



**ЦЕНТР
ГРОМАДСЬКОГО
ЗДОРОВ'Я**

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

**ВИВЧЕННЯ РІВНЯ ОБІЗНАНОСТІ
МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ЩОДО
РИЗИКІВ ФЕТАЛЬНОГО АЛКОГОЛЬНОГО
СПЕКТРУ ПОРУШЕНЬ (ФАСП) ТА ОЦІНКА
БАР'ЄРІВ ЩОДО ПРОФІЛАКТИКИ ФАСП**

Київ 2025



Цей звіт підготовлено за результатами дослідження, спрямованого на вивчення та оцінку рівня обізнаності медичних працівників щодо ризиків фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) та оцінку бар'єрів щодо профілактики ФАСП в 24 областях України (за виключенням тимчасово окупованих територій).

Документ містить аналітику ситуації, висновки та рекомендації для щодо рівня обізнаності медичних працівників з метою покращення ефективності впровадження заходів з профілактики та діагностики ФАСП.

Результати звіту можуть бути корисні для місцевих органів влади, регіональних установ та організацій, які беруть участь у формуванні стратегій і заходів з профілактики неінфекційних захворювань (НІЗ), зменшення вживання алкоголю населенням (зокрема вагітними жінками і тими, хто планує вагітність) та сприяння здоровому способу життя серед населення регіону та країни в цілому.

АВТОРКИ

Наталя Усенко, Катерина Марушко

РЕКОМЕНДОВАНЕ ЦИТУВАННЯ

Усенко Н., Марушко К., (2025). Аналітичний звіт за результатами дослідження вивчення рівня обізнаності медичних працівників щодо ризиків фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) та оцінка бар'єрів щодо профілактики ФАСП в 24 областях України (за виключенням тимчасово окупованих територій).

Дослідження проведено Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України» за сприяння обласних державних адміністрацій у 24 областях України.

ВІДМОВА ВІД ВІДПОВІДАЛЬНОСТІ:

Результати та висновки, викладені в цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію проекту "Профілактика раку та інших НІЗ – вплив на детермінанти здоров'я (JA Prevent NCD)"

ПЕРЕДРУК

В рамках дотримання Закону України № 2811-IX від 15.04.2023 «Про авторське право і суміжні права» використання, передрук та цитування матеріалів Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» розміщених на сайті установи або наданих за запитом, можливе лише за умови посилання на першоджерело із зазначенням назви Державної установи «Центр громадського здоров'я МОЗ України» та:

- надання електронного посилання на веб-сторінку з використаною інформацією (за наявності)
- посилання на публікацію Центру громадського здоров'я (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.

ПЕРЕПУБЛІКУВАННЯ

або інший спосіб оприлюднення цього тексту, зображень з нього та/або даних, повністю або частково, під іменем особи, яка не є автором, порушує авторські права та є плагіатом, за що передбачено три види відповідальності: цивільна (відшкодування збитків та/або моральної шкоди; стягнення доходу), адміністративна (виплата штрафу) і кримінальна (позбавлення волі на строк до 2–5 років).

ДО ПЛАГІАТУ НАЛЕЖИТЬ:

1. використання тексту чи графічних даних іншого автора без змін, без цитування та привласнення роботи (copy & paste plagiarism),
2. поєднання різних фрагментів текстів або речень для формування нового тексту без цитування, таким чином подаючи його як власні думки (shake & paste plagiarism),
3. подання ідей іншого автора своїми словами, без посилання на джерело (idea plagiarism), а також
4. переклад оригінального тексту з іншої мови без посилання на джерело (translation plagiarism)

Це дослідження було проведено в рамках проекту "Профілактика раку та інших НІЗ – вплив на детермінанти здоров'я" за фінансової підтримки Європейської Виконавчої Агенції з охорони здоров'я і цифрових технологій (HADEA).



JA PreventNCD
Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases



ЗМІСТ

ЗМІСТ	4
ВСТУП.....	5
ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
БЛОК 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	6
БЛОК 2. УСВІДОМЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФАСП, УВАГА ДО НЕЇ ТА ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ	9
БЛОК 3 . ПРОФІЛАКТИКА ФАСП: ЕФЕКТИВНІ ЗАХОДИ ТА БАР'ЄРИ	17
БЛОК 4. ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ДІАГНОСТИКА ФАСП У РЕГІОНАХ	24
ВИСНОВКИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ	29
РЕКОМЕНДАЦІЇ.....	31

ВСТУП

Фетальний алкогольний спектр порушень (ФАСП) є значущою проблемою громадського здоров'я, пов'язаною зі споживанням алкоголю під час вагітності. Попри наявність наукових даних щодо негативного впливу алкоголю на розвиток плода, рівень обізнаності серед населення та медичних працівників залишається обмеженим. У низці регіонів України профілактика ФАСП не має системного характеру, а інформаційні та освітні заходи реалізуються нерівномірно.

З огляду на це ініційовано дослідження, спрямоване на вивчення ставлення медичних працівників до проблеми ФАСП, рівня їхньої поінформованості та участі у профілактичній діяльності.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

МЕТА ДОСЛІДЖЕННЯ

Метою дослідження є оцінка рівня обізнаності, уваги та освітніх потреб медичних працівників у сфері профілактики та діагностики ФАСП для окреслення можливих напрямів профілактичної роботи на регіональному рівні.

ЗАВДАННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. Оцінити сприйняття актуальності проблеми ФАСП у різних регіонах України за думкою медичних працівників.
2. Проаналізувати оцінки медичних працівників щодо рівня уваги до проблеми ФАСП на регіональному рівні.
3. Виявити основні бар'єри, які, за оцінками медичних працівників, ускладнюють профілактику ФАСП.
4. Оцінити самооцінку рівня обізнаності медичних працівників щодо діагностики ФАСП та їхні освітні потреби.

МЕТОДОЛОГІЯ ТА ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Дослідження проведено у форматі кількісного онлайн-опитування серед медичних працівників комунальних закладів охорони здоров'я, залучених до надання медичної допомоги вагітним жінкам та жінкам репродуктивного віку.

Опитування здійснювалося з використанням платформи SurveyMonkey, яка забезпечує анонімність респондентів та автоматизований збір відповідей. Анкета складалась з закритих запитань, що охоплювали чотири основні блоки: характеристика вибірки та географія дослідження, усвідомлення проблеми фасп, увага до неї та підготовка медичних працівників, профілактика фасп: ефективні заходи та бар'єри, обізнаність медичних працівників та діагностика фасп у регіонах.

Обмеження дослідження

Дослідження проведено у форматі добровільного онлайн-опитування. Регіональна представленість є нерівномірною, а дані ґрунтуються на самооцінках медичних працівників. Отримані результати відображають сприйняття респондентів на момент проведення опитування та потребують обережної інтерпретації. Не можна виключати вплив соціальної бажаності відповідей, зокрема щодо власного рівня підготовки та ролі медичних працівників у профілактиці ФАСП.

ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Опитування охопило **24 регіони України та м. Київ** (за винятком тимчасово окупованих територій).

ЗНАЧЕННЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Отримані результати можуть бути використані як аналітичне підґрунтя для розробки освітніх програм, практичних рішень і регіональних заходів, спрямованих на профілактику ФАСП, підвищення рівня обізнаності медичних працівників та покращення якості консультування жінок репродуктивного віку щодо відмови від споживання алкоголю та профілактики ФАСП.

Дослідження також дає змогу окреслити ключові прогалини у сфері освіти, комунікації та управління, які, за оцінками респондентів, ускладнюють ефективну профілактику ФАСП в Україні.

ОСНОВНІ РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

БЛОК 1. ХАРАКТЕРИСТИКА ВИБІРКИ ТА ГЕОГРАФІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Цей розділ містить опис структури вибірки респондентів, які взяли участь в онлайн-опитуванні, а також географічне охоплення дослідження.

Географічний розподіл респондентів (Запитання №1)

Опитування охопило 24 області України та м. Київ (за винятком тимчасово окупованих територій). Загальна кількість учасників дослідження становила 6 475 осіб, що забезпечує широке географічне та професійне охоплення **учасників опитування**.

Розподіл відповідей між регіонами є нерівномірним. Найбільша кількість відповідей надійшла з Харківської області (685 респондентів), м. Києва (625), Одеської (563) та Полтавської (554) областей. Найменшу кількість відповідей зафіксовано у Хмельницькій області (5 респондентів; 0,08%).

Таблиця 1. Розподіл респондентів за регіонами

№	Регіон	Кількість респондентів
1	Вінницька область	435
2	Волинська область	373
3	Дніпропетровська область	311
4	Донецька область	133
5	Житомирська область	142
6	Закарпатська область	258
7	Запорізька область	190
8	Івано-Франківська область	217
9	Київська область	130
10	м. Київ	625
11	Кіровоградська область	156
12	Луганська область	134
13	Львівська область	178
14	Миколаївська область	193
15	Одеська область	563
16	Полтавська область	554
17	Рівненська область	180
18	Сумська область	196
19	Тернопільська область	280
20	Харківська область	685
21	Херсонська область	133
22	Хмельницька область	5
23	Черкаська область	170
24	Чернівецька область	234
	Усього	6 475

У зв'язку з нерівномірною кількістю відповідей між регіонами результати регіонального розрізу слід інтерпретувати з обережністю. Отримані дані використовуються для опису загальних тенденцій за результатами опитування.

Структура вибірки за професійними групами (Запитання№2)

У дослідженні взяли участь представники шести професійних груп медичних працівників, дотичних до надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку та вагітним.

Загальний розподіл респондентів за професійними групами є таким:

- Медичні сестри — 1 683 особи (приблизно 26% вибірки)
- Лікарі первинної медичної допомоги — 1 522 особи (23,5%)
- Лікарі акушери-гінекологи — 1 104 особи (17%)
- Лікарі інших спеціальностей— 697 осіб (10,8%)
- Неонатологи, педіатри, дитячі лікарі — 678 осіб (10,5%)
- Адміністративний персонал — 481 особа (7,4%)

Діаграма 2. Структура респондентів за професійними групами



Професійна дотичність вибірки до теми дослідження

З огляду на предмет дослідження — проблематику фетального алкогольного спектра порушень — найбільш дотичними до теми є акушери-гінекологи, педіатри, неонатологи, лікарі первинної медичної допомоги та медичні сестри, які у своїй повсякденній практиці безпосередньо працюють із вагітними жінками, матерями та новонародженими. Сукупно ці професійні групи становлять понад 77% вибірки. Адміністративний персонал і лікарі інших спеціальностей

меншою мірою залучені до безпосередньої профілактики та діагностики ФАСП, проте їхня участь дозволяє врахувати управлінську перспективу та ширший клінічний контекст сприйняття проблеми. Загалом структура вибірки дає змогу проаналізувати оцінки, обізнаність і потреби медичних працівників з різним рівнем професійної дотичності до профілактики та діагностики ФАСП..

БЛОК 2. УСВІДОМЛЕННЯ ПРОБЛЕМИ ФАСП, УВАГА ДО НЕЇ ТА ПІДГОТОВКА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ

Цей розділ присвячено аналізу оцінок медичних працівників щодо актуальності проблеми фетального алкогольного спектра порушень у регіонах їхньої професійної діяльності, а також сприйняття рівня уваги до цієї теми та власного досвіду професійної підготовки з питань профілактики й діагностики ФАСП. Розгляд трьох взаємопов'язаних аспектів — усвідомлення значущості проблеми, рівня уваги до неї та професійної підготовки — дає змогу проаналізувати, як різні професійні групи медичних працівників оцінюють готовність системи охорони здоров'я до запобігання ФАСП.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №3

«Як Ви оцінюєте актуальність проблеми фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) у Вашому регіоні?»

За результатами опитування, більшість медичних працівників оцінює проблему ФАСП як актуальну. Зокрема, 52,4% респондентів визначили її як «актуальну», а 12,6% — як «дуже актуальну», що разом становить понад 65% опитаних. Водночас 32,5% респондентів оцінюють проблему як «не дуже актуальну». Такі відповіді можуть відображати відмінності у професійній дотичності до роботи з вагітними жінками та дітьми, а також різний рівень ознайомлення з наслідками вживання алкоголю під час вагітності. Лише 2,5% опитаних зазначили, що проблема не має значення.

Діаграма 3. Оцінка медичними працівниками актуальності проблеми ФАСП (%)



Загалом більш високі оцінки актуальності частіше надають медичні працівники, які безпосередньо працюють із вагітними жінками або дітьми. Натомість серед професійних груп із меншою дотичністю до цієї теми частіше фіксуються нейтральні або нижчі оцінки.

Співставлення результатів за групами

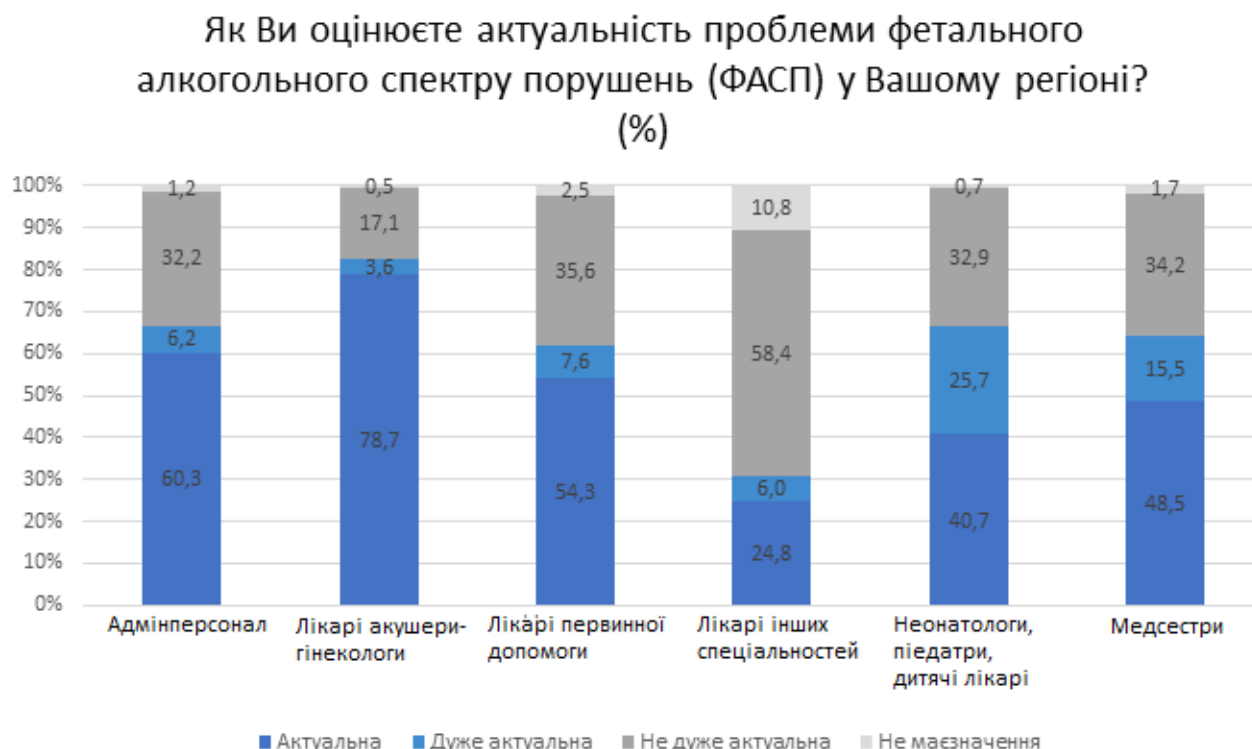
Найвищий рівень усвідомлення проблеми **зафіксовано серед лікарів акушерів-гінекологів (82,3%)**, Такий рівень оцінок може бути пов'язаний із характером їхньої професійної діяльності та регулярним контактом із вагітними жінками.

Адміністративний персонал і група **"неонатологи, педіатри, дитячі лікарі"** також оцінюють проблему як суттєву (понад 66%).

Медсестри (64,1%) та **лікарі первинної допомоги (61,9%)** частіше визнають проблему актуальною, проте близько третини з них усе ще вважають її не дуже значущою, що може вказувати на недостатній рівень інформаційної підтримки та навчання з цього питання.

Лікарі інших спеціальностей, найімовірніше, не стикаються з проявами ФАСП безпосередньо у своїй практиці, тому оцінюють проблему як менш важливу.

Діаграма 4. Деталізована оцінка медичними працівниками актуальності проблеми ФАСП (%)



Результати аналізу вказують на наявність професійної відмінності у сприйнятті актуальності проблеми ФАСП. Вищі оцінки значущості частіше демонструють медичні працівники, безпосередньо залучені до роботи з вагітними жінками, новонародженими та дітьми.

Серед лікарів первинної медичної допомоги рівень визнання актуальності проблеми є помірно високим. Це може відображати різний рівень включеності тематики ФАСП у повсякденну клінічну практику.

Найнижчі показники зафіксовано серед лікарів інших спеціальностей, що може бути пов'язано з більшою професійною дистанцією між їхньою спеціалізацією та питаннями материнського й дитячого здоров'я.

Загалом результати свідчать про тенденцію до зниження рівня усвідомлення проблеми зі зростанням професійної дистанції до тематики вагітності та раннього дитячого розвитку. Отримані оцінки відображають сприйняття медичних працівників і використовуються для подальшого аналізу потреб у підвищенні обізнаності та підготовки у сфері профілактики ФАСП.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №4

«Чи достатньо уваги приділяється проблемі фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) у вашому регіоні?»

Загальні тенденції

Результати опитування демонструють відсутність єдиної оцінки рівня уваги до проблеми ФАСП на регіональному рівні.

28,4% респондентів вважають, що проблемі приділяється достатньо уваги, 30,0% — що уваги недостатньо, тоді як найбільша частка опитаних (41,6%) не змогла дати однозначну оцінку.

Висока частка невизначених відповідей може свідчити про відсутність чіткого розуміння серед медичних працівників щодо того, чи приділяється проблемі ФАСП достатня увага на регіональному рівні.

Практично рівні частки відповідей «так» і «ні» також можуть вказувати на різний досвід та контексти професійної діяльності респондентів, однак отримані дані не дозволяють робити узагальнені висновки щодо міжрегіональних відмінностей.

Діаграма 5. Узагальнена оцінка медичними працівниками рівня уваги до проблеми ФАСП (%)



Співставлення результатів за групами

Адміністративний персонал

Виявляє усвідомлення проблеми, але не впевненість у заходах. Це може свідчити, що на рівні управління проблема визнана, однак ресурсна або програмна підтримка реалізується частково.

Первинна ланка охорони здоров'я

Лікарі первинної допомоги мають потенціал для раннього виявлення ризиків, проте їхня оцінка як актуальності, так і уваги — серед найнижчих, що вказує на потребу у навчанні та чітких клінічних орієнтирах.

Лікарі інших спеціальностей

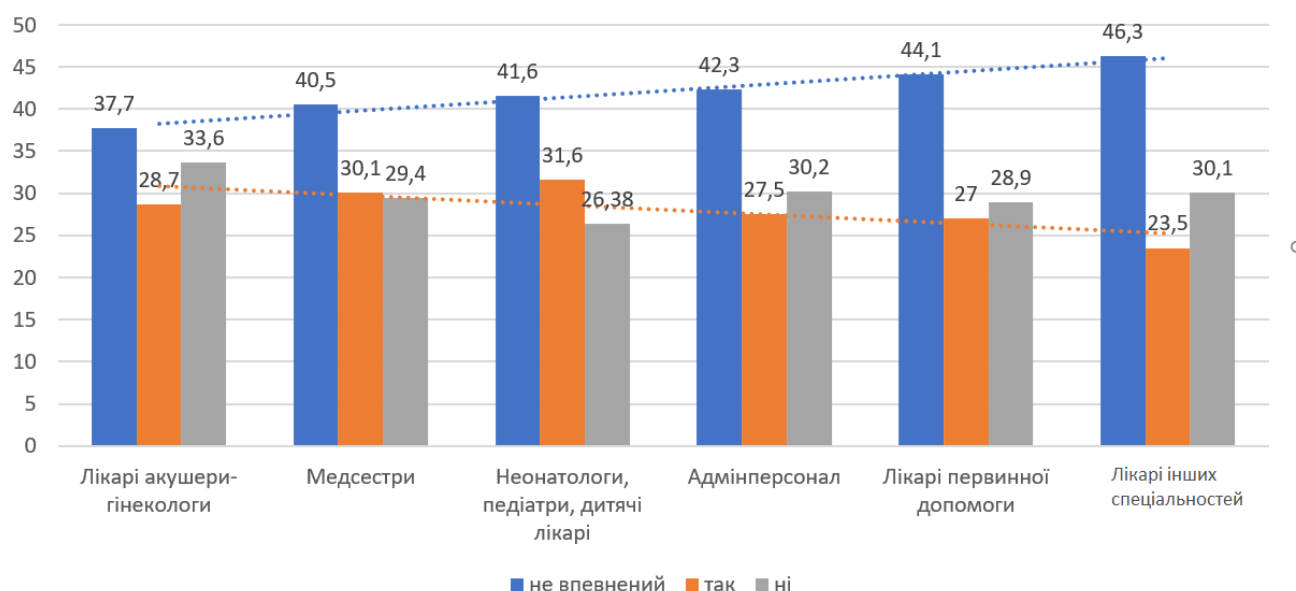
Низькі оцінки за обома питаннями вказують, що тема ФАСП майже не інтегрована у спеціалізовану медичну практику, а потенційна участь цієї групи у виявленні чи консультуванні пацієнтів з ФАСП залишається мінімальною.

Медсестри демонструють практичну чутливість до проблеми.

Вони визнають її важливою, що може бути наслідком безпосереднього контакту з пацієнтами, але оцінюють рівень уваги як недостатній. Це вказує на необхідність ширшого залучення середнього медперсоналу до освітніх і профілактичних заходів.

Діаграма 6. Оцінка медичними працівниками рівня уваги до проблеми ФАСП за професійними групами (%)

Чи достатньо уваги приділяється проблемі ФАСП в вашому регіоні (%)



Результати опитування показують, що серед медичних працівників відсутня чітка та узгоджена оцінка рівня уваги до проблеми ФАСП на регіональному рівні.

Частка респондентів, які вважають увагу достатньою, є меншою за частку тих, хто оцінює її як недостатню або не може дати однозначну відповідь

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №5

«Чи проходили Ви навчання чи тренінги за тематикою профілактики та діагностики фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП)?»

Результати опитування показують, що більшість медичних працівників не мали досвіду проходження навчань або тренінгів, присвячених профілактиці та діагностиці ФАСП.

У всіх професійних групах частка респондентів, які проходили відповідне навчання, залишається низькою та коливається в межах від 3% до 21%.

Загалом результати свідчать про обмежене поширення спеціалізованого навчання з тематики ФАСП серед медичних працівників незалежно від професійної групи.

Діаграма 7. Досвід участі медичних працівників в тренінгах чи навчальних програмах з ФАСП (%)



Співставлення результатів за групами

Лікарі акушери-гінекологи

Найвищу частку респондентів із досвідом навчання зафіксовано серед лікарів акушерів-гінекологів (21,3%). Водночас навіть у цій групі переважна більшість фахівців (78,7%) не проходили жодних тренінгів з тематики ФАСП.

Неонатологи, педіатри, дитячі лікарі

Серед неонатологів, педіатрів та дитячих лікарів досвід навчання мають 15,0% респондентів. У цій групі також домінують відповіді, що вказують на відсутність спеціалізованої підготовки.

Медсестри

Рівень участі у навчальних заходах серед медичних сестер становить 14,6%, що може бути пов'язано з обмеженим охопленням середнього медичного персоналу освітніми програмами з тематики ФАСП.

Лікарі первинної медичної допомоги

Серед лікарів первинної медичної допомоги лише 12,8% респондентів зазначили, що проходили відповідне навчання. Таким чином, у більшості представників первинної ланки відсутній формалізований досвід підготовки з питань профілактики та діагностики ФАСП. Це особливо важливий показник, адже саме первинна ланка має можливість проводити ранню ідентифікацію ризикових груп та надавати профілактичні консультації жінкам репродуктивного віку.

Лікарі інших спеціальностей

Ця група демонструє ще нижчий рівень охоплення — лише 6,6% проходили будь-яке навчання.

Адміністративний персонал

Найнижчі показники спостерігаються серед адміністративного персоналу — лише 3,3% мають досвід участі у навчаннях.

Результати опитування демонструють загально низький рівень охоплення медичних працівників навчальними заходами з тематики ФАСП у всіх професійних групах. Навіть серед фахівців, професійна діяльність яких безпосередньо пов'язана з роботою з вагітними жінками та дітьми, більшість респондентів не мають відповідної підготовки.

Водночас простежується тенденція до вищої частки навчання серед професійних груп, більш дотичних до сфери материнського та дитячого здоров'я, порівняно з лікарями інших спеціальностей та адміністративним персоналом. Отримані результати використовуються для подальшого аналізу потреб у професійній підготовці медичних працівників у сфері профілактики та діагностики ФАСП

УЗАГАЛЬНЕНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМИ №3-5

Оцінка актуальності проблеми ФАСП, рівень уваги до неї та наявність навчань серед медичних працівників показала наступне:

- 1.** Висока актуальність — низька увага — мінімальне навчання. Майже всі групи визнають проблему ФАСП як актуальну, але більшість не бачать системних дій і не мають достатньої підготовки. Тобто, є певний розрив між усвідомленням проблеми на практичному рівні та її реальним відображенням у політиці й освіті.
- 2.** Залежність між навчанням і критичністю оцінок. Групи, які частіше проходили навчання (акушери, дитячі лікарі), краще розуміють проблему, але водночас більш критично оцінюють увагу до неї. Тобто знання підвищують професійну вимогливість до якості системної роботи.
- 3.** Висока частка “невпевнених” у всіх групах. У кожній категорії від 37% до 46% респондентів не змогли визначитися, чи приділяється проблемі достатньо уваги.
- 4.** Недостатня участь управлінського рівня. Адміністративний персонал, який формує регіональні пріоритети, практично не проходить навчання і не має повної інформації про масштаби проблеми.

Отримані результати демонструють системну проблему: тема ФАСП є визнаною як актуальна серед медичних працівників, але фактично отримує недостатньо уваги з боку керівництва закладів охорони здоров'я. Більшість респондентів не проходили навчань, не мають чіткого розуміння організаційних заходів у цій сфері та не бачать узгодженої регіональної стратегії профілактики.

Можна простежити певну логіку:

Низький рівень навчання → Невпевненість у діях → Відчуття браку уваги → Зниження ефективності профілактики ФАСП.

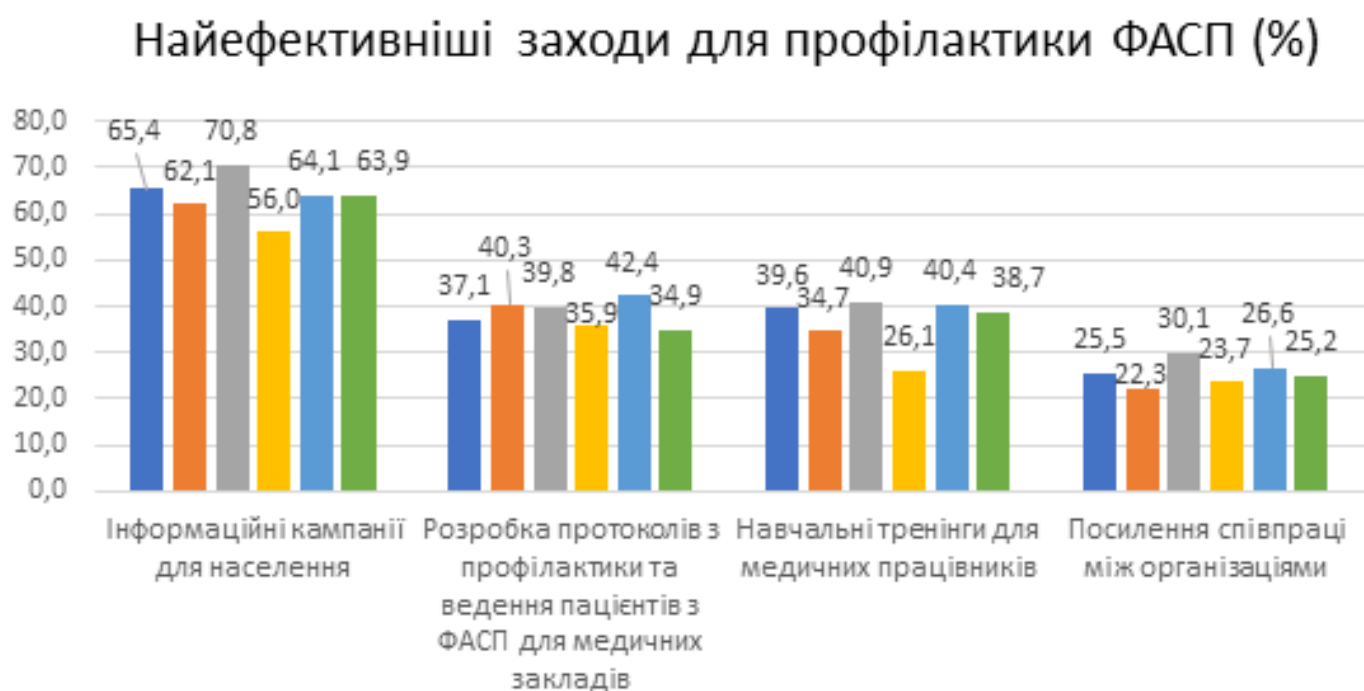
БЛОК 3 . ПРОФІЛАКТИКА ФАСП: ЕФЕКТИВНІ ЗАХОДИ ТА БАР'ЄРИ

Цей блок дозволяє зрозуміти, наскільки опитані медичні працівники усвідомлюють системні та соціальні аспекти профілактики, а також визначити розрив між бажаними і наявними практиками.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №6

“Які заходи, на Вашу думку, є найефективнішими для профілактики ФАСП? (оберіть до трьох варіантів)”

Діаграма 8. Оцінка ефективності заходів для профілактики ФАСП (%)



Найчастіше респонденти обирали розробку програм соціальної підтримки для вагітних (70,4–77,2% залежно від професійної групи), другим за частотою вибору є інформаційні кампанії для населення (переважно понад 60% у більшості груп).

Співставлення результатів за групами

Лікарі первинної медичної допомоги.

Найчастіше виділяють соціальну підтримку (77,2%) та інформаційні кампанії (70,8%), вказуючи на потребу у посиленні комунікації з населенням і соціальними службами.

Акушери-гінекологи.

Демонструють схожі пріоритети: соціальна підтримка (72,0%), інформаційні кампанії (62,1%), протоколи (40,3%). Їхня думка

окреслює потребу у чітких клінічних алгоритмах і міждисциплінарній взаємодії для запобігання ФАСП.

Неонатологи, педіатри, дитячі лікарі.

Відзначають високу потребу у протоколах (42,4%) і тренінгах (40,4%), що пояснюється їхнім безпосереднім контактом із дітьми, які мають наслідки ФАСП, та потребою у чітких діагностичних критеріях.

Медичні сестри.

Демонструють відносно високі оцінки для всіх напрямів: соціальна підтримка (70,6%), інформаційні кампанії (63,9%), тренінги (38,7%), що може бути пов'язано з їхньою залученістю до інформаційної та консультативної роботи серед пацієнток.

Лікарі інших спеціальностей та адміністративний персонал.

Високо оцінили соціальну підтримку (73,7% та 71,8% відповідно), але нижче — тренінги та міжорганізаційну співпрацю. Це може відображати певне дистанціювання від практичної роботи з вагітними, однак розуміння значення системних рішень.

Таким чином, ключові бар'єри, названі респондентами, стосуються соціально-економічних умов, культурних норм і рівня поінформованості вагітних.

- 1. Соціальна підтримка в пріоритеті.** Респонденти майже одностайно визначають соціальні програми як найважливіший інструмент у запобіганні ФАСП. Це може свідчити про розуміння, що зменшення соціально-економічної вразливості вагітних напряму знижує ризик вживання алкоголю.
- 2. Інформування залишається потужним інструментом.** Попри менші відсотки, інформаційні кампанії є другим за значимістю напрямом. Фахівці визнають, що поведінкові зміни потребують не лише знань, але й практичної підтримки.
- 3. Недооцінення системних і професійних компонентів.** Менш високі оцінки значущості протоколів, тренінгів і співпраці вказують на певний розрив між клінічною та соціальною складовими профілактики. Це може свідчити про потребу в ширшій інтеграції проблеми ФАСП у систему підготовки медичних кадрів і стандарти медичної допомоги.
- 4. Висока узгодженість між групами.** Незалежно від спеціалізації, усі групи демонструють схожий розподіл пріоритетів, що підвищує надійність результатів і вказує на системне сприйняття проблеми.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №7

“Що, на Вашу думку, найбільше перешкоджає зменшенню поширеності ФАСП?”

Результати опитування демонструють, що опитані медичні працівники розглядають проблему поширеності фетального алкогольного спектра порушень (ФАСП) як багатофакторну, із домінуванням соціальних і культурних чинників.

Найчастіше респонденти вказували на соціально-економічні фактори — у середньому 65,3% опитаних. Переорієнтація відповідей на соціальні чинники може відображати не знецінення ролі медичних втручань, а обмеженість інструментів, доступних медичним працівникам у поточних умовах.

Другою за значенням причиною стала культура толерантного ставлення до вживання алкоголю — 46,0%.

Це відображає глибоко вкорінені суспільні норми, які знижують сприйняття ризиків алкогольного впливу під час вагітності.

Третім важливим бар'єром є недостатня обізнаність серед вагітних жінок — 43,3%. Хоча цей показник нижчий, ніж два попередні, він підкреслює необхідність цілеспрямованої просвітницької роботи.

Менш поширеними, але значущими факторами є відсутність національних профілактичних кампаній (25,4%) та недостатнє інформування медичних працівників (8,6%), що вказує на брак системного державного підходу й координації зусиль.

Співставлення результатів за групами

Лікарі первинної медичної допомоги.

Найчастіше вказували на всі ключові бар'єри: соціально-економічні чинники (78,2%), толерантність до алкоголю (50,2%), низьку обізнаність вагітних (43,2%).

Акушери-гінекологи та неонатологи/педіатри.

Також наголошують на домінуванні соціально-економічних і культурних чинників (67,7% і 65,0% відповідно).

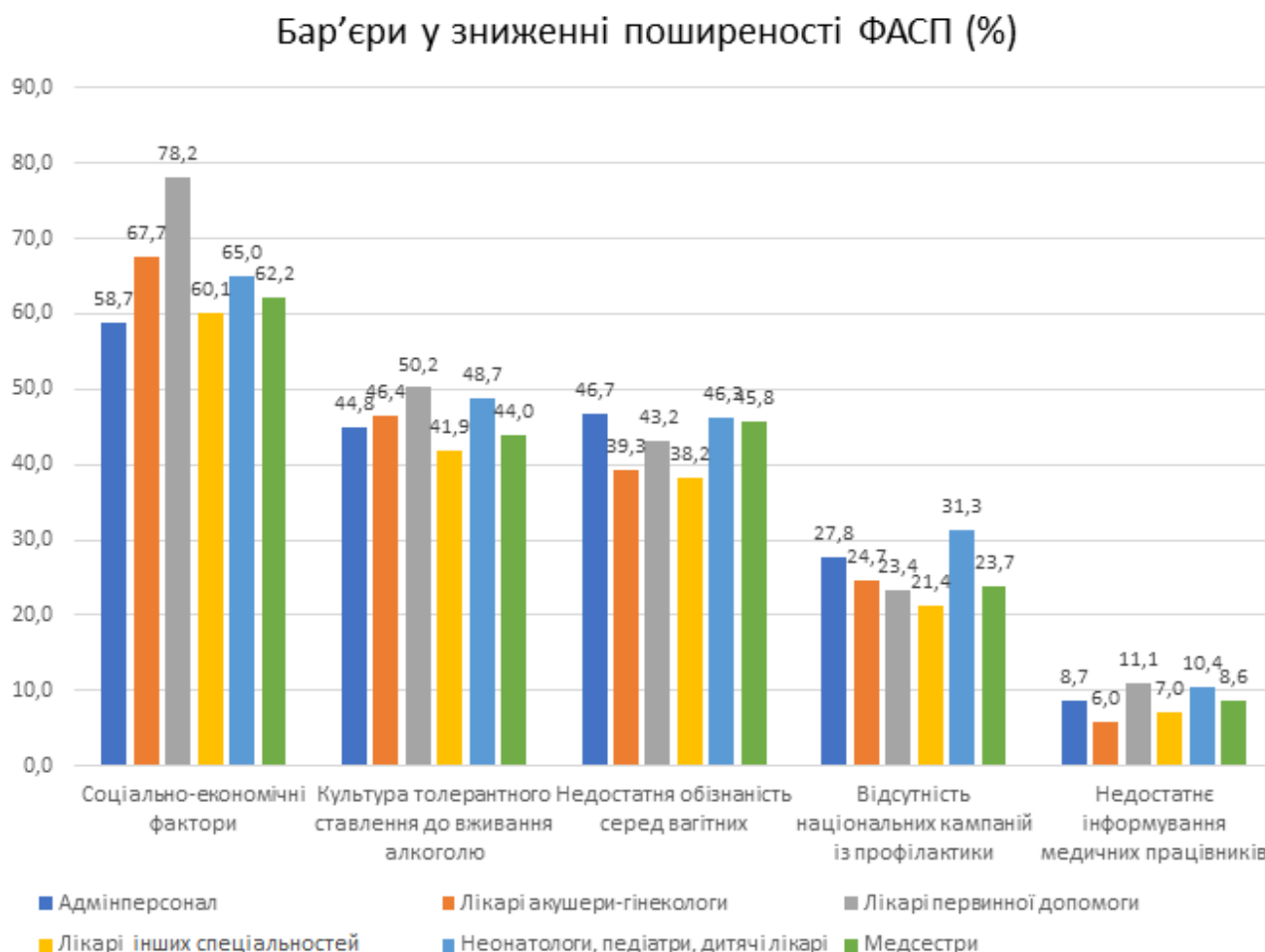
Водночас неонатологи частіше вказують на відсутність національних кампаній (31,3%) та недостатнє інформування медиків (10,4%), що в якійсь мірі вказує на відчуття нестачі системних заходів. Медсестри і адміністративний персонал.

Демонструють подібні погляди: у пріоритеті соціально-економічні фактори (62,2% і 58,7%) та низька обізнаність вагітних (45,8% і 46,7%). Це підтверджує, що навіть фахівці, які не здійснюють клінічне ведення пацієнток, усвідомлюють роль інформаційного та соціального контексту.

Лікарі інших спеціальностей, які менш залучені до перинатальної допомоги, мають нижчі показники за всіма позиціями, але загальна тенденція лишається подібною: головні бар'єри — соціальні та культурні.

- 1. Соціально-економічні умови — головний системний бар'єр.** Більшість респондентів визнають, що вразливість жінок у складних життєвих обставинах прямо впливає на ризики ФАСП. Зокрема через обмежений доступ до якісної допомоги та психосоціальної підтримки.
- 2. Толерантність до вживання алкоголю залишається глибоко вкоріненою соціальною нормою, що може бути змінено** шляхом довгострокових культуральних змін і проведенням національних кампаній, спрямованих на підвищення суспільної нетерпимості до вживання алкоголю під час вагітності.
- 3. Просвітницькі програми для вагітних — необхідна складова профілактики.** Медичні працівники усвідомлюють важливість підвищення знань жінок щодо наслідків алкогольного впливу на плід.
- 4. Недостатня державна координація.** Хоча лише чверть респондентів вказали на відсутність національних кампаній, це відображає нестачу системної міжвідомчої взаємодії та цілеспрямованої політики у сфері профілактики ФАСП.
- 5. Фахівці не відчують гострого дефіциту професійних знань.** Лише близько 9% зазначили "недостатнє інформування медичних працівників" як бар'єр, може відображати те, що респонденти частіше фокусуються на соціальних бар'єрах; водночас низьке охоплення навчанням (питання №5) вказує на потребу у посиленні професійної підготовки.

Діаграма 9. Оцінка ролі бар'єрів у зниженні поширеності ФАСП



КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМИ №6 ТА №7

Порівняння відповідей на запитання щодо ефективних заходів профілактики та основних бар'єрів демонструє узгодженість у сприйнятті проблеми ФАСП серед медичних працівників.

Найчастіше визначені бар'єри (соціально-економічні чинники, культура толерантного ставлення до алкоголю, недостатня обізнаність вагітних) відповідають тим заходам, які респонденти найчастіше вважають ефективними (соціальна підтримка, інформаційні кампанії).

Отримані результати свідчать про переважання соціального та інформаційного підходів у баченні профілактики ФАСП серед медичних працівників.

Професійні та інституційні інструменти (навчальні тренінги, протоколи, міжорганізаційна взаємодія) розглядаються як другорядні порівняно з соціально орієнтованими заходами.

Таблиця 3. Відповідність між основними бар'єрами та пріоритетними напрямками профілактики ФАСП

Бар'єр	Частка респондентів, %	Відповідний пріоритет	Частка респондентів, %
Соціально-економічні фактори	65,3	Програми соціальної підтримки	72,6
Культура толерантності до алкоголю	46,0	Інформаційні кампанії	63,7
Низька обізнаність вагітних	43,3	Інформаційні кампанії	63,7
Відсутність національних кампаній	25,4	Міжорганізаційна співпраця	25,6
Недостатнє інформування медиків	8,6	Навчальні тренінги	36,7
		Протоколи	38,4

Виявлені взаємозв'язки

Певні зв'язки виявлено між програмами соціальної підтримки та соціально-економічними бар'єрами, а також між інформаційними кампаніями і культурою толерантного ставлення до алкоголю. Тренінги медичних працівників більше впливають на відсутність національних кампаній та недостатнє інформування.

Аналіз відповідей медичних працівників щодо бар'єрів профілактики ФАСП та пріоритетних напрямів втручання певний зв'язок між сприйняттям причин проблеми та запропонованими рішеннями.

Виходячи з вищезазначеного можна зробити наступні висновки:

Медичні працівники переважно розглядають ФАСП як соціально зумовлену проблему. Найчастіше названі бар'єри – соціально-економічні фактори, толерантне ставлення до вживання алкоголю та недостатня обізнаність вагітних — безпосередньо відповідають тим заходам, які респонденти вважають найбільш ефективними. Зокрема, домінування соціально-економічних бар'єрів поєднується з пріоритетністю програм соціальної підтримки для вагітних, тоді як культурна толерантність до алкоголю та низька поінформованість жінок корелюють з високою оцінкою інформаційно-просвітницьких кампаній.

Отримані результати можуть вказувати на усвідомлення медичними працівниками того, що профілактика ФАСП не може бути ефективною без урахування соціальної вразливості вагітних жінок. Особливо чітко ця позиція простежується у відповідях лікарів, які безпосередньо працюють із вагітними та дітьми (акушери-гінекологи, сімейні лікарі, педіатри).

У цьому контексті відносно нижчі оцінки клінічних та освітніх заходів (протоколи — 38,4%; тренінги — 36,7%) можуть вказувати на розуміння їхнього обмеженого впливу за відсутності сприятливого соціального середовища.

Другим за значущістю бар'єром була визначена культура толерантного ставлення до алкоголю, що логічно корелює з високою оцінкою інформаційних кампаній як інструменту профілактики. Узгодженість між інформаційними кампаніями та культурними бар'єрами свідчать про сприйняття просвітницьких заходів як механізму зміни суспільних норм і поведінкових моделей, а не лише інформування.

Наявність такої позиції у представників різних професійних груп вказує на поступове зміщення фокусу від суто клінічного підходу до концепції громадського здоров'я, де комунікація та соціальний вплив відіграють ключову роль.

Натомість системні та інституційні чинники - такі як відсутність національних профілактичних кампаній, міжорганізаційної координації та стандартизованих протоколів — отримали нижчі оцінки як бар'єри, що відображається і у меншій пріоритетності відповідних заходів. Це можна пояснити тим, що медичні працівники схильні фокусуватися насамперед на тих аспектах профілактики, які безпосередньо пов'язані з повсякденною практикою та соціальним контекстом пацієнтів

Лише 8,6% респондентів визначили недостатнє інформування медичних працівників як ключовий бар'єр, що відповідає помірним оцінкам ефективності навчальних тренінгів. Це дозволяє припустити, що більшість медиків вважають рівень своїх базових знань достатнім.

Таким чином, ключовим викликом постає не стільки дефіцит знань, скільки нестача інституційної підтримки для їх реалізації у практиці.

Відмінності між професійними групами мають радше прикладний, ніж концептуальний характер. Клінічні фахівці, які безпосередньо працюють із вагітними та дітьми, частіше наголошують на потребі у клінічних протоколах і професійному навчанні, тоді як адміністративний персонал та лікарі інших спеціальностей більше акцентують увагу на соціальних і комунікаційних заходах. Попри це, загальна логіка відповідей є узгодженою між усіма групами.

Загалом результати свідчать про цілісне сприйняття проблеми ФАСП як багаторівневої, де ефективна профілактика потребує поєднання соціальної підтримки, просвітницької роботи та поступового посилення системних механізмів на рівні політики й організації медичної допомоги

УЗАГАЛЬНЕННЯ ТА ВИСНОВКИ

- Усі виявлені бар'єри мають відповідні рішення — від соціальної підтримки до розробки протоколів.
- Зв'язок спостерігається між соціально-економічними причинами та соціально орієнтованими заходами.
- Крім того, спостерігається зв'язок між інституційними бар'єрами (відсутність кампаній, координації) і потребою у національних програмах та міжвідомчій співпраці.
- Загальна тенденція вказує на зміщення фокусу профілактики з медичного рівня на соціальний і комунікаційний, що відповідає сучасним підходам громадського здоров'я.

БЛОК 4. ОБІЗНАНІСТЬ МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ ТА ДІАГНОСТИКА ФАСП У РЕГІОНАХ

Ефективність виявлення та діагностики ФАСП безпосередньо залежить від рівня підготовки медичних працівників, наявності стандартизованих клінічних протоколів та організаційних і технічних можливостей закладів охорони здоров'я.

Даний блок спрямований на аналіз основних труднощів у діагностиці ФАСП та оцінку суб'єктивного рівня обізнаності медичних працівників щодо цієї проблеми.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №8

“Які основні труднощі у діагностиці ФАСП Ви бачите у Вашому регіоні?”

Найбільш поширеною проблемою респонденти вказують труднощі отримання правдивої інформації від пацієнтів (74,2%), що може бути пов'язано як зі стигмою, так і з обмеженим часом та інструментами для делікатного консультування. Другим за поширеністю бар'єром є відсутність стандартних протоколів діагностики (43,5%), що підкреслює нестачу єдиних методичних підходів і стандартів у розпізнаванні ФАСП на різних рівнях медичної допомоги.

Третім за значенням є недостатнє фінансування (33,6%), яке впливає як на матеріально-технічну базу, так і на можливість проведення навчання фахівців. Проблеми відсутності спеціалізованого обладнання (19,9%) та низької обізнаності медичних працівників (23,3%) мають нижчу частоту згадувань, однак демонструють важливу різницю між групами: якщо лікарі відносно впевнені у власній поінформованості, то серед медсестер і частини педіатрів цей бар'єр є суттєвим.

Співставлення результатів за групами

Лікарі акушери-гінекологи та сімейні лікарі.

Найчастіше відзначали небажання пацієнток повідомляти про вживання алкоголю (86,1% і 87,1% відповідно)

Неонатологи та педіатри.

Також високо оцінили цей бар'єр (81,8%), але при цьому частіше за інші групи вказували на низьку обізнаність серед колег (31,2%) і відсутність обладнання (33,5%), що відображає складність підтвердження діагнозу у новонароджених і немовлят.

Медсестри.

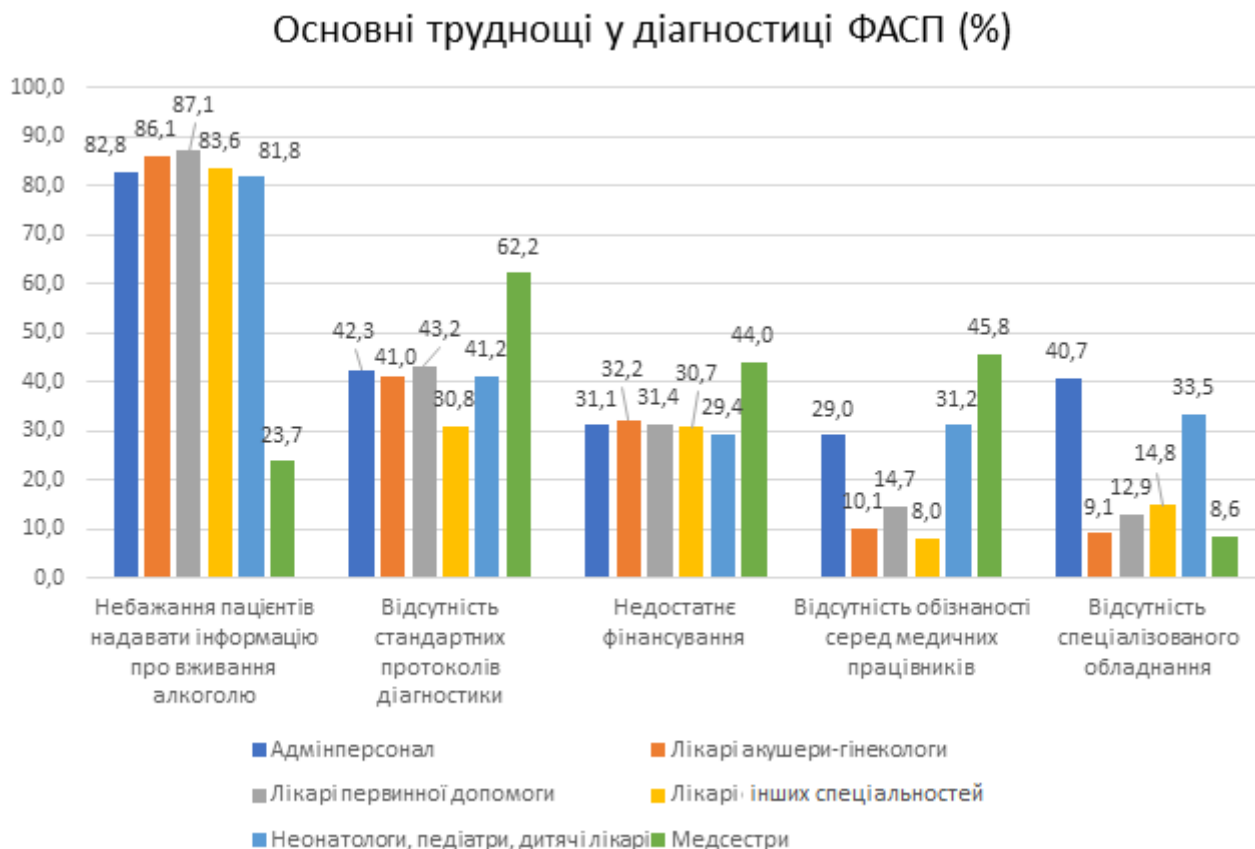
Демонструють дещо іншу структуру труднощів. Лише 23,7% зазначили небажання пацієнтів як бар'єр (ймовірно, через менший обсяг безпосереднього збору анамнезу), натомість більшість наголошує на відсутності стандартів діагностики (62,2%), недостатньому фінансуванні (44,0%) та низькому рівні власної обізнаності (45,8%).

Адміністративний персонал.

Теж визнає ключовою проблему приховування алкоголю пацієнтками (82,8%) і додає системні виклики — нестачу протоколів (42,3%) та недофінансування (31,1%).

Лікарі інших спеціальностей, які менш залучені до безпосередньої діагностики ФАСП, продемонстрували нижчі показники за більшістю позицій, але також визнають, що відсутність єдиних діагностичних підходів (30,8%) та обмежене фінансування (30,7%) суттєво стримують роботу системи.

Діаграма 10. Оцінка основних труднощів в діагностиці ФАСП



Основна проблема має соціально-поведінковий характер. Висока частка респондентів (понад 80% серед клінічних фахівців) вказала на приховування фактів вживання алкоголю як головну перешкоду, що вказує на потребу у розвитку довіри між пацієнтками та медичними працівниками.

Відсутність уніфікованих стандартів діагностики створює системну невизначеність. Майже половина опитаних вказали на цю проблему, що підтверджує потребу в офіційних національних клінічних протоколах для виявлення ФАСП. Фінансові обмеження гальмують розвиток діагностичних спроможностей. Близько третини респондентів вважають, що нестача фінансування перешкоджає закупівлі обладнання, навчальним заходам та мультидисциплінарному підходу. Низька обізнаність характерна переважно для середнього медперсоналу. Цей аспект вказує на потребу у диференційованих освітніх програмах, спрямованих на практичні аспекти виявлення ФАСП.

Відсутність спеціалізованого обладнання залишається другорядною проблемою, але актуальною для дитячих відділень і перинатальних центрів.

АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМ №9

“Як Ви оцінюєте рівень обізнаності медичних працівників у Вашому регіоні щодо діагностики ФАСП?”

Результати опитування свідчать, що загальний рівень обізнаності медичних працівників щодо діагностики ФАСП оцінюється респондентами як переважно “середній” — цей варіант обрали від 41,8% до 49,0% учасників залежно від спеціальності. Така оцінка вказує на наявність базових знань у більшості фахівців, але водночас — на недостатній рівень системного розуміння проблеми та практичних навичок діагностики ФАСП.

Другим за поширеністю варіантом відповіді є “високий рівень”, який зазначили в середньому 37,2% респондентів. Таким чином, майже 85% усіх опитаних схильні оцінювати рівень обізнаності у своєму регіоні як середній або високий, що демонструє помірний рівень впевненості у професійних знаннях колег.

Водночас низький або дуже низький рівень обізнаності відзначили відносно небагато учасників — у межах 6–10%, тобто проблема не у повній відсутності знань, а скоріше у фрагментарності підготовки та відсутності систематичних тренінгів чи практичних інструментів для діагностики.

Співставлення результатів за групами

Медсестри (49,0%) та лікарі первинної допомоги (48,3%) найчастіше відзначали середній рівень обізнаності у своєму регіоні.

Акушери-гінекологи частіше, ніж інші групи, оцінюють рівень як **високий (40,6%)**, що може бути пов’язано з їх безпосередньою роботою із вагітними та певним досвідом у виявленні ризиків ФАСП.

Неонатологи та педіатри демонструють схожу тенденцію: 47,8% — середній і 34,4% — високий рівень, проте вони дещо частіше вказують на низьку обізнаність (9,3%).

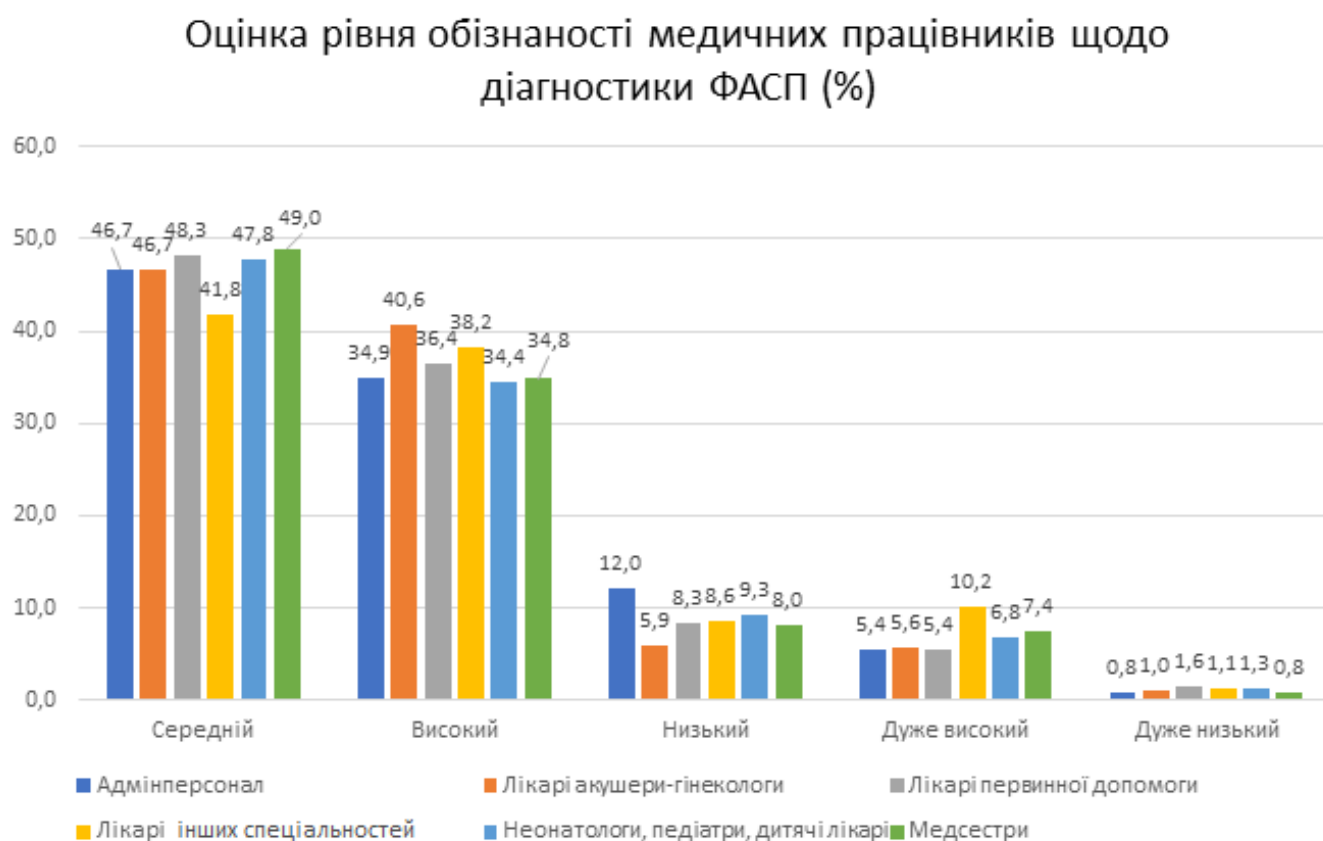
Адміністративний персонал оцінює ситуацію найбільш оптимістично: **майже 35%** вважають рівень обізнаності високим, а **менше 13% — низьким або дуже низьким**. Нижчі оцінки з боку адміністративного персоналу можуть бути пов’язані з управлінською, а не клінічною перспективою.

Лікарі інших спеціальностей частіше, ніж інші групи, відзначали “дуже високий” рівень (10,2%), хоча вони менш залучені до діагностики ФАСП безпосередньо. Це може свідчити про певну переоцінку рівня підготовки в системі.

Загальний рівень обізнаності оцінюється як помірний — більшість респондентів відзначають середній або високий рівень, що свідчить про наявність базових знань, але не достатньої глибини для повноцінної діагностики.

Найкраще обізнані акушери-гінекологи, які мають безпосередній контакт із вагітними, тоді як **медсестри та первинна ланка** усвідомлюють обмеженість своїх знань і демонструють реалістичну оцінку ситуації.

Діаграма 11. Оцінка рівня обізнаності медичних працівників



Розрив між суб'єктивним сприйняттям та реальним рівнем підготовки свідчить про необхідність освітніх заходів і стандартизованих тренінгів, що дозволять вирівняти рівень знань між спеціальностями.

КОМПЛЕКСНИЙ АНАЛІЗ РЕЗУЛЬТАТІВ ЗА ЗАПИТАННЯМИ №8 ТА №9

Примітка до інтерпретації: запитання №9 відображає суб'єктивну оцінку респондентів щодо рівня обізнаності медичних працівників у регіоні і не є виміром фактичних знань. Тому зіставлення №8 і №9 використовується для порівняння сприйняття готовності системи з практичними бар'єрами, які респонденти називають у діагностиці.

Близько половини респондентів оцінюють обізнаність у регіоні як "середню" ($\approx 47\%$), ще близько третини — як "високу".

Найчастіше названі бар'єри: небажання пацієнтів повідомляти про вживання алкоголю - $74,2\%$; відсутність стандартних протоколів - $43,5\%$; недостатнє фінансування - $33,6\%$. За відповідями респондентів основні проблеми діагностики пов'язані з комунікацією з пацієнтами та відсутністю стандартизованих інструментів/процедур, а не лише з дефіцитом інформації

УЗАГАЛЬНЕННЯ ТА ВИСНОВКИ

За відповідями №8 ключові бар'єри пов'язані з тим, що навіть за наявності базових знань діагностика ускладнюється через ненадання вагітними інформації щодо вживання алкоголю (на думку лікарів) та відсутність протоколів.

Адміністративний персонал частіше оцінює обізнаність як "високу", тоді як клінічні фахівці у №8 масово фіксують бар'єри, які безпосередньо заважають діагностиці (анамнез, протоколи, фінансування).

Вони частіше обирають "середній" рівень обізнаності та одночасно частіше вказують на дефіцит умов для роботи (відсутність протоколів, потреба в навчанні, фінансування).

Небажання пацієнтів говорити про алкоголь ($74,2\%$) є основною перешкодою діагностики, що вказує на потребу інструментів комунікації/скринінгу (поряд із протоколами), а не лише на додаткових знань.

ВИСНОВКИ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

За результатами опитування більшість опитаних медичних працівників визнають проблему ФАСП актуальною.

Загалом рівень усвідомлення проблеми має чітку професійну диференціацію: чим ближче спеціалізація до сфери материнства і дитинства, тим вищою є оцінка ризиків алкогольного впливу

Оцінка уваги до проблеми в регіоні

Отримані результати можуть вказувати на низьку видимість регіональних або національних програм профілактики, слабку інформаційну комунікацію. Найбільш критичні оцінки дають акушери-гінекологи, тобто фахівці, які безпосередньо стикаються з наслідками ФАСП.

Професійна підготовка та навчання

Дані засвідчують низьке охоплення спеціальними навчальними активностями з профілактики та діагностики ФАСП. Цей показник узгоджується з оцінками недостатньої уваги до проблеми: менша залученість до навчань, тим більша невпевненість фахівців у достатності уваги до проблеми. Найменше залучені — адміністративний персонал і лікарі інших спеціальностей, що може бути пов'язано з професійною дистанцією від проблеми ФАСП.

Основні бар'єри зменшення поширеності ФАСП

Медичні працівники визначили як основні три чинники, що перешкоджають ефективній профілактиці:

- Соціально-економічні фактори
- Культура толерантного ставлення до вживання алкоголю
- Недостатня обізнаність серед вагітних

Таким чином, профілактика ФАСП потребує не лише медичних, а й соціально-комунікаційних рішень — роботу з населенням, формування нової культури здоров'я та підвищення рівня обізнаності вагітних.

Труднощі діагностики ФАСП

Найчастіше респонденти відзначали небажання пацієнток повідомляти про вживання алкоголю, відсутність стандартних протоколів діагностики, недостатнє фінансування.

Сприйняття рівня обізнаності медичних працівників

Майже половина респондентів вважає, що рівень обізнаності медичних працівників з проблеми ФАСП є середнім, що радше свідчить не про брак знань, а про **невпевненість у системній підготовці** — тобто фахівці мають базову інформацію, але відчують відсутність структурованих підходів, методичних матеріалів і підтримки з боку системи охорони здоров'я.

Виявлені взаємозв'язки

1. Освітній рівень → сприйняття проблеми.

Чим менше фахівці залучені до навчання, тим частіше вони оцінюють увагу до проблеми як недостатню.

2. Обізнаність → критичність.

Фахівці, які краще розуміють проблему (акушери, неонатологи), водночас найкритичніше оцінюють заходи профілактики, вказуючи на їхню фрагментарність.

3. Соціальні бар'єри → головний виклик.

Навіть при достатньому рівні знань основною перешкодою залишається поведінкова закритість пацієнтів і суспільна толерантність до алкоголю.

4. Адміністративно-клінічний розрив.

Керівники частіше оцінюють рівень обізнаності як високий, тоді як практикуючі лікарі фіксують відсутність стандартів, недостатнє фінансування та низьку підтримку.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Запропоновані рекомендації враховують виявлені бар'єри, рівень обізнаності медичних працівників і поточні обмеження системи охорони здоров'я. Для підвищення ефективності профілактики та раннього виявлення ФАСП на регіональному та національному рівнях доцільно:

- 1.** Розробити національні стандарти діагностики та протоколи взаємодії.
- 2.** Інтегрувати тематику ФАСП у систему безперервної освіти медичних працівників.
- 3.** Провести всеукраїнську інформаційну кампанію, спрямовану на зміну суспільного ставлення до вживання алкоголю під час вагітності.
- 4.** Посилити координацію між службами охорони материнства, дитинства та первинною ланкою медичної допомоги.
- 5.** Розвивати комунікаційні навички медичних працівників.
- 6.** Забезпечити фінансування навчальних програм і локальних ініціатив з профілактики ФАСП.
- 7.** Адаптувати та впроваджувати найкращі практики в ЗОЗ.

Система охорони здоров'я в Україні має достатній кадровий потенціал для протидії ФАСП, однак ефективність дій обмежується відсутністю стандартизованих підходів, системної освіти та міжсекторальної координації. Перехід від фрагментарних ініціатив до цілісної політики дозволить трансформувати усвідомлення проблеми у реальні дії з профілактики ФАСП.

