

Міністерство освіти і науки України

Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій

Школа охорони здоров'я

Магістерська робота
освітньо-кваліфікаційний рівень - магістр

на тему: «ПОСЛУГИ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В ПРАКТИЦІ
ЛІКАРЯ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ»

До захисту

_____ Виконала:

Студентка 2 року навчання
Воронова Ксенія Володимирівна
факультету соціальних наук і соціальних
технологій спеціальності 073 «Менеджмент»
освітньо-наукової програми
«Менеджмент в охороні здоров'я»

Наукова керівниця
Юрочко Тетяна Петрівна, кандидат наук з
державного управління, доцент

Рецензент_ Шевченко М.В., д.м.н., с.н.с.

Магістерська робота захищена з оцінкою

«_____»

Секретар ЕК _____

«_____» _____ 202__р.

Київ 2022

Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Школа охорони здоров'я
Другий (магістерський) рівень вищої освіти
Спеціальність 073 «Менеджмент»
Освітньо-наукова програма «Менеджмент в охороні здоров'я»

АНОТАЦІЯ

Воронова Ксенія Володимирівна

Послуги громадського здоров'я в практиці лікаря первинної ланки

Актуальність роботи пов'язана з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини та системи громадського здоров'я в Україні.

Мета роботи: дослідити чинники впливу на мотивацію лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання якісних послуг громадського здоров'я та існуючі бар'єри (на прикладі послуг доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію).

Для досягнення мети дослідження було використано комплекс сучасних методів в тому числі бібліосемантичний, соціологічний, статистичний, структурно-логічного аналізу та метод описового моделювання. Соціологічним дослідженням було охоплено 129 лікарів загальної практики-сімейних лікарів в тому числі 72 тих, хто працює в містах та 57 працюючих в сільській місцевості.

За результатами дослідження встановлено низькі рівні готовності лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію, а також низький рівень володіння ними відповідними навичками.

За результатами соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики- сімейних лікарів встановлено мотиваційні механізми економічного, професійного та соціального характеру, які є стимулом для впровадження на

рівні ПМД послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію.

В ході дослідження встановлено бар'єри до впровадження на рівні ПМД послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію. Дана робота містить практичні рекомендації що стосуються усунення виявлених бар'єрів на шляху до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію на рівні ПМД.

Ключові слова: сімейний лікар, громадське здоров'я, послуги, впровадження, мотивація, бар'єри.

Kseniia Voronova

Public health services in the practice of primary care physicians

The relevance of the study is related to the priority for development of primary health care on the basis of general medical practice - family medicine and the public health system in Ukraine.

Objective: to investigate the factors influencing the motivation of GPs to provide quality public health services (such as pre-exposure HIV prevention and depression screening services) and existing barriers.

To achieve the goal of the study, a set of modern methods was used, including bibliosemantic, sociological, statistical, structural-logical analysis and the method of descriptive modeling. The survey covered 129 general practitioners, including 72 in urban areas and 57 in rural areas.

According to the results of the study, low levels of readiness of general practitioners-family doctors to provide services for pre-exposure HIV prevention and screening for depression, as well as a low level of mastery of relevant skills were identified.

According to the results of a sociological study among general practitioners - family doctors, motivational mechanisms of economic, professional and social

nature have been established, which are an incentive for the introduction of pre-exposure HIV prevention services and screening for depression at the PHC level.

The study identified barriers to the introduction of pre-exposure HIV prevention and depression screening services at the PHC level. This study provides practical guidance on addressing identified barriers to the provision of pre-exposure HIV prevention services and screening for depression at the PHC level.

Key words: family doctor, public health, services, implementation, motivation, barriers.

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ	6
ВСТУП	7
РОЗДІЛ 1 ІНТЕГРАЦІЯ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ	11
1.1.	11
1.2.	19
РОЗДІЛ 2 ПРОГРАМА ТА МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА ДОСЛІДЖЕННЯ	25
2.1. Організація дослідження	25
2.2. Методологія дослідження	26
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	28
3.1. Готовність ЛЗП-СМ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію	29
3.2. Мотиваційні механізми ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію	30
3.3. Бар'єри для ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію	33
ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ	36
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	38
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	39
ДОДАТКИ	48
Додаток А. Анкета соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів	48

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ І СКОРОЧЕНЬ

PrEP	Доконтактна (пreekспозиційна) профілактика ВІЛ
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ГЗ	Громадське здоров'я
ЛЗП-СЛ	Лікар загальної практики-сімейний лікар
ЛЖВ	Люди, які живуть з ВІЛ
НІЗ	Неінфекційні захворювання
ПМД	Первинна медична допомога

ВСТУП

Актуальність теми дослідження

В Україні проводиться реформування системи охорони здоров'я [1-3], комплексне пілотне відпрацювання стратегії якого проводилося в 2012-2014 роках [4-8]. Загальною метою сучасної реформи є збереження та зміцнення здоров'я населення [9,10] завдяки гарантованому державою обсягу медичної допомоги [11]. При цьому пріоритетним напрямком структурної перебудови галузі є розвиток первинної медико-санітарної допомоги на засадах загальної лікарської практики-сімейної медицини [12-15]. Система ПМД за останні роки набула свого подальшого розвитку з акцентом на профілактичну спрямованість [16,17].

Лікарі загальної практики-сімейні лікарі є медичними працівниками першого контакту населення із системою охорони здоров'я і є найбільш доступними як для міського так і для сільського населення.

Запровадження гарантованого державою обсягу медичної допомоги забезпечується Національною службою здоров'я України [18 - 20] і безпосередньо на рівні ПМД шляхом впровадження пакета медичних послуг «Первинна медична допомога» [21].

Ефективна та якісна професійна діяльність ЛЗП-СЛ надзвичайно важлива в сучасних умовах, коли Україна знаходиться в мовах війни, економічної кризи руйнування закладів охорони здоров'я, наявності значної кількості внутрішньо переміщених осіб, інвалідизованих в результаті фізичних пошкоджень, зростання кількості випадків ІПСШ та ВІЛ, зростання поширеності розладів психіки та поведінки та в першу чергу депресій. В цих умовах забезпечити населення доступною медичною допомогою у першу чергу зможуть медичні працівники первинної ланки – ЛЗП-СЛ.

Для забезпечення ефективною та якісною роботи медичних працівників взагалі і первинної ланки надання медичної допомоги використовується система

мотиваційних стимулів, які мають економічний, професійний та соціальний напрями [22,23].

Необхідно зазначити, що в теперішній час в Україні активно розвивається система громадського здоров'я [24-26] основні оперативні функції які визначені ВООЗ [27] та скеровані на збереження та зміцнення здоров'я населення.

Крім того в країні проводиться адміністративно-територіальна реформа [28-30] з формування територіальних громад, які мають забезпечувати населення соціальними послугами в тому числі і медичного характеру [31].

Наведене і обумовило актуальність дослідження, визначило його мету і завдання, стало основою при розробці програми дослідження.

Мета дослідження: визначити чинники впливу на мотивацію лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання якісних послуг громадського здоров'я та існуючих бар'єрів (на прикладі послуг доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію).

Робоча гіпотеза дослідження полягає в тому, що для надання ЛЗП-СЛ послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію є їх недостатня мотивованість, недостатній рівень компетентностей (теоретичної та практичної підготовки) та недосконалість національної нормативної бази.

Завдання дослідження, обумовлені поставленою метою, передбачали:

1) провести системно-історичний аналіз національних та міжнародних наукових джерел з питань надання лікарями загальної практики-сімейними лікарями послуг громадського здоров'я і безпосередньо послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та скринінгу на депресію;

2) виявити мотиваційні механізми для ЛЗП-СЛ до надання ними послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію;

3) встановити бар'єри на шляху до впровадження на первинному рівні надання медичної допомоги послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію;

4) узагальнити отримані в ході дослідження результати та сформулювати загальні висновки;

5) запропонувати підходи до усунення бар'єрів на шляху до впровадження на первинному рівні надання медичної допомоги послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію.

База дослідження охоплювала амбулаторії первинної медико-санітарної допомоги м. Києва, Житомирської та Закарпатської областей. Соціологічним дослідженням охоплено 129 ЛЗП-СЛ в тому числі 72 із числа тих хто працює в містах та 57 працюючих в сільській місцевості.

Об'єкт дослідження — система первинної медичної допомоги.

Предмет дослідження — рівень готовності ЛЗП-СЛ та чинники їх мотивації і бар'єри до надання ними послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію.

У дослідженні безпосередньо та в різних комбінаціях використані наступні **методи наукового дослідження**:

1) *бібліосемантичний* — для вивчення та проведення аналізу існуючих підходів до мотивації медичних працівників первинної ланки з надання послуг громадського здоров'я і безпосередньо послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію;

2) *соціологічний* — для проведення дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо мотиваційних механізмів та бар'єрів до інтеграції на первинний рівень послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію;

3) *медико-статистичний* — з метою статистичної обробки отриманих в ході соціологічного дослідження результатів;

4) *структурно-логічного аналізу* – з метою підведення підсумків та

представленні результатів дослідження;

б) *описового моделювання* — для проведення наукового функціонально-структурного аналізу та представлення рекомендацій за результатами дослідження.

Наукова новизна роботи полягає в тому, що на сучасному етапі реформування системи охорони здоров'я, розвитку системи громадського здоров'я та проведення адміністративно-територіальної реформи в Україні системно представлено мотиваційні чинники та бар'єри до розширення послуг ЛЗП-СЛ і безпосередньо надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію.

Знайшли подальшого розвитку питання удосконалення професійного розвитку ЛЗП-СЛ з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію.

Теоретичне значення отриманих результатів полягає в доповненні теорії медичних знань в частині умов розширення профілактичних послуг, які надають ЛЗП-СЛ при їх співпраці із системою громадського здоров'я.

Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що вони можуть бути використані на рівні закладів (підрозділів) післядипломної освіти та територіальних громад і НСЗУ для запровадження системи мотиваційних механізмів для ЛЗП-СЛ.

РОЗДІЛ 1

ІНТЕГРАЦІЯ ПОСЛУГ ГРОМАДСЬКОГО ЗДОРОВ'Я В СИСТЕМУ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ

1.1. Інтеграція послуг громадського здоров'я в систему первинної медичної допомоги: огляд літератури

Питання включення послуг з громадського здоров'я, зокрема послуг з профілактики захворювань, в роботу сімейного лікаря та дослідження відповідних чинників та бар'єрів, що впливають на мотивацію лікаря первинної ланки висвітлюються в багатьох іноземних наукових публікаціях.

Дамшродер Л. в своїй статті зазначає, що лікарі первинної ланки відіграють центральну роль у впровадженні нових технологій, пов'язаних із охороною здоров'я з огляду на їх доступ до людей чи груп населення, які можуть отримати найбільшу користь [41]. Якщо говорити про надання такої профілактичної послуги громадського здоров'я як до контактна профілактика ВІЛ то лікарі первинної ланки мають оптимальне становище для надання такої послуги, враховуючи їх фокус на зміцнення здоров'я, профілактику захворювань та лонгітюдне спостереження [42].

В систематичному огляді щодо питання бар'єрів для надавачів послуг охорони здоров'я з медикаментозної профілактики ВІЛ (далі – PrEP) в США [43] проаналізовано 28 найбільш релевантних визначеній проблемі наукових досліджень, які містять дані за 2011 – 2018 роки та були ідентифіковані на PubMed. В рамках аналітичного огляду визначаються такі основні групи бар'єрів з організації надання послуги PrEP надавачами послуг охорони здоров'я різних рівнів як: недостатні знання щодо PrEP; наявність «парадоксу компетенцій», який полягає в тому, що провайдери первинної ланки вважають PrEP поза межами своєї компетенції, але разом з тим надавачі спеціалізованої допомоги вважають, що теж не повинні займатися PrEP, оскільки вони працюють з людьми,

в яких вже є ВІЛ; сумніви щодо витрат на PrEP; сумніви щодо наслідків стосовно поведінки і здоров'я; стигма; сумніви щодо прихильності пацієнтів до PrEP.

Щодо питання знань про PrEP як бар'єру для надання послуг, в огляді зазначається, що не зважаючи на певне зростання рівень знань щодо PrEP залишається низьким (17% провайдерів вказували, які знайомилися з рекомендаціями щодо PrEP в 2014 році, а в 2017 році отримано дані про те, що 39 % з опитаних лікарів загальної практики не знають про такі рекомендації взагалі). Разом з тим, провайдери послуг первинної ланки демонстрували, за результатами досліджень, нижчий рівень обізнаності що PrEP, аніж надавачі спеціалізованої допомоги.

Ще одним бар'єром щодо PrEP є «парадокс компетенцій». Цей парадокс був виявлений в низці досліджень [44] та полягає в тому, що представники надавачів послуг первинної ланки вважають, що послуга PrEP повинна надаватись в спеціалізованих ВІЛ-клініках, а власне надавачі послуг первинної ланки не мають достатньо досвіду щоб надати цю послугу. Натомість, працівники спеціалізованих ВІЛ-клінік вважають, що вони не мають працювати з ВІЛ-негативними пацієнтам, а отже PrEP є прерогативою надавачів послуг, що працюють на первинній ланці.

Щодо застережень, які виникають у надавачів послуг стосовно ціни на PrEP, яка може бути обтяжливою для клієнтів, то дослідження виявили, що надавачі послуг часто не знають про всі можливості покриття страхуванням чи державними програмами.

Бар'єр, що стосується сумнівів щодо наслідків для поведінки та здоров'я полягає, як засвідчують результати досліджень, у впевненості частини провайдерів в тому, що використання PrEP може сприяти більш ризикованій сексуальній поведінці, а отже збільшувати ризики отримати ВІЛ. Хоча, така впевненість була характерною для надавачів послуг з незначним досвідом в призначенні PrEP.

Вагомим бар'єром для надання послуг з PrEP залишається стигма. Результати досліджень фіксують, що особисте відношення до PrEP залежить від ставлення провайдерів до питань сексу чи ЛГБТ.

Також, сумніви провайдерів, особливо первинної ланки, знаходяться в площині прихильності до PrEP, адже забезпечення виконання всіх рекомендацій щодо PrEP може бути обтяжливим як для самих провайдерів так і для пацієнтів, як то регулярне тестування на ВІЛ та ППСШ. Низка надавачів послуг залишаються упевненими в тому, що пацієнти з високим ризиком щодо ВІЛ не можуть загалом бути прихильними до дотримання схем застосування PrEP.

Крисько М.О. вивчала готовність лікарів загальної практики – сімейних лікарів до надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ та проведення цільової профілактичної роботи. З метою проведення дослідження було розроблено спеціальну анкету, за допомогою якої опитано 420 лікарів ЛЗП-СЛ, які працюють в регіонах з різним рівнем ВІЛ-інфікування населення. Встановлено, що 12,4% респондентів володіють навичками перед- та післятестового консультиування та 12,4% із них пройшли підготовку з даного питання; 88,6% опитаних готові проводити роботу з профілактики розповсюдження ВІЛ та здійснювати психологічну підтримку ЛЖВ і членів їхніх сімей; 78,8% готові надавати медичну допомогу ЛЖВ. Серед чинників зацікавленості у роботі з даним контингентом ЛЗП-СЛ назвали економічну мотивацію (99,3%), наявність повної інформації про ВІЛ-інфікування обслуговуваного населення (96,9%), відповідну післядипломну підготовку (91,4%), забезпечення необхідними засобами медичного призначення (75,5%), наявність медичної страховки на випадок виробничого інфікування (33,1%); найменш важливим чинником виявилось зменшення кількості обслуговуваного населення (14,0%) [45,46].

Даним дослідником було розроблено функціонально-організаційну модель інтеграції послуг з ВІЛ на первинний рівень медичної допомоги [47-51] з розподілом видів медичної допомоги в залежності від категорії населення. Це

загальне доросле населення та ЛЖВ. Окремо виділяються ЛЖВ в термінальній стадії захворювання. Розробляється алгоритм впровадження моделі з визначенням етапів та рівнів впровадження та розробкою індикаторів структури, процесу та результату оцінки якості та ефективності надання оцінки медичної допомоги на первинному рівні. При цьому ключовою ідеєю запропонованих інноваційних перетворень є послідовне вирішення пріоритетної проблеми підвищення ефективності заходів з протидії розвитку епідемії ВІЛ-інфекції при підвищенні рівня доступності медичної допомоги з ВІЛ/СНІДу.

На ефективне впровадження обґрунтованої моделі інтеграції запропоновано методичні підходи до підготовки медичних працівників ПМД з надання медичної допомоги при ВІЛ/СНІДу. Це короткострокова - шляхом підготовки національних та регіональних тренерів і охоплення тренінгами всіх ЛЗП-СЛ та сімейних медичних сестер, і системна підготовка шляхом внесення змін до робочих програм підготовки ЛЗП-СЛ і сімейних медичних сестер на перед- та післядипломному рівнях з відповідною підготовкою викладачів [52,53].

Вакіда Е. та інш. провели аналітичний огляд досліджень та описали в своїй публікації бар'єри/можливості інтеграції послуг з психічного здоров'я (що є послугами громадського здоров'я) на рівні первинної медико-санітарної допомоги [54]. Джерелами інформації стали PubMed, PsycINFO, Кокрановський центральний реєстр контрольованих випробувань, веб-сайт ВООЗ та Open Grey. В ході даного дослідження було виявлено найпоширеніші групи бар'єрів, які були класифіковані за такими напрямками: ставлення до прийнятності програм, доцільності та довіри програми; знання та вміння; мотивація до змін; управління та/або керівництво; фінансові ресурси. Також, за отриманими результатами були зроблені висновки про те, що, фінансові ресурси можуть виступати не лише як бар'єри, а також як фактори сприяння. На прикладі країни яка виділивши спеціальну бюджетну лінію для охорони психічного здоров'я в рамках бюджету Міністерства охорони здоров'я, перетворила потенційний бар'єр на фактор

сприяння, вказуючи на те, що більшість бар'єрів можна подолати за допомогою подібних заходів.

Дослідження проведене Мерфі Д. щодо інтеграції скринінгових програм на визначення депресії в практику лікарів первинної ланки у В'єтнамі [55] продемонструвало фактори, визначені на індивідуальному, організаційному та структурному рівнях, які можуть виступати бар'єрами та/або сприятимуть інтеграції програм з виявлення депресії на рівні ПМД з точки зору надавачів послуг. Методологія яка була вибрана для реалізації даного дослідження це напівструктуровані інтерв'ю що проводились у комунальних центрах охорони здоров'я та амбулаторіях в одному сільському та одному міському районі Ханоя. Результати даного дослідження показали, що до бар'єрів на індивідуальному рівні належать низький рівень знань фахівців первинної ланки з питань діагностики депресії. Бар'єри на структурному рівні включали обмежену підготовку з питань психічного здоров'я серед усіх фахівців первинної ланки та існуючу структуру ПМД у В'єтнамі, яка відокремлює послуги з психічного здоров'я в окрему службу. Серед можливостей, які були виявлені в ході дослідження: позитивне ставлення серед лікарів до людей з депресією та зацікавленість у проходженні посиленого навчання з питань психічного здоров'я. В ході дослідження науковці дійшли висновків, що бар'єри на структурному рівні є суттєвими та потребують значних інтервенцій для успішної інтеграції такої послуги громадського здоров'я, як діагностик депресій в практику лікарів первинної ланки.

В крос секційному онлайн дослідженні щодо впровадження доконтактної профілактики ВІЛ-інфекції серед лікарів первинної ланки Блексток О. та ін. продемонстрували, що більшість респондентів була обізнана про доконтактну профілактику, але разом з тим безпосередньо надавали послуги з доконтактної профілактики лікарі, які в ході своєї практики раніше стикались з веденням пацієнтів з ВІЛ [56]. Отже, одним з ключових висновків, які було зроблено в ході даного дослідження, є те що для активізації прийняття послуг з доконтактної

профілактики необхідне впровадженням освітніх програми з даного питання, які б були спрямовані на надання доконтакної профілактики без досвіду лікування ВІЛ, а також навчити тих, хто має досвід догляду за ВІЛ, стати "клінічними чемпіонами" PrEP.

Дослідження проведене Рос А. та колегами [57] щодо поінформованості та ставленні до PrEP для профілактики ВІЛ серед лікарів у Гватемалі продемонструвало, що 69 % респондентів були знайомі з PrEP, з яких 9% раніше призначали PrEP. Більшість (87%) респондентів були готові призначати PrEP чоловікам, які мають статеві стосунки з чоловіками (ЧСЧ), працівникам секс-бізнесу, ін'єкційним наркоманам або ВІЛ-неінфікованим особам, які мають відомих ВІЛ-позитивних сексуальних партнерів. Бар'єри які були визначені в ході дослідження щодо призначення доконтакної профілактики стали: побоювання щодо розвитку медикаментозної резистентності (92%), компенсацію ризику (90%) та вартість послуги (64%). Результати дослідження також показали, що фахівці молодшого віку та з меншим досвідом роботи були більш схильні до надання послуг з доконтакної профілактики. Методологія, яка була використана в даному дослідженні - це перехресне опитування лікарів внутрішньої медицини в головній навчальній лікарні міста Гватемала в березні 2015 року. Опитування включало демографічні показники, медичну спеціальність, роки догляду за хворими на ВІЛ, обізнаність щодо PrEP, готовність призначити PrEP, занепокоєння щодо PrEP. Первинним результатом була готовність призначити PrEP, яку оцінювали за допомогою 5-бальної шкали Лікєрта для різних сценаріїв популяції ризику. Однофакторну та багатоваріантну логістичну регресію проводили для виявлення предикторів готовності призначити PrEP. Висновки, які були зроблені в ході даного дослідження полягала в тому, що лікарі були обізнані і готові призначити доконтакну профілактику, але насправді це мало хто робив. А впровадження освітніх програм щодо доконтакної профілактики мають вирішувати виявлені проблеми.

М. Стівнсон та колеги в статі [58] про інтеграцію послуг громадського здоров'я та первинної медичної допомоги зазначають, що громадське здоров'я та первинна медична допомога історично мали спільну мету, а саме здорове населення. Автори статі посилаються на доктора Девіда Нейлора, який в своїй роботі описує "слабкі зв'язки" між громадським здоров'ям та первинною медичною допомогою які він спостерігав під час спалаху ГРВІ (Агентство громадського здоров'я Канади, 2004 р.). Доктор зазначає, що наявність слабких ланок означає необхідність кращої інтеграції послуг громадського здоров'я в первинну медичну допомогу. Автори Коднер і Кіріаку (2000: 2) визначають інтегровану допомогу як "окремий набір методів та організаційних моделей, призначених для створення зв'язків, узгодження та співпраці всередині та між секторами лікування та догляду на рівні фінансування, адміністративного та/або постачальника послуг". Однак інтеграція може мати різне значення для різних користувачів. Делной та співавтори визначають інтеграцію на макро-, мезо- та мікрорівнях системи охорони здоров'я. Функціональна інтеграція відбувається на макрорівні та передбачає фінансування та регулювання діяльності з лікування, догляду та профілактики обох секторів. На рівні мезо або громади існує два типи інтеграції: організаційна інтеграція та професійна інтеграція. Перша передбачає стратегічний союз або злиття між охороною здоров'я та первинною медичною допомогою. Останнє передбачає, що до таких злиттів залучаються медичні працівники, які працюють разом, наприклад, у групових практиках. Нарешті, на мікрорівні існує клінічна інтеграція, яка передбачає безперервність, співпрацю та узгодженість надання медичних послуг окремим пацієнтам.

Автори статті також демонструють модель, яка описує особливості та функції громадського здоров'я та первинної медичної допомоги. Модель окреслює три основні категорії, включаючи ті, які є головним завданням громадського здоров'я, спільною функцією громадського здоров'я та первинної медичної допомоги та насамперед відповідальністю первинної медичної

допомоги. Друга категорія включає нагляд за здоров'ям, зміцнення здоров'я та попередження захворювань та травм, сфери, в яких охорона здоров'я та первинна медична допомога тісніше пов'язані та мають найбільший потенціал для інтеграції.

В систематичному огляді щодо співпраці між первинною медичною допомогою та громадським здоров'ям [59] авторами проаналізовано 114 статей, що відповідали критеріям включення, опублікованими між 1988 і 2008 роками. В статтях досліджувались фактори, що впливають на співпрацю між первинною медичною допомогою та громадським здоров'ям. Вони були поділені на фактори системного рівня, що включали в себе залучення уряду, політику та відповідність місцевим потребам; фінансування та ресурси, питання влади та контролю; та освіта та навчання. Організаційні фактори: відсутність спільного порядку денного; обмеження знань та ресурсів; питання керівництва, управління та підзвітності; географічна близькість партнерів; спільні протоколи, інструменти та обмін інформацією. Міжособистісні фактори включали спільне призначення; філософія та вірування; чіткі ролі та позитивні стосунки; ефективні стратегії спілкування та прийняття рішень. В огляді були описані процеси, необхідні для побудови успішної співпраці між ГЗ та ПМД, а також результати та маркери цієї співпраці. На системному рівні співпраця була успішною з покращенням результатів, пов'язаних зі здоров'ям, зменшенням диспропорцій у здоров'ї та покращенням доступу до медичних послуг. На організаційному рівні співпраця була успішною з відчуттям приналежності до команди, реалізації нових спільних ініціатив (та стійких програм. На міжособистісному рівні співпраця була успішною завдяки вдосконаленню знань, відносин та поведінки, пов'язаних зі здоров'ям, та збільшення потенціалу та знань. Таким чином, існують дані, що підтверджують співпрацю між ГЗ та ПМД як стратегію вирішення принципів рівності та доступу до медичної допомоги та посилення потенціалу для досягнення цілі «здоров'я для всіх». Увага до структурних та процесуальних факторів, що перешкоджають та сприяють співпраці між цими секторами,

ймовірно, буде вартою і вимагає зусиль політиків, менеджерів та медичних працівників.

На системному рівні необхідне сильне керівництво з боку тих, хто формує політику, для створення політики, яка підтримує співпрацю, зменшує відстань між ГЗ та ПМД і забезпечує розширену комунікацію та співпрацю всередині та між рівнями управління. Одним з бар'єрів на рівні систем для співпраці між ПМД та ГЗ є відсутність стійкого фінансування для надання постачальникам послуг участі у співпраці, а також відсутність фінансування інформаційних систем та систем моніторингу і оцінки.

1.2. Інтеграція послуг громадського здоров'я в систему первинної медичної допомоги в Україні

Послуги громадського здоров'я інтегровані в практику ЛЗП-СЛ відіграють важливу роль в профілактиці захворювань та зміцненні здоров'я про це йдеться в Алма-Атинській декларації ВООЗ (1978 р.) [32].

В Україні вивчалось питання щодо мотивації медичного персоналу до якісної та ефективної праці [70-75]. Автори вказують на те, що в залежності від віку медичних працівників, спеціальності, місцевості та міста роботи медичних працівників мотиваційні чинники можуть бути різними: економічного, професійного та соціального характеру [76-78].

В результаті реформи системи охорони здоров'я в Україні було визначено оновлений порядок надання послуг первинної медичної допомоги населенню [33]. Зокрема, зміни в порядку стосувалися послуг з профілактики соціально небезпечних захворювань, які частково були включені до переліку медичних втручань для пацієнтів з певних груп ризику. Так, для пацієнтів, що мали незахищені статеві контакти з людьми, які живуть з ВІЛ або споживають ін'єкційні наркотики; вживають ін'єкційні наркотики; мали гомосексуальні контакти; надавали сексуальні послуги за плату або наркотики сімейні лікарі

повинні проводити тестування на ВІЛ, а для тих що мали контакти з хворими на туберкульоз, мають ВІЛ чи перебували у закладах ДКВС – проводити скринінг на туберкульоз. Враховуючи, що такі послуги в Україні раніше надавалися виключно спеціалізованими закладами охорони здоров'я, виникає питання щодо готовності працівників ПМД надавати подібні послуги, а також працювати з певними групами населення, що мають ризики набути соціально небезпечних захворювань, що стало предметом спеціального дослідження виконаного на замовлення Державної установи «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» [34]. У фокусі дослідження знаходяться питання сприйняття, готовності та надавачів ПМД щодо надання медичних послуг представникам груп ризику, послуг лікування та профілактики соціально небезпечних захворювань (ВІЛ, туберкульоз, вірусні гепатити). Дослідження виконано методом кількісного опитування надавачів ПМД з 9 областей України методом особистого опитування. Обсяг вибірки становив 800 осіб.

За результатами дослідження понад половина опитаних стверджували, що готові надавати послуги профілактики соціально небезпечних захворювань, за виключенням послуг медикаментозної профілактики ВІЛ, щодо яких опитані продемонстрували найнижчий рівень обізнаності і готовності [35]. Відповідно 44% та 42% опитаних виявилися не готовими надавати послуги медикаментозної профілактики ВІЛ та туберкульозу. При цьому, 23% вказали, що жоден з факторів підвищення мотивації не вплинув би на їх особисту мотивацію до надання послуг профілактики соціально небезпечних захворювань, а 69% вважають, що додаткова оплата могла б мотивувати їх до ефективного надання таких послуг [36].

Гречишкіна Н. та Грузева Т. досліджують обізнаність та ставлення лікарів первинної ланки щодо профілактики неінфекційних захворювань, провівши опитування лікарів м. Києва [37]. В рамках опитування з'ясовуються обізнаність та ставлення ЛЗП-СЛ як щодо таких діагностичних процедур вторинної профілактики (скринінг) як вимірювання артеріального тиску, індексу маси тіла,

вимірювання холестерину в крові та ін., так і щодо первинної профілактики неінфекційних захворювань, що спрямована на запобігання ризикам виникнення захворювань (нездорове харчування, ожиріння, куріння, споживання алкоголю і низька фізична активність). Зокрема, щодо кожної з діагностичних процедур (скринінгів) респондентам було запропоновано відповісти на питання про випадки призначення ними тієї чи іншої процедури за шкалою «Усім пацієнтам незалежно від мети їхнього візиту», «Щорічно тільки у групі ризику», «Тільки за наявності скарг у пацієнта», «Ніколи». Ступінь участі опитаних у різних напрямках профілактичної роботи спрямованої на попередження факторів ризику виникнення НІЗ оцінювалася за шкалою «Ніколи», «Іноді», «Постійно в умовах прийому», «Завжди» щодо кожного з напрямків (як то відмова від куріння чи раціональна дієта») щодо яких респонденти здійснювали консультування пацієнтів. Попри високу частоту застосування такого скринінгового методу як вимірювання артеріального тиску (67,7 % опитаних призначаються цю процедуру усім пацієнтам незалежно від мети їхнього візиту), наприклад, 14,4 % ніколи не призначали вимірювання зросту і маси тіла, а 40,5 % - скринінг на рак шийки матки. Також, наприклад, в рамках дослідження виявлено, що ніколи або ж іноді проводять профілактичну роботу щодо споживання алкоголю 25,1 % респондентів, а щодо зменшення надмірної маси тіла 25,1 %.

Результати дослідження засвідчили низький рівень знань, умінь і навичок щодо профілактики НІЗ серед респондентів, наприклад, лише 37,3 % респондентів використовували в своїй роботі такий показник як індекс маси тіла. При цьому лише 76,7% опитаних використовували в своїй роботі відповідні клінічні рекомендації, а серед причин їх невикористання називали відсутність досвіду, складність використання, невпевненість у їхній ефективності. Більше 70,9% опитаних погодилися з тим, що низький рівень профілактичної роботи є результатом низького рівня викладання питань профілактики в закладах вищої

освіти. Серед інших причин – відсутність регламентації питань профілактики в посадових обов'язках, недостача методичних матеріалів [37]

Додатково, дослідники адресували респондентам також питання щодо їх особистого ставлення та практик щодо здорового способу життя та профілактики НІЗ, що дозволи пов'язати їх особисті ставлення та практики з професійними.

Рівень знань, ставлення та готовність і вміння сімейних лікарів щодо профілактики серцево-судинних захворювань аналізує Корж О. [38]. В результаті дослідження (опитування 65 лікарів загальної практики – сімейної медицини) мотивації, когнітивного компонента (знання) та операційного (практики) виявлено, що лише 36 % лікарів мали високу мотивацію до використання відповідних рекомендації щодо ведення пацієнтів з серцево-судинними захворюваннями, 24,7 % респондентів оцінили рівень своїх знань з профілактики і лікування таких захворювань як високий. Також, 31 % лікарів оцінили свій рівень практичних навичок (операційний компонент) як високий.

Дослідники з Дніпропетровської медичної академії Міністерства охорони здоров'я України Лехан В., Крячкова Л. та Гриценко Л. в своїй статті «Доказова профілактика в роботі лікаря загальної практики – сімейного лікаря» [39] узагальнюють результати проведеної в Дніпропетровській області оцінки масштабів використання на первинному рівні скринінгових тестів, що мають доведену ефективність, а також відповідний рівень обізнаності керівників закладів первинної медико-санітарної допомоги. Виявлений в ході дослідження недостатній рівень обізнаності керівників закладів, а також невідповідність методів скринінгових досліджень, що використовувалися, критеріями доказовості, пояснюються авторами як наслідок термінологічних і змістових відмінностей щодо підходів до профілактики в рамках системи охорони здоров'я в Україні, орієнтованої на диспансеризацію населення, з одного боку та сучасними доказовими підходами до скринінгу, що фокусується на певних групах ризику [39].

Також, автори акцентують на тому, що поняття «доказова профілактика» в дискурсі охорони здоров'я набуло вжитку лише нещодавно, а його змістове наповнення і досі не відбулося [39]. В контексті знань щодо підходів до профілактики дослідники доходять висновку, що у стосунку до скринінгу респонденти часто не розрізняють поняття визначення захворювання та виявлення фактору ризику, що свідчить про нерозуміння ключових засад доказової профілактики, що передбачає в свої суті не диспансеризацію населення (масові огляди безсимптомних людей), а цільовий скринінг, який враховує стать, вік чи наявність певних факторів ризику.

В ході дослідження респондентам було запропоновано відповісти на питання щодо фактичного використання певних скринінгових тестів, а також щодо їх доцільності – доказовості (зокрема в контексті певного контингенту, віку, частоти використання). В багатьох випадках респонденти не змогли визначити коректний з точки зору доказової профілактики підхід або ж стикалися з труднощами у визначенні коректного контингенту, віку чи частоти використання. Наприклад, жоден респондент не визначив як доказовий метод скринінгу на зловживання алкоголем, що полягає в оцінці кількості вживаного алкоголю (анкета AUDIT-C) в усіх осіб з 18 років.

Для визначення обізнаності з питань імунопрофілактики було проанкетовано 210 сімейних лікарів в Україні [40]. За результатами анкетування виявлено, що 26 % респондентів не володіли знаннями законодавства з питань вакцинації, 63 % - не були обізнані щодо можливості створення тимчасових пунктів щеплень, 18 % - хибно відповіли на питання щодо виду та складу вакцин, а 53 % не вважають за можливе вакцинувати вагітних проти грипу. В контексті практик, 3% респондентів повідомили, що взагалі не призначають рекомендованих профілактичних щеплень, а 13 % не призначають вакцинацію кількома сумісними вакцинами. Отже, знання та практики лікарів загальної практики – сімейної медицини щодо здійснення імунопрофілактики вірогідно потребують удосконалення.

Таким чином за результатами проведеного аналітичного огляду наукових вітчизняних та закордонних інформаційних джерел можна константувати, що сумісна діяльність в профілактичному напрямку системи первинної медичної допомоги та системи громадського здоров'я дає позитивні результати в плані збереження та зміцнення здоров'я населення включаючи боротьбу з особливо небезпечними та соціально-значущими хронічними неінфекційними та інфекційними хворобами.

В доступних нам інформаційних джерелах представлено методологію визначення та застосування мотиваційних механізмів до розширення переліку послуг для населення та забезпечення їх високої якості. Використання наявного досвіду є важливим подальшій практичній діяльності.

РОЗДІЛ 2

ПРОГРАМА ТА МЕТОДОЛОГІЧНА БАЗА ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Організація дослідження

Дослідження проводилось в три етапи з використанням системного підходу та структурно-логічного аналізу (див. Рис.2.1). Виконання кожного організаційного етапу передбачало виконання поставлених завдань, отримані результати яких ставали підґрунтям для вирішення завдань наступних етапів та досягнення мети дослідження.

Мета дослідження	Визначити чинники впливу на мотивацію лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання якісних послуг громадського здоров'я та існуючі бар'єри (на прикладі послуг доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію).	
I етап	Аналіз існуючих міжнародних та національних підходів до інтеграції послуг громадського здоров'я на рівень ПМД та мотивації сімейних лікарів до забезпечення високої якості їх надання	
Методи системного підходу і аналізу, бібліосемантичній	Джерела наукова літератури (усього джерел – 78, з них 12 – іноземних авторів, знайдених за допомогою PubMed та Google Scholar)	
II етап	Вибір напрямку дослідження, формування мети, завдань, обґрунтування методів дослідження, розробка програми	
Обґрунтування методів та обсягів дослідження	Розробка програми дослідження	Розробка анкети для проведення соціологічного дослідження серед ЛЗП-СЛ
III етап	Встановлення необхідних для ЛЗП-СЛ мотиваційних механізмів та бар'єрів до впровадження послуг громадського здоров'я на первинний рівень надання медичної допомоги	
Соціологічне дослідження; статистична обробка та аналіз результатів соціологічного опитування 129 ЛЗП-СЛ:	Методи, що використані: системного підходу та системного аналізу, медико-статистичний, соціологічного опитування	
Формування висновків та практичних рекомендацій		
Методи системного підходу та системного аналізу наукових праць, структурно-логічного аналізу результатів власного дослідження.	Формування загальних висновків	
	Розробка практичних рекомендацій	

Рис.2.1. Програма дослідження

Перший організаційний етап: Вивчення та аналіз національних та закордонних літературних джерел з питань реформування системи охорони здоров'я, запровадження в країні системи громадського здоров'я, проведення адміністративно-територіальної реформи, досвіду інтеграції послуг громадського здоров'я на рівень ПМД та мотивації ЛЗП-СЛ до їх запровадження і якісного надання, а також встановлення бар'єрів на шляху вказаного процесу.

Другий організаційний етап: Формування методичної бази та програми дослідження. Під час виконання даного організаційного етапу було розроблено анкету для проведення соціологічного дослідження та визначені бази дослідження. Базою дослідження визначено ЛЗП-СЛ, які об'єднані в групи в соціальних мережах та працюють в м. Києві, Житомирі та Закарпатській областях.

Третій організаційний етап: Проведення соціологічного дослідження серед ЛЗП-СЛ, формування узагальнюючих таблиць та проведення і аналіз отриманих результатів дослідження.

Опитування лікарів загальної практики-сімейних лікарів проводилося з використанням спеціально розробленої для цього анкети. Анкета представлена в додатку А-1.

Під час виконання даного етапу дослідження було сформовано висновки та практичні рекомендації.

2.2. Методологія дослідження

Для вирішення завдань дипломної кваліфікаційної роботи було використано наступні методи:

- *бібліосемантичний* — для вивчення та проведення аналізу існуючих підходів до мотивації медичних працівників первинної ланки з надання послуг громадського здоров'я і безпосередньо послуг з доконтактної профілактики ВІЛ

та проведення скринінгу на депресію;

- *соціологічний* — для проведення дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів щодо мотиваційних механізмів та бар'єрів до інтеграції на первинний рівень послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію;

- *медико-статистичний* — з метою статистичної обробки отриманих в ході соціологічного дослідження результатів;

- *структурно-логічного аналізу* – з метою підведення підсумків та представлення результатів дослідження;

У список використаних джерел літератури увійшло 78 інформаційних джерел науково-методичної літератури, серед яких 12 закордонних авторів. Наукова література за темою магістерського дослідження аналізувалась як на початку так і впродовж виконання дослідницької роботи, що дозволило сформулювати проблему, визначити її актуальність, та напрямки роботи; теоретично обґрунтувати об'єкт, предмет, мету і завдання кваліфікаційної магістерської роботи; визначити шляхи їхнього вирішення;

Слід зазначити, що використання міждисциплінарного та системного підходу при проведенні дослідження дав можливість для ширшого сприйняття проблеми співпраці ПМД та системи громадського здоров'я в напрямку збереження та зміцнення здоров'я населення

В ході виконання роботи використано загально прийнятий метод обробки первинної статистичної інформації.

Таким чином, використання сучасних методів наукового дослідження як самостійно, так і в комплексі в зазначених обсягах дозволило отримати репрезентативні результати які покладені в основу практичних рекомендацій, що в цілому дозволило досягти мети дослідження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Відповідно до програми дослідження під час виконання третього організаційного етапу з використанням методу соціологічного дослідження за спеціально розробленою анкетною було опитано 129 лікарів загальної практики-сімейних лікарів м. Києва, Житомирської та Закарпатської областей. Із числа опитаних 72 було тих, хто працює в містах та 57 працюючих в сільській місцевості. Участь у дослідженні була добровільною. Активність ЛЗП-СЛ склала 68,5%. Було роздано 200 анкет, отримано заповненими 137. 8 анкет не підлягали статистичній обробці та аналізу в зв'язку з неповним заповненням. В ході дослідження було збережено конфіденційність інформації про респондентів так як анкета була анонімною.

Результати дослідження представлено в даному розділі.

В табл. 3.1 представлено дані про ЛЗП-СЛ, які прийняли участь у дослідженні.

Таблиця 3.1

Характеристика лікарів загальної практики-сімейних лікарів, які взяли участь у дослідженні

Характеристика	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
Чоловік	29	40,3	22	38,6
Жінка	43	59,7	35	61,4
Вік до 30 років	17	23,6	8	14,0
31-50 років	29	40,3	12	21,1
50-65 років	11	15,3	26	45,6
65 і старше	15	20,8	11	19,3
Спеціалізація із ЗЛП-СМ	41	56,9	41	71,9
Інтернатура із ЗЛП-СМ	31	43,1	16	28,1

Аналіз якісного складу опитаних ЛЗП-СЛ вказує на те, що їх статистичну більшість склали жінки, при цьому найбільшу їх частку склали особи у віці після 50 років, які пройшли спеціалізацію з первинної медичної допомоги.

3.1. Готовність ЛЗП-СМ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Першим кроком дослідження стало вивчення рівня готовності опитаних ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію. Отримані результати наведено в табл.3.2.

Таблиця 3.2

Рівень готовності опитаних ЛЗП-СМ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Характеристика	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
<i>Послуги з доконтактної профілактики ВІЛ</i>				
Готові	41	56,9	31	54,4
Не готові	29	40,3	17	29,8
Не визначилися	2	2,8	9	15,8
<i>Проведення скринінгу на депресію</i>				
Готові	54	75,0	33	57,9
Не готові	19	26,4	13	22,8
Не визначилися	9	12,6	11	19,3

Аналіз наведених в табл. 3.2 результатів дослідження вказує на те, що серед опитаних ЛЗП-СЛ, які працюють в містах готовими до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ є 56,9%, а проведення скринінгу на депресію - 75,0% респондентів. Із числа тих, які працюють в сільській місцевості готовими до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ є опитаних 54,4%, а проведення скринінгу на депресію - 57,9% респондентів.

Далі вивчалоя питання щодо рівня самооцінки опитаними ЛЗП-СЛ особистих навичок з надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію. Отримані в ході соціологічного опитування результати наведено в табл. 3.3. Враховуючи практичну відсутність в

показниках самооцінки різниці ЛЗП-ЗП, які працюють в містах та сільській місцевості в таблиці результати наведено сумісно.

Таблиця 3.3

Рівень володіння опитаними ЛЗП-СМ навичками надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Показник	Варіант відповіді					
	Так		Ні		Не визначився	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<i>Послуги з доконтактної профілактики ВІЛ</i>						
Володіння навичками	55	42,6	53	41,1	21	16,3
<i>Проведення скринінгу на депресію</i>						
Володіння навичками	51	39,5	54	42,5	24	18,6

Отримані в ході дослідження та наведені в табл. 3.3 дані вказують на те, що опитані ЛЗП-СЛ оцінили позитивно особисті навички таким чином: володіння навичками доконтактної профілактики ВІЛ - 42,6% і проведення скринінгу на депресію - 39,5%. Вказані дані є недостатніми для запровадження вказаних послуг на первинний рівень надання медичної допомоги.

3.2. Мотиваційні механізми ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

При вивченні бажаних для ЛЗП-СЛ мотиваційних механізмів економічного характеру було узагальнено та статистично опрацьовано отримані результати, які представлено в табл.3.4.

Таблиця 3.4

Економічні мотиваційні механізми ефективної праці ЛЗП-СЛ по запровадженню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Мотиваційні механізми	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
Оплата особливих умов праці, пов'язаних з наданням вказаних послуг	70	97,2	57	100,0
Можливість офіційного отримання подяки від пацієнтів	59	81,9	12	21,1
Отримання грошових премій	32	44,4	27	47,4
Отримання премій у формі цінних подарунків	26	36,1	19	33,3
Отримання службового житла	29	40,3	9	15,8
Надання оплачуваних відгулів, додаткових днів відпустки	65	90,3	57	100,0

Аналіз наведених в табл.3.4 результатів дослідження вказав на важливість для ЛЗП-СЛ незалежно від місця роботи таких економічних стимулів як оплата особливих умов праці, пов'язаних з наданням вказаних послуг (97,2% та 100,0% відповідно) та надання оплачуваних відгулів, додаткових днів відпустки (90,3% та 100,0% відповідно).

Отримана в ході опитування ЛЗП-СЛ оцінка ними важливості професійних мотиваційних механізмів до ефективної праці по запровадженню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію наведена в табл. 3.5.

Таблиця 3.5

Професійні мотиваційні механізми ефективної праці ЛЗП-СЛ по запровадженню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Мотиваційні механізми	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
Можливість безоплатного підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти	63	87,5	52	91,2
Можливість безоплатної участі у наукових з'їздах, конференціях, семінарах	57	79,2	19	33,3
Можливість безоплатної спеціалізації за вибраною медичною спеціальністю	26	36,1	12	21,1
Можливість зміни робочого місця (посади) в ЗОЗ	19	26,4	9	15,8
Можливість набуття нових компетентностей та розширення обсягу професійної діяльності.	37	51,4	31	54,4
Участь в прийнятті рішень з удосконалення особистої професійної діяльності	39	54,2	29	50,9
Участь в прийнятті рішень з удосконалення комплексної діяльності сімейної амбулаторії	35	48,6	32	56,1
Не визначився	9	12,5	5	8,8

За аналізом наведених в табл.3.5 результатів дослідження важливими мотиваційними факторами професійної спрямованості для опитаних ЛЗП-СЛ є можливість безоплатного підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти (87,5% та 91,2% відповідно), можливість безоплатної участі у наукових з'їздах, конференціях, семінарах (79,2% та 33,3% відповідно), можливість набуття нових компетентностей та розширення обсягу професійної діяльності (51,4% та 54,4% відповідно).

Важливі соціальні мотиваційні механізми ефективної праці ЛЗП-СЛ по запровадженню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію наведено в табл.3.6.

Таблиця 3.6

Соціальні мотиваційні механізми ефективної праці ЛЗП-СЛ по запровадженню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Мотиваційні механізми	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
Забезпечення гнучкого графіка роботи для працівників	54	75,0	32	56,1
Вручення туристичних путівок, квитків на культурні заходи	31	43,1	36	69,3
Організація корпоративних заходів	37	51,4	21	36,8
Персональна публічна похвала	49	68,1	39	68,4
Привітання працівників зі значущими датами (ювілей, весілля, народження дитини)	37	51,4	29	50,9
Надання допомоги в сімейних справах (наприклад, надання транспорту при переїзді)	28	38,9	31	54,4
Організування харчування співробітників	31	43,1	12	21,1
Надання абонементів в спортивні клуби	26	36,1	11	19,3

Аналіз наведених в табл. 3.6 даних вказує на те, що для опитаних ЛЗП-СЛ найбільш важливими соціальними мотиваційними механізмами являються:

- персональна публічна похвала (68,1 % та 68,4% відповідно);
- привітання працівників зі значущими датами (ювілей, весілля, народження дитини) (51,4% та 50,9% відповідно);
- забезпечення гнучкого графіка роботи для працівників (75,0 % та 56,1% відповідно).

3.3. Бар'єри для ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Наступним етапом дослідження було встановлення бар'єрів для ЛЗП-СЛ до надання населенню послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення

скринінгу на депресію. Отримані в ході дослідження результати наведено в табл.3.7.

Таблиця 3.7

Бар'єри для ЛЗП-СЛ до впровадження послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію

Показник	Кількість відповідей	
	абс.	%
Відсутність інформації про ВІЛ та заходи профілактики	103	79,8
Недостатній рівень теоретичних знань та практичних навичок	86	66,7
Визначення нормативною базою не ЛЗП-СЛ провайдером даних послуг	102	79,1
Відсутність економічної мотивації та доплат згідно до чинного законодавства	109	84,5
Низький рівень довіри вказаного контингенту населення до ЛЗП-СЛ з даних питань	93	72,1
Не визначився	20	15,5

Проведений аналіз наведених в табл. 3.7 результатів дослідження вказав на те, що головними перепонами на шляху впровадження послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію на первинний рівень надання медичної допомоги на думку респондентів є:

- Відсутність економічної мотивації та доплат згідно до чинного законодавства – 84,5%;
- Відсутність інформації про ВІЛ та заходи профілактики – 79,8%;
- Визначення нормативною базою не ЛЗП-СЛ провайдером даних послуг – 79,1%;
- Низький рівень довіри вказаного контингенту населення до ЛЗП-СЛ з даних питань – 72,1%.

Таким чином, за результатами проведеного дослідження можна зробити наступні висновки:

1) Опитані ЛЗП-СЛ мають низький рівень готовності до та низький рівень навичок з надання послуг населенню з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію.

2) В ході дослідження встановлено мотиваційні механізми для ЛЗП-СЛ

економічного, соціального та професійного характеру, запровадження яких буде сприяти ефективному впровадженню на первинному рівні надання медичної допомоги послуг населенню з доконтактної профілактики ВІЛ і проведенню скринінгу на депресію.

3) Встановлено бар'єри, як перешкоди до впровадження на первинному рівні надання медичної допомоги послуг населенню з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію, які носять комплексний характер і підлягають усуненню на центральному, галузевому, територіальному та базовому рівнях управління.

ВИСНОВКИ ТА РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Аналіз даних міжнародних наукових джерел показав наявність досвіду в країнах світу з інтеграції послуг громадського здоров'я на рівень первинної медичної допомоги з використанням різних механізмів мотивації ЛЗП-СЛ до якісного надання відповідних послуг. В Україні, на фоні реформування системи охорони здоров'я з пріоритетним розвитком первинної медичної допомоги та впровадження гарантованого державою обсягу медичної допомоги і проведення адміністративно-територіальної реформи з впровадженням системи громадського здоров'я мається незначна кількість наукових досліджень в яких розкриваються питання інтеграції надання медичної допомоги на первинному рівні та застосування мотиваційних механізмів в системі охорони здоров'я.

2. З використанням методу соціологічного дослідження за спеціально розробленою анкетною було опитано 129 лікарів загальної практики-сімейних лікарів м. Києва, Житомирської та Закарпатської областей із числа яких було 72 тих, хто працює в містах та 57 працюючих в сільській місцевості більшість із яких склали жінки, при цьому найбільшу їх частку склали особи у віці після 50 років, які пройшли спеціалізацію з первинної медичної допомоги.

3. В ході дослідження встановлено, що серед опитаних ЛЗП-СЛ, які працюють в містах готовими до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ є 56,9%, а проведення скринінгу на депресію - 75,0% респондентів, із числа тих, які працюють в сільській місцевості готовими до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ є опитаних 54,4%, а проведення скринінгу на депресію - 57,9% респондентів, при цьому опитані ЛЗП-СЛ оцінили позитивно особисті навички володіння доконтактною профілактикою ВІЛ у 42,6% випадках та проведення скринінгу на депресію - 39,5% опитаних.

4. Результатом дослідження є те, що для ЛЗП-СЛ незалежно від місця роботи серед економічних стимулів впровадження на рівні ПМД послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію важливе

значення мають такі як оплата особливих умов праці, пов'язаних з наданням вказаних послуг (97,2% та 100,0% відповідно для міських та сільських ЛЗП-СЛ) та надання оплачуваних відгулів, додаткових днів відпустки (90,3% та 100,0% відповідно).

5. Встановлено, що важливими мотиваційними факторами професійної спрямованості для опитаних ЛЗП-СЛ є можливість безоплатного підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти (87,5% та 91,2% відповідно), можливість безоплатної участі у наукових з'їздах, конференціях, семінарах (79,2% та 33,3% відповідно), можливість набуття нових компетентностей та розширення обсягу професійної діяльності (51,4% та 54,4% відповідно).

6. За результатами соціологічного дослідження показано, що для опитаних ЛЗП-СЛ найбільш важливими соціальними мотиваційними механізмами являються: персональна публічна похвала (68,1 % та 68,4% відповідно); привітання працівників зі значущими датами (ювілей, весілля, народження дитини) (51,4% та 50,9% відповідно); забезпечення гнучкого графіка роботи для працівників (75,0 % та 56,1% відповідно).

7. Встановлено, що головними бар'єрами на шляху впровадження послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію на рівень ПМД на думку респондентів є: відсутність економічної мотивації та доплат згідно до чинного законодавства – 84,5%; відсутність інформації про ВІЛ та заходи профілактики – 79,8%; визначення в нормативні базі провайдера даних медичних послуг з відсутністю ЛЗП-СЛ – 79,1%; низький рівень довіри вказаного контингенту населення до ЛЗП-СЛ з даних питань – 72,1%/

8. За результатами дослідження розроблені практичні рекомендації, які носять міжсекторальний характер та охоплюють всі рівні управління і скеровані на усунення виявлених бар'єрів на шляху впровадження послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію на первинний рівень надання медичної допомоги.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Отримані в ході дослідження результати дозволяють зробити наступні практичні рекомендації:

- Передбачити у програмі медичних гарантій в рамках пакету надання первинної медичної допомоги послуги з доконтактної профілактики ВІЛ, надавачами яких буде визначено ЛЗП-СЛ;

- Включити до робочих програм післядипломного рівня підготовки лікарів загальної практики- сімейних лікарів питання щодо проведення доконтактної профілактики ВІЛ і скринінгу на депресію;

- Розробити критерії мотивації та економічних, професійних, соціальних стимулів для ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію, що можуть бути впроваджені як на загальнодержавному рівні в рамках державного фінансування послуг охорони здоров'я так і на рівні громад. .

- Запровадити систему (цільові тренінги) підготовки ЛЗП-СЛ до надання послуг з доконтактної профілактики ВІЛ і проведення скринінгу на депресію на рівні закладів охорони здоров'я з акцентом на питання уникнення стигматизації цільових груп зазначених втручань.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015-2020 років [Електронний ресурс] / Стратегічна дорадча група з питань реформування системи охорони здоров'я в Україні,. 2015. – 41 с.- Режим доступу: <http://healthsag.org.ua/strategiya/>
2. Охорона здоров'я України: стан, проблеми, перспективи : спеціалізоване видання] / В. М. Князевич, В. В. Лазоришинець, І. В. Яковенко [та ін.]. – Київ-Тернопіль, 2009. – 440 с.
3. Попченко Т.П. Реформування сфери охорони здоров'я України: організаційне, нормативно-правове та фінансово-економічне забезпечення (аналітична доповідь). Київ, 2011. – 61 с.
4. Лехан В. М. Стратегія розвитку системи охорони здоров'я: український вимір / В. М. Лехан, Г. О. Слабкий, М. В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 1 (13). – С. 5–23.
5. Пілотний проект "Реформа медичного обслуговування": цілі та кроки реалізації / В.М. Лехан, В.Г. Гінзбург, Г.О. Слабкий [та ін.] // Україна. Здоров'я нації. – 2010. – № 3 (15). – С. 7–15.
6. Позитивний досвід реформування галузі охорони здоров'я регіонів / О. В. Аніщенко, Р. О. Моїсеєнко, О. К. Толстанов [та ін.]. – К., 2011. – 149 с.
7. Реформування галузі охорони здоров'я: Вінницька, Донецька, Дніпропетровська, Одеська, Полтавська області, м. Київ. Результати, проблеми, шляхи вирішення. – Київ, 2014. – 207 с.
8. Шевченко М. В. Пілотний проект реформування системи охорони здоров'я (застосування елементів програмно-цільового методу, перехід до стратегічних закупівель) / М. В. Шевченко, Г. О. Слабкий // Вісник соц. гігієни та організації охорони здоров'я України. – 2014. – № 4. – С. 17–21.
9. Трагедія, якої можна уникнути. Подолання в Україні кризи здоров'я людини. Досвід Європи. /світовий банк. – К.: ВЕРСО-04-2009- 72 с.

10. Реформа больниц в новой Европе под ред. Martin McKee и Judith Healy Open University Press, 2002, World Health Organization, 2002. – 295 p.

11. Шевченко М. В. Недоліки та основні напрямки реформування системи фінансування в Україні / М. В. Шевченко // Вища освіта в медсестринстві: проблеми і перспективи : Всеукр. наук.-практ. конф., м. Житомир, 10–11 листопада 2011 р. : тези доп. / за ред. В. Й. Шатила. – Житомир : Полісся, 2011. – С. 373–374.

12. Слабкий Г. О. Реформування системи охорони здоров'я : механізми формування первинної медичної допомоги на сучасному етапі / Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина // Журн. сімейного лікаря та сімейної медсестри. – 2011. – № 5. – С. 3–6.

13. Толстанов О. К. Щодо характеристики системи первинної медико-санітарної допомоги в Україні / О. К. Толстанов, Л. Ф. Матюха, В. Г. Слабкий // «Резистентність до протимікробних препаратів та її глобальне поширення» в рамках святкування 170-річчя Національного медичного університету ім. О.О. Богомольця : Міжнар. наук.-практ. конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2011 р., м. Київ, 7–8 квітня 2011 р. – К., 2011. – С. 240–241.

14. Кризина Н. П. Механізми державного регулювання розвитку медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні / Н. П. Кризина, В. Г. Слабкий // Професійне управління та інвестиції в систему охорони здоров'я: Укр. вимір : матеріали I Всеукр. наук.-практ. конф., м. Харків, 14 квітня 2011 р. – Харків, 2011. – С. 21–24.

15. Первинна медико-санітарна допомога/сімейна медицина : [монографія] / З. М. Митник, Г. О. Слабкий, Н. П. Кризина; за ред. В. М. Князевича; МОЗ України. – К., 2010. – 404 с.

16. Слабкий Г. Нові підходи до організації первинної медико-анітарної допомоги/ Г. Слабкий, К. Надутый, Л.Матюха // Практика управління медичним закладом– 2011. – № 7. – С. 16–22.

17. Розвиток первинної медичної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні. До 20-річчя Української асоціації сімейної медицини. Бабінець Л.С., Базелевич А.Я., Бацюра Г.В., Слабкий Г.О. та інші. - Бровари: АНФ ГРУП, 2018.- 168 с.

18. Закон України „Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” 19 жовтня 2017 року № 2168-VIII. [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://search.liga.zakon.ua/l_doc2.nsf/link1/T172168.html– Назва з екрану

19. Постанова КМУ від 27 грудня 2017 р. № 1101 «Про утворення Національної служби здоров'я України». Із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ № 753 від 21.08.2019, № 1073 від 27.11.2019, № 1067 від 06.10.2021.

20. Пакети медичних послуг. Зміст та підхід до контрахтування закладів охорони здоров'я. Національна служба здоров'я України. Київ. 2020. – 59 с.

21. Специфікації та умови закупівлі за програмою медичних гарантій у 2022 році. <https://contracting.nszu.gov.ua/vimogi-pmg-2022>

22. Кизима І.С. Стимули до інноваційної діяльності в установах охорони здоров'я // Вісник Національного університету „Львівська політехніка”: Проблеми економіки та управління. – Львів: Вид-во Національного університету „Львівська політехніка”, 2007. – № 579. – С. 462–465.

23. Купліванчук А.В., Лехан В.М., Слабкий Г.О., Шевченко М.В., Расточило С.С., Дорошенко О.О. Методичні рекомендації щодо встановлення надбавок за обсяг та якість виконаної роботи працівникам закладів охорони здоров'я, що надають первинну медичну допомогу та є учасниками пілотного проекту з реформування системи охорони здоров'я// Київ., 2012 – 13 с.

24. Слабкий Г.О, Миронюк В.І., Качала Л.О. Система громадського здоров'я: бачення Всесвітньої організації охорони здоров'я. Основні оперативні функції громадського здоров'я та їх зміст// Україна. Здоров'я нації. 2017. №3 (44). С. 24-31

25. Миронюк І.С. До структури національної системи громадського здоров'я України / І.С. Миронюк, Г.О. Слабкий, В.В. Шафранський // Вісник проблем біології і медицини. – 2017. – Вип.3, том 2 (138). – С. 135-142.

26. Шафранський В.В., Слабкий Г.О., Миронюк І.С. Характеристика кваліфікаційних вимог до фахівців системи громадського здоров'я// Вісник проблем біології та медицини. 2017. – Випуск 2 (136). – С.351-354

27. Европейский план действий по укреплению потенциала и услуг общественного здравоохранения. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2012 (документ EUR/RC62/12). – 52 с

28. Про добровільне об'єднання територіальних громад: Закон України від 5 лютого 2015 р. № 157-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/157-19> (дата звернення: 22.02.2021).

29. Про засади державної регіональної політики: Закон України від 5 лют. 2015 р. № 156-VIII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18> (дата звернення: 22.02.2021).

30. Про співробітництво територіальних громад: Закон України від 17 черв. 2014 р. № 1508-VII. URL: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1508-18> (дата звернення: 22.02.2021).

31. Данко Д.В. Геополітичні, демографічні та соціально-економічні характеристики Закарпатської області, як важливі чинники реформи системи охорони здоров'я в регіоні// Україна. Здоров'я нації. 2019. №4 - С. 17-21

32. http://www.who.int/publications/almaata_declaration_en.pdf

33. <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0348-18#Text>

34. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PMD_report.pdf

35. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PMD_report.pdf

36. https://www.phc.org.ua/sites/default/files/users/user90/PMD_report.pdf

37. Гречишкіна Н. В.; Грузєва Т. С. Вивчення обізнаності та ставлення лікарів первинної ланки щодо профілактики неінфекційних захворювань. Сімейна медицина, 2015, 6: 22-24.

38. Корж, О. М. Рівень знань сімейних лікарів із питань профілактики серцево-судинних захворювань. *Здоров'я суспільства*, 2017, 6, № 4: 147-148
39. Лехан В. М., Крячкова Л. В., Гриценко Л. О. Доказова профілактика в роботі лікаря загальної практики–сімейного лікаря. *Сучасні медичні технології*, 2017, 4: 60-66.
40. Грицко Р. Ю., et al. Вакцинация в практике семейного врача. *Семейная медицина*, 2020, 1-2: 45-49.
41. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. *Implement Sci.* 2009;4:50
42. PrEP Awareness and Attitudes in a National Survey of Primary Care Clinicians in the United States, 2009-2015. Smith DK, Mendoza MC, Stryker JE, Rose CE. *PLoS One.* 2016; 11(6):e0156592.
43. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS.* 2020 Mar;34(3):111-123. doi: 10.1089/apc.2019.0189. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109141; PMCID: PMC7087402.
44. Pleuhs B, Quinn KG, Walsh JL, Petroll AE, John SA. Health Care Provider Barriers to HIV Pre-Exposure Prophylaxis in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS.* 2020 Mar;34(3):111-123. doi: 10.1089/apc.2019.0189. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109141; PMCID: PMC7087402.
45. Крисько М.О. Щодо готовності сімейних лікарів до надання медичних послуг ВІЛ-інфікованим та хворим на СНІД//*Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України.* 2012. - № 1. – С. 112-115
46. Крисько М.О. Результати вивчення готовності лікарів загальної практики/ сімейних лікарів надавати медичну допомогу ВІЛ-інфікованим пацієнтам// *Східноєвропейський журнал громадського здоров'я. Спеціальний*

випуск. Матеріали V з'їзду спеціалістів з соціальної медицини та організаторів охорони здоров'я України. 11-12 жовтня 2012 р. - С. 57-58.

47. Крисько М.О. Модель інтеграції медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень// Східноєвропейський журнал громадського здоров'я - 2012.- № 2-3 – С. 188-190

48. Слабкий Г.О., Лобас В.М., Знаменська М.А., Юрченко О.В. Крисько М.О. Інтеграція медичної допомоги з ВІЛ/СНІД на первинний рівень. // Методичні рекомендації / МОЗ України, Донецький національний медичний університет ім. М. Горького.- м. Київ, 2013.

49. Крисько М.О. Результати комплексної експертної оцінки з питань інтеграції медичної допомоги з ВІЛ\СНІДу на первинний рівень // Україна. Здоров'я нації. – 2015. – № 4. - С.

50. Слабкий Г.А., Крисько М.А., Знаменская М.А., Левенец Н.Г. Модель интеграции службы ВИЧ/СПИД и ИППП на первичный уровень оказания медицинской помощи/VI съезд дерматовенерологов и косметологов республики Узбекистан, посвященный 80-летию образования республиканского специализированного научно-практического научного центра дерматологии и венерологии, 23-24 ноября 2012 года// Сборник научных статей. г. Тошкент, 2012 – С.173-174

51. Слабкий Г.О., Крисько М.О. Удосконалення медичної допомоги з ВІЛ/СНІД в умовах пріоритетного розвитку сімейної медицини// Міжнародний медичний конгрес «Впровадження сучасних досягнень медичної науки в практику охорони здоров'я України». Київ. 25-27 вересня 2012 року. – С. 6

52. Миронюк І. С. Консультування та тестування на ВІЛ в практиці лікарів первинної медико-санітарної допомоги населенню : метод. посіб. для викладачів 3-денного навчального семінару з підготовки лікарів первинної медико-санітарної допомоги населенню з питань надання послуг консультування і тестування на ВІЛ (КіТ на ВІЛ) населенню// І. С. Миронюк, М. О. Крисько. – К. : Бюро ВООЗ в Україні, 2015. – 72 с.

53. Досвід підготовки працівників вищої школи до викладання проблем профілактики передачі ВІЛ/СНІД від матері до дитини// «Старіння та здоров'я» // Т. І. Тарасова, Г. О. Слабкий, М. О. Крисько, Г. В. Шпак // Міжнар. наук.-практ. конф., присвячена Всесвітньому дню здоров'я 2012 р., м. Київ, 2012 р. – К., 2012. –262 с.

54. Wakida EK, Talib ZM, Akena D, Okello ES, Kinengyere A, Mindra A, Obua C. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev.* 2018 Nov 28;7(1):211. doi: 10.1186/s13643-018-0882-7. PMID: 30486900; PMCID: PMC6264616

55. Murphy J, Corbett KK, Linh DT, Oanh PT, Nguyen VC. Barriers and facilitators to the integration of depression services in primary care in Vietnam: a mixed methods study. *BMC Health Serv Res.* 2018 Aug 16;18(1):641. doi: 10.1186/s12913-018-3416-z. PMID: 30115050; PMCID: PMC6097413

56. Blackstock OJ, Moore BA, Berkenblit GV, Calabrese SK, Cunningham CO, Fiellin DA, Patel VV, Phillips KA, Tetrault JM, Shah M, Edelman EJ. A Cross-Sectional Online Survey of HIV Pre-Exposure Prophylaxis Adoption Among Primary Care Physicians. *J Gen Intern Med.* 2017 Jan;32(1):62-70. doi: 10.1007/s11606-016-3903-z. Epub 2016 Oct 24. PMID: 27778215; PMCID: PMC5215171

57. Ross I, Mejia C, Melendez J, Chan PA, Nunn AC, Powderly W, Goodenberger K, Liu J, Mayer KH, Patel RR. Awareness and attitudes of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention among physicians in Guatemala: Implications for country-wide implementation. *PLoS One.* 2017 Mar 3;12(3):e0173057. doi: 10.1371/journal.pone.0173057. PMID: 28257475; PMCID: PMC5336255.

58. Stevenson Rowan M, Hogg W, Huston P. Integrating public health and primary care. *Healthc Policy.* 2007;3(1):e160-e181.

59. Martin-Misener, Ruth & Valaitis, R. & Wong, Sabrina & MacDonald, Marjorie & Meagher-Stewart, Donna & Kaczorowski, Janusz & O'Mara, Linda & Savage, Rachel & Austin, Patricia. (2012). A scoping literature review of collaboration

between primary care and public health. Primary health care research & development. 13. 327-346. 10.1017/S1463423611000491.

60. Кизима І.С. Напрямки вдосконалення тарифної системи оплати праці у сфері охорони здоров'я // Наукові праці Кіровоградського національного технічного університету: Економічні науки. – Кіровоград: КНТУ, 2006. – Вип. 9. – С. 199–206.

61. Кизима І.С. Соціально-трудова відносина у сфері охорони здоров'я та напрями їх оптимізації // Формування ринкової економіки: Зб. наук. пр. Спец. вип. Управління людськими ресурсами: Проблеми теорії та практики. – К.: КНЕУ, 2007. – Т. 1. – Ч. 1. – С. 365–368.

62. Місевич М. А., Соболева Х. В. Моніторинг стимулів до ефективної праці в галузі охорони здоров'я. моделі мотивації. *Агросвіт*. 2020. № 21. С. 71–77. DOI: [10.32702/2306-6792.2020.21.71](https://doi.org/10.32702/2306-6792.2020.21.71)

63. Семикіна М., Кизима І., Масленко О. Національні особливості трансформації трудової поведінки персоналу // Вісник Тернопільського державного економічного університету. – Тернопіль: Економічна думка, 2006. – Вип. 5–1. – С. 194–206

64. Семикіна М.В., Кизима І.С. Сучасний механізм стимулювання праці у сфері охорони здоров'я // Динаміка наукових досліджень 2005. Матеріали IV міжнародної науково-практичної конференції. – Дніпропетровськ: Наука і освіта, 2005. – Т. 10. – С. 41–43

65. Галушко О., Слабкий Г. Керівництво із застосування схем стимулювання медичних працівників у сфері надання ВІЛ-послуг// Проект USAID «Реформа ВІЛ-послуг у дії». Київ, 2018. 42 с.

66. Анализ рабочей нагрузки, мотиваторов и стимулов труда медицинских работников, предоставляющих ВИЧ-услуги в семи регионах Украины / Проект USAID «Реформа ВИЧ-услуг в действии», Deloitte. Киев, 2016. 236 с

67. Стратегія розвитку і планування кадрових ресурсів системи охорони здоров'я у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на період до 2020 року.

Затверджена на засіданні Комітету з програмних питань Національної ради з питань протидії туберкульозу та ВІЛ-інфекції/СНІДу рішенням від 09.09.2016.

ДОДАТКИ

Додаток А

Додаток А. Анкета соціологічного дослідження серед лікарів загальної практики-сімейних лікарів

**Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук і соціальних технологій
Школа охорони здоров'я**

Шановні лікарі загальної практики-сімейні лікарі!

Проводиться дослідження по вивченню чинників впливу на мотивацію лікарів загальної практики-сімейних лікарів до надання якісних послуг з доконтактної профілактики ВІЛ та проведення скринінгу на депресію. Просимо Вас відповісти на питання анкети. Ми гарантуємо збереження конфіденційності інформації про Вас, як про автора відповідей. Анкета є анонімною. Участь в анкетуванні є добровільною. Отримані результати буде використано в узагальненому виді виключно з науковою метою.

Просимо Вас відповісти на питання загального характеру: (просимо поставити + проти необхідної характеристики)

Характеристика	Ваша відповідь	
	Позитивна	Негативна
Ви працюєте в місті		
Ви працюєте в селі		
Ваша стать		
Чоловік		
Жінка		
Ваш вік		
Вік до 30 років		
31-50 років		
50-65 років		
65 і старше		
Рівень підготовки із сімейної медицини		
Спеціалізація із ЗЛП-СМ		
Інтернатура із ЗЛП-СМ		

ПРОСИМО ВІДПОВІСТИ НА ПИТАННЯ:

1. Чи готові Ви запроваджувати послуги з доконтактної профілактики ВІЛ: так, ні, не визначився.
 2. Чи готові Ви запроваджувати послуги з проведення скринінгу на депресію: так, ні, не визначився.
-
1. Рівень Вашої самооцінки володіння навичками із доконтактної профілактики ВІЛ: володію, не володію, не визначився.
 2. Рівень Вашої самооцінки володіння навичками із проведення скринінгу на депресію: володію, не володію, не визначився.

ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ ЯКІ МОТИВАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ДЛЯ ВАС Є ВАЖЛИВИМИ (просимо поставити + проти необхідної характеристики)

Просимо вас вказати, які на вашу думку економічні мотиваційні механізми ефективної праці є важливими для запровадження послуг з доконтактної профілактики віл і проведення скринінгу на депресію (просимо поставити + проти необхідної характеристики)

Мотиваційні механізми	Ваша оцінка
Оплата особливих умов праці, пов'язаних з наданням вказаних послуг	
Можливість офіційного отримання подяки від пацієнтів	
Отримання грошових премій	
Отримання премій у формі цінних подарунків	
Отримання службового житла	
Надання оплачуваних відгулів, додаткових днів відпустки	

Просимо вас вказати, які на вашу думку професійні мотиваційні механізми ефективної праці є важливими для запровадження послуг з доконтактної профілактики віл і проведення скринінгу на депресію (просимо поставити + проти необхідної характеристики)

Мотиваційні механізми	Працює в місті		Працює в селі	
	абс	%	абс	%
Можливість безоплатного підвищення кваліфікації в закладах післядипломної освіти	63	87,5	52	91,2
Можливість безоплатної участі у наукових з'їздах, конференціях, семінарах	57	79,2	19	33,3
Можливість безоплатної спеціалізації за	26	36,1	12	21,1

вибраною медичною спеціальністю				
Можливість зміни робочого місця (посади) в ЗОЗ	19	26,4	9	15,8
Можливість набуття нових компетентностей та розширення обсягу професійної діяльності.	37	51,4	31	54,4
Участь в прийнятті рішень з удосконалення особистої професійної діяльності	39	54,2	29	50,9
Участь в прийнятті рішень з удосконалення комплексної діяльності сімейної амбулаторії	35	48,6	32	56,1
Не визначився	9	12,5	5	8,8

Просимо вас вказати, які на вашу думку соціальні мотиваційні механізми ефективної праці є важливими для запровадження послуг з доконтактної профілактики віл і проведення скринінгу на депресію (просимо поставити + навпроти необхідної характеристики)

Мотиваційні механізми	Ваша Відповідь
Забезпечення гнучкого графіка роботи для працівників	
Вручення туристичних путівок, квитків на культурні заходи	
Організація корпоративних заходів	
Персональна публічна похвала	
Привітання працівників зі значущими датами (ювілей, весілля, народження дитини)	
Надання допомоги в сімейних справах (наприклад, надання транспорту при переїзді)	
Організування харчування співробітників	
Надання абонементів в спортивні клуби	

ПРОСИМО ВАС ВКАЗАТИ, ЯКІ НА ВАШУ ДУМКУ Є БАР'ЄРИ ДЛЯ ЛЗП-СЛ ДО ВПРОВАДЖЕННЯ ПОСЛУГ З ДОКОНТАКТНОЇ ПРОФІЛАКТИКИ ВІЛ І ПРОВЕДЕННЯ СКРИНІНГУ НА ДЕПРЕСІЮ (просимо поставити + проти необхідної характеристики)

Показник	Ваша відповідь
----------	----------------

	+	-
Відсутність інформації про ВІЛ та заходи профілактики		
Недостатній рівень теоретичних знань та практичних навичок		
Визначення нормативною базою не ЛЗП-СЛ провайдером даних послуг		
Відсутність економічної мотивації та доплат згідно до чинного законодавства		
Низький рівень довіри вказаного контингенту населення до ЛЗП-СЛ з даних питань		
Не визначився		

**Дякуємо за участь у дослідженні.
Бажаємо здоров'я.**