УДК 617.7-054.73-082
DOI https://doi.org/10.11603/1681-2786.2026.2.16470

З. В. ПОВЧ[1], С. В. ОСАУЛЕНКО[2], Н. В. МЕДВЕДОВСЬКА[3]

АНАЛІЗ ВИЯВЛЕНИХ ПРОБЛЕМ БІЖЕНЦІВ, ВНУТРІШНЬО ПЕРЕМІЩЕНИХ ОСІБ В ОТРИМАННІ СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ОФТАЛЬМОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ

[1] Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»
[2] Національний медичний університет імені О.О. Богомольця
[3] Національна академія медичних наук України

Мета: дослідити проблеми доступу біженців та внутрішньо переміщених осіб (ВПО) в отриманні медичної допомоги, зокрема спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали та методи. Використано системний підхід, бібліосемантичний метод, контент-аналіз та структурно-логічний аналіз наукових джерел щодо доступності медичної допомоги біженцям і ВПО. Метод системного підходу застосовано для аналізу виявлених системних проблем доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги, для ВПО та біженців. Бібліосемантичний метод застосовано для вивчення вітчизняного та світового досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми. Методи структурно-логічного та контент-аналізу застосовані для вивчення змісту літературних джерел щодо аналізу результатів запровадження змінених організаційних підходів та заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги ВПО та біженцям, зокрема в частині покращення доступності офтальмологічної медичної допомоги та реалізації сучасних медико-профілактичних стратегій збереження офтальмологічного здоров'я.

Результати. У роботі представлено досвід різних країн світу щодо вивчення та подолання бар'єрів отримання спеціалізованої медичної допомоги, зокрема офтальмологічної, в умовах зростаючої кількості вимушено переміщених осіб та біженців. Наведені окремі офтальмологічні нозології, зростання поширеності яких призвело до запровадження скринінгових стратегій та сучасних організаційних підходів, реалізація яких сприятиме зростанню доступності медичної допомоги для цієї категорії населення.

Висновки. Забезпечення доступності офтальмологічної допомоги для ВПО потребує впровадження гнучких організаційних моделей, орієнтованих на ранню діагностику, профілактику та міждисциплінарну координацію. Пріоритетом є розвиток скринінгових програм і сучасних медичних технологій, що дозволяють покращити клінічні результати при оптимізації витрат.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: офтальмологічна допомога, доступність, ВПО, біженці.

За останнє десятиліття спостерігалася не одна хвиля міграції населення по всьому світу, що зумовлено різними руйнівними подіями, екологічними катастрофами, конфліктами національно-етнічного, територіального характеру, в тому числі збройними, які були пов'язані із порушенням прав людини, насиллям, погіршенням соціально-економічного становища населення [1]. Сучасні види озброєнь, з переважанням мінно-вибухових засобів, які застосовуються в збройних конфліктах, зумовлюють значні медико-санітарні втрати не тільки серед військових, а серед цивільного населення. Людські, матеріально-технічні втрати супроводжуються значними руйнуваннями в середовищах життєдіяльності, природних ресурсів, що негативно впливає на локальну екологічну систему, як наприклад, розлив нафти, бомбардування об'єктів хімічної та нафтопереробної промисловості. Пошкодження інфраструктури житлових, адміністративних будівель стосується і мережі закладів охорони здоров'я, що негативно впливає на доступність різних видів медичної допомоги для населення [2, 3, 4]. Втрати серед мирного населення залежать від масштабів та географії воєнних дій. Зростаюча кількість постраждалих, які зазнали моральної шкоди та матеріальних збитків призводить до зростання чисельності біженців по всьому світу, що і зумовлює коливання хвиль міграції населення [5, 6, 7]. Значне порушення систем життєзабезпечення, внаслідок соціально-економічних потрясінь або територіальних чи національно-етнічних конфліктів є основною причиною, яка змушує населення залишати своє місце проживання та ставати біженцями [8]. Якщо в 2014 році чисельність біженців та мігрантів по всьому світу складала до 60 млн. осіб, то в 2023 році їх кількість перевищила 100 млн. осіб із

© З. В. Повч, С. В. Осауленко, Н. В. Медведовська, 2026

Стаття поширюється на умовах ліцензії відкритого доступу CC BY 4.0

прогнозованим подальшим зростанням цього значення [9].

На зростання чисельності біженців впливають гуманітарні кризи, екологічні катастрофи, які виявляють проблеми задоволення потреб постраждалого населення у воді, продуктах харчування, предметах першої необхідності тощо. В таких умовах високою є ймовірність спалахів інфекційних та паразитарних захворювань, зростання поширеності інфекційних та неінфекційних хвороб через відсутність можливості отримання доступної та якісної медичної допомоги. Тому, серед біженців переважають жінки, діти, люди похилого віку з поліморбідними хронічними захворюваннями [10]. Необхідність вимушеного переміщення робить людей та їх родини уразливими до викликів і загроз, з якими вони стикаються на різних етапах, серед яких є структурні стимули та певні обмеження [11, 12], локальні та транснаціональні умови та зв'язки [13, 14]. Щорічно зростаюча кількість біженців актуалізує впровадження програм із забезпечення рівності доступу до медичних послуг із застосуванням методик доказового скринінгу фізичного здоров'я, харчування, інфекційних захворювань в середовищі внутрішньо переміщених осіб (ВПО) та їх родин в рамках реалізації регіональних програм громадського здоров'я. Однак, в сучасних наукових працях рідко висвітлюються проблеми доступності спеціалізованої та високоспеціалізованої медичної допомоги для ВПО. Тому, м**етою** нашого дослідження стало вивчення проблем біженців, ВПО в отриманні медичної допомоги, зокрема спеціалізованої офтальмологічної допомоги.

Матеріали та методи. Матеріалами для дослідження стали оприлюднені в науковій літературі результати наукових досліджень з проблем вивчення доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців. Для досягнення мети дослідження використано наступні методи дослідження: системного підходу; бібліосемантичний; контент-аналізу; структурно-логічного аналізу. Метод системного підходу застосовано для аналізу виявлених системних проблем доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної допомоги, для ВПО та біженців. Бібліосемантичний метод застосовано для вивчення вітчизняного та світового контенту щодо досвіду, наукових підходів до вирішення досліджуваної проблеми. Методи контент-аналізу та структурно-логічного аналізу застосовані для вивчення змісту літературних джерел щодо аналізу результатів запровадження змінених організаційних підходів та заходів з надання спеціалізованої медичної допомоги ВПО та біженцям, зокрема в частині покращення доступності офтальмологічної медичної допомоги та реалізації сучасних медико-профілактичних стратегій збереження офтальмологічного здоров'я.

Результати дослідження та обговорення. Сучасний досвід надання медичної допомоги для біженців та ВПО в першу чергу стосується заходів із превенції порушень психічного здоров'я з використанням психосоматичних методів, профілактичних медичних заходів, інформаційно-комунікативних програм у смартфоні при взаємодії служб громадського здоров'я, регіональної мережі медичних закладів, в тому числі закладів первинної медичної допомоги (ПМД), громадських організацій та об'єднань біженців, ВПО та членів їх родин у сфері охорони здоров'я [15, 16].

Більшість наукових праць щодо стану надання медичної допомоги та її доступності для біженців та ВПО в Україні і світі стосуються результатів вивчення стану «фізичного здоров'я», «відсутності здорового способу життя», погіршення стану здоров'я у зв'язку із загостренням хронічних неінфекційних хвороб, ризиками поширення інфекційних хвороб та проблем психічного здоров'я [6].

Наявність гендерних та національних особливостей отримання медичної допомоги, особливо серед біженців латиноамериканського, азіатського (китайців, корейців, пенджабців) походження має значення для формування бар'єрів доступності медичної допомоги. Так, афганські жінки-біженки, маючи низький рівень грамотності і володіння англійською мовою здатні приймати рішення щодо власного здоров'я лише за згоди чоловіка, а жінки корейського та африканського походження в силу культурних норм і власного бажання очікують візитів до жінок-лікарів, у жінок мексиканського та афганського походження поняття про роль жінки в суспільстві заважає підтримувати власне здоров'я та вважати його для себе пріоритетом [17].

Під впливом тяжкого психологічного стресу, життєвих потрясінь викликаних пережитим насиллям, страхом за своє життя, загибеллю рідних і близьких, втратою житла та нажитого майна, порушується стан психічного здоров'я ВПО та біженців. Зростання кількості ВПО в країні доведено поєднується із зростанням кількості випадків розладів психіки та поведінки [18]. У такій ситуації самі психологи, психотерапевти засвідчують дефіцит навичок транскультурної компетентності, а також навичок роботи з посттравматичними стресовими розладами (ПТСР) [19]. Постміграційні умови та події, пов'язані із невизначеністю, дискримінацією, відсутністю житла, звичного соціального оточення, роботи, відсутністю доступу до якісних медичних, освітніх та соціальних послуг додатково негативно впливають на психіку.

Серед ВПО та біженців старшого віку переважають хвороби серцево-судинної системи, онкологічна патологія, перенесені психічні травми, які маючи хронічний перебіг потребують тривалого нагляду та лікування [20]. Більшість хронічних неінфекційних хвороб можуть мати офтальмологічні

ускладнення, вчасна діагностика яких з наступним застосуванням сучасних ефективних медичних технологій дозволяє пацієнтам надовго зберігати працездатність та життя [21]. Розгорнуті в таборах біженців наметові містечка не забезпечують санітарно-гігієнічних умов для тривалого проживання в них малолітніх дітей, жінок і людей похилого віку. Скупченість населення, переохолодження, відсутність санітарно-гігієнічних умов, можливості помитися, організації гарячого харчування із забезпеченням доброякісною водою, створює передумови для виникнення і поширення простудних захворювань і спалахів інфекційних та паразитарних хвороб серед біженців [7, 22]. Через перенаселеність і скупченість проживання, неконтрольоване призначення антибіотиків в їх середовищі високим стає ризик поширеності інфікування мультирезистентними грамнегативними бактеріями. Для громад біженців властиві спалахи інфекційних хвороб (кір, туберкульоз), низькі рівні охоплення вакцинацією, особливо серед дітей старшого віку [23]. Холод, сирість, перенаселеність житла, відсутність продовольчої безпеки, відключення світла, депресія, посттравматичні стресові розлади, безсоння стають додатковими критичними факторами [24, 25, 26].

Досвід Китаю, який є одним із найпотужніших в світі щодо внутрішньої міграції (внутрішня міграція Китаю складає більше 1/5 населення країни, лише в 2019 р. більше 290 млн. осіб мігрували з сіл в міста), виявив що мігранти мають більший ризик розвитку і поширення інфекційних та неінфекційних хвороб, серед них більше поширене тютюнопаління, нижчими є показники контролю артеріального тиску. При порівняно гіршому стані здоров'я саме внутрішні мігранти вносять значний вклад в соціально-економічний розвиток країни, потерпаючи від дефіциту соціальної інтеграції, більшої частоти хронічних неінфекційних захворювань при одночасно низькій частоті звернень за медичною допомогою та низькій самооцінці здоров'я [27, 28].

Дослідження, проведене серед біженців 5-ти країн (Австралії, Нової Зеландії, Німеччини, Лівану та Бангладеш) виявили бар'єри доступності медичних послуг, пов'язані із: дефіцитом комунікації та інформованості біженців (в тому числі через незнання мови країни, в яку здійснено переселення, відсутність перекладача); культурні особливості медичних послуг; дискримінація; знижена територіальна доступність (транспорт), її висока вартість, а тому актуальності набирають напрями пошуку реалізації мобільності медичних послуг, зокрема офтальмологічних [29].

Результати британських дослідників доводять ефективність стратегій планових медичних обстежень, довгострокового нагляду та медичної допомоги щодо вимушено переміщених осіб та біженців, в яких первинна медична допомога є основною і базовою. Визнано, що хронічні неінфекційні хвороби (особливо цукровий діабет 2-го типу, артеріальна гіпертензія, хронічна хвороба нирок, неврологічна патологія) потребують розробки стратегії лікування та нагляду як серед населення країни в цілому, так і в осередках біженців. Такі хворі, маючи особливі потреби, стикаються з труднощами, як на етапі міграції або переміщення, так і на етапі інтеграції в суспільство країни, куди це переміщення відбулося. Нерідко виникають проблеми, пов'язані із втратою медичної документації, мовними бар'єрами, страхом та непередбачуваними для пацієнта ризиками при контакті із незнайомою системою охорони здоров'я. Для реалізації заходів із сприяння доступності медичної допомоги, в тому числі офтальмологічної, для ВПО та біженців ефективним виявилося залучення додаткових зусиль медичних підрозділів Державних служб із надзвичайних ситуацій, загонів і служб міжнародного Червоного Хреста, інших громадських організацій та професійних медичних формувань, оснащених сучасним модульним устаткуванням, спроможним працювати в автономних умовах [9, 10].

Зростання кількості ВПО та мігрантів сприяє зростанню навантаження на систему охорони здоров'я, вимагаючи від неї «мікрогнучкості» для створення безпечного середовища і атмосфери довіри для цієї групи населення. За результатами аналізу досвіду надання медичної допомоги біженцям за широким спектром послуг п’яти медичних служб Австралії, Бельгії та Британії було доведено ефективність векторів: первинної медико-санітарної допомоги; захисту прав в медичній сфері; навчання і підтримки; комплексного медичного огляду; планування і координації догляду; транскультурної психіатричної допомоги [30]. Досвід охорони здоров'я Ірану в умовах зростаючої кількості вимушено переміщених осіб та біженців довів доцільність застосування централізованого підходу запровадження моніторингу швидкого реагування із забезпечення доступних діагностичних медичних послуг, розробки та реалізації системи протидії протиепідемічним загрозам з розподілом означеного контингенту на шість демографічних груп: діти; жінки репродуктивного віку; підлітки; молоді люди; люди середнього віку; люди похилого віку [31]. Досвід Китаю свідчить про ефективність розширення послуг з громадського здоров'я, розвитку первинної медико-санітарної допомоги із використанням мігрантами системи NEPHS (Національні основні послуги громадського здоров'я), а також EBPHFPS (політики вирівнювання доступу до основних послуг громадського здоров’я і планування сім’ї), злагоджена взаємодія яких здатна забезпечити рівність доступності медичної допомоги [32].

За даними експертів ООН, зважаючи на зростаючу кількість ВПО та біженців у світі з 59,5 млн. осіб в 2014 р. до 89,3 млн. осіб в 2021 р., необхідно

планувати обсяги гуманітарної хірургічної допомоги в обсягах не менше 3 млн. оперативних втручань. До країн, на які припадає найбільше навантаження щодо хірургічних втручань у біженців та ВПО, в першу чергу можна віднести Сирію (388 тис. операцій), Колумбію (282 тис. операцій), Ірак (187 тис. операцій).

Аналіз міжнародних керівництв 51 країни світу з економічної оцінки медичних технологій в сфері охорони здоров'я виявили, що лише в 30,0 % з них чітко зазначено про справедливість і рівність доступу до таких послуг. Національний інститут охорони здоров'я і соціального забезпечення (NICE) оприлюднив доведену неоднорідність та значні відмінності в методології тривалого догляду за пацієнтами за визначеними індикаторами та факторами в кожній з країн [33], використовуючи офіційні бази даних за діагнозами DRG 9-ти країн (Франція, Німеччина, Англія, Італія, Польща, Португалія, Словаччина, Іспанія та Швеція) [10, 34]. Наявні бар'єри отримання медичної допомоги для мігрантів, особливо нелегальних, через юридичні, фінансові, мовні, культурні проблеми формують значну частоту використання відділень невідкладної допомоги нелегальними мігрантами в якості первинної медичної допомоги через відсутність страхування та знань про альтернативні варіанти отримання медичної допомоги, а також зростання кількості госпіталізацій у важкому стані із тяжкими симптомами захворювання через низьку доступність медичної допомоги [35].

Зростання кількості внутрішньо переміщеного населення внаслідок воєнних дій вимагає від системи охорони здоров'я країни, яка бере безпосередню участь у збройному конфлікті безперервності надання медичної допомоги, чітких заходів реагування з: швидким розгортанням виїзних клінік, в місця скупчення евакуйованого населення, ВПО; розширення часового проміжку он-лайн консультацій до 24/7; доставка ліків; забезпечення доступу до основних потреб (харчування, вода, гігієна і санітарія); розширення спектру медичних послуг, властивих для ВПО (виділена лінія call-центру, спілкування в групах соціальних мереж, послуги медичної сестри) [36].

Не дивлячись на те, що офтальмологічна допомога, як правило, не є пріоритетною, адже в кризових ситуаціях, більше приділяють увагу наданню невідкладної медичної допомоги при загостренні хронічних хвороб або при гострих станах, позитивним виявився досвід створення стаціонарних пунктів перевірки зору в таборах та поселеннях біженців. В таборі біженців Кокс-Базаре (Бангладеш) здійснюють Orbis International сумісно з місцевими партнерами (Cax's Bazar Baitush Sharaf Hospital (CBBSH). За результатами обстеження 48 105 переміщених осіб (70,3 %) та 20 357 місцевих мешканців (29,7 %) було з'ясовано, що поширеність сліпоти серед біженців перевищувала аналогічні показники у місцевого населення в 3-6 разів [37]. Порушення зору були виявлені практично у третини (28,87 %) біженців, причиною порушення зору в 75,0 % була катаракта, в 47,9 % – рефракційні порушення. В 95,9 % випадків втрата зорових функцій була попереджуваною, не дивлячись на те, що 95,2 % осіб з виявленими аномаліями рефракції не носили окулярів. Отримані результати направлені до Управління Верховного комісара ООН в справах біженців, що дозволило обгрунтовано включати офтальмологічну допомогу в число рекомендованих медичних послуг для всіх біженців [38].

Здорове функціонування зорового аналізатора має вплив на нейрофізіологічні процеси та когнітивні функції в організмі людини. Австралійські науковці довели, що навіть легке двостороннє порушення зору у корінного населення Австралії, яке проживає у віддалених районах пов'язано із зростанням ризику смертності протягом 10 років на 40,0 % в порівнянні із людьми без відсутності порушень функцій зору [39]. Результати 5-ти річного Мельбурнського проекту з вивчення порушень зору, як предиктора смертності довели, що зниження гостроти зору більше ніж на 50,0 % пов'язане із зростанням ризику смертності, особливо за наявності таких факторів, як зростання віку (OR = 1,09), чоловіча стать (OR = 1,62), тривале куріння (OR = 2,06 у випадку тривалості куріння більше 30 років OR = 2,34), збільшення тривалості артеріальної гіпертензії (OR = 1,51) більше, ніж 10 років [40, 41]. В Японії довели, що люди із порушенням зору страждають від відсутності фізичної активності, внаслідок чого погіршується стан їх здоров'я і зростає захворюваність [42].

За даними Глобального дослідження тягаря хвороб, травм і факторів ризику 2021 року по 204 країнам і територіям за 1990-2021 рр. найбільшими проблемами стають зростаюча кількість офтальмологічних ускладнень цукрового діабету та випадків вікової макулодистрофії (ВМД) [43]. В сучасній науковій літературі показано, що чим в пізнішій стадії вперше діагностована діабетична ретинопатія, тим гіршим є прогноз щодо втрати зорових функцій з причини її прогресування. На сьогодні ВМД є причиною приблизно 9,0 % всіх випадків сліпоти в світі [44]. Кількість людей з віковою макулодистрофією (ВМД) в світі збільшилася більше ніж вдвічі (з 3,64 млн. в 1990 р. до 8,06 млн. в 2021 р.) та продовжує зростати, прогнозується збільшення їх кількості з 3,40 млн. чоловіків в 2021 році до 9,02 млн. в 2050 році та з 4,66 млн. жінок в 2021 році до 12,32 млн. жінок в 2050 році [45]. Зростає і кількість пацієнтів з катарактою, що аргументує наукові дослідження розрахунку вартості оперативних втручань із заміни кришталика, які дозволяють в значній мірі відновити зір пацієнтів [38, 46].

Останніми роками відбулося значне зростання кількості офтальмологічних ускладнень цукрового діабету. Встановлено, що основні ускладнення, за виключенням ішемічної хвороби серця, зустрічаються частіше у чоловіків з цукровим діабетом I типу. Доведеними факторами ризику розвитку хронічних ускладнень цукрового діабету є: тривалість цукрового діабету; артеріальна гіпертензія; зростання віку; порушення ліпідного обміну; куріння; вживання алкоголю; сімейний анамнез асоційований з ускладненнями цукрового діабету I типу; виявлення складових метаболічного синдрому: ожиріння; гіпертензія; дисліпідемія [45, 47]. Ретроспективний аналіз факторів ризику розвитку ускладнень цукрового діабету за клінічними даними дозволив встановити частоту хронічних діабетичних ускладнень: діабетична ретинопатія (41,5 %); периферична полінейропатія (29,0 %); синдром діабетичної стопи (8,3 %); нефропатія (17,0 %); серцево-судинна нейропатія (8,7 %), ішемічна хвороба серця (7,1 % пацієнтів). В свою чергу, проліферативна діабетична ретинопатія є незалежним предиктором інших тяжких ускладнень діабету, таких як ішемічний інсульт [48]. Прогноз прогресування діабетичної ретинопатії пов'язаний із тяжкістю цукрового діабету, залежить від рівнів глікозильованого гемоглобіну, кількості інсультів і кількості госпіталізацій [49]. В умовах підвищення вартості і частоти використання додаткових медичних послуг у пацієнтів з цукровим діабетом зростає актуальність запровадження заходів із покращення доступності профілактичної допомоги в групах ризику [50].

Вивчення економічної ефективності раннього скринінгу, корекції факторів ризику і раннього лікування діабетичної ретинопатії показало, що відтерміноване звернення пацієнтів до офтальмолога в третині випадків (28,8 %) було пов’язано із відсутністю лікаря загальної практики-сімейного лікаря, відсутністю або недостатньою страховкою для отримання лікування, виявленого під час офтальмологічного скринінгу захворювання [51]. Тому, у пацієнтів з цукровим діабетом та діабетичною ретинопатією економічно обгрунтованою стає рання профілактика, предиктивний, персоніфікований підхід до надання офтальмологічної допомоги [52]. Все частіше з цією метою застосовують елементи штучного інтелекту (наприклад, використання базової моделі CAREVL для проведення діабетичних ретинальних оглядів), що сприяє підвищенню прихильності до лікування, нагляду та дотриманню регулярності обстежень [53]. На ендокринні зміни в організмі людини активно реагує очна поверхня, у зв’язку з чим зросла частота синдрому сухого ока, як хронічного запального захворювання, яке може мати психосоматичну етіологію [54].

Обговорення отриманих результатів. Зростаюче число збройних конфліктів у світі супроводжується зростаючою смертністю, інвалідністю, захворюваністю та зростанням кількості ВПО та біженців, що вимагає від систем охорони здоров'я країн, які їх приймають розуміння труднощів, з якими стикаються біженці для підвищення доступності медичної допомоги цій категорії населення. Ризиками для здоров'я біженців залишаються, – ускладнений доступ до медичних послуг через вплив структурних, культурних і соціально-економічних бар'єрів для її отримання. Через свою незахищеність і бідність вони залишаються найбільш соціально вразливими та чутливими до факторів ризику погіршення здоров'я.

Аналіз доступності спеціалізованої, в тому числі офтальмологічної медичної допомоги, для ВПО та біженців переконує у доцільності створення адаптивної системи охорони здоров'я, яка забезпечує рівний доступ до медичної допомоги всіх етнічних і культурних груп населення. Виявлені бар'єри біженців у отриманні медичної допомоги включають: поведінкові (дефіцит культурно-компетентного медичного персоналу); структурні (критерії доступності медичної допомоги, її вартість, присутність перекладача, очікувана тривалість обстеження, труднощі логістики).

Висновки. Категорія ВПО та біженців є особливою для системи охорони здоров'я, оскільки вимагає реалізації «гнучких» механізмів доступності медичних послуг, в тому числі спеціалізованої офтальмологічної допомоги. Наявність доведеного підвищеного ризику смертності у людей з порушеним зором (наприклад, пацієнти з ВМД мають на 20,0 % вищий ризик смертності), в порівнянні із людьми із нормальним зором, має значення для сприяння зоровому довголіттю для досягнення Цілей сталого розвитку в кожній країні.

Наведене актуалізує пошук ефективних стратегій подолання бар'єрів доступності лікувально-профілактичної офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців. За оприлюдненими в сучасній науковій літературі даними заходи із покращення доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги для ВПО та біженців в різних країнах світу виявили різну ефективність. Так, результати окремих наукових досліджень переконують у доцільності залучення до скринінгу функцій зору лікарів загальної практики-сімейних лікарів, запровадження телемедицини у віддалених сільських та малозабезпечених районах. Проте, у Великобританії, Австралії, США і Нідерландах обговорюється доцільність запровадження багатокомпонентної скринінгової перевірки зору для осіб старшого віку, оскільки науковими дослідженнями доведено, що визначення гостроти зору в умовах сімейних амбулаторій має низьку чутливість і специфічність.

Прогнозоване зростання кількості ВПО в Україні спонукає до пошуку шляхів покращення доступності спеціалізованої медичної допомоги, в тому

числі офтальмологічної, для цієї категорії населення з урахуванням реалій стану мережі та кадрового забезпечення офтальмологічної служби в різних регіонах України. Пріоритетності набуває запровадження ефективних методів превенції та раннього лікування офтальмологічної патології, що сприятиме кращим клінічним результатам при порівняно менших затратах.

Перспективи подальших досліджень. Подальші наукові дослідження доцільно спрямувати на проведення емпіричних, у тому числі проспективних та когортних досліджень, із залученням внутрішньо переміщених осіб та біженців в Україні для кількісної оцінки рівня доступності спеціалізованої офтальмологічної допомоги та її впливу на клінічні результати. Важливим є вивчення ефективності різних моделей організації допомоги (мобільні офтальмологічні бригади, телемедицина, інтеграція скринінгу на рівні первинної медичної допомоги) з урахуванням регіональних особливостей, кадрового забезпечення та ресурсних обмежень. Окремої уваги потребує оцінка ролі соціально-економічних, культурних і мовних факторів у формуванні бар'єрів доступу до медичних послуг.

Перспективним напрямом є також дослідження економічної ефективності впровадження програм раннього скринінгу та профілактики офтальмологічної патології серед груп ризику, зокрема осіб із хронічними неінфекційними захворюваннями. Доцільним є подальше вивчення можливостей застосування цифрових технологій і елементів штучного інтелекту для підвищення доступності діагностики та моніторингу стану зору. Отримані результати можуть стати підґрунтям для розробки національних стратегій і міжсекторальних програм, спрямованих на забезпечення рівного доступу до офтальмологічної допомоги для вимушено переміщених осіб та біженців.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів та власної фінансової зацікавленості при підготовці даної статті.

Інформація про фінансування. Дослідження не потребувало і не отримувало додаткового фінансування.

Внесок авторів. Повч З.В. – концепція і дизайн дослідження, участь в аналізі отриманих даних, Осауленко С.В. – збирання і обробка первинного матеріалу, Медведовська Н.В. – аналіз отриманих даних, написання тексту статті.

Відповідність матеріалів статті щодо проведення обстежень/досліджень/лікування нормам біоетики. Це дослідження є систематичним оглядом опублікованих наукових джерел і не передбачало залучення людей як учасників досліджень, проведення клінічних втручань або роботи з біологічним матеріалом. У зв'язку із цим отримання дозволу комісії з біоетики не вимагалося. Дослідження проводилося відповідно до принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних – стандартів етики наукових публікацій (COPE).

Інформація про доступність первинних даних. Дослідження має оглядовий характер і не передбачає збору первинних даних. Усі використані матеріали є відкритими та доступними у відповідних наукових джерелах.

Список використаної літератури

1. De Haas H. A theory of migration: the aspirations-capabilities framework // Comparative Migration Studies. 2021. Vol. 9, No. 1. P. 8. DOI: https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4.
2. Бехтер Л. В. Сутність категорії взаємодії міжнародних благодійних організацій з органами державної влади щодо реалізації міжнародних проектів: проблематика наукового підходу // Актуальні проблеми вітчизняної юриспруденції. 2022. № 6. URL: http://apnl.dnu.in.ua/6_2022/15.pdf.
3. Кушнарьова М. Акції солідарності світової громадськості з українським народом під час російсько-української війни: класифікація та особливості // Наук. пр. Нац. б-ки України ім. В. І. Вернадського. 2022. Вип. 65. С. 267–281. DOI: https://doi.org/10.15407/np.65.267.
4. Українські біженці від війни: аналіз інформаційних ресурсів підтримки // Наукові праці Національної бібліотеки України імені В. І. Вернадського. 2023. Вип. 67.
5. Jayasinghe S. The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): a novel framework to conceptualise impacts of war // BMJ Global Health. 2024. Vol. 9, No. 5. e014749. DOI: 10.1136/bmjgh-2023-014749.
6. Mohammadi M. et al. Health problems of increasing man-made and climate-related disasters on forcibly displaced populations // Disaster Medicine and Public Health Preparedness. 2023. Vol. 17. e537. DOI: 10.1017/dmp.2023.159.
7. Rana K., Kent J. L., Page A. Housing inequalities and health outcomes among migrant and refugee populations // BMC Public Health. 2025. Vol. 25, No. 1. P. 1098. DOI: 10.1186/s12889-025-22186-5.
8. Lakševics K. et al. The permanent regime of temporary solutions // European Urban and Regional Studies. 2024. Vol. 31, No. 1. P. 81–87. DOI: https://doi.org/10.1177/09697764231197963.
9. Phung B. Caring for resettled refugee children in the United States // Frontiers in Public Health. 2023. Vol. 11. 1046319. DOI: 10.3389/fpubh.2023.1046319.
10. Špacírová Z. et al. Are costs derived from diagnosis-related groups suitable // The European Journal of Health Economics. 2022. Vol. 23, No. 9. P. 1563–1575. DOI: 10.1007/s10198-022-01444-y.
11. De Haas H. How migration really works. London: Penguin, 2024.
12. Haile D. T., Schapendonk J. The "system" as another sea // Focaal. 2024. No. 99. P. 15–27. DOI: https://doi.org/10.3167/fcl.2024.990102.

13. D'Angelo A. The networked refugee // Global Networks. 2021. Vol. 21, No. 3. P. 487–499. DOI: https://doi.org/10.1111/glob.12312.
14. Debruyne P. et al. Transnational dynamics of family reunification // Migration and Social Work. 2023. P. 95–111.
15. Комунікативні навички лікаря : підручник / за заг. ред. О. С. Чабана. Київ, 2024. 157 с.
16. Mohiuddin S. G. et al. Cost-effectiveness of routine monitoring // Pharmacoeconomics – Open. 2024. Vol. 8, No. 3. P. 359–371. DOI: 10.1007/s41669-024-00473-y.
17. Aldin A. et al. Gender differences in health literacy interventions // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2024. No. 12. CD013302. DOI: 10.1002/14651858.CD013302.pub2.
18. Grasser L. R. Addressing mental health concerns in refugees // Risk Management and Healthcare Policy. 2022. Vol. 15. P. 909–922. DOI: 10.2147/RMHP.S270233.
19. Frankova I. et al. Forcibly displaced persons and mental health // Transcultural Psychiatry. 2023. Vol. 60, No. 1. P. 167–175. DOI: 10.1177/13634615221135421.
20. Butenop J. et al. Health situation in Ukraine before onset of war // Gesundheitswesen. 2022. Vol. 84, No. 8–9. P. 679–688. DOI: 10.1055/a-1876-2423.
21. Mateen F. J. et al. Neurologic care of forcibly displaced persons // Neurology. 2023. Vol. 100, No. 20. P. 962–969. DOI: 10.1212/WNL.0000000000206857.
22. Podolsky V. V. et al. Medico-social factors of coronavirus spread // Reproductive Endocrinology. 2021. Vol. 5, No. 61. P. 8–15.
23. Cotugno S. et al. Antimicrobial resistance and migration // Annals of Global Health. 2025. Vol. 91, No. 1. P. 12. DOI: 10.5334/aogh.4628.
24. Блок Н. Деякі питання соціального забезпечення ВПО // Вісник НУ «Львівська політехніка». 2023. Т. 10, № 3(39). С. 66–73. DOI: https://doi.org/10.23939/law2023.39.066.
25. Герасименко О. В. Соціальні ініціативи щодо підтримки ВПО // Вісник соціальної роботи. 2022. № 4. С. 22–28.
26. Haque U. Beyond the battlefield // Research Square. 2025. DOI: 10.21203/rs.3.rs-7376114/v1.
27. Qian C. X. et al. Non-communicable disease risk factors // BMJ Global Health. 2021. Vol. 6, No. 9. e003324. DOI: 10.1136/bmjgh-2020-003324.
28. Yang Z. et al. Public health service utilization // BMC Public Health. 2022. Vol. 22. P. 564. DOI: 10.1186/s12889-022-12870-1.
29. Coumans J. V. F., Wark S. Barriers to health services utilisation // BMC Public Health. 2024. Vol. 24. P. 199. DOI: 10.1186/s12889-024-17694-9.
30. Robinson A. R. et al. Responsive healthcare for forced migrants // BMJ Open. 2025. Vol. 15, No. 2. e090211. DOI: 10.1136/bmjopen-2024-090211.
31. Karimian Z. et al. Health equity and system resilience // International Journal for Equity in Health. 2025. Vol. 24. P. 191. DOI: 10.1186/s12939-025-02564-6.
32. Wang J. et al. Disparities in public health services // BMJ Open. 2024. Vol. 14. e080756. DOI: 10.1136/bmjopen-2023-080756.
33. García-Mochón L. et al. Costing methodologies in Europe // The European Journal of Health Economics. 2022. Vol. 23. P. 979–991. DOI: 10.1007/s10198-021-01414-w.
34. Długosz P. War trauma among Ukrainian refugees // Journal of Migration and Health. 2023. Vol. 8. 100196. DOI: https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196.
35. Kisa S., Kisa A. Challenges in accessing emergency healthcare // International Journal for Equity in Health. 2024. Vol. 23. P. 184. DOI: 10.1186/s12939-024-02270-9.
36. Cicurel A. et al. Primary healthcare delivery adaptations // Israel Journal of Health Policy Research. 2025. Vol. 14. P. 35. DOI: 10.1186/s13584-025-00698-0.
37. Ahmed M. et al. Burden of eye disease in displaced populations // PLoS Medicine. 2020. Vol. 17, No. 3. e1003096. DOI: 10.1371/journal.pmed.1003096.
38. Hussain A. H. M. E. et al. Rapid assessment of avoidable blindness // PLoS One. 2020. Vol. 15, No. 12. e0243005. DOI: 10.1371/journal.pone.0243005.
39. Ng S. K. et al. Visual impairment and mortality // JAMA Ophthalmology. 2018. Vol. 136, No. 5. P. 534–537. DOI: 10.1001/jamaophthalmol.2017.6787.
40. De Meulemeester J. et al. Chronic complications in diabetes // Diabetologia. 2024. Vol. 67, No. 8. P. 1527–1535. DOI: 10.1007/s00125-024-06171-y.
41. McCarty C. A. et al. Vision impairment predicts mortality // British Journal of Ophthalmology. 2021. Vol. 85, No. 3. P. 322–326. DOI: 10.1136/bjo.85.3.322.
42. Tatsuta W. et al. Physical activity in visually impaired adults // International Journal of Environmental Research and Public Health. 2022. Vol. 19, No. 4. P. 2244. DOI: 10.3390/ijerph19042244.
43. GBD 2021 Global AMD Collaborators. Global burden of vision impairment // The Lancet Global Health. 2025. Vol. 13, No. 7. P. e1175–e1190. DOI: 10.1016/S2214-109X(25)00143-3.
44. Stahl A. Diagnosis and treatment of macular degeneration // Deutsches Ärzteblatt International. 2020. Vol. 117. P. 513–520. DOI: 10.3238/arztebl.2020.0513.
45. Huang L. et al. Smoking-attributable macular degeneration // Translational Vision Science & Technology. 2025. Vol. 14, No. 10. P. 21. DOI: 10.1167/tvst.14.10.21.
46. Olry de Labry Lima A. et al. Cataract surgery costs in Europe // Cost Effectiveness and Resource Allocation. 2022. Vol. 20. P. 11. DOI: 10.1186/s12962-022-00346-3.
47. Kentmen-Cin C. Attitudes towards Ukrainian refugees // Innovation. 2025. Vol. 38, No. 1. P. 112–136. DOI: https://doi.org/10.1080/13511610.2024.2430231.

48. Perais J. et al. Prognostic factors in diabetic retinopathy // Cochrane Database of Systematic Reviews. 2023. No. 2. CD013775. DOI: 10.1002/14651858.CD013775.pub 2.
49. Guo Y. et al. Predicting diabetic retinopathy progression // Ophthalmology Science. 2023. Vol. 3, No. 2. 100276. DOI: 10.1016/j.xops.2023.100276.
50. Rajeswaren V. et al. Healthcare utilization in diabetic retinopathy // Translational Vision Science & Technology. 2024. Vol. 13, No. 2. P. 12. DOI: 10.1167/tvst.13.2.12.
51. Lu V. I. et al. Delayed presentation of diabetic retinopathy // Translational Vision Science & Technology. 2023. Vol. 12, No. 9. P. 8. DOI: 10.1167/tvst.12.9.8.
52. Kropp M. et al. Diabetic retinopathy as predictor of complications // EPMA Journal. 2023. Vol. 14. P. 21–42. DOI: 10.1007/s13167-023-00314-8.
53. Channa R. et al. AI screening in diabetic retinopathy // NPJ Digital Medicine. 2023. Vol. 6. P. 53. DOI: 10.1038/s41746-023-00785-z.
54. Zhao C., Li X. Dry eye disease and psychosomatics // Frontiers in Medicine. 2025. Vol. 12. 1600258. DOI: 10.3389/fmed.2025.1600258.

References

1. De Haas, H. (2021). A theory of migration: The aspirations-capabilities framework. Comparative Migration Studies, 9(1), 8. https://doi.org/10.1186/s40878-020-00210-4
2. Blecher, L. V. (2022). Sutnist kategorii vzaiemodii mizhnarodnykh blahodiinykh orhanizatsii z orhanamy derzhavnoi vlady shchodo realizatsii mizhnarodnykh proiektiv: Problematyka naukovoho pidkhodu. Aktualni problemy vitchyznianoi yurysprudentsii, (6). http://apnl.dnu.in.ua/6_2022/15.pdf
3. Kushnaryova, M. (2022). Aktsii solidarnosti svitovoi hromadskosti z ukrainskym narodom pid chas rosiisko-ukrainskoi viiny: Klasyfikatsiia ta osoblyvosti. Naukovi pratsi Natsionalnoi biblioteky Ukrainy imeni V. I. Vernadskoho, 65, 267–281. https://doi.org/10.15407/np.65.267
4. Naukovi pratsi Natsionalnoi biblioteky Ukrainy imeni V. I. Vernadskoho. (2023). Ukrainski bizhentsi vid viiny: Analiz informatsiinykh resursiv pidtrymky, 67.
5. Jayasinghe, S. (2024). The 12 dimensions of health impacts of war (the 12-D framework): A novel framework to conceptualise impacts of war on social and environmental determinants of health and public health. BMJ Global Health, 9(5), e014749. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2023-014749
6. Mohammadi, M., Jafari, H., Etemadi, M., Dalugoda, Y., Mohtady Ali, H., Phung, H., Ahmadvand, A., Dwirahmadi, F., Barnes, P., & Chu, C. (2023). Health problems of increasing man-made and climate-related disasters on forcibly displaced populations: A scoping review on global evidence. Disaster Medicine and Public Health Preparedness, 17, e537. https://doi.org/10.1017/dmp.2023.159
7. Rana, K., Kent, J. L., & Page, A. (2025). Housing inequalities and health outcomes among migrant and refugee populations in high-income countries: A mixed-methods systematic review. BMC Public Health, 25(1), 1098. https://doi.org/10.1186/s12889-025-22186-5
8. Lakševics, K., Franz, Y., Haase, A., et al. (2024). The permanent regime of temporary solutions: Housing of forced migrants in Europe as a policy challenge. European Urban and Regional Studies, 31(1), 81–87. https://doi.org/10.1177/09697764231197963
9. Phung, B. (2023). Caring for resettled refugee children in the United States: Guidelines, challenges and public health perspectives. Frontiers in Public Health, 11, 1046319. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1046319
10. Špacírová, Z., Epstein, D., & Espín, J. (2022). Are costs derived from diagnosis-related groups suitable for use in economic evaluations? A comparison across nine European countries. The European Journal of Health Economics, 23(9), 1563–1575. https://doi.org/10.1007/s10198-022-01444-y
11. De Haas, H. (2024). How migration really works. Penguin.
12. Haile, D. T., & Schapendonk, J. (2024). The "system" as another sea: Contrasting mobility rules and migrant navigations. Focaal, 99, 15–27. https://doi.org/10.3167/fcl.2024.990102
13. D'Angelo, A. (2021). The networked refugee: The role of transnational networks in the journeys across the Mediterranean. Global Networks, 21(3), 487–499. https://doi.org/10.1111/glob.12312
14. Debruyne, P., Van Acker, K., Geldof, D., & Schrooten, M. (2023). Transnational dynamics of family reunification. In E. J. Gómez Ciriano et al. (Eds.), Migration and social work (pp. 95–111). Policy Press.
15. Chaban, O. S. (Ed.). (2024). Komunikatyvni navychky likaria.
16. Mohiuddin, S. G., Ward, M. E., Hollingworth, W., Watson, J. C., Whiting, P. F., & Thom, H. H. Z. (2024). Cost-effectiveness of routine monitoring of long-term conditions in primary care. Pharmacoeconomics – Open, 8(3), 359–371. https://doi.org/10.1007/s41669-024-00473-y
17. Aldin, A., Baumeister, A., Chakraverty, D., Monsef, I., Noyes, J., Kalbe, E., Woopen, C., & Skoetz, N. (2024). Gender differences in interventions for improving health literacy in migrants. Cochrane Database of Systematic Reviews, (12), CD013302. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013302.pub2
18. Grasser, L. R. (2022). Addressing mental health concerns in refugees and displaced populations. Risk Management and Healthcare Policy, 15, 909–922. https://doi.org/10.2147/RMHP.S270233
19. Frankova, I., et al. (2023). Forcibly displaced persons and mental health. Transcultural Psychiatry, 60(1), 167–175. https://doi.org/10.1177/13634615221135421
20. Butenop, J., Brake, T., Mauder, S., & Razum, O. (2022). Health situation in Ukraine before onset of war. Gesundheitswesen, 84(8–9), 679–688. https://doi.org/10.1055/a-1876-2423
21. Mateen, F. J., Hanafi, I., Birbeck, G. L., Saadi, A., Schmutzhard, E., Wilmshurst, J. M., Silsbee, H., & Jones, L. K., Jr. (2023). Neurologic care of forcibly displaced persons: Emerging issues in neurology. Neurology, 100(20), 962–969. https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000206857

22. Podolsky, V. V., Antipkin, Y. G., Podolsky, V. V., et al. (2021). Medico-social factors of the possibility of spreading coronavirus infection among women of childbearing age. Reproductive Endocrinology, 5(61), 8–15.
23. Cotugno, S., De Vita, E., Frallonardo, L., Novara, R., Papagni, R., Asaduzzaman, M., Segala, F. V., Veronese, N., Nicastri, E., Morea, A., Farkas, F. B., Lakatos, B., Iatta, R., Putoto, G., Saracino, A., & Di Gennaro, F. (2025). Antimicrobial resistance and migration: Interrelation between two hot topics in global health. Annals of Global Health, 91(1), 12. https://doi.org/10.5334/aogh.4628
24. Blok, N. (2023). Deiaki pytannia sotsialnoho zabezpechennia vnutrishno peremishchenykh osib v umovakh voiennoho stanu. Visnyk Natsionalnoho universytetu "Lvivska politekhnika", 10(3), 66–73. https://doi.org/10.23939/law2023.39.066
25. Herasymenko, O. V. (2022). Sotsialni initsiatyvy shchodo pidtrymky VPO v Ukraini. Visnyk sotsialnoi roboty, (4), 22–28.
26. Haque, U. (2025). Beyond the battlefield: Geospatial insights of health vulnerability in Ukraine during the Russian-Ukrainian war. Research Square (Preprint). https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7376114/v1
27. Qian, C. X., Zhao, Y., Anindya, K., Tenneti, N., Desloge, A., Atun, R., Qin, V. M., Mulcahy, P., & Lee, J. T. (2021). Non-communicable disease risk factors and management among internal migrants in China: Systematic review and meta-analysis. BMJ Global Health, 6(9), e003324. https://doi.org/10.1136/bmjgh-2020-003324
28. Yang, Z., Jiang, C. H., & Hu, J. (2022). Moderating effects of regional disparities on the relationship between individual determinants and public health service utilization among internal migrants. BMC Public Health, 22(1), 564. https://doi.org/10.1186/s12889-022-12870-1
29. Coumans, J. V. F., & Wark, S. (2024). A scoping review on the barriers to and facilitators of health services utilisation related to refugee settlement. BMC Public Health, 24(1), 199. https://doi.org/10.1186/s12889-024-17694-9
30. Robinson, A. R., Khan, Z. R. A., Broadhurst, K. A., Nellums, L. B., Renolds, G., Faiq, B., & Smith, A. (2025). Mechanisms and attitudes in responsive healthcare for forced migrant communities. BMJ Open, 15(2), e090211. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-090211
31. Karimian, Z., Hashjin, A. A., Bellizzi, S., & Winkler, V. (2025). Health equity and system resilience during crises. International Journal for Equity in Health, 24(1), 191. https://doi.org/10.1186/s12939-025-02564-6
32. Wang, J., Bai, L., & Xu, X. (2024). Disparities in awareness and utilisation of national essential public health services. BMJ Open, 14(4), e080756. https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-080756
33. García-Mochón, L., Špacírová, Z., & Espín, J. (2022). Costing methodologies in European economic evaluation guidelines. The European Journal of Health Economics, 23(6), 979–991. https://doi.org/10.1007/s10198-021-01414-w
34. Długosz, P. (2023). War trauma and strategies for coping with stress among Ukrainian refugees staying in Poland. Journal of Migration and Health, 8, 100196. https://doi.org/10.1016/j.jmh.2023.100196
35. Kisa, S., & Kisa, A. (2024). "No papers, no treatment": Challenges faced by undocumented immigrants in accessing emergency healthcare. International Journal for Equity in Health, 23(1), 184. https://doi.org/10.1186/s12939-024-02270-9
36. Cicurel, A., Wolff Sagy, Y., Feldhamer, I., Yaron, S., Caspi-Regev, S., Netzer, D., Arbel, R., & Lavie, G. (2025). Primary healthcare delivery adaptations in war-induced population displacement. Israel Journal of Health Policy Research, 14(1), 35. https://doi.org/10.1186/s13584-025-00698-0
37. Ahmed, M., Whitestone, N., Patnaik, J. L., Hossain, M. A., Husain, L., Alauddin, M., Rahaman, M., Cherwek, D. H., Congdon, N., & Haddad, D. (2020). Burden of eye disease and demand for care in displaced populations. PLoS Medicine, 17(3), e1003096. https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003096
38. Hussain, A. H. M. E., Ahmed, M., Vincent, J. E., Islam, J., Sapkota, Y. D., Das, T., Congdon, N., Husain, L., Khandaker, G., Muhit, M., Hossain, M. A., & Haddad, D. (2020). Rapid assessment of avoidable blindness among displaced populations. PLoS ONE, 15(12), e0243005. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0243005
39. Ng, S. K., Kahawita, S., Andrew, N. H., Henderson, T., Craig, J. E., & Landers, J. (2018). Association of visual impairment and mortality. JAMA Ophthalmology, 136(5), 534–537. https://doi.org/10.1001/jamaophthalmol.2017.6787
40. De Meulemeester, J., Charleer, S., Visser, M. M., De Block, C., Mathieu, C., & Gillard, P. (2024). Chronic complications and glycemic control in type 1 diabetes. Diabetologia, 67(8), 1527–1535. https://doi.org/10.1007/s00125-024-06171-y
41. McCarty, C. A., Nanjan, M. B., & Taylor, H. R. (2021). Vision impairment predicts mortality. British Journal of Ophthalmology, 85(3), 322–326. https://doi.org/10.1136/bjo.85.3.322
42. Tatsuta, W., Inayama, T., Yamanaka, E., & Ohkawara, K. (2022). Physical activity among adults with visual impairments. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(4), 2244. https://doi.org/10.3390/ijerph19042244
43. GBD 2021 Global AMD Collaborators. (2025). Global burden of vision impairment due to age-related macular degeneration. The Lancet Global Health, 13(7), e1175–e1190. https://doi.org/10.1016/S2214-109X(25)00143-3
44. Stahl, A. (2020). Diagnosis and treatment of age-related macular degeneration. Deutsches Ärzteblatt International, 117(29–30), 513–520. https://doi.org/10.3238/arztebl.2020.0513
45. Huang, L., Hu, P., Chen, J., Liu, J., & Grzybowski, A. (2025). Smoking-attributable macular degeneration. Translational Vision Science & Technology, 14(10), 21. https://doi.org/10.1167/tvst.14.10.21
46. Olry de Labry Lima, A., Špacírová, Z., & Espín, J. (2022). Cataract surgery costs in Europe. Cost Effectiveness and Resource Allocation, 20(1), 11. https://doi.org/10.1186/s12962-022-00346-3
47. Kentmen-Cin, C. (2025). Attitudes towards Ukrainian refugees. Innovation: The European Journal of Social Science Research, 38(1), 112–136. https://doi.org/10.1080/13511610.2024.2430231
48. Perais, J., Agarwal, R., Evans, J. R., Loveman, E., Colquitt, J. L., Owens, D., Hogg, R. E., Lawrenson, J. G., Takwoingi, Y., & Lois, N. (2023). Prognostic factors for diabetic retinopathy. Cochrane Database of Systematic Reviews, (2), CD013775. https://doi.org/10.1002/14651858.CD013775.pub2
49. Guo, Y., Yonamine, S., Ma, C. J., Stewart, J. M., Acharya, N., Arnold, B. F., McCulloch, C., & Sun, C. Q. (2023). Predicting progression of diabetic retinopathy. Ophthalmology Science, 3(2), 100276. https://doi.org/10.1016/j.xops.2023.100276

50. Rajeswaren, V., Lu, V., Chen, H., Patnaik, J. L., & Manoharan, N. (2024). Healthcare utilization in diabetic retinopathy. Translational Vision Science & Technology, 13(2), 12. https://doi.org/10.1167/tvst.13.2.12
51. Lu, V. I., Patnaik, J. L., Scott, R. A., Lynch, A. M., Smith, J. M., Mandava, N., & Manoharan, N. (2023). Delayed presentation of diabetic retinopathy. Translational Vision Science & Technology, 12(9), 8. https://doi.org/10.1167/tvst.12.9.8
52. Kropp, M., Golubnitschaja, O., Mazurakova, A., Koklesova, L., Sargheini, N., Vo, T. K. S., de Clerck, E., Polivka, J., Potuznik, P., Polivka, J., Stetkarova, I., Kubatka, P., & Thumann, G. (2023). Diabetic retinopathy as a predictor of complications. EPMA Journal, 14(1), 21–42. https://doi.org/10.1007/s13167-023-00314-8
53. Channa, R., Wolf, R. M., Abràmoff, M. D., & Lehmann, H. P. (2023). Artificial intelligence screening in diabetic retinopathy. NPJ Digital Medicine, 6(1), 53. https://doi.org/10.1038/s41746-023-00785-z
54. Zhao, C., & Li, X. (2025). Dry eye disease and psychosomatics: Benefits of mind-body therapy. Frontiers in Medicine, 12, 1600258. https://doi.org/10.3389/fmed.2025.1600258

ANALYSIS OF IDENTIFIED PROBLEMS FACED BY REFUGEES AND INTERNALLY DISPLACED PERSONS IN ACCESSING SPECIALIZED OPHTHALMOLOGICAL CARE

Z.V. Povch[1], S.V. Osaulenko[2], N.V. Medvedovska[3]
[1] Kyiv City Clinical Ophthalmological Hospital “Eye Microsurgery Center”
[2] Bogomolets National Medical University
[3] National Academy of Medical Sciences of Ukraine

Purpose: to study the problems of access of refugees and internally displaced persons (IDPs) to medical care, in particular specialized ophthalmological care.

Materials and methods. A systemic approach, bibliosemantic method, content analysis, and structural-logical analysis of scientific sources on healthcare accessibility for refugees and IDPs were applied. The systemic approach was used to analyze identified systemic problems in access to specialized care, including ophthalmological services, for IDPs and refugees. The bibliosemantic method was employed to study domestic and international experience and scientific approaches to addressing the problem. Structural-logical and content analysis methods were used to examine the content of literature sources regarding the outcomes of implemented organizational approaches and measures aimed at providing specialized medical care to IDPs and refugees, particularly in improving access to ophthalmological care and implementing modern preventive strategies for preserving eye health.

Results. The paper presents the experience of different countries in studying and overcoming barriers to accessing specialized medical care, including ophthalmological services, in the context of the growing number of forcibly displaced persons and refugees. Selected ophthalmological conditions are highlighted, the increasing prevalence of which has led to the implementation of screening strategies and modern organizational approaches, contributing to improved access to medical care for this population group.

Conclusions. Ensuring access to ophthalmological care for IDPs requires the implementation of flexible organizational models focused on early diagnosis, prevention, and interdisciplinary coordination. Priority should be given to the development of screening programs and modern medical technologies that improve clinical outcomes while optimizing costs.

KEY WORDS: ophthalmological care, accessibility, IDPs, refugees.

Дата першого надходження статті до видання: 23.03.2026
Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.04.2026
Дата публікації (оприлюднення) статті: 31.05.2026

Відомості про авторів:
Повч Зореслава Василівна, кандидат медичних наук, завідувачка відділення, Київська міська клінічна офтальмологічна лікарня «Центр мікрохірургії ока»
ORCID ID: 0009-0003-6358-850x
Осауленко Софія Віталіївна студентка Національного медичного університету імені О.О. Богомольця ORCID ID:0009-0003-5786-6526
Медведовська Наталія Володимирівна, доктор медичних наук, професор, Національна академія медичних наук України ORCID ID: 0000-0003-3061-6079

Контактний e-mail: medvedovsky@ukr.net