

Звіт за результатами
пілотного дослідження

**ОЦІНКА ГОТОВНОСТІ ТА СПРОМОЖНОСТІ
ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ
ХМЕЛЬНИЦЬКОЇ ОБЛАСТІ НАДАВАТИ
РОЗШИРЕНИЙ ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ З ПРОФІЛАКТИКИ,
СКРИНІНГУ ТА КОНТРОЛЮ ЦУКРОВОГО
ДІАБЕТУ 2 ТИПУ ДЛЯ ОСІБ З ПІДВИЩЕНИМ
РИЗИКОМ ЙОГО РОЗВИТКУ**



Звіт підготовлений за результатами пілотного дослідження, виконаного Державною установою “Центр громадського здоров’я Міністерства охорони здоров’я України” в межах проєкту JACARDI “Спільна дія щодо серцево-судинних захворювань та діабету”. Проєкт має на меті зменшити тягар серцево-судинних захворювань та діабету в країнах Європейського Союзу як на індивідуальному, так і на суспільному рівні.

Автори:

Експерти ДУ «Центр громадського здоров’я МОЗ України»:

Наталія Гриб, фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань

Тетяна Руда, головна фахівчиня відділу профілактики неінфекційних захворювань

Юлія Арабська, головна фахівчиня відділу наукових досліджень

Зовнішні експерти:

Марина Гальченко, незалежний консультант, соціолог

Дослідження проведено за фінансування програми Європейського Союзу «**EU4Health**».

Відмова від відповідальності: Зміст цього звіту є виключною відповідальністю авторів і не обов’язково відображає позицію програми Європейського Союзу «EU4Health», зокрема проєкту JACARDI “Спільна дія щодо серцево-судинних захворювань та діабету”.

Рекомендоване цитування: Гриб Н., Руда Т., Арабська Ю., Гальченко М. (2025) Звіт за результатами пілотного дослідження “Оцінка готовності та спроможності закладів первинної медичної допомоги Хмельницької області надавати розширений перелік послуг з профілактики, скринінгу та контролю цукрового діабету 2 типу для осіб з підвищеним ризиком його розвитку”.

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 (протокол, дослідження, звіт, стаття), яка є джерелом інформації.

Передрук 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).

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	4
ПАСПОРТ ДОСЛІДЖЕННЯ	5
ВСТУП	6
РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ	7
1. Роль первинної ланки медичної допомоги та обізнаність пацієнтів	7
1.1 Роль та ефективність первинної ланки медичної допомоги у профілактиці та виявленні ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	7
1.2 Обізнаність пацієнтів щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	7
1.3 Обізнаність пацієнтів щодо ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів	8
2. Скринінг, діагностика та профілактика ЦД 2 типу	9
2.1 Профілактика, скринінг, діагностика та комунікація: як ефективно впливати на поведінку пацієнтів щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників) ..	9
2.2 Шлях пацієнта до встановлення діагнозу: симптоми, діагностика та підтримка: особистий досвід пацієнтів	11
3. Зміна способу життя після встановлення діагнозу ЦД 2 типу	13
3.1 Вплив ЦД 2 типу на спосіб життя та соціальні взаємини: особистий досвід пацієнтів	13
4. Лікування, самоконтроль та моніторинг ЦД 2 типу	14
4.1 Організаційні документи в закладах первинної медико-санітарної допомоги щодо ведення пацієнтів із ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників ..	14
4.2 Призначення ліків і обізнаність щодо їх застосування: особистий досвід пацієнтів	14
4.3 Самоконтроль і профілактичні заходи при ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів	15
5. Досвід взаємодії з медичною системою та доступ до спеціалізованої допомоги	17
5.1 Вплив ЦД 2 типу на спосіб життя та соціальні взаємини: особистий досвід пацієнтів	17
5.2 Співпраця з громадськими організаціями стосовно ведення пацієнтів із ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	17
5.3 Взаємодія пацієнта з медичними працівниками: інформування, комунікація та підтримка: особистий досвід пацієнтів	18
5.4 Отримання спеціалізованої допомоги після встановлення діагнозу: особистий досвід пацієнтів)	19
6. Освіта, навчальні програми та підтримка	20
6.1 Навчання, джерела інформації та пропозиції з удосконалення знань щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	20
6.2 Участь у програмах навчання та підтримки для пацієнтів із ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів	20
7. Бар'єри та мотиваційні чинники у скринінгу та профілактиці ЦД 2 типу	21
7.1 Фактори, що ускладнюють скринінг і профілактику ЦД 2 типу на первинній ланці медичної допомоги: практичний досвід медичних працівників	21
7.2 Мотивація та підтримка медичних працівників у сфері профілактики ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	23
7.3 Перешкоди на шляху до встановлення діагнозу, лікування та зміни способу життя у пацієнтів із ЦД 2 типу : особистий досвід пацієнтів	23
8. Пропозиції щодо покращення профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу ...	25
8.1 Від закладів до громади: рекомендації для посилення профілактики ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників	25
8.2 Пропозиції пацієнтів щодо покращення системи медичної допомоги та супроводу при ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів	26
АНАЛІЗ МІСЦЕВИХ ПРОГРАМ З ПРОФІЛАКТИКИ НІЗ, ЗОКРЕМА ЦД 2 ТИПУ	27
ВИСНОВКИ	32

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АТ	Артеріальний тиск
ВПО	Внутрішньо переміщені особи
ГІ	Глибинні інтерв'ю
ЗМІ	Засоби масової інформації
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я України
НІЗ	Неінфекційні захворювання
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПМД	Первинна медична допомога
ССЗ	Серцево-судинні захворювання
ТГ	Територіальна громада
ЦД	Цукровий діабет
УЗД	Ультразвукове дослідження
ФГД	Фокус-групові дискусії
ЦКПХ	Центр контролю та профілактики хвороб МОЗ України
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги

ПАСПОРТ ДОСЛІДЖЕННЯ

Назва дослідження:	«Оцінка готовності та спроможності закладів первинної медичної допомоги (ПМД) Хмельницької області надавати розширений перелік послуг з профілактики, скринінгу та контролю цукрового діабету (ЦД) 2 типу для осіб з підвищеним ризиком його розвитку»
Мета:	Дослідити спроможність та існуючі бар'єри закладів ПМД Хмельницької області надавати розширений перелік послуг з профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу особам з підвищеним ризиком його розвитку.
Завдання:	1. Проаналізувати поточний стан надання послуг із профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу на рівні закладів ПМД Хмельницької області. 2. Визначити основні бар'єри та виклики в наданні та отриманні послуг з профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу
Дизайн:	Якісні методи дослідження та аналіз місцевих програм з профілактики неінфекційних захворювань, зокрема ЦД 2 типу у громадах Хмельницької області
Географія:	Хмельницька область, 32 заклади первинної медико-санітарної допомоги ¹
Методи збору даних та вибірка:	8 фокус-групових дискусій (ФГД), 57 учасників 20 глибинних інтерв'ю (ГІ)
Цільові групи:	- Медичні працівники усіх закладів ПМД Хмельницької області: - сімейні лікарі та медичні сестри, з досвідом роботи у відібраних закладах ПМД² не менше 3-х років (ФГД), з найбільшою та найменшою кількістю пацієнтів з ЦД 2 типу - Пацієнти, яким вперше діагностовано ЦД 2 типу в 2024 році (ГІ): 10 чоловіків та 10 жінок; 3 особи віком 24-35 років, 4 особи – 36-45 років, 6 осіб – 46-55 років, 7 осіб – 56-69 років; 13 осіб працюють, 6 осіб не працюють та 1 особа не вказала статус зайнятості.
Терміни збору даних:	- Фокус-групові дискусії: 3-10 червня 2025 року - Глибинні інтерв'ю: 14-24 червня 2025 року

Проведене дослідження спрямоване на виявлення бар'єрів та викликів, що впливають на ефективність надання та отримання послуг із профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу. На основі отриманих даних будуть сформульовані рекомендації та розроблено план пілотних інтервенцій для вдосконалення надання послуг із профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу на рівні громад Хмельницької області. Розробка та планування пілотних інтервенцій передбачають обов'язкове комплексне обговорення і залучення місцевих зацікавлених сторін, щоб забезпечити спільне та узгоджене планування.

Після впровадження пілотних інтервенцій планується провести повторну оцінку бар'єрів та викликів в отриманні послуг із профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу. Це дозволить порівняти отримані дані з початковими результатами, оцінити зміни у досвіді пацієнтів та визначити ефективність впроваджених пілотних заходів і практик.

¹ Відбір даного регіону здійснено на основі аналізу статистичної інформації від Національної служби охорони здоров'я України. Хмельницька область має найвищий показник за кількістю пацієнтів старше 18 років із ЦД 2 типу, які мають декларацію з сімейним лікарем. При виборі регіону для опитування до аналізу було включено регіони, розташовані на територіях, де не ведуться бойові дії та які не перебувають під окупацією, з огляду на безпекову ситуацію та можливість проведення дослідження.

² За виключенням двох закладів ПМСД, коли стаж медичних працівників у цих ЗОЗ був 1 рік - у першому випадку у ЗОЗ не було іншого фахівця, який би відповідав критерію включення по стажу роботи, у другому - медичний працівник має стаж роботи 4 роки, 3 з яких перебував у декретній відпустці.

Цукровий діабет (ЦД) – одне з найбільш поширених захворювань у світі. Відповідно до даних Української діабетичної федерації оціночна кількість хворих на ЦД в Україні становить 3,5 мільйонів осіб, серед яких діагностовано лише 1,2 мільйонів (35%)³. Відсоток недіагностованого діабету складає близько 65 %, що в 2 рази вище, ніж, наприклад, у Великій Британії (33%) та Польщі (31%). Разом з тим, варто зазначити, що достеменно дослідити тенденції захворюваності та смертності на ЦД в Україні неможливо, оскільки, починаючи з 2017 року Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ) припинило збір статистичних даних щодо смертності від ЦД. Такі впровадження були пов'язані з реорганізацією системи медичної статистики та припиненням використання відповідної форми звітності. Крім того, з 2014 року відсутня статистика щодо рівня захворюваності та поширеності хвороби на всій території України, зокрема на окупованих територіях.

Часто ЦД має важкі ускладнення, що призводять до передчасної смерті та інвалідизації. Основними ускладненнями діабету є серцево-судинні захворювання, вазопатії, нефропатії та ретинопатії.

Відповідно до розрахунків Київської школи економіки загальні втрати економіки (economic burden) від ЦД та його ускладнень в Україні складають від 36 до 104 мільярдів гривень на рік (від 1 до 2,5 % валового внутрішнього продукту).⁴

ЦД поділяється на два типи: ЦД 1 типу характеризується абсолютним дефіцитом інсуліну в організмі, викликаний генетичними чинниками та дебютує у ранньому віці; ЦД 2 типу зазвичай настає у зрілому віці та пов'язаний з порушеннями в продукуванні інсуліну підшлунковою залозою та/або неможливістю повністю засвоїти глюкозу. Пацієнти з ЦД 1 типу потребують постійного введення інсуліну, натомість лікування ЦД 2 типу є стадійним: зміна дієти та впровадження здорового способу життя, прийом неінсулінових цукрознижуючих препаратів, а також прийом інсулінових або комбінованих препаратів. За даними міжнародної діабетичної фундації (IDF – International diabetes foundation), поширеність ЦД 2 типу в 10 разів вища, ніж ЦД 1 типу. Так, 91-96% пацієнтів з ЦД мають саме ЦД 2 типу.

Наразі в Україні створено умови для своєчасного скринінгу, діагностики та ведення пацієнтів з ЦД. Однак кількість занедбаних випадків, ускладнень, спричинених неконтрольованим діабетом, та низький рівень діагностики свідчать про системний збій у механізмах надання медичних послуг пацієнтам із ЦД. Зокрема, в Україні дуже низький відсоток пацієнтів із ЦД досягає контролю за всіма трьома показниками (глікозильований гемоглобін (HbA1c), артеріальний тиск (АТ), ліпопротеїни низької щільності (ЛПНЩ)) (0,5% пацієнтів з діабетом в Україні, 8,2% у Польщі, 41% у Великій Британії) або основного цільового показника (HbA1c) (12,8% пацієнтів з діабетом в Україні, 40% у Польщі, 67% у Великій Британії) в менеджменті діабету.

Результати дослідження можуть бути корисними в рамках визначення перспектив та можливостей надання різних видів послуг профілактики, виявлення, контролю та лікування ЦД 2 типу різними категоріями пацієнтів. Окрім того, отримана інформація може використовуватися для розробки програм державних гарантій медичного обслуговування на рівні закладів ПМД, які могли б розширити доступ до отримання послуг профілактики та лікування неінфекційних захворювань (НІЗ). Розробка та реалізація таких програм сприятиме забезпеченню рівних умов отримання кваліфікованої медичної допомоги представниками різних категорій населення.

³ [block_atlas_.pdf](#)

⁴ [TSukroviy-diabet-v-Ukrayini_Ekonomichniy-analiz.pdf](#)

РЕЗУЛЬТАТИ ЯКІСНОГО КОМПОНЕНТУ ДОСЛІДЖЕННЯ

1. РОЛЬ ПЕРВИННОЇ ЛАНКИ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ТА ОБІЗНАНІСТЬ ПАЦІЄНТІВ

1.1. Роль та ефективність первинної ланки медичної допомоги у профілактиці та виявленні ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Учасники ФГД одноставно підкреслювали ключову роль сімейного лікаря в профілактиці та ранньому виявленні ЦД 2 типу. Водночас зазначалося, що ефективність профілактики залежить не лише від дій лікаря, а й від готовності пацієнтів до співпраці, а також від ширшої інформаційної підтримки з боку держави і суспільства.

Респонденти зазначили, що первинна ланка медичної допомоги в Україні загалом демонструє високу ефективність у реалізації профілактичних заходів щодо ЦД 2 типу, зокрема через доступність скринінгу, індивідуальну комунікацію та постійний контакт лікаря з пацієнтами. Водночас ефективність часто обмежується надмірним навантаженням на лікарів, браком часу для якісної профілактичної роботи та низькою мотивацією пацієнтів до проходження профілактичних оглядів та обстежень. Медичні працівники наголошували на необхідності посилення інформаційних кампаній з підвищення обізнаності, організованої на державному рівні, залучення громадськості та розвитку цифрових каналів інформування (месенджери, соціальні мережі), що може допомогти підвищити обізнаність населення і зменшити навантаження на медичних працівників.

У більшості закладів ПМД діють налагоджені підходи до виявлення пацієнтів із ЦД 2 типу – застосовуються протоколи для проведення скринінгу, вимірювання рівня глюкози за допомогою глюкометра, біохімічні дослідження, зокрема визначення глікованого гемоглобіну. Введення індикаторів якості надання ПМД суттєво посилило системність і регулярність діагностики ЦД 2 типу, зокрема через вимоги щорічних профілактичних оглядів. Медичні працівники активно обстежують пацієнтів із факторами ризику ЦД 2 типу, організовують обстеження в громадах, включно з подвірними обходами в окремих випадках. Водночас ефективність ПМД у профілактиці та виявленні ЦД 2 типу обмежується низькою мотивацією частини пацієнтів, фінансовими та логістичними бар'єрами для проходження деяких досліджень (особливо аналізу на глікований гемоглобін), нестачею кадрів і високим навантаженням на лікарів.

1.2. Обізнаність пацієнтів щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Медичні працівники відзначають, що обізнаність пацієнтів щодо ЦД 2 типу є неоднорідною. Частина пацієнтів добре орієнтується в темі, цікавиться лікуванням і запитує про сучасні препарати. В окремому випадку було зазначено, що пацієнти цікавляться не лише лікуванням при встановленому діагнозі, але й методами запобігання захворюванню та оцінкою індивідуальної схильності до нього, якщо діагноз не встановлений. Водночас багато людей мають поверхневе уявлення про хворобу, не розуміють її серйозності та ризиків, а іноді – ігнорують важливість зміни способу життя. Медичні працівники звертають увагу на те, що пацієнти часто отримують інформацію з інтернету, яка може бути неточною або хибною, тому важливо, аби сімейний лікар допомагав їм систематизувати та виокремлювати достовірні знання. Учасники ФГД також наголошують, що для підвищення обізнаності пацієнтів потрібно проводити більше системної просвітницької роботи – як на рівні прийому у лікаря, так і через засоби масової інформації (ЗМІ), соціальні мережі та громадські організації. Однак для цього потрібні додаткові матеріальні, кадрові та часові ресурси, яких наразі бракує.

1.3. Обізнаність пацієнтів щодо ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів

«В селі померла людина знайома після сахарного діабету, я чув, що це дуже серйозно»

Більшість учасників ГІ вважають ЦД 2 типу серйозним і навіть підступним захворюванням. Вони пов'язують його з постійною втомою, слабкістю, необхідністю контролювати харчування і дотримуватись режиму лікування. Дехто з респондентів мав досвід спостереження за перебігом хвороби в родині або серед близьких, що сформувало у них усвідомлення тяжких наслідків, які може викликати ЦД 2 типу – від ампутацій кінцівок до смерті. Водночас були й ті, хто

не одразу сприйняв свій діагноз серйозно або не мав достатнього розуміння суті хвороби до початку лікування. У кількох випадках звучала думка, що ЦД 2 типу розвивається «через нерви» або стрес, що посилювалися під час війни.

Більша частина опитаних пацієнтів дізналися про ЦД 2 типу вже після встановлення діагнозу або не пов'язували наявні у них симптоми із захворюванням. Часто сухість у роті, постійна спрага та втома сприймалися як вплив спеки, стресу чи перевтоми. Значна частина респондентів взагалі не цікавилася темою діабету до моменту встановлення діагнозу, навіть якщо в їхньому оточенні були знайомі або родичі із ЦД 2 типу. Ті, хто щось чув про ЦД, зазвичай мали поверхневе уявлення, без розуміння специфіки симптомів чи ризиків. Джерелами інформації про захворювання найчастіше були особисті історії знайомих або членів родини, рідше – мережа Інтернет, медичні працівники, а також знання, отримані під час навчання в школі чи університеті. Загалом респонденти визнавали, що знань було недостатньо, або ж не надавали їм значення, вважаючи, що дане захворювання стосується когось іншого, але не їх самих.

2. СКРИНІНГ, ДІАГНОСТИКА ТА ПРОФІЛАКТИКА ЦД 2 ТИПУ

2.1. Профілактика, скринінг, діагностика та комунікація: як ефективно впливати на поведінку пацієнтів щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Більшість учасників ФГД підтвердили, що у їхніх закладах проводиться рутинний скринінг на ЦД 2 типу, зокрема визначення рівня глюкози крові. Скринінг охоплює переважно пацієнтів віком 40/45+ років та осіб із груп ризику (з ожирінням, спадковістю, гіпертензією, метаболічним синдромом, жінок після вагітності з ускладненнями тощо). Деякі медичні працівники зазначали, що скринінг на ЦД 2 типу проводиться усім пацієнтам при першому зверненні впродовж року, незалежно від скарг, а також за бажанням пацієнта. Активно використовуються планові списки пацієнтів, які належать до груп ризику, вимірювання рівня глюкози за допомогою глюкометрів в кабінеті лікаря. Регулярно відбуваються виїзди до сільських фельдшерсько-акушерських пунктів, що дозволяє охоплювати більше населення, включно з паліативними хворими та тими, хто не мають скарг. Медичні працівники окремих закладів зазначили, що використання індикаторів якості надання ПМД суттєво сприяло системності та охопленню декларантів скринінгом на ЦД 2 типу.

Учасники ФГД відзначають, що ризик розвитку ЦД 2 типу значною мірою зумовлений як медичними, так і поведінковими та соціальними факторами, тому виокремлюють такі **групи пацієнтів, які є найбільш вразливими до розвитку ЦД 2 типу:**

- люди з надмірною масою тіла або ожирінням;
- особи віком понад 45 років;
- пацієнти з обтяженим сімейним анамнезом щодо ЦД;
- люди з артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, метаболічним синдромом;
- особи з хворобами підшлункової залози (панкреатит, ліпоматоз, фіброз);
- пацієнти з поліморбідністю;
- вагітні жінки, особливо з гестаційним діабетом в анамнезі;
- люди з малорухливим способом життя;
- особи з нездоровим харчуванням та особи, які вживають тютюн і алкоголь;
- пацієнти після перенесених вірусних захворювань, особливо COVID-19;
- особи, які приймають кортикостероїди або проходили хіміотерапію;
- військовослужбовці та внутрішньо переміщені особи (ВПО);
- люди в стані хронічного стресу;
- підлітки з гіподинамією;
- люди старшого віку.

Учасники ФГД вказують, що ефективність профілактики, скринінгу та діагностики ЦД 2 типу залежить від комплексного підходу, зокрема поєднання клінічних обстежень, індивідуального моніторингу, комунікаційної роботи з пацієнтами, здійснення мотиваційних консультувань щодо зміни способу життя.

Інструменти профілактики та раннього виявлення ЦД 2 типу, які застосовують учасники ФГД у своїй роботі:

- Профілактичне консультування стосовно модифікації способу життя, зокрема харчування та фізичної активності;
- Використання інформаційних матеріалів для різних категорій населення, зокрема, для підлітків щодо шкідливого впливу на організм солодощів, солодких напоїв, чипсів тощо;
- Роз'яснення симптомів ЦД 2 типу, зокрема спраги, частого сечовипускання та ін;

- Інформування про ускладнення ЦД 2 типу (діабетична ретинопатія, нефропатія, ниркова недостатність, нейропатія та ін.);
- Використання «методів залякування» або реальних прикладів інших пацієнтів із ЦД 2 типу (особливо при обтяженій спадковості);
- Проведення антропометричних вимірювань: індекс маси тіла, об'єм талії (чоловіки 40+ років і жінки 45+ років);
- Вимірювання рівня глюкози в крові (за допомогою глюкометра та/або лабораторним методом), в тому числі в організаціях, на підприємствах, серед ВПО;
- Направлення до ендокринолога при підозрі на ЦД 2 типу;
- Ультразвукове дослідження (УЗД) підшлункової залози.

ЦД 2 типу найчастіше виявляється під час рутинних або профілактичних обстежень, коли пацієнтам, особливо віком 40+, вимірюють рівень глюкози за допомогою глюкометрів та/або глікований гемоглобін. Часто такі аналізи призначаються в межах виконання індикаторів якості надання ПМД або планового медичного огляду.

«Останню пацієнтку в кінці травня виявили. Мала інсульт ще раніше, вже 4 роки тому. Прийшла на прийом через виражене головокружіння. В сім'ї цукрового діабету не було. Ми її відправили на ТТГ, звичайно, на глюкозу, загальний аналіз крові, холестерин і на тому подібне. Вона приходить, мало того, що погані показники ТТГ 16.4, і при тому цукор 13.2. Але вона все пов'язувала з перенесеним інсультом ще раніше. І прийшла чисто так покапатись, як люблять пацієнти».

Інша поширена ситуація – звернення пацієнтів зі скаргами на спрагу, часте сечовипускання, слабкість, надмірну масу тіла (інколи втрату маси тіла) чи сухість у роті. Також ЦД 2 типу нерідко виявляється випадково – під час обстежень перед операцією, у процесі госпіталізації з іншими діагнозами або після перенесених інфекційних захворювань, зокрема COVID-19. Важливу роль у виявленні захворювання відіграє також обізнаність лікаря щодо сімейного анамнезу пацієнта: якщо в родині вже були випадки ЦД, інші члени родини можуть проходити скринінг, навіть за відсутності скарг. Іноді ініціатором такого обстеження стає сам пацієнт.

Для мотивації пацієнтів до зміни способу життя з метою профілактики ЦД 2 типу та вже після встановленого діагнозу лікарі використовують різні підходи – від персональних бесід до наочних прикладів. Водночас ефективність мотивації значною мірою залежить від внутрішньої готовності самого пацієнта змінювати свій спосіб життя. Загальні поради рідко спрацьовують без конкретних прикладів, емоційного залучення чи практичних інструкцій.

Основні стратегії мотивації пацієнтів до зміни способу життя:

Конкретні поради замість загальних фраз. Замість абстрактного «їжте корисне» лікарі пояснюють, як виглядає «тарілка здорового харчування», як рахувати калорії, як поступово змінювати режим харчування і фізичну активність.

Інформування про ускладнення. Пацієнтам пояснюють, до чого може призвести неконтрольований ЦД 2 типу— діабетична стопа (в тяжких випадках – ампутація), погіршення зору, аж до повної його втрати, діабетична нефропатія (у тяжких випадках – ниркова недостатність), серцево-судинні захворювання (інсульт, інфаркт) та ін. Коли такі розмови мають регулярний та системний характер, вони можуть впливати на зміну способу життя пацієнтів.

Реальні приклади та «шокова профілактика». Медичні працівники вважають дієвими ті способи впливу, що базуються на реальних прикладах із життя – зокрема, розповіді про знайомих чи родичів із ЦД 2 типу. Окремі учасники ефективними

вважають «екскурсії», які лікар може організовувати для своїх пацієнтів до хірургічного відділення, де вони мають змогу побачити тяжкі ускладнення захворювання на власні очі, зокрема таким досвідом ділився один з лікарів. Також медичні працівники використовують друковані інформаційні матеріали (брошури, буклети), іноді – реальні фотографії або демонструють своїм пацієнтам відео.

Фінансові аргументи. Медичні працівники пояснюють пацієнтам, що профілактика захворювань значно дешевше за лікування ускладнень, зокрема через менші витрати на лікарські засоби (включно з інсуліном), а також зменшення витрат, пов'язаних із втратою працездатності. Особливо це діє на людей старшого віку або людей з обмеженим бюджетом.

Апеляція до особистого досвіду пацієнта. Ті, хто бачив хворобу близьких, частіше дослухаються до порад та рекомендацій лікарів. Аналогії із знайомими випадками допомагають емоційно залучити людину до теми, що підвищує мотивацію піклуватись про власне здоров'я.

Побудова довірливих відносин. Медичні працівники підкреслюють, що атмосфера довіри у спілкуванні із пацієнтом є ключем до ефективної мотивації. Пацієнти частіше змінюють поведінку, коли відчувають підтримку медичних працівників, а не осуд чи тиск.

2.2. Шлях пацієнта до встановлення діагнозу: симптоми, діагностика та підтримка особистий досвід пацієнтів

У більшості випадків діагноз ЦД 2 типу було виявлено випадково – під час профілактичних обстежень, здачі планових аналізів або звернень до лікаря з інших причин. Часто першим сигналом були такі симптоми: сильна спрага, втома, часте сечовипускання, надмірна маса тіла (інколи втрата маси тіла), сухість у роті, свербіж шкіри чи погіршення зору. Деякі пацієнти зізнавалися, що роками не звертали уваги на симптоми або пов'язували їх з іншими станами чи діагнозами, зокрема з гіпертензією чи віковими змінами. Часто саме родичі першими помічали зміни в самопочутті чи поведінці пацієнта і радили звернутися до лікаря й пройти обстеження. У частини респондентів ЦД 2 типу виявляли під час госпіталізації або дообстеження перед початком лікування іншого захворювання. Для встановлення діагнозу зазвичай проводили вимірювання рівня глюкози в капілярній крові за допомогою глюкометра, а також визначення рівня глікованого гемоглобіну. У деяких випадках робили додаткові обстеження (УЗД підшлункової залози, органів черевної порожнини, аналіз сечі та ін.). Частина пацієнтів одразу отримували направлення до ендокринолога, інші – проходили декілька етапів консультацій у сімейного лікаря.

У більшості випадків діагноз ЦД 2 типу був встановлений завдяки регулярним обстеженням або завдяки уважності та ініціативі сімейних лікарів чи інших медичних працівників. Частина учасників ГІ зазначила, що вирішальним чинником у встановленні діагнозу стало накопичення знань із попереднього досвіду – наприклад, спостереження за родичами, які мають

«Дієвим є те, коли ми розкажуємо їм вже про ускладнення ЦД. Про те, як живуть люди з ускладненням, чим це грозить в їхньому здоров'ї. І особливо коли ти розкажеш, що люди вже ніби є інсулінозалежними, і вони не можуть нічого ні з'їсти, ні випити, ні кудись піти без оцієї ін'єкції життя. Ну, вони трошки лякаються цього. І коли ми їм даємо отакі от брошурки з наглядною якоюсь ілюстрацією цих ускладнень»

«...Завдяки лікарю. Якби лікарі не звернули увагу... в першу чергу мій лікар, який лікував і відправив мене на обстеження до ендокринолога»

ЦД 2 типу або базова поінформованість про симптоми ЦД 2 типу. У кількох випадках саме такі симптоми, як сильна спрага, втома, порушення зору, стали поштовхом для звернення до лікаря. Деякі пацієнти підкреслювали роль конкретного спеціаліста, який ініціював проведення необхідних аналізів або запропонував перевірити рівень цукру в крові навіть без наявності очевидних ознак чи симптомів.

Загалом серед учасників ГІ не було одностайної думки щодо своєчасності виявлення ЦД 2 типу. Деякі пацієнти зізнавалися, що, озираючись назад, звернулися б до лікаря раніше або більш уважно поставилися б до власних симптомів, щоб вчасно діагностувати захворювання. Кілька респондентів визнавали, що їм бракувало інформації про ознаки ЦД 2 типу, через що вони не пов'язували окремі симптоми із захворюванням. Частина учасників шкодувала, що раніше не приділяла достатньої уваги харчуванню, контролю маси тіла та фізичній активності. Водночас інші респонденти вважали, що захворювання було виявлено своєчасно.

3. ЗМІНА СПОСОБУ ЖИТТЯ ПІСЛЯ ВСТАНОВЛЕННЯ ДІАГНОЗУ ЦД 2 ТИПУ

3.1. Вплив ЦД 2 типу на спосіб життя та соціальні взаємини: особистий досвід пацієнтів

Пацієнти по-різному оцінюють вплив ЦД 2 типу на зміну їх способу життя та участь у соціальних взаєминах – зокрема у професійній діяльності, спілкуванні з друзями, подорожах, відпочинку тощо. Для частини респондентів хвороба обмежує фізичну активність через зниження сили, втому та біль, особливо у ногах. Деякі відзначають необхідність змінити харчові звички та дотримуватися дієти, що також впливає на певні соціальні традиції, але не сприймається ними як суттєве обмеження. Інші, навпаки, не вважають, що хвороба істотно позначилась на їхньому соціальному житті, зазначаючи, що змогли адаптуватися і підтримують активність у межах своїх можливостей. Багато хто підкреслює важливість самоконтролю, регулярного прийому ліків та підтримки з боку близьких, що допомагає зберегти звичний ритм життя. Водночас деякі респонденти визнають, що ЦД 2 типу спричиняє певне психологічне навантаження через постійну потребу контролювати стан здоров'я. Загалом, хоча ЦД 2 типу впливає на спосіб життя і вимагає адаптації, більшість пацієнтів прагнуть залишатися соціально активними.

Після встановлення діагнозу ЦД 2 типу респонденти здебільшого змінили свій раціон харчування. Вони стали частіше вживати овочі, каші, нежирне м'ясо та молочні продукти, зменшили споживання солодкого, борошняних виробів, жирного та копченого. Багато хто дотримується режиму харчування, їсть меншими порціями та планує прийоми їжі. Алкоголь і куріння, якщо раніше були присутні, переважно знижені або повністю виключені. Однак деякі пацієнти визнають, що іноді дозволяють собі невеликі порушення дієти, зокрема невелику кількість солодощів.

Рівень фізичної активності пацієнтів переважно змінився після встановлення діагнозу. Частина респондентів знизилася активність. Водночас інші, навпаки, почали більше рухатись: займаються спортом та фізичними навантаженнями, ходять на прогулянки. Зміни у фізичній активності пацієнтів пов'язані не лише із встановленим діагнозом ЦД 2 типу, а й з індивідуальним станом здоров'я та способом життя, в тому числі до встановлення діагнозу.

«Ну, чим займався, тим і займаюся. Вперше, коли отримав такий діагноз, трошки да... така стресова ситуація. А потім вже так, звик вже якось, та й просто з цим живеш.»

Учасники ГІ зазначили, що їхнє коло спілкування не зазнало суттєвих змін після встановлення діагнозу. Родина, друзі та колеги здебільшого надають підтримку, проявляючи турботу через спільну адаптацію харчування, нагадування про прийом ліків та допомогу в побуті. Деякі респонденти відзначають, що близькі намагаються дотримуватися дієтичних рекомендацій разом із ними, що створює атмосферу взаємопідтримки. Водночас частина пацієнтів зазначає, що оточення не завжди серйозно ставиться до їхнього захворювання, іноді ігноруючи необхідні обмеження в харчуванні.

В окремих випадках зміни у спілкуванні були пов'язані із відмовою від алкоголю або тютюну, що призвело до дистанціювання деяких людей із соціального кола.

Ці дані демонструють індивідуальний характер реакції на встановлений діагноз та важливість персоналізованого підходу до підтримки на шляху до зміни способу життя.

4. ЛІКУВАННЯ, САМОКОНТРОЛЬ ТА МОНІТОРИНГ ЦД 2 ТИПУ

4.1. Організаційні документи в закладах первинної медико-санітарної допомоги щодо ведення пацієнтів із ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Більшість респондентів зазначили про наявність у закладах ПМД локальних клінічних маршрутів пацієнтів або внутрішніх протоколів, що стосуються профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу. Вони переважно ґрунтуються на чинних наказах МОЗ і, по суті, дублюють офіційно затверджені протоколи на державному рівні. Такі документи часто створюються в межах вимог до акредитації або контрахтування з Національною службою здоров'я України (НСЗУ), проте їхня реальна практична цінність є дискусійною, на думку окремих медичних працівників. Частина лікарів визнає, що користується локальними маршрутами, проте звертається до них нечасто через обмеження часу чи тому, що ефективнішим вважає безпосереднє обговорення або консультації з колегами. Деякі респонденти не знають чи є подібні документи у їхніх закладах. У кількох випадках згадувалося що в закладах були розроблені або оновлені локальні документи на основі міжнародних клінічних протоколів, зокрема Duodecim Medical Publications Ltd.

«У нас теж розроблені локальні протоколи є, 100%, але дійсно, до них рідко звертаєшся. Вони є, але краще консультація все ж таки, безпосередньо, в розмовному вигляді. Тому що нема можливості гортати лишній раз сторінки»

4.2. Призначення ліків і обізнаність щодо їх застосування: особистий досвід пацієнтів

Більшість опитаних пацієнтів із ЦД 2 типу отримують лікування у вигляді одного, інколи двох таблетованих цукрознижувальних препаратів. У кількох випадках пацієнти зазначали, що лікар підбирав схему лікування поступово – спочатку призначав один засіб, який за потреби замінював або доповнював іншим. Призначення інсулінотерапії було поодиноким і, як правило, епізодичним – під час перебування в стаціонарі або при критичному підвищенні рівня цукру в крові. Деякі респонденти прямо зазначали, що намагаються уникати інсуліну, а інші повідомляли, що завдяки контролю за дієтою та регулярному прийому цукрознижувальних препаратів поки що немає потреби в інсулінотерапії.

Більшість респондентів зазначили, що отримали базову інформацію від лікаря про правила прийому призначених препаратів. Вказувалося, зокрема, коли і як приймати ліки, важливість дотримання режиму лікування, а також необхідність дотримання дієти. Щодо можливих побічних ефектів – більшість пацієнтів підтвердили, що отримали інформацію від лікарів про побічні ефекти, але не зазначали, яку саме. Декілька респондентів озвучили, що лікарі попереджали про потенційні негативні реакції, наприклад, головний біль або головокружіння, та рекомендували звертатися у разі появи симптомів. Водночас менша частина пацієнтів або не отримувала такої інформації, або не пам'ятає, щоб вона обговорювалася. У деяких випадках пацієнти самостійно шукали інформацію про побічні ефекти – в інструкціях до препаратів або в мережі Інтернет.

4.3. Самоконтроль і профілактичні заходи при ЦД 2 тип: особистий досвід пацієнтів

Частота контролю **рівня цукру** в крові серед пацієнтів значно варіюється – від щоденного або кількаразового вимірювання на тиждень до епізодичного контролю раз на місяць або лише під час візитів до лікаря. Декілька респондентів зазначили, що вимірюють рівень глюкози лише за погіршення самопочуття або під час медичних оглядів. Половина опитаних мають власний глюкометр і використовують його з різною регулярністю. Інші – або не мають пристрою через відсутність потреби на думку лікаря, або самі не вважають його потрібним чи доступним засобом контролю.

«Приймати кожен день, не зменшувати дозу. Ну, побічні...що цукор підніметься, якщо я не буду кожен день їх приймати. Та то самому можна здогадатися, що якщо більше вип'єш, щось буде не так»

Абсолютна більшість опитаних пацієнтів не ведуть **щоденника самоконтролю ЦД 2**. Основними причинами є відсутність відповідної рекомендації від лікаря або недостатнє розуміння його користі. Лише декілька респондентів зазначили, що ведуть щоденник у телефоні. Респонденти вносять туди показники глюкози в капілярній крові та глікозильованого гемоглобіну і використовують ці записи для обговорення з лікарем. Один респондент згадав про короточасне ведення щоденника, але з нормалізацією показників він припинив цю практику.

Регулярність контролю **рівня холестерину** серед пацієнтів нерівномірна. Здебільшого респонденти проходять необхідні лабораторні дослідження раз на три-шість місяців разом з іншими показниками як частину загального планового обстеження чи під час госпіталізації. Інші респонденти контролюють цей показник значно рідше або взагалі не контролюють, іноді через брак мотивації чи обізнаності про необхідність, а в окремих випадках – через фінансові обмеження. Декілька пацієнтів зазначили, що лікар наголошував на важливості моніторингу, але вони відкладали виконання лабораторних досліджень.

Більшість опитаних пацієнтів регулярно вимірюють **артеріальний тиск (АТ)**, оскільки мають діагностовану гіпертензію або інші серцево-судинні захворювання (ССЗ). Частота вимірювань коливається від щоденних (іноді 2–3 рази на день) до періодичних – у разі погіршення самопочуття або за рекомендацією лікаря. Деякі респонденти контролюють АТ рідко або взагалі цього не роблять, покладаючись на суб'єктивне самопочуття. У більшості учасників ПІ вдома є тонометри, що полегшує контроль. Також пацієнти пов'язують стабільність АТ з регулярним прийомом призначених лікарем антигіпертензивних препаратів.

Більшість пацієнтів не отримували або не пам'ятають про отримання конкретних рекомендацій щодо **догляду за стопами** після встановлення діагнозу ЦД 2 типу, тому не знають про можливі ускладнення, зокрема діабетичну стопу, і тому не приділяють цьому значної уваги. Лише деякі респонденти зазначали, що сімейні лікарі або інші фахівці періодично нагадують про необхідність контролювати стан ніг (стоп), звертати увагу на набряки, відчуття холоду чи болю в ногах. Декілька пацієнтів розповіли, що отримували поради щодо профілактичних вправ для стоп або використання спеціальних мазей.

Опитані респонденти здебільшого усвідомлюють необхідність щорічного **офтальмологічного обстеження** у зв'язку з діагнозом ЦД 2 типу. Частина з них регулярно дотримується рекомендацій лікарів і проходить профілактичні огляди. Водночас деякі зазначають, що, хоча їм пояснювали про важливість таких обстежень, на практиці вони не завжди їх проходять. Є також пацієнти, які не пам'ятають або взагалі не були поінформовані про це. Окрема частина респондентів проходять офтальмологічні огляди регулярно в межах профілактичних оглядів на роботі.

Учасники дослідження орієнтуються на кілька основних методів контролю свого стану: дотримання дієти, регулярний прийом медикаментів, вимірювання рівня цукру в крові за допомогою глюкометра та фізичну активність. Водночас вони також звертають увагу на власні відчуття, які можуть сигналізувати про зміну рівня цукру, зокрема спрагу, сухість у роті або погіршення загального самопочуття.

«Що я знаю... я методичку прочитав і «приложеніє» до неї. І всьо, більше я нічого не знаю. Так, канєшно, хотів би ще дізнатися»

Половина респондентів вважає, що має достатньо інформації про самоконтроль ЦД 2 типу, часто отримуючи її від лікарів, з інформаційних матеріалів або через мережу Інтернет. Водночас інші респонденти відзначають, що інформація іноді недостатня для повного розуміння, тому хотіли б отримати більше практичних порад і конкретних методів, в тому числі від людей із подібним досвідом. Пацієнти зацікавлені у отриманні додаткових матеріалів (наприклад, брошур) та інформації (лекцій, персоналізованих консультацій), які допомогли б краще контролювати хворобу. Загалом учасники ГІ відкриті до отримання нових знань, особливо щодо методів самоконтролю, які допоможуть покращити якість життя та запобігти виникненню ускладнень.

5. ДОСВІД ВЗАЄМОДІЇ З МЕДИЧНОЮ СИСТЕМОЮ ТА ДОСТУП ДО СПЕЦІАЛІЗОВАНОЇ ДОПОМОГИ

5.1. Професійна взаємодія та партнерства у веденні пацієнтів з ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Взаємодія між лікарями первинної ланки та ендокринологами щодо ведення

«В нас зараз все дуже ефективно. В нас з'явився ендокринолог і це суттєво покращило нам роботу і життя пацієнтам. Раніше було трохи важко, того що їхати, дійсно, було далеко. Хоча відразу, коли в нас звільнився ендокринолог, то ми телефонували в сусідні райони. Вони не дуже хотіли нам допомагати. Ну, вони не бачили ще пацієнта і робити щось комусь не хотіли. А вже пізніше, то ми просто телефонували і консультувалися з ними і вони нам дуже-дуже допомагали»

пацієнтів із ЦД 2 типу загалом оцінюється учасниками ФГД позитивно, хоча має суттєві організаційні та кадрові виклики. У більшості випадків сімейні лікарі мають змогу направити пацієнта до ендокринолога для уточнення діагнозу чи корекції лікування, а також можуть звертатися за консультацією телефоном або через неформальні професійні зв'язки. Разом з тим, забезпечення сталої присутності ендокринолога у структурі центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) залишається проблемою – у частині закладів таких фахівців не було впродовж тривалого часу, або вони змінювались. Це створює навантаження на лікарів ЦПМСД, які змушені самотійно шукати фахових

колег, з якими можуть порадитись. Крім того, учасники ФГД і визнають, що доступ пацієнтів до ендокринолога значною мірою залежить від місця – у містах це набагато простіше, ніж у сільських громадах.

Більшість учасників відзначають, що мають можливість консультуватися з колегами, як із числа сімейних лікарів, так і з ендокринологами які працюють в тому ж закладі ПМД або в інших закладах. Деякі респонденти підкреслюють, що така взаємодія відбувається завдяки налагодженій співпраці та наявності особистих контактів. Водночас менша частка медичних працівників скаржиться на відсутність ефективної комунікації з вузькими спеціалістами, вказуючи на небажання або труднощі дистанційного консультування з боку останніх. Також учасники ФГД озвучували потребу в регулярній методичній підтримці від лікарів вузьких спеціалізацій, в першу чергу ендокринологів; в оновлених рекомендаціях; створенні професійної спільноти для обговорення складних клінічних випадків в онлайн чи офлайн-форматі.

Також, під час обговорення з медичними працівниками, було передбачено питання щодо їх взаємодії з Центрами контролю та профілактики хвороб (ЦКПХ) в контексті розширення партнерства та покращення профілактики і контролю ЦД 2 типу. Більшість опитаних медичних працівників не бачать реальної взаємодії з ЦКПХ. Домінує враження, що така співпраця або відсутня, або неструктурована і малопомітна у щоденній практиці лікарів. Частина респондентів взагалі не уявляє, якою могла б бути ця взаємодія.

5.2. Співпраця з громадськими організаціями стосовно ведення пацієнтів із ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Майже всі учасники ФГД зазначили, що їхні заклади не співпрацюють із громадськими чи пацієнтськими організаціями, і багато хто взагалі не знає про таку можливість. Лише один респондент згадав про «Школу діабету» як платформу профе-

сійної комунікації, а ще один – про періодичні виїзди Червоного Хреста в громаду для вимірювання рівня цукру у населення. Ці приклади мають точковий характер і не свідчать про системну взаємодію.

5.3. Взаємодія пацієнта з медичними працівниками: інформування, комунікація та підтримка: особистий досвід пацієнтів

Більшість пацієнтів почали активно **звертатися до сімейного лікаря або медичної сестри** одразу після встановлення діагнозу ЦД 2 типу, дотримуючись призначеного графіка візитів – зазвичай це один раз на місяць або частіше, у разі потреби. До встановлення діагнозу ЦД 2 типу звернення відбувалися значно рідше, переважно при необхідності, зокрема з приводу інших хронічних захворювань або гострих станів.

Деякі учасники ГІ зазначили, що їм доводилося змінювати сімейного лікаря з ряду причин: віддаленість медичного закладу, декретна відпустка лікаря чи індивідуальні мотиви пацієнтів, які шукали більш компетентного або уважного спеціаліста. Загалом тривалість співпраці з сімейним лікарем варіюється від кількох місяців до кількох років, але більшість пацієнтів підтримують стабільні стосунки із сімейним лікарем, що позитивно впливає на контроль за ЦД 2 типу.

Трохи більше половини опитаних пацієнтів зазначили, що отримують достатньо інформації від лікарів про контроль, лікування та профілактику супутніх захворювань, зокрема про необхідність дотримання дієти, контролю АТ, відмови від куріння та вживання алкоголю. Лікарі регулярно нагадують про важливість цих аспектів і роз'яснюють ризики ускладнень, серед яких, за словами респондентів, – ураження очей, ніг, суглобів, ССЗ. Однак незначна частина пацієнтів відчуває, що отримує недостатньо інформації або хотіла б знати більше. Є і ті, хто зазначив, що не отримував відповідного консультування або не замислювався про деякі профілактичні заходи.

Опитані респонденти в цілому задоволені тим, як лікарі пояснюють інформацію щодо їхнього стану та лікування – більшість вважає, що їм пояснюють зрозуміло і доступно. Водночас один з учасників дослідження зазначив, що виходячи з власного досвіду молоді лікарі більш ретельно підходять до надання рекомендацій, а у лікарів старшого віку часто спостерігається поверхневий підхід або недостатня увага до пацієнта, а також відсутність терплячості й більш жорсткий стиль спілкування, що знижує довіру та бажання повертатися на прийом. Проблемою також є обмежений час на прийом (приблизно 15 хвилин), що не завжди дає змогу детально обговорити всі питання і зрозуміти пояснення лікаря. Крім того, деякі пацієнти зазначають про труднощі в розумінні через надміру професійну термінологію. Серед пропозицій респондентів щодо покращення донесення інформації – збільшення часу консультації, створення груп підтримки для пацієнтів із подібними захворюваннями, а також можливості зв'язатися з лікарем поза прийомом через телефон або інші засоби комунікації.

Пацієнти зазначають, що лікарі та медсестри часто **використовують друковані інформаційні матеріали** – брошури, буклети, пам'ятки, які містять рекомендації щодо дієти, харчування, відмови від вживання алкоголю та тютюну, контролю рівня цукру. Більшість вважає ці матеріали корисними, особливо на початкових етапах лікування та супроводу. Водночас окремі рекомендації, зокрема щодо багаторазового харчування протягом дня, можуть бути складними для впровадження у повсякденному житті. Деякі пацієнти ви-

«У мене навіть лежить на столі зараз... книжка: «Як сформувати рівень глюкози в крові», Маньковського. Так, так, корисні. Ще в мене є пам'ятка пацієнту про цукровий діабет другого типу. Так, вони все время в мене на столі, переді мною»

знають, що не завжди уважно читають інформаційні матеріали, але загалом вважають їх цінним доповненням до усних консультацій.

Пацієнти оцінюють **підтримку та супровід** від фахівців закладів ПМД позитивно. Відзначають увагу лікарів і медсестер, їхню готовність відповідати на додаткові запитання, а також своєчасне надання ліків і направлень на обстеження. Більшість вважає рівень підтримки достатнім або хорошим, зазначають про професійність і ввічливість деяких спеціалістів. Водночас окремі пацієнти відчують на собі брак часу у лікарів через навантаження та бюрократію, що ускладнює доступність послуг. Лише кілька респондентів відзначили, що підтримки з боку медичних працівників вони практично не отримують або вона недостатня. Проте переважна більшість задоволена рівнем уваги і супроводу, який отримує.

5.4. Отримання спеціалізованої допомоги після встановлення діагнозу: особистий досвід пацієнтів

Більшість учасників ПІ зазначили, що після консультації з сімейним лікарем та виявлення підозри на ЦД 2 типу вони були скеровані до лікаря-ендокринолога для проведення додаткових обстежень і отримання спеціалізованої консультації. У багатьох випадках також надавались направлення до інших спеціалістів – найчастіше офтальмолога, кардіолога, гастроентеролога або терапевта в стаціонарне відділення. Пацієнти загалом позитивно відгукувались про організацію маршрутів пацієнтів відзначаючи швидке і своєчасне перенаправлення їх сімейними лікарями до вузьких спеціалістів. Водночас були точкові випадки, коли після встановлення діагнозу пацієнтів не скеровували до інших спеціалістів або вони самі не вбачали в цьому необхідності.

Переважно пацієнти відзначали, що отримати спеціалізовану медичну допомогу було достатньо легко: направлення надавались без ускладнень, візити до лікарів проходили за записом, без значних черг, а консультації та обстеження здійснювались у запланований час. Проблеми, якщо й виникали, здебільшого стосувались тривалого очікування саме на прийом до ендокринолога – інколи тривалість очікування становила декілька тижнів, через що пацієнти вимушені були звертатися до приватних клінік, однак такі ситуації були поодинокими. Окремі респонденти наголошували на обмеженому виборі фахівців за місцем проживання.

«Ні, все добре. Наразі я повністю все обстежила, і відповідно через півроку піду знову. Сімейний лікар дасть направлення, тобто це не є складно. Навіть якщо я не можу підійти до сімейного лікаря за направленням, він може мені виписати направлення дистанційно»

Майже всі пацієнти зазначали, що наразі не мають потреби в додаткових консультаціях, адже перебувають під наглядом сімейного лікаря або вже пройшли необхідні обстеження. Водночас окремі респонденти вказували на бажання звернутись до офтальмолога, судинного хірурга чи іншого ендокринолога для отримання додаткової медичної консультації та оцінки стану – переважно з профілактичною метою або у зв'язку з наявними супутніми захворюваннями.

6. ОСВІТА, НАВЧАЛЬНІ ПРОГРАМИ ТА ПІДТРИМКА

6.1. Навчання, джерела інформації та пропозиції з удосконалення знань щодо ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Додаткове навчання з питань профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу проходили не всі учасники ФГД. Більшість респондентів зазначали, що офіційні тренінги або навчальні програми на рівні закладів, де вони працюють, не проводилися. Водночас окремі лікарі брали участь у вебінарах, слухали лекції або самостійно опановували матеріали на платформах на кшталт «Прогрес», «Ендошкола», а також користувалися ресурсами Центру громадського здоров'я МОЗ України, Академії НСЗУ, клінічними протоколами МОЗ, реєстрами медико-технологічних документів і матеріалами видавничого дому «Заславський». Ініціатива такого навчання часто виходила від самих лікарів або колективів ЦПМСД, проте така практика є фрагментарною і не забезпечує рівномірного охоплення фахівців. Серед інших джерел для підвищення кваліфікації згадувалися міжнародні платформи, зокрема UpToDate та тематичні журнали, а також участь у професійних спільнотах, зокрема Facebook-групах, що сприяють швидкому обміну досвідом. Частина респондентів зазначала, що користується локальними протоколами і не має потреби в додаткових джерелах.

«Саме головне, щоб доступ був постійний, а не в конкретні години, коли йде робочий час і ти фізично не можеш знаходитись, проводити це навчання, а вже після робочого часу доступу до платформ немає»

Загалом медичні працівники позитивно оцінюють доступність навчальних ресурсів, особливо онлайн-формату, які стали набагато доступнішими, ніж раніше. Водночас більшість зазначає, що основним бар'єром є брак часу для систематичного навчання. Доступна інформація часто є розпорошеною, надмірно об'ємною або недостатньо адаптованою до щоденних потреб фахівців первинної ланки медичної допомоги. Підвищену цінність мають матеріали, які стисло й структуровано викладають ключові оновлення в контексті ЦД 2 типу. У деяких випадках зазначається, що доступ до якісного навчання потребує власних витрат, що знижує можливості постійного оновлення знань.

Серед освітніх ресурсів, до яких медичні працівники хотіли б мати постійний доступ, найчастіше згадуються UpToDate, Medvoice, «Прогрес» та перекладені українською мовою матеріали Кокранівської бібліотеки. Особливо цінуються платформи з систематизованим, доказовим контентом, однак бар'єром залишається їх вартість. Лікарі пропонують зробити ці ресурси безоплатними або частково фінансованими державою. Також озвучено потребу в короткострокових курсах та лекціях із профілактики ЦД 2 типу, можливості отримувати оновлення у форматі розсилок або повідомлень (наприклад, через Viber), щоб оперативно реагувати на зміни в клінічних підходах.

Для покращення інформаційного забезпечення медичних працівників респонденти запропонували низку рішень. Серед них: регулярне проведення коротких вебінарів або очних лекцій від практикуючих фахівців, створення щомісячних електронних чи друкованих дайджестів з оновленнями протоколів, а також запуск єдиного державного онлайн-ресурсу з актуальними клінічними рекомендаціями. Респонденти наголошують на важливості безпосереднього професійного обміну – круглих столів, Zoom-дискусій та зустрічей між фахівцями первинної і вторинної ланки медичної допомоги.

6.2. Участь у програмах навчання та підтримки для пацієнтів із ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів

Жоден із респондентів не брав участі у програмах підтримки або навчальних сесіях для людей із ЦД 2 типу. Переважна більшість зазначає, що їм такі ініціативи не пропонували, і вони про них нічого не чули.

7. БАР'ЄРИ ТА МОТИВАЦІЙНІ ЧИННИКИ У СКРИНІНГУ ТА ПРОФІЛАКТИЦІ ЦД 2 ТИПУ

7.1. Фактори, що ускладнюють скринінг і профілактику ЦД 2 типу на первинній ланці медичної допомоги: практичний досвід медичних працівників

Аналіз відповідей медичних працівників, які взяли участь у ФГД, демонструє, що найбільші труднощі у сфері профілактики та виявлення ЦД 2 типу пов'язані з низкою обмежувальних чинників.

У багатьох закладах ПМД наявні глюкометри, проте існує ризик нестабільного забезпечення витратними матеріалами (тест-смужками), особливо в другій половині року. Лабораторна діагностика (визначення глікованого гемоглобіну) в більшості закладів ПМД недоступна безоплатно на місці та потребує направлення до вузького спеціаліста. Це стосується передусім закладів, які не мають необхідного обладнання для проведення такого аналізу або відсутнє контрагування з НСЗУ.

Додатковим викликом є надмірне навантаження на лікарів: ведення документації, верифікація пацієнтів, робота з електронною системою обліку. Через це часу на профілактичну роботу бракує навіть у мотивованих фахівців.

Крім цього виявлено поведінкові бар'єри з боку пацієнтів – низька зацікавленість у профілактиці та пізні звернення по медичну допомогу. У результаті, навіть за достатньої мотивації лікарів, профілактика та раннє виявлення ЦД 2 типу відбувається з певними труднощами.

Бар'єри та труднощі:

Обмеження у доступі до проведення аналізу на глікований гемоглобін. У багатьох закладах ПМД аналіз на глікований гемоглобін не проводиться через відсутність обладнання чи реактивів. Часто аналіз можна зробити лише у спеціалізованих закладах вторинної ланки медичної допомоги, що потребує направлення та тривалого очікування у чергах. Інколи пацієнти змушені звертатися до платних лабораторій, що супроводжується фінансовими бар'єрами. Це може призводити до затримок у встановленні діагнозу та контролі захворювання.

Нестабільне забезпечення витратними матеріалами – тест-смужками. Тест-смужки для глюкометрів часто закінчуються, а через обмежене державне фінансування їх своєчасне поповнення у закладах ПМД відбувається із затримками. Деякі медичні установи іноді змушені звертатися до місцевих органів влади з проханням про додаткове фінансування для забезпечення витратних матеріалів. Також значна частина пацієнтів не має можливості самостійно купувати тест-смужки, що ускладнює регулярний моніторинг рівня глюкози та знижує прихильність пацієнтів до лікування.

Низька якість або швидке погіршення технічного стану глюкометрів. У деяких закладах ПМД глюкометри швидко виходять з ладу і ламаються вже за кілька місяців експлуатації. Медичним працівникам іноді доводиться купувати пристрої власним коштом.

Значне адміністративне навантаження на сімейного лікаря. Ведення електронної медичної документації, реєстрація пацієнтів, створення електронних направлень, верифікація інформації та інші бюрократичні процеси забирають левову частку часу під час прийому. Медичні працівники зазначають, що часто відчують себе не лише лікарями, а й «комп'ютерними операторами», що відволікає їх від безпосередньої лікувальної та профілактичної роботи, а також підвищує рівень професійного вигорання та стресу.

Стандартизований час прийому не відповідає реальним потребам пацієнтів. Типовий час прийому пацієнта (15–20 хвилин) є недостатнім для повноцінного огляду, збору анамнезу, проведення обстежень та, особливо, профілактичного кон-

сультування. Часто пацієнти мають кілька супутніх захворювань (наприклад, ЦД, артеріальна гіпертензія чи інші ССЗ, шлунково-кишкова патологія тощо), що потребує додаткового часу. Лікарі намагаються вкластися у відведений час, але це призводить до поверхневого обговорення профілактичних заходів.

Відсутність усталеної практики профілактичних візитів до лікаря. Пацієнти переважно приходять із конкретними скаргами, а не з метою профілактики. Як наслідок, профілактична робота часто проводиться поверхнево або лише в тих випадках, коли виявлені фактори ризику.

Низька мотивація пацієнтів та психоемоційні складнощі, які знижують увагу до власного здоров'я та необхідності змін у способі життя. Пацієнти часто не дослуховуються до порад щодо зміни раціону харчування чи фізичної активності, іноді бояться змінити звичний спосіб життя. Це ускладнює ефективність профілактичних бесід, які потребують часу та повторних пояснень. Багато пацієнтів просто не приходять на контрольні огляди чи не виконують призначення та рекомендації лікаря. Додатковим чинником є вплив війни на психоемоційний стан: хронічний стрес та тривога знижують здатність пацієнтів турбуватися про своє здоров'я, дотримуватися лікування та проходити необхідні обстеження. Це призводить до збільшення ризику пізньої діагностики та розвитку ускладнень.

Чоловіки є важкодоступною цільовою групою, що посилюється поточним воєнним станом в Україні. Чоловіки, особливо призовного віку, уникають звернень до лікаря через страх отримати повістку, що призводить до зниження їх участі у профілактичних заходах та ранньому виявленні хвороби.

Труднощі у доступі до послуг спеціалізованої (вторинної) медичної допомоги. Для проведення низки обстежень (наприклад, аналізу на глікований гемоглобін) потрібне направлення від ендокринолога або іншого спеціаліста. У деяких громадах запис до таких спеціалістів ускладнений через черги. Це призводить до подовження часу діагностики і підвищує ризик втрати пацієнта на етапі переходу між рівнями медичної допомоги.

Фінансові та логістичні перешкоди через віддаленість пацієнтів від медичних установ та лабораторій. Брак коштів на обстеження чи оплату проїзду може обмежувати можливості пацієнтів на доступність медичної допомоги. Жителі сільських чи віддалених територій часто стикаються з труднощами у доїзді до медичних закладів і лабораторій через нерегулярне сполучення та довгий транспортний маршрут. Це ускладнює проходження діагностичних обстежень і регулярний моніторинг стану здоров'я, що призводить до затримок у виявленні та встановленні діагнозу.

Низький рівень поінформованості пацієнтів про безкоштовні медичні послуги. Пацієнти не завжди знають, що частина аналізів та обстежень доступна безкоштовно у межах державних програм, через що уникають профілактичних заходів або погоджуються на платні послуги, що збільшує їх витрати та знижує охоплення медичною допомогою.

Складність підтримання контакту з пацієнтами через міграцію, часті переїзди чи соціальні чинники. Зміна місця проживання, виїзд за кордон, перебування на фронті або інші соціальні обставини призводять до того, що частина пацієнтів стає недоступною для системи охорони здоров'я. Це ускладнює безперервність діагностики та лікування.

Відсутність симптомів на ранніх стадіях ЦД 2 типу, що ускладнює своєчасне звернення пацієнтів за медичною допомогою. Через безсимптомний перебіг хвороби на початкових етапах пацієнти не звертаються до лікаря, не проходять скринінг і не отримують профілактичних рекомендацій, що призводить до несвоєчасного встановлення діагнозу та розвитку ускладнень.

Труднощі в роботі з соціально вразливими групами пацієнтів та особами з низькою мотивацією до лікування та профілактики. Медичні працівники часто зіштовхуються з небажанням або байдужістю до обстежень з боку людей старшого віку, осіб із залежностями, людей без постійного місця проживання та тих, хто має низький рівень залученості до власного здоров'я. Такі пацієнти рідко проходять профілактичні огляди, уникають скринінгу або наполягають лише на призначенні ліків без дообстеження. Це ускладнює охоплення цих груп належною допомогою та своєчасне виявлення ЦД.

7.2. Мотивація та підтримка медичних працівників у сфері профілактики ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

«Окрім фінансової винагороди, мені би хотілося, щоби на загальнодержавному рівні якість харчів, склад харчів краще контролювався. ...мені здається, він взагалі зараз не дуже контролюється. Щоб харчі мали менше отих спредів, отих олій пальмових. Якби так, як в Японії, там дуже пропагандується на державному рівні здорове харчування. І навіть якщо ти хотів би купити щось таке шкідливого плану, то треба ще знайти його»

Медичних працівників мотивує як професійна відповідальність та прагнення запобігти ускладненням у пацієнтів, так і чіткі індикатори якості надання ПМД, що виступають формальним стимулом. Позитивну роль відіграє також зворотний зв'язок від пацієнтів – коли рекомендації виконуються, лікарі бачать результат і це підсилює бажання продовжувати таку роботу. Водночас демотивує байдужість пацієнтів, надмірне адміністративне навантаження, низький рівень заробітної плати та відсутність додаткового фінансування з боку держави. Окремі респонденти наголошували, що системна

підтримка – наприклад, розширення переліку ефективних препаратів у програмі «Доступні ліки» або окремий фінансовий пакет для скринінгу – могла б суттєво підвищити залученість лікарів у профілактичну діяльність.

Для підвищення ефективності здійснення профілактики та контролю ЦД 2 типу респонденти пропонують кілька рішень: більше просвітницької роботи через ЗМІ, фінансові або символічні стимули (наприклад, смаколик, блокнот, календарик або інші заохочувальні матеріали) для пацієнтів, які дотримуються рекомендацій лікарів, збільшення часу консультації, зменшення адміністративного навантаження на лікарів, а також впровадження моделі медичних сестер з розширеними повноваженнями, які могли б частково перебрати функції на себе. Також важливим є забезпечення можливості проводити всі необхідні аналізи для встановлення діагнозу ЦУ 2 типу безкоштовно на первинному рівні, без направлення до приватних лабораторій чи вузьких спеціалістів.

7.3. Перешкоди на шляху до встановлення діагнозу, лікування та зміни способу життя у пацієнтів із ЦД 2 типу : особистий досвід пацієнтів

Встановлення діагнозу. Усі респонденти зазначили, що не стикалися з істотними перешкодами на етапі встановлення діагнозу ЦД 2 типу. За словами пацієнтів доступ до здачі аналізів, консультацій із сімейними лікарями та подальше скерування на обстеження загалом були організовані на належному рівні. У більшості випадках діагностика відбувалась послідовно і без затримок, пацієнти отримували результати швидко, а комунікація з медичними працівниками була ефективною.

Доступність ліків. Абсолютна більшість опитаних пацієнтів із ЦД 2 типу не зіштовхувалися із серйозними проблемами щодо отримання призначених медикаментів. Ліки, зазвичай, були доступними в аптеках, особливо в містах, а електронні рецепти спрощували процес їх отримання. Частина респондентів відзначала, що в разі тимчасової відсутності необхідного препарату в аптеці, вони замовляли його наперед

або знаходили в інших аптеках. Водночас були згадки про фінансове навантаження у разі прийому декількох препаратів або небажання замінювати ліки на аналоги, у разі відсутності необхідного препарату в аптеці.

Дотримання рекомендацій і режиму прийому ліків. Загалом учасники ГІ із ЦД 2 типу зазначали, що не мають значних труднощів із дотриманням медичних рекомендацій чи режиму прийому ліків. Дехто вказував на те, що вже звикли до встановленого режиму або відчують чіткий зв'язок між прийомом ліків і самопочуттям, що мотивує до дисципліни. Проте у частини респондентів виникають побутові чи життєві обставини, які ускладнюють регулярність прийому – зокрема, графік роботи, військова служба або відсутність чітко налагодженого розпорядку дня.

Модифікація способу життя, зокрема зміна способу харчування. Учасники ГІ зазначили, що зміни в харчуванні та способі життя були для них викликом. Особливо складними виявилися відмова від солодкого та улюблених страв, а також підлаштування сімейного харчування, адже не всі члени родини дотримуються принципів здорового харчування. Крім того, пацієнти зіштовхувалися з фінансовими обмеженнями щодо здорового харчування, а також із нестачею часу і сил через зайнятість і втому, що ускладнювало приготування їжі відповідно до рекомендацій. Окрім цього простежується, що дотримання рекомендацій щодо харчування часто викликає більше труднощів, ніж регулярний прийом медикаментів. Загалом важливу роль у процесі змін для багатьох відіграє підтримка сім'ї та близького оточення, які намагаються також змінювати свої звички і мотивують пацієнтів дотримуватися нового режиму харчування. Також суттєвою є інформаційна підтримка з боку лікарів, які надають поради та роз'яснення щодо того, що саме варто їсти і чого уникати. Самоконтроль та особиста ініціатива також відіграють важливу роль: деякі пацієнти підкреслюють значення внутрішньої готовності та усвідомлення цінності змін.

8. ПРОПОЗИЦІЇ ЩОДО ПОКРАЩЕННЯ ПРОФІЛАКТИКИ, СКРИНІНГУ ТА КОНТРОЛЮ ЦД 2 ТИПУ

8.1. Від закладів до громади: рекомендації для посилення профілактики ЦД 2 типу: практичний досвід медичних працівників

Для посилення профілактики та контролю ЦД 2 типу на рівні громади та закладів охорони здоров'я медичні працівники пропонують низку рішень. Вони охоплюють поліпшення доступу до послуг, посилення просвітницької роботи, розвиток міжсекторальної взаємодії, організаційні зміни та навчання.

Розширення доступу до скринінгу ЦД 2 типу. Забезпечити постійне фінансування на реактиви, тест-смужки, глюкометри, а також розглянути можливість проведення скринінгу в аптеках або на виїздах – це дозволить охопити більше населення, зокрема з віддалених громад.

Посилення інформаційно-просвітницької роботи. Розміщення інформації про ЦД у місцевих медіа, блогах, соціальних мережах, статтях, банерах і мультимедійних матеріалах (відеороліках) допоможе людям краще розуміти особливості ЦД 2 типу, можливі ризики та необхідність регулярного контролю. Лікарі зазначають, що особисті розповіді пацієнтів із ускладненнями мають значний мотиваційний ефект і можуть використовуватися для просвітницької роботи. Доцільно розвивати формат «шкіл для пацієнтів з ЦД 2 типу» – регулярні зустрічі або онлайн-сесії, під час яких пацієнтів навчають способам самоконтролю, змінам у харчуванні, розумінню ризиків чи іншим аспектам життя з ЦД 2 типу.

Розвиток та посилення міжсекторального партнерства для профілактики ЦД. Необхідна ефективна взаємодія між закладами ПМД, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги, освітніми закладами та підприємствами для обміну інформацією про наявні послуги, маршрути пацієнтів та організацію профілактичних заходів щодо ЦД 2 типу. Медичні працівники можуть проводити інформаційно-просвітницьку роботу серед підлітків, молоді, батьків та працівників закладів освіти і підприємств.

Навчання лікарів методам комунікації з пацієнтами та проведення мотиваційного консультування. Додаткові тренінги для лікарів з навичок спілкування з різними категоріями пацієнтів, мотиваційного консультування та ведення профілактичних бесід.

Впровадження регулярних тижнів/днів профілактики ЦД. Організація днів або тижнів профілактики ЦД 2 типу із профілактичними оглядами в медичних закладах, громадах або на відкритому повітрі дозволить охопити більше населення. Для ефективної реалізації таких заходів важливо передбачити місцеве фінансування профілактичних ініціатив, включаючи ресурси на витратні матеріали, транспорт, інформаційні кампанії тощо. Доцільно затвердити програми на рівні територіальних громад (ТГ) із відповідним бюджетуванням, що дозволить проводити тижні/дні профілактики системно та регулярно.

Підтримка особистої відповідальності пацієнта щодо профілактики та контролю ЦД 2 типу. Частина медичних працівників наголошує на важливості відповідального ставлення пацієнтів до власного здоров'я. Важливо посилювати цю мотивацію через регулярне інформування та залучення до просвітницьких заходів. Медичні працівники одностайні в думці, що профілактика ЦД 2 типу має базуватись на поєднанні здорового способу життя, щорічних медичних оглядах та підвищенні особистої відповідальності пацієнта за власне здоров'я. Вони також наголошують на необхідності покращення поінформованості населення про доступні медичні послуги, ролі сімейного лікаря та шкоді самолікування. Ключовим чинником успішної профілактики лікарі вважають активну участь самого пацієнта.

В контексті профілактики ЦД 2 типу насамперед, медичні працівники роблять акцент на регулярних профілактичних візитах до сімейного лікаря, зокрема – щорічному огляді з обов'язковим вимірюванням рівня глюкози в крові, а також проходженні лабораторних обстежень: загального аналізу крові та сечі, ліпідного профілю, показників функції печінки та ін. Важливою складовою є відкрита комунікація з лікарем щодо індивідуальних факторів ризику, які можуть вказувати на ймовірність розвитку діабету.

Окремо підкреслюється значення збалансованого харчування та контролю маси тіла, відмови від вживання тютюну та алкоголю. Разом з тим, медичні працівники рекомендують **фізичну активність**: регулярне дозоване фізичне навантаження, щоденні прогулянки та спорт у будь-якому віці. Крім того, медичні працівники звертають увагу на необхідність управління стресом і дотримання режиму відпочинку: це включає повноцінний сон, релаксацію та зниження психоемоційного навантаження.

Важливою є також повага до ролі лікаря, яка проявляється у дотриманні медичних рекомендацій, довірі до фахівця та визнанні авторитету медичних працівників.

І нарешті, значущим аспектом профілактики є підвищення рівня медичної грамотності пацієнтів: знання своїх прав, обізнаність щодо доступних послуг, уникнення самолікування та довіра до професійної медичної допомоги.

8.2. Пропозиції пацієнтів щодо покращення системи медичної допомоги та супроводу при ЦД 2 типу: особистий досвід пацієнтів

Пацієнти загалом задоволені системою медичної допомоги та супроводом при ЦД 2 типу, проте відчувають потребу у точкових покращеннях.

Покращення доступу до спеціалістів вторинної ланки медичної допомоги: спрощення запису та скорочення черг до ендокринологів.

Розширення інформаційної підтримки: надання доступної та повної інформації про хворобу, рекомендації щодо харчування, можливих ускладнень та наслідків захворювання, а також підвищена увага до методів профілактики.

Підтримка пацієнтів: створення спільнот і платформ для обміну досвідом та підтримки мотивації між пацієнтами з ЦД 2 типу.

Доступність лікування: зниження вартості медикаментів і розширення безкоштовного забезпечення.

Комплексний підхід: поєднання медикаментозного лікування із здоровим харчуванням, фізичною активністю і психоемоційним супроводом.

АНАЛІЗ МІСЦЕВИХ ПРОГРАМ З ПРОФІЛАКТИКИ НІЗ, ЗОКРЕМА ЦД 2 ТИПУ

Наявність окремих стратегій або чітких напрямів у місцевих програмах дозволяє системно підходити до профілактики та раннього виявлення НІЗ, зокрема ЦД 2 типу, координувати діяльність закладів первинної та вторинної ланки, забезпечувати своєчасне фінансування необхідних заходів та ресурсів, а також підвищувати обізнаність і залученість населення. Це сприяє зменшенню ускладнень, підвищенню ефективності лікування та поліпшенню здоров'я громади в цілому. Місцеві програми можуть стати ключовим інструментом, який дозволяє визначити пріоритетні напрями діяльності та забезпечувати стабільний розвиток системи охорони здоров'я. Крім того, чіткі програми профілактики та контролю НІЗ сприяють формуванню культури здоров'я в громаді, зміцненню довіри до системи охорони здоров'я та створенню умов для тривалого поліпшення показників здоров'я населення.

Із 60 існуючих на території Хмельницької області ТГ, 31 громада є засновником та утримувачем 32 ЦПМСД комунальної форми власності. Деякі громади утримують по 2 заклади ПМД, а є випадки, коли один заклад ПМД утримується декількома громадами.

За результатами аналізу, 31 ТГ має затверджені програми, що стосуються розвитку та підтримки комунальних закладів охорони здоров'я. Лише в одній громаді наявний окремий план заходів з профілактики НІЗ. Водночас жодна із затверджених програм не зосереджена виключно на профілактиці та контролі ЦД 2 типу.

У більшості програм тематика ЦД 2 типу представлена як частина загальних заходів із профілактики НІЗ. Найбільш системний підхід до проблеми ЦД 2 типу зафіксований лише в одній громаді області. В інших громадах заходи з профілактики ЦД є загальними або згадуються фрагментарно у складі ширших заходів щодо профілактики хронічних захворювань (**Таблиця 1**).

Таблиця 1. Аналіз місцевих програм з профілактики НІЗ, зокрема ЦД 2 типу, у громадах Хмельницької області

Назва ТГ	Розроблена на рівні ТГ програма	Короткий опис програми в частині профілактики НІЗ
Хмельницька міська ТГ	Програма розвитку, підтримки комунальних закладів охорони здоров'я та надання медичних послуг понад обсяг, передбачений програмою державних гарантій медичного обслуговування населення Хмельницької міської територіальної громади на 2024-2026 роки	Програма спрямована на підвищення якості та доступності медичної допомоги, зокрема шляхом впровадження сучасних медичних технологій, профілактики та раннього виявлення захворювань. Особлива увага приділяється зниженню ризиків неінфекційних захворювань, зміцненню здоров'я населення та підвищенню тривалості активного життя. Зокрема, в Програмі мова йде про: - проведення ефективної боротьби з онкологічними захворюваннями; - проведення заходів, спрямованих на запобігання і лікування серцево-судинних та судинно-мозкових захворювань серед населення міста; - проведення ефективних заходів щодо покращання медичної та соціальної реабілітація хворих, умов їх перебування в соціумі; - активізування профілактичного напрямку дій щодо боротьби з серцево-судинними, онкологічними захворюваннями, захворюваннями населення на цукровий діабет та соціально значущими захворюваннями. У Програмі підкреслюється, що цукровий діабет є серйозною соціальною проблемою, яка супроводжується високими показниками інвалідності та смертності. Для її вирішення необхідна державна підтримка та координація дій усіх рівнів влади. Серед ключових напрямів роботи – профілактика, раннє виявлення, лікування та реабілітація осіб із діабетом, а також забезпечення належного медикаментозного і матеріально-технічного забезпечення.
Війтовецька селищна ТГ	Про затвердження Програми підтримки установ охорони здоров'я на території Війтовецької селищної ради на 2021 – 2025 роки	Метою програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності сільського населення шляхом формування та налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної й якісної первинної допомоги на засадах сімейної медицини. Програма не містить конкретної інформації стосовно профілактики НІЗ та ЦД 2 типу
Волочиська ТГ	Про затвердження Програми розвитку первинної медико-санітарної допомоги Волочиської міської ради на 2021-2025 роки	Метою Програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Зокрема, в Програмі йде мова про зміщення акцентів від лікування до профілактики захворювань і просування здорового способу життя; про запровадження мультидисциплінарного підходу у забезпеченні здоров'я ТГ. Одним із шляхів виконання Програми є удосконалення системи профілактичних заходів, диспансерного нагляду за хворими, проведення якісних профілактичних оглядів дитячого та дорослого населення. В Програмі акцентовано увагу на серцево-судинних та судинно-мозкових захворюваннях, зокрема артеріальній гіпертензії.

Гуменецька сільська ТГ	1. Програма фінансової підтримки комунального некомерційного підприємства «Центр первинної медико-санітарної допомоги» Гуменецької сільської ради на 2024-2026 роки 2. Комплексна програма «Здоров'я населення Гуменецької сільської ради» на 2025-2028 роки	1. До основних завдань Програми, зокрема належать: - планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; - консультації щодо профілактики, діагностики, лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя; - участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо формування здорового способу життя; 2. За період функціонування Програми планується вирішити низку завдань, спрямованих на задоволення потреб населення в охороні здоров'я, забезпечення прав громадян на якісну та доступну медико-санітарну допомогу, створення умов для формування здорового способу життя. До основних завдань програми належать: - рідкісне право жити – медична підтримка пацієнтів з орфанними захворюваннями. - відновлення зору – збереження якості життя (профілактика та лікування глаукоми та іншої офтальмологічної патології). - профілактика та лікування хронічних неінфекційних захворювань. - розвиток медичної та фізичної реабілітації та відновного лікування у Гуменецькій сільській територіальній громаді в аспекті сучасних вимог. - формування у населення мотивації до здорового способу життя. - покращення стану здоров'я усіх категорій населення, зниження рівня смертності, захворюваності, стабілізація показників інвалідності. - впровадження сучасних високотехнологічних методик у профілактиці та діагностиці окремих груп захворювань, що призводять до інвалідності. - впровадження інформаційно-освітніх та науково-популярних матеріалів для формування у громадян усвідомленого та відповідального ставлення населення до власного здоров'я та особистої безпеки.
Держнянська міська ТГ	Про затвердження «Програми соціально – економічного та культурного розвитку Держнянської міської територіальної громади на 2025 рік»	Один із розділів Програми присвячений «Фізичній культурі та спорту». В якому зазначається, що фізична культура і спорт є важливими складовими здорового способу життя та сприяють покращенню якості життя населення та зниженню рівня захворюваності, залученню молоді до активного життя громади. Програма не містить конкретної інформації стосовно профілактики НІЗ та ЦД 2 типу

Красилівська міська ТГ	Програма розвитку та фінансової підтримки комунального некомерційного підприємства «Красилівський Центр первинної медико-санітарної допомоги» Красилівської міської ради Хмельницького району Хмельницької області на 2025-2026 роки	Метою Програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідизації та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Одним із основних завдань Програми є: - забезпечення медичної підтримки здорового способу життя
Смотрицька селищна ТГ	Програма розвитку та підтримки комунальне некомерційне підприємство Смотрицький центр первинної медико-санітарної допомоги Смотрицької селищної ради на 2025 рік	Метою Програми є забезпечення зниження рівня захворюваності, інвалідності та смертності населення шляхом формування і налагодження ефективного функціонування системи надання населенню доступної і високоякісної первинної медико-санітарної допомоги. До важливих заходів Програми, зокрема належать: - планування, організація, участь та контроль за проведенням профілактичних оглядів та диспансеризації населення, здійснення профілактичних заходів, у тому числі безперервне відстеження стану здоров'я пацієнта з метою своєчасної профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів; - консультації щодо профілактики, діагностики та забезпечення лікування хвороб, травм, отруєнь, патологічних, фізіологічних (під час вагітності) станів, а також щодо ведення здорового способу життя; - участь у проведенні інформаційної та освітньо-роз'яснювальної роботи серед населення щодо здорового способу життя; - скринінгових обстежень, профілактики, діагностики та лікування окремих захворювань у порядку, визначеному відповідними програмами та законодавством.
Розсошанська ТГ	Програма підтримки розвитку КНП «Центр ПМД Хмельницького району» (заклади, що перебувають у підпорядкуванні Розсошанської сільської ради) на 2025 рік	Метою програми є збереження і зміцнення здоров'я населення, підвищення якості та ефективності медичної допомоги. Програма не містить конкретної інформації стосовно профілактики НІЗ та ЦД 2 типу

Чорноострівська селищна ТГ	План заходів з профілактики неінфекційних захворювань у Чорноострівській громаді (2025-2027 р.)	План представлений у вигляді таблиці, яка містить перелік заходів до реалізації, зокрема: - створення координаційної ради з профілактики НІЗ - оцінка стану здоров'я населення громади - проведення щорічних Днів здоров'я - кампанія «Здоров'я – в наших руках» у соцмережах - розповсюдження інформаційних матеріалів - гуртки фізичної активності - розширення мережі спортмайданчиків - програма «Здорове харчування у школах» - скринінгові обстеження - електронна реєстрація груп ризику
Шепетівська міська ТГ	Програма забезпечення діяльності та розвитку КНП Шепетівський міський ЦПМСД на 2024-2025 рр.	На момент аналізу дана програма не оприлюднена у вільному доступі на офіційному сайті громади.

ВИСНОВКИ

1. Роль первинної ланки медичної допомоги та обізнаність пацієнтів. Медичні працівники зазначили, що роль сімейного лікаря в ранньому виявленні та профілактиці ЦД 2 типу є визначальною, однак ефективність цього процесу залежить не лише від дій лікаря, а й від готовності пацієнтів співпрацювати та від наявності інформаційної підтримки на державному рівні. Водночас вони підкреслили, що значним бар'єром до раннього виявлення ЦД 2 типу є недостатній рівень обізнаності населення про це захворювання, його наслідки та важливість проходження регулярного скринінгу. **Пацієнти** ж повідомили, що переважно випадково дізналися про свій діагноз, що може свідчити про недостатнє розуміння симптомів та факторів ризику або нерегулярності профілактичних оглядів. До встановлення діагнозу більшість не пов'язували такі прояви, як: постійна спрага, втома, надмірна маса тіла, а іноді втрата маси тіла, із можливими симптомами ЦД 2 типу. Лише після консультацій з лікарем пацієнти почали усвідомлювати серйозність захворювання. Знання, які вони мали до встановлення діагнозу (переважно з мережі інтернет або від знайомих), були поверхневими чи хибними.

2. Скринінг, діагностика та профілактика ЦД 2 типу. Медичні працівники вказали, що рутинний скринінг у більшості закладів ПМД загалом налагоджений, зокрема до нього активно залучаються пацієнти із груп ризику, а також проводяться виїзні обстеження. Водночас основними бар'єрами для ширшого охоплення скринінгом є нестача витратних матеріалів (зокрема тест-смужок) та обмежені можливості безкоштовного визначення рівня глікованого гемоглобіну. За словами медичних працівників, діагноз ЦД 2 типу найчастіше встановлюється під час профілактичних оглядів або вже тоді, коли пацієнти звертаються з характерними скаргами. **Пацієнти**, у свою чергу, повідомили, що своєчасне виявлення захворювання здебільшого відбувалось завдяки призначеному лікарем обстеженню або під час проходження обстежень з іншого приводу (планова госпіталізація, оформлення довідок, контроль інших хронічних захворювань).

3. Зміна способу життя після встановлення діагнозу ЦД 2 типу. Пацієнти вказали, що після встановлення діагнозу загалом намагаються змінити спосіб харчування та фізичну активність. Однак зіштовхуються із труднощами, зокрема у адаптації сімейного харчування та відмові від солодощів, зміні усталених звичок та через фінансові обмеження. За їхніми словами, підтримка з боку медичних працівників та родини є вирішальним чинником у цьому процесі.

4. Лікування, самоконтроль та моніторинг ЦД 2 типу. Медичні працівники зазначили, що надають пацієнтам індивідуальні рекомендації щодо контролю захворювання, але не завжди мають змогу перевірити їх дотримання. **Пацієнти** вказали, що загалом дотримуються призначень лікаря, проте частина з них має труднощі з регулярним прийомом лікарських засобів або самоконтролем рівня глюкози. Основними причинами вони називали забування, складний графік роботи або надмірну зайнятість. Доступ до цукрознижувальних препаратів у межах програми «Доступні ліки» більшість пацієнтів оцінювали як задовільний, хоча у випадках призначення кількох препаратів відзначалося додаткове фінансове навантаження.

5. Досвід взаємодії з медичною системою та доступ до спеціалізованої допомоги. Медичні працівники зазначили, що наявність ендокринолога в закладі ПМД суттєво підвищує якість надання допомоги пацієнтам із ЦД 2 типу. У разі відсутності такого фахівця сімейні лікарі консультуються з колегами з інших районів або приватних закладів. **Пацієнти** вказали, що здебільшого мають налагоджену комунікацію із сімейними лікарями, проте доступ до ендокринолога часто є обмеженим. Попри своєчасне надання направлень, запис на консультацію до ендокринолога нерідко затягується через нестачу спеціалістів.

6. Освіта, навчальні програми та підтримка. **Медичні працівники** зазначили, що мають потребу в доступній, практичній і систематизованій інформації щодо ведення пацієнтів із ЦД 2 типу. Вони відзначили необхідність у регулярному оновленні професійних знань, оскільки їм бракує зручних освітніх ресурсів, стислих оглядів (дайджестів) та форматів для обміну досвідом, особливо між первинною та вторинною ланками медичної допомоги. **Пацієнти** вказали, що не були залучені до навчальних програм або програм підтримки і переважно не поінформовані про їхнє існування.

7. Бар'єри та мотиваційні чинники у скринінгу та профілактиці ЦД 2 типу. **Медичні працівники** зазначили, що бар'єрами у скринінгу, профілактиці та лікуванні ЦД 2 типу є перевантаження додатковими обов'язками, обмежений доступ до деяких лабораторних досліджень, а також низький рівень мотивації з боку окремих пацієнтів. **Пацієнти**, у свою чергу, вказали на труднощі, пов'язані зі зміною звичного способу життя, фінансовими обмеженнями, браком часу та відсутністю підтримки з боку оточення. Обидві групи респондентів підкреслили, що мотивація до змін і наявність підтримки з боку сім'ї або медичних працівників є важливими чинниками у впровадженні профілактичних заходів і контролі захворювання.

Також як серед медичних працівників, так і серед пацієнтів поширена думка, що консультація сімейного лікаря має чітке обмеження в часі (наприклад, «до 15 хвилин»). Це сприйняття іноді може стримувати ініціативу до розширеного обговорення важливих тем у межах прийому та створює умови для менш ефективного інформування, консультування та мотиваційної підтримки.

8. Пропозиції щодо покращення профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу. **Медичні працівники** зазначили, що покращення профілактики, скринінгу та контролю ЦД 2 типу можливе завдяки зменшенню бюрократичного навантаження, залученню громад до просвітницької діяльності, розширенню профілактичних програм, а також посиленню освітньої складової як для пацієнтів, так і для фахівців. **Пацієнти** вказали на необхідність кращої поінформованості про захворювання, доступу до груп підтримки, які могли б допомогти їм краще розуміти особливості життя з ЦД 2 типу, полегшеного доступу до спеціалізованої медичної допомоги, а також розширення переліку препаратів у межах програми «Доступні ліки».

9. Аналіз місцевих програм з профілактики НІЗ, зокрема ЦД 2 типу у Хмельницькій області показав, що питання профілактики та скринінгу ЦД 2 типу недостатньо відображені в місцевих стратегічних документах. Вони переважно інтегровані у загальні заходи з протидії НІЗ. Отож, для формування сталого підходу до профілактики ЦД 2 типу на рівні громад доцільно розробити програми або інтегрувати окремі прицільні розділи в межах вже існуючих програм, які передбачатимуть здійснення конкретних заходів, розробки індикаторів ефективності та механізмів моніторингу.