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНОМОВНОЇ КОРОТКОЇ ФОРМИ ОПИТУВАЛЬНИКА ПРОФІЛЮ ВПЛИВУ НА ЗДОРОВ'Я РОТОВОЇ ПОРОЖНИНИ ДИТИНИ (short form of the child oral health impact profile - COHIP-SF 19).

2. НДР «Наукове обґрунтування організаційно-методичних основ системи безперервного підвищення якості надання медичної допомоги», номер державної реєстрації: 0119U101403.

3. Громадське здоров'я.

4. 2+, В.

5. Kriachkova L.V., Korobko M.Y., Kyi-Kokariyeva V.G., Borvinko E.V., Zaitsev V.V., Gopak-Durie H. Approval of the use of the Short Form 19 Of The Child's Oral Health Impact Profile (COHIP-SF 19) for dental public health needs. Wiadomości Lekarskie. 2022. V. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1157 – 1162. doi: 10.36740/WLek202205119. (Scopus)..

6. Немає.

7. Спосіб полягає у використанні адаптованої апробованої ВООЗ методики -української версії COHIP-SF 19 UK, проведена перевірка її психометричних властивостей, оцінена можливість її застосування у популяційних дослідженнях, для потреб розбудови стоматологічного громадського здоров'я в Україні.

8. Медична та соціальна ефективність визначається тим, що стандартизована методика COHIP-SF 19 UK дозволить краще розуміти пріоритетні потреби населення в стоматологічній допомозі, напрями розвитку потреб розбудови стоматологічного громадського здоров'я в Україні. Підвищення рівня взаємодії сімейних лікарів та лікарів-стоматологів. Забезпечить досягнення більшої продуктивності діяльності стоматологічних закладів охорони здоров'я і галузі в цілому, а в кінцевому рахунку, призведе для поліпшення стоматологічного громадського здоров'я населення.

9. Адаптована анкета COHIP-SF 19 UK

10. Наявність необхідності краще розуміти пріоритетні потреби населення в стоматологічній допомозі, підвищення рівня взаємодії ПМСП сімейних лікарів та лікарів-стоматологів.

11. Немає.

12. Немає.

13. Дніпровський державний медичний університет.

14. Немає.

15. Крячкова Л. В., Коробко М. Ю.

Контактна особа: Коробко М. Ю. +380 979285621

ДОДАТОК Г

Акти впровадження наукових результатів у практичну діяльність закладів охорони здоров'я

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Генеральний директор
Комунального некомерційного
підприємства «Міська багатoproфільна
клінічна лікарня матері та дитини ім. проф.
М. Ф. Рудневої» Дніпровської міської ради
Македонський Ігор Олександрович

(підпис)

«6» вересня 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

I. Назва пропозиції для впровадження:

Використання короткої форми 19 профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (CONIP-SF 19) для оцінки потреб у стоматологічній допомозі та профілактичних заходах.

II. Установа, її адреса, виконавці:

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Укладачі: Крячкова Л.В., Коробко М.Ю., Кий-Кокарева В.Г., Борвінко Е.В., Зайцев В.В.

III. Джерела інформації:

Kriachkova L.V., Korobko M.Y., Kyi-Kokarieva V.G., Borvinko E.V., Zaitsev V.V., Gopak-Durie H. Approval of the use of the Short Form 19 Of The Child's Oral Health Impact Profile (CONIP-SF 19) for dental public health needs. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. V. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1157 – 1162.

IV. Де і коли було впроваджено:

В практичну діяльність закладу охорони здоров'я з вересня 2022 року, м. Дніпро.

IV. Результат впровадження:

Стандартизований підхід до оцінки стоматологічного статусу дітей. Оновлений підхід до проведення превентивних заходів, що базується на доказовій профілактиці.

IV. Ефективність впровадження:

Медична ефективність та соціальна ефективність визначається тим, що CONIP-SF 19 UK є валідним методом з оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям порожнини рота, серед українських дітей та підлітків, та є надійним методом оцінки стоматологічного здоров'я дітей.

Економічна ефективність визначається тим, що CONIP-SF 19 UK є стандартизованим підходом до оцінки потреб у стоматологічній допомозі дітям, що дозволяє оптимізувати та прогнозувати ресурсні витрати.

VII. Зауваження та пропозиції: Не має.

Відповідальний за впровадження:

Міфаліска Ірина
(посада)

(підпис)

(ПІБ)



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Генеральний директор
Комунікаційного некомерційного підприємства
«Стоматологічна поліклініка № 1»
Дніпровської міської ради
Василишина Марта Володимирівна

«16» листопада 2022 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

I. Підстава прийняття для впровадження:

Використання короткої форми 19 профілю впливу на здоров'я ротової порожнини дитини (CONIP-SF 19) для оцінки потреб у стоматологічній допомозі та профілактичних заходах.

II. Установа, її адреса, виконавці:

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський державний медичний університет (ДДМУ), 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Укладачі: Кривоноса Л.В., Коробко М.Ю., Кий-Кокарева В.Г., Борвинко Е.В., Зайцев В.В.

III. Джерела інформації:

Kriashkova L. V., Korobko M. Y., Kiy-Kokareva V. G., Borvinko E. V., Zaitsev V. V., Gorak-Durie H. Approval of the use of the short form 19 of the child's oral health impact profile (CONIP-SF 19) for dental public health needs. *Wladimirsky Lebarshia*, 2022, V. LXXV, Issue 5 Part 1, P. 1157-1162.

IV. Де і коли було впроваджено:

В практичну діяльність закладу охорони здоров'я з листопада 2022 року м. Дніпро.

IV. Результат впровадження:

Стандартизований підхід до оцінки стоматологічного статусу дітей. Оптимізований підхід до проведення превентивних заходів, що ґрунтуються на доказовій профілактиці.

IV. Ефективність впровадження:

Медична ефективність та соціальна ефективність - визначається тим, що CONIP-SF 19 UK є валідним методом оцінки якості життя, пов'язаної зі здоров'ям охороняє рота, серед українських дітей та підлітків, та є надійним методом оцінки стоматологічного здоров'я дітей.

Економічна ефективність - визначається тим, що CONIP-SF 19 UK є стандартизованим підходом до оцінки потреб у стоматологічній допомозі дітям, що дозволяє оптимізувати та пріоритизувати ресурсні витрати.

VII. Зауваження та пропозиції: Не вноситься.

Відповідальний за впровадження:

Генеральний директор
(посада)



Василишина Марта Володимирівна
(ПІБ)

Акти впровадження наукових результатів в освітній процес



АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

I. Назва пропозиції для впровадження:

Напрями подальшої розбудови та вдосконалення міжсекторальної інтеграції на шляху забезпечення стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення.

II. Установа, її адреса, виконавці:

Установа-розробник: кафедра громадського здоров'я, соціальної медицини, організації та управління охороною здоров'я, Дніпровський Державний медичний університет, 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Розробники – Крячкова Лілія Вікторівна, д.мед.н., професор, завідувачка кафедри;

Коробко Михайл Юрійович, аспірант, викладач кафедри

III. Джерела інформації:

Kriachkova L.V., Korobko M.Y., Kyi-Kokarieva V.G., Borvinko E.V., Zaitsev V.V., Gopak-Durie H. Approval of the use of the Short Form 19 Of The Child's Oral Health Impact Profile (CONIP-SF 19) for dental public health needs. *Wiadomości Lekarskie*. 2022. V. LXXV, Issue 5, Part 1. P. 1157 – 1162. doi: 10.36740/WLek202205119

Крячкова Л.В., Коробко М.Ю. Стоматологічне громадське здоров'я – перспективний напрямок наукової та практичної діяльності для зміцнення здоров'я та якості життя населення. *Громадське здоров'я в Україні: проблеми та способи їх вирішення*. Матер. IV наук-практ конф. з міжнар. участю. м. Харків, 2021 року. С. 33-34.

IV. Де і коли було впроваджено: Кафедрою менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету; Терміни впровадження 2022-2023 рр.

V. Результат впровадження:

Результати наукових досліджень використано при формуванні методичного забезпечення освітнього процесу при викладанні дисципліни «Управління охороною здоров'я».

VI. Ефективність впровадження:

Підвищення рівня знань майбутніх фахівців щодо зміцнення системи охорони здоров'я, розбудови сектору громадського здоров'я на шляху забезпечення здоров'я порожнини рота у дітей, що сприятиме більш раціональному та ефективному використанню обмежених ресурсів галузі.

VII. Зауваження та пропозиції: Не вносилися.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри менеджменту охорони здоров'я Одеського національного медичного університету
канд. екон. наук, доцент

Олена РУДНІСЬКА



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ отриманих результатів в організацію охорони здоров'я та початковий процес

Пропозиція для впровадження: Використання процедури картографування стейкхолдерів для визначення стратегії роботи із зацікавленими групами у сфері охорони громадського здоров'я

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (Україна, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24).

Автори: Крячкова Л.В., Коробко М.Ю.

Джерела інформації: Крячкова Л.В., Коробко М.Ю. Аналіз тенденцій щодо стоматологічного стану дітей: чинники впливу та заходи для покращення (за результатами опитування ключових респондентів). *Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України*. 2024. № 1 (99). С. 5-13 <https://ojs.tdmu.edu.ua/index.php/visnyk-gigieny/article/view/14620>.

Крячкова, Л.В., Коробко М.Ю. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. №1. С. 79-86. <http://www.cp-medical.com/index.php/journal/article/view/377>.

Ким впроваджено: кафедра громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Харківського національного медичного університету.

Термін впровадження: 2024–2025 рр.

Форма впровадження: результати наукових досліджень впроваджено в інформаційні лекції та практичні заняття зі стоматологічного громадського здоров'я та організації стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Ефективність впровадження: покращення підготовки спеціалістів з актуальних питань громадського здоров'я та організації охорони здоров'я.

Зауваження, пропозиції: рекомендувати для широкого використання при організації профілактичних заходів та стоматологічної допомоги дитячому населенню. Зауважень немає.

Відповідальний за впровадження:

завідувач кафедри громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я
Харківського національного
медичного університету,
д. мед. н., професор

Віктор ОГНЕСВ

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з наукової роботи

Дніпровського державного

медичного університету,

доктор медичних наук, професор

Олександр ГУДАР'ЯН



01 2025 р.

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ отриманих результатів в початковий процес

Пропозиції для впровадження: Використання процедури картографування стейкхолдерів для визначення стратегій роботи із зацікавленими групами у сфері охорони громадського здоров'я

Установа-розробник: кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я Дніпровського державного медичного університету (Україна, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24).

Автори: Крячкова Л.В., Коробко М.Ю.

Джерела інформації: Крячкова Л.В., Коробко М.Ю. Участь різних груп стейкхолдерів у забезпеченні стоматологічного громадського здоров'я дітей: аналіз та перспективи. *Клінічна та профілактична медицина*. 2024. с. 79-86. <http://www.cpmmedical.com/index.php/journal/article/view/377>.

Ким впроваджено: кафедрою соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я, Дніпровський Державний Медичний Університет, 49044, м. Дніпро, пр. Д. Яворницького, 24.

Термін впровадження: 2024 - 2025 н.р.

Форма впровадження: результати наукових досліджень впроваджено в матеріали лекцій та практичних занять зі стоматологічного громадського здоров'я та організації стоматологічної допомоги дитячому населенню.

Ефективність впровадження: покращення рівня знань здобувачів освіти щодо актуальних питань громадського здоров'я та організації охорони здоров'я.

Зауваження та пропозиції: зауважень немає, рекомендувати до впровадження у навчальний процес.

Відповідальний за впровадження:

Завідувачка кафедри
соціальної медицини, громадського здоров'я
та управління охороною здоров'я ДДМУ
д.мед.н., професор

Лілія КРЯЧКОВА

АНКЕТА ПРО СТАН ЗДОРОВ'Я ПОРОЖНИНИ РОТА
Для дітей старше 6 років

Шановний респондент!

Кафедра соціальної медицини, громадського здоров'я та управління охороною здоров'я ДДМУ проводить дослідження щодо питань стоматологічного здоров'я дітей. Ми використовуємо стандартизовану міжнародну методику Child Oral Health Impact Profile - Short Form 19 (Профіль впливу на здоров'я ротової порожнини дитини - коротка форма) та інші уточнюючі питання.

Заздалегідь широко дякуємо за щирі відповіді!

1. Будь ласка скажіть, де Ви навчаєтесь:

- 1) Середня школа
- 2) Коледж /технікум
- 3) Заклад вищої освіти (вказати який) _____
- 4) Інше (вказати) _____

2. Будь ласка скажіть, в якому класі / курсі Ви навчаєтесь:

- 1) 1 клас/ курс
- 2) 2 клас/ курс
- 3) 2 клас/ курс
- 4) 4 клас/ курс
- 5) 5 клас/ курс
- 6) 6 клас/ курс
- 7) 7 клас
- 8) 8 клас
- 9) 9 клас
- 10) 10 клас
- 11) 11-12 клас

3. Скільки вам років? _____ (вказати)

4. Вкажіть Вашу стать:

- 1) Чоловіча
- 2) Жіноча

5. Вкажіть Ваше місце проживання:

- 1) Місто
- 2) Передмістя
- 3) Село

6. Яку освіту має Ваш батько (вітчим, опікун)?

- 1) Не має формальної освіти

- 2) Нижче початкової школи
- 3) Початкова школа
- 4) Середня школа
- 5) Вища школа (вищий навчальний заклад)
- 6) Не знаю
- 7) Не маю родичів чоловічої статі

7. Яку освіту має ваша мати?

- 1) Не має формальної освіти
- 2) Нижче початкової школи
- 3) Початкова школа
- 4) Середня школа
- 5) Вища школа (вищий навчальний заклад)
- 6) Не знаю

8. Як часто за останні 12 місяців Ви відчували біль або дискомфорт, пов'язані з зубами або порожниною рота?

- 1) Часто
- 2) Іноді
- 3) Рідко
- 4) Ніколи
- 5) Не знаю

9. Як часто Ви відвідували лікаря-стоматолога за останні 12 місяців? (виберіть одну відповідь)

- 1) 1 раз
- 2) 2 рази
- 3) 3 рази
- 4) 4 рази
- 5) 5 разів та більше
- 6) Не відвідував стоматолога за останні 12 місяців
- 7) Ніколи не відвідував стоматолога
- 8) Не знаю / не пам'ятаю

10. З якого приводу останнього разу Ви відвідували стоматолога?

- 1) Біль або проблеми з зубами, яснами, порожниною рота
- 2) Лікування/ подовження лікування
- 3) Огляд/консультація
- 4) Не знаю / не пам'ятаю

11. Як часто Ви чистити зуби? (Виберіть одну відповідь)

- 1) Ніколи
- 2) Декілька разів на місяць (2-3 рази)
- 3) Один раз на тиждень
- 4) Декілька разів на тиждень
- 5) Один раз на день
- 6) Два рази та більше на день

12. Ви використовуєте зубну пасту при чищенні зубів?

- 1) Так
- 2) Ні

13. Ви використовуєте зубну пасту с фтором при чищенні зубів?

- 1) Так
- 2) Ні

14. Профіль впливу на здоров'я ротової порожнини. Будь ласка, уважно прочитайте кожне твердження і виберіть відповідь, яке найкраще описує Вас *за останні 3 місяці* щодо ваших зубів, рота або лиця. Не має правильних або неправильних відповідей. Ми хочемо знати, що ви насправді відчуваєте

	Ніколи	Майже ніколи	Інколи	Досить часто	Майже весь час
1. Відчував(-ла) зубний біль	1	2	3	4	5
2. Мав(-ла) криві зуби або щілини між зубами	1	2	3	4	5
3. Страждав(-ла) від виразок або хворобливих утворень у роті чи навколо нього	1	2	3	4	5
4. Мав/мала неприємний запах з рота	1	2	3	4	5
5. Була кровоточивість ясен	1	2	3	4	5
6. Відчував(-ла) смуток або дискомфорт через стан зубів, рота чи обличчя	1	2	3	4	5
7. Пропускав(-ла) навчання через проблеми із зубами, ротом або обличчям	1	2	3	4	5
8. Почував(-лася) впевнено завдяки стану зубів, рота чи обличчя	1	2	3	4	5
9. Були труднощі з вживанням улюблених продуктів через проблеми із зубами, ротовою порожниною або обличчям	1	2	3	4	5
10. Відчував(-ла) занепокоєння чи тривогу через стан зубів, рота або обличчя	1	2	3	4	5
11. Мав(-ла) труднощі з концентрацією уваги в навчальному закладі через зуби, рот або обличчя	1	2	3	4	5
12. Уникав(-ла) посмішок або сміху з іншими дітьми через стан зубів, рота чи обличчя	1	2	3	4	5

13. Мав(-ла) проблеми зі сном через зуби, рот або обличчя	1	2	3	4	5
14. Зазнав(-ла) образи, знущання або дражніння з боку інших дітей через зуби, рот або обличчя	1	2	3	4	5
15. Вважав(-ла) себе привабливим(-ою) через стан зубів, рота чи обличчя	1	2	3	4	5
16. Відчував(-ла), що виглядаєш інакше через зуби, рот чи обличчя	1	2	3	4	5
17. Іншим було важко розуміти вас через проблеми з вимовою	1	2	3	4	5
18. Відчував(-ла) труднощі з підтриманням чистоти зубів	1	2	3	4	5
19. Хвилювався(-лася) через те, що інші думають про ваші зуби, рот або обличчя	1	2	3	4	5

15. Загалом, будь ласка, оцініть своє здоров'я порожнини рота?

- 1) Погане
- 2) Задовільне
- 3) Посереднє
- 4) Добре
- 5) Дуже добре

16. Як Ви оцінюєте якість свого життя загалом? (ми запитуємо Вашу думку про якість Вашого життя в останні два тижні)

- 1) Дуже погана
- 2) Погана
- 3) Ні погана, ні добра
- 4) Гарна
- 5) Дуже гарна

17. Наскільки Ви задоволені станом власного здоров'я?

- 1) Повністю незадоволений(-а)
- 2) Незадоволений(-а)
- 3) Більш-менш
- 4) Задоволений(-а)
- 5) Повністю задоволений(-а)

18. Чи вистачає Вам сил для повсякденного життя?

- 1) Зовсім ні
- 2) Скоріше ні
- 3) Частково
- 4) Скоріше так
- 5) Повністю

19. Наскільки Ви задоволені своїми можливостями виконувати повсякденні справи?

- 1) Повністю незадоволений(-а)
- 2) Незадоволений(-а)
- 3) Частково задоволений(-а)
- 4) Задоволений(-а)
- 5) Повністю задоволений(-а)

20. Наскільки Ви задоволені собою?

- 1) Повністю незадоволений(-а)
- 2) Незадоволений(-а)
- 3) Частково задоволений(-а)
- 4) Задоволений(-а)
- 5) Повністю задоволений(-а)

21. Наскільки Ви задоволені своїми взаєминами з іншими людьми?

- 1) Повністю незадоволений(-а)
- 2) Незадоволений(-а)
- 3) Частково задоволений(-а)
- 4) Задоволений(-а)
- 5) Повністю задоволений(-а)

22. Чи вистачає Вам грошей для задоволення своїх потреб?

- 1) Зовсім ні
- 2) Скоріше ні
- 3) Частково
- 4) Скоріше так
- 5) Повністю вистачає

23. Наскільки Ви задоволені своїми житловими умовами?

- 1) Повністю незадоволений(-а)
- 2) Незадоволений(-а)
- 3) Частково задоволений(-а)
- 4) Задоволений(-а)
- 5) Повністю задоволений(-а)

Анкетування закінчено!
Дякуємо за Вашу участь!

КАРТА ОЦІНОК КЛЮЧОВИХ РЕСПОНДЕНТІВ

ШАНОВНИЙ РЕСПОНДЕНТ!

Завдання нашого дослідження – врахувати Ваші думки щодо шляхів розвитку стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні.

Стоматологічне громадське здоров'я трактується як наука та мистецтво запобігання захворюванням ротової порожнини, сприяння здоров'ю порожнини рота та покращенню якості життя завдяки організованим зусиллям суспільства.

Виберіть відповіді, які найбільшою мірою відповідають Вашій думці!

Заздалегідь вдячні!

1. Як би Ви оцінили узагальнене стоматологічне здоров'я дитячого населення у теперішній час?

1. Дуже погане
2. Погане
3. Середнє
4. Гарне
5. Дуже гарне

2. Як Ви вважаєте, які чинники найбільшою мірою впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення в сучасних умовах (перелік факторів наведено за підходом ВООЗ)

Оцініть чинники за 5-ти бальною шкалою, від 1 – зовсім не впливає до 5-ти – максимально впливає

Фактори	1	2	3	4	5
Вплив суспільства:					
Соціальне оточення					
Соціальна підтримка					
Фізична безпека					
Характеристики системи стоматологічної допомоги					
Ініціативи суспільства щодо зміцнення здоров'я порожнини рота (стоматологічне громадське здоров'я)					
Соціальний капітал (якість соціальних зв'язків у суспільстві)					
Культурні норми суспільства					
Вплив сім'ї:					
Склад сім'ї					
Соціально-економічний статус сім'ї					
Фізичні умови проживання					
Стан здоров'я батьків					
Звички та навички підтримки здоров'я, прийняті в сім'ї					

Медична страховка в стоматології					
Вплив стану дитини:					
Фізичні та демографічні характеристики					
Біологічна та генетична схильність					
Рівень розвитку					
Загальний стан організму дитини					
Мікрофлора порожнини рота					
Навички підтримки стоматологічного здоров'я дитиною					
Відвідування стоматолога дитиною					
Склад харчування (дієта)					
Стан довкілля, екологія					

3. Як би Ви оцінили зміну стану стоматологічного здоров'я дитячого населення за останні 5 – 10 років?

1. Суттєво погіршилося
2. Погіршилося
3. Не змінилося
4. Поліпшилося
5. Суттєво поліпшилося

4. Як змінилася кількість звернень за лікувальною стоматологічною допомогою дитячому населенню за останні 5 – 10 років?

1. Суттєво зменшилася
2. Зменшилася
3. Не змінилася
4. Збільшилася
5. Суттєво збільшилася

5. Як змінилася кількість звернень за профілактичними стоматологічними послугами дитячому населенню за останні 5 – 10 років?

1. Суттєво зменшилася
2. Зменшилася
3. Не змінилася
4. Збільшилася
5. Суттєво збільшилася

6. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія родини та лікаря стоматолога з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

7. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія родини та сімейного лікаря з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

8. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія **родини та освітніх закладів** з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

9. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія **стоматологічних закладів та центрів первинної медичної допомоги** з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

10. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія **стоматологічних закладів та центрів громадського здоров'я** з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

11. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою (від 1 – зовсім не важливо до 5-ти – дуже важливо) наскільки важлива взаємодія **центрів первинної медичної допомоги та центрів громадського здоров'я** з питань дитячого стоматологічного здоров'я?

Повідомьте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе (буде застосовуватися тільки для узагальнення)

12. Ваш вік _____

13. Ваша стать:

1. чоловік
2. жінка

14. В якій установі Ви працюєте? _____

15. Ваша спеціальність? _____

16. Ваш стаж роботи за фахом? _____

17. Ваша кваліфікаційна категорія

1. немає
2. друга
3. перша
4. вища

18. Чи маєте науковий ступінь

1. ні
2. магістр
3. кандидат наук
4. доктор наук
5. інше

19. Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему дитячого стоматологічного громадського здоров'я

20. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою ступінь впливу джерел аргументації на Вашу думку стосовно стоматологічного громадського здоров'я

Джерело аргументації	1	2	3	4	5
Проведений теоретичний аналіз					
Виробничий досвід					
Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів					
Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів					
Особиста участь у проведенні оцінки стоматологічного громадського здоров'я					
Інтуїція					

ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!

ДОДАТОК И

КАРТА ЕКСПЕРТНОЇ ОЦІНКИ

ШАНОВНИЙ ЕКСПЕРТЕ!

Завдання нашого дослідження – врахувати Ваші думки щодо шляхів розвитку стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення в Україні.

Стоматологічне громадське здоров'я трактується як наука та мистецтво запобігання захворюванням ротової порожнини, сприяння здоров'ю порожнини рота та покращенню якості життя завдяки організованим зусиллям суспільства.

Виберіть відповіді, які найбільшою мірою відповідають Вашій думці!

Заздалегідь вдячні!

1. Який, на Вашу думку, рівень інтересу щодо стоматологічного громадського здоров'я дітей мають представники різних служб/організацій? Оцініть за 5-ти бальною шкалою, від 1 – практично не мають інтересу до 5-ти – максимальний інтерес

Стейкхолдери (учасники)	1	2	3	4	5
Сімейні лікарі					
Дитячі стоматологи					
Медичні заклади загального профілю					
Стоматологічні заклади охорони здоров'я					
Електронна охорона здоров'я (e-Health)					
Центри громадського здоров'я					
МОЗ, управління охороною здоров'я					
Заклади вищої медичної (стоматологічної) освіти					
Науково-дослідні медичні (стоматологічні) заклади					
Освітні заклади (дитячий садок, школа)					
Родина					
Громада					
Соціальна служба					
Неурядові організації					
Міжнародні проекти					
Аптеки					
Торгівельні мережі					
Заклади харчування					
Підприємці / бізнес					
Засоби масової інформації (ЗМІ)					
Блогери / спільноти у соціальних мережах					
Інші учасники (вкажіть)					

2. Як сильно, на Вашу думку, впливають на стоматологічне громадське здоров'я дітей представники різних служб/організацій?

Оцініть за 5-ти бальною шкалою, від 1 – практично не впливають до 5-ти – максимально впливають

Стейкхолдери (учасники)	1	2	3	4	5
Сімейні лікарі					
Дитячі стоматологи					
Медичні заклади загального профілю					
Стоматологічні заклади охорони здоров'я					
Електронна охорона здоров'я (e-Health)					
Центри громадського здоров'я					
МОЗ, управління охороною здоров'я					
Заклади вищої медичної (стоматологічної) освіти					
Науково-дослідні медичні (стоматологічні) заклади					
Освітні заклади (дитячий садок, школа)					
Родина					
Громада					
Соціальна служба					
Неурядові організації					
Міжнародні проекти					
Аптеки					
Торгівельні мережі					
Заклади харчування					
Підприємці / бізнес					
Засоби масової інформації (ЗМІ)					
Блогери / спільноти у соціальних мережах					
Інші учасники (вказіть)					

3. Які пріоритети щодо розвитку функцій стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення повинні бути в Україні?

Можна вказати будь-яку кількість відповідей

1. Нагляд, спостереження та контроль за показниками і чинниками, що впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення;
2. Моніторинг за станом ротової порожнини дитячого населення
3. Зміцнення стоматологічного здоров'я дитячого населення, у тому числі вплив на основні чинники, що його формують
4. Розробка та впровадження політики та стратегії по збереженню стоматологічного здоров'я дітей
5. Використання правових та управлінських інструментів для профілактики хвороб порожнини рота і покращення стану стоматологічного здоров'я дитячого населення
6. Планування та організація профілактичних заходів з оздоровлення порожнини рота дітей

7. Стратегічне керівництво та організація спільної роботи різних закладів та фахівців для зміцнення стоматологічного здоров'я дітей
8. Інформаційно-роз'яснювальна робота, комунікація та соціальна мобілізація в інтересах стоматологічного здоров'я дитячого населення
9. Моніторинг якості профілактичних стоматологічних послуг серед дитячого населення
10. Наукове забезпечення системи стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення
11. Підтримка реалізації ініціатив, що позитивно впливають на стоматологічне здоров'я дитячого населення на місцевому рівні

4. Нижче наведені основні компетентності (навички) зі стоматологічного громадського здоров'я, що рекомендуються закордонними фахівцями для основних провайдерів із забезпечення здоров'я ротової порожнини.

Вкажіть, які з них, на Ваш погляд, повинні мати найвищий пріоритет при розбудові стоматологічного громадського здоров'я дитячого населення України?

Вкажіть за 5-ти бальною шкалою, від 1 – низький пріоритет до 5-ти – максимальний пріоритет

Компетентності зі стоматологічного ГЗ	1	2	3	4	5
Управління програмами здоров'я порожнини рота для здоров'я дитячого населення					
Оцінка систем надання стоматологічної допомоги дітям					
Етичне прийняття рішень у практиці охорони стоматологічного здоров'я дітей					
Розробка систем спостереження для вимірювання стану здоров'я порожнини рота дитячого населення та його детермінант					
Комунікації з питань стоматологічного здоров'я та його охорони у дитячого населення					
Управління співпрацею з питань здоров'я порожнини рота та охорони стоматологічного здоров'я дитячого населення					
Підтримка політики, законодавства та нормативних актів з громадської охорони здоров'я для захисту та сприяння здоров'ю ротової порожнини дитячого населення та загальному здоров'ю					
Критична оцінка доказів для вирішення проблем здоров'я порожнини рота для окремих людей та груп населення					
Проведення досліджень для вирішення проблем порожнини рота та громадського здоров'я дитячого населення					
Інтеграція соціальних детермінант здоров'я у стоматологічну практику охорони здоров'я					

5. Надайте оцінку складових запропонованої нами концептуальної моделі зміцнення стоматологічного громадського здоров'я у дитячого населення.

Оцініть за 10-ти бальною шкалою, від 0 – найнижча оцінка до 10-ти – найвища оцінка

5.1. Оцініть складові та структуру моделі _____

При відсутності необхідних, на Вашу думку, складових, вкажіть їх

5.2. Оцініть застосування системного підходу у моделі _____

5.3. Оцініть наповнення блоку стейкхолдерів, відображених у моделі _____

5.4. Оцініть наповнення блоку компетентностей, відображених у моделі _____

5.5. Оцініть можливість впливу, відображеного у моделі _____

5.6. Оцініть результативність моделі за впливом на якість життя (ЯЖ) дітей, пов'язану зі стоматологічним здоров'ям _____

5.7. На скільки відсотків можливе збільшення (+) або зменшення (-) стоматологічної ЯЖ дітей при запровадженні моделі _____

Повідомьте, будь ласка, деяку загальну інформацію про себе (буде застосовуватися тільки для узагальнення)

6. Ваш вік _____

7. Ваша стать:

3. чоловік

4. жінка

8. В якій установі Ви працюєте ? _____

9. Ваша спеціальність ? _____

10. Ваш стаж роботи за фахом ? _____

11. Ваша кваліфікаційна категорія

5. немає

6. друга

7. перша

8. вища

12. Чи маєте науковий ступінь

6. ні

7. магістр

8. кандидат наук

9. доктор наук

10. інше

13. Оцініть, будь ласка, за 5-бальною шкалою ступінь Вашої інформованості про проблему дитячого стоматологічного громадського здоров'я

14. Оцініть, будь ласка, за 5-ти бальною шкалою ступінь впливу джерел аргументації на Вашу думку стосовно стоматологічного громадського здоров'я

Джерело аргументації	1	2	3	4	5
Проведений теоретичний аналіз					
Виробничий досвід					
Узагальнення досліджень і публікацій вітчизняних авторів					
Узагальнення досліджень і публікацій закордонних авторів					
Особиста участь у проведенні оцінки стоматологічного громадського здоров'я					
Інтуїція					

ЩИРО ДЯКУЄМО ЗА УЧАСТЬ В ДОСЛІДЖЕННІ!

ТАБЛИЦІ СТАТИСТИЧНИХ ДАНИХ ДО 3 ТА 4 РОЗДІЛІВ

Таблиця К.1

Чисельність дитячих лікарів-стоматологів, забезпеченість ними дитячого населення України та дані про їх атестацію у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018 - 2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території / області	2018			2019			2020			2021			2022		
		абс. число	на 1000 нас. 0-17 років	% атесто-ваних	абс. число	на 1000 нас. 0-17 років	% атесто-ваних	абс. число	на 1000 нас. 0-17 років	% атесто-ваних	абс. число	на 1000 нас. 0-17 років	% атесто-ваних	абс. число	на 1000 нас. 0-17 років	% атесто-ваних
1	Республіка Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	51	0,18	62,7	51	0,18	60,8	45	0,30	64,4	40	0,14	60,0	31	0,11	61,3
3	Волинська	42	0,18	61,9	41	0,17	63,4	40	0,39	62,5	35	0,15	68,6	33	0,14	75,8
4	Дніпропетровська	156	0,27	72,4	146	0,25	78,8	128	0,41	76,6	94	0,17	81,9	82	0,15	86,6
5	Донецька	60	0,20	60,0	59	0,10	62,7	55	0,29	60,0	60	0,19	66,7	49	0,17	61,2
6	Житомирська	13	0,05	76,9	11	0,05	81,8	10	0,08	70,0	10	0,04	60,0	11	0,05	54,5
7	Закарпатська	25	0,09	60,0	23	0,08	69,6	22	0,18	81,8	19	0,07	68,4	15	0,05	73,3
8	Запорізька	44	0,15	50,0	38	0,13	57,9	37	0,22	51,4	35	0,12	54,3	21	0,07	52,4
9	Івано-Франківська	108	0,39	76,9	105	0,38	77,1	88	0,65	77,3	82	0,30	76,8	81	0,30	77,8
10	Київська	49	0,15	83,7	49	0,14	87,8	43	0,24	79,1	40	0,11	85,0	34	0,09	79,4
11	Кіровоградська	15	0,09	66,7	16	0,10	68,8	19	0,21	57,9	17	0,11	47,1	20	0,13	55,0
12	Луганська	19	0,18	89,5	18	0,06	94,4	19	0,28	89,5	18	0,18	83,3	10	0,10	90,0
13	Львівська	178	0,37	84,3	171	0,35	84,8	157	0,63	82,2	136	0,28	90,4	117	0,25	79,5
14	Миколаївська	23	0,11	52,2	23	0,11	60,9	16	0,14	68,8	16	0,08	50,0	16	0,08	43,8
15	Одеська	119	0,26	75,6	117	0,25	79,5	99	0,42	79,8	94	0,20	77,7	93	0,20	73,1
16	Полтавська	85	0,36	63,5	74	0,32	62,2	72	0,53	65,3	66	0,29	71,2	64	0,28	78,1
17	Рівненська	12	0,04	58,3	14	0,05	57,1	15	0,13	53,3	18	0,07	50,0	19	0,07	42,1
18	Сумська	35	0,20	77,1	30	0,18	76,7	28	0,27	75,0	26	0,16	92,3	25	0,16	92,0
19	Тернопільська	53	0,27	47,2	39	0,20	64,1	34	0,33	64,7	32	0,17	71,9	33	0,17	66,7
20	Харківська	160	0,37	85,0	152	0,35	86,8	133	0,51	87,2	127	0,30	77,2	123	0,29	72,4
21	Херсонська	17	0,09	82,4	17	0,09	70,6	14	0,14	85,7	15	0,08	66,7	2	0,01	0,0
22	Хмельницька	32	0,13	53,1	35	0,15	57,1	37	0,30	54,1	37	0,16	51,4	36	0,16	58,3
23	Черкаська	23	0,11	82,6	19	0,10	94,7	18	0,15	94,4	17	0,09	82,4	19	0,10	73,7
24	Чернівецька	35	0,19	42,9	41	0,22	51,2	40	0,45	55,0	37	0,20	56,8	41	0,23	56,1
25	Чернігівська	25	0,15	88,0	24	0,15	79,2	22	0,23	72,7	22	0,14	72,7	16	0,11	68,8
26	м. Київ	294	0,54	79,6	288	0,52	83,7	276	0,94	79,0	238	0,42	82,4	212	0,37	76,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		1 673	0,22	73,3	1601	0,21	76,5	1 467	0,35	74,8	1 331	0,18	75,4	1 203	0,16	72,7

Таблиця К.2

Кількість відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів – усього (абсолютні числа та на одну дитину) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України за 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території / області	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	на 1 дитину	абс. число	на 1 дитину	абс. число	на 1 дитину	абс. число	на 1 дитину	абс. число	на 1 дитину
1	Р. Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	289 415	1,0	235 838	0,8	109 394	0,4	77 784	0,3	69 655	0,3
3	Волинська	212 378	0,9	196 990	0,8	129 548	0,5	109 629	0,5	101 964	0,4
4	Дніпропетровська	978 090	1,7	839 312	1,4	491 103	0,9	298 960	0,5	238 555	0,4
5	Донецька	288 979	0,9	283 320	0,9	164 685	0,6	130 503	0,4	29 190	0,1
6	Житомирська	334 525	1,4	309 462	1,3	150 208	0,6	117 718	0,5	90 496	0,4
7	Закарпатська	324 684	1,1	243 830	0,8	72 243	0,2	82 379	0,3	52 681	0,2
8	Запорізька	234 272	0,8	202 664	0,7	137 743	0,5	107 888	0,4	31 124	0,1
9	Івано-Франківська	344 865	1,2	248 686	0,9	81 159	0,3	80 595	0,3	90 036	0,3
10	Київська	398 229	1,2	326 290	0,9	161 775	0,5	130 064	0,4	82 943	0,2
11	Кіровоградська	248 137	1,5	239 757	1,4	122 259	0,7	90 947	0,6	81 084	0,5
12	Луганська	105 424	1,0	112 573	1,1	59 868	0,6	51 782	0,5	3 796	0,0
13	Львівська	531 468	1,1	437 166	0,9	273 246	0,6	226 770	0,5	188 565	0,4
14	Миколаївська	234 436	1,1	229 766	1,1	125 767	0,6	87 137	0,4	52 141	0,3
15	Одеська	625 896	1,3	599 817	1,3	248 928	0,5	151 560	0,3	134 794	0,3
16	Полтавська	406 555	1,7	325 024	1,4	154 871	0,7	161 361	0,7	160 890	0,7
17	Рівненська	247 103	0,9	194 154	0,7	86 723	0,3	91 757	0,3	78 459	0,3
18	Сумська	284 782	1,7	250 363	1,5	124 845	0,8	120 447	0,7	89 785	0,6
19	Тернопільська	237 065	1,2	182 801	0,9	73 999	0,4	90 707	0,5	90 690	0,5
20	Харківська	747 025	1,7	644 608	1,5	325 910	0,8	231 101	0,5	97 424	0,2
21	Херсонська	345 159	1,7	311 893	1,6	109 069	0,6	95 218	0,5	3 267	0,0
22	Хмельницька	255 823	1,1	249 448	1,1	136 746	0,6	115 289	0,5	124 313	0,5
23	Черкаська	374 574	1,9	334 815	1,7	136 451	0,7	106 295	0,6	100 335	0,5
24	Чернівецька	250 793	1,4	198 839	1,1	82 799	0,5	79 995	0,4	72 124	0,4
25	Чернігівська	193 174	1,2	171 359	1,1	100 403	0,6	85 499	0,6	63 849	0,4
26	м. Київ	907 764	1,7	820 411	1,5	421 305	0,7	407 300	0,7	288 437	0,5
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		9 400 615	1,2	8 189 186	1,1	4 081 047	0,5	3 328 685	0,4	2 416 597	0,3

Таблиця К.4

Кількість та питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів-стоматологів та зубних лікарів серед усіх відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю (у %) у ЗОЗ системи МОЗ України у 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території / області	2018		2019		2020		2021		2022	
		Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)
1	Р. Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	157 598	54,5	124 639	52,8	63 056	57,6	42 320	54,4	44 015	63,2
3	Волинська	104 051	49,0	95 450	48,5	61 845	47,7	49 624	45,3	45 317	44,4
4	Дніпропетровська	487 166	49,8	413 531	49,3	220 449	44,9	138 483	46,3	124 836	52,3
5	Донецька	139 874	48,4	135 135	47,7	79 942	48,5	67 126	51,4	17 085	58,5
6	Житомирська	183 168	54,8	167 575	54,2	79 277	52,8	63 317	53,8	47 752	52,8
7	Закарпатська	185 490	57,1	130 243	53,4	47 767	66,1	44 464	54,0	24 525	46,6
8	Запорізька	122 474	52,3	104 607	51,6	66 672	48,4	56 849	52,7	14 186	45,6
9	Івано-Франківська	200 225	58,1	142 940	57,5	47 686	58,8	44 053	54,7	47 528	52,8
10	Київська	239 270	60,1	200 641	61,5	87 189	53,9	69 430	53,4	41 912	50,5
11	Кіровоградська	144 229	58,1	132 359	55,2	62 650	51,2	51 941	57,1	43 932	54,2
12	Луганська	61 658	58,5	65 459	58,1	31 661	52,9	29 186	56,4	2 192	57,7
13	Львівська	251 626	47,3	209 049	47,8	138 297	50,6	107 557	47,4	73 656	39,1
14	Миколаївська	108 908	46,5	108 539	47,2	69 970	55,6	50 595	58,1	30 918	59,3
15	Одеська	194 130	31,0	177 642	29,6	89 156	35,8	64 320	42,4	55 823	41,4
16	Полтавська	194 101	47,7	160 556	49,4	72 903	47,1	65 236	40,4	65 824	40,9
17	Рівненська	124 157	50,2	95 692	49,3	36 017	41,5	42 991	46,9	34 039	43,4
18	Сумська	158 737	55,7	135 794	54,2	66 003	52,9	56 567	47,0	43 857	48,8
19	Тернопільська	125 959	53,1	96 375	52,7	33 639	45,5	40 701	44,9	44 124	48,7
20	Харківська	415 855	55,7	337 391	52,3	179 921	55,2	110 172	47,7	54 811	56,3
21	Херсонська	148 157	42,9	133 199	42,7	46 308	42,5	18 653	19,6	1 635	50,0
22	Хмельницька	140 208	54,8	133 584	53,6	75 143	55,0	59 493	51,6	62 579	50,3
23	Черкаська	176 187	47,0	172 493	51,5	69 216	50,7	55 740	52,4	50 415	50,2
24	Чернівецька	154 986	61,8	108 212	54,4	51 499	62,2	51 526	64,4	46 401	64,3
25	Чернігівська	107 091	55,4	93 801	54,7	48 005	47,8	41 158	48,1	30 541	47,8
26	м. Київ	525 424	57,9	445 933	54,4	213 062	50,6	201 523	49,5	134 971	46,8
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		4 850 729	51,6	4 120 839	50,3	2 037 333	49,9	1 623 025	48,8	1 182 874	48,9

Таблиця К.5

Кількість та питома вага бюджетних стоматологічних відвідувань серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України у 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території / області	2018		2019		2020		2021		2022	
		Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)	Кількість	Питома вага (%)
1	Р. Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	288 749	99,8	234 947	99,6	104 759	95,8	68 035	87,5	64 754	93,0
3	Волинська	207 765	97,8	186 797	94,8	118 210	91,2	100 612	91,8	97 399	95,5
4	Дніпропетровська	975 061	99,7	836 750	99,7	472 797	96,3	265 341	88,8	208 010	87,2
5	Донецька	277 158	95,9	265 300	93,6	142 784	86,7	100 792	77,2	21 529	73,8
6	Житомирська	330 172	98,7	305 730	98,8	142 120	94,6	107 698	91,5	81 323	89,9
7	Закарпатська	322 283	99,3	243 175	99,7	69 752	96,6	76 041	92,3	38 232	72,6
8	Запорізька	228 101	97,4	196 875	97,1	133 758	97,1	105 592	97,9	28 354	91,1
9	Івано-Франківська	343 579	99,6	242 044	97,3	74 596	91,9	74 996	93,1	83 394	92,6
10	Київська	391 409	98,3	318 701	97,7	146 559	90,6	104 887	80,6	70 380	84,9
11	Кіровоградська	248 137	100,0	239 757	100,0	122 259	100,0	90 947	100,0	80 986	99,9
12	Луганська	105 424	100,0	112 573	100,0	59 868	100,0	51 782	100,0	3 796	100,0
13	Львівська	531 468	100,0	416 284	95,2	266 671	97,6	214 181	94,4	184 364	97,8
14	Миколаївська	234 436	100,0	229 766	100,0	125 767	100,0	72 182	82,8	43 337	83,1
15	Одеська	615 929	98,4	593 984	99,0	240 000	96,4	142 700	94,2	123 169	91,4
16	Полтавська	406 555	100,0	325 024	100,0	153 244	98,9	160 960	99,8	159 661	99,2
17	Рівненська	246 506	99,8	191 521	98,6	84 317	97,2	86 984	94,8	74 375	94,8
18	Сумська	284 782	100,0	250 058	99,9	96 933	77,6	75 266	62,5	66 070	73,6
19	Тернопільська	237 008	100,0	181 720	99,4	69 335	93,7	85 094	93,8	78 475	86,5
20	Харківська	746 740	100,0	639 345	99,2	285 543	87,6	212 250	91,8	90 465	92,9
21	Херсонська	345 105	100,0	311 821	100,0	109 069	100,0	94 693	99,4	3 183	97,4
22	Хмельницька	251 767	98,4	249 007	99,8	136 485	99,8	114 915	99,7	123 752	99,5
23	Черкаська	374 574	100,0	334 815	100,0	136 451	100,0	95 455	89,8	85 715	85,4
24	Чернівецька	250 793	100,0	198 839	100,0	82 799	100,0	79 886	99,9	71 951	99,8
25	Чернігівська	193 174	100,0	171 359	100,0	100 403	100,0	85 499	100,0	63 849	100,0
26	м. Київ	904 813	99,7	819 759	99,9	417 045	99,0	398 390	97,8	276 652	95,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		9 341 488	99,4	8 095 951	98,9	3 891 524	95,4	3 065 178	92,1	2 223 17	92,0

Таблиця К.6

Кількість відвідувань, кількість та питома вага первинних відвідувань до дитячих лікарів стоматологічного профілю (у %) у приватних закладах охорони здоров'я України у 2018-2022 рр. (за даними[162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території / області	2018			2019			2020			2022		
		К-ть відв.	К-ть перв. відв.	% перв. відв.	К-ть відв.	К-ть перв. відв.	% перв. відв.	К-ть відв.	К-ть перв. відв.	% перв. відв.	К-ть відв.	К-ть перв. відв.	% перв. відв.
1	Р. Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	22 733	11 652	51,3	23 387	10 474	44,8	18 913	9 177	48,5	20 642	11 192	54,2
3	Волинська	5 370	1 760	32,8	8 336	2 380	28,6	4 541	1 692	37,3	8 310	3 139	37,8
4	Дніпропетровська	22 433	9 326	41,6	31 616	15 001	47,4	23 558	10 950	46,5	20 017	11 098	55,4
5	Донецька	11 374	4 366	38,4	11 473	4 166	36,3	12 176	5 115	42,0	1 395	544	39,0
6	Житомирська	3 282	2 005	61,1	2 295	1 146	49,9	2 301	1 169	50,8	4 094	2 405	58,7
7	Закарпатська	20 225	11 309	55,9	25 965	15 241	58,7	22 966	13 344	58,1	22 451	11 515	51,3
8	Запорізька	49 470	18 330	37,1	40 795	16 891	41,4	35 961	15 622	43,4	12 550	5 627	44,8
9	Івано-Франківська	29 377	15 519	52,8	31 187	13 926	44,7	17 640	9 279	52,6	18 022	8 705	48,3
10	Київська	24 281	10 488	43,2	22 258	8 546	38,4	21 825	9 252	42,4	17 798	6 116	34,4
11	Кіровоградська	3 198	1 487	46,5	2 369	1 092	46,1	3 738	1 949	52,1	3 087	1 317	42,7
12	Луганська	4 661	1 682	36,1	4 834	1 836	38,0	2 757	1 706	61,9	0	0	0,0
13	Львівська	22 456	10 401	46,3	23 156	11 360	49,1	26 528	12 996	49,0	39 855	16 392	41,1
14	Миколаївська	1 521	989	65,0	2 640	1 468	55,6	5 213	2 906	55,7	413	276	66,8
15	Одеська	4 240	1 581	37,3	2 685	1 424	53,0	4 858	2 310	47,6	2 860	1 175	41,1
16	Полтавська	2 506	1 021	40,7	6 085	2 903	47,7	14 079	6 843	48,6	11 983	6 607	55,1
17	Рівненська	30 968	17 573	56,7	37 556	19 847	52,8	39 114	19 460	49,8	35 794	17 109	47,8
18	Сумська	13 164	4 966	37,7	11 841	4 651	39,3	9 686	3 807	39,3	2 337	1 033	44,2
19	Тернопільська	11 460	5 231	45,6	35 438	16 065	45,3	35 889	15 718	43,8	5 853	2 696	46,1
20	Харківська	32 473	11 714	36,1	68 176	13 075	19,2	40 172	11 625	28,9	2 729	1 457	53,4
21	Херсонська	31 322	15 845	50,6	32 441	14 153	43,6	33 379	14 849	44,5	0	0	0,0
22	Хмельницька	19 948	9 240	46,3	29 171	12 569	43,1	29 872	15 970	53,5	32 279	14 596	45,2
23	Черкаська	16 277	8 535	52,4	13 496	6 597	48,9	16 205	8 549	52,8	17 597	10 080	57,3
24	Чернівецька	1 193	726	60,9	1 166	449	38,5	1 169	595	50,9	1 888	701	37,1
25	Чернігівська	570	84	14,7	591	213	36,0	500	301	60,2	1 008	565	56,1
26	м. Київ	82 812	42 743	51,6	87 336	41 714	47,8	96 813	46 009	47,5	94 987	37 448	39,4
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		467 314	218 573	46,8	556 293	237 187	42,6	519 853	241 193	46,4	377 949	171 793	45,5

Таблиця К.7

Кількість оглянутих у порядку планової санації дітей та питома вага оглянутих (до кількості населення та до усіх, що звернулись за стом. допомогою) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018			2019			2020			2021			2022		
		абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті зв.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті зв.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті зв.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті зв.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті зв..
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	127 501	44,1	44,1	93 083	32,6	39,5	38 689	13,7	35,4	31 504	11,3	40,5	27 266	9,9	39,1
3	Волинська	49 363	20,6	23,2	45 717	19,2	23,2	20 743	8,7	16,0	17 006	7,2	15,5	15 793	6,7	15,5
4	Дніпропетровська	364 957	63,0	37,3	281 980	48,7	33,6	88 629	15,4	18,0	56 659	9,9	19,0	43 981	7,9	18,4
5	Донецька	94 256	30,9	32,6	91 969	30,2	32,5	44 920	15,2	27,3	37 353	12,6	28,6	6 667	2,3	22,8
6	Житомирська	171 668	71,3	51,3	158 100	66,4	51,1	45 069	19,1	30,0	25 203	10,8	21,4	15 072	6,6	16,7
7	Закарпатська	188 833	64,6	58,2	126 164	43,3	51,7	38 176	13,1	52,8	40 590	14,0	49,3	16 607	5,8	31,5
8	Запорізька	70 008	23,8	29,9	58 371	19,9	28,8	26 540	9,1	19,3	17 609	6,2	16,3	3 645	1,3	11,7
9	Івано-Франківська	135 793	48,8	39,4	91 216	33,0	36,7	25 538	9,3	31,5	21 823	8,0	27,1	22 825	8,5	25,4
10	Київська	174 964	52,1	43,9	139 020	40,4	42,6	57 872	16,4	35,8	47 670	13,2	36,7	25 996	7,0	31,3
11	Кіровоградська	137 052	81,0	55,2	130 392	78,0	54,4	46 537	28,3	38,1	26 412	16,3	29,0	18 252	11,6	22,5
12	Луганська	30 090	28,4	28,5	30 075	29,0	26,7	16 470	16,2	27,5	15 563	15,8	30,1	1 265	1,3	33,3
13	Львівська	210 953	43,5	39,7	171 726	35,4	39,3	100 429	20,8	36,8	78 755	16,4	34,7	68 144	14,3	36,1
14	Миколаївська	72 446	34,8	30,9	65 285	31,6	28,4	21 814	10,7	17,3	18 179	9,0	20,9	7 442	3,8	14,3
15	Одеська	280 709	60,5	44,8	267 286	57,1	44,6	105 662	22,5	42,4	40 322	8,6	26,6	35 933	7,7	26,7
16	Полтавська	154 707	66,1	38,1	116 501	50,0	35,8	44 237	19,1	28,6	46 301	20,2	28,7	43 583	19,3	27,1
17	Рівненська	94 114	33,8	38,1	75 267	27,1	38,8	20 509	7,4	23,6	25 218	9,2	27,5	14 643	5,4	18,7
18	Сумська	125 348	73,0	44,0	105 228	62,3	42,0	39 120	23,5	31,3	28 097	17,2	23,3	19 407	12,2	21,6
19	Тернопільська	70 539	35,7	29,8	62 511	31,9	34,2	17 688	9,1	23,9	18 590	9,7	20,5	16 504	8,7	18,2
20	Харківська	288 319	66,8	38,6	229 256	53,0	35,6	103 876	24,1	31,9	63 206	14,8	27,3	24 577	5,8	25,2
21	Херсонська	106 791	54,1	30,9	99 186	50,5	31,8	31 875	16,4	29,2	5 253	2,7	5,5	949	0,5	29,0
22	Хмельницька	117 648	49,6	46,0	109 867	46,7	44,0	54 898	23,6	40,1	49 336	21,3	42,8	59 656	26,2	48,0
23	Черкаська	160 735	79,8	42,9	137 202	69,1	41,0	42 852	21,9	31,4	29 018	15,1	27,3	24 060	12,8	24,0
24	Чернівецька	133 068	72,1	53,1	93 640	51,0	47,1	36 250	19,8	43,8	21 894	12,0	27,4	12 800	7,1	17,7
25	Чернігівська	95 765	58,8	49,6	79 723	49,7	46,5	35 383	22,5	35,2	31 794	20,5	37,2	21 331	14,1	33,4
26	м. Київ	477 540	88,3	52,6	405 358	72,6	49,4	193 974	34,1	46,0	185 363	32,5	45,5	123 672	21,8	42,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		3 933 167	51,7	41,8	3 264 123	43,1	39,9	1 297 750	17,2	31,8	978 718	13,1	29,4	670 070	9,1	27,7

Таблиця К.8

Серед дітей оглянутих у порядку планової санації потребують санації (абсолютні числа, до кількості населення (у %) та до кількості оглянутих (у %)) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018			2019			2020			2021			2022		
		абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	61 202	21,2	48,0	42 393	14,8	45,5	19 397	6,9	50,1	13 432	4,8	42,6	14 002	5,1	51,4
3	Волинська	26 379	11,0	53,4	25 475	10,7	55,7	11 288	4,8	54,4	8 672	3,7	51,0	9 245	3,9	58,5
4	Дніпропетровська	166 305	28,7	45,6	129 270	22,3	45,8	39 972	6,9	45,1	26 178	4,6	46,2	19 989	3,6	45,4
5	Донецька	47 588	15,6	50,5	46 802	15,4	50,9	25 217	8,5	56,1	21 388	7,2	57,3	4 137	1,4	62,1
6	Житомирська	85 197	35,4	49,6	72 793	30,6	46,0	21 875	9,3	48,5	13 653	5,9	54,2	7 389	3,2	49,0
7	Закарпатська	140 189	48,0	74,2	91 428	31,4	72,5	30 089	10,4	78,8	30 628	10,6	75,5	13 234	4,6	79,7
8	Запорізька	34 299	11,6	49,0	29 663	10,1	50,8	12 822	4,4	48,3	9 314	3,3	52,9	2 162	0,8	59,3
9	Івано-Франківська	74 384	26,7	54,8	42 825	15,5	46,9	15 184	5,5	59,5	14 627	5,4	67,0	16 841	6,2	73,8
10	Київська	75 154	22,4	43,0	61 428	17,8	44,2	31 862	9,0	55,1	17 266	4,8	36,2	14 824	4,0	57,0
11	Кіровоградська	51 536	30,4	37,6	46 405	27,8	35,6	18 879	11,5	40,6	11 176	6,9	42,3	6 706	4,2	36,7
12	Луганська	16 944	16,0	56,3	16 844	16,2	56,0	9 887	9,8	60,0	9 709	9,8	62,4	803	0,8	63,5
13	Львівська	147 168	30,3	69,8	119 813	24,7	69,8	66 781	13,8	66,5	55 452	11,5	70,4	49 187	10,3	72,2
14	Миколаївська	29 361	14,1	40,5	25 692	12,5	39,4	9 913	4,9	45,4	9 747	4,8	53,6	3 494	1,8	46,9
15	Одеська	111 691	24,1	39,8	104 278	22,3	39,0	37 167	7,9	35,2	22 559	4,8	55,9	16 275	3,5	45,3
16	Полтавська	53 895	23,0	34,8	37 896	16,3	32,5	16 873	7,3	38,1	17 446	7,6	37,7	17 526	7,8	40,2
17	Рівненська	49 039	17,6	52,1	40 689	14,7	54,1	11 506	4,2	56,1	14 003	5,1	55,5	8 424	3,1	57,5
18	Сумська	46 795	27,3	37,3	40 754	24,1	38,7	17 979	10,8	46,0	13 719	8,4	48,8	10 404	6,5	53,6
19	Тернопільська	37 288	18,9	52,9	33 481	17,1	53,6	11 937	6,1	67,5	11 852	6,2	63,8	12 256	6,5	74,3
20	Харківська	82 933	19,2	28,8	74 188	17,2	32,4	39 468	9,2	38,0	26 224	6,1	41,5	11 420	2,7	46,5
21	Херсонська	34 263	17,3	32,1	31 077	15,8	31,3	8 010	4,1	25,1	1 441	0,7	27,4	351	0,2	37,0
22	Хмельницька	62 867	26,5	53,4	56 484	24,0	51,4	29 363	12,6	53,5	29 644	12,8	60,1	42 381	18,6	71,0
23	Черкаська	70 147	34,8	43,6	63 347	31,9	46,2	19 838	10,1	46,3	12 708	6,6	43,8	13 433	7,1	55,8
24	Чернівецька	67 721	36,7	50,9	52 206	28,4	55,8	20 259	11,1	55,9	12 267	6,7	56,0	7 722	4,3	60,3
25	Чернігівська	48 357	29,7	50,5	39 678	24,8	49,8	21 089	13,4	59,6	19 387	12,5	61,0	13 283	8,8	62,3
26	м. Київ	295 097	54,6	61,8	248 641	44,6	61,3	128 634	22,6	66,3	127 609	22,4	68,8	91 610	16,1	74,1
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		1 915 799	25,2	48,7	1 573 550	20,8	48,2	675 289	9,0	52,0	550 101	7,4	56,2	407 098	5,5	60,8

Таблиця К.9

Кількість (абсолютні числа) та питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують (у %) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [[162 - 165]])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	41 361	67,6	27 567	65,0	19 397	65,0	8 748	65,1	7 778	55,5
3	Волинська	10 801	40,9	11 520	45,2	11 288	59,0	4 579	52,8	4 343	47,0
4	Дніпропетровська	156 139	93,9	119 388	92,4	39 972	88,6	21 991	84,0	17 197	86,0
5	Донецька	35 526	74,7	33 150	70,8	25 217	65,7	12 642	59,1	2 065	49,9
6	Житомирська	57 661	67,7	49 653	68,2	21 875	66,3	10 320	75,6	5 692	77,0
7	Закарпатська	119 660	85,4	78 027	85,3	30 089	87,8	27 042	88,3	11 485	86,8
8	Запорізька	20 758	60,5	18 582	62,6	12 822	60,7	6 334	68,0	1 733	80,2
9	Івано-Франківська	59 973	80,6	34 067	79,5	15 184	69,1	9 549	65,3	10 450	62,1
10	Київська	39 748	52,9	30 807	50,2	31 862	61,5	12 164	70,5	10 226	69,0
11	Кіровоградська	44 464	86,3	40 297	86,8	18 879	83,3	8 134	72,8	5 366	80,0
12	Луганська	12 901	76,1	13 518	80,3	9 887	77,3	7 902	81,4	557	69,4
13	Львівська	109 965	74,7	83 376	69,6	66 781	69,4	37 920	68,4	34 537	70,2
14	Миколаївська	24 221	82,5	20 316	79,1	9 913	83,8	7 783	79,9	2 805	80,3
15	Одеська	97 538	87,3	88 230	84,6	37 167	81,9	14 420	63,9	11 812	72,6
16	Полтавська	45 456	84,3	30 472	80,4	16 873	76,9	12 735	73,0	12 175	69,5
17	Рівненська	42 030	85,7	33 989	83,5	11 506	84,2	12 255	87,5	5 264	62,5
18	Сумська	34 768	74,3	29 706	72,9	17 979	47,8	6 545	47,7	4 785	46,0
19	Тернопільська	26 526	71,1	23 794	71,1	11 937	73,1	8 200	69,2	8 259	67,4
20	Харківська	66 785	80,5	53 859	72,6	39 468	74,8	19 945	76,1	9 340	81,8
21	Херсонська	30 540	89,1	27 776	89,4	8 010	84,3	974	67,6	237	67,5
22	Хмельницька	46 736	74,3	39 369	69,7	29 363	67,1	16 923	57,1	31 847	75,1
23	Черкаська	63 274	90,2	57 687	91,1	19 838	86,9	9 463	74,5	11 154	83,0
24	Чернівецька	52 231	77,1	39 278	75,2	20 259	68,6	9 228	75,2	6 178	80,0
25	Чернігівська	40 725	84,2	33 003	83,2	21 089	80,8	13 044	67,3	8 454	63,6
26	м. Київ	193 964	65,7	184 356	74,1	128 634	67,4	88 794	69,6	60 384	65,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		1 473 751	76,9	1 201 787	76,4	675 289	72,5	387 634	70,5	284 123	69,8

Таблиця К.10

**Сановано дітей в порядку планової санації та за зверненнями (абсолютні числа),
питома вага санованих (до відповідної кількості населення та до усіх відвідувань за стоматологічною допомогою)
у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])**

№ з/п	Адміністративні території	2018			2019			2020			2021			2022		
		абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті від.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.	абс. число	% до к-ті нас.	% до к-ті огл.
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	67 596	23,4	23,4	50 773	17,8	21,5	26 321	9,3	24,1	16 926	6,1	21,8	20 610	7,5	29,6
3	Волинська	45 179	18,9	21,3	42 574	17,9	21,6	28 919	12,2	22,3	25 721	10,9	23,5	23 491	10,0	23,0
4	Дніпропетровська	234 365	40,5	24,0	202 303	34,9	24,1	109 973	19,1	22,4	71 669	12,6	24,0	68 212	12,2	28,6
5	Донецька	64 926	21,3	22,5	60 330	19,8	21,3	32 975	11,2	20,0	23 782	8,0	18,2	5 207	1,8	17,8
6	Житомирська	83 870	34,8	25,1	77 456	32,5	25,0	33 887	14,4	22,6	27 305	11,7	23,2	20 942	9,2	23,1
7	Закарпатська	184 491	63,1	56,8	119 957	41,2	49,2	39 905	13,7	55,2	41 120	14,2	49,9	24 155	8,4	45,9
8	Запорізька	53 670	18,2	22,9	47 607	16,2	23,5	28 715	9,9	20,8	22 929	8,0	21,3	6 012	2,1	19,3
9	Івано-Франківська	102 708	36,9	29,8	70 450	25,5	28,3	21 466	7,8	26,4	23 588	8,6	29,3	25 060	9,3	27,8
10	Київська	72 273	21,5	18,1	58 672	17,0	18,0	29 534	8,4	18,3	20 672	5,7	15,9	15 774	4,3	19,0
11	Кіровоградська	76 040	44,9	30,6	68 298	40,9	28,5	33 584	20,4	27,5	22 277	13,8	24,5	22 040	14,0	27,2
12	Луганська	34 387	32,4	32,6	31 492	30,4	28,0	17 044	16,8	28,5	16 634	16,8	32,1	1 570	1,6	41,4
13	Львівська	156 327	32,2	29,4	121 433	25,0	27,8	76 550	15,8	28,0	60 405	12,6	26,6	49 487	10,4	26,2
14	Миколаївська	55 217	26,6	23,6	50 775	24,6	22,1	28 690	14,1	22,8	18 302	9,1	21,0	10 922	5,5	20,9
15	Одеська	143 871	31,0	23,0	130 448	27,9	21,7	55 307	11,8	22,2	34 673	7,4	22,9	30 027	6,4	22,3
16	Полтавська	70 731	30,2	17,4	54 026	23,2	16,6	27 632	11,9	17,8	24 294	10,6	15,1	22 781	10,1	14,2
17	Рівненська	68 691	24,7	27,8	51 473	18,6	26,5	20 204	7,3	23,3	21 618	7,9	23,6	16 890	6,2	21,5
18	Сумська	46 108	26,9	16,2	42 557	25,2	17,0	15 796	9,5	12,7	15 729	9,6	13,1	13 615	8,5	15,2
19	Тернопільська	56 011	28,3	23,6	46 856	23,9	25,6	17 668	9,1	23,9	19 051	9,9	21,0	17 580	9,3	19,4
20	Харківська	151 175	35,0	20,2	134 056	31,0	20,8	71 036	16,5	21,8	49 428	11,6	21,4	29 062	6,9	29,8
21	Херсонська	67 877	34,4	19,7	51 890	26,4	16,6	16 012	8,2	14,7	10 779	5,6	11,3	831	0,4	25,4
22	Хмельницька	82 864	34,9	32,4	73 733	31,3	29,6	39 208	16,8	28,7	33 689	14,6	29,2	37 422	16,4	30,1
23	Черкаська	103 025	51,1	27,5	96 335	48,5	28,8	41 600	21,3	30,5	29 345	15,2	27,6	31 194	16,5	31,1
24	Чернівецька	86 836	47,1	34,6	57 349	31,2	28,8	26 543	14,5	32,1	27 599	15,2	34,5	22 243	12,3	30,8
25	Чернігівська	49 935	30,7	25,8	41 269	25,8	24,1	22 466	14,3	22,4	18 291	11,8	21,4	13 952	9,2	21,9
26	м. Київ	193 963	35,9	21,4	184 356	33,0	22,5	86 717	15,2	20,6	88 794	15,6	21,8	60 633	10,7	21,0
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		2 352 136	30,9	25,0	1 966 468	25,9	24,0	947 752	12,6	23,2	764 620	10,3	23,0	589 712	8,0	24,4

Таблиця К.11

Сановано дітей в порядку планової санації і за зверненнями та планова санація населення у приватних закладах охорони здоров'я України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		Планова і за звер.	Планова санація	Планова і за звер.	Планова санація	Планова і за звер.	Планова санація	Планова і за звер.	Планова санація	Планова і за звер.	Планова санація
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	6 920	0	6 369	0	3 377	0	-	-	5 148	0
3	Волинська	1 491	0	2 370	0	1 557	110	-	-	3 223	198
4	Дніпропетровська	6 480	1 062	8 815	4 907	7 040	3 174	-	-	7 818	2 797
5	Донецька	3 490	1 727	3 092	670	2 692	1 895	-	-	274	136
6	Житомирська	941	0	1 131	0	454	0	-	-	1 161	55
7	Закарпатська	8 887	372	11 802	896	10 691	811	-	-	10 786	2 297
8	Запорізька	13 593	6 893	11 481	4 833	10 081	5 783	-	-	6 121	4 799
9	Івано-Франківська	12 576	1 991	11 397	321	8 439	395	-	-	8 393	814
10	Київська	9 887	3 932	7 490	1 490	6 329	963	-	-	3 187	1 497
11	Кіровоградська	795	0	703	28	1 070	34	-	-	1 787	0
12	Луганська	699	31	784	41	847	31	-	-	0	0
13	Львівська	10 121	2 275	11 464	3 097	11 457	4 330	-	-	18 491	9 281
14	Миколаївська	499	0	750	0	895	0	-	-	160	0
15	Одеська	1 324	241	1 172	43	2 129	185	-	-	888	411
16	Полтавська	879	0	2 256	0	4 934	0	-	-	5 237	2
17	Рівненська	11 588	2 507	18 513	2 366	11 699	2 551	-	-	12 416	5 143
18	Сумська	1 923	272	1 425	0	1 875	0	-	-	255	0
19	Тернопільська	4 027	1 535	12 763	1 740	9 624	1 878	-	-	2 509	562
20	Харківська	5 876	930	7 456	1 063	6 034	1 425	-	-	165	0
21	Херсонська	6 816	1 036	7 725	721	8 710	922	-	-	0	0
22	Хмельницька	10 520	0	12 302	0	13 589	300	-	-	13 178	84
23	Черкаська	7 883	0	6 097	0	6 702	455	-	-	7 878	0
24	Чернівецька	499	235	398	50	484	530	-	-	490	139
25	Чернігівська	40	0	155	45	164	25	-	-	384	10
26	м. Київ	14 180	13 064	16 817	10 887	18 746	10 719	-	-	17 618	13 771
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		141 934	38 103	164 727	33 198	149 619	36 516	-	-	127 567	41 996

Таблиця К.12

Кількість (абсолютні числа) та питома вага дітей санованих при плановій санації від кількості, що її потребують (у %), у приватних закладах охорони здоров'я України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих	абс. число	% санованих
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
3	Волинська	0	0,0	0	0,0	96	87,3	-	-	172	86,9
4	Дніпропетровська	735	69,2	3 269	66,6	1 647	51,9	-	-	2 418	86,4
5	Донецька	998	57,8	405	60,4	1 359	71,7	-	-	106	77,9
6	Житомирська	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	38	69,1
7	Закарпатська	358	96,2	757	84,5	726	89,5	-	-	1 825	79,5
8	Запорізька	5 975	86,7	4 268	88,3	4 165	72,0	-	-	3 847	80,2
9	Івано-Франківська	1 792	90,0	248	77,3	304	77,0	-	-	606	74,4
10	Київська	3 510	89,3	1 132	76,0	775	80,5	-	-	1 303	87,0
11	Кіровоградська	0	0,0	18	64,3	32	94,1	-	-	0	0,0
12	Луганська	29	93,5	39	95,1	30	96,8	-	-	0	0,0
13	Львівська	1 950	85,7	2 642	85,3	3 853	89,0	-	-	7 524	81,1
14	Миколаївська	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
15	Одеська	189	78,4	39	90,7	146	78,9	-	-	300	73,0
16	Полтавська	0	0,0	0	0,0	0	0,0	-	-	2	100,0
17	Рівненська	2 177	86,8	1 944	82,2	2 113	82,8	-	-	4 051	78,8
18	Сумська	54	19,9	0	0,0	0	0,0	-	-	0	0,0
19	Тернопільська	907	59,1	1 131	65,0	1 523	81,1	-	-	549	97,7
20	Харківська	927	99,7	1 008	94,8	1 300	91,2	-	-	0	0,0
21	Херсонська	1 023	98,7	466	64,6	900	97,6	-	-	0	0,0
22	Хмельницька	0	0,0	0	0,0	200	66,7	-	-	64	76,2
23	Черкаська	0	0,0	0	0,0	416	91,4	-	-	0	0,0
24	Чернівецька	192	81,7	27	54,0	503	94,9	-	-	100	71,9
25	Чернігівська	0	0,0	45	100,0	20	80,0	-	-	10	100,0
26	м. Київ	9 956	76,2	9 249	85,0	9 268	86,5	-	-	11 791	85,6
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		30 772	80,8	26 687	80,4	29 376	80,4	-	-	34 706	82,6

Таблиця К.13

Кількість та питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх стоматологічних відвідувань (у %) серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	113 988	39,4	89 676	38,0	44 729	40,9	31 055	39,9	27 530	39,5
3	Волинська	100 896	47,5	94 230	47,8	65 311	50,4	55 445	50,6	48 043	47,1
4	Дніпропетровська	406 092	41,5	340 085	40,5	236 932	48,2	150 314	50,3	111 883	46,9
5	Донецька	141 688	49,0	130 950	46,2	68 427	41,6	43 114	33,0	11 162	38,2
6	Житомирська	199 618	59,7	178 349	57,6	76 853	51,2	67 419	57,3	50 537	55,8
7	Закарпатська	293 338	90,3	213 169	87,4	67 121	92,9	71 113	86,3	44 191	83,9
8	Запорізька	154 486	65,9	143 257	70,7	79 481	57,7	64 237	59,5	17 650	56,7
9	Івано-Франківська	227 071	65,8	163 457	65,7	54 417	67,0	44 521	55,2	49 882	55,4
10	Київська	168 117	42,2	146 222	44,8	72 617	44,9	47 048	36,2	33 864	40,8
11	Кіровоградська	116 801	47,1	108 707	45,3	49 773	40,7	37 159	40,9	33 252	41,0
12	Луганська	68 808	65,3	67 824	60,2	48 496	81,0	41 666	80,5	2 910	76,7
13	Львівська	361 455	68,0	296 350	67,8	203 391	74,4	146 664	64,7	120 529	63,9
14	Миколаївська	100 659	42,9	91 164	39,7	48 147	38,3	28 326	32,5	20 075	38,5
15	Одеська	311 105	49,7	281 351	46,9	139 728	56,1	72 396	47,8	70 872	52,6
16	Полтавська	174 556	42,9	130 903	40,3	67 035	43,3	57 289	35,5	52 178	32,4
17	Рівненська	112 095	45,4	96 154	49,5	32 883	37,9	48 153	52,5	40 084	51,1
18	Сумська	111 492	39,1	93 396	37,3	45 046	36,1	43 670	36,3	39 217	43,7
19	Тернопільська	116 036	48,9	88 918	48,6	40 086	54,2	43 541	48,0	37 813	41,7
20	Харківська	318 488	42,6	284 252	44,1	144 400	44,3	95 907	41,5	53 525	54,9
21	Херсонська	109 350	31,7	88 345	28,3	26 317	24,1	15 466	16,2	1 643	50,3
22	Хмельницька	138 816	54,3	134 412	53,9	75 858	55,5	73 209	63,5	69 268	55,7
23	Черкаська	229 141	61,2	226 423	67,6	87 585	64,2	54 630	51,4	59 357	59,2
24	Чернівецька	174 726	69,7	143 853	72,3	53 127	64,2	49 067	61,3	50 225	69,6
25	Чернігівська	91 945	47,6	79 594	46,4	51 377	51,2	40 854	47,8	29 746	46,6
26	м. Київ	364 459	40,1	350 604	42,7	223 406	53,0	221 111	54,3	149 582	51,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		4 705 226	50,1	4 061 646	49,6	2 102 543	51,5	1 643 374	49,4	1 225 018	50,7

Таблиця К.14

Кількість та питома вага пролікованих зубів з приводу карієсу до усіх стоматологічних відвідувань (у %) серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.	абс. число	% до відвід.
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	20 803	91,5	16 257	69,5	18 252	96,5	-	-	18 728	90,7
3	Волинська	4 866	90,6	6 069	72,8	3 903	86,0	-	-	5 760	69,3
4	Дніпропетровська	14 723	65,6	18 034	57,0	17 571	74,6	-	-	14 493	72,4
5	Донецька	7 351	64,6	7 212	62,9	6 549	53,8	-	-	641	45,9
6	Житомирська	2 783	84,8	1 589	69,2	2 036	88,5	-	-	3 781	92,4
7	Закарпатська	21 902	108,3	31 374	120,8	29 361	127,8	-	-	17 888	79,7
8	Запорізька	29 622	59,9	28 133	69,0	23 939	66,6	-	-	8 659	69,0
9	Івано-Франківська	22 941	78,1	24 025	77,0	20 386	115,6	-	-	19 115	106,1
10	Київська	24 270	100,0	18 669	83,9	21 322	97,7	-	-	14 349	80,6
11	Кіровоградська	2 739	85,6	2 006	84,7	2 495	66,7	-	-	3 393	109,9
12	Луганська	2 526	54,2	3 835	79,3	3 615	131,1	-	-	0	0,0
13	Львівська	26 375	117,5	34 484	148,9	33 099	124,8	-	-	42 081	105,6
14	Миколаївська	2 627	172,7	2 020	76,5	2 280	43,7	-	-	173	41,9
15	Одеська	2 337	55,1	1 359	50,6	2 322	47,8	-	-	2 280	79,7
16	Полтавська	1 800	71,8	2 456	40,4	7 082	50,3	-	-	6 200	51,7
17	Рівненська	27 329	88,2	31 528	83,9	25 586	65,4	-	-	27 168	75,9
18	Сумська	4 373	33,2	5 254	44,4	4 730	48,8	-	-	1 644	70,3
19	Тернопільська	11 061	96,5	20 506	57,9	22 278	62,1	-	-	2 951	50,4
20	Харківська	15 029	46,3	18 493	27,1	16 262	40,5	-	-	1 493	54,7
21	Херсонська	19 188	61,3	17 695	54,5	17 358	52,0	-	-	0	0,0
22	Хмельницька	17 106	85,8	27 607	94,6	28 197	94,4	-	-	24 559	76,1
23	Черкаська	14 762	90,7	12 569	93,1	16 962	104,7	-	-	16 759	95,2
24	Чернівецька	1 508	126,4	1 382	118,5	914	78,2	-	-	1 868	98,9
25	Чернігівська	542	95,1	590	99,8	1 745	349,0	-	-	1 274	126,4
26	м. Київ	76 390	92,2	39 296	45,0	61 699	63,7	-	-	70 011	73,7
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		374 953	80,2	372 442	67,0	389 943	75,0	-	-	305 268	80,8

Таблиця К.15

Кількість пролікованих зубів із ускладненим карієсом та питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (у %) серед дітей у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	26 079	22,9	21 151	23,6	11 565	25,9	8 911	28,7	8 238	29,9
3	Волинська	34 672	34,4	31 484	33,4	24 026	36,8	19 774	35,7	17 971	37,4
4	Дніпропетровська	78 104	19,2	72 749	21,4	52 943	22,3	38 457	25,6	29 241	26,1
5	Донецька	27 861	19,7	26 155	20,0	14 694	21,5	13 858	32,1	4 562	40,9
6	Житомирська	40 785	20,4	39 521	22,2	19 586	25,5	19 050	28,3	15 192	30,1
7	Закарпатська	92 311	31,5	61 952	29,1	22 346	33,3	20 288	28,5	18 942	42,9
8	Запорізька	37 336	24,2	33 143	23,1	19 782	24,9	16 435	25,6	5 315	30,1
9	Івано-Франківська	42 421	18,7	30 972	18,9	11 459	21,1	10 208	22,9	10 960	22,0
10	Київська	44 695	26,6	38 705	26,5	21 472	29,6	14 009	29,8	10 465	30,9
11	Кіровоградська	26 360	22,6	23 252	21,4	12 079	24,3	9 471	25,5	7 281	21,9
12	Луганська	16 638	24,2	15 775	23,3	12 309	25,4	9 449	22,7	1 111	38,2
13	Львівська	79 411	22,0	66 379	22,4	40 904	20,1	37 258	25,4	28 676	23,8
14	Миколаївська	27 512	27,3	24 851	27,3	15 985	33,2	11 335	40,0	6 682	33,3
15	Одеська	50 336	16,2	45 744	16,3	25 337	18,1	18 424	25,4	18 323	25,9
16	Полтавська	27 593	15,8	21 432	16,4	13 183	19,7	12 397	21,6	10 439	20,0
17	Рівненська	19 371	17,3	14 061	14,6	6 651	20,2	8 409	17,5	6 493	16,2
18	Сумська	17 010	15,3	15 326	16,4	10 074	22,4	11 278	25,8	11 106	28,3
19	Тернопільська	39 106	33,7	28 016	31,5	16 804	41,9	16 032	36,8	17 353	45,9
20	Харківська	60 652	19,0	56 186	19,8	35 405	24,5	22 214	23,2	11 778	22,0
21	Херсонська	11 238	10,3	10 254	11,6	8 101	30,8	4 323	28,0	250	15,2
22	Хмельницька	38 391	27,7	37 630	28,0	19 576	25,8	14 806	20,2	14 713	21,2
23	Черкаська	38 584	16,8	39 542	17,5	18 475	21,1	13 978	25,6	14 515	24,5
24	Чернівецька	43 071	24,7	36 119	25,1	16 713	31,5	15 828	32,3	14 531	28,9
25	Чернігівська	19 927	21,7	17 936	22,5	11 723	22,8	9 053	22,2	7 109	23,9
26	м. Київ	101 161	27,8	61 764	17,6	40 384	18,1	40 473	18,3	25 800	17,2
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		1 040 625	22,1	870 099	21,4	501 576	23,9	415 718	25,3	317 046	25,9

Таблиця К.16

Кількість пролікованих зубів із ускладненим карієсом та питома вага ускладненого карієсу до усіх пролікованих зубів з приводу карієсу (у %) серед дітей у приватних закладах охорони здоров'я України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів	абс. число	% до пролік. зубів
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	6 053	29,1	3 022	18,6	5 667	31,0	-	-	5 699	30,4
3	Волинська	983	20,2	2 389	39,4	1 145	29,3	-	-	1 116	19,4
4	Дніпропетровська	3 662	24,9	5 378	29,8	5 990	34,1	-	-	3 829	26,4
5	Донецька	3 760	51,1	2 964	41,1	3 298	50,4	-	-	392	61,2
6	Житомирська	900	32,3	201	12,6	424	20,8	-	-	1 035	27,4
7	Закарпатська	6 144	28,1	9 523	30,4	9 684	33,0	-	-	7 449	41,6
8	Запорізька	6 659	22,5	7 676	27,3	5 063	21,1	-	-	1 990	23,0
9	Івано-Франківська	7 340	32,0	6 504	27,1	4 895	24,0	-	-	3 882	20,3
10	Київська	8 794	36,2	4 488	24,0	7 549	35,4	-	-	2 257	15,7
11	Кіровоградська	484	17,7	726	36,2	455	18,2	-	-	761	22,4
12	Луганська	687	27,2	884	23,1	803	22,2	-	-	0	0,0
13	Львівська	9 631	36,5	12 873	37,3	12 223	36,9	-	-	14 390	34,2
14	Миколаївська	181	6,9	169	8,4	168	7,4	-	-	78	45,1
15	Одеська	562	24,0	294	21,6	743	32,0	-	-	616	27,0
16	Полтавська	161	8,9	439	17,9	1 976	27,9	-	-	1 338	21,6
17	Рівненська	7 070	25,9	11 678	37,0	7 065	27,6	-	-	8 831	32,5
18	Сумська	1 709	39,1	2 081	39,6	1 050	22,2	-	-	260	15,8
19	Тернопільська	3 607	32,6	5 932	28,9	6 527	29,3	-	-	1 153	39,1
20	Харківська	5 339	35,5	4 996	27,0	3 721	22,9	-	-	101	6,8
21	Херсонська	4 313	22,5	5 010	28,3	5 541	31,9	-	-	0	0,0
22	Хмельницька	6 407	37,5	9 921	35,9	10 285	36,5	-	-	8 173	33,3
23	Черкаська	3 612	24,5	2 881	22,9	3 045	18,0	-	-	3 633	21,7
24	Чернівецька	465	30,8	370	26,8	186	20,4	-	-	632	33,8
25	Чернігівська	99	18,3	150	25,4	314	18,0	-	-	264	20,7
26	м. Київ	10 743	14,1	12 285	31,3	12 164	19,7	-	-	16 560	23,7
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		99 365	26,5	112 834	30,3	109 981	28,2	-	-	84 439	27,7

Таблиця К.17

Кількість проведених курсів лікування та захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед дітей (на 10 тисяч населення) у закладах охорони здоров'я системи МОЗ України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	3 587	124,2	3 319	116,2	2 346	83,0	954	34,2	897	32,7
3	Волинська	1 116	46,6	805	33,8	507	21,4	486	20,6	344	14,7
4	Дніпропетровська	11 843	204,4	6 052	104,5	4 578	79,5	2 030	35,6	1 136	20,3
5	Донецька	2 528	83,0	2 333	76,6	1 893	64,0	1 300	44,0	497	16,8
6	Житомирська	3 648	151,5	3 660	153,7	1 601	68,0	1 573	67,6	790	34,6
7	Закарпатська	4 896	167,5	3 053	104,8	1 328	45,7	1 529	52,7	1 215	42,1
8	Запорізька	2 089	70,9	1 855	63,3	1 317	45,3	1 270	44,4	178	6,3
9	Івано-Франківська	3 574	128,5	1 559	56,4	707	25,7	478	17,5	545	20,2
10	Київська	3 249	96,7	2 873	83,4	1 995	56,5	1 079	29,8	686	18,5
11	Кіровоградська	2 873	169,7	2 907	174,0	1 056	64,2	686	42,4	649	41,1
12	Луганська	1 398	131,9	1 278	123,2	922	90,9	843	85,3	26	2,6
13	Львівська	9 301	191,6	5 734	118,2	3 434	71,0	3 101	64,5	3 529	74,2
14	Миколаївська	3 123	150,2	3 142	152,3	2 076	101,8	1 654	82,1	1 991	100,9
15	Одеська	3 860	83,2	4 202	89,8	2 159	46,1	1 555	33,2	1 304	28,0
16	Полтавська	3 329	142,1	2 555	109,7	1 423	61,5	1 524	66,5	1 335	59,2
17	Рівненська	2 190	78,6	1 073	38,7	992	36,0	904	32,9	987	36,2
18	Сумська	1 409	82,1	1 335	79,1	546	32,9	719	44,0	1 014	63,5
19	Тернопільська	3 038	153,7	2 188	111,6	818	42,1	822	42,8	1 382	72,9
20	Харківська	2 808	65,1	2 686	62,1	1 765	41,0	1 675	39,2	975	23,1
21	Херсонська	1 267	64,1	989	50,4	426	21,9	394	20,5	34	1,8
22	Хмельницька	3 392	143,0	3 114	132,4	1 702	73,0	1 481	64,0	1 696	74,5
23	Черкаська	3 491	173,3	3 876	195,1	1 947	99,5	1 073	55,7	1 342	71,2
24	Чернівецька	3 069	166,3	2 535	138,1	1 046	57,1	1 552	85,2	1 036	57,1
25	Чернігівська	2 215	136,0	1 802	112,4	906	57,5	897	57,9	1 032	68,2
26	м. Київ	12 091	223,6	9 532	170,8	6 741	118,4	5 083	89,2	3 331	58,6
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		95 384	125,4	74 457	98,2	44 231	58,7	34 662	46,5	27 951	38,0

Таблиця К.18

Кількість проведених курсів лікування та захворюваність слизової оболонки порожнини рота серед дітей (на 10 тисяч населення) у приватних закладах охорони здоров'я України, 2018-2022 рр. (за даними [162 - 165])

№ з/п	Адміністративні території	2018		2019		2020		2021		2022	
		абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність	абс. число	захворюваність
1	Р Крим	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
2	Вінницька	66	2,3	15	0,5	35	1,2	-	-	198	7,2
3	Волинська	166	6,9	173	7,3	85	3,6	-	-	169	7,2
4	Дніпропетровська	369	6,4	530	9,1	606	10,5	-	-	768	13,7
5	Донецька	165	5,4	39	1,3	171	5,8	-	-	14	0,5
6	Житомирська	5	0,2	5	0,2	13	0,6	-	-	89	3,9
7	Закарпатська	716	24,5	1 037	35,6	717	24,7	-	-	573	19,9
8	Запорізька	220	7,5	292	10,0	448	15,4	-	-	351	12,5
9	Івано-Франківська	279	10,0	122	4,4	309	11,2	-	-	136	5,0
10	Київська	1 505	44,8	1 556	45,2	647	18,3	-	-	272	7,3
11	Кіровоградська	62	3,7	96	5,7	58	3,5	-	-	70	4,4
12	Луганська	59	5,6	41	4,0	34	3,4	-	-	0	0,0
13	Львівська	1 185	24,4	1 283	26,5	1 929	39,9	-	-	4 081	85,8
14	Миколаївська	3	0,1	31	1,5	32	1,6	-	-	0	0,0
15	Одеська	117	2,5	170	3,6	352	7,5	-	-	76	1,6
16	Полтавська	4	0,2	55	2,4	36	1,6	-	-	0	0,0
17	Рівненська	314	11,3	644	23,2	449	16,3	-	-	667	24,5
18	Сумська	226	13,2	30	1,8	30	1,8	-	-	1	0,1
19	Тернопільська	2 063	104,4	683	34,8	685	35,3	-	-	126	6,7
20	Харківська	1 341	31,1	734	17,0	422	9,8	-	-	6	0,1
21	Херсонська	929	47,0	1 332	67,9	1 846	94,8	-	-	0	0,0
22	Хмельницька	504	21,3	575	24,4	791	33,9	-	-	457	20,1
23	Черкаська	268	13,3	260	13,1	454	23,2	-	-	263	14,0
24	Чернівецька	50	2,7	44	2,4	25	1,4	-	-	65	3,6
25	Чернігівська	1	0,1	15	0,9	31	2,0	-	-	11	0,7
26	м. Київ	953	17,6	1 052	18,9	1 446	25,4	-	-	617	10,9
27	м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Україна		11 570	15,2	10 814	14,3	11 651	15,5	-	-	9 010	12,3

Таблиця К.19

Розподіл домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя залежно від наявності у їх складі дітей віком до 18 років (за даними [166,167,168])

Показники	Всі домогосподарства			з них домогосподарства у складі яких є діти у віці до 18 років		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя: тисяч	14722,5	14644,5	14565,3	5601,7	5612,6	5521,6
відсотків до загальної кількості домогосподарств відповідної групи	98,6	98,4	98,5	99,1	99,5	99,0
Кількість домогосподарств (тисяч), у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг: відвідати стоматолога	1218,9	1257,2	1154,9	476,6	465,1	459,8
у тому числі з причин (%): черга була занадто довгою	1,3	2,5	0,9	1,0	2,8	0,8
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	3,7	0,6	3,8	3,2	0,9	1,2
занадто висока вартість послуг	95,0	96,8	95,1	95,8	96,3	98,0
інше	-	0,1	0,2	-	-	-

Таблиця К.20

Розподіл міських домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя залежно від наявності у їх складі дітей віком до 18 років (за даними [166 - 168])

Показники	Всі домогосподарства			з них домогосподарства у складі яких є діти у віці до 18 років		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя: тисяч	9982,8	9934,9	9839,1	-	-	3877,1
відсотків до загальної кількості домогосподарств відповідної групи	99,2	99,0	98,4	-	-	99,0
Кількість домогосподарств (тисяч), у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг: відвідати стоматолога	819,3	845,4	729,7	-	-	271,7
у тому числі з причин (%): черга була занадто довгою	1,6	2,4	1,2	-	-	0,7
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	1,8	0,6	1,4	-	-	-
занадто висока вартість послуг	96,6	97,0	97,3	-	-	99,3
інше	-	-	0,1	-	-	-

Таблиця К.21

Розподіл сільських домогосподарств за рівнем доступності медичної допомоги, можливості придбання ліків та медичного приладдя залежно від наявності у їх складі дітей віком до 18 років (за даними [166 - 168])

Показники	Всі домогосподарства			з них домогосподарства у складі яких є діти у віці до 18 років		
	2018	2019	2020	2018	2019	2020
Кількість домогосподарств, у яких хто-небудь із членів протягом останніх 12 місяців потребував медичної допомоги, придбання ліків та медичного приладдя: тисяч	4739,7	4709,6	4726,2	-	-	1644,5
відсотків до загальної кількості домогосподарств відповідної групи	97,3	97,2	98,8	-	-	99,0
Кількість домогосподарств (тисяч), у яких хто-небудь із членів при потребі не зміг: відвідати стоматолога	399,6	411,8	425,2	-	-	188,1
у тому числі з причин (%): черга була занадто довгою	0,5	2,8	0,5	-	-	0,8
відсутність медичного спеціаліста потрібного профілю	7,6	0,8	8,0	-	-	3,0
занадто висока вартість послуг	91,9	96,2	91,3	-	-	96,2
інше	-	0,2	0,2	-	-	-

ДОДАТОК Л

Обчислення необхідного числа спостережень

Після проведення пілотних досліджень й отримання необхідних даних проводилися розрахунки необхідного обсягу спостережень за формулою (У.Кохрена, 1976) [178]:

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} \quad (\text{Л.1})$$

де: n_0 – необхідна кількість спостережень;

Z – значення критерію t для рівня ймовірності 95 %;

p – очікувана частка успіху (ймовірність події);

e – ймовірна похибка дослідження.

Підставляємо необхідні дані розраховані за даними пілотного дослідження у формулу:

Z – значення критерію t для рівня ймовірності 95 % дорівнює 1,96 за таблицею критичних значень критерію Стюдента;

p – очікувана частка успіху (ймовірність події) – за даними пілотного дослідження $p=0,0388$;

e – ймовірна похибка дослідження – 0,05.

$$n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,0388 \cdot (1 - 0,0388)}{0,05^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,0388 \cdot 0,9612}{0,0025} = \frac{0,1432}{0,0025} = 57,28 \approx 58 \quad (\text{Л.2})$$

Отже, мінімальна кількість ключових респондентів, які повинні бути опитані, становить 58 осіб. У нашому дослідженні було опитано 75 осіб, але певну кількість анкет відсіяли і залишилося 62 анкети ключових респондентів. Це цілком задовольняє мінімальну вимогу в 58 осіб.

Для визначення необхідної кількості дітей було проведено пілотне дослідження контрольної групи з 30 школярів різних вікових груп (6, 12, 15 років) відповідно до рекомендацій ВООЗ щодо оцінки стоматологічного стану здоров'я населення. Отримані дані стали основою для розрахунку мінімальної кількості обсягу вибірки школярів.

$$n_0 = \frac{Z^2 \cdot p \cdot (1 - p)}{e^2} \quad (\text{Л.3})$$

де: n_0 – необхідна кількість спостережень;

Z – значення критерію t для рівня імовірності 95 %;

p – очікувана частка успіху (імовірність події);

e – ймовірна похибка дослідження.

Підставляємо необхідні розраховані за даними пілотного дослідження дані у формулу:

Z – значення критерію t для рівня імовірності 95 % дорівнює 1,96 за таблицею критичних значень критерію Стюдента;

p – очікувана частка успіху (імовірність події) – за даними пілотного дослідження $p = 0,133$;

e – ймовірна похибка дослідження – 0,05.

$$n_0 = \frac{1,96^2 \cdot 0,133 \cdot (1 - 0,133)}{0,05^2} = \frac{3,8416 \cdot 0,133 \cdot 0,867}{0,0025} = \frac{0,4421}{0,0025} = 176,84 \approx 177 \quad (\text{Л.3})$$

У нашому дослідженні опитано 236 осіб, що цілком задовольняє мінімальну кількість у 177 осіб.