



PUBLIC HEALTH CENTER
OF THE MOH OF UKRAINE



JA PreventNCD
Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases

ЗВІТ

За результатами пілотного дослідження,
присвяченого оцінці впроваджуваності,
прийнятності та ефективності нової моделі
консультування для профілактики
фетального алкогольного синдрому

В межах проєкту JA PreventNCD



Центр громадського здоров'я МОЗ України

Київ, 2026

Цей звіт підготовлено за результатами пілотного дослідження, присвяченого оцінці впроваджуваності, прийнятності та ефективності моделі скринінгу та мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності. Дослідження проведене в межах проєкту JA PreventNCD, Joint Action on Preventing Non-Communicable Diseases (далі - проєкт). Документ містить опис дизайну та етапів реалізації та оцінки інтервенції, а також висновки і рекомендації щодо подальшої інтеграції цієї моделі в рутинну антенатальну допомогу.

Звіт може бути корисним для органів державної влади та місцевого самоврядування, керівників і фахівців закладів охорони здоров'я, установ громадського здоров'я, освітніх і наукових інституцій, а також партнерських організацій, залучених до розробки та впровадження профілактичних програм у сфері охорони материнства і дитинства. Отримані дані можуть бути використані для вдосконалення підходів до профілактики пренатального впливу алкоголю, розвитку пацієнт-орієнтованого консультування та посилення профілактичної складової антенатального спостереження в Україні.

Рекомендоване цитування:

Марушко К., Котикович Ю., Усенко Н. Звіт за результатами пілотування моделі скринінгу та мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності в межах проєкту JA PreventNCD. Київ: Центр громадського здоров'я МОЗ України; 2025.

Реалізація дослідження здійснюється в рамках проєкту The Joint Action Prevent Non-Communicable Diseases (Ja prevent NCD) за зовнішнього фінансування EU4Health та співфінансування Європейським Союзом; грантова угода №101128023.

Матеріал підготовлено Державною установою «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України». Відмова від відповідальності: Результати та висновки, викладені в цьому звіті, належать авторам і не обов'язково відображають офіційну позицію Європейського Союзу чи Європейського виконавчого агентства з питань охорони здоров'я та цифровізації (HADEA). Європейський Союз і HADEA не несуть відповідальності за зміст цього матеріалу.

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.

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)

Зміст

Резюме дослідження	5
Вступ	6
Обґрунтування впровадження мотиваційного консультування як доказової профілактичної практики	7
Дизайн і опис інтервенції	8
Етапи впровадження	9
Етап 1. Оцінка зацікавленості та спроможності	9
Етап 2. Адаптація моделі інтервенції	9
Етап 3. Впровадження інтервенції	10
Етап 4. Маршрутизація пацієнток та подальше спостереження	11
Етап 5. Підготовка та навчання медичних працівників	12
Етап 6. Оцінка впровадження та ефективності інтервенції	13
Результати впровадження	14
1. Результати підготовчого етапу	14
1.1. Результати фокус-групових обговорень	14
1.3. Оцінка ставлення лікарів до пацієнтів із проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю	16
2. Результати оцінки ефективності інтервенції серед вагітних жінок	21
3. Результати оцінки впровадження серед медичних працівників	24
Обговорення результатів та рекомендації	28
Обмеження дослідження	29
Список використаної літератури:	30
Додатки	32
Додаток 1 Інструкція щодо проведення мотиваційного консультування	32
Додаток 2 Соціально-демографічна та акушерська характеристика учасниць дослідження	43
Додаток 3 Тематичний аналіз глибоких інтерв'ю	44

Резюме дослідження

В межах проєкту JA PreventNCD (Joint Action on Preventing Non-Communicable Diseases, далі - проєкт) Центр громадського здоров'я МОЗ України провів пілотне імплементаційне дослідження, спрямоване на оцінку впроваджуваності, прийнятності та потенційної ефективності моделі скринінгу і мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності в умовах рутинної антенатальної допомоги. Дослідження реалізовувалося у трьох закладах охорони здоров'я м. Києва.

Запропонована модель включала скринінг із використанням інструменту AUDIT-C, коротке втручання на основі принципів мотиваційного консультування та, за потреби, направлення до спеціалізованої допомоги. Впровадження інтервенції супроводжувалося навчанням медичних працівників, підготовкою методичних та інформаційних матеріалів, а також подальшим моніторингом процесу реалізації та оцінкою інтервенції зокрема шляхом проведення первинного скринінгу та скринінгу після втручання.

Результати дослідження показали, що нова модель є загалом прийнятною та здійсненою в умовах рутинної антенатальної допомоги. Якісний компонент дослідження засвідчив, що головними бар'єрами для впровадження є: обмежений час консультації, недостатня підготовка медичних працівників до мотиваційного консультування, стигматизований характер теми вживання алкоголю під час вагітності та недостатня поінформованість жінок про ризики пренатального впливу алкоголю. Водночас учасники дослідження позитивно сприймали ідею більш системного скринінгу та консультування, особливо за наявності чіткого алгоритму дій, належного навчання персоналу та доступних інформаційних матеріалів.

Кількісні результати також свідчать про позитивну динаміку. Більше половини жінок (53,9%) повідомили, що консультація вплинула на їхню поведінку щодо вживання алкоголю. У динаміці спостереження було зафіксовано зниження середнього балу AUDIT-C з 3,18 до 0,72. На третьому візиті 94,5% респонденток зазначили, що лікар запитував про вживання алкоголю, 86,7% отримали рекомендації щодо припинення або утримання від його вживання, а 92,6% – інформаційну брошуру.

Отримані результати дають підстави розглядати модель скринінгу на основі AUDIT-C та мотиваційного консультування як перспективний інструмент для інтеграції в систему антенатальної допомоги в Україні. Її подальше масштабування може посилити профілактичну складову ведення вагітності, сприяти ранньому виявленню ризикованого вживання алкоголю та покращити підтримку жінок у питаннях здорової вагітності. Водночас для сталого впровадження моделі необхідні подальше навчання медичних працівників, доступність методичних матеріалів та врахування організаційних обмежень рутинної практики.

Вступ

Фетальний алкогольний спектр порушень (ФАСП) належить до провідних причин порушень нейророзвитку у дітей, яким можна запобігти. Цей термін об'єднує широкий спектр структурних, когнітивних та поведінкових змін, що виникають унаслідок пренатального впливу алкоголю. Найбільш тяжкою клінічною формою є фетальний алкогольний синдром (ФАС), для якого характерні специфічні краніофціальні аномалії, затримка внутрішньоутробного та постнатального росту, а також стійкі порушення функцій центральної нервової системи (Felicicchia et al., 2025; Popova et al., 2023; 'Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders', 2023).

Згідно з результатами міжнародних епідеміологічних досліджень, поширеність ФАСП у загальній популяції може становити від 1 до 5% дітей, що підкреслює значний тягар цієї проблеми для системи охорони здоров'я. Водночас реальні показники можуть бути вищими через значну частку недіагностованих випадків, що пов'язано зі складністю клінічної ідентифікації, недостатнім рівнем обізнаності медичних працівників та відсутністю систематичних програм скринінгу (Lange et al., 2017; Roozen et al., 2016).

З огляду на те, що вживання алкоголю під час вагітності є повністю модифікованим (на який людина може впливати) фактором ризику, профілактика ФАСП розглядається як один із важливих напрямів політики громадського здоров'я. У цьому контексті особливе значення мають заходи, спрямовані на підвищення обізнаності щодо ризиків пренатального впливу алкоголю, раннє виявлення ризикованого вживання алкоголю та впровадження ефективних профілактичних втручань.

В Україні питання профілактики пренатального впливу алкоголю розглядається в межах системи охорони материнства та дитинства, а також у рамках політики громадського здоров'я, спрямованої на зменшення факторів ризику неінфекційних захворювань. Нормативно-правове регулювання медичного спостереження за вагітними здійснюється відповідно до чинних клінічних протоколів та стандартів надання медичної допомоги.

Зокрема, у Стандартах медичної допомоги «Нормальна вагітність», затверджених наказом Міністерства охорони здоров'я України від 9 серпня 2022 № 1437, визначено підходи до антенатального спостереження, включаючи оцінку факторів ризику для здоров'я матері та майбутньої дитини та проведення консультування щодо здорового способу життя. У межах надання допомоги вагітним медичні працівники мають інформувати жінок про негативний вплив алкоголю, тютюну та інших шкідливих факторів на перебіг вагітності та розвиток плода (Стандарти надання медичної допомоги Нормальна вагітність, 2022).

Водночас питання раннього виявлення вживання алкоголю під час вагітності, а також систематичного скринінгу щодо пренатального впливу алкоголю не інтегровані у рутинну практику надання медичної допомоги. Рівень обізнаності медичних працівників щодо ФАСП залишається недостатнім, а профілактичні заходи здебільшого реалізуються фрагментарно та не інтегровані в єдину систему профілактики.

Так, за результатами опитування понад 6000 медичних працівників, проведеного на території України та м. Києва (за винятком тимчасово окупованих територій), 65% респондентів оцінюють ФАСП як актуальну або дуже актуальну проблему, проте лише 28% вважають, що їй приділяється достатньо уваги на регіональному рівні, а 88% не проходили спеціалізованого навчання з профілактики та діагностики ФАСП. *(Оцінка знань та бар'єрів щодо профілактики фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) | Центр Громадського Здоров'я, 2025)*

Важливим компонентом профілактики ФАСП є міжсекторальна взаємодія між закладами охорони здоров'я та службами соціальної підтримки. У разі виявлення факторів ризику, медичні працівники можуть направляти жінок до спеціалізованих закладів охорони здоров'я, а також до служб соціального захисту для отримання психологічної, соціальної чи консультативної допомоги. Водночас механізми такої взаємодії та маршрутизації пацієнток залишаються недостатньо формалізованими, що може обмежувати ефективність підтримки жінок з групи ризику.

Таким чином, наявні дані свідчать про необхідність посилення профілактичної складової антенатального спостереження, підвищення компетентності медичних працівників та розвитку міжсекторальної взаємодії для попередження пренатального впливу алкоголю та розвитку ФАСП.

Обґрунтування впровадження мотиваційного консультування як доказової профілактичної практики

Одним із найбільш досліджених та доказово ефективних підходів до профілактики ризикованої поведінки, зокрема вживання алкоголю серед жінок репродуктивного віку та вагітних, є мотиваційне консультування. Воно засноване на людиноцентричних принципах (емпатія, підтримка автономії, уникнення конфронтації), сприяє зміні поведінки через підвищення внутрішньої мотивації та прихильності до здорового способу життя. Ефективність мотиваційного консультування підтверджена результатами рандомізованих контрольованих досліджень та відображена у рекомендаціях провідних міжнародних організацій, які демонструють його здатність зменшувати ризиковане вживання алкоголю та покращувати поведінкові результати (R. Osterman et al., 2017; R. L. Osterman et al., 2014; Project CHOICES Intervention Research Group, 2003).

Важливим компонентом профілактики ФАСП є систематичний скринінг вагітних щодо вживання алкоголю. За даними досліджень, скринінг у період вагітності розглядається як ключова стратегія профілактики ФАСП, оскільки дозволяє своєчасно ідентифікувати жінок із ризиком вживання алкоголю та забезпечити доступ до коротких профілактичних втручань (Dozet et al., 2023).

Серед інструментів скринінгу найбільш широко застосовуються стандартизовані опитувальники, зокрема AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) та його скорочена версія – AUDIT-C, які дозволяють оцінити частоту та обсяги вживання алкоголю і є придатними для використання у клінічній практиці. Використання цих інструментів дозволяє своєчасно ідентифікувати групи ризику та визначити

доцільність подальших профілактичних втручань, включаючи мотиваційне консультування (Burns et al., 2010).

Досвід впровадження моделі «скринінг, коротке втручання та направлення до спеціалізованої допомоги» (SBIRT - Screening, Brief Intervention, and Referral to Treatment) свідчить, що її ефективність залежить не лише від вибору скринінгового інструменту, а й від організації процесу впровадження. (Hargraves et al., 2017). Саме тому в межах цього пілотного дослідження увага приділялася не лише змісту самої інтервенції, а й процесу її інтеграції в антенатальну допомогу.

Незважаючи на доведену ефективність скринінгу та коротких втручань, їх впровадження у практику антенатальної допомоги в Україні залишається обмеженим. Серед основних бар'єрів відзначаються обмежений час для проведення повноцінних консультацій, недостатній рівень підготовки медичних працівників, стигматизація вживання алкоголю вагітними, а також відсутність стандартизованих підходів до скринінгу. Це зумовлює необхідність оцінки здійсненності, прийнятності та потенціалу масштабування таких підходів у реальних умовах надання медичної допомоги в Україні.

З огляду на обмежену інтеграцію системного скринінгу та коротких втручань щодо вживання алкоголю в рутинну практику ведення вагітності в Україні, було ініційовано пілотне імплементаційне дослідження, спрямоване на оцінку впроваджуваності, прийнятності та потенційної ефективності моделі скринінгу та мотиваційного консультування в умовах жіночої консультації. Запропонована модель включала скринінг із використанням інструменту AUDIT-C, коротке втручання на основі принципів мотиваційного консультування та, за потреби, направлення до спеціалізованої допомоги. Такий підхід дозволив оцінити не лише результати інтервенції, а й можливості її інтеграції у рутинну практику антенатальної допомоги.

Дизайн і опис інтервенції

Робота була реалізована як пілотне імплементаційне дослідження із застосуванням кількісних та якісних методів. Відповідно до протоколу дослідження використовувався гібридний дизайн II типу (Hybrid Type II Design), що передбачає одночасну оцінку процесу впровадження інтервенції та її потенційної ефективності. Методологічною основою дослідження стали Консолідована рамкова програма для імплементаційних досліджень (Consolidated Framework for Implementation Research, CFIR, Damschroder et al., 2022), Теорія нормалізації процесу (Normalization Process Theory, NPT, Murray et al., 2010) та підхід RE-AIM для оцінки впровадження (Glasgow et al., 1999, Holtrop et al., 2021).

Дослідження проводилося у трьох закладах охорони здоров'я міста Києва, що надають антенатальну допомогу. Впровадження інтервенції здійснювалося поетапно, кожен заклад переходив від звичайної практики до нової моделі після завершення підготовки медичних працівників. Такий підхід дозволив оцінити як процес інтеграції інтервенції в рутинну клінічну практику, так і сприйняття нової моделі медичними працівниками на різних етапах її впровадження.

Дослідження включало два взаємопов'язані компоненти. Якісний компонент передбачав проведення фокус-групових інтерв'ю на підготовчому етапі, дебрифінг-сесій під час впровадження, а також глибинних напівструктурованих інтерв'ю з медичними працівниками після завершення основної фази реалізації інтервенції. Кількісний компонент охоплював опитування вагітних жінок під час першого та повторних візитів, а також оцінку організаційної спроможності, ставлення медичних працівників до роботи з пацієнтками групи ризику та рівня інтеграції нової моделі консультування за допомогою стандартизованих валідованих інструментів.

Етапи впровадження

Реалізація пілотного дослідження включала декілька взаємопов'язаних етапів: оцінку зацікавленості та спроможності закладів охорони здоров'я, адаптацію моделі інтервенції, впровадження скринінгу та мотиваційного консультування, підготовку медичних працівників, а також оцінку процесу впровадження та його результатів.

Етап 1. Оцінка зацікавленості та спроможності

На підготовчому етапі було проведено фокус-групові обговорення з медичними працівниками та жінками репродуктивного віку з метою вивчення контексту впровадження інтервенції, виявлення потенційних бар'єрів і факторів, що можуть сприяти її реалізації, а також врахування потреб цільових груп під час адаптації моделі консультування.

Наступним кроком здійснювалася оцінка зацікавленості закладів охорони здоров'я у впровадженні інтервенції та їхньої організаційної спроможності до її реалізації. Оцінка передбачала відбір закладів охорони здоров'я та медичних працівників для участі у пілотному дослідженні, а також визначення рівня готовності адміністрації до впровадження нової моделі у практику надання медичної допомоги.

Під час оцінки враховувалися кадрові ресурси закладів, можливість інтеграції скринінгу та консультування у рутинні візити вагітних без суттєвого збільшення навантаження на персонал, рівень управлінської підтримки, умови для ведення медичної документації та фіксації результатів скринінгу, а також можливості взаємодії з іншими службами у разі необхідності направлення пацієнток для отримання додаткової медичної, психологічної чи соціальної допомоги.

Для реалізації інтервенції у кожному закладі було сформовано команду з 3–5 лікарів, які надавали допомогу вагітним та погодилися пройти навчання і брати участь у впровадженні моделі протягом усього пілотного періоду.

Додатково проводилося анкетування медичних працівників, спрямоване на оцінку їхньої готовності до впровадження інтервенції, попереднього досвіду роботи з питаннями профілактики вживання алкоголю під час вагітності та потреб у додатковому навчанні.

Етап 2. Адаптація моделі інтервенції

Адаптація моделі здійснювалася з урахуванням результатів фокус-групових обговорень, проведених на підготовчому етапі, що дозволило врахувати потреби

цільових груп, потенційні бар'єри та контекст впровадження інтервенції. Крім того, до уваги бралися організаційні особливості системи охорони здоров'я України та практика надання антенатальної допомоги.

У межах цього етапу було розроблено та адаптовано модель скринінгу і мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності. Було визначено основні компоненти інтервенції, які включали проведення скринінгу із застосуванням валідованого інструменту AUDIT-C, алгоритм інтерпретації результатів скринінгу та визначення подальшої тактики ведення пацієнток, стандартизовані підходи до проведення мотиваційного консультування, а також механізми маршрутизації жінок у разі виявлення підвищеного ризику.

Особливу увагу було приділено інтеграції інтервенції у рутинну практику надання антенатальної допомоги. Під час адаптації моделі враховувалися існуючі клінічні маршрути пацієнток, особливості організації роботи жіночих консультацій, часові обмеження під час прийому вагітних та можливості документування результатів скринінгу і консультування.

Для забезпечення уніфікованого підходу до впровадження інтервенції було підготовлено комплект методичних матеріалів, який включав інструкції для медичних працівників щодо проведення скринінгу та мотиваційного консультування, інформаційні матеріали для пацієнток, а також чек-листи для підтримки процесу консультування та фіксації його результатів.

Результатом цього етапу стала адаптована модель інтервенції, готова до практичного впровадження у закладах охорони здоров'я, що брали участь у пілотному дослідженні.

Етап 3. Впровадження інтервенції

Інтервенція інтегрувалася у рутинні візити вагітних до закладів охорони здоров'я в межах антенатальної допомоги. Її реалізація здійснювалася відповідно до стандартизованої інструкції для медичних працівників, розробленої на етапі адаптації моделі (див. Додаток 1), яка визначала порядок проведення скринінгу, мотиваційного консультування та подальшої маршрутизації пацієнток.

- Скринінг

Під час планових відвідувань усім учасницям проводився скринінг із використанням валідованого інструменту AUDIT-C. Результати скринінгу фіксувалися у медичній документації та використовувалися для визначення подальшої тактики ведення пацієнток.

Залежно від результатів скринінгу застосовувався диференційований підхід:

0 балів – надання базової інформації щодо ризиків вживання алкоголю під час вагітності;

1–4 бали – обговорення результатів та проведення короткого консультування;

≥5 балів – проведення мотиваційного консультування та, за потреби, направлення до спеціалізованої допомоги.

- *Мотиваційне консультування*

Мотиваційне консультування проводилося під час першого візиту вагітної в медичний заклад та тривало орієнтовно 5–15 хвилин. За потреби воно повторювалося під час наступних відвідувань у межах антенатального спостереження. Консультування здійснювалося відповідно до стандартизованої інструкції, яка визначала структуру бесіди, ключові етапи взаємодії з пацієнткою та підходи до підтримки поведінкових змін.

Інтервенція передбачала обговорення результатів скринінгу та надання зворотного зв'язку, інформування про ризики вживання алкоголю для здоров'я матері та плода, виявлення мотивації до змін і підтримку прийняття рішень щодо відмови від алкоголю, а також спільне формування індивідуального плану поведінкових змін.

Етап 4. Маршрутизація пацієнток та подальше спостереження

Подальша тактика ведення пацієнток визначалася на основі результатів скринінгу та проведеного мотиваційного консультування відповідно до розробленого алгоритму (рис. 1).

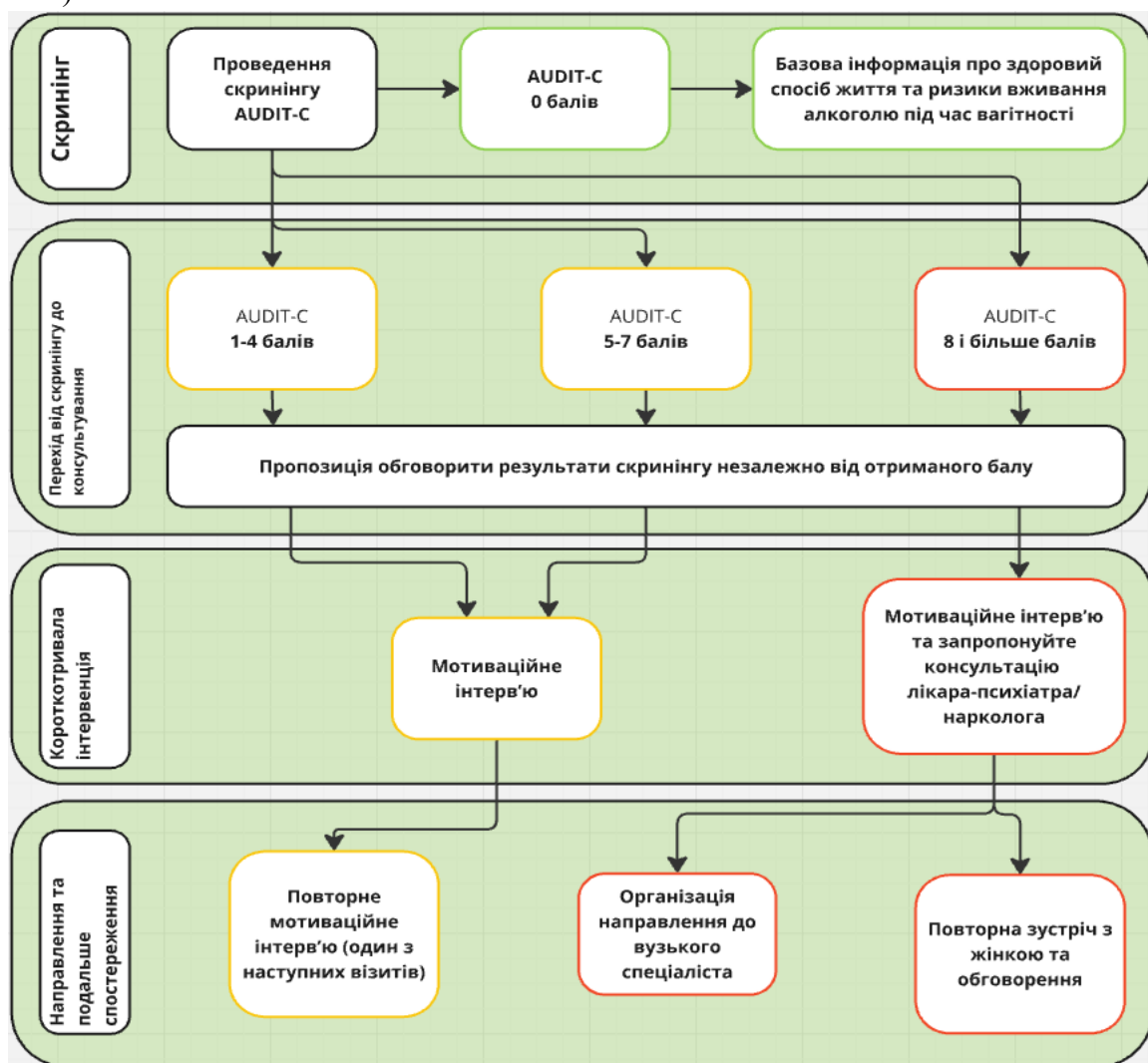


Рис. 1. Алгоритм супроводу пацієнток за результатами скринінгу AUDIT-C та мотиваційного консультування

Скринінг із використанням інструменту AUDIT-C проводився під час планових візитів, зокрема під час другого відвідування вагітної. Незалежно від отриманого результату пацієнткам пропонувалося обговорення результатів скринінгу з медичним працівником.

За результатами взаємодії формувалася індивідуальний план подальших дій, який міг включати:

- повторне мотиваційне консультування під час наступних візитів;
- організацію подальшого спостереження;
- направлення до лікаря-психіатра, лікаря-нарколога у разі виявлення підвищеного ризику.

У випадках підвищеного ризику передбачалося:

- направлення до лікаря-психіатра, лікаря-нарколога;
- залучення служб соціальної підтримки, зокрема комунальних некомерційних підприємств та служб соціального захисту;
- проведення повторних зустрічей з пацієнткою з метою моніторингу змін поведінки та підтримки прийнятих рішень.

Повторне мотиваційне консультування могло проводитися під час наступних візитів у межах антенатального спостереження, що забезпечувало безперервність підтримки та сприяло закріпленню позитивних поведінкових змін.

У межах реалізації пілотного дослідження було відпрацьовано механізми взаємодії між закладами охорони здоров'я та службами соціальної підтримки для забезпечення комплексного супроводу жінок із підвищеним ризиком.

Етап 5. Підготовка та навчання медичних працівників

Окрему фазу реалізації пілотного дослідження становила підготовка медичних працівників, спрямована на забезпечення якісного впровадження інтервенції та підвищення їх професійної спроможності.

Навчання проводилося до початку впровадження та поєднувало теоретичну і практичну складові. Зокрема, медичні працівники проходили онлайн-курс тривалістю близько 3 годин із подальшим тестуванням, після чого брали участь у очному практичному тренінгу тривалістю 6 годин.

Практичний тренінг був орієнтований на відпрацювання навичок застосування інтервенції у клінічній практиці. Учасники моделювали проведення скринінгу із використанням інструменту AUDIT-C, відпрацьовували техніки мотиваційного консультування у форматі рольових ігор, а також аналізували типові та складні клінічні ситуації, зокрема пов'язані з роботою з жінками груп підвищеного ризику. Особлива увага приділялася розвитку навичок емпатійної, людиноцентричної та безоціночної комунікації, необхідної для ефективної взаємодії з вагітними жінками.

Зміст навчальної програми був спрямований на формування практичних компетенцій щодо використання інструменту скринінгу (AUDIT-C), проведення мотиваційного консультування відповідно до стандартизованого підходу та інтеграції інтервенції у рутинну практику ведення вагітності. Участь у навчанні зараховувалася як захід безперервного професійного розвитку (БПР) з нарахуванням відповідних балів,

що додатково сприяло мотивації медичних працівників до участі у пілотному дослідженні та впровадження інтервенції у практику.

Навчальний компонент був побудований з урахуванням сучасних підходів до впровадження мотиваційного консультування, відповідно до яких ефективно засвоєння методу потребує не лише первинного навчання, а й подальшого супроводу та практичного закріплення навичок (Langlois & Goudreau, 2024). З цією метою підготовка медичних працівників включала не лише онлайн-курс і практичний тренінг, а й дебрифінг-зустрічі під час реалізації пілоту, які створювали можливість обговорювати труднощі, обмінюватися досвідом та отримувати підтримку щодо застосування моделі у реальних умовах клінічної практики.

Етап 6. Оцінка впровадження та ефективності інтервенції

Оцінка здійснювалася протягом усього періоду реалізації пілотного дослідження та після завершення основної фази впровадження, що дозволило комплексно проаналізувати як процес інтеграції інтервенції у клінічну практику, так і її потенційний вплив на цільову групу.

Для оцінки впровадження використовувався комбінований підхід із застосуванням кількісних та якісних методів. Кількісна складова передбачала анкетування медичних працівників на різних етапах реалізації проєкту та оцінку окремих показників впровадження інтервенції. Якісна складова включала проведення дебрифінг-сесій і напівструктурованих інтерв'ю з медичними працівниками, а також збір зворотного зв'язку щодо практичності моделі, досвіду її застосування та бар'єрів, які виникали під час впровадження.

Збір даних серед медичних працівників здійснювався на декількох етапах: до початку навчання для оцінки вихідного рівня готовності, одразу після завершення навчання для оцінки змін у знаннях та ставленні до інтервенції, а також через 1–1,5 місяці після початку впровадження для оцінки інтеграції моделі у рутинну клінічну практику.

Оцінка потенційної ефективності інтервенції проводилася серед вагітних жінок, які брали участь у пілотному дослідженні. Збір даних здійснювався у динаміці спостереження та включав оцінку вживання алкоголю за допомогою інструменту AUDIT-C, рівня обізнаності щодо ризиків пренатального впливу алкоголю, ставлення до вживання алкоголю під час вагітності та поведінкових намірів щодо відмови від нього. Дані збиралися під час первинного та повторних візитів, що дозволяло відстежувати зміни показників у динаміці.

Результати впровадження

1. Результати підготовчого етапу

1.1. Результати фокус-групових обговорень

Перед початком впровадження було проведено три фокус-групові дискусії з медичними працівниками та жінками репродуктивного віку. Метою обговорень було виявлення контекстуальних особливостей, потенційних бар'єрів та чинників прийнятності майбутнього впровадження моделі консультування.

Результати фокус-групових обговорень дали змогу окреслити низку змістовних аспектів, важливих для розуміння контексту майбутнього впровадження моделі консультування.

По-перше, учасники відзначали, що вживання алкоголю серед жінок репродуктивного віку значною мірою формується під впливом соціального оточення, культурних норм, рівня обізнаності та стресових життєвих обставин. Медичні працівники звертали увагу на те, що в умовах війни алкоголь може використовуватися як спосіб подолання емоційного напруження, тоді як рівень поінформованості жінок щодо ризиків пренатального впливу алкоголю залишається нерівномірним.

По-друге, результати обговорень засвідчили, що тема вживання алкоголю під час вагітності вже присутня в антенатальному консультуванні, проте такі бесіди часто мають фрагментарний характер і не завжди передбачають структуроване обговорення ризиків. За словами медичних працівників, якість консультування значною мірою залежить від тривалості прийому, комунікативних навичок фахівця та готовності пацієнтки до відкритого обговорення цієї теми. Жінки репродуктивного віку наголошували на потребі в чіткій, зрозумілій та регулярній інформації від медичних працівників щодо можливих наслідків вживання алкоголю під час вагітності.

По-третє, було ідентифіковано низку потенційних бар'єрів для впровадження інтервенції. До них учасники відносили обмежений час консультації, недостатню підготовку медичних працівників до проведення мотиваційного консультування, стигматизований характер теми вживання алкоголю під час вагітності, а також побоювання жінок щодо можливого осуду або негативних наслідків звернення по допомогу. Окремо учасниці відзначали недостатню обізнаність населення щодо фетального алкогольного спектра порушень та обмежену доступність інформаційних матеріалів із цієї тематики.

Водночас запропонована модель консультування на основі AUDIT-C загалом сприймалася позитивно. Серед її переваг учасники називали простоту використання, можливість інтеграції у рутинну антенатальну допомогу, застосування стандартизованого інструменту скринінгу та потенціал для поєднання медичної, психологічної й соціальної підтримки. Разом із тим наголошувалося, що успішне впровадження моделі потребуватиме додаткового навчання медичних працівників, забезпечення пацієнток інформаційними матеріалами та розвитку механізмів подальшого направлення і супроводу жінок із групи ризику (Marushko et al., 2025).

1.2 Організаційна готовність до впровадження змін (ORIC)

Для оцінки організаційної спроможності медичних працівників до впровадження нової моделі консультування використовувався опитувальник Organizational Readiness for Implementing Change (ORIC) (Shea et al., 2014; Adelson et al., 2021). Інструмент призначений для визначення рівня організаційної підготовленості до змін та дозволяє оцінити як мотивацію персоналу, так і впевненість у можливості реалізації нововведень.

Опитувальник складається з 12 тверджень, що оцінюються за шкалою Лайкерта. Вони спрямовані на виявлення ставлення медичних працівників до запланованих змін, рівня їх зацікавленості у впровадженні нової моделі консультування, а також впевненості у здатності організації забезпечити необхідні умови для її реалізації. Таким чином, інструмент дозволяє комплексно оцінити рівень залученості персоналу та організаційну спроможність до ефективного впровадження змін.

Аналіз результатів опитувальника ORIC (рис. 2) показав високий рівень організаційної готовності в усіх закладах охорони здоров'я, що брали участь у дослідженні. Середні значення показників були подібними між закладами та варіювали у межах від 4,75 до 5,0 бала, що свідчить про відсутність суттєвих відмінностей між групами та загалом високий рівень підтримки змін, мотивації та впевненості персоналу у можливості успішної реалізації нової моделі консультування. Отримані результати свідчать про наявність сприятливих організаційних передумов для впровадження інтервенції в пілотних закладах охорони здоров'я.

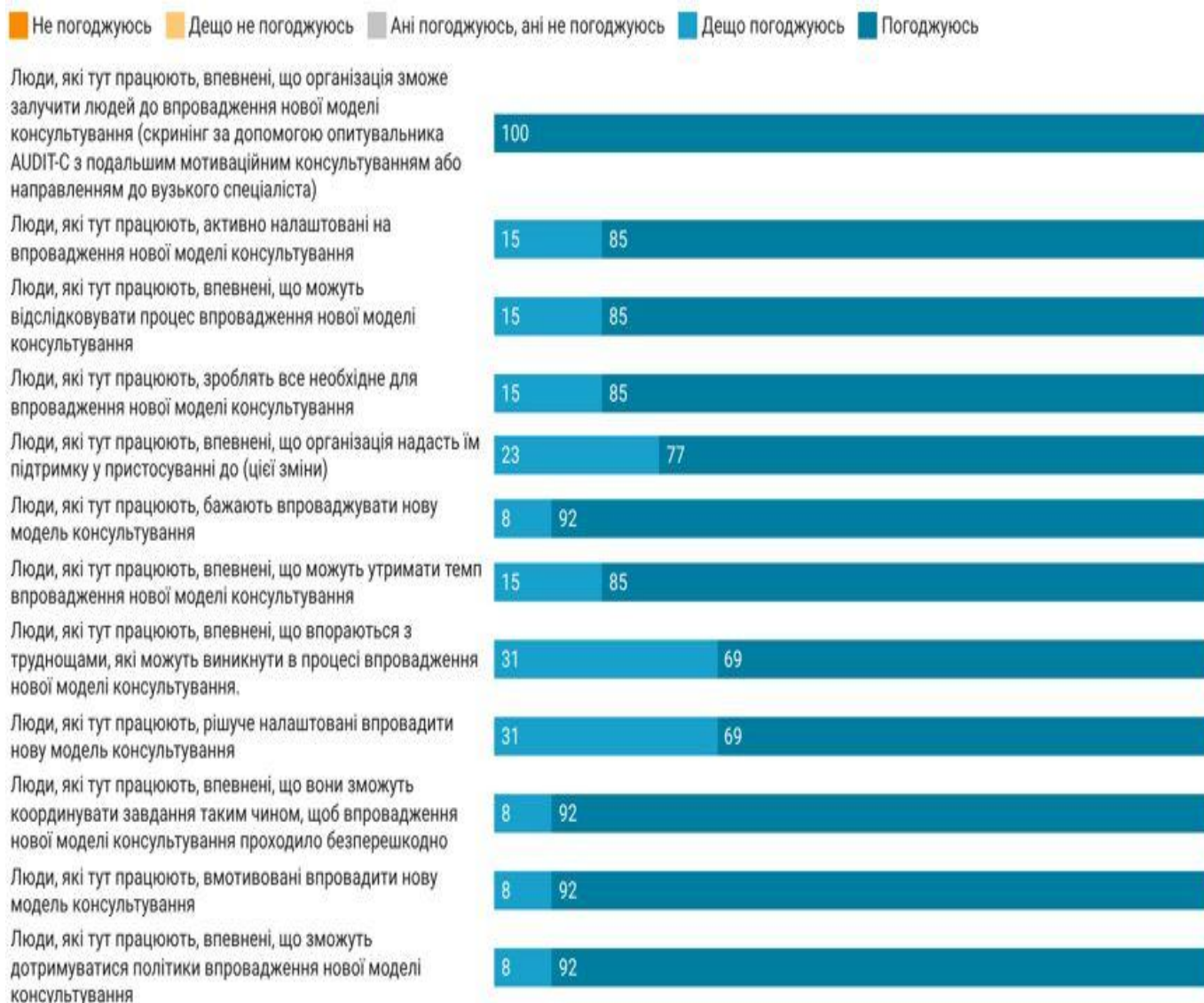


Рис. 2. Рівень організаційної готовності до впровадження нової моделі консультування за результатами опитувальника ORIC

1.3. Оцінка ставлення лікарів до пацієнтів із проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю

Для оцінки ставлення лікарів до пацієнтів із проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю, використовувався опитувальник SAAPPQ (Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire) (Richardson et. al, 2020), який є скороченою версією AAPPQ (Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire) та розроблений на основі факторного аналізу (Рис.3).

Опитувальник складається з 10 тверджень, що оцінюються за 7-бальною шкалою Лайкерта (від «повністю не згоден» до «повністю згоден»). Твердження були об'єднані у п'ять підшкал, які відображають ключові аспекти професійного ставлення лікаря до пацієнтів із проблемним вживанням алкоголю, зокрема впевненість у власних знаннях і навичках, сприйняття професійної ролі, мотивацію до роботи з цією категорією пацієнтів, самооцінку ефективності та рівень задоволеності від такої діяльності.

Підшкали

- *Компетентність (Adequacy)*
Відображає рівень впевненості лікаря у власних знаннях та навичках щодо роботи з пацієнтами, які вживають алкоголь понад норму.
- *Самооцінка (Self-esteem)*
Характеризує емоційне ставлення лікаря до власної ефективності у роботі з такими пацієнтами, зокрема відчуття успішності або неуспішності.
- *Мотивація (Motivation)*
Відображає бажання лікаря працювати з пацієнтами з алкогольними проблемами та рівень зацікавленості у такій діяльності.
- *Легітимність (Legitimacy)*
Показує, наскільки лікар вважає обговорення питань вживання алкоголю своєю професійною відповідальністю.
- *Задоволеність (Satisfaction)*
Характеризує рівень задоволення від роботи з пацієнтами з алкогольними проблемами.

Зазначені підшкали узагальнювалися у два інтегральні показники — професійну впевненість (role security) та терапевтичну залученість (therapeutic commitment), які характеризують рівень готовності лікаря до роботи з пацієнтами з алкогольними проблемами.

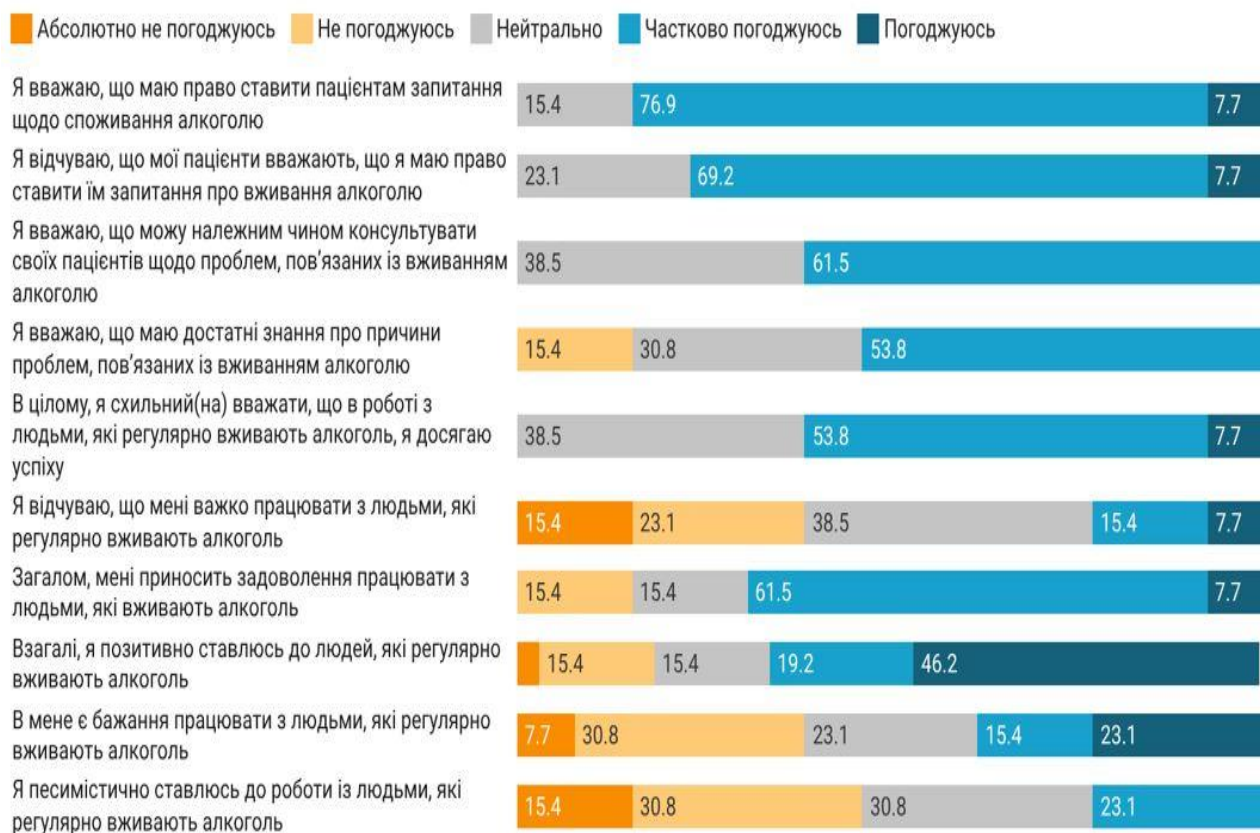


Рис. 3 Показники професійного ставлення медичних працівників до роботи з пацієнтами з проблемним вживанням алкоголю за шкалами SAAPQ

Під час аналізу результатів негативно сформульовані твердження інтерпретувалися у зворотному напрямку. Отримані дані свідчать, що медичні працівники в усіх трьох пілотних закладах загалом демонстрували позитивне ставлення до роботи з пацієнтами з проблемним вживанням алкоголю (Табл. 1).

Табл. 1 Показники ставлення медичних працівників до роботи з пацієнтами з проблемним вживанням алкоголю за результатами опитувальника SAAPPQ, середнє значення (СВ)

Показник	Лікарня 1 (СВ*)	Лікарня 2 (СВ*)	Лікарня 3 (СВ*)
Компетентність (Adequacy)	5,20 (1,64)	7,20 (2,59)	9,33 (1,53)
Самооцінка (Self-esteem)	10,20 (2,59)	11,80 (2,28)	10,67 (2,08)
Мотивація (Motivation)	9,20 (1,10)	7,60 (2,07)	6,67 (2,08)
Легітимність (Legitimacy)	10,40 (1,14)	10,80 (1,30)	11,33 (0,58)
Задоволеність (Satisfaction)	11,40 (0,55)	11,80 (0,84)	11,67 (0,58)
Інтегральні показники			
Професійна впевненість (Role Security)	15,60 (2,07)	18,00 (2,74)	20,67 (2,08)
Терапевтична залученість (Therapeutic Commitment)	30,80 (1,64)	31,20 (2,28)	29,00 (3,61)

*СВ - середнє відхилення

Показники свідчать про достатній рівень як професійної впевненості, так і терапевтичної залученості у всіх трьох закладах, що вказує на готовність лікарів активно працювати з пацієнтами цієї категорії. Показники самооцінки, легітимності та задоволеності були стабільно високими в усіх групах, що вказує на сприйняття роботи з пацієнтами з проблемним вживанням алкоголю як важливої складової професійної діяльності.

Загалом суттєвих відмінностей між закладами охорони здоров'я не виявлено. Водночас спостерігалися певні відмінності за окремими показниками. Так, у закладі 1 були нижчими показники компетентності та професійної впевненості, що може свідчити про меншу впевненість лікарів у власних знаннях та навичках. Натомість у закладі 3 ці показники були найвищими, що може бути пов'язано з більшим практичним досвідом або кращою підготовкою персоналу. Отримані результати свідчать про загалом сприятливе ставлення медичних працівників до впровадження скринінгу та мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності. Водночас окремі аспекти, зокрема впевненість у власних компетенціях та мотивація до роботи з пацієнтами групи ризику, можуть бути додатково посилені шляхом навчання та професійної підтримки.

1.4 Очікувана інтеграція нової моделі консультування у клінічну практику (NoMAD, до впровадження)

Для оцінки рівня інтеграції нової моделі консультування у клінічну практику використовувався опитувальник NoMAD (Normalization Measure Development), який базується на теорії нормалізації (Normalization Process Theory, NPT) та широко застосовується для аналізу процесів впровадження змін у професійну діяльність (Holdsworth et al., 2023).

Опитувальник включає 20 тверджень, що оцінюються за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 — «повністю не згоден» до 5 — «повністю згоден»). Додаткові питання, що стосувалися рівня ознайомленості з новою моделлю консультування та її сприйняття як частини професійної діяльності, аналізувалися окремо та не включалися до розрахунку доменів.

Твердження було згруповано у чотири домени відповідно до структури опитувальника NPT, що відображають різні аспекти впровадження інтервенції у клінічну практику. Домен **coherence (розуміння)** оцінює, наскільки медичні працівники розуміють сутність нової моделі консультування, її відмінність від звичних підходів та потенційну цінність для професійної діяльності.

Домен **cognitive participation (залученість)** характеризує рівень готовності медичних працівників брати участь у впровадженні інтервенції, їхню особисту зацікавленість, а також наявність підтримки з боку колег і ключових осіб у процесі реалізації змін.

Домен **collective action (впровадження)** відображає практичні аспекти інтеграції нової моделі у щоденну роботу, включаючи наявність необхідних ресурсів, рівень підготовки персоналу, організаційну підтримку та вплив інтервенції на робочі процеси.

Домен **reflexive monitoring (оцінка)** стосується сприйняття результатів впровадження, оцінки доцільності моделі, її впливу на професійну діяльність та можливостей подальшого вдосконалення.

Значення кожного домену розраховувалися як середнє арифметичне відповідей на відповідні пункти.

■ Не погоджуюсь
 ■ Дещо не погоджуюсь
 ■ Нейтрально
 ■ Дещо погоджуюсь
 ■ Погоджуюсь

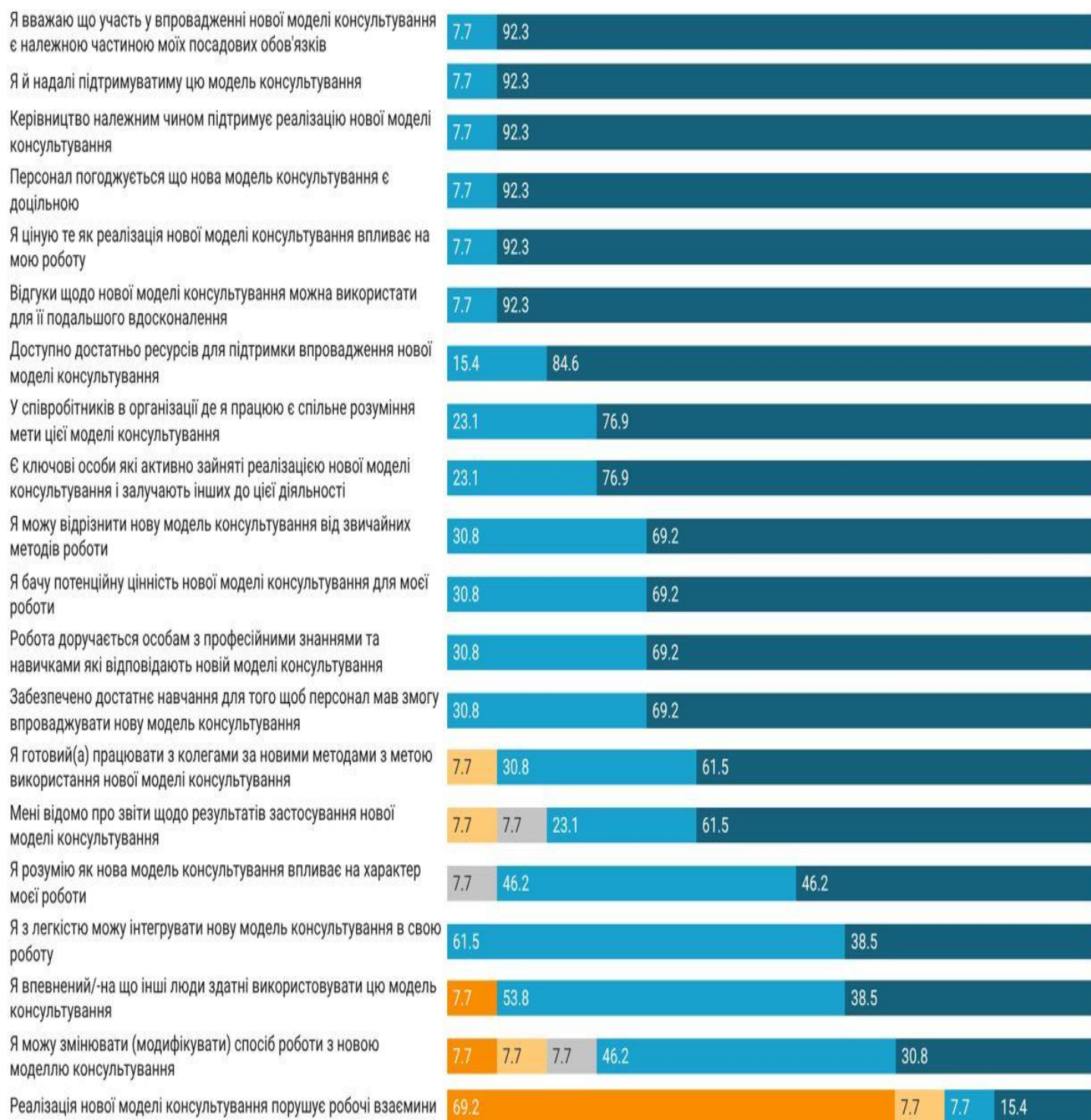


Рис. 4. Оцінка можливості інтеграції нової моделі консультування у клінічну практику за результатами опитувальника NoMAD

Аналіз результатів опитувальника NoMAD показав, що рівень запланованої інтеграції нової моделі консультування в клінічну практику є загалом високим. Середні значення більшості показників були наближеними до максимальних, що свідчить про позитивне сприйняття змін та їх активне впровадження в повсякденну роботу.

Респонденти демонстрували достатній рівень розуміння нової моделі консультування (Coherence) та високий рівень залученості (Cognitive Participation), що проявлялось у готовності підтримувати впровадження нової моделі та брати участь у цьому процесі.

Разом із тим, показники домену впровадження (Collective Action) були дещо нижчими порівняно з іншими, що може свідчити про окремі організаційні труднощі, пов'язані з практичною реалізацією змін, зокрема щодо ресурсного забезпечення або розподілу обов'язків. Водночас результати, отримані в домені оцінки (Reflexive Monitoring) мали високі значення, що вказує на здатність персоналу оцінювати ефективність нової моделі та використовувати зворотний зв'язок для її вдосконалення.

Загалом результати NoMAD продемонстрували сприятливі передумови для впровадження нової моделі консультування в пілотних закладах охорони здоров'я. Середні значення за чотирма доменами опитувальника варіювали від **4,58 до 4,72 бала** з 5 можливих, що вказує на високий рівень прийнятності інтервенції, готовність персоналу до її використання та впевненість у можливості інтеграції нової моделі в повсякденну професійну діяльність.

2. Результати оцінки ефективності інтервенції серед вагітних жінок

2.1. Характеристика учасниць дослідження

У дослідження було включено 271 вагітну жінку, яка відповіла на опитування як першого, так і третього візиту, що дозволило провести парний аналіз змін поведінкових показників, рівня знань та сприйняття інтервенції.

Більшість респонденток проживали у м. Київ (78,6%), перебували у шлюбі або партнерських відносинах (86,3%), мали повну вищу освіту (70,5%) та постійну роботу (64,9%). Майже половина учасниць (48,7%) повідомили про дохід понад 20 тис. грн на місяць. Водночас 41,0% жінок зазначили, що змінювали місце проживання після 24 лютого 2022 року.

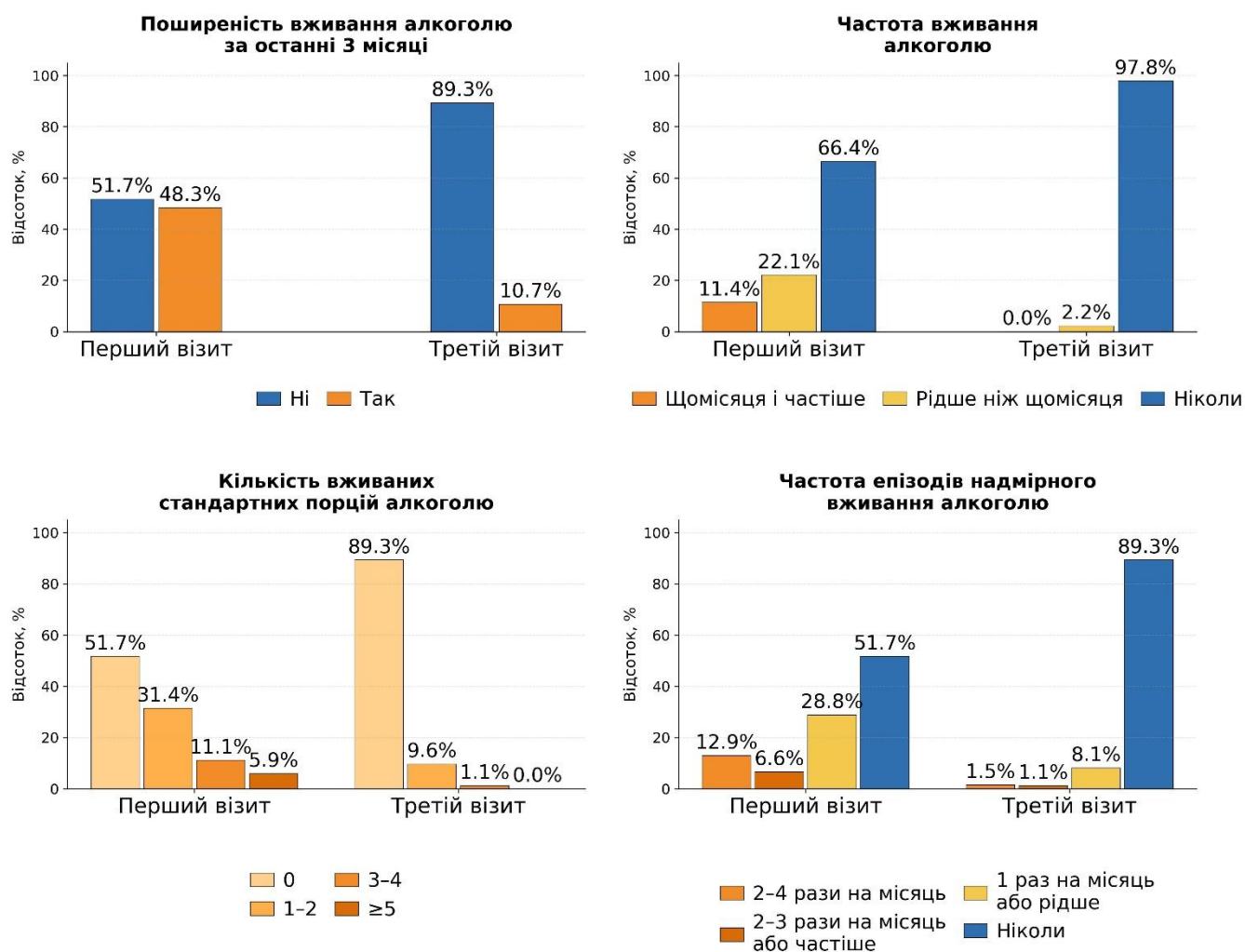
Більшість вагітностей були першими (53,1%) та запланованими (86,0%). Майже три чверті жінок (72,7%) стали на облік у жіночій консультації до 12 тижня вагітності. Переважна більшість респонденток (81,9%) не повідомили про наявність хронічних захворювань. Детальна соціально-демографічна характеристика учасниць дослідження наведена в таблиці -Додаток 2.

2.2. Зміни показників вживання алкоголю

Для оцінки змін у вживанні алкоголю використовувалися показники опитувальника AUDIT-C, отримані під час першого та третього візитів (Рис. 5). На першому візиті 48,3% жінок повідомили про вживання алкоголю протягом останніх 3 місяців. На третьому візиті цей показник зменшився до 10,7%. Таким чином,

спостерігалось значне зниження поширеності вживання алкоголю - на 37,6 процентних пунктів, що відповідає більш ніж чотириразовому зменшенню.

Середній бал за шкалою AUDIT-C знизився з $3,18 \pm 1,87$ на першому візиті до $0,72 \pm 1,31$ на третьому. Зменшення відбулося не лише на рівні факту вживання, але й на рівні поведінкових патернів: частоти, кількості алкоголю та епізодів надмірного споживання. Так, на третьому візиті більшість жінок або повністю утримувалися від алкоголю, або вживали його епізодично у мінімальних кількостях.



* Під стандартною порцією мається на увазі пляшка пива - 300 мл, келих вина - 100 мл або чарка горілки - 30 мл тощо)

Рисунок 5. Зміни показників вживання алкоголю за шкалою AUDIT-C між першим та третім візитами (за останні 3 місяці на момент опитування)

За самооцінкою респонденток, 91,9% жінок зазначили, що припинили вживати алкоголь під час вагітності. Лише незначна частка продовжувала вживати алкоголь у тих самих або менших обсягах.

2.3 Фактори, що вплинули на зміну поведінки

Основним мотивом відмови від вживання алкоголю під час вагітності була турбота про здоров'я майбутньої дитини, яку зазначили 86,2% респонденток. Важливим фактором також була турбота про власне здоров'я (59,9%). Водночас 16,7% жінок повідомили, що на їхнє рішення вплинула розмова з лікарем.

Отримані результати можуть свідчити про домінування внутрішньої мотивації як основного чинника зміни поведінки. Разом із тим консультація медичного працівника виступала важливим додатковим фактором підтримки та посилення мотивації до відмови від алкоголю під час вагітності.

2.4 Взаємодія з лікарем у межах інтервенції

На третьому візиті більшість жінок повідомили про активну взаємодію з лікарем щодо теми вживання алкоголю. Зокрема, 94,5% респонденток зазначили, що лікар запитував про вживання алкоголю, 86,7% отримали рекомендації щодо припинення або утримання від його вживання, а 92,6% — інформаційну брошуру.

Більшість учасниць позитивно оцінювали якість такої взаємодії. Так, 69,0% вважали інформацію, наведену у брошурі, корисною та інформативною, а 59,0% повідомили, що почувалися комфортно під час обговорення цієї теми з лікарем. Більше половини жінок (53,9%) зазначили, що консультація вплинула на їхню поведінку щодо вживання алкоголю.

Переважає більшість респонденток також позитивно ставилися до практики обговорення питань вживання алкоголю під час вагітності. Більше половини жінок (53,5%) підтримували такі бесіди під час консультацій, тоді як решта переважно займали нейтральну або невизначену позицію

2.5 Рівень знань щодо впливу алкоголю під час вагітності та ФАСП

Рівень знань респонденток оцінювався під час третього візиту за допомогою опитувальника, який охоплював питання щодо впливу алкоголю на перебіг вагітності та розвиток плода, а також обізнаності щодо фетального алкогольного спектра порушень.

Результати свідчать про високий рівень обізнаності учасниць щодо ризиків пренатального впливу алкоголю (табл. 3). Найвищу частку правильних відповідей зафіксовано для питань, що стосувалися загальної шкідливості алкоголю під час вагітності та відсутності безпечної дози його вживання. Також більшість учасниць правильно визначали причини розвитку та основні прояви фетального алкогольного синдрому.

Водночас окремі помилкові уявлення зберігалися. Зокрема, частина жінок вважала, що прояви фетального алкогольного синдрому можуть зникати з часом, що свідчить про наявність окремих прогалин у знаннях та необхідність подальшої просвітницької роботи.

Середній сумарний бал знань становив $7,66 \pm 1,28$ балів із максимально можливих 9 балів, а переважна більшість учасниць повідомили про підвищення рівня власної обізнаності після відвідування жіночої консультації.

Таблиця 3. Рівень знань щодо впливу алкоголю під час вагітності та ФАСП

Показник	Правильна відповідь, n (%)
Знають, що алкоголь є шкідливим для майбутньої дитини	267 (98,5)
Знають, що безпечної кількості алкоголю під час вагітності не існує	259 (95,6)
Знають, що будь-який тип алкогольного напою може бути шкідливим	254 (93,7)
Правильно визначили причину розвитку фетального алкогольного синдрому	223 (82,3)
Правильно визначили основні клінічні прояви фетального алкогольного синдрому	240 (88,6)
Повідомили про підвищення рівня знань після відвідування жіночої консультації	248 (91,5)

3. Результати оцінки впровадження серед медичних працівників

3.1 Інтеграція моделі консультування у клінічну практику (NoMAD, повторний збір даних)

Аналіз результатів опитувальника NoMAD, проведеного після завершення етапу впровадження, показав, що рівень інтеграції нової моделі консультування у клінічну практику залишався високим та демонстрував позитивну динаміку порівняно з базовим вимірюванням. Загальне середнє значення становило $4,72 \pm 0,50$ бала, тоді як під час першого збору даних цей показник становив 4,63 бала. Отримані результати свідчать про успішну інтеграцію моделі у повсякденну професійну діяльність медичних працівників.

Респонденти демонстрували високий рівень розуміння нової моделі консультування, залученості до процесу її реалізації та підтримки її подальшого використання. Показники, що характеризують практичне впровадження моделі, також зросли порівняно з початковим етапом, що може свідчити про поступову адаптацію інтервенції до рутинної роботи закладів охорони здоров'я та подолання окремих організаційних труднощів.

Загальний рівень інтеграції залишався високим у всіх трьох пілотних закладах і варіював від 4,72 до 4,84 бала. Найвищі значення були зафіксовані у лікарні 3, проте суттєвих відмінностей між закладами не спостерігалось (табл. 4)

Табл. 4. Порівняння показників інтеграції нової моделі консультування за доменами опитувальника NoMAD до та після впровадження

Заклад	Домен	1-й збір даних	2-й збір даних
Лікарня 1	Розуміння (Coherence)	4,55	4,65
	Залученість (Cognitive Participation)	4,65	4,75
	Впровадження (Collective Action)	4,60	4,72
	Оцінка (Reflexive Monitoring)	4,65	4,75
	Загалом	4,61	4,72
Лікарня 2	Розуміння (Coherence)	4,58	4,68
	Залученість (Cognitive Participation)	4,68	4,75
	Впровадження (Collective Action)	4,63	4,75
	Оцінка (Reflexive Monitoring)	4,68	4,78
	Загалом	4,64	4,74
Лікарня 3	Розуміння (Coherence)	4,65	4,78
	Залученість (Cognitive Participation)	4,75	4,85
	Впровадження (Collective Action)	4,70	4,85
	Оцінка (Reflexive Monitoring)	4,75	4,88
	Загалом	4,71	4,84
Усі заклади	Загалом	4,63	4,72

Порівняльний аналіз за окремими доменами NoMAD показав підвищення показників у всіх трьох закладах охорони здоров'я. Найбільш виражене зростання спостерігалось за доменами **залученості (Cognitive Participation)** та **оцінки (Reflexive Monitoring)**, що свідчить про посилення підтримки змін з боку медичних працівників, а також про більш активне осмислення та оцінку результатів використання моделі у практиці.

Показники домену **впровадження (Collective Action)** залишалися дещо нижчими порівняно з іншими доменами, однак також демонстрували позитивну динаміку в усіх закладах. Це може вказувати на наявність окремих організаційних викликів, пов'язаних із практичною реалізацією інтервенції, які поступово вирішувалися у процесі впровадження.

Загалом результати повторного опитування підтверджують високу прийнятність нової моделі консультування та її успішну інтеграцію у клінічну практику пілотних закладів охорони здоров'я.

3.2 Досвід впровадження моделі консультування: результати дебрифінг-сесій

Для супроводу процесу впровадження інтервенції на різних етапах реалізації пілоту було проведено три дебрифінг-сесії з медичними працівниками. Їх метою було виявлення практичних аспектів використання моделі консультування, оцінка бар'єрів та факторів, що сприяли її інтеграції у клінічну практику.

Результати дебрифінг-сесій свідчать, що загалом модель консультування була позитивно сприйнята медичними працівниками та поступово інтегрувалася у рутинну практику надання антенатальної допомоги. На початковому етапі учасники відзначали корисність проведеного навчання, методичних матеріалів та структурованого алгоритму консультування, які допомагали впевненіше розпочинати обговорення чутливої теми вживання алкоголю під час вагітності.

Серед основних бар'єрів, виявлених на початку впровадження, медичні працівники називали обмежений час консультацій, необхідність додаткового пояснення мети дослідження та конфіденційності даних, а також окремі труднощі, пов'язані із заповненням анкет та залученням пацієнток до участі. Також відзначалася потреба у більшій кількості практичних прикладів та інформаційних матеріалів для пацієнток.

У процесі реалізації проєкту лікарі повідомляли про зростання впевненості у використанні мотиваційного консультування та поступову адаптацію моделі до рутинного прийому. За словами учасників, консультування ставало більш природною частиною взаємодії з вагітними, а обговорення теми алкоголю — більш відкритим та змістовним. Особливу цінність медичні працівники надавали навичкам емпатійної комунікації та можливості використовувати елементи мотиваційного консультування під час обговорення інших поведінкових факторів ризику.

На завершальному етапі впровадження більшість учасників оцінювали модель як практичну, зрозумілу та таку, що не створює суттєвого додаткового навантаження на лікаря. Водночас було підкреслено важливість подальшого розвитку мультидисциплінарного підходу, зокрема більш активного залучення психологів, сімейних лікарів та служб підтримки у випадках підвищеного ризику.

Загалом результати дебрифінг-сесій свідчать про високу прийнятність моделі консультування серед медичних працівників, її практичність для використання в умовах антенатальної допомоги та поступове формування навичок її застосування у повсякденній клінічній практиці.

3.3 Сприйняття моделі та перспективи її подальшого використання: результати глибинних інтерв'ю

З метою оцінки сприйняття моделі консультування та можливостей її подальшого використання після завершення пілотного етапу було проведено глибинні інтерв'ю з медичними працівниками, які брали участь у впровадженні інтервенції.

Результати аналізу інтерв'ю показують, що впровадження моделі скринінгу та мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності вплинуло не лише на сам процес консультування, а й на загальний підхід лікарів до цієї теми. Якщо раніше питання про алкоголь переважно ставилося формально як частина анамнезу, то після навчання і використання методичних матеріалів воно частіше ставало окремою змістовною розмовою. У цій розмові увага приділялася не лише факту вживання, а й його причинам, контексту, уявленням пацієнтів про допустимі дози та можливим наслідкам для дитини.

Лікарі загалом не сприймали модель як додатковий формальний обов'язок. Навпаки, вони описували її як інструмент, що допоміг зробити консультації більш чіткими, змістовними і послідовними. Найбільш корисними елементами моделі виявилися пояснення стандартної дози алкоголю, конкретизація ризиків для дитини та наявність зрозумілої структури розмови з пацієнтом.

Водночас аналіз показав і важливі обмеження. Основним бар'єром залишався брак часу в межах стандартного амбулаторного прийому, особливо під час першого візиту. Додатковими труднощами були неготовність частини пацієнтів до відкритої розмови та схильність применшувати або не вважати проблемним рідкісне чи незначне вживання алкоголю.

Попри ці труднощі, результати свідчать, що модель має потенціал для подальшого використання. Частина респондентів почала застосовувати її елементи і поза межами проєкту, а окремі підходи мотиваційного консультування - і в роботі з іншими поведінковими ризиками.

Таким чином, результати глибинних інтерв'ю підтверджують високу прийнятність моделі консультування серед медичних працівників, її відповідність умовам рутинної антенатальної допомоги та потенціал для подальшого впровадження і масштабування. Детальні результати аналізу наведені у Додатку 3.

Обговорення результатів та рекомендації

Результати пілотного дослідження свідчать, що впровадження моделі скринінгу та мотиваційного консультування щодо вживання алкоголю під час вагітності є прийнятним, здійсненим та перспективним для інтеграції в систему антенатальної допомоги. Отримані дані підтверджують можливість використання стандартизованого скринінгу AUDIT-C та мотиваційного консультування в умовах рутинної роботи жіночих консультацій без суттєвого порушення існуючих клінічних процесів.

Результати кількісного та якісного компонентів дослідження взаємно доповнюють одне одного. Високі показники організаційної готовності до змін (ORIC), позитивне ставлення медичних працівників до роботи з пацієнтами з проблемами, пов'язаними з вживанням алкоголю (SAAPPQ), а також високий рівень інтеграції моделі у клінічну практику (NoMAD) створили сприятливі умови для реалізації інтервенції. Дані дебрифінг-сесій та глибинних інтерв'ю підтвердили, що медичні працівники сприймали модель як практичний інструмент, який допомагає структурувати консультацію та робить обговорення теми алкоголю більш змістовним і предметним.

Серед вагітних жінок спостерігалось суттєве зниження як поширеності, так і інтенсивності вживання алкоголю у динаміці спостереження. Зниження середнього балу AUDIT-C з 3,18 до 0,72 відображає не лише зміну факту вживання алкоголю, але й трансформацію поведінкових патернів. Важливо, що основними факторами зміни поведінки респондентки називали турботу про здоров'я майбутньої дитини та власне здоров'я, тоді як взаємодія з лікарем виступала важливим додатковим чинником підтримки таких змін. Високий рівень обізнаності щодо ризиків пренатального впливу алкоголю та позитивне ставлення до обговорення цього питання з медичними працівниками свідчать про високий потенціал інтеграції профілактики ФАСП у систему антенатальної допомоги.

Разом із тим дослідження дозволило виявити низку чинників, які можуть впливати на успішність впровадження подібних інтервенцій. Серед них - обмежений час прийому, необхідність додаткового навчання медичних працівників, потреба у якісних інформаційних матеріалах для пацієнток, а також недостатньо формалізовані механізми міждисциплінарної взаємодії та маршрутизації жінок із підвищеним ризиком.

Слід зазначити, що вже після завершення пілотного етапу дослідження, наказом Міністерства охорони здоров'я України від 16 грудня 2025 №1897 було затверджено Стандарт медичної допомоги «Психічні та поведінкові розлади внаслідок вживання алкоголю», який передбачає проведення скринінгу щодо вживання алкоголю та надання коротких втручань, зокрема вагітним жінкам. У цьому контексті результати проведеного дослідження набувають додаткової практичної цінності, оскільки надають реальні дані щодо впровадження таких підходів в умовах антенатальної допомоги. На відміну від нормативних рекомендацій, що визначають загальні принципи надання допомоги, дане дослідження дозволило оцінити організаційні механізми реалізації інтервенції, її прийнятність для медичних працівників і вагітних жінок, а також потенційний вплив на поведінкові результати.

Таким чином, результати пілотного дослідження підтверджують доцільність інтеграції скринінгу щодо вживання алкоголю під час вагітності та мотиваційного консультування до рутинної практики антенатального спостереження. Отримані дані можуть бути використані для подальшого удосконалення клінічних маршрутів ведення вагітності, розробки навчальних програм для медичних працівників та оновлення нормативних документів, зокрема клінічних протоколів, що регламентують ведення нормальної вагітності.

На підставі отриманих результатів доцільним є:

- включення моделі «Скринінг, коротке втручання та направлення до спеціалізованої допомоги» (SBIRT) до рутинного антенатального спостереження та профілактичної роботи з вагітними жінками та жінками, які планують вагітність;
- інтеграцію навчання з мотиваційного консультування до програм безперервного професійного розвитку медичних працівників;
- розробка та поширення інформаційних матеріалів щодо ризиків пренатального впливу алкоголю для вагітних жінок та членів їхніх сімей;
- удосконалення механізмів міжсекторальної взаємодії між закладами охорони здоров'я та службами соціальної підтримки.

Результати дослідження створюють підґрунтя для подальшого розвитку профілактики ФАСП в Україні та демонструють можливість практичної реалізації людиноцентричних підходів до зміни поведінки в системі антенатальної допомоги.

Обмеження дослідження

Дослідження має кілька обмежень. Воно проводилося в межах трьох закладів охорони здоров'я м. Києва, тому результати насамперед відображають досвід впровадження моделі в умовах міської антенатальної допомоги. Частина показників ґрунтується на самооцінці учасниць, що не виключає впливу соціально бажаних відповідей. Крім того, пілотний характер дослідження обмежує можливість широкого узагальнення результатів і не дозволяє однозначно інтерпретувати виявлені зміни як причинний ефект інтервенції.

Список використаної літератури:

- Adelson, P., Yates, R., Fleet, J. A., & McKellar, L. (2021). Measuring organizational readiness for implementing change (ORIC) in a new midwifery model of care in rural South Australia. *BMC health services research*, 21(1), 368. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-06373-9>. PMID: 33879145 PMCID: PMC8056551.
- Burns, E., Gray, R., & Smith, L. A. (2010). Brief screening questionnaires to identify problem drinking during pregnancy: A systematic review. In *Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE): Quality-assessed Reviews [Internet]*. Centre for Reviews and Dissemination (UK). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK79648/>
- Damschroder LJ, Reardon CM, Opra Widerquist MA, Lowery J. Conceptualizing outcomes for use with the Consolidated Framework for Implementation Research (CFIR): the CFIR Outcomes Addendum. *Implement Sci*. 2022 Jan 22;17(1):7. doi: 10.1186/s13012-021-01181-5. PMID: 35065675; PMCID: PMC8783408..
- Dozet, D., Burd, L., & Popova, S. (2023). Screening for Alcohol Use in Pregnancy: A Review of Current Practices and Perspectives. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(2), 1220–1239. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00655-3>
- Felicicchia, R. J., Veziris, C. R., & Mattson, S. N. (2025). Fetal Alcohol Spectrum Disorders. *Current Topics in Behavioral Neurosciences*, 75, 99–116. https://doi.org/10.1007/7854_2024_569
- Glasgow RE, Vogt TM, Boles SM. Evaluating the public health impact of health promotion interventions: the RE-AIM framework. *Am J Public Health*. 1999 Sep;89(9):1322-7. doi: 10.2105/ajph.89.9.1322. PMID: 10474547; PMCID: PMC1508772.
- Hargraves, D., White, C., Frederick, R., Cinibulk, M., Peters, M., Young, A., & Elder, N. (2017). Implementing SBIRT (Screening, Brief Intervention and Referral to Treatment) in primary care: Lessons learned from a multi-practice evaluation portfolio. *Public Health Reviews*, 38, 31. <https://doi.org/10.1186/s40985-017-0077-0>
- Holdsworth, L. M., Stedman, M., Gustafsson, E. S., Han, J., Asch, S. M., Harbert, G., Lorenz, K. A., Lupu, D. E., Malcolm, E., Moss, A. H., Nicklas, A., & Kurella Tamura, M. (2023). "Diving in the deep-end and swimming": a mixed methods study using normalization process theory to evaluate a learning collaborative approach for the implementation of palliative care practices in hemodialysis centers. *BMC health services research*, 23(1), 1384. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-10360-7>. PMID: 38082293 PMCID: PMC10712060..
- Holtrop JS, Estabrooks PA, Gaglio B, Harden SM, Kessler RS, King DK, Kwan BM, Ory MG, Rabin BA, Shelton RC, Glasgow RE. Understanding and applying the RE-AIM framework: Clarifications and resources. *J Clin Transl Sci*. 2021 May 14;5(1):e126. doi: 10.1017/cts.2021.789. PMID: 34367671; PMCID: PMC8327549
- Lange, S., Probst, C., Gmel, G., Rehm, J., Burd, L., & Popova, S. (2017). Global Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorder Among Children and Youth: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Pediatrics*, 171(10), 948–956. <https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2017.1919>
- Langlois, S., & Goudreau, J. (2024). Motivational Interviewing Implementation in Primary Care: A “Terrifying Challenge” Becoming a “Professional Revelation”. *Health Education & Behavior*, 51(2), 260–269. <https://doi.org/10.1177/10901981221139808>

Marushko, K. R., Usenko, N. M., Kotykovych, Y. S., Zaporozhska, O. A., & Nesterova, O. Y. (2025). Implementing a new model of counselling to prevent fetal alcohol syndrome in Ukraine: Pre-implementation stage. *Modern Pediatrics. Ukraine*, (8(152)), 45–53. [https://doi.org/10.15574/SP.2025.8\(152\).4553](https://doi.org/10.15574/SP.2025.8(152).4553)

Murray, E., Treweek, S., Pope, C. et al. Normalisation process theory: a framework for developing, evaluating and implementing complex interventions. *BMC Med* 8, 63 (2010). <https://doi.org/10.1186/1741-7015-8-63>

Osterman, R. L., Carle, A. C., Ammerman, R. T., & Gates, D. (2014). Single-session motivational intervention to decrease alcohol use during pregnancy. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 47(1), 10–19. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2014.01.009>

Osterman, R., Lewis, D., & Winhusen, T. (2017). Efficacy of motivational enhancement therapy to decrease alcohol and illicit-drug use in pregnant substance users reporting baseline alcohol use. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 77, 150–155. <https://doi.org/10.1016/j.jsat.2017.02.003>

Popova, S., Charness, M. E., Burd, L., Crawford, A., Hoyme, H. E., Mukherjee, R. A. S., Riley, E. P., & Elliott, E. J. (2023). Fetal alcohol spectrum disorders. *Nature Reviews Disease Primers*, 9(1), 11. <https://doi.org/10.1038/s41572-023-00420-x>

Prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorders. (2023). *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 52(6), e5–e7. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2023.06.003>

Project CHOICES Intervention Research Group. (2003). Reducing the risk of alcohol-exposed pregnancies: A study of a motivational intervention in community settings. *Pediatrics*, 111(5 Pt 2), 1131–1135.

Richardson, George & Smith, Rachel & Lowe, Linnea & Acquavita, Shauna. (2020). Structure and longitudinal invariance of the Short Alcohol and Alcohol Problems Perception Questionnaire. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 115. 108041. [10.1016/j.jsat.2020.108041](https://doi.org/10.1016/j.jsat.2020.108041).

Roozen, S., Peters, G.-J. Y., Kok, G., Townend, D., Nijhuis, J., & Curfs, L. (2016). Worldwide Prevalence of Fetal Alcohol Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review Including Meta-Analysis. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 40(1), 18–32. <https://doi.org/10.1111/acer.12939>

Shea, C. M., Jacobs, S. R., Esserman, D. A., Bruce, K., & Weiner, B. J. (2014). Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. *Implementation science* : IS, 9, 7. <https://doi.org/10.1186/1748-5908-9-7>. PMID: 24410955 PMCID: PMC3904699.

Нормальна вагітність. (n.d.). Державний експертний центр МОЗ України. Retrieved 28 May 2026, from <https://www.dec.gov.ua/mtd/normalna-vagitnist/>

Оцінка знань та бар'єрів щодо профілактики фетального алкогольного спектру порушень (ФАСП) | Центр громадського здоров'я. (n.d.). Retrieved 28 May 2026, from <https://phc.org.ua/naukova-diyalnist/doslidzhennya/doslidzhennya-z-neinfekciynikh-zakhvoryuvan/ocinka-znan-ta-bareriv-schodo-profilaktiki-fetalnogo-alkogolnogo-spektru-porushen-fasp>

Додатки

Додаток 1 Інструкція щодо проведення мотиваційного консультування

Інструкція щодо проведення мотиваційного консультування

Вживання алкоголю залишається однією з головних причин захворювань та передчасної смертності у світі. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), алкоголь спричиняє понад три мільйони смертей щороку, будучи фактором ризику для більш ніж 200 хвороб і станів. До них належать серцево-судинні захворювання, онкологічні патології, хвороби печінки, а також психічні та поведінкові розлади. Особливу небезпеку становить вживання алкоголю під час вагітності. Це може спричинити серйозні порушення розвитку плода, включаючи фетальний алкогольний синдром, який проявляється затримкою розвитку, порушеннями роботи центральної нервової системи та характерними фізичними вадами. Дослідження підтверджують, що навіть невеликі дози алкоголю здатні завдати шкоди майбутній дитині.

Водночас вагітні жінки нерідко недооцінюють ці ризики або приховують вживання алкоголю через страх осуду чи стигматизації. Це створює додаткові виклики для медичних працівників, які прагнуть допомогти своїм пацієнткам у зміні поведінки. У таких випадках одним із найбільш ефективних підходів є мотиваційне консультування. Цей метод ґрунтується на емпатії, довірі та співпраці, що дозволяє лікарю створити комфортне середовище для відвертого обговорення делікатних тем.

Мотиваційне консультування сприяє зменшенню ризиків для здоров'я матері й дитини, таких як фетальний алкогольний синдром, і водночас покращує якість взаємодії між лікарем і пацієнткою. Ключовою ідеєю цього підходу є допомога пацієнтці у самостійному усвідомленні необхідності змін без нав'язування готових рішень. Лікар створює умови, за яких жінка сама бере відповідальність за свої дії та ставлення до здоров'я.

Особливістю мотиваційного консультування є можливість говорити про складні теми, такі як вживання алкоголю, без осуду чи тиску. Завдяки емпатійному підходу лікар допомагає вагітній жінці розпізнати ризики, обрати шлях до змін і отримати підтримку на кожному етапі.

Цілі впровадження мотиваційного консультування

1. Підвищення обізнаності вагітних про ризики вживання алкоголю;
2. Стимулювання позитивних змін у поведінці пацієнток;
3. Запобігання розвитку фетальному алкогольному синдрому та фетального алкогольного спектру порушень;
4. Попередження розвитку ускладнень під час вагітності, що пов'язані із вживанням алкоголю;
5. Створення довірливих стосунків між лікарем і пацієнткою для кращого медичного догляду.

Етапи мотиваційного консультування

Перед початком проведення безпосередньо мотиваційного консультування важливо провести тестування за шкалою AUDIT-C. Завдяки результатам AUDIT-C консультант може точніше визначити індивідуальні потреби в підтримці та коригуванні поведінки, що забезпечує ефективніше та більш персоналізоване підходи до мотиваційного консультування.

Скринінг за допомогою AUDIT-C - (Alcohol Use Disorders Identification Test - Consumption) — опитувальник, який використовується для виявлення проблем із вживанням алкоголю у пацієнток. Він є коротким варіантом розширеного тесту AUDIT і використовується для швидкої оцінки рівня вживання алкоголю та потенційних розладів, пов'язаних з алкоголем.

Опитувальник складається з трьох питань, результати яких дозволяють визначити рівень споживання алкоголю. Додаткове запитання: "Чи вживали ви алкоголь протягом останніх 3 місяців?" допомагає уточнити ситуацію.

Під час одного з перших візитів вагітної жінки лікар пропонує заповнити опитувальник AUDIT-C для оцінки рівня ризику.

Опитувальник AUDIT-C (максимальна кількість балів – 12)

Питання	0	1	2	3	4
Як часто за останній рік Ви вживали алкогольні напої?	Ніколи	1 Раз на місяць чи менше	2 – 4 рази на місяць	2 – 3 рази на тиждень	4 та більше разів на тиждень
Скільки порцій алкогольного напою Ви вживаєте у звичайний день, коли Ви п'єте? <i>(Під стандартною порцієюю алкоголю мається на увазі 250 мл пива, 100 мл вина або 30 мл горілки)</i>	1 чи 2	3 чи 4	5 чи 6	7 - 9	10 та більше
Як часто Ви споживаєте шість або більше алкогольних напоїв за один раз?	Ніколи	Рідше, ніж раз на місяць	Кожного місяця	Кожного тижня	Кожного чи майже кожного дня

Якщо загальний бал AUDIT-C 1 і більше, проводиться подальше консультування (дає уявлення щодо активного вживання алкоголю). може бути задано ДОДАТКОВЕ ПИТАННЯ: Чи споживали ви алкоголь протягом останніх 3 місяців? (так/ні)

ВАЖЛИВО пам'ятати, що ризик для плода пов'язаний із нижчими загальними балами AUDIT-C, ніж ризик для матері.

Інтерпретація даних:

- Загальний бал AUDIT-C 0 = відсутність ризику шкоди для жінки та плода.
- Загальний бал AUDIT-C 1-4 = низький ризик для жінки АЛЕ середній ризик шкоди для плода
- Загальний бал AUDIT-C 5-7 = середній ризик для жінки АЛЕ високий ризик для майбутньої дитини
- Більше 8 балів AUDIT-C - високий ризик шкоди для жінки і майбутньої дитини

Оскільки загальна оцінка AUDIT-C 0 під час першого візиту не означає, що жінка не вживатиме алкоголь у майбутньому, скринінг ризику AUDIT-C слід провести повторно під час тієї ж вагітності, орієнтовно через 2-4 тижні (під час 2 та 3 візитів з приводу вагітності).

Проведення мотиваційного консультування

Перед початком обговорення лікар інформує пацієнтку, що розмова про вживання алкоголю є стандартною частиною медичної практики, спрямованою на забезпечення здоров'я матері та дитини. Наголошується, що консультація має виключно підтримуючий характер і базується на взаємній довірі та повазі. Основна мета – надати актуальну інформацію про ризики, пов'язані з вживанням алкоголю під час вагітності, та сприяти формуванню індивідуальних рішень щодо здорового способу життя.

До основних підходів мотиваційного інтерв'ю відносяться:

1. **Залучення** – встановлення довірливих стосунків.
2. **Фокусування** – визначення ключових тем для обговорення та аналіз причин поведінки.
3. **Пробудження** – допомога у виявленні мотивів для змін і прийняття відповідальності за них.
4. **Планування** – створення реалістичного і поетапного плану дій.

В рамках мотиваційного інтерв'ю доречними будуть такі запитання

1. Як ви почуваєтеся сьогодні? (залучення)
2. Минулого разу ми обговорювали з вами вживання алкоголю, чи могли би ми продовжити? (фокусування)
3. Коли ви почали вживати алкоголь? З чого це почалось? (фокусування)
4. Чому ви вживаєте алкоголь? Чому це вам подобається чи потрібно? (фокусування)
5. Чи є щось, що непокоїть вас у вживанні алкоголю? А вживання алкоголю під час вагітності (фокусування)
6. Що ви думаєте про те, що ми обговорили? Чи може вживання алкоголю вплинути на ваше майбутнє чи майбутнє вашої дитини? (пробудження)
7. Чи хотіли би ви змінити поточне вживання алкоголю?
8. Які кроки ви готові зробити, щоб зменшити або припинити вживання алкоголю? (планування)

АЛГОРИТМ ПРОВЕДЕННЯ МОТИВАЦІЙНОГО ІНТЕРВ'Ю

1. Почніть взаємодію з вагітною та заведіть розмову на тему алкоголю

Проведіть опитування за допомогою опитувальника AUDIT-C. Якщо результат 1 і більше балів, поставте ДОДАТКОВЕ ПИТАННЯ: «чи споживали ви алкоголь протягом останніх 3 місяців? (так/ні)»

Чи можемо ми обговорити результати вашого опитування? Однією з тем, яку ми обговорюємо з усіма вагітними жінками, є вживання алкоголю, тютюну та інших речовин. Чесна розмова про ці аспекти допоможе лікарям забезпечити для вас і вашої дитини найкращий рівень медичної допомоги.

Якщо вам це некомфортно, ви завжди можете відмовитися від обговорення. Чи можемо ми хвилинку поговорити про ваші звички, пов'язані з алкоголем чи іншими речовинами?

Запитайте

Що ви загалом бачите позитивного у вживанні алкоголю? А які є негативні сторони?

Підсумуйте

Отже, з одного боку, [ЗА], а з іншого боку [ПРОТИ].

Наприклад: Отже, з одного боку ви кажете, що іноді алкоголь допомагає вам розслабитися та зняти стрес. А з іншого ви боїтесь за дитину, адже навіть невеликі дози алкоголю можуть завдати серйозної шкоди її розвитку.

2. Інформація та зворотний зв'язок

Надайте інформацію:

У мене є інформація про небезпеки, які тягне за собою вживання алкоголю. Ви не проти, якщо я поділюся нею з вами? Науково доведено, що вживання алкоголю може нашкодити вам та спричинити проблеми зі здоров'ям вашої майбутньої дитини. Вживання алкоголю може призвести до виникнення у вашої ненародженої дитини розладів фетального алкогольного спектра. Чи відомо Вам щось про це?

Поясніть: ФАС – це комплекс розумових, психічних та фізичних порушень, які залишаться з дитиною на все життя.

Запитайте: *Що ви думаєте про це?*

Якщо на додаткове запитання «чи споживали ви алкоголь протягом останніх 3 місяців?»

жінка відповіла «НІ»:

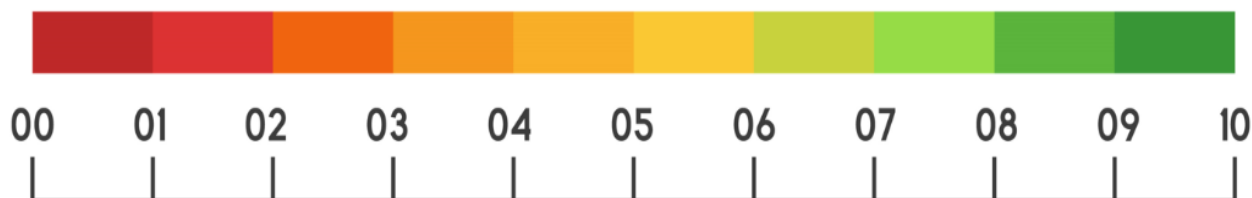
О Подякуйте за розмову та приділений час О Надайте інформаційну брошуру
«Вагітність і алкоголь не сумісні»

жінка відповіла «ТАК»:

О Продовжте мотиваційне консультування

Інтерпретуйте результати, які отримала вагітна під час тестування за опитувальником AUDIT-C

Запитайте: За шкалою від 1 до 10 скажіть, наскільки ви готові зменшити частоту і кількість вживання алкоголю, де 1 – зовсім не готова, а 10 – повністю готова?



Візуально-аналогова шкала готовності: 1 = зовсім не готова 10 = готова просто зараз

Прокоментуйте: Кожен бал відповідає десяти відсоткам готовності до змін. Ви вказали [число]. Це означає, що ви на ____% готові до змін!

Запитайте про обране число. Чому ви обрали саме це число, а не більше, наприклад, 6 чи 7?

3. Обговоріть план наступних дій

– Розгляньте можливі ситуації, в яких жінка може відчувати спокусу вжити алкоголь

У яких випадках ви відчуваєте бажання вжити алкоголь?

Які кроки ви можете зробити, щоб уникнути ситуацій, які провокують це бажання?

– Визначте сильні сторони та підтримку

Яку підтримку (від родини, друзів, колег) ви маєте для здійснення цих змін?

Як ви можете використати цю підтримку/ресурси, щоб допомогти собі зараз?

- Розробіть разом покрокові стратегії, які допоможуть жінці уникати таких ситуацій або справлятися з ними. Запропонуйте жінці записати кроки
 - *Давайте розпишемо вашу покрокову «Стратегію змін»?*
 - *Ось, що я почу(в)ла від вас... [підсумуйте озвучені пацієнткою пропозиції, як уникати вживання алкоголю]*
 - *Надайте інформаційну брошуру «Вагітність і алкоголь не сумісні»*

Запропонуйте відповідні ресурси (якщо результат AUDIT-C більше, ніж 8 балів, обговоріть доцільність звернення по вузькопрофільну допомогу): «У мене є деякі додаткові ресурси, які часом допомагають людям. Якщо хочете, я вам про них розкажу».

Доцільно запропонувати:

- направлення до вузького спеціаліста для лікування залежності (психіатр, нарколог)– це також може включати первинну медичну допомогу, амбулаторне консультування, лікування психічних розладів;
- надати брошуру «Вагітність і алкоголь не сумісні»

В залежності від результатів, що були отримані під час скринінгу лікар обирає стратегію для мотиваційного консультування (рис.1), що представлені нижче:

Ризик для плоду та обсяг консультування з акцентом на здоров'я дитини та профілактику ФАСП залежно від балів тесту:

0 балів = відсутність ризику для жінки та її майбутньої дитини

- Повідомте, що отриманий бал 0 означає відсутність ризику, пов'язаного з алкоголем для плода, і що відмова від алкоголю – найбільш безпечний вибір.
- Забезпечте позитивне підкріплення (похваліть), якщо жінка не вживала алкоголю від початку вагітності, і заохочуйте її й надалі не пити жодного алкоголю на період вагітності.
- Розкажіть вагітній, що рішення утримуватися від алкоголю є частиною здорового способу життя в широкому розумінні: наголошуйте на важливості здорового харчування, регулярного фізичного навантаження та емоційного добробуту для збереження загального здоров'я.
- Підкресліть, що ризик для розвитку плода важко передбачити, оскільки він залежить від особливостей плода та організму матері.
- За потреби запропонуйте повторну сесію мотиваційного консультування.

1–4 бали = низький ризик для жінки, АЛЕ середній ризик шкоди для її майбутньої дитини

- Поінформуйте, що найбезпечнішим варіантом є повна відмова від вживання алкоголю під час вагітності взагалі. Лише бал 0 за шкалою AUDIT-C означає відсутність ризику для плода, що розвивається.
- Повідомте, що бал 0 за шкалою AUDIT-C означає відсутність ризику, пов'язаного з алкоголем, для плода, що розвивається.
- Забезпечте позитивне підкріплення (похваліть), якщо жінка не вживала алкоголь від початку вагітності, і заохочуйте її відмовитися від будь-якого алкоголю на період вагітності.
- Якщо жінка вживала невеликі дози алкоголю до та під час вагітності (1–2 стандартних напої), скажіть їй, що ризик для плоду, ймовірно, низький, але найбезпечніше взагалі не вживати алкоголь під час вагітності.
- Підкресліть, що ризик для розвитку плода важко передбачити, оскільки він залежить від особливостей плода та організму матері. Однак ризик зростає зі збільшенням кількості та частоти вживання алкоголю.
- За потреби запропонуйте повторну сесію мотиваційного консультування.

5–7 балів = середній ризик для жінки, АЛЕ високий ризик для її майбутньої дитини

- Розкажіть, що найбезпечнішим варіантом є повна відмова від вживання алкоголю під час вагітності. Лише бал 0 за шкалою AUDIT-C означає відсутність ризику для плода, що розвивається.
- Поясніть ризики, пов'язані зі вживанням алкоголю під час вагітності, зокрема ймовірність розвитку фетального алкогольного синдрому або інших розладів фетального алкогольного спектра порушень. Наведіть приклади досліджень, які підтверджують ці ризики.
- Підтримуйте жінку без осуду, допоможіть їй виявити суперечливі почуття щодо вживання алкоголю.
- Підкресліть, що ризик для розвитку плода важко передбачити, оскільки він залежить від особливостей плода та організму матері. Однак ризик зростає зі збільшенням кількості та частоти вживання алкоголю.
- За потреби запропонуйте повторну сесію мотиваційного консультування.

Понад 8 балів = високий ризик шкоди для жінки та її майбутньої дитини

- Обговоріть бали та надайте інформацію щодо високого ризику для жінки.
- Поясніть, що за оцінкою AUDIT-C її рівень вживання алкоголю означає високий ризик як для її здоров'я, так і для здоров'я дитини.
- Поясніть, чому звернутися до нарколога – це хороша ідея.
- Пацієнтка може боятися чи не довіряти наркологам, тому вам важливо підкреслити: кваліфікований спеціаліст не засуджує, зате знає, як правильно їй допомогти.

ЗАСТЕРЕЖЕННЯ: не пропонуйте жінці, яка набрала понад 8 балів, переставати пити, доки вона не проконсультується з наркологом. Без належної підтримки нарколога у співдружності з акушер-гінекологом відмова від алкоголю може бути небезпечною як для здоров'я жінки, так і для здоров'я дитини.

- Надайте контактну інформацію установ, які займаються алкогольною та наркологічною залежністю у вашому регіоні (напр. у м. Київ це КНП «Соціотерапія»).
- Запропонуйте консультацію нарколога та повторну сесію мотиваційного консультування.

Етичні аспекти мотиваційного консультування

Забезпечення конфіденційності: Лікар повинен пояснити пацієнтці, що вся інформація залишається між ними.

- Повага до вибору пацієнтки: Ніякого тиску або осуду.
- Емпатія як основа взаємодії: Лікар має визнати значущість емоцій пацієнтки.

Переваги впровадження

Інтеграція мотиваційного консультування у клінічну практику сприяє зменшенню частоти вживання алкоголю серед вагітних, зниженню ризиків, пов'язаних із фетальним алкогольним синдромом, і покращує якість взаємодії між лікарем та пацієнткою. Метод спрямований на повагу до вибору пацієнтки, забезпечуючи їй необхідну підтримку для реалізації поведінкових змін.

Додаткова інформація:

- **Стандартна порція алкоголю**

В Україні «стандотною» порцією алкоголю вважається будь-який напій, що містить близько 10 грамів «чистого» спирту.

Об'ємна частка етилового спирту (% об., або vol%) – це стандартна міра того, скільки етилового спирту (етанолу) міститься у певному об'ємі алкогольного напою (виражається в об'ємних відсотках спирту від загального об'єму в 100 мл рідини).

Інформація про стандартну порцію і кількість спирту в напої дозволить вам більш обґрунтовано консультувати жінок та допоможе їм приймати обґрунтовані рішення щодо вживання алкоголю. Зокрема це дозволить: точніше рахувати кількість напоїв; оцінити рівень вживання алкоголю; обґрунтовано рекомендувати повністю відмовитись від вживання алкоголю на будь-якому етапі життя.

1 стандартна порція (СП) алкоголю — це приблизно:

- ✓ Маленький келих вина або шампанського, 100 мл (~12%)
- ✓ Половина кружки пива, 250 мл (~5%)
- ✓ Маленька чарка міцного алкоголю, 30 мл (~40%)

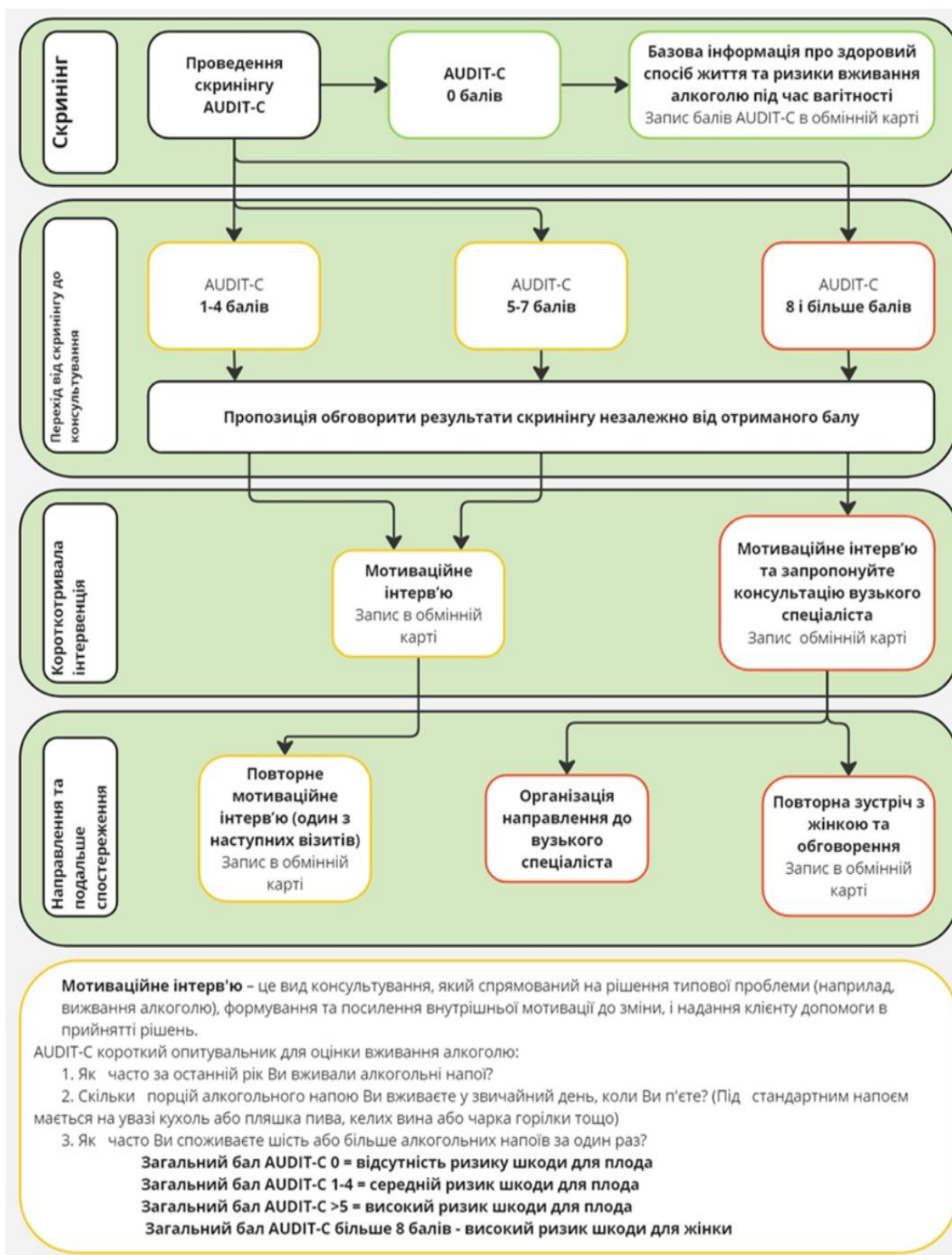


Рис. Алгоритм супроводу пацієнток за результатами скринінгу AUDIT-C та мотиваційного консультування

Додаток 2 Соціально-демографічна та акушерська характеристика учасниць дослідження (n = 271)

Характеристика	Категорія	n (%)
Місце проживання	м. Київ	213 (78,6)
	Інше місто	28 (10,3)
	Село	17 (6,3)
	Селище	13 (4,8)
Зміна місця проживання після 24.02.2022	Так	111 (41,0)
	Ні	160 (59,0)
Сімейний стан	Заміжня	190 (70,1)
	Цивільний шлюб	44 (16,2)
	Не заміжня	27 (10,0)
	Розлучена	5 (1,8)
	Не відповіла/пропуск	5 (1,9)
Освіта	Повна вища	191 (70,5)
	Інші рівні освіти	80 (29,5)
Тип зайнятості	Постійна робота	176 (64,9)
	Інші категорії	95 (35,1)
Рівень доходу	>20 тис. грн	132 (48,7)
	10–20 тис. грн	83 (30,6)
	<10 тис. грн	51 (18,8)
	Пропуск	5 (1,8)
Попередні пологи	0	144 (53,1)
	1	83 (30,6)
	2	34 (12,5)
	≥3	10 (3,7)
Термін постановки на облік	≤12 тижнів	197 (72,7)
	12–18 тижнів	68 (25,1)
	>18 тижнів	3 (1,1)
	Пропуск	3 (1,1)
Хронічні захворювання	Ні	222 (81,9)
	Так	48 (17,7)
	Не відповіла	1 (0,4)

Додаток 3 Тематичний аналіз глибинних інтерв'ю

Досвід і контекст

1.1. Професійний та організаційний контекст впровадження

Усі учасниці та учасники команд впровадження мали значний професійний стаж (від 10 до понад 30 років) і тривалий досвід роботи саме в амбулаторній акушерсько-гінекологічній практиці. Це формувало високий рівень професійної автономії та впевненості у клінічних рішеннях. Для інтерпретації результатів це має принципове значення: сприйняття моделі відображає оцінку фахівців, які добре знайомі з рутинними обмеженнями прийому, логікою ведення вагітності та поведінкою пацієнтів у клінічній взаємодії.

Водночас амбулаторний контекст описувався як структурно обмежений, насамперед через дефіцит часу, адміністративне навантаження та високу інтенсивність прийому.

1.2. Комунікація з пацієнтами

Однією з найстійкіших тем у всіх інтерв'ю стала складність комунікації. Респонденти говорили про необхідність знайти підхід, налагодити довіру, не викликати опір, отримати чесну відповідь і втримати конструктивний контакт навіть у ситуації тривоги, напруження або конфліктності. Один із респондентів формулював це дуже лаконічно: «спілкування з пацієнтами. Знайти доступ до них, підхід, до себе розположити. Ну, щоб вони відкрилися. Оце є складно». Інший описував це ширше: «це робота з людьми. Бо люди різні, є конфліктні, є складні, різного віку, з різною проблемою... і не завжди вони йдуть на контакт».

Цей особливо важливо в контексті обговорення теми алкоголю, оскільки вона пов'язана з потенційною стигмою, захисними реакціями та униканням. Деякі респонденти прямо говорили, що в реальному прийомі доводиться «під кожного підлаштовуватись», щоб не зруйнувати контакт. Таким чином, сам факт наявності скринінгового інструменту ще не гарантує якісної розмови, якщо не створено простору для відповіді.

1.3. Емоційне навантаження, відповідальність та професійне вигорання

Окремий контекст, у якому респонденти описували свою роботу, стосувався високої емоційної залученості, великої відповідальності та ризику професійного вигорання. Деякі інтерв'ю містили рефлексії про постійну доступність для пацієнтів, ненормований робочий день і напругу, пов'язану з веденням вагітності як клінічно та емоційно вразливого стану.

У деяких інтерв'ю також з'являвся ширший соціальний контекст, пов'язаний зі стресом війни, тривогою, сімейними труднощами та зміною звичних способів саморегуляції.

Це важливо, оскільки впровадження навіть корисного інструменту відбувається в умовах обмежених ресурсів фахівця. На тлі перевантаження та емоційної втоми будь-

яка нова практика повинна бути не лише змістовно доречною, а й організаційно посильною.

2. Підготовка до впровадження

2.1. Навчання як компонент впровадження

Респонденти загалом позитивно оцінювали підготовчий етап і особливо виділяли роль тренінгу. Для багатьох важливою виявилася не лише сама інформація про ризики вживання алкоголю, а саме комунікативна частина навчання - як ставити питання, як починати розмову, як працювати з делікатною темою без осуду. Один із респондентів підкреслював, що тренінг був цінним досвідом, інший зазначав, що навчання «допомагає мені кожен день в нашій роботі». У деяких висловлюваннях простежувалося, що респонденти відчули дефіцит саме такої підготовки у попередній професійній освіті. Загалом, тренінг сприймався як професійний розвиток, а не як додаткове навантаження

Окремо звучала думка, що навчання дозволило подивитися на тему ширше. Респонденти говорили, що й раніше знали про шкідливість алкоголю під час вагітності, але саме тренінг допоміг побачити нові акценти, насамперед у способі донесення інформації до пацієнтів. Надана інформація під час підготовки та навчання створила відчуття легітимності теми та впевненості у спілкуванні. Найчастіше медичні працівники підкреслювали, що отримали «структуру». Якщо раніше консультування базувалося на інтуїції та особистому досвіді, то тепер з'явився алгоритм.

«Раніше це були якісь свої навички... а тут вже якась більша структура з'явилася і розуміння, що потрібно говорити»

Одна з лікаррок зазначила, що після тренінгу її підхід до консультування став більш толерантним, а спілкування з пацієнтками — більш делікатним.

«І ця програма дала, можливо, десь трошки більше толерантності і м'якості в консультації з такого приводу»

Таким чином, навчання функціонувало не стільки як передача нових біомедичних фактів, скільки як посилення практичної компетентності в комунікації.

2.2. Методичні матеріали

Кілька респондентів прямо говорили, що використовували під час консультацій методичку, перелік фраз, друковані матеріали та візуальні елементи. Одна з респонденток згадувала, що «в методичці прямо був перелік фраз, які можна використовувати під час мотиваційного консультування», інший говорив, що після ознайомлення з методичними матеріалами пацієнтки починали інакше сприймати ризики навіть невеликих доз.

Ці матеріали мали значення ще й тому, що дозволяли переводити розмову з абстрактного застереження в структуроване обговорення. Коли лікар або лікарка мають готовий набір фраз для складної теми, це знижує ймовірність осудливого тону,

невдалих формулювань або надмірної прямолінійності. В окремих інтерв'ю також простежувалося, що наявність зовнішньої методичної рамки підвищувала значущість рекомендацій в очах пацієнтів.

3. Практика скринінгу та консультування

3.1 Практика консультування до впровадження

До впровадження моделі питання щодо вживання алкоголю ставилося формально. Більшість лікарів описували його як частину стандартного збору анамнезу без подальшого поглиблення теми. Один із респондентів описував це так: «Раніше це були стандартні фрази... вживали алкоголь? - Ні... І все...». Інший говорив, що в наявних анкетах є «одне запитання... чи вживаєте ви алкоголь», але «далі по цьому питанню нема там більше ніяких запитань».

Такий формат не створював простору ні для уточнення об'ємів вживання алкоголю, ні для виявлення епізодичних практик, які самі пацієнти не вважали ризиковими. Формальне питання, на яке легко відповісти «ні» або «іноді», не дозволяло відрізнити реальну відсутність вживання від його мінімізації чи нормалізації. Саме це респонденти згодом і описували як один із ключових недоліків попередньої практики.

При цьому частина лікарів визнавала, що підозрювала недостовірність відповідей, особливо у соціально вразливих групах, але не мала інструментів для поглибленої оцінки:

«Ми розуміли, що не вся правда... але далі не поверталися до цього питання».

Таким чином, до впровадження існувала поверхнева модель скринінгу без системного консультування.

3.2 Практика скринінгу та консультування після впровадження

Після впровадження респонденти почали описувати свою практику як таку, де тема алкоголю вже не обмежується одноразовим запитанням. Розмова стала більш структурованою: уточнювались частота, кількість, період вживання, зв'язок із моментом, коли пацієнтка дізналась про вагітність, а також уявлення про «безпечну» дозу. Один із респондентів підкреслював, що тепер «більш розширено спілкуємося, більше глибокі питання задаємо пацієнтці, щоб з'ясувати, наскільки вона часто вживає, який об'єм вона вживає, як давно вона вживає».

Респонденти також описували, що розмова про алкоголь не завжди відбувається лише один раз. Якщо перший візит перевантажений, до теми повертаються на другому прийомі, коли є більше можливостей обговорити наслідки та мотивацію до змін. Один із респондентів прямо зазначав: «Перший візит завжди насичений», тому детальніше обговорення нерідко переносилось на наступний контакт. Таким чином, нова модель поступово вбудовувалась у логіку кількох послідовних взаємодій, а не лише одного скринінгового контакту.

3.3 AUDIT-C як інструмент комунікації

Респонденти описували AUDIT-C не просто як форму оцінки ризику, а як інструмент, який створює основу для змістовної розмови. У деяких випадках вони підкреслювали, що ставлять «ще три питання» і за підрахуваннями балами переходять до пояснення ризику. Такий формат робив розмову менш суб'єктивною і надавав їй опори в стандартизованій процедурі.

Однак ступінь інтеграції скринінгу в рутинну практику був неоднаковим. Частина респондентів проводила його всім учасникам програми або всім пацієнтам, які ставали на облік, тоді як інші застосовували його вибірково - залежно від часу, реакції пацієнта або власної оцінки доцільності.

Отже, інструмент був прийнятий позитивно, але ступінь його інтеграції залежав від конкретних умов.

3.4. Стандартизація дози виявилася одним із найпрактичніших елементів моделі

Окремою і дуже показовою темою стала стандартизація алкогольної дози. Деякі респонденти наголошували, що саме пояснення, що таке «одна доза», дозволило вирівняти розуміння між фахівцем і пацієнтом. До цього пацієнти часто орієнтувалися на власні уявлення: хтось вважав, що взагалі «не п'є», хоча фактично споживав кілька стандартних доз, а хтось, навпаки, сприймав мінімальне споживання як значне. В одному з інтерв'ю це сформульовано дуже чітко: «чітка стандартизація в дозах змогла нам допомогти говорити одною мовою з пацієнтом».

Цей аспект важливий не лише як технічне уточнення, а як механізм зміни рамки сприйняття. Поки доза не стандартизована, пацієнт може порівнювати себе з карикатурним образом «людини, яка багато п'є» і не впізнавати ризиковане вживання у власній поведінці.

3.5. Центральним змістом консультування стало спростування уявлення про “безпечну малу дозу”

Значна частина висловлювань стосувалася того, що пацієнти часто не вважають ризиком епізодичне або незначне вживання під час вагітності. Особливо це стосувалося вина, слабоалкогольних напоїв, алкоголю на свята. Тобто, серед пацієнток є певна суб'єктивна нормалізація помірного вживання та потреба в чіткому профілактичному меседжі.

У цьому контексті одна з функцій нової моделі полягала в тому, щоб змінити сам спосіб мислення про алкоголь під час вагітності: не як про проблему лише важкого вживання, а як про фактор ризику, де невелика доза також має значення. Респонденти також зазначали, що пацієнтам потрібно не просто сказати, що алкоголь шкідливий, а пояснити, що «немає безпечної дози алкоголю» і «який наслідок» можливий для плода.

3.6. Найпереконливіший аргумент - наслідки для дитини

Наскрізною темою майже всіх інтерв'ю було те, що загальні фрази про шкоду алкоголю працюють слабше, ніж конкретне пояснення можливих наслідків для дитини. Респонденти неодноразово підкреслювали, що пацієнти починають інакше сприймати інформацію, коли йдеться не абстрактно про «шкідливість», а про конкретні ускладнення, ризики для плода, можливі проблеми розвитку чи віддалені наслідки «Коли ти уточнюєш, які наслідки можуть бути....що у дитинки можуть бути наслідки і пояснюєш які, то вони чують».

Ця логіка підтверджується також в інших інтерв'ю. Респонденти зазначали, що пацієнтам важливо отримати не просто заборону, а причинно-наслідкове пояснення: чому це погано, як це може вплинути, чому навіть низький ризик для дорослого не є низьким ризиком для плода. Один із респондентів зазначав, що у своїй роботі акцентує: «для вас це низька, а для дитини середня [доза алкоголю]», і саме така конкретизація робить аргументацію переконливішою.

3.7. Реакція пацієнтів

Попри делікатність теми, більшість респондентів описували реакцію пацієнтів на запитання про алкоголь як переважно спокійну або позитивну. Один із респондентів прямо зазначав, що «більшості це позитивно сприймають», інший говорив, що пацієнтам було цікаво проходити опитування та відповідати на питання. Це може свідчити про те, що сама тема не обов'язково викликає опір, якщо її порушувати у зрозумілій, неосудливій формі.

Разом із тим респонденти добре усвідомлювали межі відкритості. У деяких інтерв'ю прямо зазначалося, що лише невелика частка пацієнтів відверто говорить про вживання у значних обсягах. Один із респондентів оцінював це приблизно так: «це 15% хто чесно відверто відкривається і говорить про те, що вони вживають більшу кількість алкоголю». Інші говорили про мінімізацію проблеми або неадекватну самооцінку вживання. Отже, позитивне ставлення до скринінгу не означало повної прозорості відповідей.

3.8. Направлення за спеціалізованою допомогою

У межах проєкту було запропоновано маршрут направлення пацієнтів, які потребують спеціалізованої допомоги. У більшості інтерв'ю респонденти говорили, що випадки, які потребували б направлення до вузького спеціаліста, як-от лікар психіатр чи лікар-нарколог, або спеціалізованої служби, у їхній практиці траплялися рідко. Частина взагалі не мала такого досвіду в межах проєкту. Це може свідчити про те, що основний масив випадків, із якими вони стикалися, стосувався помірного ризику, епізодичного вживання або ситуацій, які вдавалось опрацьовувати на рівні самої жіночої консультації.

4 Бар'єри впровадження нової моделі

4.1. Дефіцит часу в межах стандартного прийому

Найчастіше згадуваною перешкодою був брак часу. Респонденти підкреслювали, що амбулаторний прийом вагітної вже містить великий обсяг завдань: збір анамнезу, оформлення документації, інші шкали та опитувальники, клінічний огляд, пояснення рекомендацій. У цьому контексті повноцінне мотиваційне консультування про алкоголь потребує часу, якого часто бракує. Один із респондентів описував амбулаторну консультацію як ситуацію, де «людина в кабінеті знаходиться 20 хвилин», і за цей час потрібно встигнути і встановити діагноз, і надати рекомендації, і прийняти рішення щодо подальшого ведення.

Інший респондент формулював це ще пряміше: «10-15 хвилин на вагітну і встигнути вкластися в цей час провести якісне мотиваційне інтерв'ю, дуже важко». Ще один вказував, що саме тому більш змістовне обговорення часто переносилось на другий візит, коли є шанс зменшити перевантаження першого прийому.

4.2. Відвертість пацієнток

Другий значущий бар'єр стосувався того, що не всі пацієнти були готові детально обговорювати тему алкоголю. Респонденти згадували про скептично налаштованих пацієнток, про тих, хто підозріло ставився до анкетування, не хотів відповідати або не хотів продовжувати розмову після стартового етапу. У таких випадках сама наявність інструменту не гарантувала успішної взаємодії.

В одному з інтерв'ю ця логіка звучала так: якщо людина вже входить у прийом із роздратуванням або настороженістю, то додаткові запитання можуть сприйматися як зайвий тиск. Відповідно, респонденти іноді мусили оцінювати готовність до контакту ще до переходу до повного скринінгу або поглибленого консультування.

4.3. Обмежене виявлення найвразливіших пацієнток

Ще один важливий бар'єр полягав у селективності самої клінічної вибірки. Деякі респонденти зазначали, що пацієнти з потенційною залежністю від алкоголю або хаотичним способом життя часто не є тими, хто регулярно приходить на планове спостереження. Це означає, що модель може ефективно працювати з тими, хто вже залучений до медичної допомоги, але не обов'язково охоплює найскладніші випадки.

4.4 Перевантаження лікаря іншими завданнями

Окремим бар'єром було загальне навантаження лікаря супутніми завданнями. Респонденти зазначали, що під час консультації потрібно одночасно вести медичну документацію, працювати в електронній системі, заповнювати обов'язкові анкети та шкали, а також фіксувати результати огляду і рекомендації. У таких умовах навіть за готовності обговорювати тему вживання алкоголю більш детально зробити це повноцінно було непросто. Відповідно, додатковий скринінг і мотиваційне

консультування сприймалися як корисний, але додатковий елемент у вже дуже насиченому прийомі.

5 Чинники, що сприяли впровадженню нової моделі консультування

5.1. Зрозумілість і структурованість моделі

Одним із чинників, що полегшували впровадження, була зрозуміла структура самої моделі. Респонденти відзначали, що вона задавала більш чітку послідовність дій: від скринінгу до подальшого консультування, а також давала конкретні орієнтири щодо того, які питання ставити і як переходити до обговорення ризиків. Це зменшувало невизначеність у роботі з чутливою темою і допомагало включати її в прийом більш системно, а не ситуативно.

5.2. Навчання перед впровадженням

Важливу роль у впровадженні моделі відіграло попереднє навчання. Респонденти неодноразово зазначали, що тренінг допоміг їм краще зрозуміти не лише зміст моделі, а й практичні підходи до її використання. Особливу цінність мав комунікаційний компонент навчання — те, як саме говорити з пацієнтами про вживання алкоголю, як ставити питання і як будувати мотиваційну розмову. Це підвищувало впевненість у застосуванні нової практики.

5.3. Методичні та візуальні матеріали

Додатковим фактором, що підтримував впровадження, були методичні матеріали, зокрема брошури, рекомендовані формулювання, візуальні елементи та пояснення стандартної дози алкоголю. Вони використовувалися як опора під час консультацій і допомагали зробити розмову більш зрозумілою як для самих респондентів, так і для пацієнтів. Наявність таких матеріалів полегшувала обговорення чутливої теми та допомагала уникати надто загальних або нечітких пояснень.

5.4. Сумісність моделі з наявною клінічною практикою

Ще одним важливим чинником була сумісність моделі з уже наявною практикою. Тема шкідливих звичок і раніше входила до збору анамнезу або первинного анкетування, тому модель не сприймалася як повністю новий або зовнішній елемент. Натомість вона розглядалася як більш структурований і поглиблений спосіб вести вже знайому розмову. Така вбудованість у наявний прийом полегшувала її прийняття та адаптацію.

5.5. Попередній досвід і комунікативні навички респондентів

Впровадженню також сприяв професійний досвід самих респондентів, зокрема їхні навички спілкування з пацієнтами. У багатьох інтерв'ю зазначалося, що здатність знайти підхід до конкретної людини, адаптувати стиль розмови та підтримати контакт була важливою умовою практичного використання моделі. Таким чином, нова модель краще інтегрувалася там, де вже були сформовані комунікативні навички, зокрема і під час навчального тренінгу, і досвід роботи з делікатними темами. Важливим чинником було бажання допомогти пацієнтці та покращити якість власної практики.

5.6. Позитивне сприйняття моделі респондентами

Окремо варто відзначити позитивне ставлення самих респондентів до моделі. У більшості інтерв'ю вона описувалася як доречна, корисна і така, що відповідає потребам практики. Саме таке сприйняття, ймовірно, також сприяло впровадженню, оскільки новий підхід не розглядався як формальна вимога, а як інструмент, що може бути реально корисним у роботі з пацієнтами.

5.7. Готовність частини пацієнтів до взаємодії

Хоча готовність до розмови була неоднаковою, частина пацієнтів добре йшла на контакт, погоджувалася відповідати на питання і була готова обговорювати ризики. Це також полегшувало практичне застосування моделі. У тих випадках, коли пацієнти виявляли відкритість і зацікавленість, респондентам було простіше проводити як скринінг, так і подальше мотиваційне консультування.

5.8 Можливість командної роботи

Наявність підтримки з боку колег і можливість обговорювати складні випадки в команді полегшували впровадження моделі та її практичне використання.

5.9 Поступова інтеграція моделі в рутинну роботу

Регулярне використання моделі допомагало респондентам поступово впевненіше застосовувати скринінг і мотиваційне консультування. У частині інтерв'ю респонденти описували, що з часом використання моделі ставало звичним і майже автоматичним.

«Воно записалося на підкорку... жінка заходить — і ти вже автоматично починаєш задавати питання»

6. Вплив на практику

Впровадження моделі вплинуло на клінічну практику на декількох рівнях:

- індивідуальному (зміна стилю комунікації),
- організаційному (структурування лікарського прийому),
- професійному (перегляд ролі лікаря в профілактиці).

6.1 Зміна стилю комунікації

Лікарі зазначали, що стали більш усвідомлено підходити до обговорення поведінкових ризиків. Замість директивних рекомендацій частіше використовували відкриті запитання та пояснення. Лікарі почали застосовувати елементи мотиваційного інтерв'ювання при роботі з ожирінням, палінням та іншими поведінковими ризиками.

«Я тепер використовую це і для мотивації по зниженню ваги».

Зросла толерантність і м'якість у комунікації:

«Ця програма дала більше м'якості в консультації».

Деякі лікарі наводили приклади припинення вживання серед пацієнток після консультацій:

«Після того, як ми проговорили, вона для себе вирішила відмовитись».

Таким чином, модель сприяла підвищенню якості профілактичної роботи та інтегрувалася в рутинну практику.

6.2 Зміна ставлення до «помірного» вживання

Після впровадження моделі лікарі стали більш послідовно дотримуватися позиції повної відмови від алкоголю під час вагітності. Якщо раніше рекомендації могли бути менш категоричними, то тепер позиція стала більш чіткою і аргументованою.

6.3 Структурування першого прийому

Впровадження моделі скринінгу за допомогою AUDIT-C з подальшим консультуванням спряло більш чіткій організації первинної консультації. Тема алкоголю перестала бути факультативною і стала частиною системного збору анамнезу. Це зменшило ймовірність пропуску цього поведінкового фактору ризику. Таким чином, інструмент вплинув не лише на зміст, а й на логіку прийому.

6.4 Респонденти спостерігали окремі випадки реальної зміни поведінки

Хоча інтерв'ю не дають кількісної оцінки ефективності, вони містять якісні свідчення про поведінкові зміни. Деякі респонденти зазначали, що після обговорення ризиків пацієнтки зменшували вживання алкоголю або відмовлялися від нього. Це не дозволяє робити широких узагальнень, але показує, що модель сприймалася респондентами не лише як корисний процес, а і як така, що може мати практичний результат.

6.5. Інтеграція елементів моделі в рутинну роботу поза межами проєкту

Важливо, що деякі респонденти почали використовувати елементи моделі не лише з учасниками дослідницького проєкту, а і в загальному потоці пацієнтів. У висловлюваннях з'являлася думка, що ця логіка вже «записалася» у професійну пам'ять і тепер автоматично актуалізується під час прийому. Інші говорили, що тепер консультують усіх пацієнтів, які стають на облік, використовуючи інструменти та формулювання, отримані на тренінгу.

Це свідчить про потенційну стійкість ефекту: модель не сприймалась як короткочасна зовнішня вимога, а частково ставала частиною повсякденного клінічного мислення.

6.6 Розширення на прегравідарний етап (етап планування вагітності)

Обговорення теми алкоголю почало переноситися на етап планування вагітності. Це є суттєвим зрушенням у бік первинної профілактики і демонструє системний вплив інтервенції.

«Ми говоримо про це ще до вагітності».

6.7. Розширення мотиваційного консультування на інші теми

Ще одним проявом впливу на практику стало перенесення окремих елементів моделі на інші поведінкові або медико-соціальні теми. У матеріалі згадувались консультування щодо ожиріння, куріння, харчування, дотримання рекомендацій. Це можна трактувати як непрямий показник того, що респонденти сприйняли нову модель не лише як вузький протокол про алкоголь, а як корисний стиль клінічної взаємодії загалом.

«...така модель мотиваційного цього інтерв'ю, так, застосовували, коли там пацієнти з ожирінням, для зниження ваги, мотивація, як себе мотивувати для того, щоб сісти на дієту, займатися спортом»

Таким чином, впровадження AUDIT-C не обмежилось технічним додаванням трьох запитань до прийому. Воно також вплинуло на: структуру первинної консультації; стиль комунікації; послідовність позиції; впевненість у роботі з різними типами пацієнток; розширення профілактики на прегравідарний етап; інтеграцію мотиваційного підходу в інші клінічні сфери.

7. Пропозиції та напрямки подальшого розвитку

7.1. Розширення моделі на прегравідарний етап

Одна з пропозицій, яка повторювалась у кількох інтерв'ю, стосувалась того, що консультування про алкоголь варто розпочинати не лише після постановки на облік, а ще на етапі планування вагітності. Така логіка пов'язана з тим, що частина епізодів вживання припадає на період, коли жінка ще не знає про вагітність, а також з тим, що питання про безпечну дозу нерідко виникає ще в рамках прегравідарної підготовки.

7.2. Систематизація навчання

Респонденти неодноразово пов'язували успіх впровадження моделі з навчанням, методичними формулюваннями та комунікативною чутливістю. Хоча підготовка до впровадження загалом оцінювалася позитивно, респонденти зазначали потребу в подальшому тренуванні цієї навички. Це дає підстави припустити, що повторні тренінги, супервізія або обмін практичними кейсами могли б посилити сталість впровадження.

7.3. Ширше використання в практиці громадського здоров'я

Інтерв'ю показують, що респонденти бачили в новій моделі не лише вузький інструмент для теми алкоголю, а й ширший ресурс для профілактичної роботи з поведінковими ризиками. Це особливо помітно там, де елементи мотиваційного консультування починали використовуватися і для інших тем. У цьому сенсі модель сприймалася як така, що має потенціал виходу за межі конкретного проєкту і може бути інтегрована в рутинну профілактичну практику.