

АНАЛІТИЧНИЙ ЗВІТ

з оцінювання компетентностей медичних працівників (лікарів, середнього медичного персоналу), які надають послуги з ВІЛ, включаючи тестування, лікування та профілактику

Період проведення оцінювання: березень—червень 2026 року

АКТУАЛЬНІСТЬ

Кадровий потенціал є одним із визначальних чинників ефективності системи охорони здоров'я та забезпечення якості медичних послуг. Особливого значення це набуває у сфері протидії ВІЛ-інфекції, де якість консультування, тестування, призначення та супроводу антиретровірусної терапії (далі – АРТ), профілактики значною мірою залежить від рівня професійних компетентностей медичних працівників. В умовах постійного оновлення клінічних рекомендацій, впровадження сучасних моделей надання ВІЛ-послуг та розширення доступу до профілактики і лікування виникає необхідність систематичного оцінювання компетентностей персоналу.

Оцінка компетентностей дозволяє визначити рівень знань, практичних навичок та професійних установок працівників, виявити прогалини у підготовці, встановити потреби у навчанні та сформулювати науково обґрунтовані підходи до розвитку кадрового потенціалу [1–2]. Результати такого оцінювання можуть бути використані для планування навчального процесу, вдосконалення програм безперервного професійного розвитку, підвищення ефективності роботи персоналу та покращення якості і доступності медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ.

Відповідно до міжнародних підходів із розвитку людських ресурсів у сфері охорони здоров'я, зокрема Рамки компетенцій для працівників у сфері громадського здоров'я в Європейському регіоні (розробленої ВООЗ та ASPHER), професійні компетентності розглядаються як багатовимірна категорія, що включає не лише спеціалізовані знання та клінічні навички, але й комунікативну компетентність, емоційний інтелект, здатність до міждисциплінарної взаємодії, цифрову грамотність, лідерські якості та навички прийняття рішень [3–4]. Формування та підтримка цих компетентностей є необхідною умовою забезпечення високоякісних послуг у сфері ВІЛ та досягнення глобальних цілей щодо подолання епідемії.

Попри значну увагу до підготовки медичних кадрів, в Україні залишається обмеженою кількість досліджень, присвячених комплексній оцінці професійної спроможності медичних працівників до надання послуг у сфері ВІЛ, виявленню ключових прогалин у знаннях і практичних навичках та визначенню чинників, що впливають на якість профілактичної

допомоги і лікування. Це зумовлює необхідність комплексного оцінювання професійної спроможності медичних працівників та наукового обґрунтування напрямів її подальшого вдосконалення.

Метою оцінки є проведення аналізу із визначенням ключових прогалин у знаннях і навичках медичних працівників, які надають послуги у сфері ВІЛ, та формулювання за результатами цього аналізу рекомендацій щодо їх подальшого професійного розвитку для підвищення якості надання медико-соціальної допомоги.

Завдання оцінки

1. Аналіз та вдосконалення інструменту оцінки для медичних працівників, що надають ВІЛ-послуги.
2. Проведення аналізу рівня компетентностей медичних працівників на основі отриманих відповідей.
3. Узагальнення отриманих даних, формулювання висновків і рекомендацій із врахуванням здобутої інформації.
4. Виявлення ключових прогалин у знаннях і навичках медичних працівників у сфері тестування, лікування та профілактики ВІЛ.
5. Розроблення рекомендацій щодо вдосконалення професійних компетентностей медичних працівників та їх впровадження у практику.
6. Підготовка остаточного варіанту звіту за результатами оцінювання компетентностей, що містить висновки та рекомендації

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Методологічне підґрунтя

- Рамка компетентностей WHO-ASPHER [3].
- Довідник кваліфікаційних характеристик МОЗ України [1].
- Примірня програма підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Інфекційні хвороби» (затверджена наказом МОЗ України від 14.07.2022 № 1219) [2].
- Розпорядження КМУ від 18.06.2024 № 564-р «Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року» [5].

Дизайн оцінки

Оцінку було проведено методом **описового поперечного (cross-sectional) опитування** з використанням електронної анкети [6]. Анкета, структурована за тематичними блоками, містила питання щодо соціально-демографічних і професійних характеристик респондентів, їхніх знань та практичних навичок у сфері ВІЛ, комунікативних компетентностей, емоційного стану й безперервного професійного розвитку. Персональні дані, що давали б змогу ідентифікувати респондентів, не збиралися.

Вибірка та критерії включення

До участі було запрошено медичних працівників (лікарів та медсестер) закладів охорони здоров'я приватної і комунальної форми власності різних регіонів України.

Загальна кількість респондентів становила **3 403 особи**.

У дослідженні було використано метод доступної вибірки (convenience sampling) із залученням респондентів через регіональні органи управління охороною здоров'я (24 обласні департаменти охорони здоров'я та департамент охорони здоров'я м. Києва), професійні мережі та медичні асоціації. Оцінкою було охоплено 24 області та м. Київ.

Інструмент збору даних

Як метод збору даних було використано **анкетне опитування**, для проведення якого розробили структурований опитувальник (80 запитань), що складався з наступних розділів:

- **Вступ** (10 запитань): демографічні та професійні дані респондента (вік, стать, освіта, регіон, за згодою – контактні дані тощо).
- **Оцінювання професійних компетенцій** (40 запитань): знання щодо медичних послуг з профілактики, діагностики, лікування ВІЛ-інфекції, цифрова грамотність, володіння статистичними методами.
- **Оцінювання загальних компетенцій** (15 запитань): комунікативна та емоційна компетентність, психологічна стійкість.
- **Оцінювання професійного розвитку** (7 запитань): безперервність післядипломного навчання.
- **Відгук (зворотний зв'язок від респондентів)** (3 запитання).

Опитування проводили у **травні 2026 року** з використанням безпечної онлайн-платформи (Google Forms). Участь респондентів була добровільною й анонімною та не передбачала матеріальної винагороди (фінансового заохочення). Перед заповненням анкети респонденти ознайомлювалися з інформацією про цілі оцінки.

Статистична обробка та аналіз даних

Зібрані дані було експортовано до програми **Microsoft Excel** та проаналізовано з використанням **IBM SPSS Statistics v.27**. Для описової статистики використовували частоти, відсоткові розподіли та графічне представлення даних. Оцінювання розподілу респондентів за ключовими ознаками проводили з урахуванням вікових, професійних і регіональних груп.

Етичні міркування

Оцінку було проведено відповідно до етичних принципів Гельсінської декларації Всесвітньої медичної асоціації та міжнародних рекомендацій щодо проведення медико-біологічних досліджень за участю

людини [7]. Участь у дослідженні була добровільною. Надання контактної інформації не було обов'язковою умовою участі та здійснювалося виключно за бажанням респондентів. Статистичне опрацювання проводили на знеособлених даних, а результати представляли лише в узагальненому вигляді.

РЕЗУЛЬТАТИ

Регіональний розподіл респондентів

В оцінці взяли участь 3 403 медичні працівники з 24 областей України та м. Києва. Найбільша кількість респондентів була з м. Києва – 470 осіб (13,8% від загальної вибірки), з Одеської області – 448 осіб (13,2%), Запорізької області – 396 осіб (11,6%), Львівської області – 372 особи (10,9%) та Харківської області – 282 особи (8,3%) (рис. 1). Загалом частка учасників оцінки із цих п'яти регіонів становила 57,8%, що свідчить про значну концентрацію респондентів у великих обласних центрах та регіонах із розвинутою мережею надання ВІЛ-послуг.

Середній за обсягом рівень участі у дослідженні було відзначено у Чернівецькій (169 осіб; 5,0%), Сумській (151; 4,4%), Житомирській (142; 4,2%), Волинській (137; 4,0%) та Київській (135; 4,0%) областях. Найменшою кількістю учасників у вибірці були представлені Полтавська та Херсонська області (по 2 особи), Донецька область (3 особи), Івано-Франківська (8 осіб) область, Рівненська (10 осіб) та Луганська (13 осіб) області, що може бути пов'язано з особливостями організації медичної допомоги, чисельністю персоналу, а також впливом воєнних дій на можливості залучення респондентів до оцінки.

Із загальної кількості респондентів 1329 (39,1%) осіб становили лікарі, решта – середній медичний персонал. Частка лікарів суттєво відрізнялася між регіонами.

Найбільшу кількість лікарів було опитано: в Одеській області – 216 осіб, м. Києві – 203 особи, Запорізькій області – 133 особи, Харківській області – 120 осіб, Львівській області – 86 осіб.

Найвищу частку лікарів серед усіх респондентів зареєстровано: у Луганській області – 76,9% (10 із 13), Івано-Франківській області – 75,0% (6 із 8), Рівненській області – 70,0% (7 із 10), Вінницькій області – 58,4%, Тернопільській області – 56,3%.

Водночас найнижчу частку лікарів було відзначено у Чернівецькій (21,3%), Львівській (23,1%), Черкаській (29,0%), Донецькій (33,3%), Запорізькій (33,6%) областях.

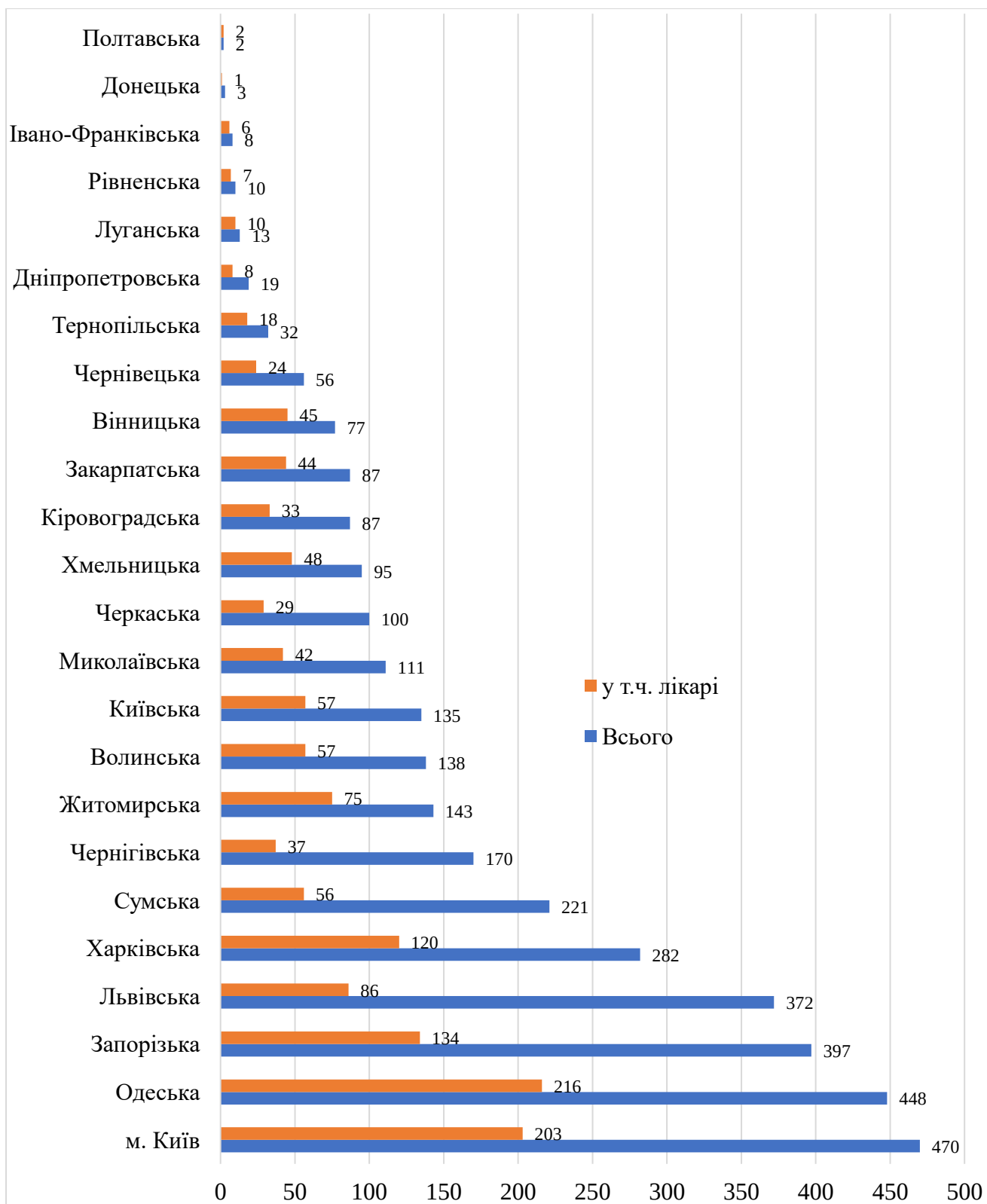


Рис. 1. Регіональний розподіл учасників дослідження

Отримані дані свідчать про нерівномірне географічне представництво респондентів, що є типовим для добровільних анкетних опитувань. До вибірки увійшли представники всіх макрорегіонів України, зокрема лікарі та середній медичний персонал.

Розподіл респондентів за віковою та гендерною ознаками

За даними вікової дезагрегації, переважна більшість опитаних учасників належить до вікових категорій 31–40 (19,2%) років, 41–50 (28,3%) років та 51–60 (28,9%) років, що сукупно становить понад три чверті вибірки. Група молоді віком до 30 років була представлена лише 9,6% респондентів, а особи понад 60 років – 15,9% (рис. 2). У результатах опитування чітко прослідковується домінування жінок серед респондентів – 92,1%, тоді як чоловіки становили лише 7,9%.

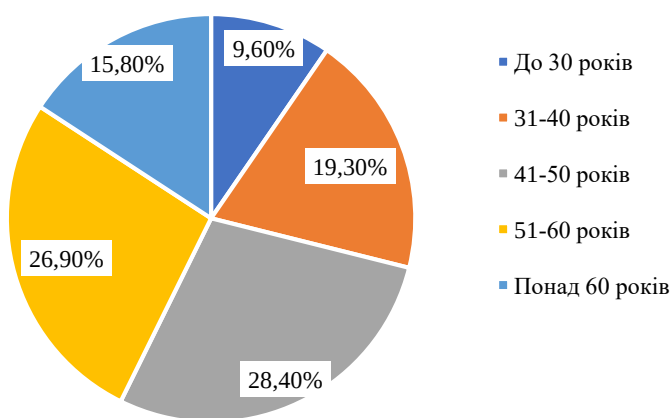


Рис. 2. Розподіл респондентів за віком

Вікова структура відображає переважання фахівців зрілого віку, що може свідчити про значний набутий професійний досвід, але водночас вказує на недостатнє залучення молодих спеціалістів до сфери ВІЛ-сервісу.

Переважання жінок у вибірці не є ознакою систематичної похибки відбору, а відображає фактичний гендерний склад медичних працівників, залучених до надання медичної допомоги, зокрема ВІЛ-послуг, в Україні.

Професійна приналежність і досвід роботи

Щодо професійної приналежності, більшість респондентів (59,9%) є фахівцями сфери охорони здоров'я (медсестри, лаборанти, акушери тощо), 39,1% – лікарі, включно з лікарями-інтернами.

За даними опитування, 83,0% респондентів мають загальний трудовий стаж понад 10 років. Зокрема, стаж тривалістю від 11 до 30 років вказали 47,2% респондентів, понад 30 років – 35,8%, що свідчить про глибоку фахову зрілість опитаних (рис. 3). Стаж тривалістю 6–10 років вказали 8,1% опитаних, 3–5 років та до 3-х років – 4,1 та 4,8% відповідно.

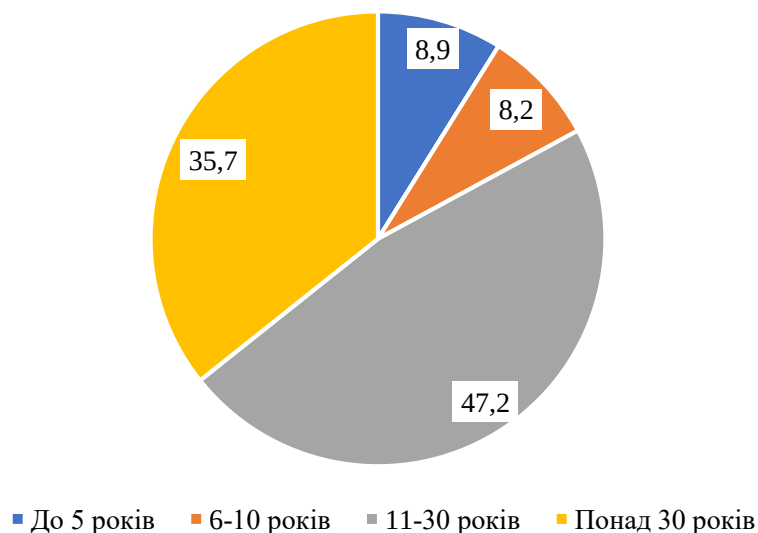


Рис. 3. Розподіл респондентів за тривалістю трудового стажу

Понад 82% опитаних зазначили, що працюють на останньому місці роботи більше трьох років, що також демонструє стабільність професійної діяльності (рис. 4).

Отримані результати свідчать, що більшість учасників оцінки мають значний професійний досвід, накопичений протягом багатьох років практичної діяльності. Це є важливим фактором для оцінювання фахових компетентностей, оскільки дозволяє розглядати відповіді респондентів як такі, що ґрунтуються на тривалому досвіді роботи та безпосередній практиці надання медичної допомоги. Проте невелика частка молодих фахівців дозволяє врахувати погляди працівників на різних етапах професійного становлення.

Дані аналізу відповідей щодо залученості респондентів до надання медичної допомоги у сфері ВІЛ свідчать, що майже три чверті опитаних (72,7%) мають досвід роботи з людьми, які живуть з ВІЛ (далі – ЛЖВ). Зокрема, 27,2% респондентів безпосередньо надають медичну допомогу пацієнтам з ВІЛ-інфекцією, а 45,5% – беруть участь у наданні інших видів медичної допомоги таким пацієнтам (рис. 4). Водночас 29,2% опитаних не взаємодіють з ЛЖВ у своїй професійній діяльності.



Рис. 4. Розподіл респондентів за залученістю до надання медичної допомоги ЛЖВ

Отримані дані свідчать про високий рівень безпосереднього залучення учасників оцінки до системи надання ВІЛ-послуг. Особливо важливим є те, що найбільшу частку становлять фахівці, які хоча й не спеціалізуються виключно на лікуванні ВІЛ-інфекції, але регулярно контактують з ЛЖВ у межах надання медичної допомоги за іншими напрямками. Це відображає потребу в сучасному підході до інтеграції ВІЛ-послуг у загальну систему охорони здоров'я та свідчить про важливість належного рівня знань про ВІЛ-інфекцію серед широкого кола медичних працівників.

Наявність майже третини респондентів, які не працюють безпосередньо з ЛЖВ, також є важливою для оцінки, оскільки дозволяє оцінити рівень компетентностей не лише серед вузькоспеціалізованих фахівців, а й серед медичних працівників інших спеціальностей, які потенційно можуть стикатися з пацієнтами із ВІЛ-інфекцією у повсякденній професійній діяльності.

ОСНОВНА ЧАСТИНА

Цей блок містив 62 запитання, **за які нараховувалися відповідні бали**. Основна частина анкети була спрямована на оцінювання чотирьох ключових компонентів:

1. Професійні компетенції.
2. Загальні (зокрема комунікативні та емпатичні) навички.
3. Психологічна стійкість.
4. Професійний розвиток.

Загалом результати оцінки свідчать про достатній рівень професійної підготовки медичних працівників у сфері ВІЛ. Середній тестовий бал за результатами оцінювання становив 72 зі 100 можливих, тоді як середня частка правильних відповідей дорівнювала 67,9%. Високі результати отримали 34% медичних працівників, які набрали 80 і більше балів. Водночас індивідуальні результати характеризувалися значною варіабельністю: частка правильних відповідей коливалася від 20 до 98%, що свідчить про неоднорідність рівня професійних компетентностей серед респондентів. Отримані дані свідчать про наявність як групи фахівців із високим рівнем підготовки, так і працівників, які потребують цілеспрямованого підвищення кваліфікації, що обґрунтовує необхідність диференційованого підходу до планування програм безперервного професійного розвитку.

Оцінювання професійних компетенцій

Для оцінювання професійних знань і навичок було розроблено 40 запитань, які охоплювали всі основні напрями надання ВІЛ-послуг: робота з ключовими щодо інфікування ВІЛ групами, алгоритми тестування; діагностика та профілактика ВІЛ-інфекції; принципи лікування; до- та постконтактна профілактика; підтримка прихильності до АРТ; моніторинг ефективності лікування тощо.

Оцінювання знань медичних працівників щодо ключових груп населення, уразливих до інфікування ВІЛ (КГ), продемонструвало недостатній рівень обізнаності у майже у половини респондентів. Лише 56,5% опитаних правильно ідентифікували всі КГ, що свідчить про недостатнє розуміння епідеміологічних особливостей поширення ВІЛ-інфекції та сучасних підходів до профілактики і надання послуг (рис. 5).

Які з наведених груп відносяться до ключових щодо інфікування ВІЛ? (можна обрати декілька варіантів)

1 480 правильні відповіді з 3 403

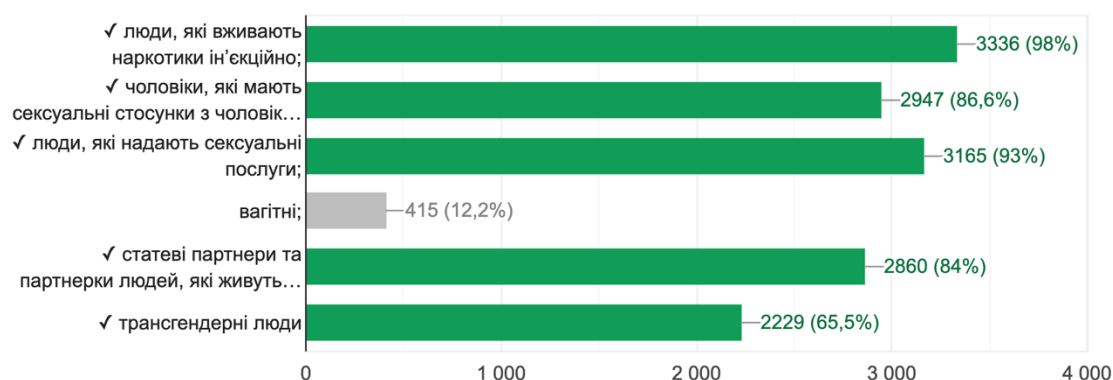


Рис. 5. Оцінювання знань про визначення ключових груп населення, уразливих до інфікування ВІЛ

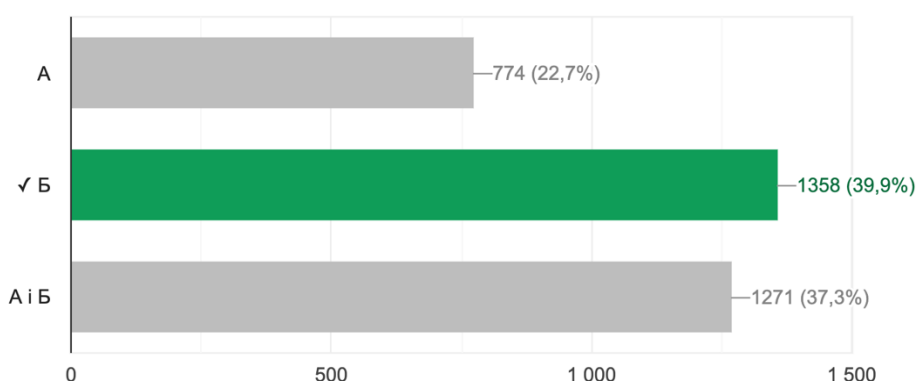
Особливої уваги потребує той факт, що 12,2% респондентів помилково віднесли до КГ жінок, які мають лише одного статевого партнера, що свідчить про наявність стереотипних уявлень та недостатнє розуміння критеріїв визначення КГ. Водночас лише 86,6% правильно визначили чоловіків, які мають сексуальні стосунки з чоловіками (ЧСЧ), а 84,0% – статевих партнерів людей, які живуть з ВІЛ. Це свідчить про наявність прогалин у знаннях навіть стосовно найбільш відомих груп населення, для яких ризик інфікування є науково доведеним.

Найвищий рівень обізнаності було зафіксовано щодо людей, які вживають наркотики ін'єкційно (98,0%), та осіб, які надають сексуальні послуги (93,0%). Зазначена тенденція, ймовірно, зумовлена багаторічною увагою до цих груп у профілактичних програмах та методичних матеріалах із протидії ВІЛ-інфекції.

Отримані дані свідчать про необхідність посилення підготовки медичних працівників щодо сучасної класифікації ключових груп населення, уразливих до інфікування ВІЛ. Виявлені прогалини можуть негативно впливати на якість консультування, скринінгу та своєчасного залучення представників КГ до програм з профілактики і лікування. До програм безперервного професійного розвитку доцільно включити окремі модулі, присвячені сучасній епідеміології ВІЛ-інфекції, особливостям роботи з КГ та подоланню стигми й дискримінації.

Обізнаність медичних працівників із питань тестування за клінічними показаннями

Для ефективного виявлення ВІЛ важливою є обізнаність медичного персоналу щодо **клінічних станів**, при яких необхідно запропонувати пацієнту тестування. У цьому блоці було наведено декілька запитань щодо вибору **клінічної ситуації**, при якій необхідно обов'язково запропонувати послуги з тестування на ВІЛ. Лише **39,9%** респондентів змогли диференціювати нейроінфекційні прояви (синдром Гієна-Барре) як вагомий показник для тестування на ВІЛ (рис. 6).



«А. Чоловік 23 роки, звернувся по медичну допомогу з приводу висипів на губах. Встановлено діагноз: герпетичний везикулярний дерматит губ. При зборі анамнезу встановлено, що герпес виявлено вперше. При огляді висипів на інших ділянках тіла і слизових не виявлено.

Б. Жінка 49 років, звернулася до лікаря з приводу слабкості та поколювання в ногах, які далі поширилися на руки. Після консультації невролога, на основі аналізу симптомів та неврологічного обстеження, виявили зниження глибоких сухожильних рефлексів. Встановлено діагноз Гієна-Барре.»

Рис. 6. Оцінювання знань щодо надання послуг з тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника

За результатами опитування, **22,7%** респондентів зазначили необхідність тестування при вперше виявленому простому лабіальному герпесі у молодій людини, а **37,3%** — обрали обидва варіанти, не розрізняючи специфіку клінічних індикаторів ВІЛ-інфекції.

Надання послуг з тестування на ВІЛ за ініціативою медичного працівника є надзвичайно важливим у подоланні епідемії, оскільки дозволяє виявляти випадки інфікування серед загального населення. В одному із запитань було наведено різні клінічні стани, з яких потрібно було обрати ті, що можуть бути індикатором ВІЛ-інфекції. Більшість респондентів правильно визначили такі класичні ВІЛ-індикаторні захворювання, як рецидивуючий кандидоз (94,2%), невмотивована втрата маси тіла (92,0%) та вперше виявлений туберкульоз (85,7%) (рис. 7). Це свідчить про належний рівень обізнаності щодо найбільш поширених

клінічних проявів і станів, асоційованих із ВІЛ-інфекцією. Водночас лише 52,6% опитаних змогли правильно визначити всі запропоновані індикаторні стани, що вказує на наявність прогалин у знаннях значної частини респондентів. Особливе занепокоєння викликає те, що окремі медичні працівники помилково відносили до індикаторних захворювань атопічний дерматит із постійними загостреннями (36,0%), артрит кульшового суглоба (3,8%) та артеріальну гіпертензію у пацієнтів молодого віку (1,9%). Такі результати можуть свідчити про недостатнє розуміння критеріїв відбору клінічних станів, що дійсно пов'язані з підвищеною ймовірністю ВІЛ-інфекції.

Оберіть ті клінічні стани, при яких необхідно призначити тестування на ВІЛ? (можна обрати декілька варіантів)

1 790 правильних відповідей із 3 405

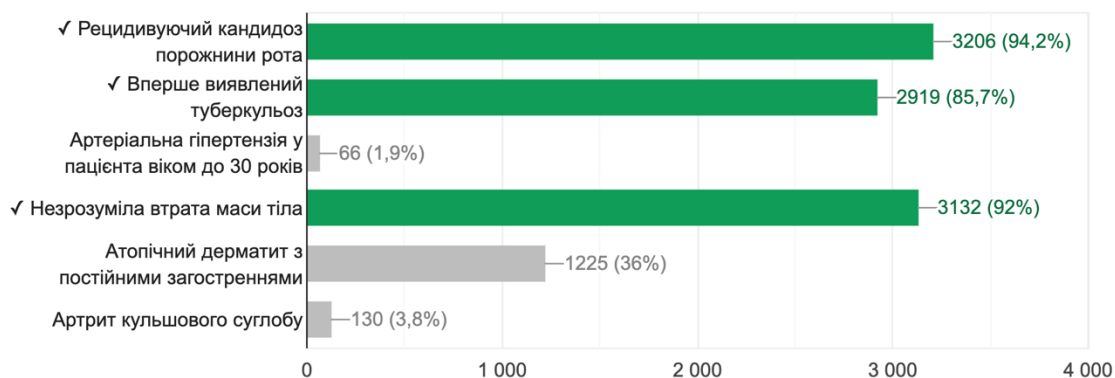


Рис. 7. Рівень обізнаності медичних працівників щодо ВІЛ-індикаторних станів

Отримані результати свідчать про необхідність підвищення рівня обізнаності медичних працівників щодо сучасних клінічних показань до тестування на ВІЛ. Особливо важливим є формування навичок правильного оцінювання ВІЛ-індикаторних захворювань та уникнення як необґрунтованого призначення тестування при поширених захворюваннях низького ризику, так і пропуску клінічних станів, потенційно асоційованих із ВІЛ-інфекцією. Це сприятиме більш ефективному використанню ресурсів системи охорони здоров'я та своєчасному виявленню ВІЛ-інфекції.

Результати оцінювання свідчать про високий рівень обізнаності медичних працівників щодо ключових етичних та правових принципів тестування на ВІЛ. Переважна більшість респондентів (96,5%) правильно визначили, що пацієнт має право самостійно обирати спосіб отримання результатів тестування, що відображає розуміння принципів добровільності, конфіденційності та поваги до автономії пацієнта (рис. 8).

До лікаря звернувся пацієнт 30 років зі скаргами на інтенсивний однобічний біль у ділянці грудної клітки, загальну слабкість та підвищення температури тіла до 37 °С. Під час огляду виявлено висип у вигляді згрупованих везикул по ходу міжреберного нерва. Встановлено діагноз: оперізуючий герпес. Окрім лікування основного захворювання, лікар рекомендував пацієнту пройти тестування на ВІЛ. Пацієнт висловлює занепокоєння щодо можливої стигматизації та відмовляється від тестування. Яка тактика лікаря є найбільш правильною?

3 285 правильних відповідей із 3 405

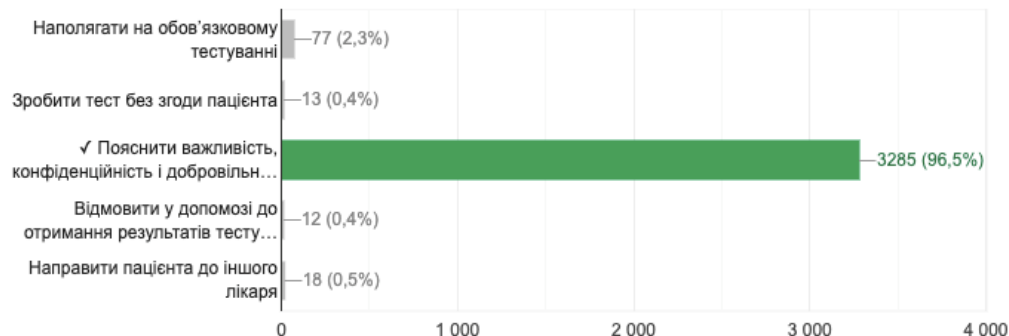


Рис. 8. Оцінювання рівня обізнаності респондентів щодо дотримання прав пацієнта при тестуванні на ВІЛ

Отримані дані є особливо важливими з огляду на те, що тестування на ВІЛ ґрунтується не лише на клінічній доцільності, а й на дотриманні фундаментальних прав людини. Добровільність передбачає право особи самостійно приймати рішення щодо проходження тестування після отримання необхідної інформації, тоді як конфіденційність гарантує захист персональних даних та результатів обстеження від несанкціонованого розголошення. Саме ці принципи є основою довіри між пацієнтом і медичним працівником та сприяють підвищенню готовності населення звертатися за тестуванням і медичною допомогою. Водночас наявність невеликої частки респондентів (2,3%), які готові наполягати на обов'язковому тестуванні, проводити його без згоди пацієнта (0,4%) або відмовити у допомозі до отримання результатів тестування (0,4%), свідчить про певні прогалини у знаннях щодо правових засад надання ВІЛ-послуг. Така позиція суперечить сучасним підходам до тестування на ВІЛ, відповідно до яких пацієнт має право не лише погодитися на обстеження, а й відмовитися від нього без жодних обмежень в отриманні медичної допомоги, за винятком передбачених законом випадків.

Один із ключових індикаторів глобальної стратегії протидії ВІЛ/СНІДу до 2030 року – це досягнення цілей 95-95-95, згідно з якими:

- 95% людей, які живуть з ВІЛ, мають бути обстежені й поінформовані про особистий ВІЛ-статус;
- 95% із них мають отримувати АРТ;
- 95% пацієнтів, що отримують лікування, мають досягати вірусної супресії.

Успішна реалізація цієї стратегії безпосередньо залежить від рівня професійної підготовки медичних працівників, зокрема їхньої обізнаності щодо діагностичних алгоритмів та правильності інтерпретації результатів тестування. Важливим фактором є також усвідомлення серйозності встановлення помилкових діагнозів, адже ВІЛ-інфекція – це хронічне захворювання, лікування якого триває протягом усього життя і може супроводжуватись побічними реакціями.

З огляду на це, у межах оцінювання респондентам було запропоновано п'ять запитань і клінічних сценаріїв, які охоплювали знання:

- алгоритмів тестування на ВІЛ;
- правил підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції;
- порядку дій у разі отримання невизначених результатів;
- особливостей застосування різних діагностичних методів;
- процедур дотримання скринінгового та ідентифікаційного етапів.

Інтерпретація результатів тестування на ВІЛ

Відповідно до умов клінічної ситуації, на ідентифікаційному етапі було отримано три позитивні результати лабораторних досліджень, що є підставою для лабораторного підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції та подальшого внесення даних до відповідних реєстрів із призначенням АРТ (рис. 9).

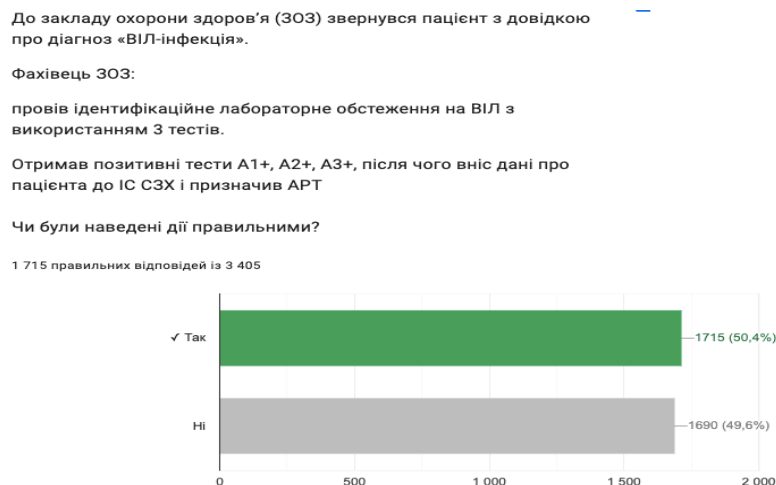


Рис. 9. Оцінювання знань щодо алгоритму тестування на ВІЛ та призначення АРТ

Незважаючи на те, що в умовах завдання було чітко зазначено отримання трьох позитивних результатів на ідентифікаційному етапі, що свідчить про лабораторне підтвердження ВІЛ-інфекції, лише половина респондентів (50,4%) правильно визначили подальшу тактику ведення пацієнта. Отримані результати свідчать про недостатнє розуміння частиною медичних працівників алгоритму маршрутизації пацієнтів після підтвердження діагнозу, зокрема щодо необхідності внесення даних до ІС СХЗ та своєчасного призначення АРТ.

Особливе занепокоєння викликає той факт, що майже кожен четвертий респондент (24,9%) продемонстрував недостатнє розуміння алгоритму підтвердження наявності ВІЛ-інфекції, вважаючи достатнім для встановлення діагнозу отримання лише двох позитивних результатів тестування (рис. 10). Це може свідчити про ризик помилок під час маршрутизації пацієнтів та ухвалення клінічних рішень.

Фахівець, який надає послуги з тестування на ВІЛ, отримав 2 позитивних тести (A1+, A2+). Чи може він повідомити про встановлення діагнозу ВІЛ-інфекція?

2 556 правильних відповідей із 3 405

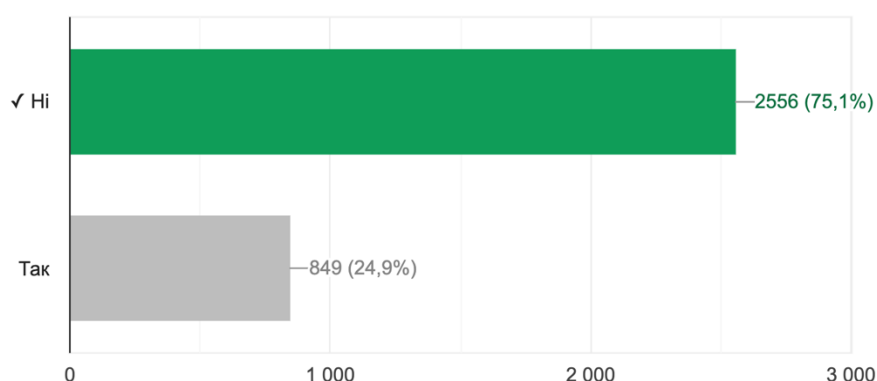


Рис. 10. Оцінювання знань щодо алгоритму тестування на ВІЛ

Очікувалося, що всі респонденти дадуть правильну відповідь на це запитання. Дійсно, 132 (89,8%) респонденти правильно зазначили, що два позитивні результати тестування при одному негативному свідчать про «невизначений статус», який не дозволяє встановити діагноз. Водночас 11,6% респондентів вважали можливим встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції за двома позитивними результатами, що свідчить про наявність певних прогалин у знаннях.

Більшість медичних працівників (82,9%) правильно визначили, що комбінація результатів A1+, A2+, A3– відповідає невизначеному ВІЛ-статусу та потребує подальшого діагностичного супроводу (рис. 11). Проте 13,6% респондентів помилково встановили діагноз ВІЛ-інфекції, незважаючи на відсутність остаточного лабораторного підтвердження, а частина опитаних трактувала результат як негативний. Це свідчить про недостатнє розуміння окремими медичними працівниками принципів інтерпретації результатів тестування на ВІЛ та алгоритму лабораторного підтвердження діагнозу.

Фахівець при наданні послуг з тестування на ВІЛ отримав результати - A1+, A2+, A3-. У цьому випадку йдеться про:

2 824 правильних відповідей із 3 405

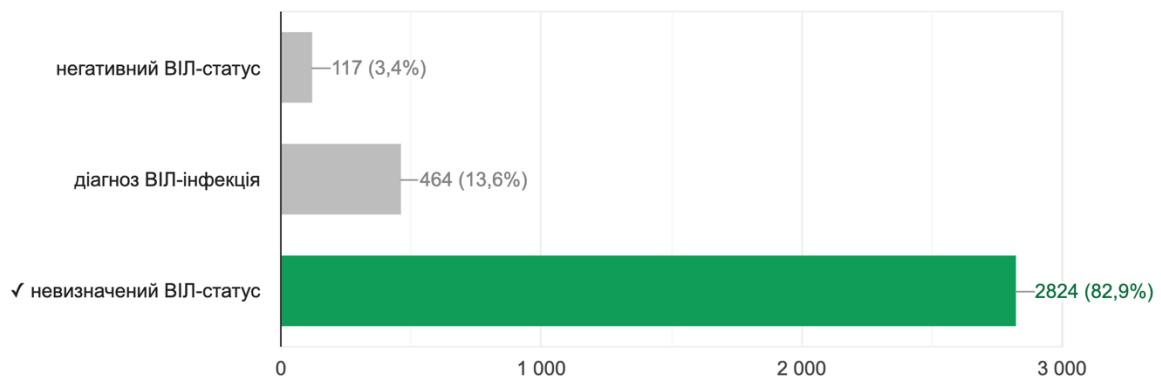


Рис. 11. Оцінювання знань щодо алгоритму тестування на ВІЛ

У ситуації, коли лабораторний висновок має статус «невизначений», згідно з національними протоколами, рекомендовано проведення повторного тестування через 14 діб. Таку правильну відповідь надали 85,5% опитаних. Проте інші респонденти помилково вважали за доцільне негайно повторити ті самі дослідження, що є порушенням логіки клінічного менеджменту (рис. 12).

При наданні послуги з тестування на ВІЛ отримано заключення: невизначений ВІЛ-статус. Що потрібно робити далі?

2 911 правильних відповідей із 3 405

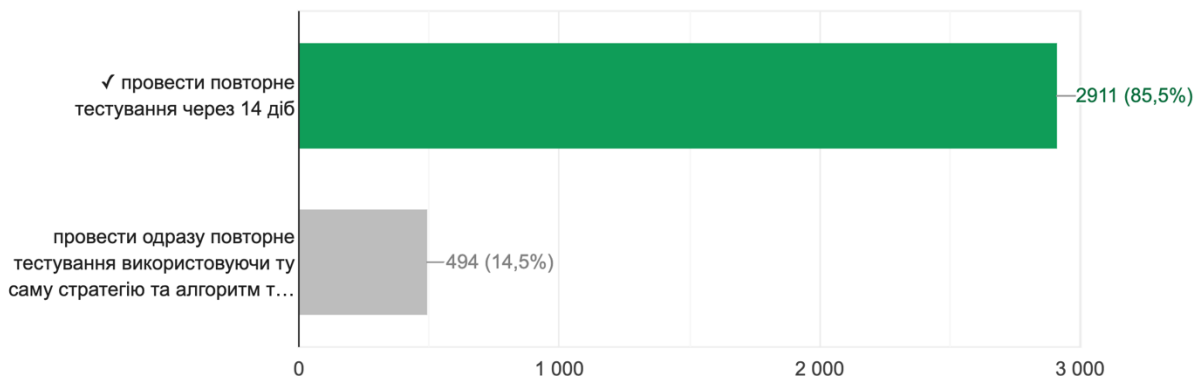


Рис. 12. Оцінювання дій при невизначеному ВІЛ-статусі

Незважаючи на тривале використання швидких тестів у діагностиці ВІЛ-інфекції та їх широке впровадження у практику охорони здоров'я, чимало медичних працівників недостатньо обізнані щодо їхнього місця в алгоритмі лабораторної діагностики. Так, на запитання про можливість використання швидких тестів на ідентифікаційному етапі лише 61,1% респондентів надали правильну відповідь, тоді як 38,9% помилково заперечили можливість їх застосування. Отримані результати свідчать про

наявність прогалин у знаннях щодо сучасних підходів до лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції та ролі швидких тестів на різних етапах діагностичного процесу.

Для оцінювання обізнаності респондентів **щодо методів лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції** їм було запропоновано визначити повний перелік діагностичних методів, які використовують у сучасній клінічній практиці. До переліку було включено імуноферментний аналіз (ІФА), швидкі тести і тестування за методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР), що застосовується в окремих клінічних випадках. Більшість опитаних (91,5%) правильно зазначили всі запропоновані методи діагностики, що свідчить про високий рівень обізнаності щодо сучасних підходів до лабораторного виявлення ВІЛ-інфекції. Водночас 6,9% респондентів вказали лише швидкі тести, а 1,6% – лише ІФА, не врахувавши інші діагностичні можливості. Отримані результати свідчать про те, що переважна більшість медичних працівників володіє базовими знаннями щодо методів діагностики ВІЛ, проте у незначній частини респондентів залишаються прогалини у розумінні повного спектра лабораторних досліджень, які можна використовувати для встановлення або уточнення ВІЛ-статусу.

Для оцінювання рівня знань медичних працівників щодо **АРТ, її ефективності, лабораторного супроводу і ведення хворих на ВІЛ-інфекцію** було запропоновано 10 запитань.

Генетична мінливість ВІЛ та ризик розвитку резистентності до антиретровірусних препаратів зумовлюють критичну важливість дотримання стандартизованих схем АРТ. Своєчасне призначення ефективної терапії та правильне інтерпретування результатів моніторингу є запорукою досягнення вірусної супресії, що, своєю чергою, забезпечує реалізацію принципу «невизначальний=не передається» і підвищення тривалості життя ЛЖВ.

З огляду на актуальність проблеми, оцінювання рівня знань медичних працівників щодо призначення, моніторингу та підтримки ефективності АРТ має важливе значення для оптимізації надання ВІЛ-послуг.

Рекомендовані схеми АРТ визначено на основі численних наукових досліджень тому їхнє призначення є пріоритетним за відсутності протипоказань. Знання таких схем є критичним для профілактики розвитку резистентності та забезпечення довготривалого контролю ВІЛ-інфекції.

Під час оцінювання рівня знань щодо сучасних схем АРТ 79,7% респондентів правильно визначили рекомендовану схему для дорослих та підлітків. Водночас кожен п'ятий учасник опитування допустив помилку, що може свідчити про недостатню обізнаність частини медичних працівників щодо актуальних клінічних рекомендацій з лікування ВІЛ-інфекції. Це свідчить про необхідність подальшого поглиблення знань щодо призначення АРТ відповідно до чинних національних та міжнародних клінічних настанов.

Більшість респондентів (77,3%) правильно ідентифікували тестування за методом ПЛР для визначення вірусного навантаження як основний метод моніторингу ефективності АРТ. Це свідчить про достатній рівень обізнаності більшості опитаних щодо сучасних підходів до клінічного та лабораторного супроводу людей, які живуть з ВІЛ.

Водночас 11,4% респондентів помилково вказали імунологічний контроль (визначення кількості клітин CD4) як основний критерій оцінювання ефективності лікування. Така відповідь свідчить про збереження застарілих уявлень щодо ролі CD4-моніторингу, який нині використовують переважно для оцінювання стану імунної системи та ризику розвитку опортуністичних інфекцій, проте він не є основним показником ефективності АРТ.

Ще 7,4% опитаних обрали ІФА, а 4,0% – швидкі тести. Це свідчить про нерозуміння відмінностей між методами діагностики ВІЛ-інфекції та методами моніторингу перебігу захворювання і ефективності лікування.

Моніторинг вірусного навантаження є основним інструментом оцінювання ефективності АРТ та своєчасного виявлення вірусологічної невдачі. Незважаючи на важливість цього питання, лише 20,2% респондентів правильно визначили рекомендовану періодичність лабораторного контролю – через 6 і 12 місяців після початку лікування та надалі щороку за умови призначення ефективної АРТ. Кожен третій медичний працівник (33,8%) пропонував проводити лабораторне оцінювання ефективності через 3 місяці, 6,8% – через 2 місяці (рис. 13).

У пацієнта встановлено діагноз ВІЛ-інфекція і призначено АРТ.
Коли потрібно провести плановий моніторинг ефективності АРТ? (можна обрати декілька варіантів)

686 правильних відповідей із 3 405

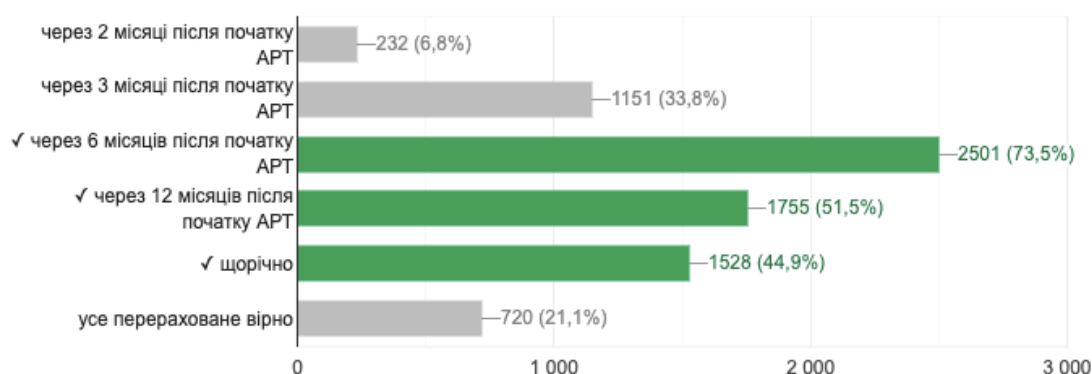


Рис. 13. Оцінювання рівня знань щодо періодичності проведення планового моніторингу ефективності АРТ

Переважає більшість опитаних (88,5%) правильно вказали, що отримання показника вірусного навантаження менше 1000 копій/мл свідчить про ефективність АРТ.

У сфері ВІЛ використовується уніфікована міжнародна термінологія, яка забезпечує єдине розуміння ключових понять медичними працівниками в усьому світі. З огляду на це, важливим складником оцінки стало визначення рівня обізнаності респондентів щодо сучасної ВІЛ-термінології. Для оцінювання рівня знань учасникам опитування було запропоновано визначити значення терміну «невизначальний=не передається» (U=U; Undetectable=Untransmittable).

Результати оцінки показали, що лише 55,5% респондентів обрали обидва правильні варіанти відповіді: «людина, яка живе з ВІЛ, має невизначуваний рівень вірусного навантаження (менше 50 копій/мл)» та «ВІЛ-інфекція не визначається = ВІЛ-інфекція не передається». Водночас окремі складові цього поняття були відомі більшій кількості учасників: 75,5% правильно пов'язали термін «U=U» з відсутністю ризику передачі ВІЛ-інфекції за умови невизначуваного рівня вірусного навантаження, а 73,9% – з досягненням рівня вірусного навантаження менше 50 копій/мл (рис. 14).

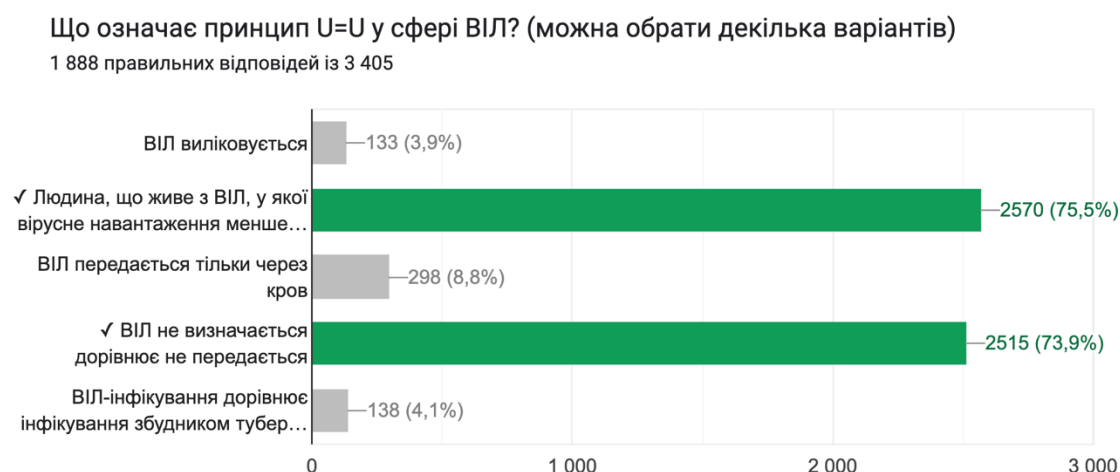


Рис. 14. Оцінювання рівня знань щодо уніфікованої міжнародної термінології в сфері ВІЛ

Водночас було виявлено низку помилкових уявлень щодо трактування цього терміну. Зокрема, 8,8% респондентів вважали, що «U=U» означає передачу ВІЛ-інфекції виключно через кров, 3,9% – помилково трактували його як повне вилікування ВІЛ-інфекції, а 4,1% – пов'язували цей термін з інфікуванням збудником туберкульозу.

Прихильність до АРТ є одним із ключових чинників досягнення та підтримання вірусної супресії, запобігання прогресуванню захворювання та зниження ризику передачі ВІЛ-інфекції. З огляду на це, окрему увагу було приділено оцінюванню знань медичних працівників щодо чинників, які можуть негативно впливати на прихильність пацієнтів до лікування.

Респондентам було запропоновано десять варіантів, з яких необхідно обрати фактори, пов'язані з недостатнім рівнем прихильності до АРТ. Результати показали, що лише 14,9% учасників опитування правильно

визначили всі вісім факторів ризику. Водночас 10,0% респондентів помилково віднесли до таких факторів сімейний стан, а 12,3% – високий рівень вірусного навантаження, який радше є наслідком недостатньої прихильності до лікування, ніж її причиною (рис. 15).

Які із зазначених факторів найчастіше призводять до недостатньої прихильності пацієнта до АРТ? (можна обрати декілька варіантів)
506 правильних відповідей із 3 405

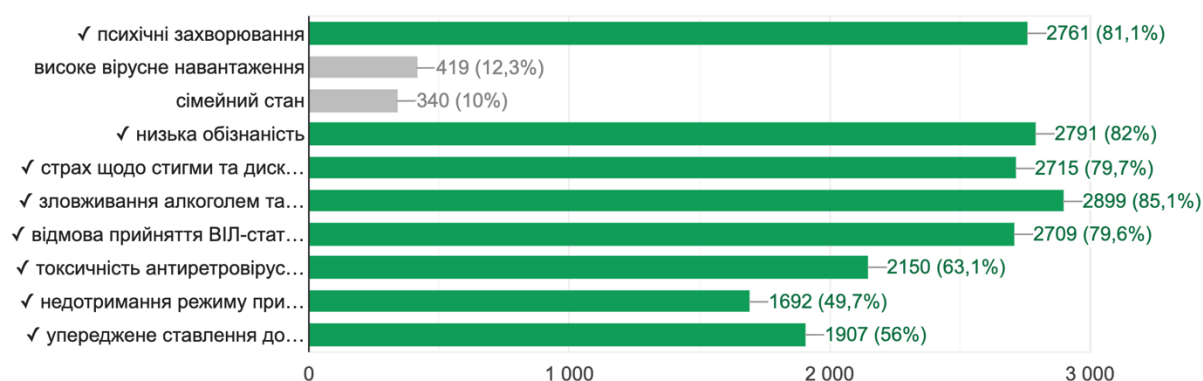


Рис. 15. Аналіз рівня знань медичних працівників щодо факторів, які можуть негативно впливати на прихильність пацієнтів до АРТ

Лише кожен другий обрав такі фактори як «упереджене ставлення до ЛЖВ медичного персоналу» та «недотримання режиму прийому препаратів» як ті, що впливають на прихильність до АРТ.

Більшість опитаних (82,9%) усвідомлюють необхідність індивідуального підходу до пацієнта у разі виявлення недостатньої прихильності до лікування. Проте деякі респонденти обрали радикальні тактики: госпіталізація (3,9%), заміна схеми (8,0%).

ВІЛ має виражену тропність до клітин імунної системи, зокрема до CD4-лімфоцитів. Визначення кількості клітин CD4 залишається ключовим лабораторним показником, що характеризує стан імунної системи пацієнта, навіть попри те, що нинішня стратегія лікування передбачає початок АРТ одразу після встановлення ВІЛ-статусу, незалежно від кількості клітин CD4. Правильна періодичність визначення кількості клітин CD4 має важливе значення для оцінювання імунного відновлення та економічної ефективності лабораторного супроводу.

За результатами оцінювання рівня знань щодо моніторингу імунологічного статусу пацієнтів, які живуть з ВІЛ, лише 48,9% респондентів правильно визначили обидва критерії для проведення дослідження рівня CD4-лімфоцитів: необхідність його визначення на початку АРТ та подальший контроль кожні 6 місяців до досягнення стабільної відповіді на лікування.

Водночас окремі складові правильної відповіді були відомі більшості учасників опитування: 56,3% респондентів зазначили необхідність визначення кількості клітин CD4 перед початком АРТ, а 67,7% – правильно

вказали на доцільність моніторингу кожні 6 місяців до досягнення стабільної клінічної та вірусологічної ефективності терапії. Проте 5,8% опитаних вважали припустимим проведення дослідження рівня CD4 за бажанням або запитом пацієнта, що не відповідає чинним клінічним рекомендаціям та принципам раціонального лабораторного моніторингу (рис. 16).

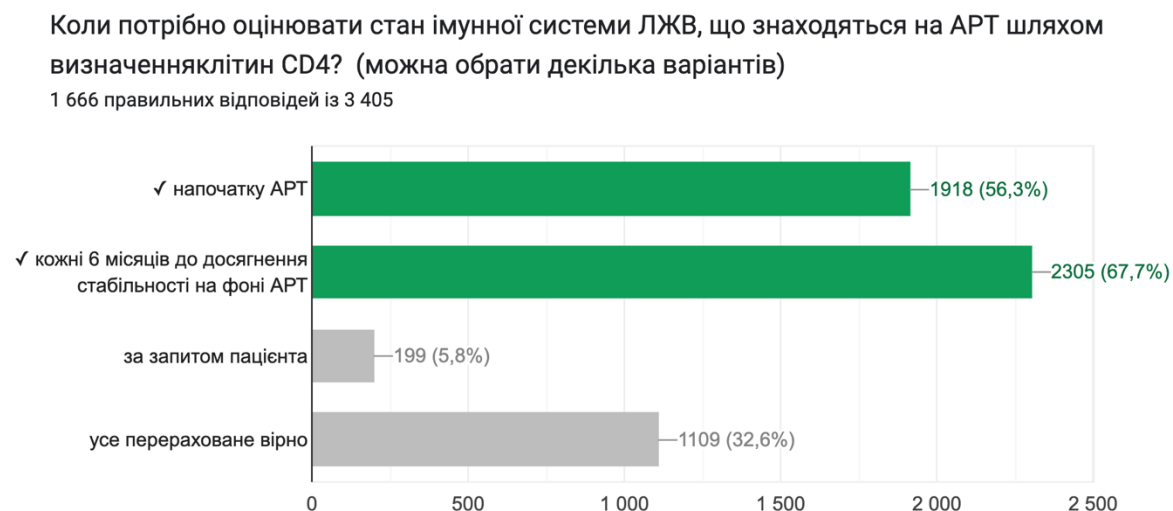


Рис. 16. Оцінювання рівня знань щодо визначення стану імунної системи ЛЖВ, які отримують АРТ, за кількістю клітин CD4

ВІЛ-інфекція безпосередньо вражає імунну систему людини, що призводить до зниження кількості CD4-лімфоцитів та підвищення ризику розвитку опортуністичних інфекцій. У клінічній картині ЛЖВ часто домінують прояви інфекційного походження, зокрема герпетичної і цитомегаловірусної інфекцій, токсоплазмозу та інших інвазій.

Підозра на ВІЛ-інфекцію часто виникає за наявності рецидивуючих опортуністичних інфекцій, їхнього ускладненого клінічного перебігу, незвичної локалізації патологічного процесу (наприклад, токсоплазмоз головного мозку) або системного ураження декількох органів.

З огляду на це, в оцінку було включено питання щодо правильного визначення періодичності лабораторної діагностики опортуністичних та супутніх захворювань у ЛЖВ.

Лише 64,9% медичних працівників правильно зазначили, що лабораторну діагностику опортуністичних інфекцій у людей, які живуть з ВІЛ, слід проводити за наявності клінічних показань (рис. 17). Водночас понад третина респондентів продемонструвала недостатнє розуміння принципів призначення таких досліджень. Зокрема, 17,6% опитаних вважали, що лабораторне обстеження на опортуністичні інфекції необхідно проводити кожні 6 місяців, 7,5% – щорічно, а 9,7% – на початку АРТ незалежно від клінічної ситуації.

Із якою періодичністю необхідно проводити діагностику опортуністичних інфекцій та супутніх захворювань у ЛЖВ:

2 210 правильних відповідей із 3 405

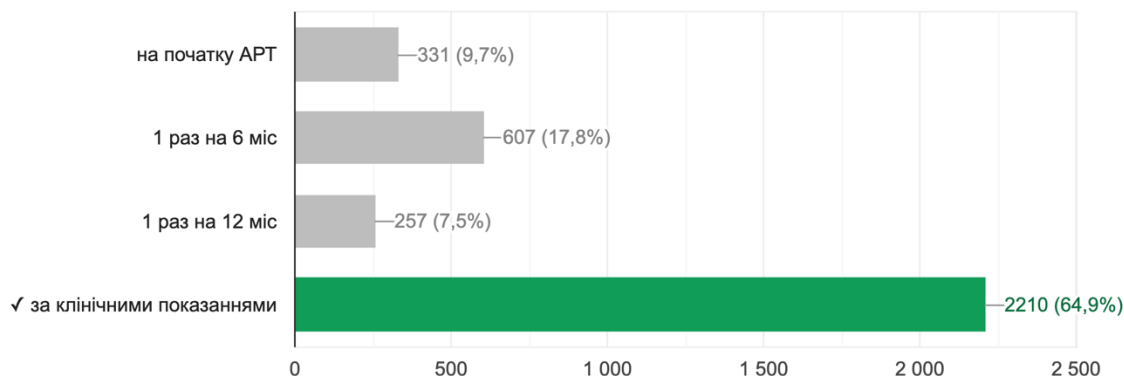


Рис. 17. Періодичність обстеження ЛЖВ на опортуністичні інфекції

В Україні статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції продовжує домінувати над іншими. У групі підвищеного ризику знаходяться особи з високим рівнем сексуальної активності, особливо на фоні супутніх чинників, як-от зловживання алкоголем та психоактивними речовинами (ПАР). Ці фактори значно підвищують ризик інфікування не лише ВІЛ, але й іншими інфекціями, що передаються статевим шляхом (ІПСШ).

Тому лабораторний супровід ЛЖВ має обов'язково включати діагностику ІПСШ, що є важливою складовою комплексного медичного нагляду. Своєчасне виявлення та лікування ІПСШ сприяє зменшенню загального запального фону, зниженню рівня вірусного навантаження та попередженню подальшої передачі ВІЛ-інфекції.

За результатами оцінки було виявлено суттєві прогалини в обізнаності медичних працівників щодо стандартів діагностики ІПСШ у ЛЖВ. Лише 30,6% респондентів правильно визначили рекомендовану періодичність обстеження, обравши всі три правильні відповіді: проведення обстеження на початку АРТ, надалі щорічно та за наявності клінічних показань (рис. 18).

Водночас окремі складові правильної відповіді були відомі значно більшій частині опитаних. Так, 58,6% респондентів зазначили необхідність обстеження на ІПСШ на початку АРТ, 43,3% – щорічно, а 59,1% – за клінічними показаннями. Проте лише третина учасників змогла правильно визначити всі необхідні умови для проведення обстеження. Крім того, частина респондентів обрала варіанти, які не відповідають чинним клінічним рекомендаціям. Зокрема, 8,2% вважали, що обстеження на ІПСШ слід проводити кожні 3 місяці, а 16,9% – кожні 6 місяців.

Коли необхідно проводити діагностику ІПСШ (сифіліс, трихомоніаз, хламідіоз, гонорея)
ВІЛ-інфікованим? (можна обрати декілька варіантів)

1 043 правильних відповідей із 3 405

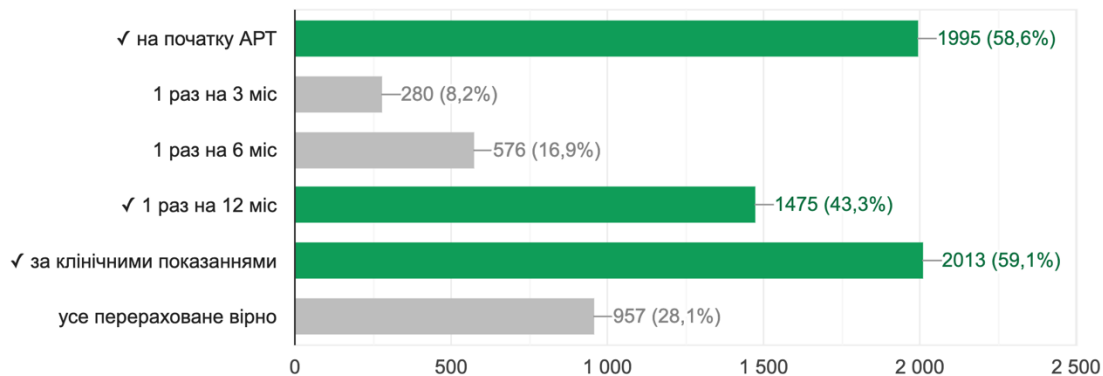


Рис. 18. Оцінювання рівня знань медичних працівників щодо періодичності обстеження ЛЖВ на ІПСШ

Оцінювання рівня знань медичних працівників щодо профілактичних програм ВІЛ-інфекції (10 запитань)

Незважаючи на значні досягнення у лікуванні ВІЛ-інфекції та високу ефективність сучасної АРТ, профілактика залишається одним із ключових напрямів протидії епідемії ВІЛ-інфекції. Саме профілактичні заходи забезпечують попередження виникнення нових випадків інфікування, сприяють ранньому виявленню осіб із підвищеним ризиком та зменшенню тягаря захворювання для системи охорони здоров'я. У цьому контексті принцип «попередити краще, ніж лікувати» набуває особливого значення.

В Україні впроваджено комплекс доказово ефективних профілактичних програм, спрямованих на зниження ризику інфікування ВІЛ та забезпечення доступу до профілактичних послуг для КГ. До них належать:

- програми забезпечення презервативами та лубрикантами;
- програми обміну голوک і шприців;
- програма підтримувальної терапії антагоністами опіоїдів (ЗПТ/ПТАО);
- тестування на ВІЛ;
- доконтактна профілактика ВІЛ (ДКП);
- післяконтактна профілактика ВІЛ (ПКП).

Оскільки медичні працівники відіграють важливу роль у впровадженні профілактичних заходів, консультуванні пацієнтів та скеруванні їх до відповідних сервісів, оцінювання рівня їхньої обізнаності щодо наявних профілактичних програм є важливим індикатором готовності системи охорони здоров'я до ефективної протидії поширенню ВІЛ-інфекції.

З огляду на реформування системи охорони здоров'я України та інтеграцію ВІЛ-послуг до загальної мережі закладів охорони здоров'я, важливим аспектом оцінки було визначення рівня обізнаності медичних працівників щодо профілактичних програм, які впроваджують у медичних закладах, де вони працюють.

Найчастіше респонденти зазначали наявність послуги тестування на ВІЛ (92,4%), що відповідає чинним нормативним вимогам Міністерства охорони здоров'я України, відповідно до яких кожен заклад охорони здоров'я має забезпечувати доступ до тестування на ВІЛ (рис. 19). Такий результат свідчить про високий рівень інтеграції послуг з діагностики ВІЛ у систему надання медичної допомоги.



Рис. 19. Рівень впровадження профілактичних програм у закладах охорони здоров'я

Серед інших профілактичних програм респонденти найчастіше зазначали наявність ДКП (44,9%) та ПКП (43,9%). Отримані дані свідчать про позитивну динаміку впровадження сучасних профілактичних стратегій. Особливого значення набуває обізнаність медичних працівників щодо ДКП в умовах активного розширення масштабів впровадження цієї послуги в Україні, зокрема впровадження ін'єкційних форм профілактики, що мають потенціал підвищити прихильність до профілактичного лікування серед осіб із значним ризиком інфікування ВІЛ.

Не менш важливою є поінформованість щодо ПКП, яка має бути доступною в усіх закладах охорони здоров'я. Враховуючи неможливість повного уникнення аварійних ситуацій під час виконання професійних обов'язків, своєчасне призначення ПКП є одним із ключових інструментів профілактики професійного інфікування ВІЛ серед медичних працівників.

Програму догляду та підтримки людей, які живуть з ВІЛ, відзначили 38,3% респондентів. Наявність таких сервісів є важливою складовою комплексного підходу до ведення пацієнтів та може сприяти підвищенню прихильності до лікування, покращенню якості життя ЛЖВ і зменшенню стигми та дискримінації у медичному середовищі. Рідше респонденти

повідомляли про наявність програм забезпечення презервативами (37,5%), програм обміну голочок і шприців (24,7%) та програм підтримувальної терапії агоністами опіоїдів (ПТАО) (21,7%). Нижчий рівень поширеності цих програм може бути пов'язаний зі специфікою їхньої цільової аудиторії та концентрацією переважно у закладах або службах, що працюють із КГ, які мають підвищений ризик інфікування ВІЛ.

Отримані результати свідчать, що тестування на ВІЛ вже стало невід'ємною складовою діяльності більшості закладів охорони здоров'я. Водночас рівень впровадження сучасних профілактичних програм, як-от ДКП, ПКП, ПТАО та програм зі зменшення шкоди, є значно нижчим. Це може обмежувати доступ населення до комплексної профілактики ВІЛ, що свідчить про необхідність подальшого розширення спектру профілактичних послуг у закладах охорони здоров'я, а також підвищення рівня обізнаності медичних працівників щодо їх наявності та механізмів реалізації.

Оскільки ДКП є одним із найбільш ефективних біомедичних методів профілактики ВІЛ, важливим було оцінити рівень знань медичних працівників щодо її застосування. Результати оцінки продемонстрували високий рівень обізнаності щодо медикаментозної складової ДКП: 87,3% респондентів правильно ідентифікували лікарські засоби, рекомендовані для її проведення (TDF/FTC). Це свідчить про достатній рівень обізнаності щодо сучасних профілактичних методів серед медичних працівників.

Водночас значно нижчим виявився рівень знань щодо практичних аспектів призначення ДКП. Лише 50,2% респондентів правильно визначили одну з ключових груп, для якої рекомендоване застосування ДКП, – цисгендерних чоловіків, які мають секс із чоловіками. Таким чином, майже половина опитаних не змогли правильно ідентифікувати потенційних отримувачів цієї профілактичної послуги.

Для більш глибокого оцінювання практичних компетентностей було запропоновано ситуаційну задачу щодо пацієнта з поведінковими ризиками інфікування ВІЛ. У цьому випадку 70,0% респондентів правильно визначили необхідність призначення ДКП. Водночас 26,8% опитаних вважали достатнім лише щорічне тестування на ВІЛ, 2,2% – не запропонували жодних профілактичних заходів за відсутності симптомів, а 1,0% – помилково вказали на необхідність призначення АРТ. Отримані результати свідчать, що значна частина медичних працівників ще не повною мірою впровадила принципи ризик-орієнтованої профілактики ВІЛ у клінічну практику.

Не менш важливим є розуміння алгоритму обстеження перед призначенням ДКП. Лише 58,1% респондентів правильно обрали всі необхідні дослідження: тестування на ВІЛ, обстеження на вірусний гепатит В та оцінювання функції нирок. Водночас окремі складові алгоритму були відомі більшості опитаних: тестування на ВІЛ зазначили

95,3%, обстеження на вірусний гепатит В – 80,6%, оцінювання функції нирок – 69,7%. Це свідчить про те, що медичні працівники здебільшого обізнані щодо окремих елементів алгоритму, проте не завжди розуміють його як цілісну клінічну процедуру.

Високий рівень знань було продемонстровано щодо ПКП ВІЛ. Більшість респондентів (85,7%) правильно визначили, що медикаментозна ПКП має бути розпочата протягом 72 годин після ризикованого контакту. Водночас 13,4% опитаних зазначили граничний термін у 48 годин, а 0,9% – 84 години. Також було встановлено високий рівень розуміння показань до призначення ПКП. Зокрема, 86,8% респондентів правильно визначили відсутність потреби у ПКП після контакту із сечею особи з позитивним ВІЛ-статусом, а 95,9% – підтвердили необхідність призначення ПКП у випадках гендерно зумовленого насильства. Крім того, 91,7% медичних працівників правильно вказали на необхідність негайного промивання місця контакту водою або фізіологічним розчином при аварійних ситуаціях, що свідчить про належний рівень поінформованості щодо профілактики професійного інфікування ВІЛ.

Загалом результати оцінювання демонструють достатньо високий рівень обізнаності медичних працівників щодо сучасних методів профілактики у сфері ВІЛ. Водночас виявлено суттєві відмінності між знанням окремих теоретичних положень та здатністю застосовувати їх на практиці. Найбільші прогалини стосуються визначення цільових груп для ДКП, оцінювання ризиків інфікування та дотримання повного алгоритму обстеження перед її призначенням. Отримані результати свідчать, що тестування на ВІЛ вже стало невід’ємною складовою діяльності більшості закладів охорони здоров’я. Водночас сучасні профілактичні програми, як-от ДКП, ПКП, ПТАО та програми зі зменшення шкоди, є значно менш поширеними. Це може обмежувати доступ населення до комплексної профілактики ВІЛ та свідчить про необхідність подальшого розширення спектру профілактичних послуг у закладах охорони здоров’я, а також підвищення рівня обізнаності медичних працівників щодо їх наявності та механізмів реалізації.

Для оцінки рівня компетентностей у сфері ВІЛ особливого значення набувають вміння проводити розрахунок та інтерпретацію статистичних показників. Оскільки фахівці постійно працюють з такими індикаторами, як захворюваність, поширеність, охоплення тестуванням, прихильність до АРТ, утримання у системі лікування, ефективність профілактичних програм тощо, недостатнє розуміння принципів розрахунку цих показників може призводити до помилок в оцінюванні епідемічної ситуації та ефективності заходів протидії ВІЛ. Лише дві третини респондентів правильно розрахували показник захворюваності, що свідчить про недостатній рівень володіння окремими навичками медичної статистики (рис. 20).

Якою є захворюваність на ВІЛ-інфекцію у регіоні у 2025 р., якщо середня кількість населення становить 230 тис. осіб, всього ВІЛ-інфікованих ... р. встановлено діагноз ВІЛ інфекції у 115 осіб?
2 320 правильних відповідей із 3 478

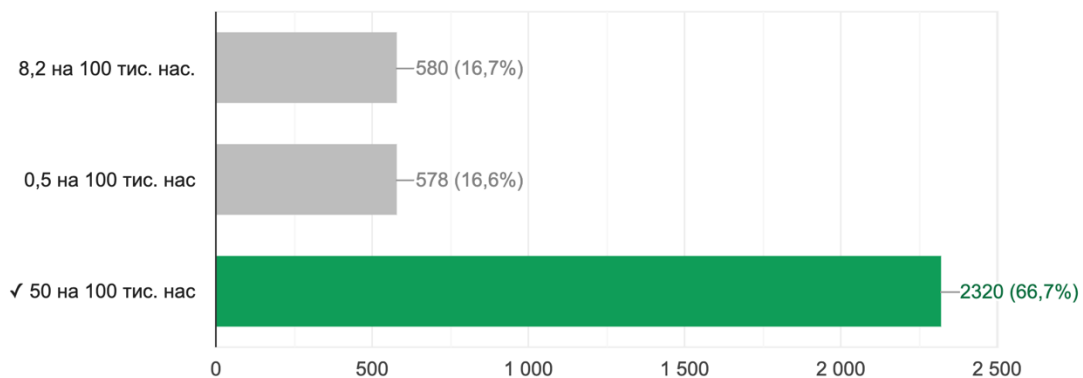


Рис. 20. Оцінювання рівня знань медичних працівників щодо розрахунку статистичних показників

Отримані результати обґрунтовують доцільність посилення підготовки медичних працівників з питань епідеміології, біостатистики і доказової медицини, зокрема щодо інтерпретації та використання статистичних показників у практичній діяльності.

Для забезпечення високої якості та безпеки медичної допомоги у сфері ВІЛ важливе значення має належна організація роботи медичних працівників. Одним з найбільш ефективних інструментів уніфікації процесів є стандартні операційні процедури (СОП), які регламентують послідовність дій персоналу, сприяють зменшенню кількості помилок, підвищують ефективність роботи та забезпечують дотримання єдиних підходів до надання медичних послуг.

Результати оцінки свідчать про високий рівень впровадження СОП у закладах охорони здоров'я. Переважна більшість респондентів (94,4%) повідомили про наявність СОП на своєму робочому місці, що свідчить про активне впровадження інструментів управління якістю та стандартизації медичної допомоги.

Важливим показником ефективності СОП є не лише їх наявність, а й практична зручність використання. Більшість опитаних (83,9%) відзначили, що наявні СОП є зрозумілими та зручними для використання у повсякденній роботі. Водночас 14,1% респондентів зазначили, що хоча СОП є зрозумілими за змістом, їх практичне застосування залишається складним. Лише 1,3% опитаних вказали, що СОП є незрозумілими. Попри мінімальний показник, це може створювати додаткові ризики під час виконання професійних обов'язків.

Отримані результати свідчать про різні організаційні підходи до розроблення СОП у закладах охорони здоров'я. Найчастіше розроблення СОП здійснюється робочими групами (44,2%), що відповідає сучасним принципам управління якістю та сприяє врахуванню професійного досвіду представників різних спеціальностей (рис. 21).

Хто зазвичай розробляє СОП у Вашому закладі?

3 478 відповідей

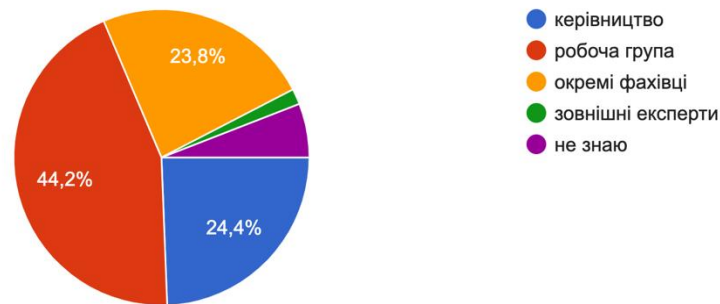


Рис. 21. Оцінювання організаційних підходів до розроблення СОП у закладах охорони здоров'я

Майже чверть респондентів зазначили, що розроблення СОП здійснюється керівництвом закладу (24,4%) або окремими фахівцями (23,8%). Значно рідше до цього процесу залучають зовнішніх експертів (1,7%), тоді як 5,9% опитаних не змогли визначити, хто саме відповідає за розроблення СОП у їхньому закладі.

Отримані дані свідчать про відсутність єдиної організаційної моделі розроблення СОП у закладах охорони здоров'я. Водночас домінування командного підходу із залученням робочих груп є позитивною тенденцією, оскільки сприяє міжпрофесійній взаємодії, врахуванню практичного досвіду різних категорій працівників та підвищує якість і практичну адаптованість розроблених документів. Разом із тим ефективно впровадження СОП потребує активного залучення до їх розроблення безпосередніх виконавців – медичних працівників, які застосовуватимуть ці процедури у своїй повсякденній практиці. Такий підхід не лише забезпечує реалістичність і практичну придатність СОП, а й підвищує рівень прийняття стандартизованих процедур персоналом, формує відповідальність за їх дотримання та сприяє більш ефективному впровадженню системи управління якістю у закладах охорони здоров'я.

Наступний блок із 10 запитань було присвячено оцінюванню емоційного інтелекту, комунікативних навичок та здатності до міжпрофесійної взаємодії медичних працівників, які надають послуги ЛЖВ. Оцінка саме цих компетентностей є надзвичайно важливим, оскільки ефективність ВІЛ-сервісу залежить не лише від рівня клінічних знань фахівця, а й від його здатності будувати довірливі відносини з пацієнтом,

забезпечувати психологічну підтримку, дотримуватися принципів недискримінації та сприяти активному залученню пацієнта до процесу лікування.

Емоційний інтелект охоплює здатність розпізнавати та розуміти власні емоції й емоції інших людей, проявляти емпатію, підтримувати ефективну комунікацію в емоційно складних ситуаціях, зберігати професійну стійкість до стресу та конструктивно взаємодіяти з членами мультидисциплінарної команди. У сфері ВІЛ-послуг ці навички мають особливе значення, оскільки медичні працівники часто стикаються з необхідністю повідомляти складні новини, працювати з тривожністю, відчуттям страху, стигмою та іншими психоемоційними переживаннями пацієнтів.

Водночас комунікативні компетентності є одними з ключових чинників формування прихильності до АРТ, забезпечення безперервності медичного спостереження та досягнення позитивних результатів лікування і профілактики. Саме якість спілкування між медичним працівником і пацієнтом значною мірою визначає рівень довіри до системи охорони здоров'я, готовність пацієнта дотримуватися медичних рекомендацій, брати участь у прийнятті рішень щодо власного лікування та своєчасно звертатися по допомогу. З огляду на це, оцінювання зазначених компетентностей є важливою складовою визначення готовності медичних працівників до надання якісних, пацієнт-орієнтованих і комплексних послуг ЛЖВ.

Для оцінювання рівня зазначених компетентностей респондентам було запропоновано низку ситуаційних завдань, що моделювали типові професійні ситуації під час надання медичної допомоги людям, які живуть з ВІЛ, та потребували застосування навичок ефективної комунікації, емоційної чутливості, командної взаємодії та дотримання етичних принципів.

Одним із ключових елементів ефективної комунікації є вміння повідомляти важкі новини. Лише 67,3% респондентів обрали повний алгоритм дій, який передбачає забезпечення конфіденційності, емпатичне спілкування, активне слухання, підтримку пацієнта та інформування про доступні послуги. Майже третина опитаних обрала неповні або спрощені алгоритми, що зосереджувалися переважно на інформуванні про діагноз та лікування без належної психологічної підтримки. Це може свідчити про недостатню підготовку частини медичних працівників до проведення післятестового консультування та роботи з емоційними реакціями пацієнтів після встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції.

Позитивним аспектом є те, що 67,9% респондентів правильно визначили активне слухання як ключову комунікативну навичку. Проте майже третина опитаних продемонструвала недостатнє розуміння ролі сімейно-орієнтованого підходу та залучення близького оточення пацієнта

до процесу догляду, коли це відповідає бажанню самого пацієнта. Такий результат може свідчити про потребу додаткового висвітлення принципів пацієнт-орієнтованої допомоги під час професійного навчання.

Рівень розвитку емоційного інтелекту виявився помірним. Лише 61,2% учасників правильно розташували приклади від слабких до сильних навичок розпізнавання емоцій. Це свідчить про те, що чимало медичних працівників ще недостатньо впевнено розрізняють поверхневі форми підтримки від справжньої емоційної чутливості та емпатичної взаємодії. Особливо важливою є здатність не лише розпізнавати емоції пацієнта, а й використовувати комунікативні техніки для їх конструктивного опрацювання, що має безпосередній вплив на прихильність до лікування та довіру до медичного працівника.

Подібну тенденцію спостерігали і під час оцінювання навичок залучення пацієнта до прийняття рішень щодо лікування та самоконтролю. Лише 62,4% правильно визначили, що надання недосяжно оптимістичної інформації не сприяє партнерській взаємодії (рис. 22).

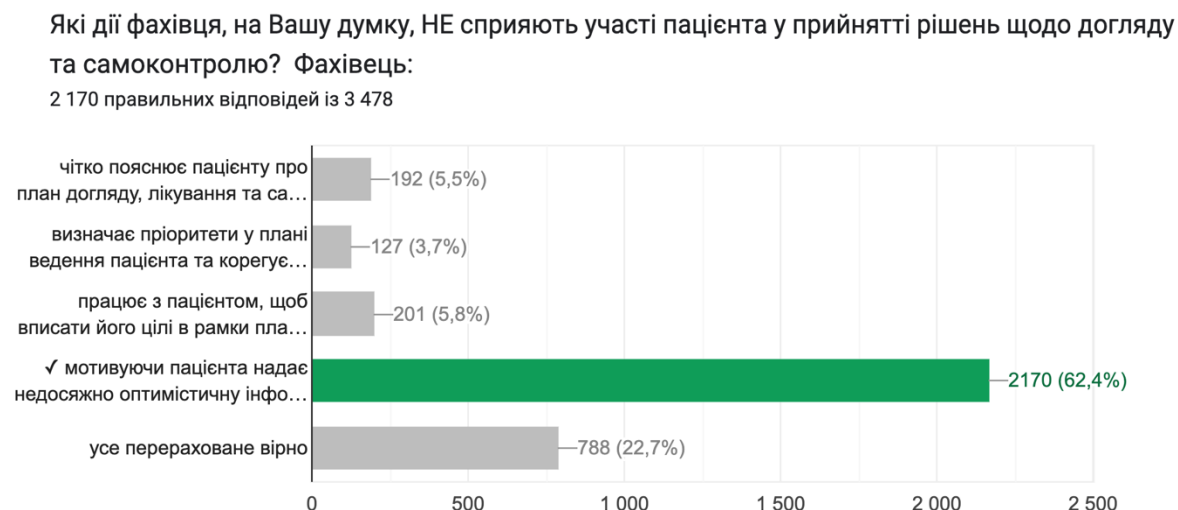


Рис. 22. Оцінювання емоційного інтелекту у медичних працівників

Водночас частина респондентів помилково вважала недоцільними саме ті дії, які лежать в основі пацієнт-орієнтованого підходу: спільне визначення цілей лікування, пояснення плану догляду та врахування потреб пацієнта. Це може свідчити, як про недостатнє розуміння концепції спільного прийняття рішень, так і про неуважність при виконанні завдання.

Найнижчий рівень правильних відповідей серед досліджуваних комунікативних компетентностей було виявлено у питанні формування мотивації пацієнта до співпраці з лікарем (56,9%). Хоча більшість респондентів правильно ідентифікували конструктивні методи мотивації, окремі учасники підтримували авторитарні підходи, зокрема покарання за порушення режиму лікування або ігнорування думки пацієнта. Такі результати свідчать про збереження окремих елементів патерналістичної моделі взаємодії, яка не відповідає сучасним принципам надання ВІЛ-послуг.

Водночас результати щодо координації допомоги та командної роботи виявилися значно кращими. Більшість респондентів (83,9%) правильно визначили ознаки неефективної координації, а понад 90,1% – продемонстрували розуміння принципів ефективної взаємодії у мультидисциплінарній команді. Це свідчить про високий рівень усвідомлення важливості міжпрофесійної співпраці у веденні ЛЖВ, де успіх лікування значною мірою залежить від узгоджених дій лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників та інших фахівців.

Окремої уваги заслуговують результати щодо конфіденційності. Лише половина опитаних правильно визначила, що абсолютна конфіденційність не завжди можлива у випадках, передбачених законодавством або клінічною необхідністю (рис. 23).

При аналізі дотримання принципів конфіденційності при наданні послуг ЛЖВ виявлено різні дії фахівців. Оберіть із наведеного те, що свідчить про правильність дій фахівця:

1 744 правильних відповідей із 3 478

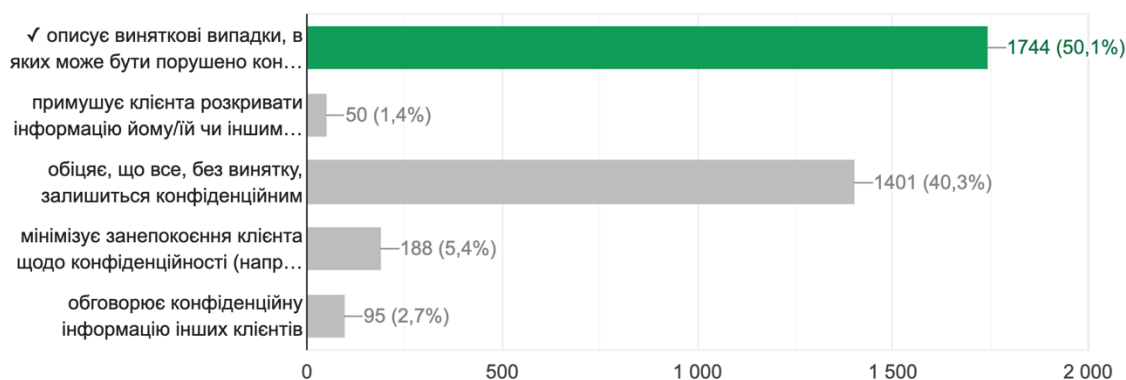


Рис. 23. Оцінювання рівня знань медичних працівників щодо питань конфіденційності

Водночас 40,3% респондентів вважали за доцільне гарантувати пацієнту повну конфіденційність за будь-яких обставин. Такий результат свідчить про недостатнє розуміння правових та етичних аспектів роботи з конфіденційною інформацією і потребує додаткового навчання.

Поряд із достатнім обсягом знань щодо клінічних аспектів ВІЛ-інфекції було виявлено окремі прогалини у розумінні етичних принципів надання медичної допомоги. Незважаючи на те, що 69,7% респондентів правильно визначили повагу до пацієнта як врахування його інтересів і потреб під час ухвалення рішень, частина учасників продемонструвала недостатнє розуміння принципів автономії та приватності (рис. 24). Зокрема, 6,7% опитаних вважали, що право пацієнта на приватність необхідно забезпечувати лише у клінічному середовищі, тоді як конфіденційність є обов'язковою на всіх етапах надання медичної допомоги. Крім того, 1,7% респондентів допустили можливість початку лікування за згодою членів родини без отримання інформованої згоди самого пацієнта. Такі результати свідчать про необхідність посилення

підготовки медичних працівників з питань медичної етики, прав людини та пацієнт-орієнтованого підходу до надання допомоги людям, які живуть з ВІЛ.

Що із наведеного нижче узгоджується із принципами забезпечення поваги та гідності ЛЖВ?

Оберіть відповідь, яка підходить найкраще:

2 374 правильних відповідей із 3 406

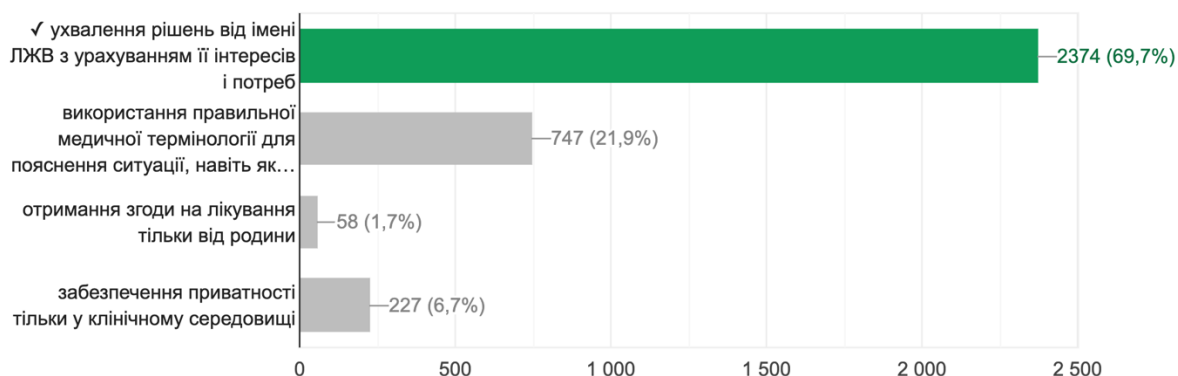


Рис. 24. Оцінювання рівня компетентностей щодо забезпечення поваги та гідності ЛЖВ

Робота з ЛЖВ нерідко супроводжується емоційно напруженими ситуаціями, пов'язаними зі встановленням діагнозу, необхідністю тривалого лікування, страхом стигматизації, соціальними та психологічними труднощами. У таких умовах медичний працівник має не лише володіти клінічними знаннями, а й демонструвати навички ефективної комунікації, управління конфліктами та командної взаємодії. Здатність конструктивно реагувати на емоційні прояви пацієнта, зберігати професійну позицію та підтримувати партнерські відносини є важливою складовою якісного надання ВІЛ-послуг.

Найкращі результати було отримано щодо поведінки у конфліктних ситуаціях та командної взаємодії. Переважна більшість респондентів (95,9%) продемонструвала правильне розуміння принципів деескалації конфлікту шляхом прояву поваги, емпатії та конструктивного діалогу. Також понад 90% опитаних правильно визначили як ознаки деструктивної поведінки в команді, так і механізми ефективного залучення всіх учасників до обговорення клінічних рішень.

Таким чином, результати оцінювання емоційного інтелекту, комунікативних компетентностей та навичок командної взаємодії свідчать про достатній рівень підготовки медичних працівників до роботи з людьми, які живуть з ВІЛ. Найкращі результати було отримано щодо навичок командної роботи, координації допомоги та конструктивного реагування на конфліктні ситуації. Водночас було виявлено певні прогалини у питаннях повідомлення складних новин, розпізнавання емоцій пацієнтів,

мотиваційного консультування, забезпечення конфіденційності та залучення пацієнтів до спільного прийняття рішень. Отримані дані свідчать про доцільність посилення у програмах безперервного професійного розвитку компонентів, присвячених пацієнт-орієнтованій комунікації, розвитку емоційного інтелекту, мотиваційному консультуванню та етичним аспектам надання ВІЛ-послуг.

Оцінювання психологічного стану персоналу закладів охорони здоров'я в умовах воєнного стану в Україні

Війна в Україні стала безпрецедентним викликом для системи охорони здоров'я. Медичні працівники, які традиційно є опорою в кризових ситуаціях, опинилися під впливом значного психоемоційного навантаження. Зміна умов праці, безперервне інформаційне та емоційне навантаження, загроза фізичній безпеці та втрати особистого характеру значно впливають на їхній психологічний стан.

У контексті управління медичними установами виникає потреба у кризовому менеджменті, розвитку лідерських якостей та гнучкості прийняття рішень. Тому оцінка емоційного стану персоналу є ключовим для збереження функціональності системи охорони здоров'я.

Аналіз результатів оцінки свідчить про значний рівень психологічного навантаження серед медичних працівників, які працюють в умовах воєнного стану. Лише 2,3% респондентів не відзначали ознак психологічного дискомфорту, тоді як переважна більшість повідомляла про різні прояви емоційного дистресу (табл. 1). Зокрема, 27,0% опитаних постійно відчували психоемоційне навантаження, а ще 31,6% – часто перебували у стані підвищеної тривожності. У 38,1% респондентів психоемоційне напруження виникало періодично. Таким чином, майже 97% медичних працівників зазнавали психологічного впливу війни різного ступеня інтенсивності, що свідчить про високий рівень психоемоційного навантаження на персонал закладів охорони здоров'я.

Таблиця 1. Поширеність симптомів психологічного дистресу серед персоналу закладів охорони здоров'я в умовах війни (n=3403)

Симптом/Стан	Частота (%)	Клінічна інтерпретація
Постійне відчуття емоційного напруження та неспокою	27,2%	Ознака хронічного дистресу, високий ризик психоемоційного виснаження
Часте відчуття тривожності та емоційного напруження	31,8%	Стійкий тривожний стан, потребує психологічної профілактики
Періодичне емоційне напруження	37,8%	Помірне напруження, потенційний ресурс для мобілізації
Відсутність психологічного дискомфорту	3,2%	Резистентність до стресу, ймовірно, через адаптивні механізми
Порушення сну:		
– Хронічні порушення сну	31,0%	Хронічне перевантаження, ризик когнітивного виснаження

Симптом/Стан	Частота (%)	Клінічна інтерпретація
– Періодичні порушення сну	42,9%	Симптом дистресу, потребує моніторингу
– Відсутність скарг на сон	26,1%	Нормальний показник, індикатор стабільного стану
Рівень задоволення життям (анедонія):		
– Повністю збережене	18,8%	Високий рівень резилієнтності
– Частково збережене	30,4%	Ризик пригнічення настрою
– Значне зниження	32,5%	Симптом депресивного стану
– Повна втрата задоволення	18,2%	Ознака анедонії, критичний стан, потребує психосоціального втручання
Працездатність:		
– Суттєво знижена	29,8%	Симптом емоційного вигорання
– Частково знижена	37,9%	Емоційне виснаження, втрата мотивації, ризик професійного вигорання
– Без змін	32,3%	Стійкість або компенсація за рахунок внутрішньої мотивації

Примітка. Інтерпретацію симптомів узгоджено з критеріями ICD-11, DSM-5, концепціями емоційного вигорання, анедонії, ПТСР.

Одним з найбільш чутливих індикаторів психологічного благополуччя є якість сну. Отримані результати свідчать, що 30,7% респондентів страждали від хронічного порушення сну, а ще 43,0% – повідомляли про його періодичні прояви. Лише у 26,3% опитаних відзначено відсутність скарг на порушення сну. Враховуючи, що сон є важливим механізмом фізичного та психологічного відновлення, такі показники можуть свідчити про тривалий вплив стресових чинників та ризик розвитку професійного вигорання.

Особливу увагу привертають показники задоволення якістю життя. Лише у 19,0% опитаних відчуття задоволення якістю життя залишалося повністю збереженим. Натомість у 30,7% респондентів воно було частково зниженим, у 32,0% – значно зниженим, а 18,3% опитаних повідомили про повну втрату задоволення якістю життя. Отже, половина респондентів (50,3%) демонструвала ознаки вираженого пригнічення емоційного стану та анедонії, що може розглядатися як потенційний прояв депресивних розладів і потребує особливої уваги з боку системи психосоціальної підтримки медичних працівників.

Війна також негативно вплинула на професійну діяльність медичних працівників. Майже третина респондентів (29,9%) відзначила суттєве зниження працездатності, а ще 37,5% – часткове її зниження. Лише у 32,6% показники працездатності залишилися незмінними. Таким чином, дві третини опитаних (67,4%) повідомили про зниження рівня професійної продуктивності, що може бути наслідком хронічного стресу, емоційного виснаження та тривалого перебування в умовах невизначеності й підвищеного навантаження.

Загалом, отримані результати свідчать про суттєвий негативний вплив війни на психологічний стан медичних працівників. Значний рівень тривожності, порушення сну, зменшення задоволення якістю життя і зниження працездатності свідчить про необхідність впровадження системних заходів психосоціальної підтримки персоналу закладів охорони здоров'я, включаючи програми профілактики професійного вигорання, психологічного консультування, розвитку резилієнтності та підтримки психічного здоров'я на робочому місці.

Безперервний професійний розвиток та збереження психологічного благополуччя медичних працівників

Якість медичної допомоги, зокрема у сфері надання послуг ЛЖВ, значною мірою залежить не лише від рівня професійної підготовки медичних працівників, а й від їхньої спроможності підтримувати власне психологічне благополуччя та адаптуватися до постійних змін. В умовах повномасштабної війни система охорони здоров'я України функціонує під впливом численних викликів: підвищеного навантаження на персонал, ризиків для життя і здоров'я, вимушених переміщень населення та медичних працівників, змін в організації медичної допомоги. За таких умов особливого значення набувають безперервний професійний розвиток (далі – БПР) та заходи, спрямовані на збереження психологічного здоров'я медичних працівників.

Одне із запитань анкети стосувалося факторів, які найбільше сприяють підтримці професійної діяльності медичних працівників в умовах агресивної війни росії проти України. Респондентам було запропоновано обрати декілька варіантів із понад 60 можливих відповідей. Найчастіше опитані зазначали підтримку з боку родини (79,2%), що свідчить про визначальну роль найближчого соціального оточення у формуванні психологічної стійкості. Важливим джерелом підтримки також стали колеги (62,0%), що підтверджує критичну роль професійної спільноти та командної взаємодії у кризових умовах. Понад половина респондентів (53,5%) відзначили важливість усвідомлення суспільної значущості власної роботи, а 41,4% – підтримку з боку керівництва закладів охорони здоров'я. Майже половина медичних працівників (47,1%) розглядали навчання та професійний розвиток як ресурс для підтримки власної мотивації й стійкості. Крім того, 32,4% респондентів вказали, що відчуття безпеки, зокрема наявність укриттів у закладах охорони здоров'я, сприяє збереженню їхньої професійної активності.

Отримані результати свідчать, що психологічна стійкість медичних працівників формується під впливом як особистісних, так і організаційних чинників. Особливої уваги заслуговує той факт, що майже кожен другий респондент розглядає навчання як ресурс психологічної підтримки. Це дозволяє розглядати БПР не лише як інструмент оновлення професійних знань, але й як важливий механізм профілактики професійного вигорання та підтримання впевненості у власних компетентностях.

Аналіз форм професійного розвитку засвідчив високий рівень залученості медичних працівників до освітніх заходів. Найбільш популярними були заходи БПР національного та міжнародного рівня, участь у яких підтвердили 92,2% респондентів. Самостійне опрацювання професійної літератури використовували 64,3% опитаних, навчання за програмами тематичного вдосконалення – 61,8%, а здобуття другої вищої освіти – 13,8% (рис. 25).

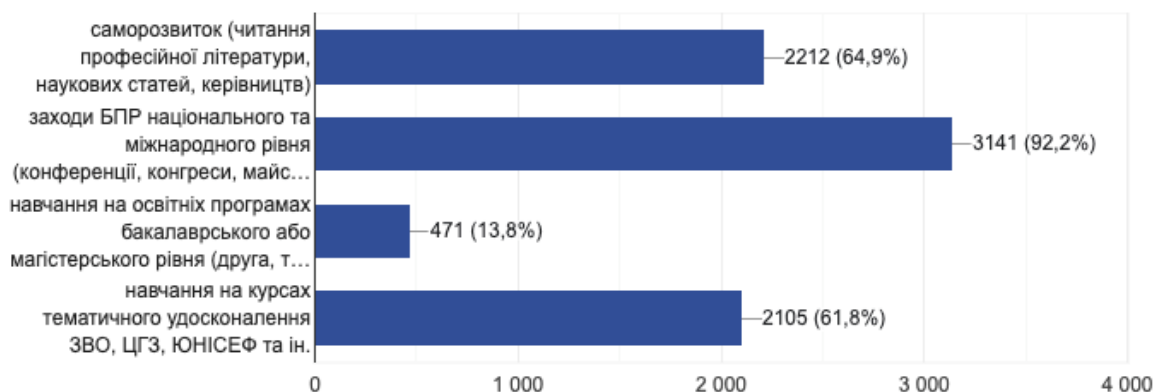


Рис. 25. Порівняльне оцінювання використання різних ресурсів для БПР

Особливо показовим є показник участі в освітніх заходах. Так, 85,7% медичних працівників зазначили, що брали участь у заходах БПР протягом останнього місяця. Серед опитаних 10,8% проходили навчання понад шість місяців тому, а лише 5,0% респондентів більше року не брали участь в освітніх заходах. Отримані дані свідчать про значну мотивацію медичних працівників до постійного професійного вдосконалення навіть в умовах воєнного стану.

Оцінка освітніх уподобань показало перевагу дистанційних форм навчання. Найбільш популярним форматом виявилось онлайн-навчання із можливістю перегляду запису, яке обрали 77,5% респондентів. Онлайн-заходам у режимі реального часу віддали перевагу 47,1% опитаних, тоді як очне навчання обрали 40,5% респондентів. Такі результати свідчать про необхідність подальшого розвитку гібридних моделей БПР із забезпеченням поєднання доступності, гнучкості та можливостей для професійного спілкування.

Серед джерел професійної інформації абсолютним лідером стали ресурси Центру громадського здоров'я МОЗ України, якими користуються 93,3% респондентів. Значно рідше використовувалися міжнародні джерела: ресурси ВООЗ – 42,9%, PubMed – 10,6%, CDC (США) – 7,0%, Coursera – 5,4%, Elsevier – 3,1%. Водночас важливим є факт наявності у частини медичного персоналу досвіду використання міжнародних наукових платформ та освітніх ресурсів, що створює передумови для подальшої інтеграції принципів доказової медицини у повсякденну практику.

Аналіз необхідності підвищення кваліфікації дозволив визначити найбільш проблемні напрями. Найчастіше респонденти зазначали недостатній рівень цифрової грамотності (32,4%), що свідчить про необхідність розвитку цифрових компетентностей в умовах цифровізації системи охорони здоров'я.

Майже третина опитаних зазначила потребу в додатковому навчанні з лікування та підтримувальної терапії агоністами опіоїдів. Це має особливе значення з огляду на недостатній рівень впровадження програм ПТАО у закладах охорони здоров'я загального профілю та їхню важливу роль у профілактиці ВІЛ-інфекції серед ключових груп населення.

Необхідність отримання додаткових знань щодо ДКП зазначили 19,9% респондентів, тоді як щодо ПКП – 17,4% опитаних. Враховуючи ризик професійного контакту з біологічними рідинами під час виконання службових обов'язків, належний рівень обізнаності щодо ПКП має критичне значення для безпеки медичних працівників.

Попри широке впровадження тестування на ВІЛ у закладах охорони здоров'я, 12,7% респондентів повідомили про недостатній рівень знань у цій сфері. Ще 21,5% медичних працівників потребують додаткового навчання щодо лабораторного супроводу під час медичного нагляду за ЛЖВ. Такі результати свідчать про необхідність подальшого вдосконалення підготовки медичного персоналу згідно з сучасними підходами до діагностики та моніторингу ВІЛ-інфекції.

Окремої уваги заслуговує потреба в розвитку комунікативних компетенцій медичних працівників. Так, 17,6% респондентів відзначили необхідність удосконалення навичок спілкування з представниками ключових та уразливих груп населення, а 22,6% – потребу в додаткових знаннях щодо формування прихильності пацієнтів до лікування. Водночас 13,6% медичних працівників вказали на необхідність розвитку емоційного інтелекту, а 8,3% – навичок ефективної взаємодії у професійному колективі. Усвідомлення медичними працівниками потреби у розвитку власних комунікативних навичок є важливим позитивним результатом оцінки, оскільки саме наявність такого досвіду значною мірою визначає якість взаємодії з пацієнтами та ефективність медичної допомоги.

Аналіз відповідей на відкриті запитання щодо проведеного оцінювання засвідчив загалом позитивне ставлення респондентів до інструменту опитування. Більшість учасників відзначили професійність та актуальність анкети, а також можливість самостійного оцінювання власного рівня знань. Водночас було зафіксовано зауваження частини респондентів щодо значного обсягу анкети та суттєвих часових витрат на її заповнення. Серед конструктивних пропозицій були рекомендації щодо поділу анкети на тематичні блоки, а також розробки окремих версій для лікарів та медичних сестер. Проте створення окремих анкет для кожної лікарської спеціальності видається недоцільним, оскільки інтервенцію було

спрямоване на оцінювання рівня базових компетентностей у сфері ВІЛ, якими мають володіти всі медичні працівники незалежно від спеціалізації.

Заслуговує на увагу пропозиція окремих респондентів щодо можливості нарахування балів БПР за участь у подібних опитуваннях. Такий підхід може сприяти підвищенню зацікавленості медичних працівників у самостійному оцінюванні власних компетентностей та активнішій участі в освітніх дослідженнях.

ОБГОВОРЕННЯ

Результати проведеного оцінювання забезпечують формування комплексного розуміння стану професійних компетентностей медичних працівників, які залучені до надання ВІЛ-послуг в Україні. Отримані дані свідчать про достатньо високий загальний рівень професійної підготовки, проте виявлені прогалини мають системний характер і стосуються насамперед тих аспектів ВІЛ-сервісу, які активно розвиваються або зазнали суттєвих змін упродовж останніх років.

Отримані результати підтверджують, що сучасна модель компетентностей медичного працівника у сфері ВІЛ-сервісу охоплює значно ширший спектр, ніж суто клінічні знання. Відповідно до міжнародних підходів, зокрема рамки компетентностей WHO-ASPHER, професійна ефективність формується на перетині трьох взаємопов'язаних складових: клінічних компетентностей, комунікативно-поведінкових навичок та психологічної стійкості й можливості БПР. Саме через призму цих трьох складових доцільно інтерпретувати результати проведеного оцінювання.

Перша складова – клінічні компетентності

Результати оцінки свідчать про загальний високий рівень базових клінічних знань медичних працівників у сфері ВІЛ. Найкращі показники було отримано щодо обізнаності про права пацієнтів під час тестування на ВІЛ, сучасних схем АРТ, ПКП, принципів добровільності та конфіденційності тестування, а також основних методів лабораторної діагностики. Це свідчить про ефективність багаторічної роботи державних, міжнародних та громадських програм, спрямованих на підготовку медичних кадрів та впровадження сучасних стандартів ВІЛ-сервісу.

Водночас найбільші труднощі було виявлено при виконанні завдань, що потребували застосування теоретичних знань для прийняття конкретного клінічного рішення, зокрема щодо окремих показань до тестування на ВІЛ, визначення термінів та інтервалів моніторингу ефективності АРТ, інтерпретації показників імунного статусу й особливостей ведення ІПСШ у ЛЖВ. Виявлені прогалини можуть свідчити про недостатню сформованість окремих практико-орієнтованих компонентів професійної спроможності, що обґрунтовує доцільність

посилення клініко-ситуаційного підходу в системі БПР медичних працівників.

На особливу увагу заслуговують результати опитування щодо профілактичних заходів. Незважаючи на достатню теоретичну обізнаність щодо ДКП, значна частина респондентів продемонструвала недостатній рівень практичної готовності до її призначення. Виявлені труднощі із визначення цільових груп, оцінювання поведінкових ризиків та проведення необхідного обстеження перед початком ДКП свідчать про те, що впровадження нових профілактичних програм потребує не лише нормативного забезпечення, але й формування прикладних клінічних навичок серед медичних працівників.

Таким чином, результати оцінки обґрунтовують необхідність поєднання теоретичної підготовки із практичною діяльністю. Це передбачає системне оновлення знань, розвиток клінічного мислення та відпрацювання алгоритмів ухвалення рішень на основі клінічних сценаріїв.

Друга складова – комунікативні та поведінкові компетентності

Сучасні послуги з ВІЛ неможливо розглядати виключно у межах суто клінічного підходу. Ефективність профілактики, тестування та лікування значною мірою залежить від якості взаємодії між медичним працівником і пацієнтом. Тому особливого значення набувають розвиток комунікативних навичок, емпатія, здатність працювати зі стигмою та підтримувати прихильність до лікування.

Отримані результати свідчать, що саме цей компонент компетентностей потребує найбільшої уваги. Частина респондентів продемонструвала недостатнє розуміння факторів, які впливають на прихильність до АРТ, а також труднощі у визначенні оптимальних стратегій підтримки пацієнтів. Водночас значна частина учасників оцінки самостійно визнала потребу у вдосконаленні навичок комунікації з представниками ключових груп населення та розвитку емоційного інтелекту.

Ці результати мають особливе значення у контексті впровадження сучасної людиноцентричної моделі надання медичної допомоги. Ефективність лікування ВІЛ-інфекції дедалі більше залежить не лише від правильного призначення терапії, але й від здатності медичного працівника створити атмосферу довіри, подолати страхи пацієнта, зменшити вплив стигми та мотивувати до довготривалого лікування.

Виявлені прогалини свідчать про необхідність системної інтеграції комунікаційних модулів до програм БПР. Особливої актуальності набуває розвиток навичок консультування, формування прихильності до лікування, роботи з поведінковими ризиками та міжпрофесійної взаємодії у мультидисциплінарних командах.

Третя складова – психологічна стійкість та БПР

Особливістю проведеного оцінювання стало включення до оцінювання компетентностей компонентів психологічного благополуччя та професійного розвитку. Такий підхід відповідає сучасним міжнародним уявленням про людські ресурси охорони здоров'я, відповідно до яких професійна компетентність неможлива без здатності спеціаліста підтримувати власне психічне здоров'я та постійно оновлювати знання.

Отримані результати демонструють високий рівень залученості медичних працівників до БПР. Переважна більшість респондентів брали участь у навчальних заходах протягом останнього року, активно використовували ресурси Центру громадського здоров'я, міжнародних організацій та освітніх платформ. Це свідчить про сформовану культуру професійного навчання та готовність медичних працівників до постійного підвищення кваліфікації.

Водночас результати оцінки виявили високий рівень психоемоційного навантаження на медичних працівників в умовах війни. Поширеність тривожності, емоційного виснаження, порушень сну та ознак професійного вигорання свідчить про суттєвий вплив воєнних подій на кадровий потенціал системи охорони здоров'я.

Особливо показовим є той факт, що майже половина респондентів розглядає навчання як джерело психологічної підтримки. Це дозволяє по-новому оцінити роль БПР. В умовах війни БПР виконує не лише освітню функцію, але й сприяє збереженню професійної ідентичності, формуванню відчуття контролю над ситуацією, підтриманню мотивації та впевненості у можливості розвинути власні компетентності.

Таким чином, результати оцінювання свідчать, що забезпечення якості ВІЛ-послуг потребує комплексного розвитку всіх трьох складових компетентностей медичних працівників. Недостатньо лише володіти сучасними клінічними знаннями. Необхідним є поєднання навичок клінічної експертизи, розвинених комунікативних здібностей та психологічної стійкості. Саме така інтегрована модель компетентностей відповідає сучасним викликам системи охорони здоров'я та може розглядатися як основа для подальшого вдосконалення і розробки програм підготовки й БПР медичних працівників в Україні.

ВИСНОВКИ

1. Проведене оцінювання, яким було охоплено 3403 медичні працівники із більшості регіонів України, дозволило комплексно визначити професійну спроможність персоналу, залученого до надання ВІЛ-послуг. Середній рівень правильних відповідей становив 67,9%, середній тестовий бал – 72 зі 100 можливих, що свідчить загалом про достатній рівень підготовки медичних працівників. Водночас широкий діапазон результатів (від 20 до 98%) вказує на неоднорідність рівня професійної підготовки та наявність окремих прогалин у знаннях і практичних навичках.

2. Отримані результати підтверджують багатокомпонентний характер професійної спроможності медичних працівників у сфері ВІЛ, що формується у комплексі професійних знань і практичних навичок, комунікативних та поведінкових компетентностей, здатності до міжпрофесійної взаємодії й психологічної стійкості. Комплексний розвиток цих складових є важливою умовою забезпечення якісних, безпечних і людиноцентричних ВІЛ-послуг.

3. У сфері клінічної, діагностичної та профілактичної спроможності медичні працівники продемонстрували високий рівень професійної підготовки за низкою базових компонентів, зокрема щодо сучасних принципів АРТ, ПКП та методів діагностики ВІЛ. Водночас було виявлено прогалини щодо окремих аспектів визначення цільових груп, показань до тестування та профілактичних заходів, лабораторного супроводу ЛЖВ, моніторингу ефективності АРТ і практичного застосування ДКП, що визначає пріоритетні напрями подальшого професійного розвитку.

4. Встановлено наявність прогалин як у теоретичних знаннях медичних працівників щодо окремих аспектів ВІЛ-інфекції, так і в застосуванні набутих знань під час вирішення клінічних ситуаційних завдань та прийняття практичних рішень. Отримані результати обґрунтовують необхідність комплексного підходу до професійної підготовки, що поєднує систематичне оновлення теоретичних знань із розвитком клінічного мислення, практичних навичок та відпрацюванням алгоритмів прийняття рішень на основі клінічних кейсів.

5. У сфері комунікативної спроможності було виявлено потребу в подальшому розвитку навичок консультування, підтримки прихильності до АРТ, взаємодії з представниками ключових груп, а також у впровадженні принципів людиноцентричного підходу та розвитку емоційного інтелекту. Це підтверджує доцільність включення комунікативних і поведінкових компонентів до комплексних програм професійного розвитку поряд із клінічною підготовкою.

6. Результати оцінювання засвідчили високий рівень залучення медичних працівників до БПР та активне використання сучасних національних і міжнародних інформаційно-освітніх ресурсів. Значне поширення дистанційного навчання, зокрема онлайн-формату з можливістю перегляду запису, свідчить про його доступність і практичну затребуваність серед медичних працівників. Водночас виявлені труднощі із застосуванням знань у практичних ситуаціях обґрунтовують необхідність поєднання доступних дистанційних форматів із практико-орієнтованим навчанням, розбором клінічних кейсів та відпрацюванням алгоритмів прийняття рішень.

7. Виявлені прогалини професійної спроможності та самостійно визначені освітні потреби медичних працівників обумовлюють необхідність цілеспрямованого вдосконалення програм післядипломної

освіти та БПР. Планування навчальних заходів доцільно здійснювати на основі поєднання результатів об'єктивного оцінювання професійної спроможності та самостійно визначених потреб фахівців, зосереджуючи особливу увагу на клінічному, діагностичному, профілактичному, аналітичному та комунікативному компонентах.

8. Оцінювання психологічного стану медичних працівників в умовах воєнного стану виявило значне психоемоційне навантаження, що проявлялося поширеністю емоційного напруження, тривожності, порушень сну та зниження працездатності. Отримані результати обґрунтовують необхідність системної підтримки психологічного благополуччя медичного персоналу та врахування психологічного компонента як одного з ресурсів підтримання професійної спроможності поряд із БПР, професійною та організаційною підтримкою.

РЕКОМЕНДАЦІЇ

Для закладів вищої та післядипломної освіти і провайдерів БПР

1. Планування програм БПР з урахуванням результатів оцінювання професійної спроможності медичних працівників та самостійно визначених ними освітніх потреб, забезпечуючи комплексний розвиток клінічних, діагностичних, профілактичних, аналітичних і комунікативних компонентів.

2. Забезпечення систематичного оновлення теоретичних знань відповідно до чинних національних і міжнародних рекомендацій, поєднуючи його з практичним відпрацюванням алгоритмів тестування, діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції.

3. Посилення практико-орієнтованої складової освітніх програм шляхом використання клінічних кейсів, ситуаційних завдань, симуляційних сценаріїв та відпрацювання алгоритмів прийняття клінічних рішень.

4. Розширення освітніх компонентів з питань ДКП, ПКП, ПТАО та комплексної профілактики ВІЛ, приділяючи особливу увагу визначенню цільових груп і показань до профілактичних заходів, алгоритмам їх призначення, супроводу та оцінюванню ефективності.

5. Врахування у програмах БПР розвитку комунікативної спроможності, зокрема навичок консультивання, мотиваційної комунікації, підтримки прихильності до лікування, взаємодії з представниками ключових груп, емоційного інтелекту та людиноцентричного підходу.

6. Розвиток цифрової й аналітичної спроможності медичних працівників, включаючи роботу з електронними системами охорони здоров'я, базові навички аналізу та інтерпретації даних, біостатистики і використання джерел доказової медицини.

7. Поєднання доступності дистанційного навчання з практико-орієнтованими формами підготовки, що передбачає безпосереднє відпрацювання професійних навичок, розбір клінічних випадків та міжпрофесійну взаємодію.

Для закладів охорони здоров'я

1. Забезпечення систематичного проведення внутрішніх освітніх заходів, клінічних розборів та обговорення складних випадків діагностики, лікування і профілактики ВІЛ-інфекції з орієнтацією на практичне застосування чинних клінічних алгоритмів.

2. Залучення медичних працівників до розроблення, адаптації та періодичного перегляду СОП з урахуванням практичного досвіду їх застосування й актуальних нормативних і клінічних рекомендацій.

3. Створення організаційних умов для ефективної міжпрофесійної взаємодії лікарів, медичних сестер, психологів, соціальних працівників та інших фахівців, залучених до надання ВІЛ-послуг, з чітким визначенням їхніх функцій у межах маршруту пацієнта.

4. Забезпечення доступу медичних працівників до програм психологічної підтримки та профілактики професійного виснаження шляхом інтеграції як нових, так і вже наявних сервісів психосоціальної допомоги персоналу; створення сприятливого організаційного середовища для підтримки психологічного благополуччя працівників.

Для подальших оцінювань

1. Проведення періодичного оцінювання рівня професійної спроможності медичних працівників для відстеження динаміки їхніх потреб, виявлення нових прогалин у знаннях і практичних навичках та визначення результативності освітніх заходів.

2. Оцінка особливостей професійної спроможності різних категорій медичних працівників не з метою прямого порівняння специфічних для окремих професій компетентностей, а для визначення спільних і професійно специфічних освітніх потреб та диференційованого планування програм БПР.

3. Оцінка взаємозв'язку між рівнем професійної спроможності медичних працівників та якістю надання ВІЛ-послуг, зокрема щодо дотримання клінічних алгоритмів, своєчасності профілактики й лікування, а також інших індикаторів ефективності допомоги.

4. Вивчення взаємозв'язку психологічного благополуччя, професійного навантаження, організаційної підтримки та професійної спроможності медичних працівників для визначення чинників, що сприяють її підтриманню в умовах тривалого кризового навантаження.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. ДОВІДНИК кваліфікаційних характеристик професій працівників. ВИПУСК 78. Охорона здоров'я. Наказ МОЗ України від 29.03.2002 № 117 (з численними змінами відповідних наказів).

2. Примірний програма підготовки в інтернатурі за спеціальністю «Інфекційні хвороби» (затверджена наказом МОЗ України від 14.07.2022 № 1219).

3. Рамка компетенцій для працівників у сфері громадського здоров'я в Європейському регіоні, розроблена ВООЗ та ASPHER. Всесвітня організація охорони здоров'я. Європейське регіональне бюро, 2025. <https://iris.who.int/handle/10665/384039>.

4. Рудніцька КВ. Сутність понять «компетентнісний підхід», «компетентність», «компетенція», «професійна компетентність» у світлі сучасної освітньої парадигми. Науковий вісник ужгородського університету. Серія: «Педагогіка. Соціальна робота». 2016;1(38):241–4.

5. Розпорядження КМУ від 18.06.2024 № 564-р «Про затвердження операційного плану заходів з реалізації у 2024–2026 роках Державної стратегії у сфері протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу, туберкульозу та вірусним гепатитам на період до 2030 року».

6. Setia MS. Methodology Series Module 3: Cross-sectional Studies. Indian J Dermatol. 2016 May-Jun;61(3):261–4. doi: 10.4103/0019-5154.182410. PMID: 27293245; PMCID: PMC4885177.

7. World Medical Association. World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical Principles for Medical Research Involving Human Participants. JAMA. 2025;333(1):71–4. doi: 10.1001/jama.2024.21972.