

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ НА ТЕМУ:

**«Готовність надавачів первинної медико-
санітарної допомоги надавати послуги
профілактики та лікування соціально
небезпечних захворювань»**

ЗМІСТ

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП.....	4
ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ.....	6
ПАРАМЕТРИ ЦІЛЬОВОЇ АУДИТОРІЇ.....	8
РЕЗЮМЕ	9
РОЗДІЛ 1. СПРИЙНЯТТЯ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ОКРЕМИМ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА ПАЦІЄНТАМ ГРУП РИЗИКУ	14
1.1. СПРИЙНЯТТЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОБОТИ З ОКРЕМИМИ КАТЕГОРІЯМИ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА З ПРЕДСТАВНИКАМИ ГРУП РИЗИКУ	14
1.2. ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ОКРЕМИМ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА ПРЕДСТАВНИКАМ ГРУП РИЗИКУ	18
РОЗДІЛ 2. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ	22
2.1. ГОТОВНІСТЬ НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ З ДІАГНОЗОМ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ)	23
2.2. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ).....	25
2.3. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ)	32
2.4. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЗПТ В РАМКАХ ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ	41
2.5. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.....	44
РОЗДІЛ 3. ФАКТОРИ МОТИВАЦІЇ НАДАВАЧІВ ПМД ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.....	47
РОЗДІЛ 4. СПРИЙНЯТТЯ НАДАВАЧАМИ ПМД СПІВПРАЦІ З НЕМЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ В РАМКАХ НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.....	48
РОЗДІЛ 5. ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ НАДАВАЧІ ПМД ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ВЛАСНИХ ЗНАНЬ В РАМКАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ	52
РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ГОТОВНОСТІ ЛІКАРІВ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ	54
ДОДАТОК 1. ОДНОВИМІРНІ РОЗПОДІЛИ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТАННЯ АНКЕТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	57
ДОДАТОК 2. ДВОВИМІРНІ РОЗПОДІЛИ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТАННЯ АНКЕТИ У РОЗРІЗІ ТИПУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ (МІСЬКИЙ/РАЙОННИЙ)	69

СПИСОК СКОРОЧЕНЬ

АРТ – антиретровірусна терапія

ВГ – вірусний гепатит

ВІЛ/СНІД – вірус імунодефіциту людини/синдром набутого імунодефіциту людини

ВООЗ – Всесвітня організація охорони здоров'я

ГР – групи ризику (категорії населення, які мають підвищений ризик захворювання на ВІЛ-інфекцію, туберкульоз та вірусні гепатити¹)

ЗПТ – замісна підтримувальна терапія

ГО – громадська організація

ПМД – первинна медична допомога

СІН – споживачі ін'єкційних наркотиків

ТБ – туберкульоз

ЦПМСД – центр первинної медико-санітарної допомоги

ЧСЧ – чоловіки, які практикують секс з чоловіками

¹ В рамках даного дослідження до переліку груп ризику були віднесені: безпритульні особи; іммігранти з регіонів з високою захворюваністю на ТБ; роми (представники циганської общини; особи, що зловживають алкоголем; особи, звільнені з місць позбавлення волі; робітники (-ці) комерційного сексу; споживачі ін'єкційних наркотиків; чоловіки, що мають секс з чоловіками.

ВСТУП

Система охорони здоров'я в Україні на даний момент перебуває на стадії реформування, оскільки вона не в змозі в повній мірі забезпечити належний доступ та якість медичного обслуговування різним категоріям пацієнтів, а також рівні умови отримання цих послуг. Першим етапом реформування медичної системи є удосконалення організації надання первинної медичної допомоги (далі - ПМД) на засадах сімейної медицини. Згідно з інформацією МОЗ України з досвіду розвинених країн відомо, що більше 80% потреб населення у медичній допомозі забезпечуються на рівні надання первинної медико-санітарної допомоги, в рамках якої забезпечується надання не лише послуг лікування, а й профілактики.

В той же час серед найактуальніших проблем, які потребують вирішення на рівні реформування системи охорони здоров'я, є поширення епідемії ВІЛ-інфекції, туберкульозу та інших інфекційних захворювань, а також зростання рівня наркозалежності. Поширення цих проблем свідчить про недостатність профілактичної роботи, спрямованої на їх вирішення. При цьому гостро стоїть проблема вчасної діагностики та лікування соціально небезпечних захворювань (тут і далі по тексту маються на увазі такі захворювання як ВІЛ-інфекція, туберкульоз та вірусні гепатити), яка часто пов'язана зі способом життя та особливостями поведінки представників груп ризику, зокрема їх низькою прихильністю до лікування та відвідування відповідних медичних закладів.

Відповідно до оновленого в рамках реформи Порядку надання ПМД, лікарі повинні не лише направляти пацієнтів з підозрою на наявність соціально небезпечних інфекцій в профільні медичні заклади, а й надавати послуги, які попереджають розвиток цих захворювань. Відповідно до цього документу, в обов'язки сімейних лікарів та терапевтів входить періодичне обстеження і надання послуг профілактики пацієнтам з підвищеним ризиком розвитку ВІЛ/СНІДу, туберкульозу та інших інфекцій.

Загалом інтеграція послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань в систему надання ПМД може стати одним із способів на шляху вирішення проблеми їх поширення. Можливість отримання послуг профілактики та лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів, послуг ЗПТ на рівні закладів ПМД зробить їх більш доступними в цілому та забезпечить рівні умови доступу до їх отримання для всіх категорій пацієнтів, в т.ч. для представників груп ризику. З цього постає питання готовності та мотивації надавачів ПМД надавати вище зазначені послуги в цілому та працювати з представниками ключових груп ризику зокрема. Виходячи з викладеного вище, були сформульовані відповідні мета та завдання дослідження.

В цілому результати дослідження можуть бути корисними в рамках визначення перспектив та можливостей надання різних видів послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань різним категоріям пацієнтів (в тому числі представникам груп ризику), а також лікування паліативних хворих, на рівні закладів ПМД.

Окрім того, отримана інформація може використовуватися для розробки програм державних гарантій медичного обслуговування на рівні закладів ПМД, які могли б розширити доступ до отримання послуг профілактики та лікування

соціально небезпечних захворювань. Розробка та реалізація таких програм сприятиме забезпеченню рівних умов отримання кваліфікованої медичної допомоги представниками різних категорій населення. При цьому використання отриманих результатів дослідження сприятиме не лише створенню сприятливих умов отримання медичних послуг пацієнтами, а й дасть можливість створити відповідні умови праці для медичних працівників закладів ПМД, на яких вони готові надавати зазначені послуги.

ДИЗАЙН ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження: дослідити готовність та ключові мотиватори надавачів ПМД до надання розширеного переліку медичних послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, а також готовність надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику.

Ключові завдання дослідження:

- Вивчити характер сприйняття надавачами ПМД особливостей роботи та готовність надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику;
- Виявити рівень готовності надавачів ПМД працювати з пацієнтами з діагнозом соціально небезпечних захворювань;
- Оцінити рівень обізнаності та готовності надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих;
- Дослідити фактори мотивації надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих;
- Оцінити сприйняття та умови, на яких надавачі ПМД готові співпрацювати з немедичними працівниками в рамках надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих (фінансові умови співпраці, критерії, яким повинні відповідати немедичні працівники);
- Визначити джерела інформації, якими користуються надавачі ПМД для підвищення знань щодо реформування системи охорони здоров'я, профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, та інших професійних компетенцій;
- Визначити найбільш перспективні джерела та методи поліпшення професійних знань надавачів ПМД щодо профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, та інших професійних компетенцій.

Цільова аудиторія: надавачі первинної медико-санітарної допомоги, які представляють заклади ПМД міського та районного рівня² (сімейні лікарі, терапевти та педіатри).

Метод дослідження: кількісне опитування надавачів ПМД методом особистих інтерв'ю (face-to-face) на робочому місці представників цільової аудиторії.

Географія дослідження охоплює 9 областей, які представляють три макрорегіону України: а) Західний - Волинська, Львівська та Тернопільська області; б) Центральний: Житомирська, Київська та Полтавська області; в) Південно-Східний: Дніпропетровська, Херсонська та Харківська області.

Об'єм та структура вибіркової сукупності: 800 респондентів, що забезпечує граничну похибку вибірки $\pm 3,5\%$ при рівні довірчої ймовірності $P=0,954$. Відбір респондентів здійснювався відповідно до основних критеріїв включення респондентів до дослідження: а) статус штатного працівника міського або районного

² В рамках порівняння даних в розрізі типу медичного закладу (міський та районний) значущих відмінностей не виявлено. Таблиці з даними додаються у додатку.

центру ПМСД; б) спеціалізація сімейного лікаря загальної медичної практики, терапевта, педіатра.

Структура вибіркової сукупності була розподілена по областях пропорційно кількості надавачів ПМД в закладах міського та районного рівня кожної області, дані щодо яких були отриманні за сприяння департаментів/управлінь охорони здоров'я обласних держадміністрацій. Етапи формування вибіркової сукупності:

- на **першому етапі** генеральна сукупність поділена на страти за географічною ознакою (Західний, Центральний та Південно-Східний макрорегіони);
- на **другому етапі** в рамках кожного макрорегіону були відібрані різні типи областей за критерієм охоплення проектами PEPFAR (області в яких реалізуються проекти PEPFAR і області в яких не реалізуються проекти PEPFAR). При цьому до вибірки не були включені області, в яких було проведено пілотне впровадження додаткової оплати медичному працівнику за ведення випадку туберкульозу;
- на **третьому етапі** в кожній області були випадковим чином були відібрані медичні заклади ПМД міського та районного рівня.

Структура вибіркової сукупності			
	Кількість лікарів, опитаних в міських ЦПМСД	Кількість лікарів, опитаних в районних ЦПМСД	Всього лікарів, опитаних в області
Дніпропетровська	124	25	149
Херсонська	26	19	45
Харківська	84	42	126
Тернопільська	18	39	57
Полтавська	32	38	70
Київська	34	57	91
Житомирська	31	43	74
Львівська	81	57	138
Волинська	22	28	50
ВСЬОГО	452	348	800

ПАРАМЕТРИ ЦІЛЬОВОЇ АУДИТОРІЇ

Серед респондентів, які увійшли до цільової аудиторії, найбільш чисельною є вікова категорія 55 років і старше. Приблизно рівномірно розподілились представники вікових категорій до 35 років (18%), 35-44 роки (18%) та 45-54 роки (20%).

Вік респондентів, які були опитані в рамках дослідження	
До 35 років	18
35-44 років	18
45-54 років	20
55 років і старше	44

Більшість лікарів, які були опитані в рамках даного дослідження, мають стаж медичної практики на поточній посаді до 20 років (52%), більше третини надавачів ПМД – від 20 до 40 років (37%). Частка респондентів, які працюють на поточній посаді більше 40 років склала 11%.

Стаж медичної практики респондента на поточній посаді	
До 10 років	32
10-19 років	20
20-29 років	17
30-39 років	20
40 років і більше	11

Переважну кількість надавачів ПМД, які потрапили до вибіркової сукупності, представляють сімейні лікарі загальної медичної практики (78%). Частка терапевтів склала 14%, педіатрів- 8%.

Спеціалізація респондента	
Сімейний лікар	78
Терапевт	14
Педіатр	8

РЕЗЮМЕ

❖ **СПРИЙНЯТТЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОБОТИ З ОКРЕМИМИ КАТЕГОРІЯМИ ПАЦІЄНТІВ, В ТОМУ ЧИСЛІ З ПРЕДСТАВНИКАМИ ГРУП РИЗИКУ.** Згідно з результатами дослідження, усі опитані надавачі ПМД стверджують, що мають досвід роботи з представниками тих чи інших груп ризику, в рамках надання їм медичних послуг. В найбільшій мірі лікарі стикаються з особами, що зловживають алкоголем (92%), а також з особами, що звільнені з місць позбавлення волі (74%). При цьому, згідно з уявленнями лікарів, робота з особами, які зловживають алкоголем, в рамках надання їм медичних послуг, є найскладнішою, у порівнянні з представниками інших груп ризику (52%). Дещо в меншій мірі, на думку лікарів, найскладнішою, в рамках надання медичних послуг, є робота з представниками такої групи ризику як споживачі ін'єкційних наркотиків (33%).

Серед досліджуваних груп ризику, з якими стикаються надавачі ПМД, виділяється дві «латентні» категорії, оскільки на думку лікарів, їх представники приховують свій статус. До цих категорій належать: а) робітники (-ці) комерційного сексу (11% респондентів стверджують, що стикаються з даною категорією пацієнтів, 45% - не змогли сказати чи стикаються з даною категорією пацієнтів, оскільки її представники приховують свій статус); б) чоловіки, що мають секс з чоловіками (8% респондентів стверджують, що стикаються з даною категорією пацієнтів, 55% - не змогли сказати чи стикаються з даною категорією пацієнтів, оскільки її представники приховують свій статус).

Окрім того, отримані результати демонструють, що лікарі, які мають досвід роботи з представниками тієї чи іншої групи ризику, значно в більшій мірі схильні вказувати ці групи як такі, з якими працювати найскладніше, у порівнянні з респондентами, які не мають такого досвіду/не змогли відповісти.

▪ **Фактори, які можуть ускладнювати роботу з представниками груп ризику у сприйнятті надавачів ПМД.** Фактори, які можуть ускладнювати роботу з пацієнтами груп ризику, в рамках надання їм медичних послуг, можна розділити на дві основних групи: а) фактори, які пов'язані з особливостями поведінки пацієнтів та її сприйняття надавачами ПМД; б) фактори, пов'язані з особливостями функціонування системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів в тому числі. Згідно з результатами дослідження, серед першої групи найбільшою значимістю наділяються фактори, пов'язані з можливостями та ставленням пацієнтів до лікування: низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування (85%); низька платоспроможність пацієнтів, а саме відсутність можливості придбання необхідних для лікування препаратів (80%).

До найбільш значимих факторів другої групи, які можуть ускладнювати надання медичних послуг представникам груп ризику, належать ті, які пов'язані з: а) недостатністю кількості часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (83%); б) надмірним робочим навантаженням надавачів ПМД (79%).

▪ **Готовність взаємодіяти з різними категоріями пацієнтів, в тому числі з представниками груп ризику.** В рамках реалізації дослідження була здійснена адаптація «шкали соціальної дистанції» Богардуса, яка дала можливість вимірювання рівня «внутрішньої дистанції» надавачів ПМД щодо окремих категорій пацієнтів. В ході опитування респондентам пропонувалося оцінити, в якій мірі вони готові

взаємодіяти з різними категоріями пацієнтів. В подальшому, на основі отриманих оцінок, щодо до кожної з категорій був розрахований індекс «внутрішньої дистанції» з боку надавачів ПМД. Індекс вимірюється за шкалою від 1 до 5, де «1» інтерпретується як високий рівень відкритості щодо тієї чи іншої категорії пацієнтів, «2» - середній рівень відкритості, «3» - низький рівень відкритості, «4» - прагнення до відособленості, «5» - прагнення до ізоляції.

В цілому, отримані значення індексу демонструють, що надавачам ПМД характерний різний рівень відкритості щодо всіх досліджуваних категорій пацієнтів, в рамках надання їм медичних послуг, при цьому прагнення до відособленості або до ізоляції від досліджуваних груп пацієнтів серед лікарів не демонструється. В той же час, варто зазначити дещо більшу «внутрішню дистанційованість» від пацієнтів груп ризику, у порівнянні з іншими категоріями пацієнтів.

Найвищий рівень відкритості надавачів ПМД зафіксований щодо до людей з інвалідністю (значення індексу – 1,47 бали), осіб похилого віку (значення індексу склало 1,52 бали) та внутрішньо переміщених осіб (значення індексу – 1,54 бали). Найменшою відкритістю лікарі характеризуються у своєму ставленні до споживачів ін'єкційних наркотиків (значення індексу – 2,38 бали).

❖ **ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПАЦІЄНТАМ З ДІАГНОЗОМ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ В ЦІЛОМУ.** В результаті застосування адаптованої шкали Богардуса для вимірювання готовності до надання медичних послуг пацієнтам з діагнозом соціально небезпечних захворювань, зазначається, що найменший рівень «внутрішньої дистанції» серед надавачів ПМД демонструється у ставленні до пацієнтів з діагнозом вірусних гепатитів типу С без додаткових ускладнень та типу В (значення індексу відкритості – 1,99 та 2,04 бали відповідно). Від пацієнтів з діагнозом туберкульозу та ВІЛ-інфекції лікарі дистанційовані дещо в більшій мірі, але в цілому «прагнення до ізоляції» лікарів від досліджуваних груп пацієнтів не демонструється. При цьому, варто зазначити, що у ставленні до пацієнтів з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням, демонструється швидше «прагнення до відособленості» (значення індексу склало 3,15 бали).

❖ **САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ.** Загалом рівень готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань пов'язаний з рівнем обізнаності щодо особливостей надання кожної з них. Так, серед лікарів, які добре оцінюють свої знання щодо надання тієї чи іншої послуги, рівень готовності надавати ці послуги значно вищий, у порівнянні з рівнем готовності лікарів, які переконані в недостатності своїх знань.

Серед надавачів ПМД демонструється вища обізнаність та готовність надавати послуги профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів, у порівнянні з готовністю надавати послуги лікування цих захворювань.

■ **Самооцінка обізнаності та готовність надавачів ПМД надавати послуги профілактики соціально небезпечних захворювань.** Практично щодо до всіх послуг профілактики, які були винесені для оцінки в рамках дослідження, більше

половини лікарів добре оцінюють свої знання щодо порядку їх надання. Разом із тим, понад половина респондентів стверджують, що вони в цілому готові до надання більшості цих послуг в рамках своєї медичної практики³.

Виключенням є послуги, які пов'язані з медикаментозною профілактикою ВІЛ-інфекції та туберкульозу, стосовно яких серед лікарів демонструється нижчий рівень обізнаності та готовності щодо їх надання. Стверджують, що недостатньо обізнані/не обізнані щодо особливостей проведення медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції та туберкульозу 60% та 55% респондентів. В рамках оцінки готовності щодо надання цих послуг, зафіксовано, що майже половина надавачів ПМД в цілому не готові проводити медикаментозну профілактику ВІЛ-інфекції та туберкульозу (44% та 42% відповідно), і приблизно такі ж частки опитаних в цілому готові надавати ці послуги (38% та 41% відповідно).

■ **Самооцінка обізнаності та готовність надавачів ПМД надавати послуги лікування соціально небезпечних захворювань.** В контексті послуг лікування соціально небезпечних захворювань, серед надавачів ПМД найвищий рівень обізнаності та готовності до надання демонструється стосовно послуг, пов'язаних з консультуванням з питань прихильності до лікування ВІЛ-інфекції (50% респондентів стверджують, що добре обізнані щодо надання послуги, 53% - в цілому готові її надавати), туберкульозу (60% респондентів стверджують, що добре обізнані щодо надання послуги, 56% - в цілому готові її надавати) та вірусних гепатитів (64% респондентів стверджують, що добре обізнані щодо надання послуги, 62% - в цілому готові її надавати).

В найменшій мірі надавачі ПМД обізнані та готові надавати послуги, пов'язані з призначенням та вибором схеми лікування ВІЛ-інфекції (78% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо надання послуги, 60% - в цілому не готові її надавати), туберкульозу (72% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо надання послуги, 55% - в не цілому готові її надавати) та вірусних гепатитів (63% та 64% респондентів стверджують, що недостатньо обізнані щодо призначення лікування вірусного гепатиту типу В та типу С відповідно, 43% і 44% відповідно – не готові надавати ці послуги).

❖ **САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЗПТ В РАМКАХ ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ.** Отримані результати демонструють, що готовність надавати ту чи іншу послугу ЗПТ вища серед лікарів, які стверджують, що добре обізнані стосовно їх надання. При цьому, серед опитаних лікарів, в цілому зафіксована низька обізнаність та готовність до надання всіх послуг ЗПТ в рамках лікування пацієнтів з наркозалежністю. Переважна більшість респондентів (79% і більше) стверджують, що вони недостатньо обізнані/необізнані взагалі щодо надання кожної з послуг ЗПТ, які були винесені для оцінки в рамках дослідження. В той же час, серед більш ніж половини респондентів демонструється неготовність надавати ці послуги - показники неготовності варіюються від 63% (проведення консультування пацієнтів з питань ресоціалізації та прихильності до лікування) до 77% (призначення необхідної дози препарату та її подальшого коригування).

³ До переліку цих послуг належать: розповсюдження роздаткових матеріалів, консультування щодо профілактики ВІЛ, ТБ та ВГ, проведення до-/післятестового консультування та тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів, проведення профілактичного огляду на ТБ, проведення скринінгу на ВГ з використанням швидких тестів.

В цілому, серед надавачів ПМД демонструється відсутність однозначних уявлень щодо послуг ЗПТ в рамках лікування наркозалежності⁴. Третина опитаних переконані, що послуги ЗПТ не сприяють лікуванню наркозалежності, але їх надання є необхідним методом профілактики ВІЛ та ВГ (33%). В той же час, майже в рівній мірі розподілились думки лікарів, які вважають, що ЗПТ є ефективним методом лікування наркозалежності, та лікарів, які вважають, що послуги ЗПТ не лікують наркозалежності і лише є заміною одного наркотика на інший (24% та 21% відповідно). Не змогли відповісти на запитання 15% респондентів.

❖ **САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ В РАМКАХ ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.**

Щодо всіх послуг лікування паліативних хворих, оцінка яких здійснювалась в рамках опитування, демонструється висока обізнаність надавачів ПМД щодо надання цих послуг пацієнтам в рамках своєї медичної практики (80%-86% респондентів стверджують, що добре обізнані щодо надання тієї чи іншої послуги)⁵. Рівень готовності надавати всі досліджувані послуги лікування паліативних хворих також характеризується як високий – від 82% до 86% респондентів в цілому готові надавати ту чи іншу послугу.

❖ **ФАКТОРИ МОТИВАЦІЇ НАДАВАЧІВ ПМД ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.** В контексті факторів підвищення мотивації надавачів ПМД варто зазначити, що застосування тих чи інших заохочень в більшій мірі може бути ефективним в рамках підвищення готовності до надання послуг лікування паліативних хворих (лише 14% респондентів вказали, що жоден з факторів не зміг би підвищити їх мотивацію) та послуг профілактики соціально небезпечних захворювань в цілому (23% респондентів вказали, що жоден з факторів не зміг би підвищити їх мотивацію), дещо в меншій мірі - до надання послуг лікування вірусних гепатитів (37% респондентів вказали, що жоден з факторів не зміг би підвищити їх мотивацію). В контексті готовності лікарів до надання послуг лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу, а також послуг ЗПТ додаткові заохочення меншою мірою можуть підвищити цю готовність: жоден з факторів не зміг би підвищити готовність лікарів до надання послуг ЗПТ (53%), послуг лікування ВІЛ-інфекції (46%) та туберкульозу (43%).

В той же час, варто відзначити, що ключовим мотиватором до надання більшості з видів послуг є матеріальний фактор. Так, додаткова оплата праці могла б мотивувати більшість надавачів ПМД до надання послуг профілактики ВІЛ, ТБ та ВГ (62%) та лікування паліативних хворих (69%). Дещо менша частка респондентів вказали зазначений фактор як такий, що міг би мотивувати їх до надання послуг лікування вірусних гепатитів (49%), туберкульозу (46%) та ВІЛ-інфекції (42%) та ЗПТ (37%).

⁴ До переліку цих послуг належать: призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому, щоденна видача і контроль прийому препаратів, видача препаратів для самостійного прийому строком на 10 днів, виписка рецепту для самостійної покупки препаратів ЗПТ, консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ та консультування з питань ресоціалізації та формування прихильності до лікування.

⁵ До переліку цих послуг належать: призначення лікарських засобів для купіювання болю (включаючи призначення наркотичних лікарських засобів), знеболення з використанням наркотичних анальгетиків, періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, консультування та психологічна підтримка, симптоматичне лікування.

❖ **СПРИЙНЯТТЯ НАДАВАЧАМИ ПМД СПІВПРАЦІ З НЕМЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ В РАМКАХ НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ.** Результати дослідження демонструють, що більшість лікарів (в цілому 87%), вважають в певній мірі доцільним залучення немедичних працівників (соціальних працівників, представників профільних ГО) до співпраці з надавачами ПМД в рамках надання окремих послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих. Найбільшу доцільність лікарі вбачають в залученні немедичних працівників до розповсюдження друкованих матеріалів, безкоштовних шприців, презервативів, лубрикантів і т.п. (94%). Найменшу доцільність залучення медпрацівників лікарі вбачають щодо надання послуг, які пов'язані з видачею пацієнтам та контролем прийому препаратів для лікування ВІЛ-інфекції (57%), туберкульозу (56%) та ЗПТ (55%).

Більшість респондентів, які вважають доцільним залучення немедичних працівників, особисто готові співпрацювати з ними на умовах делегування частини обов'язків лікаря при окремому державному фінансуванні оплати праці немедичного працівника (64%). Менш прийнятною для надавачів ПМД є співпраця з немедичними працівниками на умовах делегування частини обов'язків лікаря, які передбачають додаткове державне фінансування для оплати праці лікаря, при частковому розподілі цих коштів, погодився б приблизно кожен четвертий опитаний (24%).

В якості основних вимог до кандидатури немедичного працівника, який може бути залучений до співпраці з надавачами ПМД, є проходження сертифікаційних курсів щодо роботи з групами ризику/особами, що мають діагноз соціально небезпечних захворювань (69%) та наявність у немедичного працівника профільної освіти (51%).

❖ **ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ НАДАВАЧІ ПМД ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ВЛАСНИХ ЗНАНЬ В РАМКАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ.** В якості ключових джерел інформації, які використовуються надавачами ПМД для поглиблення власних знань щодо особливостей надання тих чи інших послуг, а також щодо реформування системи охорони здоров'я, можна виділити офіційний сайт МОЗ (67%) та конференції, тренінги і курси підвищення кваліфікації (61%).

До основних джерел інформації/заходів, до яких потенційно готові долучатися надавачі ПМД для поглиблення власних знань в рамках професійної діяльності, належать конференції за участю профільних спеціалістів (63%) та практичні тренінги, семінари і майстер класи з вивченням реальних випадків (58%). При цьому варто зазначити, що в найменшій мірі надавачі ПМД зацікавлені в заходах/джерелах інформації, які передбачають дистанційовану участь: відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів (21%) та самостійний пошук і вивчення інформації (самоосвіта) (17%). Окрім того, опитані лікарі висловлюють низьку готовність до участі у стажуванні на клінічних базах (16%).

РОЗДІЛ 1. СПРИЙНЯТТЯ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ОКРЕМИМ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА ПАЦІЄНТАМ ГРУП РИЗИКУ

1.1. СПРИЙНЯТТЯ ОСОБЛИВОСТЕЙ РОБОТИ З ОКРЕМИМИ КАТЕГОРІЯМИ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА З ПРЕДСТАВНИКАМИ ГРУП РИЗИКУ

Одним із завдань в рамках дослідження було вивчення особливостей сприйняття та готовності надавачів ПМД надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику. Для вирішення даного завдання в опитувальник було включено ряд запитань щодо особливостей роботи з зазначеною групою пацієнтів.

З метою перевірки гіпотези про те, що робота з групами ризику в рамках надання їм медичних послуг, сприймається надавачами ПМД як ускладнена, респондентам задавалося запитання відкритого типу стосовно категорій пацієнтів, з якими їм найскладніше працювати.

Отримані результати демонструють, що, у сприйнятті надавачів ПМД, до категорій пацієнтів, робота з якими є ускладненою, належать не лише пацієнти груп ризику, а й інші категорії населення, які потребують особливої уваги.

Так, до груп ризику, з представниками яких лікарям найскладніше працювати у порівнянні з іншими, належать особи, що зловживають алкоголем (32%) та наркозалежні особи/споживачі ін'єкційних наркотиків (25%). Серед інших категорій населення, робота з якими є найскладнішою у сприйнятті опитаних лікарів, виділяються люди похилого віку (22%), пацієнти з психоневрологічними захворюваннями (16%), діти та підлітки (13%) (Див. Табл. 1).

Таблиця 1. Категорії пацієнтів, робота з якими є найскладнішою у сприйнятті надавачів ПМД (у % до тих, хто відповів)	
Особи, що зловживають алкоголем	32
Наркозалежні/споживачі ін'єкційних наркотиків	25
Люди похилого віку/пенсіонери	22
Пацієнти з психоневрологічними захворюваннями/психічно хворі пацієнти	16
Діти/підлітки	13
Емоційно невірноважені/пацієнти з неадекватною поведінкою	12
Безпритульні особи	11
Соціально-незахищені категорії населення	9
Роми/представники циганської общини	9
Пацієнти з онкологічними захворюваннями	8
Пацієнти з діагнозом ТБ	6
Асоціальні категорії/елементи	6
ВІЛ-інфіковані пацієнти	5
Особи звільнені з місць позбавлення волі	4
Люди з обмеженими можливостями/інваліди	3
Внутрішньо переміщені особи/переселенці	3
Важкі хворі/паліативні хворі	3
Інші категорії пацієнтів	18
Не змогли відповісти	13

Згідно з результатами дослідження, усі опитані надавачі ПМД мають досвід роботи з представниками тих чи інших груп ризику, в рамках надання їм медичних послуг. Так, в найбільшій мірі лікарі стикаються з особами, що зловживають алкоголем (92%), а також з особами, що звільнені з місць позбавлення волі (74%). Дещо в меншій мірі надавачі ПМД в свої медичній практиці стикаються з необхідністю надавати послуги таким групам ризику як споживачі ін'єкційних наркотиків (58%), безпритульні особи (57%), роми (55%) та іммігранти і біженці з країн з високою захворюваністю на туберкульоз (47%) (Див. Діагр. 1).

Окрім того варто зазначити, що серед груп ризику, з якими стикаються надавачі ПМД, виділяється дві «латентні» категорії, оскільки на думку лікарів, їх представники приховують свій статус. До цих категорій належать: а) робітники (-ці) комерційного сексу (11% респондентів стверджують, що стикаються з даною категорією пацієнтів, 45% - не змогли сказати чи стикаються з даною категорією пацієнтів, оскільки її представники приховують свій статус); б) чоловіки, що мають секс з чоловіками (8% респондентів стверджують, що стикаються з даною категорією пацієнтів, 55% - не змогли сказати чи стикаються з даною категорією пацієнтів, оскільки її представники приховують свій статус) (Див. Діагр. 1).

Діаграма 1. Наявність досвіду роботи у надавачів ПМД з пацієнтами груп ризику в рамках надання їм медичних послуг (в % до тих, хто відповів)



Результати дослідження демонструють, що в уявленні більшості надавачів ПМД найскладнішою є робота представниками такої групи ризику як особи, що зловживають алкоголем (52%). Дещо в меншій мірі, на думку лікарів, труднощі виникають в рамках роботи зі споживачами ін'єкційних наркотиків (33%). Найменше труднощів, у сприйнятті лікарів, виникає з такими групами ризику як робітники (-ці) комерційного сексу та чоловіки, що мають секс з чоловіками. Це може бути обумовлено відсутністю серед лікарів чітких уявлень про поведінку представників даних груп пацієнтів, оскільки вони схильні приховувати свій статус (Див. Діагр. 2).

Діаграма 2. Групи ризику, робота з якими у сприйнятті надавачів ПМД є найскладнішою (в % до тих, хто відповів)



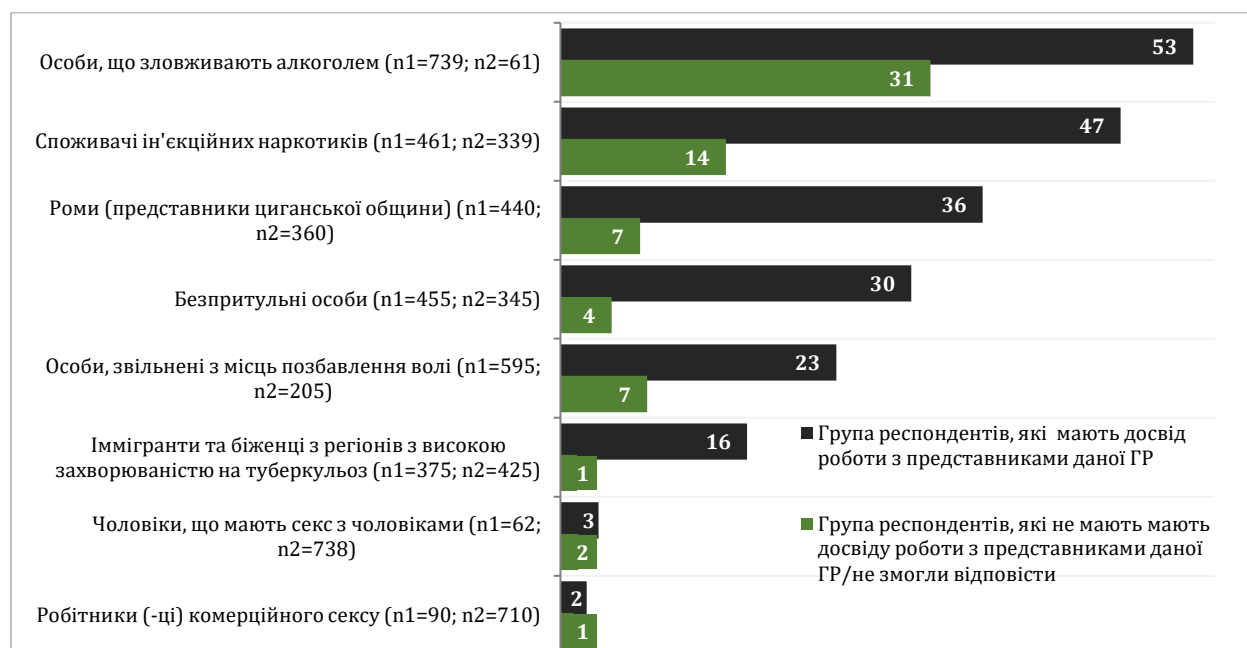
В рамках додаткового аналізу був виявлений статистично значимий зв'язок між наявністю досвіду надання медичних послуг представникам тієї чи іншої групи ризику та сприйняттям цієї групи як такої, робота з якою є найскладнішою⁶.

Отримані результати демонструють, що лікарі, які мають досвід роботи з представниками тієї чи іншої групи ризику значно в більшій мірі схильні вказувати ці групи як такі, з якими працювати найскладніше, у порівнянні з респондентами, які не мають такого досвіду/не змогли відповісти на запитання: а) особи, що зловживають алкоголем (53% і 31%⁷ респондентів відповідно); б) споживачі ін'єкційних наркотиків (47% і 14% респондентів відповідно); в) роми (36% і 7% респондентів відповідно); г) безпритульні відсотки (30% і 4% респондентів відповідно); д) особи звільнені з місць позбавлення волі (23% і 7% респондентів відповідно); ж) іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз (16% і 1% респондентів відповідно) (Див. Діагр. 2.1).

⁶ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

⁷ Даний показник має похибку вибірку +/-10%, що обумовлено недостатнім для аналізу об'ємом підвибірки ($n=61$).

Діаграма 2.1. Групи ризику, робота з якими у сприйнятті надавачів ПМД є найскладнішою в уявленні надавачів ПМД, які мають різний досвід роботи з представниками тієї чи іншої групи ризику (в % до тих, хто відповів)



В контексті факторів, які можуть ускладнювати роботу з групами ризику в рамках надання їм медичних послуг, виділяється дві основних групи: а) фактори, які пов'язані з особливостями поведінки пацієнтів та її сприйняття надавачами ПМД; б) фактори, пов'язані з особливостями функціонування системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів в тому числі. Загалом, обидві групи факторів приблизно в рівній мірі сприймаються надавачами ПМД як такі, які ускладнюють роботу з групами ризику.

Згідно з результатами дослідження, серед першої групи факторів, найбільшою значимістю наділяються такі як: а) відмова/низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування (в цілому 85%); б) низька платоспроможність пацієнтів (в цілому 80%). Дещо в меншій мірі, згідно з уявленнями надавачів ПМД, робота з групами ризику може бути ускладнена факторами, пов'язаними з: а) проявами агресивної поведінки з лікарем (в цілому 73%); б) підвищеним ризиком інфікування медпрацівника ВІЛ-інфекцією/туберкульозом (в цілому 68%); в) відчуттям психологічного дискомфорту при роботі з пацієнтами груп ризику (в цілому 57%) (Див. Табл. 2).

Серед переліку факторів, що належать до другої групи, найбільшою значимістю в контексті ускладнення роботи з пацієнтами груп ризику, виділяються: а) недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (в цілому 83%); б) надмірне навантаження надавачів ПМД (в цілому 79%). Дещо меншою значимістю надавачами ПМД характеризуються наступні фактори: а) відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів груп ризику (в цілому 63%); б) відсутність достатньої кількості профільних фахівців (в цілому 54%); в) недостатнє матеріальне забезпечення установ ПМД засобами, необхідними для роботи з групами ризику (в цілому 49%) (Див. Табл. 2).

Таблиця 2. Фактори, які можуть ускладнювати роботу з пацієнтами груп ризику у сприйнятті надавачів ПМД (у % до тих, хто відповів)

		В цілому ускладнює роботу з ГР	Наскільки ускладнює роботу з ГР, настільки й ні	В цілому не ускладнює роботу з ГР
Фактори, які пов'язані з особливостями поведінки пацієнтів та її сприйняття надавачами ПМД	Відмова/низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування	85	7	8
	Низька платоспроможність пацієнтів	80	11	9
	Прояви агресивної поведінки з лікарем	73	12	15
	Підвищений ризик інфікування медпрацівника (ВІЛ-інфекцією/ туберкульозом)	68	18	14
	Відчуття психологічного дискомфорту при роботі з пацієнтами груп ризику	57	20	23
Фактори, пов'язані з особливостями функціонування системи охорони здоров'я та умовами праці лікарів в тому числі	Недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (12 хв.)	83	8	9
	Надмірне навантаження надавачів ПМД	79	9	12
	Відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів груп ризику	63	13	24
	Відсутність достатньої кількості профільних фахівців (інфекціоністів, фтизіатрів)	54	11	35
	Недостатнє матеріальне забезпечення установ ПМД засобами, необхідними для роботи з групами ризику	49	11	40

1.2. ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ОКРЕМИМ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ, ЗОКРЕМА ПРЕДСТАВНИКАМ ГРУП РИЗИКУ

З метою вимірювання готовності надавачів ПМД надавати медичні послуги окремим категоріям пацієнтів в межах дослідження, була здійснена адаптація «шкали соціальної дистанції» Богардуса відповідно до завдань дослідження. Адаптована методика дає можливість вимірювання рівня «внутрішньої дистанції» надавачів ПМД щодо окремих категорій пацієнтів.

В рамках проведення дослідження респондентам ставилося питання щодо того, в якій мірі вони особисто готові взаємодіяти з різними категоріями пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг. В якості варіантів відповідей була розроблена 5-ти бальна шкала, кожна наступна градація якої описує зменшення готовності надавача ПМД надавати послуги представникам тієї чи іншої категорії пацієнтів.

1 – високий рівень відкритості: готові надавати всі послуги, починаючи від послуг, які не передбачають фізичного контакту і закінчуючи послугами, які передбачають маніпуляційні процедури (введення ін'єкцій, забір біологічного матеріалу і т.п.);

2 - середній рівень відкритості: готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження (пальпація, перкусія, і т.п.), але не передбачають маніпуляційних процедур (введення ін'єкцій, забір біологічного матеріалу і т.п.);

3 – низький рівень відкритості: готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження/маніпуляційних процедур (проконсультувати, направити до профільного спеціаліста і т.п.);

4 – прагнення до відособленості: готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому вони працюють, але не готові з ними контактувати/надавати їм послуги;

5 - прагнення до ізоляції: не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому працюють.

Результати дослідження демонструють, що в контексті готовності надавати медичні послуги, надавачі ПМД в більшій мірі дистанційовані від представників груп ризику, у порівнянні з іншими категоріями населення, які потребують особливої уваги. Так, більше половини опитаних лікарів стверджують, що готові надавати всі необхідні послуги (починаючи від послуг, які не передбачають фізичного контакту і

закінчуючи послугами, які передбачають маніпуляційні процедури) практично всім досліджуваним категоріям пацієнтів, які не належать до груп ризику (показник варіюється від 52% до 69% респондентів). Надавачі ПМД висловлюють найбільшу готовність надавати послуги людям з інвалідністю (69%), особам похилого віку (67%) та внутрішньо переміщеним особам (64%) (Див. Табл. 3).

Виключенням серед досліджуваних категорій пацієнтів, які не належать до груп ризику, є трансгендери, для яких всі необхідні послуги готові надавати менше половини опитаних надавачів ПМД (42%). Більше чверті респондентів готові надавати трансгендерам лише ті послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження (27%), 15% респондентів – готові надавати лише ті послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом. Частка надавачів ПМД, які не готові надавати послуги цій категорії пацієнтів в цілому склала 16% (7% - готові бачити цих пацієнтів в медзакладі, але не готові надавати їм послуги та 9% - не готові бачити цих пацієнтів в медзакладі, в якому працюють). Варто зазначити, що рівень готовності надавачів ПМД надавати медичні послуги трансгендерам схожий на рівень їх готовності надавати послуги представникам груп ризику. Це свідчить про те, що надавачі ПМД характеризуються приблизно однаковим рівнем дистанційованості від трансгендерів та різних груп ризику (Див. Табл. 3).

Рівень готовності лікарів надавати всі необхідні медичні послуги (починаючи від послуг, які не передбачають фізичного контакту і закінчуючи послугами, які передбачають маніпуляційні процедури) представникам груп ризику варіюється в межах 28%-34% (Див. Табл. 3).

Варто зазначити, що серед надавачів ПМД найвищий рівень дистанційованості демонструється до таких груп ризику як: а) споживачі ін'єкційних наркотиків (в цілому 20% респондентів не готові контактувати з пацієнтами даної категорії, зокрема надавати їм медичні послуги); б) чоловіки, що мають секс з чоловіками (в цілому 19% респондентів не готові контактувати з пацієнтами даної категорії, зокрема надавати їм медичні послуги) в) робітники (-ці) комерційного сексу (в цілому 18% респондентів не готові контактувати з пацієнтами даної категорії, зокрема надавати їм медичні послуги). Дещо в меншій мірі, в контексті надання медичних послуг, надавачі ПМД дистанційовані від безпритульних осіб та ромів (в цілому 16% респондентів не готові контактувати з пацієнтами зазначених груп ризику, зокрема надавати їм медичні послуги) (Див. Табл. 3).

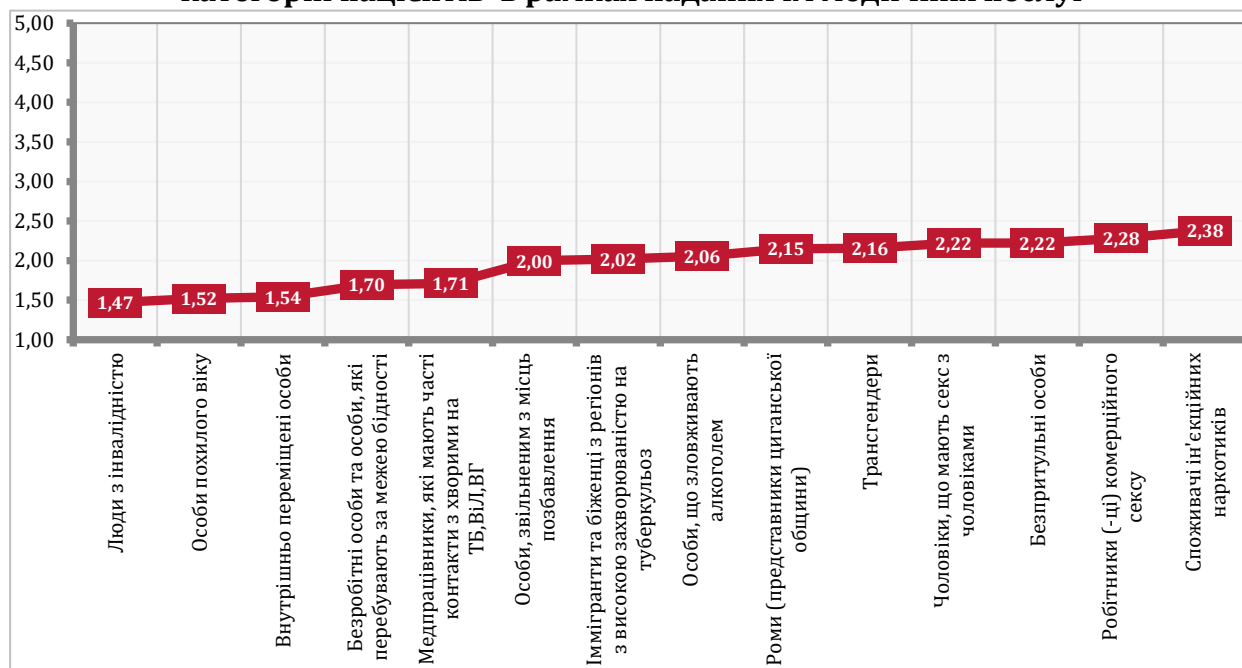
Таблиця 3. Готовність надавачів ПМД надавати медичні послуги окремим категоріям пацієнтів, в тому числі представникам груп ризику (у % до тих, хто відповів)

		Готові надавати всі необхідні послуги	Готові надавати лише ті послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження	Готові надавати лише ті послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом	Готові бачити цих пацієнтів в медзакладі, але не готові надавати їм послуги	Не готові бачити цих пацієнтів в медзакладі, в якому працюють
Окремі категорії пацієнтів, які не належать до груп ризику	Люди з інвалідністю	69	22	4	2	3
	Особі похилого віку	67	22	5	3	3
	Внутрішньо переміщені особи	64	25	6	3	2
	Медпрацівники, які контактують з хворими на ТБ/ВІЛ	56	27	9	4	4
	Безробітні особи та особи за межею бідності	52	34	9	3	2
	Трансгендери	42	27	15	7	9
Групи ризику	Імігранти з регіонів з високою захворюваністю на ТБ	43	31	14	6	6
	Особі, звільнені з місць позбавлення волі	42	31	17	6	4
	Люди, що зловживають алкоголем	41	30	17	7	5
	Чоловіки, що мають секс з чоловіками	39	28	14	8	11
	Роми (представники циганської общини)	39	30	15	9	7
	Робітники (-ці) комерційного сексу	36	29	17	8	10
	Безпритульні особи	33	34	17	9	7
	Споживачі ін'єкційних наркотиків	32	29	19	8	12

На основі отриманих оцінок готовності надавати послуги представникам кожної з груп пацієнтів, був розрахований індекс «внутрішньої дистанції» з боку надавачів ПМД. Індекс був розрахований як середній бал готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу, і вимірюється за шкалою від 1 до 5, де «1» інтерпретується як високий рівень відкритості щодо тієї чи іншої категорії пацієнтів, «2» - середній рівень відкритості, «3» - низький рівень відкритості, «4» - прагнення до відособленості, «5» - прагнення до ізоляції.

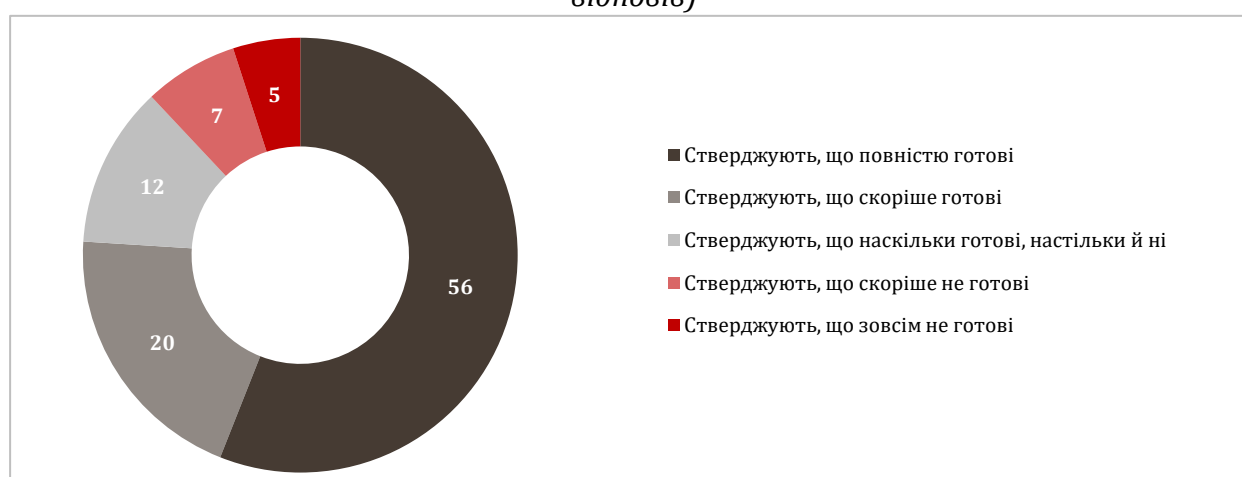
Значення індексу для досліджуваних категорій пацієнтів демонструє, що в цілому надавачам ПМД характерна відкритість до пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг. Прагнення до відособленості або до ізоляції від окремих груп пацієнтів серед лікарів не демонструється. Найвищий рівень відкритості серед лікарів зафіксований щодо людей з інвалідністю (значення індексу склало 1,47 бали), осіб похилого віку (значення індексу склало 1,52 бали) та внутрішньо переміщених осіб (значення індексу склало 1,54 бали). Найменшою відкритістю лікарі характеризуються у своєму ставленні до споживачів ін'єкційних наркотиків (значення індексу склало 2,38 бали) (Див. Діагр. 3).

Діаграма 3. Індекс «внутрішньої дистанції» надавачів ПМД до окремих категорій пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг



Оскільки важливим напрямком в рамках роботи лікарів з пацієнтами груп ризику є реабілітація та взаємодія з соціальними службами, одним із завдань в рамках дослідження було вивчення готовності надавачів ПМД займатися перенаправленням представників груп ризику до соціальних служб та центрів реабілітації. Результати дослідження демонструють, що більшість опитаних лікарів в цілому готові надавати дану послугу в рамках медичного обслуговування пацієнтів, які належать до груп ризику (в цілому 76%). В рівній мірі 12% респондентів висловили неготовність до надання даної послуги та не змогли дати однозначної відповіді (Див. Діагр. 4).

Діаграма 4. Готовність надавачів ПМД займатися перенаправленням пацієнтів груп ризику до соціальних служб та центрів реабілітації (у % до тих, хто відповів)



РОЗДІЛ 2. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ

Для вимірювання готовності надавачів ПМД надавати медичні послуги пацієнтам, яким встановлений діагноз соціально небезпечних захворювань (ВІЛ-інфекції, туберкульозу, вірусних гепатитів) була використана адаптована шкала Богардуса⁸. Адаптована методика дозволяє виміряти рівень «внутрішньої дистанції» надавачів ПМД щодо зазначених категорій пацієнтів.

З метою вивчення готовності надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих респондентам задавалося питання стосовно того, наскільки вони особисто готові до надання:

- окремих послуг профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів;
- окремих послуг в рамках лікування ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів;
- окремих послуг ЗПТ в рамках лікування наркозалежності;
- окремих послуг в рамках лікування паліативних хворих.

В рамках розробки інструментарію був сформований перелік зазначених послуг. В ході проведення опитування респондентам пропонувалось оцінити за 5-бальною шкалою (1 – зовсім не готові; 5 – повністю готові) наскільки вони готові або не готові надавати кожен із них.

Окрім того, в рамках опитування респондентам пропонували оцінити власну обізнаність щодо особливостей надання кожної з досліджуваних послуг. Самооцінка надавачами своїх знань здійснювалась за 3-бальною шкалою, де: 1 – взагалі не обізнаний щодо надання послуги; 2 – щось знаю/чув щодо надання послуги, але потребують більше інформації; 3 – добре обізнаний щодо надання послуги. В подальшому це дало можливість здійснити перевірку гіпотези про те, що готовність надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу пов'язана з їх обізнаністю щодо надання цих послуг.

Для перевірки гіпотези був здійснений додатковий аналіз, який передбачав виокремлення двох груп респондентів: а) респонденти, які стверджують, що добре обізнані щодо надання тієї чи іншої послуги; б) респонденти, які стверджують, що недостатньо обізнані/не обізнані щодо надання тієї чи іншої послуги. Далі перевірка гіпотези передбачала порівняння рівня готовності надавати ту чи іншу послугу серед представників двох виділених груп.

⁸ Адаптована шкала Богардуса також застосована для вимірювання готовності надавачів ПМД надавати медичні послуги окремим категоріям пацієнтів і описана в Розділі 1. Детальний опис адаптованої шкали дивіться на ст. 17 даного документу.

2.1. ГОТОВНІСТЬ НАДАВАТИ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ КАТЕГОРІЯМ ПАЦІЄНТІВ З ДІАГНОЗОМ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ)

Загалом, згідно з отриманими результатами, найменший рівень дистанційованості надавачів ПМД зафіксований у ставленні до пацієнтів з діагнозом вірусних гепатитів, у порівнянні з пацієнтами з діагнозом ВІЛ-інфекції та туберкульозу.

Результати дослідження показують, що серед надавачів ПМД демонструється рівноцінна готовність надавати медичні послуги пацієнтам з діагнозом вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень та пацієнтам з діагнозом вірусного гепатиту В. Готовність надавати всі необхідні послуги (починаючи від послуг, які не передбачають фізичного контакту і закінчуючи послугами, які передбачають маніпуляційні процедури) пацієнтам з діагнозом гепатиту С та В серед 39% та 37% опитаних надавачів ПМД відповідно. В цілому більше половини респондентів зазначили, що готові надавати послуги які передбачають консультування та фізикальне обстеження/лише консультування пацієнтам з діагнозом вірусного гепатиту С та В (52% та 53% відповідно). Неготовність надавати будь-які послуги пацієнтам з діагнозом вірусних гепатитів С та В демонструється в цілому серед 9% та 10% респондентів відповідно (Див. Діагр. 5).

Дещо в меншій мірі надавачі ПМД готові надавати всі необхідні послуги (починаючи від послуг, які не передбачають фізичного контакту і закінчуючи послугами, які передбачають маніпуляційні процедури) ВІЛ-інфікованим пацієнтам. При цьому варто зазначити, що готовність працювати з пацієнтами з діагнозом ВІЛ без імуносупресії, в рамках надання їм медичних послуг, дещо вища у порівнянні з готовністю, яка демонструється у ставленні до пацієнтів з ВІЛ з імуносупресією.

Так, приблизно чверть респондентів зазначили, що готові надавати всі необхідні послуги пацієнтам з діагнозом ВІЛ без імуносупресії (28%) та пацієнтам з діагнозом ВІЛ з імуносупресією (22%). Готовність надавати послуги, які не передбачають маніпуляційних процедур (лише фізикальне обстеження та консультування/лише консультування) пацієнтам з ВІЛ без імуносупресії демонструється серед 56% опитаних лікарів, пацієнтам з ВІЛ з імуносупресією – серед 57% респондентів. При цьому варто зазначити, що в цілому 16% опитаних лікарів не готові контактувати з ВІЛ-інфікованими пацієнтами без імуносупресії в рамках своєї медичної практики, в цілому 21% - не готові надавати медичні послуги пацієнтам з ВІЛ з імуносупресією (Див. Діагр. 5).

Серед надавачів ПМД демонструється найнижча готовність надавати медичні послуги пацієнтам з діагнозом туберкульозу. При цьому готовність працювати з пацієнтами з діагнозом туберкульозу без бактеріовиділення (БК-), в рамках надання їм медичних послуг, рівноцінна готовності надавати послуги пацієнтам з діагнозом вірусних гепатитів. В той же час, найбільша дистанційованість лікарів демонструється саме до пацієнтів з бактеріовиділенням (БК+).

Результати дослідження демонструють, що серед опитаних надавачів ПМД 32% респондентів готові надавати всі необхідні послуги пацієнтам з діагнозом туберкульозу без бактеріовиділення, значно менше – пацієнтам з бактеріовиділенням (15%). Готовність надавати медичні послуги, які не

передбачають маніпуляційних процедур (лише фізикальне обстеження та консультування/лише консультування) пацієнтам з діагнозом туберкульозу без бактеріовиділення (БК-) демонструється серед 52% надавачів ПМД, пацієнтам, хворим на туберкульоз з бактеріовиділенням (БК+) – серед 44% респондентів. Не готові контактувати з пацієнтами, хворими на туберкульоз без бактеріовиділення, в рамках своєї медичної практики, в цілому 16% лікарів. В той же час з пацієнтами з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням не готові працювати 41% лікарів, з яких 28% стверджують, що не готові бачити дану категорію пацієнтів в медзакладі, в якому вони працюють (Див. Діагр. 5).

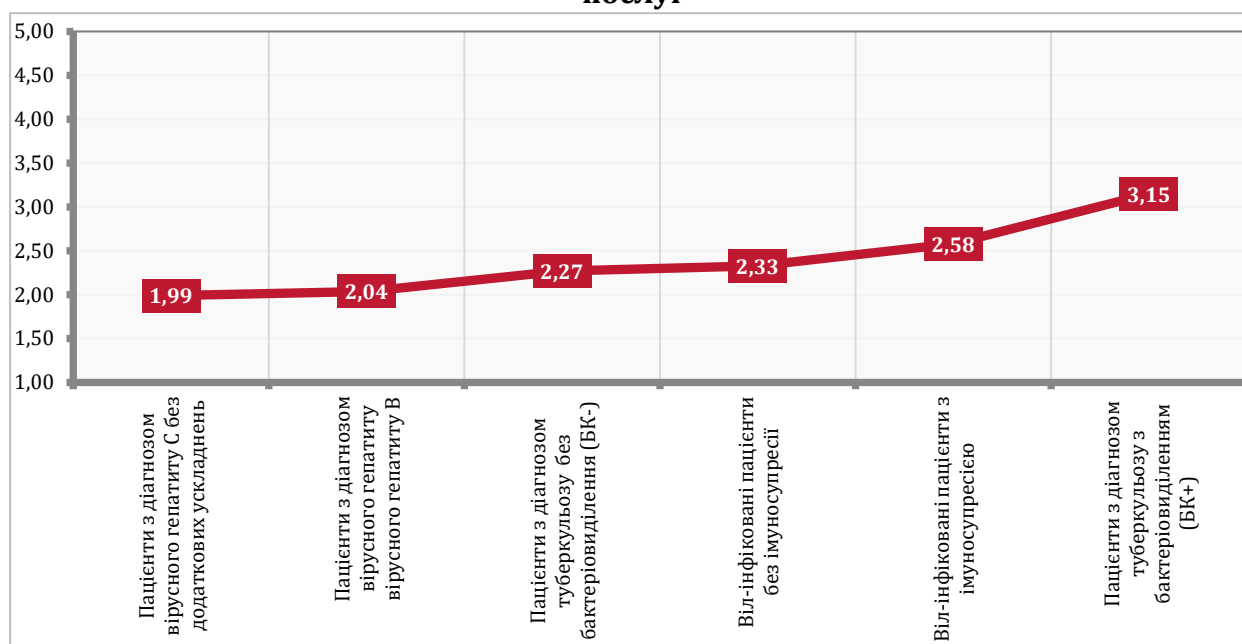
Діаграма 5. Готовність надавачів ПМД надавати медичні послуги пацієнтам з діагнозом ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів (у % до тих, хто відповів)



На основі отриманих оцінок готовності надавати послуги представникам кожної з груп пацієнтів був розрахований індекс «внутрішньої дистанції» з боку надавачів ПМД. Індекс був розрахований як середній бал готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу, і вимірюється за шкалою від 1 до 5, де «1» інтерпретується як високий рівень відкритості у ставленні до тієї чи іншої категорії пацієнтів, «2» - середній рівень відкритості, «3» - низький рівень відкритості, «4» - прагнення до відособленості, «5» - прагнення до ізоляції.

Згідно з отриманими значеннями індексу, варто зазначити, що практично до всіх категорій пацієнтів серед надавачів ПМД демонструється різний рівень відкритості. Найвищий рівень відкритості серед лікарів демонструється у ставленні до пацієнтів з діагнозом вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень (значення індексу склало 1,99 бали) та пацієнтів з діагнозом вірусного гепатиту В (значення індексу склало 2,04 бали). Виключенням є пацієнти з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням, щодо яких демонструється швидше «прагнення до відособленості» (значення індексу склало 3,15 бали). Прагнення до ізоляції від окремих груп пацієнтів серед лікарів не демонструється (Див. Діагр. 6).

Діаграма 6. Індекс «внутрішньої дистанції» надавачів ПМД щодо пацієнтів з діагнозом соціально небезпечних захворювань в рамках надання їм медичних послуг



2.2. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ)

Самооцінка обізнаності та готовності надавачів ПМД надавати послуги профілактики ВІЛ-інфекції. В результаті самооцінки обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання послуг профілактики ВІЛ-інфекції (які були запропоновані для оцінки) демонструється достатньо високий рівень знань щодо більшості з них. Більше половини респондентів стверджують, що вони мають достатньо знань щодо надання таких послуг як: а) консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції (80%); б) тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів (73%); в) проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ (69%). При цьому серед лікарів демонструється значно менша обізнаність щодо особливостей проведення медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції: 40% респондентів стверджують, що мають високий рівень знань стосовно надання даної послуги, приблизно така ж частка опитаних надавачів ПМД зазначають, що потребують більше знань (44%) (Див. Діагр. 7).

Діаграма 7. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг профілактики ВІЛ-інфекції (у % до тих, хто відповів)



Згідно з результатами дослідження, серед надавачів ПМД демонструється високий рівень готовності надавати більшість із послуг, які були запропоновані для оцінки в рамках опитування. Так, приблизно в рівній мірі більшість опитаних лікарів стверджують, що в цілому готові до: а) консультавання щодо профілактики ВІЛ-інфекції (в цілому 78%); б) проведення дотестового консультування (в цілому 70%); в) тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів (в цілому 69%) (Див. Діагр. 8). Варто відмітити, що в рамках оцінки власних знань щодо особливостей надання цих послуг, серед надавачів ПМД демонструється високий рівень обізнаності.

В найменшій мірі лікарі готові надавати послугу медикаментозної профілактики ВІЛ-інфекції в рамках своєї медичної практики: більше третини респондентів зазначили, що в цілому готові здійснювати медикаментозну профілактику ВІЛ (38%). При цьому майже половина респондентів в цілому не готові надавати пацієнтам дану послугу профілактики ВІЛ (44%) (Див. Діагр. 8).

Діаграма 8. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики ВІЛ-інфекції (у % до тих, хто відповів)



В рамках перевірки гіпотези стосовно того, що готовність надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу профілактики ВІЛ-інфекції пов'язана з їх обізнаністю щодо особливостей надання цих послуг, зафіксована наявність такого зв'язку⁹.

Отримані результати демонструють, що в контексті усіх послуг профілактики ВІЛ-інфекції, які були винесені для оцінки в рамках дослідження, частка готових надавати кожному з них вища серед тих, хто стверджує, що добре обізнаний щодо порядку їх надання. Так, консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції готові проводити 86% лікарів, які переконані в своїй обізнаності. В той же час, серед лікарів, які нижче оцінюють свою обізнаність щодо консультування в рамках профілактики ВІЛ-інфекції, готовність надавати цю послугу майже вдвічі менша (45%). Серед обох груп респондентів зафіксований аналогічний рівень готовності проводити дотестове та після тестове консультування (83% і 39% відповідно) та проводити тестування на ВІЛ (81% і 37% відповідно) (Див. Діагр. 9).

В контексті медикаментозної профілактики ВІЛ серед обох груп демонструється невисокий рівень готовності надавати цю послугу. При цьому, серед респондентів, які переконані в своїй обізнаності щодо особливостей її надання, демонструється вища готовність у порівнянні з респондентами, які стверджують, що недостатньо обізнані (56% і 26% відповідно) (Див. Діагр. 9).

Діаграма 9. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики ВІЛ-інфекції: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)

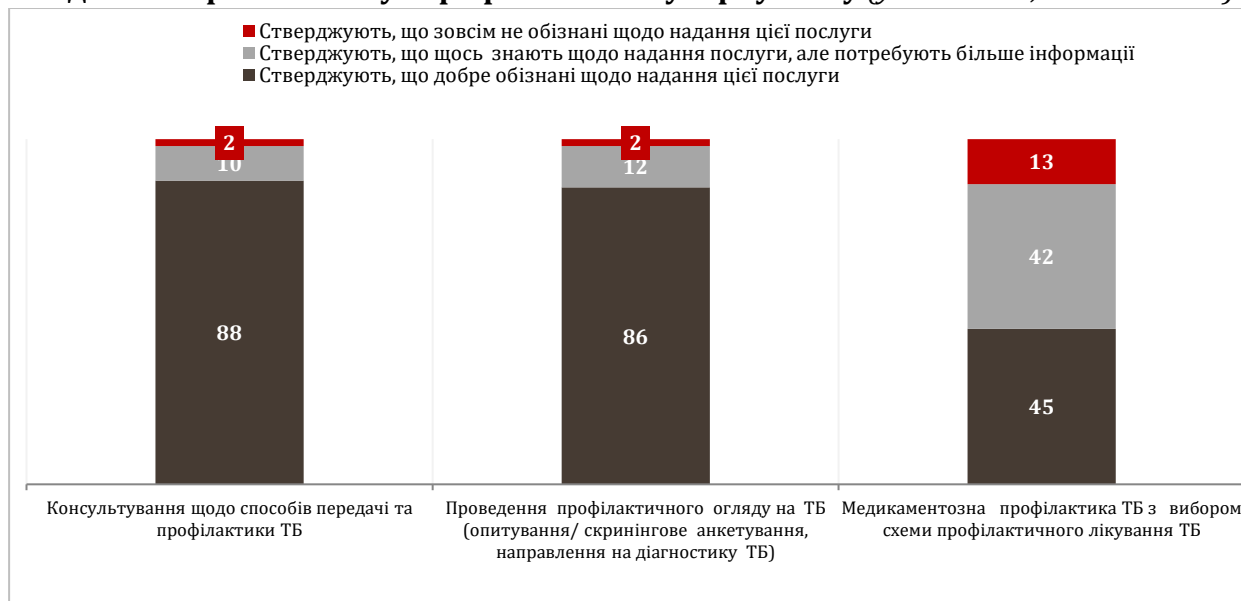


Самооцінка обізнаності та готовність надавачів ПМД надавати послуги профілактики туберкульозу (далі – ТБ). Згідно з результатами дослідження, серед надавачів ПМД здебільшого демонструється висока обізнаність щодо надання окремих послуг профілактики ТБ. Більше половини опитаних лікарів стверджують, що вони добре обізнані щодо особливостей надання послуги консультування щодо способів передачі та профілактики ТБ (88%) та профілактичного огляду пацієнтів на наявність даного захворювання (86%). При цьому, зафіксована значно менша обізнаність лікарів щодо проведення медикаментозної профілактики ТБ: 45%

⁹ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

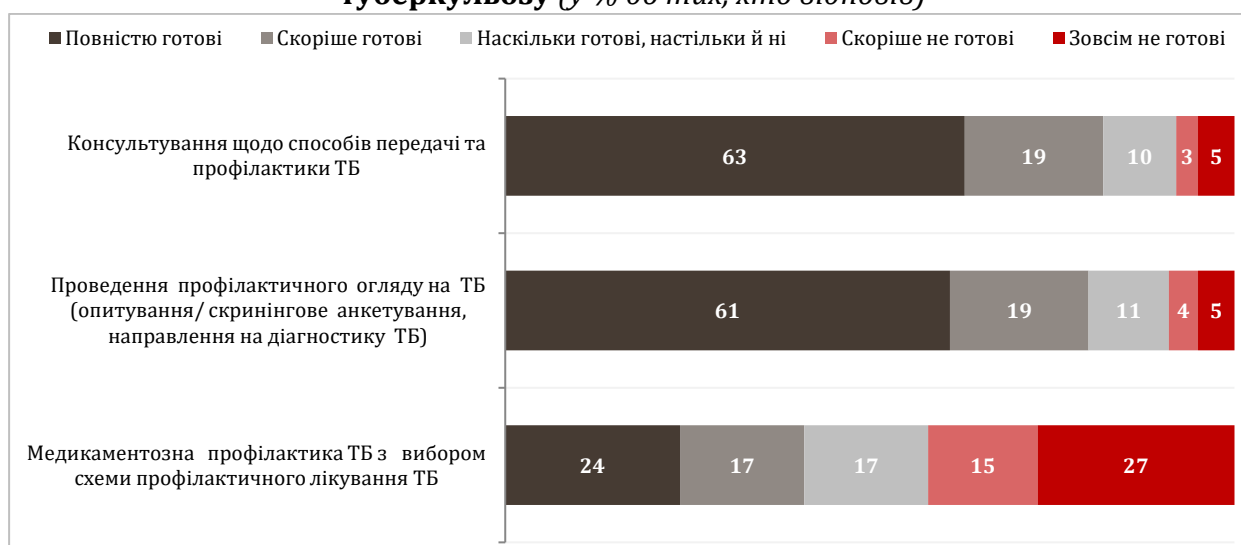
респондентів стверджують, що добре обізнані щодо надання даної послуги, 42% - щось чули/знають, але потребують більше інформації (Див. Діагр. 10).

Діаграма 10. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг профілактики туберкульозу (у % до тих, хто відповів)



Більшість лікарів в цілому готові надавати саме ті послуги профілактики ТБ, стосовно яких демонструється висока обізнаність. Так, 82% опитаних надавачів ПМД зазначили, що в цілому готові проводити консультавання щодо способів передачі та профілактики ТБ, 80% респондентів в цілому готові проводити профілактичні огляди на наявність ТБ. Готовність надавати послугу медикаментозної профілактики зазначеного захворювання демонструється серед 41% опитаних лікарів. При цьому, така ж частка респондентів висловили неготовність надавати цю послугу (42%) (Див. Діагр. 11).

Діаграма 11. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики туберкульозу (у % до тих, хто відповів)



Додатковий аналіз демонструє, що гіпотеза щодо взаємозв'язку готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу профілактики ТБ з оцінкою власних знань щодо надання цих послуг, підтверджується¹⁰.

В цілому серед лікарів, які переконані в своїй обізнаності щодо надання окремих послуг профілактики ТБ, демонструється вищий рівень готовності надавати ці послуги. Так, в рівній мірі 87% лікарів, які стверджують, що добре знають порядок проведення консультування щодо профілактики ТБ та профілактичного огляду на ТБ, в цілому готові надавати ці послуги. В той же час серед респондентів, які стверджують, що недостатньо обізнані/взагалі не обізнані щодо надання зазначених послуг, демонструється значно нижчий рівень готовності до їх надання пацієнтам: 33% респондентів даної групи в цілому готові проводити консультування щодо профілактики ТБ, 39% - профілактичні огляди на наявність ТБ. Послугу медикаментозної профілактики готові надавати 64% лікарів, які переконані в своїй обізнаності щодо її надання, та лише 22% лікарів, які стверджують, що недостатньо обізнані/взагалі не обізнані щодо даної послуги (Див. Діагр. 12).

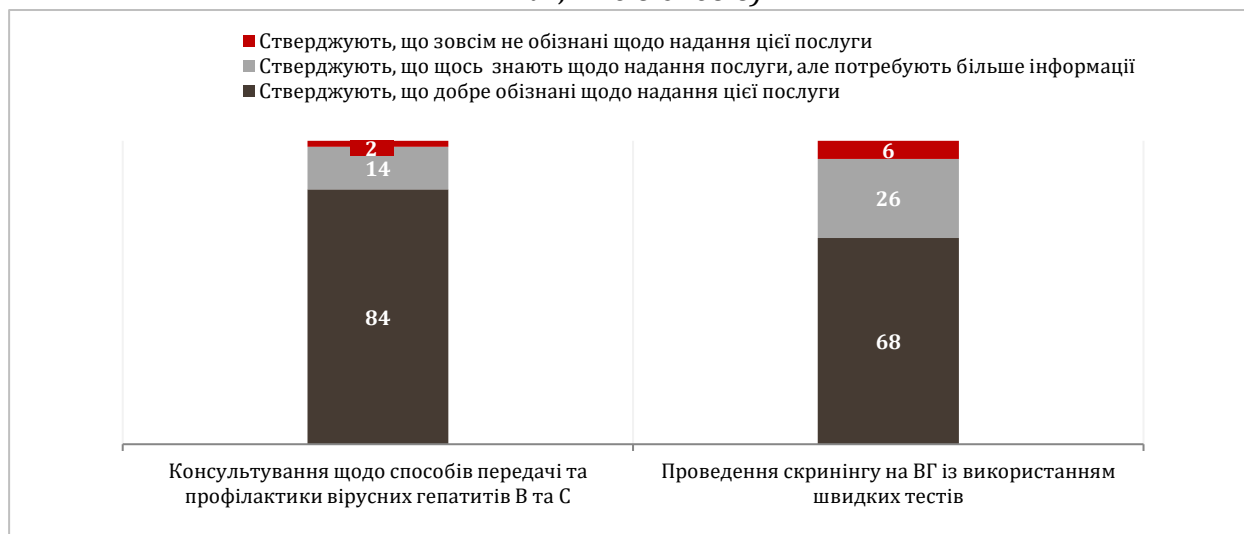
Діаграма 12. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики туберкульозу: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



Самооцінка обізнаності та готовність надавачів ПМД надавати послуги профілактики вірусних гепатитів (далі - ВГ). Загалом, щодо надання послуг профілактики ВГ серед лікарів демонструється дещо кращий рівень обізнаності у порівнянні з рівнем обізнаності щодо послуг профілактики ВІЛ-інфекції та ТБ. Так, більше половини опитаних лікарів стверджують, що вони добре обізнані щодо особливостей консультування в рамках профілактики ВГ (84%) та проведення скринінгу на ВГ з використанням швидких тестів (68%) (Див. Діагр. 13).

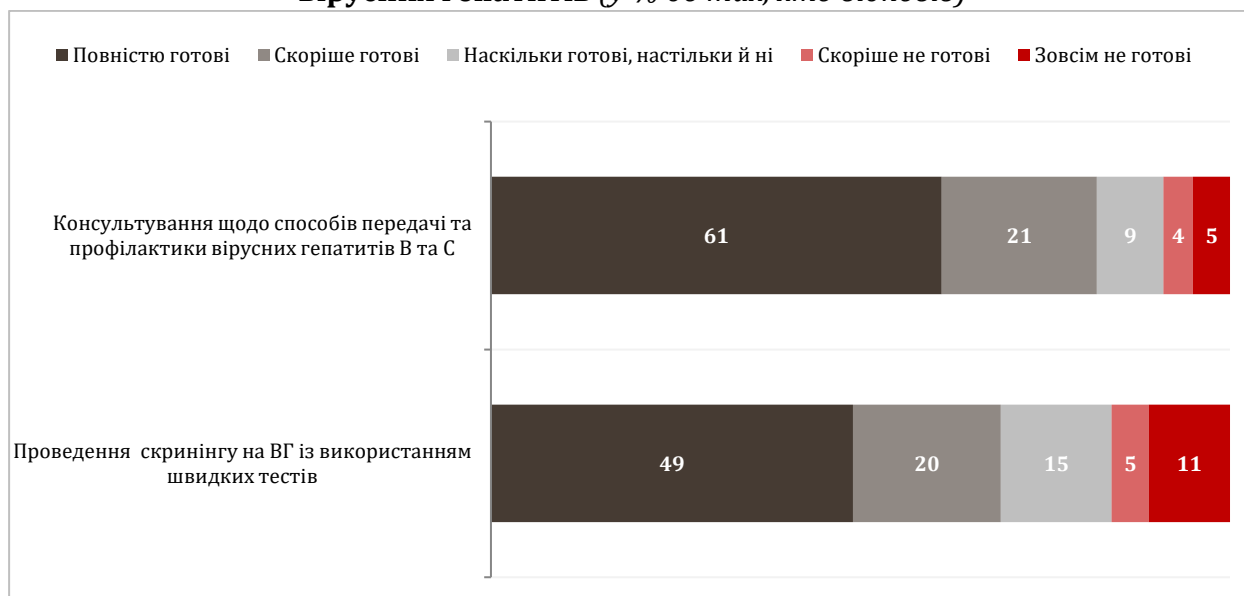
¹⁰ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

Діаграма 13. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг профілактики вірусних гепатитів (у % до тих, хто відповів)



В цілому серед надавачів ПМД демонструється готовність надавати послуги профілактики ВГ. В більшій мірі лікарі готові проводити консультавання щодо способів передачі та профілактики ВГ (82%), дещо в меншій мірі – проведення скринінгу ВГ з використанням швидких тестів (69%) (Див. Діагр. 14).

Діаграма 14. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики вірусних гепатитів (у % до тих, хто відповів)



В рамках додаткового аналізу була підтверджена гіпотеза щодо взаємозв'язку готовності надавачів ПМД надавати послуги профілактики ВГ та їх обізнаності щодо надання цих послуг¹¹.

Загалом отримані результати демонструють, що респонденти, які в більшій мірі переконані в своїй обізнаності щодо надання тієї чи іншої послуги, висловлюють

¹¹ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

більшу готовність надавати їх. Більше половини респондентів, які стверджують, що вони обізнані щодо проведення профілактичного консультування ВГ та скринінгу на ВГ з використанням швидких тестів, готові надавати ці послуги (89% та 84% відповідно). В той же час серед респондентів, які переконані в своїй недостатній обізнаності/необізнаності щодо надання зазначених послуг, рівень готовності надавати їх значно нижчий (43% та 38% відповідно) (Див. Діагр. 15).

Діаграма 15. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики вірусних гепатитів: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



Готовність надавачів ПМД займатися розповсюдженням роздаткових матеріалів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань. Оскільки розповсюдження роздаткових матеріалів (друкованих інформаційних матеріалів, презервативів, шприців і т.п.) є одним із елементів профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань, в рамках дослідження респондентам ставилося запитання щодо їх готовності займатися цим у межах своєї медичної практики. Загалом, більше половини опитаних лікарів висловили готовність роздавати пацієнтам роздаткові матеріали в рамках профілактики ВІЛ-інфекції, туберкульозу та вірусних гепатитів (в цілому 60%). При цьому, майже серед чверті респондентів демонструється неготовність розповсюджувати роздаткові матеріали (23%) (Див. Діагр. 16).

Діаграма 16. Готовність надавачів ПМД займатися розповсюдженням роздаткових матеріалів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань (у % до тих, хто відповів)



2.3. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ (ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ, ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ВІРУСНИХ ГЕПАТИТІВ)

Самооцінка обізнаності та готовності надавачів ПМД надавати послуги в рамках лікування ВІЛ-інфекції. В цілому серед надавачів ПМД демонструється недостатній рівень обізнаності щодо надання окремих послуг в рамках лікування ВІЛ-інфекції. Стосовно більшості з оцінюваних послуг в рамках лікування ВІЛ-інфекції, серед лікарів здебільшого зафіксована недостатність знань щодо особливостей їх надання: близько половини респондентів стверджують, що вони щось знають, але потребують більше інформації стосовно призначення та вибору схеми АРТ (53%), контролю лікування ВІЛ (52%) та видачі препаратів АРТ і ведення реєстру пацієнтів в рамках прийому АРТ (49%). При цьому частки респондентів, які переконані в своїй високій обізнаності щодо надання зазначених послуг, варіюються в межах 22%-25% серед опитаних надавачів ПМД; частки респондентів, які стверджують, що взагалі не обізнані щодо зазначених послуг склали від 24% до 27% опитаних лікарів (Див. Діагр. 17).

Найвищий рівень обізнаності серед лікарів демонструється щодо проведення консультування з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції: 50% респондентів зазначили, що добре обізнані стосовно порядку надання даної послуги. Більше третини опитаних зазначили, що вони володіють недостатніми знаннями щодо особливостей роботи з пацієнтами в рамках консультування з питань прихильності до лікування ВІЛ-інфекції (39%) (Див. Діагр. 17).

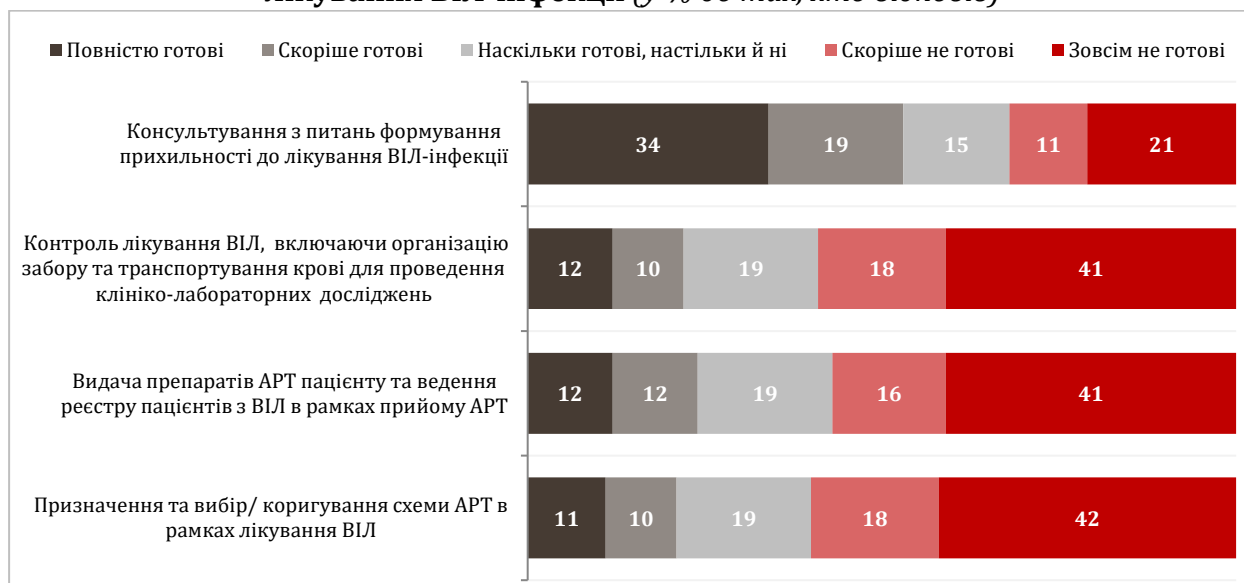
Діаграма 17. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг в рамках лікування ВІЛ-інфекції (у % до тих, хто відповів)



В контексті готовності надавати окремі послуги в рамках лікування ВІЛ-інфекції отримані результати демонструють, що надавачі ПМД скоріше не готові до цього. Так, більше половини опитаних лікарів зазначили, що вони в цілому не готові надавати такі послуги як: а) призначення та вибір/коригування схеми АРТ (60%); б) контроль лікування ВІЛ, включно з організацією транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень (59%); в) видача препаратів АРТ та ведення реєстру пацієнтів в рамках прийому АРТ (57%). Готовність до надання зазначених послуг демонструється майже чвертю опитаних лікарів (показник варіюється в межах 21%-24% респондентів). В рівній мірі 19% надавачів зазначили, що наскільки готові надавати дані послуги в рамках лікування ВІЛ, настільки й ні (Див. Діагр. 18).

В той же час, надавачі ПМД висловили найвищу готовність надавати послугу консультування пацієнтів в рамках формування прихильності до лікування ВІЛ: 53% респондентів висловили готовність надавати дану послугу. Варто зазначити, що надавачі ПМД в більшій мірі обізнані стосовно особливостей консультування щодо формування прихильності до лікування ВІЛ у порівнянні з іншими послугами (Див. Діагр. 18).

Діаграма 18. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування ВІЛ-інфекції (у % до тих, хто відповів)



В результаті додаткового аналізу була підтверджена гіпотеза про взаємозв'язок готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу лікування ВІЛ-інфекції з обізнаністю лікарів щодо їх надання¹².

Серед надавачів ПМД, які більше впевнені в своїх знаннях, демонструється вища готовність надавати такі послуги як: а) призначення та вибір схеми АРТ (44%); б) контроль лікування ВІЛ, включно з організацією транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень (52%); в) видача препаратів АРТ та ведення реєстру пацієнтів в рамках прийому АРТ (52%). В той же час, серед респондентів, які стверджують, що недостатньо/взагалі не обізнані щодо надання зазначених послуг, рівень готовності надавати їх варіюється в межах 13%-16% (Див. Діагр. 19).

Понад половина респондентів, які переконані у своїй високій обізнаності стосовно особливостей проведення консультування з питань формування прихильності до лікування ВІЛ, висловлюють готовність надавати дану послугу (78%). При цьому, серед лікарів, які недостатньо/взагалі не обізнані щодо надання даної послуги, готові надавати її більше чверті респондентів (27%) (Див. Діагр. 19).

¹² Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

Діаграма 19. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування ВІЛ-інфекції: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



Самооцінка обізнаності та готовності надавачів ПМД надавати послуги в рамках лікування туберкульозу. Загалом рівень обізнаності надавачів ПМД щодо надання послуг лікування ТБ характеризується як недостатній. При цьому, варто відмітити, що лікарі дещо краще оцінюють рівень своїх знань стосовно особливостей надання послуг лікування ТБ у порівнянні з послугами лікування ВІЛ.

Найменший рівень обізнаності лікарів демонструється по щодо призначення та вибору/коригування схеми протитуберкульозного лікування (52% опитаних лікарів зазначили, що недостатньо обізнані щодо надання даної послуги, 28% - добре обізнані та 20% - взагалі не обізнані) (Див. Діагр. 20).

Дещо краще надавачі ПМД оцінюють свої знання щодо особливостей надання таких послуг лікування ТБ як: а) проведення ДОТ-лікування та ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ (47% надавачів ПМД стверджують, що недостатньо обізнані щодо надання даної послуги, 37% - добре обізнані); б) контроль лікування ТБ, включно з організацією забору мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень (45% респондентів зазначили, що недостатньо обізнані щодо надання даної послуги, 42% - добре обізнані); в) проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ (44% респондентів вказали на свою недостатню обізнаність щодо надання даної послуги, 41% - вказали, що добре обізнані) (Див. Діагр. 20).

Щодо консультування пацієнтів з питань формування прихильності до лікування ТБ серед надавачів ПМД демонструється найвищий рівень обізнаності: 60% респондентів стверджують, що вони добре обізнані щодо її надання (Див. Діагр. 20).

Діаграма 20. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг в рамках лікування туберкульозу (у % до тих, хто відповів)



Згідно з результатами дослідження, серед надавачів ПМД демонструється невисока готовність надавати більшість послуг лікування туберкульозу, які пропонувались для оцінки. В той же час, рівень готовності надавати послуги лікування туберкульозу дещо вищий у порівнянні з рівнем готовності до надання послуг лікування ВІЛ.

Так, більше половини респондентів висловили свою неготовність надавати послугу призначення та вибору схеми протитуберкульозного лікування (55%). Чверть респондентів готові надавати зазначену послугу (25%), кожен п'ятий опитаний – наскільки готовий, настільки й ні (20%) Дещо менше половини надавачів ПМД стверджують, що не готові до надання таких послуг як: а) ДОТ-лікування та ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ (48%); б) контроль лікування ТБ, включно з організацією забору мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень (45%). В той же час, майже близько третина респондентів висловили свою готовність надавати ці послуги (31% та 35% респондентів відповідно) (Див. Діагр. 21).

В контексті готовності проводити медичну реабілітацію пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабілітолога, демонструється неоднозначне сприйняття даної послуги надавачами ПМД: 43% в цілому готові надавати її своїм пацієнтам, 39% - в цілому не готові. Частка лікарів, які не впевнені в своїй готовності проводити медичну реабілітацію пацієнтів з діагнозом ТБ склала 18% (Див. Діагр. 21).

В найбільшій мірі надавачі ПМД готові надавати послугу консультавання з питань формування прихильності до лікування ТБ у порівнянні з іншими послугами лікування ТБ: 56% стверджують, що готові консультувати пацієнтів (Див. Діагр. 21). Варто зазначити, що лікарі демонструють найвищий рівень обізнаності стосовно особливостей надання цієї послуги.

Діаграма 21. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування туберкульозу (у % до тих, хто відповів)



Гіпотеза про взаємозв'язок готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу лікування туберкульозу з обізнаністю лікарів щодо їх надання була підтверджена в рамках проведення додаткового аналізу¹³.

Згідно з отриманими результатами, більшість надавачів ПМД, які переконані в своїй обізнаності щодо надання тієї чи іншої послуги ТБ, висловлюють свою готовність до: а) консультування з питань прихильності до лікування ТБ (79%); б) проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабітолога (75%); в) контроль лікування ТБ, включно з організацією забору мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень (65%); в) проведення ДОТ-лікування та ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ (59%). Дещо в меншій мірі лікарі, які переконані в своїй обізнаності щодо надання послуги, демонструють готовність призначати та обирати для пацієнта схему лікування ТБ (48%) (Див. Діагр. 22).

В той же час, серед надавачів ПМД, які стверджують що вони недостатньо/не обізнані щодо надання тієї чи іншої послуги лікування ТБ, готовність надавати їх пацієнтам значно нижча (показник варіюється в межах 13%-21%) (Див. Діагр. 22).

¹³ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

Діаграма 22. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування туберкульозу: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



Самооцінка обізнаності та готовність надавачів ПМД надавати послуги в рамках лікування вірусних гепатитів. Рівень обізнаності надавачів ПМД стосовно особливостей надання послуг лікування ВГ характеризується скоріше як недостатній. В найменшій мірі надавачі ПМД обізнані щодо призначення та вибору лікування ВГ. Половина респондентів зазначили, що вони щось знають, але потребують більше інформації щодо призначення та вибору лікування вірусного гепатиту типу С без додаткових ускладнень (51%) та типу В (50%). Більше третини респондентів стверджують, що вони добре обізнані щодо надання цих послуг (36% і 37% відповідно) (Див. Діагр. 23).

Дещо вищий рівень обізнаності лікарів зафіксований щодо надання послуг, пов'язаних з контролем лікування ВГ: близько половини опитаних лікарів стверджують, що добре обізнані щодо особливостей контролю лікування ВГ типу С без додаткових ускладнень (47%) та контролю лікування ВГ типу В (51%). При цьому, частки респондентів, які оцінюють свої знання, щодо контролю лікування ВГ типу С та типу В, як недостатні, склали 43% і 40% відповідно (Див. Діагр. 23).

Найкраще надавачі ПМД оцінюють свої знання щодо консультування з питань прихильності до лікування ВГ: 64% респондентів зазначили, що добре обізнані щодо надання послуги, 30% - щось знають, але потребують більше інформації (Див. Діагр. 23).

Діаграма 23. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг в рамках лікування вірусних гепатитів (у % до тих, хто відповів)



Результатами дослідження демонструється, що надавачі ПМД готові надавати послуги лікування ВГ в більшій мірі, у порівнянні з послугами лікування ВІЛ-інфекції та туберкульозу. В найменшій мірі надавачі ПМД готові до надання послуг, пов'язаних з лікуванням ВГ: а) 43% респондентів стверджують, що вони в цілому не готові призначати та обирати лікування ВГ типу В, при цьому 33% - в цілому готові надавати цю послугу; б) 44% респондентів стверджують, що вони в цілому не готові призначати та обирати лікування ВГ типу С без додаткових ускладнень, при цьому, 33% в цілому готові надавати цю послугу (Див. Діагр. 24).

Дещо в більшій мірі надавачі ПМД готові надавати послуги контролю лікування ВГ. Частки респондентів, які не готові надавати пацієнтам послуги контролю лікування ВГ типу В та типу С склали 32% та 35% відповідно. В той же час, майже половина лікарів стверджують, що вони готові контролювати лікування пацієнтів з діагнозом ВГ типу В та типу С (46% і 45% відповідно) (Див. Діагр. 24).

Стосовно послуги консультування з питань прихильності до лікування ВГ серед лікарів демонструється найвища готовність надавати дану послугу, у порівнянні з іншими послугами лікування ВГ (62% респондентів) (Див. Діагр. 24).

Діаграма 24. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування вірусних гепатитів (у % до тих, хто відповів)



Гіпотеза про взаємозв'язок готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу лікування вірусних гепатитів з рівнем обізнаності лікарів щодо надання цих послуг, яка перевірялася в рамках додаткового аналізу, підтверджена¹⁴.

В цілому, рівень готовності надавати ту чи іншу послугу лікування вірусних гепатитів вищий серед групи респондентів, які добре обізнані щодо особливостей їх надання, порівняно з рівнем готовності серед групи респондентів, які стверджують, що недостатньо обізнані/не обізнані. Так, більше половини респондентів, які високо оцінюють свої знання щодо надання тієї чи іншої послуги, готові надавати їх в рамках своєї медичної практики (показник варіюється від 56% до 84%) (Див. Діагр. 25).

Рівень готовності надавати ту чи іншу послугу, який демонструється серед групи респондентів, які оцінюють свої знання як недостатні/вказують на відсутність знань, не перевищує 23% (показник варіюється в рамках 18%-23% респондентів) (Див. Діагр. 25).

¹⁴ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

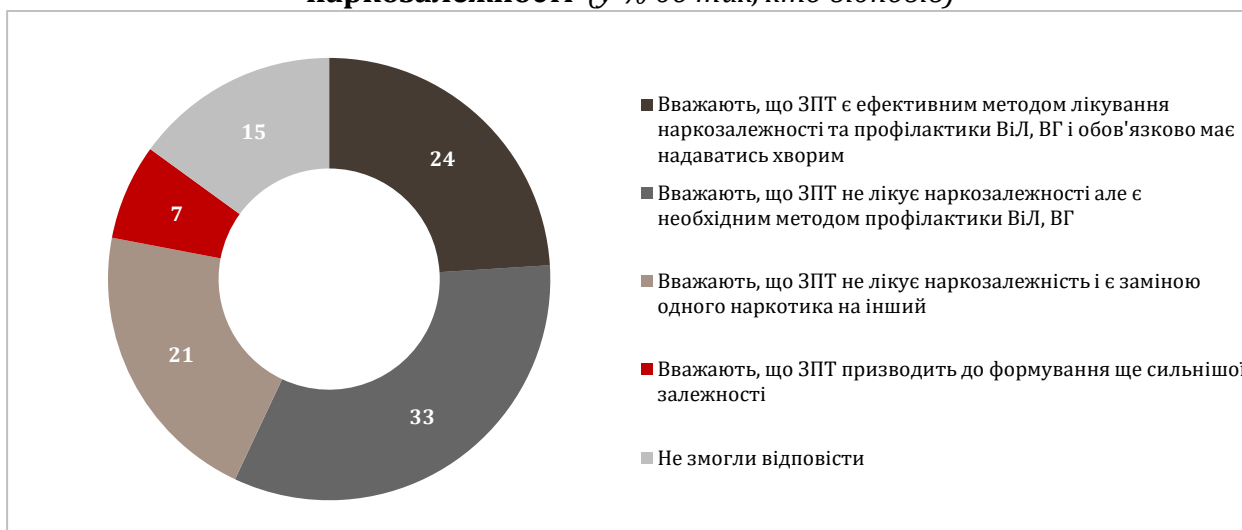
Діаграма 25. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги в рамках лікування вірусних гепатитів: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



2.4. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЗПТ В РАМКАХ ЛІКУВАННЯ НАРКОЗАЛЕЖНОСТІ

Результати дослідження демонструють, що сприйняття послуг ЗПТ надавачами ПМД є скоріше неоднозначним. В уявленні третини опитаних лікарів, послуги ЗПТ не сприяють лікуванню наркозалежності, але їх надання є необхідним методом профілактики ВІЛ та ВГ (33%). При цьому, практично рівнозначними є частка респондентів, які вважають, що ЗПТ є ефективним методом лікування наркозалежності та частка респондентів, які вважають, що послуги ЗПТ не лікують наркозалежність (24% та 21% відповідно). Думки про те, що надання послуг ЗПТ є причиною формування ще більшої залежності дотримуються 7% надавачів. Не змогли відповісти на запитання 15% респондентів (Див. Діагр. 26).

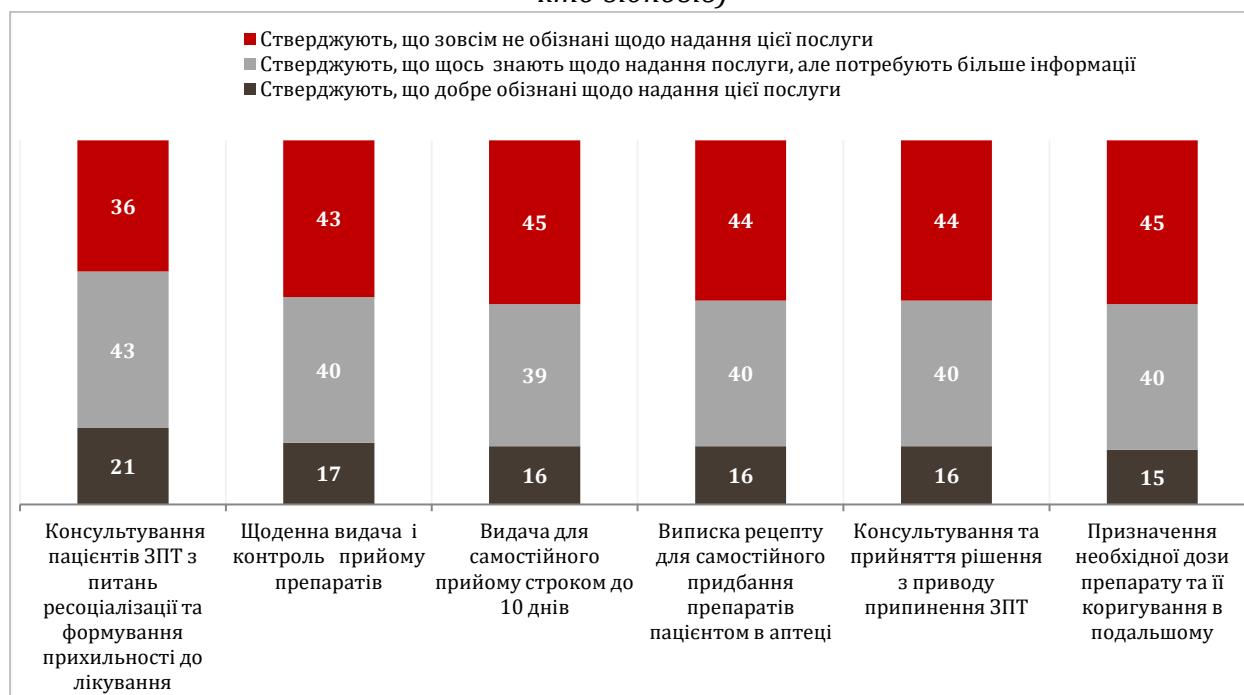
Діаграма 26. Особливості сприйняття послуг ЗПТ як способу лікування наркозалежності (у % до тих, хто відповів)



В цілому серед надавачів ПМД демонструється низька обізнаність щодо особливостей надання послуг ЗПТ. Щодо більшості послуг ЗПТ приблизно рівномірно розподілилась частка респондентів, які переконані в своїй недостатній обізнаності щодо надання тієї чи іншої послуги (показник варіюється в межах 39%-40%) та частка респондентів, які вказують на свою необізнаність щодо надання тієї чи іншої послуги (показник варіюється в межах 43%-45%). В своїй обізнаності переконані від 15% до 17% лікарів (Див. Діагр. 27).

Виключенням є консультування пацієнтів з питань ресоціалізації та формування прихильності до лікування, в рамках оцінки якої зафіксована найменша частка тих, хто переконаний в своїй необізнаності щодо надання даної послуги (36%). Частка надавачів ПМД, які стверджують, що щось знають, але потребують більше інформації стосовно надання даної послуги, склала 43%. Кожен п'ятий респондент високо оцінює свої знання про порядок проведення зазначеного консультування (21%) (Див. Діагр. 27).

Діаграма 27. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг ЗПТ в рамках лікування наркозалежності (у % до тих, хто відповів)



Згідно з отриманими результатами, в цілому, більшість надавачів ПМД не готові надавати пацієнтам всі послуги ЗПТ, які пропонувались для оцінки: частка респондентів, які в цілому не готові надавати кожну з послуг склала від 63% до 77%. Готові надавати кожну з послуг ЗПТ від 10% до 23% щодо послуги консультування щодо ресоціалізації та формування прихильності до лікування (23%) (Див. Діагр. 28).

Діаграма 28. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги ЗПТ в рамках лікування наркозалежності (у % до тих, хто відповів)



В результаті додаткового аналізу була підтверджена гіпотеза про взаємозв'язок готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу ЗПТ з рівнем обізнаності лікарів щодо надання цих послуг¹⁵.

Отримані результати демонструють, що готовність надавати ту чи іншу послугу ЗПТ вища серед лікарів, які стверджують, що добре обізнані стосовно їх надання. Так, в найбільшій мірі респонденти даної групи готові до надання послуги консультування щодо ресоціалізації та формування прихильності до лікування в рамках ЗПТ (61%). Готовність надавати інші послуги ЗПТ висловлюють менше половини респондентів (показник варіюється в межах 31%-42%). В той же час серед респондентів, які переконані в своїй недостатній обізнаності/необізнаності щодо тієї чи іншої послуги ЗПТ, демонструється значно менший рівень готовності до їх надання (показник варіюється в межах 7%-12%) (Див. Діагр. 29).

¹⁵ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

Діаграма 29. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги ЗПТ в рамках лікування наркозалежності: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



2.5. САМООЦІНКА ОБІЗНАНОСТІ ТА ГОТОВНІСТЬ НАДАВАЧІВ ПМД НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ

Загалом серед надавачів ПМД демонструється висока обізнаність щодо надання послуг лікування паліативних хворих: частки респондентів, які стверджують, що добре обізнані щодо надання тієї чи іншої послуги варіюється в межах 80%-86%. Недостатність власних знань щодо надання тієї чи іншої послуги лікування паліативних хворих демонструється серед 13%-18% опитаних лікарів (Див. Діагр. 30).

Діаграма 30. Самооцінка рівня обізнаності надавачів ПМД щодо особливостей надання окремих послуг лікування паліативних хворих (у % до тих, хто відповів)



Результати дослідження демонструють, що в цілому надавачі ПМД готові надавати послуги лікування паліативних хворих: частки респондентів, які готові надавати ту чи іншу послугу варіюються від 82% до 86%. Неготовність надавати ту чи іншу послугу лікування паліативних хворих демонструється лише серед менш ніж 10% опитаних лікарів (Див. Діагр. 31).

Діаграма 31. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги лікування паліативних хворих (у % до тих, хто відповів)

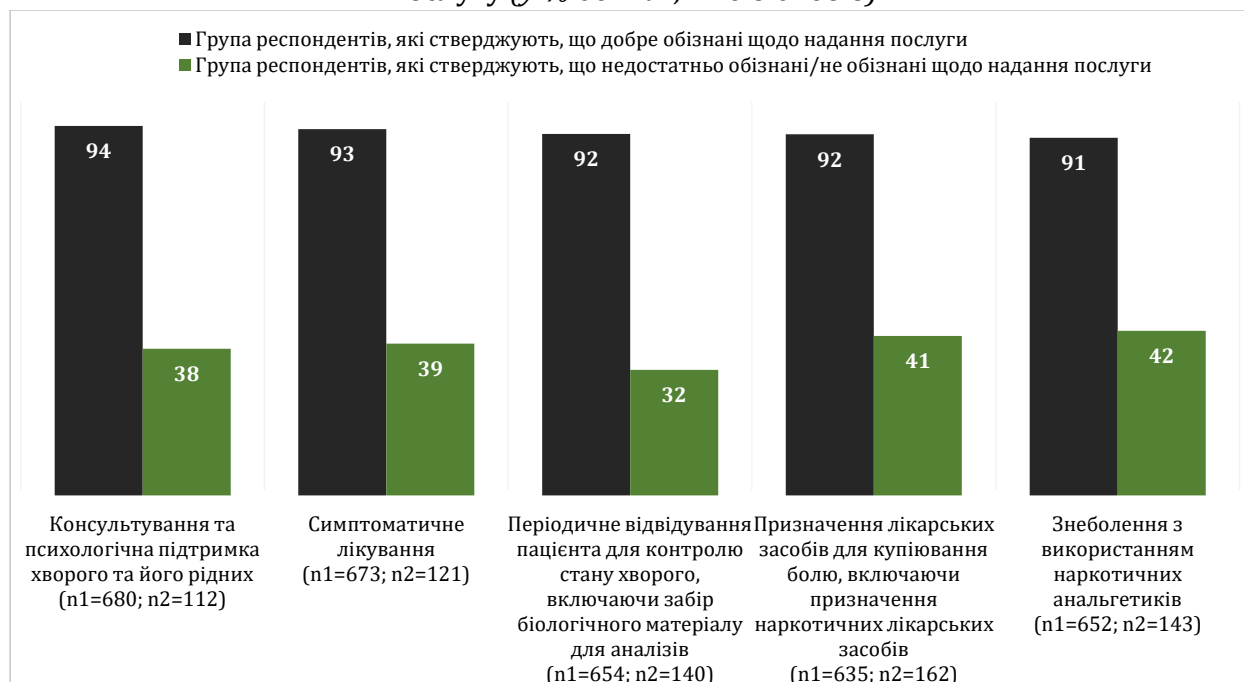


Результати додаткового аналізу свідчать про наявність взаємозв'язку готовності надавачів ПМД надавати ту чи іншу послугу лікування паліативних хворих з рівнем обізнаності лікарів щодо надання цих послуг¹⁶.

¹⁶ Про існування взаємозалежності між вказаними показниками свідчить значимість критерію хі-квадрат Пірсона на рівні менше 0,05 ($p=0,01$).

Достатньо високий рівень готовності надавачі ПМД надавати ту чи іншу послугу лікування паліативних хворих серед групи респондентів, представники якої стверджують, що вони добре обізнані щодо порядку їх надання (показник варіюється від 91% до 94%). Серед респондентів, які переконані в своїй недостатній обізнаності/необізнаності щодо тієї чи іншої послуги лікування паліативних хворих, рівень готовності надавати ці послуги приблизно вдвічі нижчий (показник варіюється від 32% до 42%) (Див. Діагр. 32).

Діаграма 32. Готовність надавачів ПМД надавати окремі послуги лікування паліативних хворих: частки респондентів, які в цілому готові надавати ту чи іншу послугу (у % до тих, хто відповів)



РОЗДІЛ 3. ФАКТОРИ МОТИВАЦІЇ НАДАВАЧІВ ПМД ДО НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ

З метою вивчення факторів мотивації надавачів ПМД до надання досліджених видів послуг, респондентам пропонувалося вибрати зі списку не більше 3-х ключових факторів, які могли б підвищити їх готовність надавати ці послуги.

Отримані результати демонструють, що підвищити готовність надавачів ПМД, застосовуючи ті чи інші заохочення, в першу чергу, можливо стосовно послуг профілактики ВІЛ, ТБ та ВГ та послуг лікування паліативних хворих, дещо в меншій мірі до надання послуг лікування ВГ. В контексті готовності лікарів до надання послуг лікування ВІЛ та ТБ, а також послуг ЗПТ додаткові заохочення меншою мірою можуть підвищити цю готовність. Про це свідчить твердження надавачів ПМД, що жоден з факторів не зміг би підвищити їх готовність до надання послуг ЗПТ (53%), послуг лікування ВІЛ-інфекції (46%) та ТБ (43%) (Див. Табл. 4).

В той же час варто відзначити, що ключовим мотиватором до надання більшості з видів послуг є матеріальний фактор. Так, додаткова оплата праці могла б мотивувати більшість надавачів ПМД до надання послуг профілактики ВІЛ, ТБ і ВГ (62%) та лікування паліативних хворих (69%). Дещо менша частка респондентів вказали зазначений фактор як такий, який міг би мотивувати їх до надання послуг лікування вірусних гепатитів (49%), туберкульозу (46%) та ВІЛ-інфекції (42%) та ЗПТ (37%). На другому місці в рейтингу факторів, які можуть вплинути на мотивацію надавати ті чи інші послуги – додаткові дні оплачуваної відпустки (значимість даного фактору варіюється від 19% до 38%, в залежності від виду послуг) (Див. Табл. 4).

Таблиця 4. Фактори мотивації надавачів ПМД до надання послуг...(у % до тих, хто відповів)

	...профілактики ВІЛ, ТБ, ВГ	...лікування ВІЛ- інфекції	...лікування ТБ	...лікування вірусних гепатитів	...замісної терапії (ЗПТ) в рамках	...лікування паліативних хворих
Додаткова оплата праці	62	42	46	49	37	69
Додаткові дні оплачуваної відпустки	32	21	24	25	19	38
Забезпечення комфортних умов прийому пацієнтів груп ризику	25	18	20	20	13	20
Безкоштовне навчання щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань/ЗПТ/ лікування паліативних хворих	21	16	15	19	14	20
Нарахування додаткового стажу	20	14	13	13	13	20
Збільшення норми тривалості прийому пацієнта	17	11	10	11	9	21
Зменшення навантаження на одного надавача ПМД	16	10	10	10	9	21
Нарахування додаткових балів в рамках отримання ліцензії на діяльність сімейного лікаря	12	6	6	9	6	15
Можливість делегування обов'язків ведення документації та звітності середньому медичному персоналу	8	5	5	4	4	11
Жоден з факторів не зміг би підвищити готовність/ мотивувати до надання цих послуг	23	46	43	38	53	14

РОЗДІЛ 4. СПРИЙНЯТТЯ НАДАВАЧАМИ ПМД СПІВПРАЦІ З НЕМЕДИЧНИМИ ПРАЦІВНИКАМИ В РАМКАХ НАДАННЯ ПОСЛУГ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ, ПОСЛУГ ЗПТ ТА ЛІКУВАННЯ ПАЛІАТИВНИХ ХВОРИХ

Одним із завдань в рамках дослідження було вивчення сприйняття доцільності співпраці з немедичними працівниками в межах надання послуг профілактики і лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих. Зважаючи на це, до інструментарію був доданий блок запитань, які допомагають охарактеризувати: а) сприйняття доцільності залучення до надання послуг пацієнтам в цілому та до надання переліку окремих послуг зокрема; б) бачення фінансових умов співпраці з немедичними працівниками; в) уявлення про вимоги до соціального працівника, який може бути залучений до надання даних послуг; г) сприйняття причин недоцільності залучення немедичних працівників до надання послуг.

Згідно з результатами дослідження, більшість надавачів ПМД висловлюють думку, що залучення немедичних працівників до медичних послуг в межах закладу ПМД в певній мірі є доцільним: в цілому 87% респондентів, з яких 66% вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним, 21% - наскільки доцільним, настільки й ні. Частка лікарів, які переконані в недоцільності залучення немедичних працівників до надання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, складає 13% (Див. Діагр. 33).

Діаграма 33. Сприйняття доцільності співпраці з немедичними працівниками в рамках надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, в цілому (у % до тих, хто відповів)



В контексті залучення надавачів ПМД до надання окремого переліку послуг зазначається, що в найбільшу доцільність лікарі вбачають в залученні немедичних працівників до розповсюдження друкованих матеріалів, безкоштовних шприців, презервативів, лубрикантів і т.п. (94%). Дещо в меншій мірі лікарі вказують на доцільність залучення немедичних працівників до таких послуг як: а) консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-

психологічних проблем, формування прихильності до лікування (81%); б) консультування щодо профілактики ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів (80%); в) консультування з питань прихильності до лікування ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів (73%); г) надання окремих послуг в рамках лікування паліативних хворих (72%) (Див. Діагр. 34).

В той же час, варто зазначити, що більше половини опитаних надавачів ПМД переконані в недоцільності залучення немедичних працівників до надання послуг, які пов'язані з видачею та контролем прийому препаратів пацієнтам для лікування, зокрема до: а) видачі та контролю прийому препаратів для ЗПТ (55%); б) проведення ДОТ-лікування в рамках амбулаторного лікування ТБ (56%); в) видачі препаратів АРТ пацієнту (57%) (72%) (Див. Діагр. 34).

Діаграма 34. Сприйняття доцільності залучення немедичних працівників до надання окремих послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих (у % до тих, хто відповів)



Результати дослідження демонструють, що за певних фінансових умов готовність співпрацювати з немедичними працівниками, в рамках надання пацієнтам медичних послуг, демонструється серед більшості опитаних лікарів, які вважають, що співпраця з немедичними працівниками є доцільною (95%). Найбільш прийнятною умовою співпраці з немедичними працівниками, в уявленні надавачів ПМД, є делегування частини обов'язків лікаря при окремому державному фінансуванні оплати праці немедичного працівника (64%). На співпрацю з немедичними працівниками за умови делегування частини обов'язків лікаря, які передбачають додаткове державне фінансування для оплати праці лікаря, на умовах часткового розподілу цих коштів, погодився б приблизно кожен четвертий опитаний (26%) (Див. Діагр. 35).

Діаграма 35. Сприйняття фінансових умов співпраці з немедичними працівниками у разі їх залучення до надання медичних послуг (у % до тих, хто відповів)



Відповідно до отриманих результатів, ключовою вимогою до кандидатури немедичного працівника, який може бути залучений до співпраці з надавачами первинної медичної допомоги, є проходження сертифікаційних курсів щодо роботи з групами ризику/особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ: 69% лікарів дотримуються даної думки. Дещо в меншій мірі надавачі ПМД вбачають необхідність наявності у немедичного працівника профільної освіти (51%) і досвіду роботи з представниками груп ризику/особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ (39%) (Див. Діагр. 36).

Згідно з уявленнями лікарів, найменш значимими для немедичного працівника, в рамках залучення його до надання медичних послуг в закладі, є наявність досвіду співпраці з медичним персоналом та зайнятість в профільній громадській організації (14% і 10% відповідно) (Див. Діагр. 36).

Діаграма 36. Сприйняття вимог до кандидатури немедичного працівника, який може бути залучений до співпраці з надавачами ПМД (у % до тих, хто відповів)



У сприйнятті лікарів, які вважають недоцільним залучення немедичних працівників до надання послуг профілактики і лікування соціально небезпечних

захворювань, ЗПТ та лікування паліативних хворих, найбільш проявленою причиною такої недоцільності є уявлення щодо некомпетентності в наданні послуг/недостатність знань щодо роботи з пацієнтами груп ризику або пацієнтами з діагнозом ВІЛ, ТБ, ВГ (40%). В той же час, приблизно така ж частка респондентів не змогли відповісти на запитання і назвати причини недоцільності залучення немедичних працівників до співпраці з надавачами ПМД (43%) (Див. Табл. 5).

Таблиця 5. Сприйняття причин недоцільності співпраці з немедичними працівниками в рамках надання медичних послуг (у % до тих, хто відповів)	
Некомпетентність в наданні послуг/ недостатність знань щодо роботи з пацієнтами груп ризику або пацієнтами з діагнозом ВІЛ, ТБ, ВГ	40
Сприйняття співпраці з немедичними працівниками як додаткової відповідальності та навантаження на надавача ПМД	5
Уявлення про роботу немедичних працівників як про неефективну	5
Нерозуміння немедичними працівниками ризиків соціально-небезпечних захворювань	2
Відсутність довіри до немедичних працівників	2
Інше	7
Не змогли відповісти	43

РОЗДІЛ 5. ДЖЕРЕЛА ІНФОРМАЦІЇ, ЯКІ ВИКОРИСТОВУЮТЬ НАДВАЧІ ПМД ДЛЯ ПІДВИЩЕННЯ ВЛАСНИХ ЗНАНЬ В РАМКАХ ПРОФЕСІЙНОЇ ДІЯЛЬНОСТІ

З метою визначення переліку джерел інформації, які можуть стати ефективними в рамках підвищення знань надавачів ПМД щодо надання послуг профілактики і лікування соціально небезпечних захворювань, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, респондентам пропонувалося вказати: а) не більше 3-х ключових джерел інформації, до яких вони звертаються з метою отримання інформації про особливості надання тих чи інших послуг, а також щодо реформування системи охорони здоров'я; б) джерела інформації/заходи, яким готові приділяти увагу надавачі ПМД з метою підвищення власних знань в рамках своєї професійної діяльності.

Результати дослідження демонструють, що ключовими джерелами інформації, які використовуються надавачами ПМД для поглиблення власних знань щодо особливостей надання тих чи інших послуг, а також щодо реформування системи охорони здоров'я, є: а) офіційний сайт МОЗ – 67%; б) конференції/тренінги/курси підвищення кваліфікації – 61%. Дещо в меншій мірі популярними джерелами інформації серед лікарів є профільні видання: а) профільні інформаційні інтернет-ресурси та видання (46%); б) друковані періодичні видання (39%) (Див. Діагр.37).

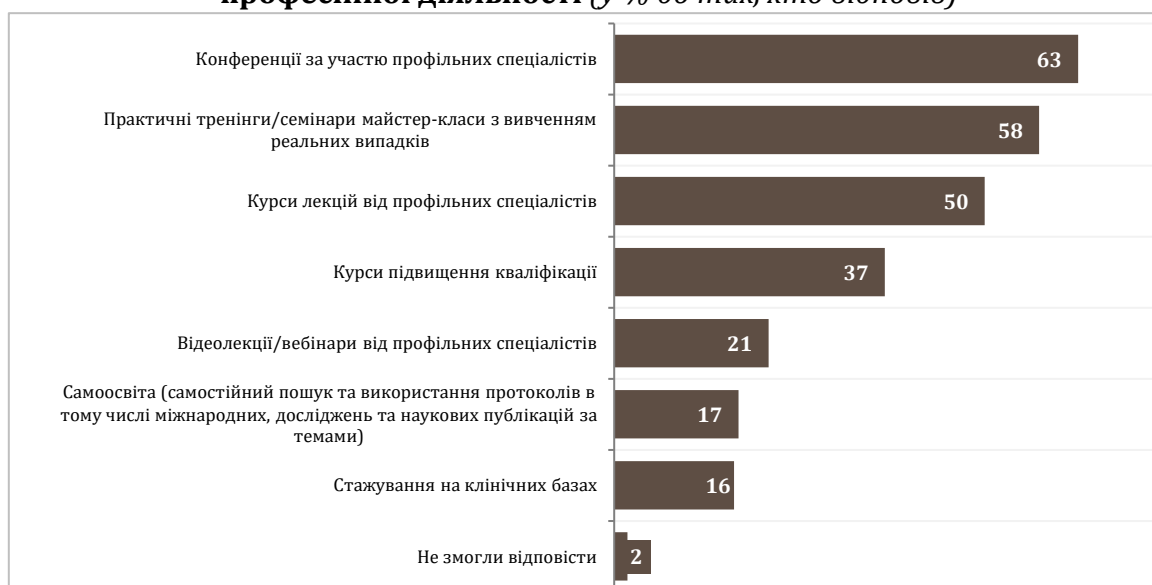
Діаграма 37. Джерела інформації, які використовуються надавачами ПМД для поглиблення власних знань в рамках професійної діяльності (у % до тих, хто відповів)



Найбільш перспективними джерелами інформації/заходами, до яких потенційно готові долучатися надавачі первинної медико-санітарної допомоги для поглиблення власних знань в рамках професійної діяльності є: а) конференції за участю профільних спеціалістів (63%); б) практичні тренінги, семінари та майстер класи з вивченням реальних випадків (58%). Дещо в меншій мірі ефективними можуть бути курси лекцій від профільних спеціалістів (50%) та курси підвищення кваліфікації (37%) (Див. Діагр.38).

В найменшій мірі надавачі ПМД зацікавлені в заходах/джерелах інформації, які передбачають дистанційовану участь: а) відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів (21%); б) самоосвіта (17%). Окрім того, опитані лікарі висловлюють низьку готовність до участі у стажуванні на клінічних базах (16%) (Див. Діагр.38).

Діаграма 38. Джерела інформації/заходи, до яких потенційно готові долучатися надавачі ПМД для поглиблення власних знань в рамках професійної діяльності (у % до тих, хто відповів)



РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ПІДВИЩЕННЯ ГОТОВНОСТІ ЛІКАРІВ НАДАВАТИ ПОСЛУГИ ПРОФІЛАКТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ СОЦІАЛЬНО НЕБЕЗПЕЧНИХ ЗАХВОРЮВАНЬ

На фінальному етапі дослідження, основні результати опитування надавачів ПМД обговорювалися з експертами, які працюють в сфері реформування системи охорони здоров'я та в сфері протидії ВІЛ-інфекції та туберкульозу на національному рівні.

В цілому, експерти вбачають доцільність включення більшості з досліджуваних послуг в рамках роботи з представниками груп ризику та пацієнтами з діагнозом соціально небезпечних захворювань, до обов'язків надавачів ПМД. Виключенням є послуги, які пов'язані з проведенням медикаментозного лікування (вибір та коригування схем лікування соціально небезпечних захворювань) та послуги ЗПТ, які, на думку експертів, повинні надавати профільні спеціалісти з відповідними спеціалізацією та досвідом роботи. Варто також зазначити, що недоцільність включення послуг ЗПТ експерти пов'язують з незадовільним поточним станом матеріально-технічного забезпечення кабінетів лікарів, необхідним для зберігання препаратів ЗПТ (сейфи, решітки на вікнах і т.д.).

В якості ключових факторів, що можуть негативно впливати на готовність лікарів надавати медичні послуги представникам груп ризику та пацієнтам з діагнозом соціально небезпечних захворювань, експерти виділяють наступні:

- упереджене ставлення (стигма) надавачів ПМД до даних категорій пацієнтів, що зумовлено недостатнім досвідом та браком знань щодо особливостей взаємодії з ними (в т.ч. щодо шляхів інфікування соціально небезпечними захворюваннями);
- недостатня обізнаність щодо соціально небезпечних захворювань в цілому, та зокрема особливостей надання послуг профілактики та лікування цих захворювань;
- недостатньо ефективна організація роботи та система мотивації надавачів ПМД в рамках роботи з даними категоріями пацієнтів.

На основі проведених експертних інтерв'ю були сформульовані рекомендації щодо підвищення готовності лікарів надавати медичні послуги пацієнтам груп ризику та з діагнозом соціально небезпечних захворювань. Зокрема, в рамках реформування системи охорони здоров'я, на думку експертів, необхідно:

1. Розробити навчальні матеріали для надавачів ПМД, спрямовані на розвиток толерантного ставлення до представників груп ризику та пацієнтів з діагнозом соціально небезпечних захворювань, які, зокрема, міститимуть інформацію щодо:

- способів передачі та мінімізації ризиків інфікування медичних працівників в рамках надання медичних послуг цим пацієнтам, алгоритму дій медичного працівника при випадковому травмуванні нестерильним інструментом та необхідності використання відповідних засобів захисту і т.д.;
- особливостей спілкування та взаємодії з цими пацієнтами, зважаючи на їх психологічні особливості (агресивна поведінка, відмова від лікування і т.д.).

2. Розробити доступні для сприйняття навчальні матеріали, які міститимуть чіткі алгоритми дій медичного працівника в рамках надання кожної з послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, які будуть включені до обов'язків надавачів ПМД.

3. Розробити та впровадити навчальні заходи для лікарів щодо надання медичних послуг пацієнтам груп ризику та пацієнтам з діагнозом соціально небезпечних захворювань з подальшою оцінкою засвоєних знань. В якості найбільш ефективних навчальних заходів виділяються:

- стажування на клінічних базах, що дає можливість отримання теоретичних та практичних знань та навичок, що сприятимуть кращому засвоєнню та розумінню особливостей надання тих чи інших послуг;
- проведення заходів в форматі тренінгів та семінарів для можливості обміну досвідом з профільними спеціалістами та іншими сімейними лікарями. Проте експерти акцентують увагу, що такі заходи можуть бути ефективним за умови оцінки цих знань не лише після участі в заході, а й в процесі застосування отриманих знань на практиці.

4. Розробити та популяризувати серед лікарів спеціалізовані джерела інформації для використання їх в рамках самоосвіти, зокрема експерти вказують:

- онлайн платформа для можливості оперативного обміну досвідом та отримання професійної поради від профільних спеціалістів (інфекціоністів, фтизіатрів) та інших сімейних лікарів (наприклад спеціалізована соціальна мережа, спеціалізовані групи в соціальних мережах, мобільні додатки і т.п.);
- наповнення офіційних сайтів та сторінок у соціальних мережах Міністерства охорони здоров'я та інших відповідних організацій (Центр Громадського здоров'я, Національна служба здоров'я і т.п.) матеріалами для самоосвіти лікарів, а також їх популяризація з використанням максимально широкого переліку каналів комунікації;

5. Розробка системи додаткової оплати праці, оскільки, згідно з результатами дослідження, фінансовий фактор є основним мотиватором, який міг би підвищити готовність лікарів надавати ті чи інші послуги. При цьому експерти зазначають, що грошова компенсація повинна бути передбачена лише за якісне надання послуг, а не за сам факт ведення пацієнтів зазначених груп. Для впровадження такої системи мотивації необхідно розробити систему критеріїв/індикаторів, які будуть свідчити про якісне надання послуг (наприклад, успішність лікування, вилікуваний пацієнт, зниження захворюваності на дільниці лікаря, тощо).

6. Реорганізація та раціоналізація робочого часу та навантаження лікарів, шляхом:

- звільнення надавачів ПМД від виконання обов'язків, які не пов'язані з консультуванням та діагностикою щодо стану здоров'я хворого та призначенням лікування (наприклад заповнення документації, виписка довідки або рецепту). На думку експертів виконання цих обов'язків повністю повинно бути покладено на середній медичний персонал (медсестер);

- налагодження попереднього запису пацієнтів на прийом з попередньою фіксацією причин звернення. Це дасть змогу уникнути витрат робочого часу лікаря на надання послуг, які може надати середній медичний персонал (виписка рецепту, довідки і т.д.),
- забезпечення можливості проведення дистанційних консультацій лікарем в режимі онлайн або в режимі телефонної розмови. Для цього необхідно визначити часовий проміжок в робочий час лікаря, коли лікар зможе надати короткі консультації пацієнтам в процесі лікування, без необхідності візиту до медичного закладу;
- забезпечення функціонування налагодженої системи логістики препаратів до медичного закладу ПМД;
- підбір та навчання середнього медичного персоналу, який міг би допомагати лікарю здійснювати забір біологічного матеріалу, проведення відповідного тестування, тощо.

Після проведення відповідного навчання та запровадження додаткової мотивації з метою підвищення готовності надавачів ПМД надавати окремі послуги профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань, представники експертної аудиторії рекомендують проведення окремих досліджень з метою:

- комплексної оцінки професійних знань та навичок лікарів щодо надання послуг профілактики та лікування соціальних захворювань;
- оцінки рівня задоволення надавачів ПМД впровадженою системи мотивації до надання послуг профілактики та лікування соціальних захворювань.

ДОДАТОК 1. ОДНОВИМІРНІ РОЗПОДІЛИ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТАННЯ АНКЕТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Запитання анкети А1. Зважаючи на Ваш досвід, вкажіть, робота з якими категоріями пацієнтів в рамках надання їм медичної допомоги є, на ваш погляд, найскладнішою? Назвіть не менше ніж 3 таких категорії. **ВІДКРИТЕ ЗАПИТАННЯ**

Особи, що зловживають алкоголем	32
Наркозалежні/споживачі ін'єкційних наркотиків	25
Люди похилого віку/пенсіонери	22
Пацієнти з психоневрологічними захворюваннями/психічно хворі	16
Діти/підлітки	13
Емоційно неврівноважені пацієнти/пацієнти з неадекватною поведінкою	12
Безпритульні особи	11
Соціально-незахищені категорії населення/особи та сім'ї в складних сімейних обставинах	9
Роми (представники циганської общини)	9
Пацієнти з онкологічними захворюваннями	8
Асоціальні категорії/ елементи	6
Пацієнти з діагнозом ТБ	6
ВІЛ-інфіковані пацієнти	5
Особи звільнені з місць позбавлення волі	4
Люди з інвалідністю	3
Внутрішньо переміщені особи/переселенці	3
Важкі хворі/паліативні хворі	3
Інші категорії пацієнтів	18
Важко відповісти	13

Запитання анкети А2. Скажіть, будь ласка, чи стикаєтесь Ви з представниками груп ризику інфікування соціально небезпечними захворюваннями в рамках надання їм медичних послуг?
ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

	Стикаються з даною категорією пацієнтів	Не стикаються з даною категорією пацієнтів	Не змогли відповісти, пацієнти даної категорії приховують свій статус
Особи, що зловживають алкоголем	92	6	2
Особи, що звільнені з місць позбавлення волі	74	19	7
Споживачі ін'єкційних наркотиків	58	23	19
Безпритульні особи	57	40	3
Роми (представники циганської общини)	55	43	2
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	47	47	6
Робітники (-ці) комерційного сексу	11	44	45
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	8	37	55

Запитання анкети А3. На основі того, що Ви знаєте/чули (навіть якщо Ви не стикалися з представниками тих чи інших груп ризику), робота з якими групами ризику, в рамках надання їм медичних послуг, є найскладнішою? НЕ БІЛЬШЕ 2-Х ВІДПОВІДЕЙ

Особи, що зловживають алкоголем	52
Споживачі ін'єкційних наркотиків	33
Роми (представники циганської общини)	23
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	19
Безпритульні особи	19
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	8
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	2
Робітники (-ці) комерційного сексу	1
Важко відповісти	12

Запитання анкети А4. Навіть, якщо Ви не маєте досвіду роботи з представниками груп ризику, як Ви вважаєте, наскільки кожен з перелічених факторів може ускладнювати Вашу роботу з даною категорією пацієнтів в цілому? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Дуже ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Скоріше ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Наскільки ускладнює роботу з ГР, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Зовсім не ускладнює роботу з ГР</i>
Відмова/низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування (повна відмова та переривання лікування, ігнорування порад та рекомендацій лікаря і т.п.)	57	28	7	3	5
Недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (12 хв.), рекомендована МОЗ	54	29	8	6	3
Низька платоспроможність пацієнтів (відсутність можливості придбання необхідних препаратів і т.п.)	52	28	11	4	5
Прояви агресивної поведінки з лікарем (погрози, звинувачення і т.п.)	45	28	12	7	8
Надмірне навантаження надавачів ПМД (велика кількість пацієнтів, закріплених за одним лікарем)	43	36	9	7	5
Відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів груп ризику	39	24	13	9	15
Підвищений ризик інфікування медпрацівника (ВІЛ-інфекцією/туберкульозом/ВГ)	34	34	18	7	7
Відсутність достатньої кількості профільних фахівців (інфекціоністів, фтизіатрів), зокрема в районних і сільських установах ПМД	26	28	11	11	24
Відчуття психологічного дискомфорту при роботі з пацієнтами груп ризику	26	31	20	10	13
Недостатнє матеріальне забезпечення установ ПМД засобами, необхідними для роботи з групами ризику (швидкими тестами на ВІЛ, ВГ, засобами захисту для роботи за даною категорією пацієнтів – захисними пов'язками, стерильними серветками, тощо)	25	24	11	16	24

Запитання анкети А5. Скажіть чи готові Ви займатися (продовжувати це робити, у випадку, якщо вже займаєтесь) перенаправленням пацієнтів, які належать до груп ризику, до соціальних служб для безпритульних, безробітних, малозабезпечених та/або до центрів підтримки/реабілітації/лікування для осіб з алкогольною та наркотичною залежністю? **ОДНА ВІДПОВІДЬ**

Повністю готові	56
Скоріше готові	20
Наскільки готові, настільки й ні	12
Скоріше не готові	7
Зовсім не готові	5

Запитання анкети А6. Враховуючи Ваш досвід, все те, що Ви чули та знаєте, скажіть, у якій мірі Ви готові взаємодіяти з представниками ключових груп ризику в рамках надання їм медичних послуг? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюю</i>
Люди з інвалідністю	69	22	4	2	3
Особи похилого віку	67	22	5	3	3
ВПО	64	25	6	3	2
Медпрацівники, які мають часті контакти з хворими на ТБ, ВІЛ, ВГ	56	27	9	4	4
Безробітні особи та особи, які перебувають за межею бідності	52	34	9	3	2
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	43	31	14	6	6
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	42	31	17	6	4
Трансгендери	42	27	15	7	9
Люди, що зловживають алкоголем	41	30	17	7	5
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	39	28	14	8	11
Роми(представники циганської общини)	39	30	15	9	7
Робітники (-ці) комерційного сексу	36	29	17	8	10
Безпритульні особи	33	34	17	9	7
Споживачі ін'єкційних наркотиків	32	29	19	8	12

Запитання анкети В2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожному з перелічених послуг профілактики ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів В,С, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з них, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування щодо способів передачі та профілактики ТБ	88	10	2
Проведення профілактичного огляду на ТБ (опитування/скринінгове анкетування, фізикальне обстеження, направлення на діагностику ТБ при необхідності)	86	12	2
Консультування щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	84	14	2
Консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції	80	18	2
Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів	73	22	5
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	69	26	5
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань	68	26	6
Проведення скринінгу на ВІГ із використанням швидких тестів	68	26	6
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	45	42	13
Медикаментозна профілактика ВІЛ	40	44	16

Запитання анкети В3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг профілактики ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів В,С і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожному з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	51	19	17	6	7
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань	42	18	17	10	13
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	24	17	17	15	27
Проведення профілактичного огляду на ТБ (опитування/скринінгове анкетування, фізикальне обстеження, направлення на діагностику ТБ при необхідності)	61	19	11	4	5
Консультування щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	61	21	9	4	5
Консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції	57	21	12	5	5
Медикаментозна профілактика ВІЛ	22	16	18	13	31
Консультування щодо способів передачі та профілактики ТБ	63	19	10	3	5

Проведення скринінгу на ВГ із використанням швидких тестів	49	20	15	5	11
Тестування на ВіЛ з використанням швидких тестів	49	20	15	5	11

Запитання анкети C1. В якій мірі Ви готові взаємодіяти з нижче переліченими категоріями пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюю</i>
Пацієнти з діагнозом пневмокоінозу	42	33	15	4	6
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	39	37	15	4	5
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту В	37	36	17	5	5
Пацієнти з діагнозом туберкульозу з БК-	32	34	18	8	8
Віл-інфіковані пацієнти без імуносупресії	28	37	19	6	10
Віл-інфіковані пацієнти з імуносупресією	22	35	22	7	14
Пацієнти з діагнозом туберкульозу з БК+	15	24	20	13	28

Запитання анкети D2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожен з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ВіЛ-інфекції, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ВіЛ-інфекції	50	39	11
Контроль лікування ВіЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	25	52	24
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВіЛ в рамках прийому АРТ	24	49	27
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВіЛ	22	53	25

Запитання анкети D3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ВІЛ-інфекції і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожному з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВІЛ	11	10	19	18	42
Консультування з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції	34	19	15	11	21
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВІЛ в рамках прийому АРТ	12	12	19	16	41
Контроль лікування ВІЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	12	10	19	18	41

Запитання анкети E2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожному з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ТБ, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ТБ	60	32	8
Контроль лікування ТБ, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	42	45	13
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабілітолога	41	44	15
Проведення ДОТ-лікування і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	37	47	16
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	28	52	20

Запитання анкети E3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ТБ і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожному з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Проведення ДОТ-лікування і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	19	12	21	18	30
Контроль лікування ТБ, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	22	13	20	16	29
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабілітолога	27	16	18	15	24

Консультавання з питань формування прихильності до лікування ТБ	37	19	16	11	17
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	13	12	20	17	38

Запитання анкети F2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожен з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом вірусних гепатитів, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультавання з питань прихильності до лікування вірусних гепатитів	64	30	6
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	51	40	9
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	47	43	10
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	37	50	13
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	36	51	13

Запитання анкети F3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів вірусних гепатитів і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожен з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	19	14	24	15	28
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	18	15	23	15	29
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	26	19	20	13	22
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	27	19	22	11	21
Консультавання з питань прихильності до лікування вірусних гепатитів	42	20	19	9	10

Запитання анкети G1. Скажіть, будь ласка, яке з наведених тверджень найкраще описує ваше ставлення до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) як до способу лікування наркозалежності? **ОДНА ВІДПОВІДЬ**

ЗПТ є ефективним методом лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ, ВГ і обов'язково має надаватись хворим	24
ЗПТ не лікує наркозалежності, але є необхідним методом профілактики ВІЛ, ВГ	33
ЗПТ не лікує наркозалежності і є заміною одного наркотика на інший	21
ЗПТ призводить до формування ще сильнішої залежності	7
Не змогли відповісти	15

Запитання анкети G3. Незалежно від того чи надаєте Ви кожну з перелічених послуг ЗПТ, які надаються пацієнтам в рамках лікування наркозалежності, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	21	43	36
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	17	40	43
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	16	39	45
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	16	40	44
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	16	40	44
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	15	40	45

Запитання анкети G4. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг ЗПТ, які надаються пацієнтам в рамках лікування наркозалежності, і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	12	11	14	16	47
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	7	6	11	18	58
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	7	6	13	17	57
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	6	7	12	17	58
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	5	6	12	18	59
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	4	6	13	17	60

Запитання анкети H2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожну з перелічених послуг лікування паліативних хворих, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Симптоматичне лікування	86	13	1
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	85	14	1
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	82	15	3

Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків (введення ін'єкцій)	82	16	2
Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	80	18	2

Запитання анкети НЗ. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування паліативних хворих і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Симптоматичне лікування	71	15	8	3	3
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	70	15	8	4	3
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	66	16	9	4	5
Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків (введення ін'єкцій)	65	17	12	3	3
Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	64	18	11	3	4

Запитання анкети І1. Скажіть будь ласка які з перелічених факторів в першу чергу могли б підвищити Вашу готовність/мотивувати Вас до надання окремих послуг..., які Ви з тих чи інших причин не хотіли б/не готові надавати, але загалом могли б це робити? **НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ ПО СТОВПЧИКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>...профілактика ВІЛ, ТБ, ВГ, зокрема серед представників груп ризику</i>	<i>...лікування ВІЛ-інфекції</i>	<i>...лікування ТБ</i>	<i>...лікування вірусних гепатитів</i>	<i>...замісної терапії (ЗПТ) в рамках лікування наркозалежності</i>	<i>...лікування паліативних хворих</i>
Додаткова оплата праці	62	42	46	49	37	69
Додаткові дні оплачуваної відпустки	32	21	24	25	19	38
Забезпечення комфортних умов прийому пацієнтів груп ризику	25	18	20	20	13	20
Безкоштовне навчання щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань/ЗПТ/ лікування паліативних хворих	21	16	15	19	14	20
Нарахування додаткового стажу	20	14	13	13	13	20
Збільшення норми тривалості прийому одного пацієнта	17	11	10	11	9	21
Зменшення навантаження на одного надавача ПМД	16	10	10	10	9	21
Нарахування додаткових балів в рамках отримання	12	6	6	9	6	15

ліцензії на діяльність сімейного лікаря						
Можливість делегування обов'язків ведення документації та звітності середньому медичному персоналу	8	5	5	4	4	11
Інше	0	1	1	0	0	1
Жоден з факторів не зміг би підвищити мою готовність/мотивувати мене до надання цих послуг	23	46	43	38	53	14

Запитання анкети K1. Вкажіть джерела інформації, якими Ви зазвичай користуєтесь для поглиблення власних знань в рамках своєї професійної діяльності (наприклад, щодо реформування системи охорони здоров'я, щодо надання послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ і т.д.)? НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ

Офіційний сайт МОЗ	67
Конференції/тренінги/курси підвищення кваліфікації	61
Профільні інформаційні інтернет-ресурси та видання	46
Профільні друковані періодичні видання (медичні газети, журнали)	39
Керівництво медичного закладу, у якому я працюю	30
Протоколи лікування різних захворювань (в т.ч. міжнародні)	27
Відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів	18
Обмін досвідом, інформацією з колегами по роботі	10

Запитання анкети K2. Якщо говорити про отримання інформації щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, вкажіть, у яких заходах в першу чергу Ви готові брати участь для підвищення власних знань в рамках своєї професійної діяльності? НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ

Конференції за участю профільних спеціалістів	63
Практичні тренінги/семінари майстер-класи з вивченням реальних випадків	58
Курси лекцій від профільних спеціалістів	50
Курси підвищення кваліфікації	37
Відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів	21
Самоосвіта (самостійний пошук та використання протоколів в тому числі міжнародних, досліджень та наукових публікацій за темами)	17
Стажування на клінічних базах	16
Важко відповісти	2

Запитання анкети J1. Як Ви вважаєте, чи доцільно залучати немедичних працівників (соціальних працівників, представників профільних НУО) до надання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань в межах закладу ПМД? ОДНА ВІДПОВІДЬ

Вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним	66
Вважають, що залучення немедичних працівників є наскільки доцільним, настільки й ні	21
Вважають, що залучення немедичних працівників є недоцільним	13

Запитання анкети J2. Вкажіть, чи доцільно залучати немедичних працівників (соціальних працівників, психологів, представників профільних НУО) до надання кожної з перелічених послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, наркозалежності і т.д.? * **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Так, доцільно</i>	<i>Ні, не доцільно</i>	<i>Не змогли відповісти</i>
Розповсюдження друкованих матеріалів, безкоштовних шприців, презервативів, лубрикантів	94	3	3
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	81	12	7
Консультування щодо профілактики ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів	80	15	5
Консультування з питань прихильності до лікування ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів	73	20	7
Надання окремих послуг в рамках лікування паліативних хворих	72	18	10
Видача та контроль прийому препаратів для ЗПТ	36	55	9
Видача препаратів АРТ	33	57	10
Проведення ДОТ-лікування в рамках амбулаторного лікування ТБ (видача і контроль прийому препаратів)	33	56	11

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні (n=695)

Запитання анкети J3. Вкажіть, яким вимогам повинна відповідати кандидатура немедичного працівника, який буде залучатися до надання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, для ефективної співпраці з лікарем? * **НЕ БІЛЬШЕ 2-Х ВІДПОВІДЕЙ**

Пройдення сертифікаційних курсів щодо роботи з групами ризику/особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ	69
Наявність у немедичного працівника профільної освіти	51
Наявність досвіду роботи з представниками груп ризику/ особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ	39
Наявність досвіду співпраці з медичним персоналом	14
Зайнятість в профільній громадській організації	10
Інше	1

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні (n=695)

Запитання анкети J4. Уявіть, що Вам запропонували залучити немедичного працівника до надання окремих послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, в рамках роботи з Вашими пацієнтами. Вкажіть, якими повинні бути фінансові умови Вашої співпраці? * **ОДНА ВІДПОВІДЬ**

Делегування частини обов'язків за умови державного фінансування оплати праці немедичного працівника	64
Делегування частини обов'язків, які передбачають додаткове державне фінансування для оплати праці лікаря, на умовах часткового розподілу цих коштів між лікарем та немедичним працівником	26
Делегування частини обов'язків на безоплатній основі	5
Я не готовий працювати в немедичним працівником на жодних умовах	4
Важко відповісти	1

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні (n=695)

Запитання анкети J5. Вкажіть з яких причин Ви вважаєте, що залучення немедичних працівників (соціальних працівників, представників профільних НУО) до надання профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань є недоцільним? * **ВІДКРИТЕ ЗАПИТАННЯ**

Некомпетентність в наданні послуг/ недостатність знань щодо роботи з пацієнтами груп ризику або пацієнтами з діагнозом ВІЛ, ТБ, ВГ	40
Сприйняття співпраці з немедичними працівниками як додаткової відповідальності та навантаження на надавача ПМД	5
Уявлення про роботу немедичних працівників як про неефективну	5
Нерозуміння немедичними працівниками ризиків соціально-небезпечних хвороб	2
Відсутність довіри до немедичних працівників	2
Інше	7
Не змогли відповісти	43

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є не доцільним (n=273)

ДОДАТОК 2. ДВОВИМІРНІ РОЗПОДІЛИ ВІДПОВІДЕЙ НА ЗАПИТАННЯ АНКЕТИ У РОЗРІЗІ ТИПУ МЕДИЧНОГО ЗАКЛАДУ (МІСЬКИЙ/РАЙОННИЙ)

Запитання анкети А1. Зважаючи на Ваш досвід, вкажіть, робота з якими категоріями пацієнтів в рамках надання їм медичної допомоги є, на ваш погляд, найскладнішою? Назвіть не менше ніж 3 таких категорій. **ВІДКРИТЕ ЗАПИТАННЯ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</i>
Особи, що зловживають алкоголем	26	41
Наркозалежні/споживачі ін'єкційних наркотиків	25	24
Люди похилого віку/пенсіонери	23	21
Пацієнти з психоневрологічними захворюваннями/психічно хворі	16	16
Діти/підлітки	15	9
Емоційно невірнізовані пацієнти/пацієнти з неадекватною поведінкою	13	12
Пацієнти з онкологічними захворюваннями	10	6
Безпритульні особи	9	14
Роми (представники циганської общини)	8	10
Соціально-незахищені категорії населення/особи та сім'ї в складних сімейних обставинах	8	11
Пацієнти з діагнозом ТБ	6	6
ВІЛ-інфіковані пацієнти	6	3
Асоціальні категорії/ елементи	6	6
Особи звільнені з місць позбавлення волі	4	4
Важкі хворі/паліативні хворі	4	1
Люди з обмеженими можливостями/інваліди	4	3
Внутрішньо переміщені особи/переселенці	2	4
Інші категорії пацієнтів	21	12
Важко відповісти	12	14

Запитання анкети А2. Скажіть, будь ласка, чи стикаєтесь Ви з представниками груп ризику інфікування соціально небезпечними захворюваннями в рамках надання їм медичних послуг? **ДЕКІЛЬКА ВАРІАНТІВ ВІДПОВІДЕЙ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</i>
Особи, що зловживають алкоголем	94	90
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	77	71
Споживачі ін'єкційних наркотиків (люди, що вживають наркотики ін'єкційно)	61	53
Роми (представники циганської общини)	54	56
Безпритульні особи	53	62
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	47	47
Робітники (-ці) комерційного сексу	12	10
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	9	6

Запитання анкети А3. На основі того, що Ви знаєте/чули (навіть якщо Ви не стикалися з представниками тих чи інших груп ризику), робота з якими групами ризику, в рамках надання їм медичних послуг, є найскладнішою? НЕ БІЛЬШЕ 2-Х ВІДПОВІДЕЙ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</i>
Особи, що зловживають алкоголем	47	57
Споживачі ін'єкційних наркотиків	36	29
Роми (представники циганської общини)	23	22
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	22	15
Безпритульні особи	19	18
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	7	10
Робітники (-ці) комерційного сексу	1	1
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	1	2
Важко відповісти	13	11

Запитання анкети А4. Навіть, якщо Ви не маєте досвіду роботи з представниками груп ризику, як Ви вважаєте, наскільки кожен з перелічених факторів може ускладнювати Вашу роботу з даною категорією пацієнтів в цілому? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

<u>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</u>					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Дуже ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Скоріше ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Наскільки ускладнює роботу з ГР, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не ускладнює роботу з ГР</i>	<i>Зовсім не ускладнює роботу з ГР</i>
Відмова/низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування	60	25	8	2	5
Недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (12 хв.), рекомендована МОЗ	53	31	7	5	4
Низька платоспроможність пацієнтів	51	28	11	4	6
Надмірне навантаження надавачів ПМД	45	34	9	6	6
Прояви агресивної поведінки з лікарем	45	29	12	7	7
Відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів груп ризику	39	21	13	11	16
Підвищений ризик інфікування медпрацівника (ВІЛ-інфекцією/туберкульозом/ВГ)	32	35	17	8	8
Відсутність достатньої кількості профільних фахівців (інфекціоністів, фтизіатрів), зокрема в районних і сільських установах ПМД	27	29	13	9	22
Відчуття психологічного дискомфорту при роботі з пацієнтами груп ризику	27	30	17	10	16
Недостатнє матеріальне забезпечення установ ПМД засобами, необхідними для роботи з групами ризику	21	22	12	16	29

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Дуже ускладнює роботу з ГР	Скоріше ускладнює роботу з ГР	Наскільки ускладнює роботу з ГР, настільки й ні	Скоріше не ускладнює роботу з ГР	Зовсім не ускладнює роботу з ГР
Недостатня кількість часу для прийому одного пацієнта в установі ПМД (12 хв.), рекомендована МОЗ	55	27	9	6	3
Відмова/низька прихильність пацієнтів груп ризику до лікування (повна відмова та переривання лікування, ігнорування порад та рекомендацій лікаря і т.п.)	53	32	7	4	4
Низька платоспроможність пацієнтів (відсутність можливості придбання необхідних препаратів і т.п.)	53	28	10	4	5
Прояви агресивної поведінки з лікарем (погрози, звинувачення і т.п.)	45	27	12	7	9
Надмірне навантаження надавачів ПМД (велика кількість пацієнтів, закріплених за одним лікарем)	41	39	10	7	3
Відсутність окремих кабінетів для прийому пацієнтів груп ризику	39	27	13	8	13
Підвищений ризик інфікування медпрацівника (ВІЛ-інфекцією/туберкульозом/ВГ)	37	32	18	7	6
Недостатнє матеріальне забезпечення установ ПМД засобами, необхідними для роботи з групами ризику (швидкими тестами на ВІЛ, ВГ, засобами захисту для роботи за даною категорією пацієнтів – захисними пов'язками, стерильними серветками, тощо)	29	26	13	15	17
Відчуття психологічного дискомфорту при роботі з пацієнтами груп ризику	26	32	22	10	10
Відсутність достатньої кількості профільних фахівців (інфекціоністів, фтизіатрів), зокрема в районних і сільських установах ПМД	25	26	10	13	26

Запитання анкети А5. Скажіть чи готові Ви займатися (продовжувати це робити, у випадку, якщо вже займаєтесь) перенаправленням пацієнтів, які належать до груп ризику, до соціальних служб для безпритульних, безробітних, малозабезпечених та/або до центрів підтримки/реабілітації/лікування для осіб з алкогольною та наркотичною залежністю? **ОДНА ВІДПОВІДЬ**

у % до тих, хто відповів	Лікарі міських ЦПМСД (n=452)	Лікарі районних ЦПМСД (n=348)
Повністю готові	58	53
Скоріше готові	18	23
Наскільки готові, настільки й ні	10	14
Скоріше не готові	8	6
Зовсім не готові	6	4

Запитання анкети А6. Враховуючи Ваш досвід, все те, що Ви чули та знаєте, скажіть, у якій мірі Ви готові взаємодіяти з представниками ключових груп ризику в рамках надання їм медичних послуг? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюю</i>
Люди з інвалідністю	71	20	4	2	3
Особи похилого віку	68	22	5	2	3
Внутрішньо переміщені особи	65	25	6	2	2
Медпрацівники, які мають часті контакти з хворими на ТБ/ВІЛ/ВГ, проводять відповідні дослідження та аналізи	60	27	7	3	3
Безробітні та особи, які перебувають за межею бідності	52	32	9	4	3
Трансгендери (особи, гендерна ідентичність яких не співпадає з їхньою біологічною статтю)	45	24	14	7	10
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	43	31	14	6	6
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	42	31	16	6	5
Особи, що зловживають алкоголем	42	28	17	7	6
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	41	26	14	8	11
Роми (представники циганської общини)	40	27	15	11	7
Робітники (-ці) комерційного сексу	37	26	18	8	11
Споживачі ін'єкційних наркотиків (люди, що вживають наркотики ін'єкційно)	33	27	19	8	13
Безпритульні особи	28	32	19	12	9

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюють</i>
Люди з інвалідністю	66	25	5	2	2
Особи похилого віку	66	22	7	3	2
Внутрішньо переміщені особи	63	27	5	3	2
Безробітні та особи, які перебувають за межею бідності	52	35	9	3	1
Медпрацівники, які мають часті контакти з хворими на ТБ/ВІЛ/ВГ, проводять відповідні дослідження та аналізи	52	28	12	4	4
Іммігранти та біженці з регіонів з високою захворюваністю на туберкульоз	42	31	15	7	5
Особи, звільнені з місць позбавлення волі	42	31	19	4	4
Безпритульні особи	39	35	16	6	4
Особи, що зловживають алкоголем	39	32	19	6	4
Роми (представники циганської общини)	37	35	15	6	7
Трансгендери (особи, гендерна ідентичність яких не співпадає з їхньою біологічною статтю)	37	30	18	7	8
Чоловіки, що мають секс з чоловіками	37	30	16	7	10
Робітники (-ці) комерційного сексу	34	32	17	9	8
Споживачі ін'єкційних наркотиків (люди, що вживають наркотики ін'єкційно)	31	32	19	8	10

Запитання анкети В2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожному з перелічених послуг профілактики ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів В,С, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з них, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультації щодо способів передачі та профілактики ТБ	90	8	2
Проведення профілактичного огляду на ТБ (опитування/скринінгове анкетування, фізикальне обстеження, направлення на діагностику ТБ при необхідності)	87	12	1
Консультації щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	85	14	1
Консультації щодо профілактики ВІЛ-інфекції (консультації щодо ризикованої сексуальної та ін'єкційної поведінки, консультації партнерів ЛЖВ, тощо)	84	15	1
Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів	77	19	4
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	76	20	4
Проведення скринінгу на ВГ із використанням швидких тестів	70	25	5
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань	68	29	3
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	41	42	17
Медикаментозна профілактика ВІЛ (преконтактна та постконтактна)	37	42	21

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультації щодо способів передачі та профілактики ТБ	84	13	3
Проведення профілактичного огляду на ТБ	83	14	3
Консультації щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	81	16	3
Консультації щодо профілактики ВІЛ-інфекції	75	23	2
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань	67	28	5
Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів	67	27	6
Проведення скринінгу на ВГ із використанням швидких тестів	65	27	8
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	59	33	8
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	50	42	8

Медикаментозна профілактика ВІЛ (преконтактна та постконтактна)	42	48	10
---	----	----	----

Запитання анкети В3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг профілактики ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів В,С і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування щодо способів передачі та профілактики ТБ	65	19	10	2	4
Проведення профілактичного огляду на ТБ (опитування/скринінгове анкетування, фізикальне обстеження, направлення на діагностику ТБ при необхідності)	65	18	10	2	5
Консультування щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	63	22	8	3	4
Консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції (консультування щодо ризикованої сексуальної та ін'єкційної поведінки, консультування партнерів ЛЖВ, тощо)	61	20	11	3	5
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	57	18	14	4	7
Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів	53	21	12	3	11
Проведення скринінгу на ВГ із використанням швидких тестів	51	22	12	4	11
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань	45	16	17	8	14
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	24	19	14	14	29
Медикаментозна профілактика ВІЛ (преконтактна та постконтактна)	22	17	15	12	34

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування щодо способів передачі та профілактики ТБ	58	18	15	4	5
Консультування щодо способів передачі та профілактики вірусних гепатитів В та С	58	20	12	4	6
Проведення профілактичного огляду на ТБ	56	20	14	5	5
Консультування щодо профілактики ВІЛ-інфекції	51	22	15	8	4
Проведення скринінгу на ВГ із використанням швидких тестів	46	17	19	7	11
Тестування на ВІЛ з використанням швидких тестів	43	20	18	8	11
Проведення дотестового та післятестового консультування в рамках тестування на ВІЛ	41	20	23	8	8
Розповсюдження друкованих матеріалів, шприців, презервативів, лубрикантів в рамках	37	20	19	12	12

профілактичних заходів соціально небезпечних захворювань					
Медикаментозна профілактика ТБ з вибором схеми профілактичного лікування ТБ	25	15	20	16	24
Медикаментозна профілактика ВІЛ (преконтактна та постконтактна)	22	14	23	14	27

Запитання анкети С1. В якій мірі Ви готові взаємодіяти з нижче переліченими категоріями пацієнтів в рамках надання їм медичних послуг? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюю</i>
Пацієнти з діагнозом пневмоконіозу	43	33	13	4	7
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	37	39	15	4	5
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту В	37	38	17	3	5
Пацієнти з діагнозом туберкульозу без бактеріовиділення (БК-)	31	33	18	7	11
Пацієнти з діагнозом ВІЛ-інфекції без імуносупресії	29	37	18	4	12
Пацієнти з діагнозом ВІЛ-інфекції з імуносупресією	19	34	23	8	16
Пацієнти з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням (БК+)	14	21	20	12	33

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Готові надавати всі необхідні послуги</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та фізикальне обстеження, але не передбачають маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові надавати послуги, які передбачають консультування та спілкування з пацієнтом, але не передбачають фізикального обстеження та маніпуляційних процедур</i>	<i>Готові до того, що ці пацієнти можуть знаходитися в медичному закладі, у якому працюють, але не готові з ними контактувати</i>	<i>Не готові бачити цих пацієнтів в медичному закладі, в якому я працюють</i>
Пацієнти з діагнозом пневмоконіозу	41	33	19	4	3
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	40	34	18	4	4
Пацієнти з діагнозом вірусного гепатиту В	39	33	18	6	4
Пацієнти з діагнозом туберкульозу без бактеріовиділення (БК-)	33	34	19	10	4
Пацієнти з діагнозом ВІЛ-інфекції без імуносупресії	26	38	20	8	8
Пацієнти з діагнозом ВІЛ-інфекції з імуносупресією	25	36	20	7	12
Пацієнти з діагнозом туберкульозу з бактеріовиділенням (БК+)	16	27	22	13	22

Запитання анкети D2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожен з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ВІЛ-інфекції, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції	50	37	13
Контроль лікування ВІЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	22	49	29
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВІЛ в рамках прийому АРТ	21	46	33
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВІЛ	20	50	30

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Добре обізнані щодо надання цієї послуги	Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації	Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги
Консультавання з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції	50	41	9
Контроль лікування ВІЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	28	55	17
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВІЛ в рамках прийому АРТ	27	53	20
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВІЛ	23	59	18

Запитання анкети D3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ВІЛ-інфекції і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Консультавання з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції	32	19	16	10	23
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВІЛ	11	8	19	19	43
Контроль лікування ВІЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	11	10	18	19	42
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВІЛ в рамках прийому АРТ	10	13	16	18	43

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Консультавання з питань формування прихильності до лікування ВІЛ-інфекції	35	19	16	12	18
Видача препаратів АРТ пацієнту та ведення реєстру пацієнтів з ВІЛ в рамках прийому АРТ	15	12	22	13	38
Контроль лікування ВІЛ, включаючи організацію забору та транспортування крові для проведення клініко-лабораторних досліджень	14	10	20	17	39
Призначення та вибір/коригування схеми АРТ в рамках лікування ВІЛ	11	12	20	16	41

Запитання анкети Е2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожну з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ТБ, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ТБ	58	32	10
Контроль лікування, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	39	44	17
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабітолога	34	46	20
Проведення ДОТ-лікування (видача і контроль прийому препаратів) і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	33	45	22
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	26	47	27

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ТБ	61	33	6
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабітолога	49	41	10
Контроль лікування, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	47	45	8
Проведення ДОТ-лікування (видача і контроль прийому препаратів) і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	42	48	10
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	30	60	10

Запитання анкети Е3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом ТБ і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування з питань формування прихильності до лікування ТБ	35	18	16	11	20
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабітолога	23	14	19	16	28

Контроль лікування, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	20	11	20	18	31
Проведення ДОТ-лікування (видача і контроль прийому препаратів) і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	18	11	20	20	31
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	12	10	19	19	40

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультавання з питань формування прихильності до лікування ТБ	39	20	17	10	14
Проведення медичної реабілітації пацієнтів з діагнозом ТБ згідно з рекомендаціями лікаря-реабілітолога	31	19	19	14	17
Контроль лікування, включаючи організацію забору та транспортування мокротиння для проведення клініко-лабораторних досліджень	24	15	21	13	27
Проведення ДОТ-лікування (видача і контроль прийому препаратів) і ведення реєстру пацієнтів в рамках амбулаторного лікування ТБ	20	14	24	15	27
Призначення та вибір/коригування схеми протитуберкульозного лікування	14	15	23	14	34

Запитання анкети F2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожну з перелічених послуг лікування пацієнтів з діагнозом вірусних гепатитів, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультавання з питань формування прихильності до лікування вірусних гепатитів	64	30	6
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	50	39	11
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	47	41	12
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	33	51	16
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	33	51	16

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Добре обізнані щодо надання цієї послуги	Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації	Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги
Консультування з питань формування прихильності до лікування вірусних гепатитів	64	31	5
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	51	42	7
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	48	45	7
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	40	51	9
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	40	51	9

Запитання анкети F3. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування пацієнтів вірусних гепатитів і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Консультування з питань формування прихильності до лікування вірусних гепатитів	41	20	19	9	11
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	26	17	22	11	24
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	24	18	21	13	24
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	17	15	23	15	30
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	16	15	25	15	29

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Консультування з питань формування прихильності до лікування вірусних гепатитів	44	19	20	8	9
Контроль лікування вірусного гепатиту В, включаючи направлення на відповідну діагностику	28	20	24	11	17
Контроль лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень, включаючи направлення на відповідну діагностику	27	19	23	12	19
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту В	22	12	25	15	26
Призначення та вибір лікування вірусного гепатиту С без додаткових ускладнень	20	16	24	14	26

Запитання анкети G1. Скажіть, будь ласка, яке з наведених тверджень найкраще описує ваше ставлення до замісної підтримуючої терапії (ЗПТ) як до способу лікування наркозалежності?
ОДНА ВІДПОВІДЬ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</i>
ЗПТ є ефективним методом лікування наркозалежності та профілактики ВІЛ, ВГ і обов'язково має надаватись хворим	23	24
ЗПТ не лікує наркозалежності але є необхідним методом профілактики ВІЛ, ВГ	34	31
ЗПТ не лікує наркозалежності і є заміною одного наркотика на інший	22	20
ЗПТ призводить до формування ще сильнішої залежності	8	4
Не змогли відповісти	13	21

Запитання анкети G3. Незалежно від того чи надаєте Ви кожному з перелічених послуг ЗПТ, які надаються пацієнтам в рамках лікування наркозалежності, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

<u>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</u>			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	18	44	38
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	17	37	46
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	16	37	47
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	15	38	47
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	15	38	47
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	14	37	49

<u>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</u>			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	25	42	33
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	18	42	40
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	18	40	42
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	18	41	41
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	18	41	41
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	17	42	41

Запитання анкети G4. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг ЗПТ, які надаються пацієнтам в рамках лікування наркозалежності, і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожен з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	10	9	15	17	49
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	7	4	10	21	58
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	6	4	11	20	59
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	6	4	11	20	59
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	5	4	10	22	59
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	4	5	11	20	60

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)					
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Повністю готові</i>	<i>Скоріше готові</i>	<i>Наскільки готові, настільки й ні</i>	<i>Скоріше не готові</i>	<i>Зовсім не готові</i>
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	13	14	16	14	43
Щоденна видача і контроль прийому препаратів	7	8	13	15	57
Консультування та прийняття рішення з приводу припинення ЗПТ	7	9	16	12	56
Видача для самостійного прийому строком до 10 днів	6	8	13	14	59
Виписка рецепту для самостійного придбання препаратів пацієнтом в аптеці	6	11	13	14	56
Призначення необхідної дози препарату та її коригування в подальшому	5	8	15	13	59

Запитання анкети H2. Незалежно від того чи надаєте Ви кожен з перелічених послуг лікування паліативних хворих, оцініть наскільки добре Ви обізнані щодо особливостей надання кожної з цих послуг, щоб надавати її в рамках своєї медичної практики? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)			
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Добре обізнані щодо надання цієї послуги</i>	<i>Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації</i>	<i>Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги</i>
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	88	12	0
Симптоматичне лікування	88	11	1
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	86	12	2
Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків	84	15	1

Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	82	16	2
--	----	----	---

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Добре обізнані щодо надання цієї послуги	Щось чули, знають щодо надання послуги, але потребують більше інформації	Зовсім не обізнані щодо надання цієї послуги
Симптоматичне лікування	82	17	1
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	80	19	1
Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків	78	20	2
Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	76	21	3
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	76	20	4

Запитання анкети НЗ. Уявіть, що Ви в достатній мірі обізнані/маєте можливість отримати всі необхідні знання та вміння для надання кожної з перелічених послуг лікування паліативних хворих і оцініть наскільки Ви особисто готові надавати (або продовжувати надавати, якщо вже надаєте) кожну з них? **ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ**

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Симптоматичне лікування	74	13	6	3	4
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	73	14	7	3	3
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	70	15	5	4	6
Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків	68	17	8	3	4
Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	66	18	8	3	5

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)

у % до тих, хто відповів	Повністю готові	Скоріше готові	Наскільки готові, настільки й ні	Скоріше не готові	Зовсім не готові
Симптоматичне лікування	66	18	12	2	2
Консультування та психологічна підтримка хворого та його рідних	65	16	12	5	2
Призначення лікарських засобів для купіювання болю, включаючи призначення наркотичних лікарських засобів	61	17	16	3	3
Знеболення з використанням наркотичних анальгетиків	60	17	17	4	2
Періодичне відвідування пацієнта для контролю стану хворого, включаючи забір біологічного матеріалу для аналізів	60	18	13	5	4

Запитання анкети І1. Скажіть будь ласка які з перелічених факторів в першу чергу могли б підвищити Вашу готовність/мотивувати Вас до надання окремих послуг..., які Ви з тих чи інших причин не хотіли б/не готові надавати, але загалом могли б це робити? НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ ПО СТОВПЧИКУ

Лікарі міських ЦПМСД (n=452)						
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>...профілактик и ВІЛ, ТБ, ВГ, зокрема серед представників груп ризику</i>	<i>...лікування ВІЛ- інфекції</i>	<i>...лікування ТБ</i>	<i>...лікування вірусних гепатитів</i>	<i>...замісної терапії (ЗПТ) в рамках лікування наркозалежності</i>	<i>...лікування паліативн их хворих</i>
Додаткова оплата праці	62	39	42	44	33	70
Додаткові дні оплачуваної відпустки	32	21	22	24	18	41
Забезпечення комфортних умов прийому пацієнтів груп ризику	27	18	18	19	12	20
Безкоштовне навчання щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань/ЗПТ/ лікування паліативних хворих	22	15	15	19	14	20
Нарахування додаткового стажу	18	12	11	11	11	24
Збільшення норми тривалості прийому одного пацієнта	17	10	9	9	9	19
Зменшення навантаження на одного надавача ПМД	16	9	11	10	8	22
Нарахування додаткових балів в рамках отримання ліцензії на діяльність сімейного лікаря	14	6	7	9	7	17
Можливість делегування обов'язків ведення документації та звітності середньому медичному персоналу	8	4	3	3	2	12
Інше	0	0	0	0	0	1
Жоден з факторів не зміг би підвищити мою готовність/ мотивувати мене до надання цих послуг	23	51	48	44	57	13

Лікарі районних ЦПМСД (n=348)						
<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>...профілактик и ВІЛ, ТБ, ВГ, зокрема серед представників груп ризику</i>	<i>...лікування ВІЛ- інфекції</i>	<i>...лікування ТБ</i>	<i>...лікування вірусних гепатитів</i>	<i>...замісної терапії (ЗПТ) в рамках лікування наркозалежності</i>	<i>...лікування паліативн их хворих</i>
Додаткова оплата праці	62	46	50	55	42	68
Додаткові дні оплачуваної відпустки	33	21	26	27	21	35

Забезпечення комфортних умов прийому пацієнтів груп ризику	22	20	22	22	15	19
Нарахування додаткового стажу	21	16	14	14	16	15
Безкоштовне навчання щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань/ЗПТ/ лікування паліативних хворих	21	17	15	19	14	20
Збільшення норми тривалості прийому одного пацієнта	16	12	11	12	8	23
Зменшення навантаження на одного надавача ПМД	15	11	9	10	10	19
Нарахування додаткових балів в рамках отримання ліцензії на діяльність сімейного лікаря	11	5	6	8	4	12
Можливість делегування обов'язків ведення документації та звітності середньому медичному персоналу	8	6	6	6	7	9
Інше	0	1	1	1	0	1
Жоден з факторів не зміг би підвищити мою готовність/ мотивувати мене до надання цих послуг	23	40	37	31	47	14

Запитання анкети К1. Вкажіть джерела інформації, якими Ви зазвичай користуєтесь для поглиблення власних знань в рамках своєї професійної діяльності (наприклад, щодо реформування системи охорони здоров'я, щодо надання послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ і т.д.)? НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=452)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=348)</i>
Офіційний сайт МОЗ	67	66
Конференції/тренінги/курси підвищення кваліфікації	59	63
Профільні інформаційні інтернет-ресурси та видання	44	49
Профільні друковані періодичні видання (медичні газети, журнали)	41	35
Керівництво медичного закладу, у якому я працюю	33	26
Протоколи лікування різних захворювань (в т.ч. міжнародні)	27	26
Відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів	18	17
Колеги по роботі	12	9

Запитання анкети К2. Якщо говорити про отримання інформації щодо особливостей надання послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, послуг ЗПТ та лікування паліативних хворих, вкажіть, у яких заходах в першу чергу Ви готові брати участь для підвищення власних знань в рамках своєї професійної діяльності? НЕ БІЛЬШЕ 3-Х ВІДПОВІДЕЙ

у % до тих, хто відповів	Лікарі міських ЦПМСД (n=452)	Лікарі районних ЦПМСД (n=348)
Конференції за участю профільних спеціалістів	59	68
Практичні тренінги/семінари майстер-класи з вивченням реальних випадків	55	61
Курси лекцій від профільних спеціалістів	48	53
Курси підвищення кваліфікації	39	34
Відеолекції/вебінари від профільних спеціалістів	21	21
Самоосвіта (самостійний пошук та використання протоколів в тому числі міжнародних, досліджень та наукових публікацій за темами)	18	16
Стажкування на клінічних базах	16	16
Важко відповісти	3	1

Запитання анкети J1. Як Ви вважаєте, чи доцільно залучати немедичних працівників (соціальних працівників, представників профільних НУО) до надання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань в межах закладу ПМД? ОДНА ВІДПОВІДЬ

у % до тих, хто відповів	Лікарі міських ЦПМСД (n=452)	Лікарі районних ЦПМСД (n=348)
Вважають, що залучення немедичних працівників є недоцільним	12	15
Вважають, що залучення немедичних працівників є наскільки доцільним, настільки й ні	22	19
Вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним	66	66

Запитання анкети J2. Вкажіть, чи доцільно залучати немедичних працівників (соціальних працівників, психологів, представників профільних НУО) до надання кожної з перелічених послуг профілактики та лікування ВІЛ, ТБ, вірусних гепатитів, наркозалежності і т.д.? * ОДНА ВІДПОВІДЬ ПО РЯДКУ

у % до тих, хто відповів	Лікарі міських ЦПМСД (n=398)	Лікарі районних ЦПМСД (n=297)
Розповсюдження друкованих матеріалів, безкоштовних шприців, презервативів, лубрикантів	83	80
Консультування пацієнтів ЗПТ з питань ресоціалізації, вирішення соціально-психологічних проблем, формування прихильності до лікування	70	70
Консультування щодо профілактики ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів	69	70
Консультування з питань прихильності до лікування ВІЛ/ТБ/вірусних гепатитів	66	59
Надання окремих послуг в рамках лікування паліативних хворих	60	64
Видача та контроль прийому препаратів для ЗПТ	30	33
Видача препаратів АРТ пацієнту	29	28
Проведення ДОТ-лікування в рамках амбулаторного лікування ТБ (видача і контроль прийому препаратів)	28	30

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні

Запитання анкети J3. Вкажіть, яким вимогам повинна відповідати кандидатура немедичного працівника, який буде залучатися до надання послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, для ефективної співпраці з лікарем? * НЕ БІЛЬШЕ 2-Х ВІДПОВІДЕЙ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=398)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=297)</i>
Проходження сертифікаційних курсів щодо роботи з групами ризику/особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ	70	67
Наявність у немедичного працівника профільної освіти	50	51
Наявність досвіду роботи з представниками груп ризику/особами, що мають діагноз ВІЛ, ТБ, ВГ	38	40
Наявність досвіду співпраці з медичним персоналом	15	13
Зайнятість в профільній громадській організації	9	10
Інше	1	1

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні

Запитання анкети J4. Уявіть, що Вам запропонували залучити немедичного працівника до надання окремих послуг профілактики та лікування соціально-небезпечних захворювань, в рамках роботи з Вашими пацієнтами. Вкажіть, якими повинні бути фінансові умови Вашої співпраці? * ОДНА ВІДПОВІДЬ

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=398)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=297)</i>
Делегування частини обов'язків за умови державного фінансування оплати праці немедичного працівника	64	63
Делегування частини обов'язків, які передбачають додаткове державне фінансування для оплати праці лікаря, на умовах часткового розподілу цих коштів між лікарем та немедичним працівником	25	28
Делегування частини обов'язків на безоплатній основі	5	5
Я не готовий працювати в немедичним працівником на жодних умовах	5	3
Важко відповісти	1	1

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є доцільним або наскільки доцільним, настільки й ні

Запитання анкети J5. Вкажіть з яких причин Ви вважаєте, що залучення немедичних працівників (соціальних працівників, представників профільних НУО) до надання профілактики та лікування соціально небезпечних захворювань є недоцільним? * **ВІДКРИТЕ ЗАПИТАННЯ**

<i>у % до тих, хто відповів</i>	<i>Лікарі міських ЦПМСД (n=155)</i>	<i>Лікарі районних ЦПМСД (n=118)</i>
Некомпетентність в наданні послуг/ недостатність знань щодо роботи з пацієнтами груп ризику або пацієнтами з діагнозом ВІЛ, ТБ, ВГ	41	36
Сприйняття співпраці з немедичними працівниками як додаткової відповідальності та навантаження на надавача ПМД	5	4
Уявлення про роботу немедичних працівників як про неефективну	3	6
Нерозуміння немедичними працівниками ризиків соціально-небезпечних хвороб	2	3
Відсутність довіри до немедичних працівників	1	4
Інше	7	9
Важко відповісти	45	41

* відповідали ті, хто вважають, що залучення немедичних працівників є не доцільним