НАЦІОНАЛЬНИЙ УНІВЕРСИТЕТ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
імені П. Л. Шупика

Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису

ОКТИСЮК ЖАННА СЕРГІЇВНА

УДК: 614.2: 618.17/.5-083.98

ДИСЕРТАЦІЯ
МЕДИКО-СОЦІАЛЬНЕ ОБҐРУНТУВАННЯ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

222 «Медицина»

22 «Охорона здоров'я»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії. Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей, результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне джерело.

_____ Ж. С. Октисюк

Науковий керівник:
Гойда Ніна Григорівна,
доктор медичних наук, професор

Київ - 2025

АНОТАЦІЯ

Октисюк Ж. С. Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. - Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» (наукова спеціальність «Соціальна медицина»). – Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, Київ, 2025.

Дисертація виконана відповідно до визначеної мети - науково обґрунтувати моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Дослідження проведено в шість організаційних етапів, кожен з яких забезпечив послідовне вирішення завдань дослідження із використанням достатнього обсягу фактичного матеріалу та відповідних методів дослідження, в результаті чого отримана повна, достовірна інформація для виконання поставлених завдань.

Під час першого етапу дослідження вивчено та проаналізовано 110 літературних джерел наукової, нормативно-правової, статистичної інформації, з них 68 англомовних.

На другому етапі проводилася розробка програми дослідження, формування мети та завдань, методологічного інструментарію проведення дослідження, обґрунтуванню методів та обсягу дослідження. На цьому етапі складено план дослідження, обрано об'єкт дослідження, обсяг статистичних сукупностей, часовий інтервал (2015 – 2021 рр.), види та способи спостереження і збору матеріалів. Також здійснено розробку та затвердження анкет соціологічного дослідження.

На третьому етапі дослідження, згідно зі складеною програмою та планом дослідження, здійснено аналіз стану репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні. Під час виконання даного етапу дослідження вивчено та проаналізовано такі питання: репродуктивне здоров'я жінки як

базис формування демографічного потенціалу нації; стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України; аналіз частоти абортів серед жіночого населення України; онкогінекологічна патологія як чинник впливу на репродуктивне здоров'я жіночого населення України.

На четвертому етапі вивчалося ставлення та готовність жінок репродуктивного віку, лікарів загальної практики сімейної медицини, акушерів гінекологів та організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку за результатами анкетування.

На п'ятому етапі дослідження вивчалися складові (організаційні й індивідуальні компоненти), що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, а також оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я за результатами суб'єктивної оцінки організаторів охорони здоров'я, лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів акушерів-гінекологів.

На шостому етапі дослідження здійснено наукове обґрунтування та розробку моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Визначені структура, функції та шляхи досягнення моделі.

В результаті виконання дослідження з'ясовано, що інтеграція послуг на сьогодні є стратегічним напрямком у межах національної та міжнародної політики в галузі охорони здоров'я.

Виявлено позитивну динаміку з 2015 по 2021 рік щодо зменшення частоти захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом (частота захворюваності на сифіліс зменшилася з 5,9 до 2,7 на 100000 жінок (в 2,2 раза); на гонококову інфекцію зменшилася з 8,2 до 1,9 на 100000 жінок (в 4,3 раза); на хламідійну інфекцію зменшилася з 54,5 до 16,8 на 100000

жінок (в 3,2 раза); на трихомоніаз зменшилася з 182,5 до 57,4 на 100000 жінок (в 3,2 раза).

З'ясовано, що відбулося суттєве зниження сумарної частоти абортів в Україні та подовження цієї позитивної динаміки: з 8,15 на 1000 жінок фертильного віку у 2018 до 5,71 у 2021 році.

Встановлено, що відбулася стабілізація з 2015 по 2021 рік щодо окремих онкогінекологічних нозологій: зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки, яєчників та позитивна тенденція щодо зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки (частота захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки зменшилася в 1,2 раза: з 18,0 до 14,8 на 100000 населення).

З'ясовано, що більшість опитаних жінок (від 63,4% до 100%), незалежно від віку та рівня освіти готові або швидше готові, ніж не готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги у лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Виявлено, що більшість (більше 80%) лікарів загальної практики-сімейної медицини підтримали лише 5 з 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг (консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо використання різних методів контрацепції, огляд і пальпація молочних залоз, направлення жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги), але надавати їх готові лише 54,74% лікарів ЗПСМ; більшість (більше 59%) лікарів акушерів-гінекологів підтримали 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надавати лікарі ЗПСМ, та лише 51,02% лікарів акушерів-гінекологів готові до надання даних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини; більшість (більше 69%) організаторів охорони здоров'я підтримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надавати лікарі ЗПСМ, та лише 48,98% організаторів охорони здоров'я готові до надання даних видів

послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини. Встановлено, що отримані результати опитування не залежать від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаційної категорії лікарів ЗПСМ, акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я ($p>0,05$).

Показано, що більше 50% лікарів загальної практики-сімейної медицини оцінили свій рівень теоретичної та практичної підготовки як «потребує покращення» та «незадовільний» щодо більшості запропонованих питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги; більше 55% лікарів акушерів-гінекологів негативно оцінюють рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Встановлено, що лікарі загальної практики-сімейної медицини, лікарі акушери гінекологи, організатори охорони здоров'я оцінили матеріально-технічну базу більше, ніж 50% закладів ПМСД , як таку що «не відповідає» або лише «частково відповідає» вимогам щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ.

Здійснено наукове обґрунтування та розробку функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, складовими якої стали: просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку, застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я, а також організаційні складові: науково-правове, організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення, що в разі комплексного застосування забезпечать інтегроване надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Розроблена функціонально-організаційна модель організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку отримала узгоджену експертну оцінку незалежних

експертів за 10-бальною шкалою як в цілому, так і за її організаційними складовими.

Таким чином, виконання всіх етапів власного дослідження дало змогу вирішити всі поставлені завдання та отримати достовірні результати, які стали основою для наукового обґрунтування організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Наукова новизна дослідження полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, складовими якої стали:

1) просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку з метою підвищення інформованості жінок з питань збереження репродуктивного здоров’я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг;
2) застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров’я шляхом удосконалення освітніх планів і програм підготовки в вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти та шляхом розробки нових програм БПР;
3) організаційні складові: науково-правове, організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення:
   - запровадження механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою шляхом створення реєстру жінок репродуктивного віку в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) та регіональних реєстрів, де буде інформація про стан здоров’я кожної жінки репродуктивного віку та весь обсяг профілактичних заходів та наданих акушерсько-гінекологічних послуг;

- розширення табелів оснащення закладів ПМСД з внесенням необхідного переліку засобів медичного призначення для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг;
- забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг;
- розробка інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку.

Удосконалено підходи до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до організації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Теоретичне значення дослідження полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, в частинні вчення про організацію первинної медичної допомоги в сучасних умовах, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для створення і впровадження моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку на регіональному і місцевому рівні з метою поліпшення репродуктивного здоров'я жінок.

Ключові слова: загальна практика-сімейна медицина; інтегровані системи охорони здоров'я; репродукція, жіноче населення, репродуктивне здоров'я, планування сім'ї, захворюваність на інфекції, що передаються статевим шляхом, онкогінекологічні захворювання, нормативно-правові документи, первинна медична допомога, медичні послуги, лікар загальної практики-сімейної медицини, заклад охорони здоров'я, заклади первинної медико-санітарної допомоги, освітні програми, безперервний професійний розвиток, війна, модель.

ANNOTATION

Oktysiuk Zh. S. Medico-social justification of the model of organization of integrated provision of primary medical care to women of reproductive age. - Qualified scientific work on the rights of the manuscript.

Dissertation for the degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 "Health Care" in the specialty 222 "Medicine" (scientific specialty "Social Medicine"). - P. L. Shupyk National University of Health Care of Ukraine, Kyiv, 2025.

The dissertation was completed in accordance with the specified goal - to scientifically substantiate the model of organization of integrated provision of primary medical care to women of reproductive age.

The study was conducted in six organizational stages, each of which provided a consistent solution to the research tasks using a sufficient amount of factual material and appropriate research methods, as a result of which complete, reliable information was obtained to fulfill the tasks set.

During the first stage of the study, 110 literary sources of scientific, regulatory, and statistical information were studied and analyzed, 68 of which were in English.

At the second stage, the research program was developed, the goals and objectives were formed, the methodological tools for conducting the study were developed, and the methods and scope of the study were justified. At this stage, a research plan was drawn up, the object of the study, the scope of statistical populations, the time interval (2015-2021), types and methods of observation and collection of materials were selected. The sociological research questionnaires were also developed and approved.

At the third stage of the study, in accordance with the drawn up program and research plan, an analysis of the state of reproductive health of the female population in Ukraine was carried out. During this stage of the study, the following issues were studied and analyzed: women's reproductive health as the basis for the formation of the nation's demographic potential; the incidence of sexually

transmitted infections among the female population of Ukraine; analysis of the frequency of abortions among the female population of Ukraine; oncogynecological pathology as a factor influencing the reproductive health of the female population of Ukraine.

At the fourth stage, the attitude and readiness of women of reproductive age, general practitioners of family medicine, obstetricians-gynecologists and health care organizers to the integrated provision of primary health care to women of reproductive age were studied based on the results of a questionnaire.

At the fifth stage of the study, the components (organizational and individual components) that influence the implementation of integrated provision of primary health care to women of reproductive age were studied, as well as the assessment of the ability of primary health care institutions to provide reproductive health services based on the results of a subjective assessment of health care organizers, general practitioners-family medicine and obstetricians-gynecologists.

At the sixth stage of the study, a scientific justification and development of a model for organizing integrated provision of primary health care to women of reproductive age were carried out. The structure, functions and ways to achieve the model were determined.

As a result of the study, it was found that the integration of services is currently a strategic direction within the framework of national and international health policy.

Positive dynamics were identified from 2015 to 2021 in reducing the incidence of sexually transmitted infections (the incidence of syphilis decreased from 5.9 to 2.7 per 100,000 women (by 2.2 times); gonococcal infection decreased from 8.2 to 1.9 per 100,000 women (by 4.3 times); chlamydial infection decreased from 54.5 to 16.8 per 100,000 women (by 3.2 times); trichomoniasis decreased from 182.5 to 57.4 per 100,000 women (by 3.2 times).

It was found that there was a significant decrease in the total abortion rate in Ukraine and the continuation of this positive trend: from 8.15 per 1,000 women of childbearing age in 2018 to 5.71 in 2021.

It was found that stabilization occurred from 2015 to 2021 for certain oncogynecological nosologies: a decrease in the incidence of malignant neoplasms of the breast, uterine corpus, and ovaries, and a positive trend in the reduction of the incidence of malignant neoplasms of the cervix (the incidence of malignant neoplasms of the cervix decreased by 1.2 times: from 18.0 to 14.8 per 100,000 population).

It was found that the majority of women surveyed (from 63.4% to 100%), regardless of age and level of education, are ready or more likely to be ready than not to receive obstetric and gynecological care services from general practitioners-family medicine doctors.

It was found that the majority (more than 80%) of general practitioners-family medicine physicians supported only 5 out of 13 proposed obstetric and gynecological services (consultation on sexually transmitted infections (STI) and HIV/AIDS prevention, counseling on family planning and prevention of unwanted pregnancy, counseling on the use of various contraceptive methods, examination and palpation of the mammary glands, referral of women to a higher level of obstetric and gynecological care), but only 54.74% of obstetricians-gynecologists (OB/GYN) were ready to provide them; the majority (more than 59%) of obstetrician-gynecologists supported 6 out of 13 obstetric and gynecological services that can be provided by OB/GYN physicians, and only 51.02% of OB/GYN physicians were ready to provide these services by general practitioners-family medicine physicians; The majority (more than 69%) of healthcare providers supported only 6 out of 13 obstetric and gynecological services that can be provided by, and only 48.98% of healthcare providers are ready for these types of services to be provided by general practitioners (GPs). It was established that the results of the survey do not depend on the age, experience of work in the specialty and on the qualification category of GPs, obstetrician-gynecologists and health care organizer ($p>0.05$).

It is shown that more than 50% of GPs assessed their level of theoretical and practical training as “needs improvement” and “unsatisfactory” on most of the

proposed issues regarding the provision of obstetric and gynecological care; more than 55% of obstetricians and gynecologists negatively assess the level of theoretical and practical training of GPs on the provision of obstetric and gynecological care.

It was found that general practitioners-family medicine physicians, obstetricians-gynecologists, and health care organizers assessed the material and technical base of more than 50% of primary health care institutions as “not meeting” or only “partially meeting” the requirements for the provision of reproductive health services by doctors of the primary health care system.

A scientific justification and development of a functional and organizational model for the organization of integrated provision of primary medical care to women of reproductive age have been carried out, the components of which were: educational, preventive work with women of reproductive age, the use of scientific and educational technologies for doctors of obstetrics and gynecology, obstetrician-gynecologists and health care organizers, as well as organizational components: scientific and legal, organizational and methodological support, material and technical support and scientific and informational support, which in the case of complex application will provide integrated provision of primary medical care to women of reproductive age.

The developed functional and organizational model of the organization of integrated provision of primary medical care to women of reproductive age received an agreed expert assessment by independent experts on a 10-point scale both as a whole and according to its organizational components.

Thus, the implementation of all stages of our own research made it possible to solve all the tasks set and obtain reliable results, which became the basis for the scientific substantiation of the organization of integrated primary health care for women of reproductive age.

The scientific novelty of the obtained results is that for the first time in Ukraine, a medical and social substantiation of the model of organization of

integrated primary health care for women of reproductive age was carried out, the components of which were:

1) educational, preventive work with women of reproductive age in order to increase women's awareness of issues of preserving reproductive health and integrated provision of obstetric and gynecological services;

2) application of scientific and educational technologies for obstetrician-gynecologists and health care organizers by improving educational plans and training programs in higher educational institutions and postgraduate education institutions and by developing new BPR programs;

3) organizational components: scientific and legal, organizational and methodological support, material and technical support and scientific and information support:

- introduction of mechanisms for interaction between obstetrician-gynecological doctors and the obstetrician-gynecological service by creating a register of women of reproductive age in the electronic health care system (ESH) and regional registers, which will contain information about the health status of each woman of reproductive age and the entire scope of preventive measures and obstetrician-gynecological services provided;

- expansion of the equipment tables of primary health care institutions with the inclusion of the necessary list of medical devices for the possibility of providing obstetrician-gynecological services;

- provision of primary health care institutions with medical devices necessary for the provision of obstetrician-gynecological services;

- development of information and methodological materials for educational work among women of reproductive age.

Approaches to the integrated provision of primary health care to women of reproductive age *have been improved.*

Methodological approaches to the organization of integrated provision of obstetric and gynecological services by general practitioners-family medicine *have been further developed.*

The theoretical significance of the study is to supplement the theory of social medicine in terms of the doctrine of health care management, in particular, the doctrine of the organization of primary health care in modern conditions, in particular primary health care for women of reproductive age.

The practical significance of the research results is that they became the basis for the creation and implementation of a model of organization of integrated provision of primary health care to women of reproductive age at the regional and local levels in order to improve women's reproductive health.

Keywords: general practice-family medicine; integrated health care systems; reproduction, female population, reproductive health, family planning, morbidity of sexually transmitted infections, oncological and gynecological diseases, regulatory documents, primary health care, medical services, general practitioner-family medicine physician, health care institution, primary health care institutions, educational programs, continuous professional development, war, model.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Goida NG, Oktysiuk ZS. Results of the study of the attitude of women of reproductive age to the integrated gynecological care provision by family physicians». Wiad Lek. 2024;77(3):506-513. doi: 10.36740/WLek202403120. (*Особистий внесок: дисертанту належить ідея написання статті, розробка анкет, проведення соціологічного опитування, статистична обробка та аналіз матеріалів дослідження, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації*).

2. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Аналіз стану деяких показників репродуктивного здоров’я жіночого населення в Україні. Український

медичний часопис. 2022; 5(151). doi: 10.32471/umj.1680-3051.151.234026 *(Особистий внесок: дисертанту належить ідея написання статті, збір і статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації)*.

3. Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Укр. Здор. нації. 2023;1(71):51-9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09 *(Особистий внесок: дисертанту належить аналіз матеріалів дослідження, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

4. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз окремих складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку Український медичний часопис. 2025. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.265870. Доступно на: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-265870-analiz-okremih-skladovih-shho-vplivayut-na-realizatsiyu-integrovanogo-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-zhinkam-reproduktivnogo-viku *(Особистий внесок: дисертанту належить ідея написання статті, збір і статистична обробка даних, аналіз матеріалів дослідження, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

5. Гойда НГ, Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики в охороні здоров'я населення України. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2 (112). DOI: 10.30841/2786-720X.2.2025.331921 *(Особистий внесок: дисертанту належить аналіз матеріалів дослідження, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Планування сім'ї - один з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з

міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я». 2022; Полтава, с. 17-18. *(Особистий внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

7. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України та міста Києва: Матеріали четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я. Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку. 2022; Тернопіль, с.12-13. *(Особистий внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

8. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини України з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference. 2025; Krakow, Poland, pp. 101-102. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/SCIENTIFIC-TRENDS-HISTORY-DEVELOPMENT-AND-EXISTING-PROBLEMS.pdf *(Особистий внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання* основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).

9. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз результатів дослідження ставлення та готовності організаторів охорони здоров'я до імплементації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарям загальної практики-сімейної медицини в Україні. Abstracts of XXI International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 131-132. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-SCIENCE-PROBLEMS-NEW-AND-RELEVANT-DEVELOPMENTS.pdf *(Особистий*

внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).

10. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Оцінка можливостей закладів первинної медико-санітарної допомоги України щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я. Abstracts of XVII International Scientific and Practical Conference. 2025; Munich, Germany, pp. 106-107. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/THE-LATEST-TECHNOLOGIES-OF-SCIENCE-IMPLEMENTED-IN-USE.pdf *(Особистий внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

11. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я України пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Abstracts of XX International Scientific and Practical Conference. Plovdiv, Bulgaria. pp. 122-123. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/CURRENT-PROBLEMS-OF-THE-DEVELOPMENT-OF-SCIENCE-AND-MODERN-WAYS-OF-IMPROVEMENT.pdf *(Особистий внесок: дисертанту належать ідея написання тез, збір даних, написання основного матеріалу, підготовка висновків та матеріалів до публікації).*

12. Октисюк ЖС. Обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в Україні. Abstracts of XVIII International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 133-134. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/TOPICS-OF-RESEARCH-IN-SCIENTIFIC-AND-EDUCATIONAL-ACTIVITIES.pdf

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ 19

ВСТУП 20

РОЗДІЛ 1. СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА СВІТОВИХ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ІСНУЮЧОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЗОКРЕМА ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ 29

1.1 Актуальність організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги 29

1.2. Аналіз вітчизняних наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку..... 36

1.3. Аналіз світових наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку..... 40

Висновки до розділу 1……. 45

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ… 47

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ..... 56

3.1. Репродуктивне здоров'я жінки як базис формування демографічного потенціалу нації 56

3.2. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України..... 60

3.3. Аналіз частоти абортів серед жіночого населення України…….. 63

3.4. Онкогінекологічна патологія як чинник впливу на репродуктивне здоров'я жіночого населення України..... 68

Висновки до розділу 3..... 73

РОЗДІЛ 4. АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ТА ГОТОВНОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ-МЕДИЦИНИ ТА ЛІКАРІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ ДО ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО- ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ 75

4.1 Ставлення та готовність жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини..... 75

4.2 Ставлення та готовність лікарів загальної практики-сімейної медицини до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку 88
4.3 Ставлення та готовність лікарів акушерів-гінекологів до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку 111
4.4 Ставлення та готовність організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку……. 133
Висновки до розділу 4..... 155
РОЗДІЛ 5. АНАЛІЗ СКЛАДОВИХ (ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ КОМПОНЕНТІВ), ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕАЛІЗАЦІЮ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРЯМИ АКУШЕРАМИ-ГІНЕКОЛОГАМИ ТА ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЖЛИВОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ З РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я 158
5.1. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги 158
5.2. Аналіз оцінки лікарями акушерами-гінекологами рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги 163
5.3. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку..... 168
5.4 Можливості закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я…….. 173
Висновки до розділу 5..... 179
РОЗДІЛ 6. НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО - ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ..... 182
ВИСНОВКИ..... 190
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ 194
ДОДАТКИ..... 211

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

БПР	-	безперервний професійний розвиток
ВІЛ	-	вірус імунодефіциту людини
ВНЗ	-	вищі навчальні заклади
ВООЗ	-	Всесвітня організація охорони здоров’я
ВПЛ	-	вірус папіломи людини
ЕСОЗ	-	електронна система охорони здоров'я
ЗОЗ	-	заклад охорони здоров’я
ЗПСМ	-	загальна практика-сімейна медицина
ІПСШ	-	інфекції, що передаються статевим шляхом
КНП	-	Комунальне некомерційне підприємство
МОЗ	-	Міністерство охорони здоров’я
ООН	-	організація об’єднаних націй
ПМСД	-	первинна медико-санітарна допомога
РЗ	-	репродуктивне здоров’я
СНІД	-	синдром набутого імунодефіциту людини
США	-	Сполучені Штати Америки
M	-	середнє значення
NASEM	-	National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine
n	-	обсяг вибіркової сукупності
p	-	рівень значущості
SD	-	стандартне відхилення
χ^2	-	критерій Пірсона

ВСТУП

Актуальність теми. Організація інтегрованого надання первинної медичної допомоги є надзвичайно актуальною в сучасних умовах, оскільки вона відповідає на виклики, з якими стикається система охорони здоров'я: сприяє поліпшенню якості медичних послуг, забезпечує доступність і ефективність лікування, а також підвищує задоволеність пацієнтів сервісами охорони здоров'я. Ідея інтеграції в галузі охорони здоров’я має на меті сформувати єдину систему, що забезпечує максимальне задоволення потреб населення у медичній допомозі, безперервність і високий стандарт якості її надання.

Для забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі внутрішньосистемної економії та більш високих клінічних результатів роботи галузі в цілому, в охороні здоров’я багатьох країн Європейського союзу та Сполучених штатів Америки йде пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб [3,4,7-14]. Важливо розглядати інтеграцію як ключовий фактор у стратегіях розвитку системи охорони здоров'я для досягнення стійких результатів у напрямку покращення здоров'я населення.

В сучасному суспільстві зростає поширеність хронічних захворювань, а також поєднання кількох хвороб і медичних станів (мультиморбідність) у однієї людини. Лише епізодичних контактів з пацієнтами, що виникають за їх ініціативи, недостатньо для медичного нагляду за такими групами хворих. За такими хворими потрібний постійний нагляд з залученням фахівців різних галузей. Підвищується значимість скоординованості дій різних медичних служб на всіх етапах лікування. Лише на такій основі можна забезпечити запобігання загострень захворювань і знизити навантаження на дорогі ресурси стаціонарів [6].

У вітчизняній науковій літературі не проводилося значної кількості досліджень з питання інтегрованого надання медичної допомоги жінкам

репродуктивного віку. В деяких дослідженнях, розглядаються пріоритетні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню на первинному рівні [65]; питання щодо надання послуг сімейними лікарями жінкам під час вагітності та післяпологового періоду [66]; комплекс заходів на національному та регіональному рівнях для забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинному рівні медичної допомоги [67,68]; також окремі компоненти інтеграції в системі перинатальної допомоги, до числа яких можна віднести її регіоналізацію [69]; вплив вітчизняних стратегій щодо збереження репродуктивного здоров'я на поліпшення демографічної ситуації в Україні [70]; а також приклад розробки інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні та механізму її впровадження [2,71].

В той же час потреба в інтегрованій, скоординованій медичній допомозі постійно зростає для досягнення покращення здоров'я населення, зокрема для жінок репродуктивного віку, що зумовлює актуальність даної теми та проведення наукового дослідження.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами. Дисертаційна робота виконувалася відповідно до плану наукових досліджень кафедри управління охороною здоров'я Національного університету охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика «Обґрунтування інноваційних моделей управління та оптимізації організаційних форм діяльності органів, підприємств та закладів охорони здоров'я» (державний реєстраційний номер 01200U101680, термін виконання 2020-2024 рр.), де дисертант був виконавцем окремих фрагментів роботи.

Мета дослідження: наукове обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Завдання дослідження, що обумовлені поставленою метою, передбачали:

1. Провести системний аналіз вітчизняних та світових наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

2. Розробити програму та методологічний інструментарій проведення наукового дослідження.

3. Проаналізувати стан репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні.

4. Вивчити ставлення та готовність лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів, організаторів охорони здоров'я та жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

5. Визначити складові (організаційні й індивідуальні компоненти), що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

6. Оцінити можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я.

7. Науково обґрунтувати та розробити модель організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Об'єкт дослідження: система організації первинної медичної допомоги.

Предмет дослідження: стан репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні, нормативно-правові документи, що регулюють організацію роботи лікарів загальної практики - сімейної медицини (ЗПСМ) в Україні, ставлення та готовність лікарів ЗПСМ, акушерів-гінекологів, організаторів охорони здоров'я та жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів ЗПСМ з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги,

матеріально-технічне забезпечення закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я.

Бази наукового дослідження: заклади первинної медико-санітарної допомоги м. Києва та Київської області; кафедра управління охороною здоров'я НУОЗУ ім. П. Л. Шупика, кафедра терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології НУОЗУ ім. П. Л. Шупика; кафедра акушерства, гінекології та перинатології НУОЗУ ім. П. Л. Шупика.

Період дослідження: 2021-2025 рр.

Методи дослідження. У дослідженні з метою вирішення поставлених завдань самостійно та в різних комбінаціях використано наступні методи наукового дослідження:

1) *бібліосемантичний* - для аналізу вітчизняних та світових наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку;
2) *системного підходу та аналізу* - для вивчення та аналізу окремих елементів системи, установлення структурних зв'язків між елементами системи для створення моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку;
3) *медико-статистичний* - для обробки основних показників стану репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні, обробки та аналізу результатів дослідження, оцінки достовірності отриманої статистичної інформації.
4) *соціологічний (анкетування)* - для вивчення готовності лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів, організаторів охорони здоров'я та жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку; для вивчення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів ЗПСМ з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги; для вивчення оцінки лікарями матеріально-технічного забезпечення закладів

первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров’я.

5) *концептуального моделювання* - для розроблення моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку ;
6) *експертних оцінок* - для отримання незалежної оцінки запропонованої моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Наукова новизна одержаних результатів полягає в тому, що вперше в Україні здійснено медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, складовими якої стали:

4) просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку з метою підвищення інформованості жінок з питань збереження репродуктивного здоров’я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг;
5) застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров’я шляхом удосконалення освітніх планів і програм підготовки в вищих навчальних закладах та закладах післядипломної освіти та шляхом розробки нових програм БПР;
6) науково-правове, організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення:
   - запровадження механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою шляхом створення реєстру жінок репродуктивного віку в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) та регіональних реєстрів, де буде інформація про стан здоров’я кожної жінки репродуктивного віку та весь обсяг профілактичних заходів та наданих акушерсько-гінекологічних послуг;

- розширення табелів оснащення закладів ПМСД з внесенням необхідного переліку засобів медичного призначення для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг;
- забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг;
- розробка інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку.

Удосконалено підходи до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Набули подальшого розвитку методичні підходи до організації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Теоретичне значення роботи полягає в доповненні теорії соціальної медицини в частині вчення про управління охороною здоров'я, зокрема про організацію первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в сучасних умовах.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали підставою для створення і впровадження моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку на регіональному і місцевому рівні з метою поліпшення репродуктивного здоров'я жінок.

Впровадження результатів дослідження здійснено на галузевому, регіональному та місцевому рівнях:

- *на галузевому рівні* в навчальний процес в закладах вищої освіти: НУОЗУ ім. П. Л. Шупика (акт впровадження від 09.04.2025), Івано-Франківський національний медичний університет (акт впровадження від 21.04.2025), Ужгородський національний університет (акти впровадження від 22.04.2025), Буковинський державний медичний університет (акт впровадження від 22.04.2025);

- *на регіональному на місцевому рівні* в діяльність закладів охорони здоров'я м. Києва, Київської області та Кіровоградської області: КНП «ЦПМСД №3» Святошинського району м. Києва (акт впровадження від 10.04.2025), ТОВ «Фастмед Україна», м. Київ (акт впровадження від 16.04.2025), КНП «ЦПМСД» Ставищенської селищної ради Білоцерківського району Київської області (акт впровадження від 15. 05.2025), Перинатальний центр КНП «КОЛ Кіровоградської обласної ради» (акт впровадження від 13.05.2025).

Особистий внесок здобувача. Автором особисто визначені мета і завдання дослідження, розроблена його програма, обрані методи дослідження, розроблено анкети та проведено соціологічні дослідження, написані усі розділи дисертації, власноруч сформована база даних з матеріалів дослідження, здійснений медико-статистичний аналіз отриманих даних на основі програмного забезпечення Microsoft Excel 2010, обґрунтовано достовірність отриманих результатів за допомогою ліцензованого програмного забезпечення Statsoft STATISTICA ver. 12.0, сформульовані основні положення та висновки за результатами дослідження, особисто здійснено наукове обґрунтування та розробку моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Автором особисто написані всі розділи дисертації, сформовані таблиці і рисунки. У публікаціях, виконаних у співавторстві, внесок автора є визначальним і полягає у висуванні ідеї написання статті/тез, збору даних, написанні основної частини, проведенні медико-статистичного аналізу даних, обговоренні результатів, підготовці висновків та матеріалів до публікації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладені в доповідях та тезах доповідей, представлених автором на міжнародному та національному рівні:

- Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 року, м. Полтава, Україна;
- Четвертий науковий симпозіум з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку». 21-23 вересня 2022 року, м. Тернопіль, Україна;
- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Європейські стандарти діагностики та лікування найпоширеніших захворювань дитячого віку», 02-03 травня 2024 року, м. Тернопіль, Україна;
- Науково-практична конференція до Всесвітнього дня здоров'я 2025 року «Здоровий початок – запорука благополучного майбутнього», 4 квітня, 2025р., м. Київ, Україна;
- XVI Міжнародна науково-практична конференція «Scientific trends: history, development and existing problems», 21-23 квітня 2025 р., Краків, Польща;
- XVII Міжнародна науково-практична конференція «The latest technologies of science implemented in use», 28-30 квітня 2025 р., Мюнхен, Німеччина;
- XVIII Міжнародна науково-практична конференція «Topics of research in scientific and educational activities», 05-07 травня 2025 р., Сарагоса, Іспанія;
- XX Міжнародна науковопрактична конференція «Current problems of the development of science and modern ways of improvement», 19-21 травня 2025 р., Пловдів, Болгарія.
- XXI Міжнародна науково-практична конференція «Modern technologies and science: problems, new and relevant developments», 26-28 травня 2025 р., Сарагоса, Іспанія.

Публікації. Результати дисертації опубліковані у 12 наукових працях: у 5-ти статтях, 3 з них у наукових фахових виданнях України та 2 у виданнях, що входять до наукометричної бази Scopus (українському та іноземному); 7-ми тезах у наукових збірках українських та міжнародних науково-практичних конференцій та симпозіуму.

Обсяг і структура дисертації. Дисертація викладена на 236 сторінках друкарського тексту (обсяг основного тексту 178 сторінок), і складається з анотації, вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел (122 джерела, з них 68 англомовних) та додатків. Дисертація ілюстрована 56 таблицями, 54 рисунками.

РОЗДІЛ 1

СИСТЕМНИЙ АНАЛІЗ ВІТЧИЗНЯНИХ ТА СВІТОВИХ НАУКОВИХ ДЖЕРЕЛ ЩОДО ІСНУЮЧОГО ДОСВІДУ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ, ЗОКРЕМА ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

1.1. Актуальність організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги

Впродовж останніх десятиліть, світовою тенденцією в реформі охорони здоров'я є впровадження нових організаційних заходів, що спрямовані на більш скоординовану і комплексну модель надання медичної допомоги. Дані заходи отримали назву інтеграції медичної допомоги.

Інтегрована допомога, за визначенням ВООЗ (2002), - це концепція надання медичної допомоги, що забезпечує координованість дій окремих постачальників медичних послуг в цілях досягнення економічної ефективності, поліпшення якості і підвищення рівня задоволеності користувачів і постачальників медичної допомоги [1,2].

Нова політика охорони здоров’я Європейського регіонального бюро ВООЗ «Здоров’я-2020» закликає до загальносистемного та загальносуспільного підходу для вирішення викликів 21-го століття та створення систем охорони здоров’я, орієнтованих на людей [2-4].

Поняття інтеграції йде корінням в теорію систем, що досліджує процеси об'єднання організаційно-виробничих структур та пов'язані з цим зміни в системах управління [1,2]. У найбільш загальному вигляді інтеграція визначається як «якість співпраці між підрозділами, яким необхідно об'єднати зусилля відповідно до вимог зовнішнього середовища»[5].

Ідея інтеграції в галузі охорони здоров’я спрямована на формування єдиної системи, що забезпечує максимальне задоволення справедливих потреб населення у медичній допомозі, безперервність і високий стандарт якості її надання [6].

В сучасному суспільстві зростає поширеність хронічних захворювань, а

також поєднання кількох хвороб і медичних станів (мультиморбідність) у однієї людини. Медичний нагляд за такими групами хворих не може обмежуватися лише епізодичними контактами з пацієнтами, що виникають за їх ініціативи. За такими хворими потрібний постійний нагляд з залученням фахівців різних галузей. Підвищується значимість скоординованості дій різних медичних служб на всіх етапах лікування. Лише на такій основі можна забезпечити запобігання загострень захворювань і знизити навантаження на дорогі ресурси стаціонарів [6].

В охороні здоров'я багатьох країн Європейського союзу та Сполучених штатів Америки йде пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб для забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі внутрішньосистемної економії та більш високих клінічних результатів роботи галузі в цілому [3,4,7-14].

Від демографічних змін і збільшення кількості хронічних захворювань до постійної загрози інфекційних захворювань у поєднанні з сучасними технологіями, зростанням очікувань пацієнтів і постійним контекстом фінансових обмежень, має бути надано найбільший пріоритет новим та інноваційним підходам до надання медичної допомоги, які забезпечують високоякісні та ефективні послуги і надають їх відповідно до потреб людини, [15-27].

Питання охорони здоров'я і загальних прав людини є тісно взаємопов'язаними, оскільки загальновідомо, що на забезпечення охорони здоров'я впливають соціальні, економічні, культурні, політичні та інші чинники [28]. Права на охорону здоров'я вразливих груп населення, зокрема жінок, дітей, біженців, ув'язнених, інвалідів, іноземних робітників, представників національних меншин, закріплено у наступних міжнародних Конвенціях: стосовно ліквідації всіх форм дискримінації щодо жінок (1979 р.), стосовно прав дитини (1989 р.) та щодо ліквідації всіх форм расової дискримінації (1965 р.) [28, 29-31]. Багато вітчизняних законодавчих актів

мають спеціальне регулювання діяльності системи охорони здоров'я, це: Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" [32]; Закон України "Про заборону репродуктивного клонування людини" [33]; Закон України "Про захист населення від інфекційних хвороб" [34]; Закон України "Про забезпечення санітарного й епідемічного благополуччя населення" [35]; Закон України "Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ" [36]; Закон України "Про боротьбу із захворюванням на туберкульоз" [37]; Закон України "Про психіатричну допомогу" [38]; Закон України "Про заходи протидії незаконному обігу наркотичних засобів, психотропних речовин і прекурсорів та зловживанню ними" [39]; Закон України "Про імплантацію електрокардіостимуляторів" [40]; Закон України "Про трансплантацію органів та інших анатомічних матеріалів людині" [41]; Закон України "Про лікарські засоби" [42]; Закон України "Про донорство крові та її компонентів" [43]; Закон України "Про захист персональних даних" [44]; Закон України "Про інформацію" [45].

На сьогоднішній день стала доволі помітною тенденція до різкого зменшення значення державного управління у сфері охорони здоров'я. Зокрема, реорганізація комунальних закладів охорони здоров'я (ЗОЗ) в комунальні неприбуткові підприємства, страхування працівників підприємства на випадок травми чи окремих захворювань, добровільне страхування громадян на випадок захворювання потребують реформування управлінських структур охорони здоров'я [28, 46-54]. Незважаючи на численну кількість нормативно-правових актів у сфері охорони здоров'я, на сьогодні існує безліч правових колізій та проблем в цій сфері [28]. На думку провідних науковців і практиків з питань управління охороною здоров'я, необхідно здійснювати удосконалення існуючої вітчизняної нормативно-правової бази [55-59].

Для запровадження інтегрованих систем потрібно здійснити певні трансформації в організації надання всього ряду медичних послуг. Аналіз

численних доказових даних, представлених у систематичному огляді, підготовленому канадськими вченими Esther Suter, Nelly D. Oelke, Carol E. Adair, Gail D. Armitage, дозволили виділити ключові принципи, яким повинна відповідати інтегрована система медичної допомоги:

1) комплексність послуг з усіх аспектів лікування (співпраця між організаціями охорони здоров'я та соціальної допомоги; безперервний доступ до медичної допомоги з кількома точками доступу; акцент на оздоровлення, зміцнення здоров’я та первинну медичну допомогу);

2) фокус на пацієнта (філософія, орієнтована на пацієнта; залучення та участь пацієнта; оцінка потреб населення; зосередження на певній популяції);

3) географічне охоплення та реєстр (збільшення доступності для пацієнта, зведення до мінімуму дублювання послуг; відповідальність за охоплену популяцію; право пацієнта на вибір і вихід);

4) стандартизоване надання допомоги міжпрофесійними командами (міжпрофесійні команди протягом всього періоду лікування; розроблені постачальником, засновані на фактичних даних рекомендації та протоколи лікування для забезпечення дотримання єдиного стандарту лікування незалежно від того, де лікуються пацієнти);

5) управління ефективністю (відданість якості послуг, оцінка та постійне вдосконалення лікування);

6) інформаційні системи (сучасні інформаційні системи для збору, відстеження та звітування про діяльність; ефективні інформаційні системи, які покращують комунікацію та потік інформації в рамках безперервної допомоги);

7) організаційна культура та лідерство (організаційна підтримка з демонстрацією відданості; лідери з баченням, які здатні прищепити сильну, згуртовану культуру);

8) інтеграція лікаря (лікарі є воротами до інтегрованих систем надання медичної допомоги, ключовими у створенні та підтримці єдиної

точки входу або універсальної електронної карти пацієнта);

9) структура управління (сильне, цілеспрямоване, різноманітне управління, представлене широким членством усіх груп зацікавлених сторін; організаційна структура, яка сприяє координації між установами та рівнями догляду);

10) фінансовий менеджмент (узгодження фінансування послуг для забезпечення справедливого розподілу фінансування для різних послуг або рівнів послуг; механізми фінансування повинні сприяти міжпрофесійній командній роботі та зміцненню здоров'я; достатнє фінансування для забезпечення достатніх ресурсів для стійких змін) [60].

Інтеграція послуг зараз є ключовим прагненням у межах національної та міжнародної політики в галузі охорони здоров’я, соціальної допомоги, в результаті зростає очікування, що керівники, клініцисти та практики цих служб зможуть надавати комплексну допомогу на місцях [61,62]. Більшість співробітників, які працюють у цих секторах, зрозуміють і підтримують принципи, що лежать в основі інтеграції, оскільки вони, безсумнівно, відчули розчарування внаслідок фрагментації послуг, а отже, надання поганої підтримки та догляду [61].

Поширені причини, чому уряди, партнерства та організації прагнуть до інтеграції:

1) для вирішення так званих «поганих проблем»: це проблеми в суспільстві, які вважаються давніми, складними та стійкими до змін (високий рівень вандалізму та злочинності в бідних районах, зростання рівня ожиріння серед молоді та пов’язані з цим наслідки для здоров’я, безробіття серед людей із проблемами психічного здоров’я та сексуальне насильство над людьми з обмеженими можливостями);

2) для гарантії, що люди захищені від насильства: однією з проблем, з якою пов’язана інтеграція, є запобігання жорстокому поводженню з дітьми та вразливими дорослими (інтеграція важлива для служб, які виявляють тих, хто ризикує стати жертвою жорстокого поводження, а також для надання

проактивної профілактичної підтримки, виявлення будь-яких проблем на ранній стадії та швидкого й ретельного реагування на виявлені насильства; для забезпеченням того, щоб якість послуг загалом відповідала достатньому стандарту);

3) для покращення результатів і доступу людей до медичної допомоги: зростає визнання того, що ключовою метою таких послуг є надання людям, які мають доступ до такої підтримки, кращої якості життя та досягнення своїх особистих цілей і прагнень; неспроможність служб реагувати на їхні індивідуальні ситуації та потреби може бути тому, що окремі служби недостатньо реагують на їхні вимоги або не мають необхідних ресурсів і навичок для реагування і через недостатню комунікацію та співпрацю між зацікавленими сторонами не приносять бажаних результатів;

4) для забезпечення ефективного використання наявних ресурсів: інтеграція сприяє підвищенню ефективності трьома основними способами: по-перше, допомога, що надається, може бути дубльована різними службами, і інтеграція має допомогти усунути такі збіги та гарантувати, що вона надається лише один раз; по-друге, допомога з боку одного закладу може потребувати залучення іншого, щоб бути успішною, і якщо їхні дії будуть не скоординовані, допомога може не надатися в належний час і в правильному форматі; і нарешті, через відсутність спільного планування може бути неправильний баланс різних варіантів обслуговування в місцевості, що означає, що більше людей, ніж необхідно, отримують дорогі послуги на довгостроковій основі;

5) для виконання законодавчих вимог: характер вимог може варіюватися від загальної вимоги щодо співпраці з іншими закладами до координації певного форуму партнерства; тип повноважень також різний, від юридичного обов’язку до рекомендації в рамках настанов передової практики чи стратегії, а домовленості щодо його реалізації можуть впливати на ступінь пріоритетності відповідної інтеграції;

6) для забезпечення виживання та зростання організації: для деяких

організацій інтеграція також є засобом гарантувати, що вони здатні залучати або принаймні підтримувати ресурси; окрім фінансових та інших матеріальних ресурсів, також може бути зацікавленість у збереженні місцевого статусу та впливу, оскільки підзвітність переходить від традиційних ізольованих до більш взаємопов'язаних домовленостей [61].

Комітет експертів Національної академії наук, інженерії та медицини (NASEM) Сполучених Штатів Америки (США) рекомендував 5 заходів системного рівня як критично важливих для вирішення соціальних потреб у сфері охорони здоров'я: обізнаність, адаптація, допомога, узгодження (підключення до ресурсів громади) та адвокація (зміна політики):

1) обізнаність - діяльність, яка визначає соціальні ризики і потреби визначених пацієнтів і груп населення;
2) адаптація - заходи, спрямовані на зміну клінічної допомоги з метою подолання виявлених соціальних бар'єрів;
3) допомога - діяльність, яка зменшує соціальний ризик шляхом підключення пацієнтів до відповідних ресурсів соціальної допомоги;
4) узгодження - діяльність систем охорони здоров'я, спрямована на те, щоб бути обізнаними з існуючими активами соціальної допомоги в громаді, організовувати їх, а також інвестувати та використовувати для позитивного впливу на результати здоров'я;
5) адвокація - заходи, під час яких організації охорони здоров'я співпрацюють із партнерськими організаціями соціального забезпечення для просування політики, яка сприяє створенню та перерозподілу активів або ресурсів для вирішення проблем охорони здоров'я та соціальних потреб [63,64].

Отже, організація інтегрованого надання первинної медичної допомоги є надзвичайно актуальною в сучасних умовах, оскільки вона відповідає на виклики, з якими стикається система охорони здоров'я: сприяє поліпшенню якості медичних послуг, забезпечує доступність і ефективність лікування, а також підвищує задоволеність пацієнтів сервісами охорони здоров'я. Тому

важливо розглядати інтеграцію як ключовий фактор у стратегіях розвитку системи охорони здоров'я для досягнення стійких результатів у напрямку покращення здоров'я населення.

1.2. Аналіз вітчизняних наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

У вітчизняній науковій літературі великої кількості досліджень з теми інтегрованого надання медичної допомоги жінкам репродуктивного віку не проводилося. Є дослідження, в яких розглядаються пріоритетні напрямки інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жіночому населенню на первинному рівні [65]; актуальні питання надання послуг сімейними лікарями жінкам під час вагітності та післяпологового періоду [66]; комплекс заходів на національному та регіональному рівнях для забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинному рівні медичної допомоги [67,68]; окремі компоненти інтеграції в системі перинатальної допомоги, до числа яких можна віднести її регіоналізацію [69]; вплив вітчизняних стратегій щодо збереження репродуктивного здоров’я на поліпшення демографічної ситуації в Україні [70]; а також приклад розробки інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні та механізму її впровадження [2,71].

В той же час потреба в інтегрованій, скоординованій медичній допомозі постійно зростає для досягнення покращення здоров’я населення, що зумовлює актуальність даної теми.

В дослідженні, проведеному в 2021 році науковцями Щербінською О.С. та Слабким Г. О. визначено досить високий рівень підтримки надавачами медичних послуг діяльності первинної медико-санітарної допомоги з надання акушерської допомоги та гінекологічних послуг, що свідчить про їх готовність до інтеграції надання акушерсько-гінекологічних послуг до рівня первинної медико-санітарної допомоги [65]. В даному

досліджені рівень підтримки надання певних медичних послуг коливається від 79,7 до 100,0 %; сімейні лікарі підтримують в межах 82,7-100,0 %, акушери-гінекологи в межах 80,4-100 %; рівень підтримки жінками, як отримувачами медичних послуг нижчий, і становить 75,4-100,0%, що свідчить про недостатній рівень готовності жінок до отримання акушерсько-гінекологічних послуг у сімейних лікарів [65]. З метою забезпечення ефективної інтеграції акушерських та гінекологічних послуг для надання їх сімейними лікарями, експерти підтримали управлінські та організаційні заходи, що свідчить про їх можливий вплив на процес інтеграції; також усі експерти підтримали пріоритет теоретичної та практичної підготовки сімейних лікарів та сімейних медичних сестер для комплексного надання медичних послуг з акушерства та гінекології та механізмів професійної взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими акушерськими та гінекологічні послугами, в тому числі розвиток раціональних маршрутів для жінок, які потребують спеціалізованої акушерської та гінекологічної допомоги [65]. Експертним шляхом визначено черговість управлінських та організаційних заходів, які повинні надаватися на всіх рівнях влади від рівня об’єднаних громад до МОЗ України, для ефективної інтеграції акушерської та гінекологічної допомоги для жіночого населення України [65].

У ході іншого дослідження визначено види медичних послуг, які сімейні лікарі повинні надавати жінкам під час вагітності та в післяпологовому періоді та необхідні компетенції для надання цих послуг, а також найбільш прийнятні способи набуття необхідних компетенцій, переваги та ризики надання цих послуг на первинному рівні медичної допомоги [66]. За словами експертів, як акушерів-гінекологів, так і сімейних лікарів, найбільш прийнятні способи для сімейних лікарів для набуття необхідних компетенцій для надання медичних послуг жінкам під час вагітності та в післяпологовий період - тематичні курси, короткострокові тренінги на базі регіональних тренінг-центрів, дистанційні вебінари та стажування сімейних лікарів на робочому місці в жіночій консультації [66].

Експерти оцінили можливість використання науково-практичних конференцій та наукових періодичних видань для набуття необхідних компетенцій найнижчими [66].

Для забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинному рівні медичної допомоги, науковцями запропонований комплекс заходів на національному та регіональному рівнях:

1) на державному рівні удосконалити нормативно-правову базу для інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги первинного рівня, в тому числі різного комплексу програм підготовки сімейних лікарів з акушерства та гінекології в університетах та на післядипломному рівні; додати необхідне обладнання та медичне приладдя для надання акушерсько-гінекологічної допомогу в табелі оснащення для сімейних амбулаторій;

2) на регіональному рівні забезпечити безперервне професійне навчання сімейних лікарів з акушерства та гінекології в регіональних навчальних центрах, забезпечити сімейні амбулаторії необхідним обладнанням та медичним приладдям, запровадити місцеві економічні стимули, залучити сімейних лікарів для надання повної акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам [67,68].

Реалізація рекомендованих заходів забезпечить більшу ефективність інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинному рівні надання медичної допомоги та підвищить її доступність [67,68].

В науковому дослідженні Донець В. Є. щодо обґрунтування моделі системи перинатальної допомоги на регіональному рівні одним з питань, що вивчалося було питання доступності медичної допомоги за місцем проживання жінок репродуктивного віку [69]. Вагомою причиною недоступності медичної допомоги за місцем проживання жінки репродуктивного віку вважають низьку кваліфікацію медичного персоналу (66,7%) та відсутність необхідних лікарських засобів (52,8%); у ході дослідження також встановлено, що недоступною медичну допомогу в 70% вважають сільські жителі, відсоток міських жителів серед незадоволених

становить 30% [69]. Основні заходи, що підтримані респондентами, спрямовані на забезпечення доступності медичної допомоги для сільських мешканців 72,3%, покращення санітарно-просвітницької роботи серед населення (82,1%), збільшення кількості роздаткових матеріалів (83,9%), підвищення загальної культури жінок (76,8%) та загальної і професійної культури медичних працівників (65,2%), покращення оснащення кабінетів прийому (57,1%) [69].

Науковці Жилка Н. Я.,. Щербінська О. С,. Гойда Н. Г,. Голубчиков М. В. досліджували питання впливу вітчизняних стратегій щодо збереження репродуктивного здоров'я на поліпшення демографічної ситуації в Україні [70]. В результаті дослідження встановлено, що стан репродуктивного здоров'я (РЗ) в Україні має негативні тенденції, що безпосередньо впливає на динаміку народжуваності в умовах демографічної кризи, поглибленої широкомасштабним вторгненням російської федерації [70]. За цим доступність до якісних послуг жінок та дітей значно погіршилась, що спричинює несвоєчасність медичної допомоги і погіршення показників РЗ. Незадовільний стан РЗ населення в Україні потребує розроблення стратегії впливу прикладним способом на основні його показники з достатнім державним фінансуванням та політичною підтримкою владних структур, ефективність чого було доведено у 1995–2015 рр [70].

В методичних рекомендаціях науковців Лехан В.М., Гінзбург В.Г, Волчек В.В., Горбань А.Є. «Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я» за 2015 рік представлено результати впровадження інтегрованої системи окремої служби медичної допомоги на регіональному рівні на прикладі Дніпропетровської області [2]. Одним з основних кроків організаційного експерименту з впровадження інтегрованої системи організації перинатальної допомоги на регіональному рівні було зміцнення первинної ланки медичної допомоги з розширенням її компетенцій щодо поліпшення репродуктивного здоров'я [2,22]. Таким чином впровадження інтегрованої

системи медичної допомоги на регіональному рівні сприяло створенню умов для залучення спеціалістів первинної ланки до охорони репродуктивного здоров'я завдяки їх підготовці в тренінговому режимі щодо здійснення заходів для підтримки грудного вигодовування (підготовлено 52,6% сімейних лікарів та 39,6% середнього медичного персоналу області), ведення фізіологічної вагітності (74,3% та 55,5% відповідно), планування сім'ї (31,6% та 37% відповідно), догляду за здоровою дитиною (27,5% та 35,9% відповідно) [2,71]. Позитивний ефект від впровадження запропонованої інноваційної технології - інтеграції медичної допомоги - полягає в тому, що впровадження її на регіональному рівня для окремих служб охорони здоров'я, як запропоновано в наведеному дослідженні, дозволяє підвищити загальну структурну ефективність системи, залучити первинну ланку до охорони репродуктивного здоров'я; істотно поліпшити якість медичного обслуговування, досягти високого рівня задоволеності всіх учасників лікувально-діагностичного процесу (пацієнтів, медичного персоналу, організаторів охорони здоров'я) медичним обслуговуванням в інтегрованій системі організації медичної допомоги, а також підвищити медичну, соціальну та економічну ефективність окремих служб та в цілому галузі охорони здоров'я [2,71].

1.3. Аналіз світових наукових джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

В світовій літературі є деякі дослідження щодо вивчення організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, але їх кількість не велика.

Науковцями зі США Manze MG, Calixte C, Romero DR та іншими співавторами проводилося дослідження поглядів лікарів штату Нью-Йорк щодо планового скринінгу вагітності та консультування в закладах первинної медичної допомоги [72]. Переважна більшість респондентів усіх

спеціальностей (88%) вважають, що скринінг на вагітність повинен регулярно включатися в первинну медичну допомогу, при цьому 48% повідомили, що вони регулярно проводять такий скринінг [72]. Лише 8% вибірки повідомили, що їм потрібна додаткова підготовка для здійснення скринінгу на вагітність, але більше повідомили, що потребують навчання перед наданням контрацепції (17%), консультуванням щодо контрацепції (16%) та підготовку до вагітності (15%) [72].

В іншому дослідженні Romero D, Manze M, Roberts L та співавторів оцінювалися погляди зацікавлених сторін штату Нью-Йорк щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я в закладах первинної медичної допомоги [73]. Зацікавлені сторони, які представляють різні сектори, включаючи лікарів первинної ланки (сімейні лікарі) і лікарів-спеціалістів (акушери-гінекологи), педагогів, адвокатів, фахівців громадського здоров'я підтримали інтеграцію послуг з репродуктивного здоров'я в первинну медичну допомогу [73]. Серед вищезгаданих спеціалістів із 5 секторів існує консенсус щодо необхідності розширення послуг з репродуктивного здоров'я в первинній ланці медичної допомоги [73].

Науковці з Великобританії Hall J, Chawla M, Watson D та співавтори публікації в The Lancet, вивчали задоволення потреб у сфері репродуктивного здоров'я протягом усього життя та розробили засновану на доказах модель універсальної інтегрованої допомоги, яка синтезує планування репродуктивного життя, контрацепцію та догляд до зачаття [74]. Дана модель забезпечує цілісний підхід протягом усього життя, що включає шкільну освіту, соціальні медіа та національні кампанії, і підкреслює потребу в навчанні та підтримці на системному рівні для ряду медичних працівників, які можуть це забезпечити [74]. Важливо, щоб медичні працівники проходили навчання щодо того, як піднімати дані питання та давати консультації, а також отримували підтримку від системи охорони здоров'я для їх реалізації, наприклад, мали достатньо часу під час звичайних консультацій або за допомогою окремого механізму [74].

Науковці зі США Summit AK, Chong E, Gold M. досліджували питання надання абортів сімейними лікарями після інтегрованого навчання в ординатурі. Було оцінено довгостроковий ефект навчання, досліджуючи моделі практики сімейних лікарів через 2–6 років після закінчення ординатури, щоб визначити, чи відрізняються практики та надання абортів тими, хто пройшов розширену підготовку в галузі сексуального та репродуктивного здоров'я, і тими, хто не пройшов цього навчання [75]. В результаті дослідження встановлено, що навчання абортам під час ординатури з сімейної медицини тісно пов'язане з наданням послуг щодо абортів після ординатури та має вирішальне значення для підготовки сімейних лікарів до задоволення повного спектру потреб пацієнтів у сфері репродуктивного здоров'я [75].

Фактори навчання пов'язані з наданням сімейними лікарями послуг з репродуктивного здоров'я досліджувалися науковцями Strasser J, Schenk E, Luo Q та співавторами. Дане перехресне дослідження виявило, що навчання в резидентурі, включаючи інтеграцію навчання з планування сім'ї, пов'язане з більшими шансами наданням сімейними лікарями послуг з репродуктивного здоров'я [76]. У зв'язку зі зростаючими обмеженнями політики щодо репродуктивного здоров'я надання адекватної підготовки з питань репродуктивного здоров'я має вирішальне значення для збереження доступу до медичної допомоги, особливо для груп населення, які не отримують належне обслуговування [76].

Метою дослідження науковців Mwamba B, Mayers P, Shea J було визначити знання здобувачів післядипломної освіти з репродуктивного здоров'я щодо контрацепції, інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ), вірусу імунодефіциту людини (ВІЛ), тесту Папаніколау (ПАП-тесту) та клінічного обстеження грудей в університеті Кейптауну, Південна Африка [77]. Більшість здобувачів післядипломної освіти мали знання з репродуктивного здоров'я, зокрема щодо щодо контрацепції, тесту Папаніколау, клінічного обстеження грудей, ІПСШ, ВІЛ. Подальші

дослідження повинні зосередитися на зв’язку між знаннями з репродуктивного здоров’я та їх використанням [77].

Науковці Murphy NJ, Groen RS досліджували питання міжпрофесійної допомоги в акушерстві та гінекології [78]. В результаті даного дослідження визначено, що міжпрофесійна допомога стосується надання допомоги індивідууму в інтегрованій системі професіоналів, які розподіляють і переміщують надану допомогу залежно від потреб індивіда та населення. Завдяки розширенню обсягу допомоги, що надається медичними працівниками, або перенесенню завдань через міжпрофесійну допомогу в акушерстві та гінекології, більше жінок та їхніх новонароджених можуть отримати користь від безпечних пологів, зниження перинатальної смертності, а завдяки скринінгу та ранньому лікуванню запобігти захворюваності і смертності внаслідок гінекологічних захворювань [78].

Мета дослідження науковців Blockley D, Stirrat G та співавторів полягала в тому, щоб зробити внесок у розбудову нової структури з використовуючи загальний підхід до визначення та використання «системних процесів» для сприяння інтеграції служб охорони здоров’я та соціальної допомоги в Англії та інших країнах [79]. Переосмислення взаємодії між існуючими організаціями, можливо, може принести значні переваги, включаючи економію коштів, кращу координацію, менший «адміністративний» стрес для персоналу, де виконується робота, і забезпечить більшу організаційну адаптивність у невизначеному майбутньому [79].

Науковці Kabakian-Khasholian T, Quezada-Yamamoto H, Ali A та співавтори вивчали питання інтеграції служб сексуального та репродуктивного здоров'я в первинну медичну допомоги в арабських країнах [80]. Уряди 11 арабських країн (Єгипет, Йорданія, Королівство Саудівська Аравія, Марокко, Палестина, Судан, Ліван, Лівія, Оман, Туніс, Об'єднані Арабські Емірати), представлені в цьому документі, визнають важливість інтегрованих підходів у первинній медичній допомозі та докладають зусиль

для досягнення загального охоплення медичними послугами [80]. Незважаючи на те, що деякі арабські країни намагалися реформувати систему охорони здоров’я, ще потрібно зробити роботу для повної інтеграції послуг з сексуального та репродуктивного здоров’я у поточні послуги первинної медичної допомоги, потрібні дії на політичному, організаційному та операційному рівнях [80].

Системний огляд щодо вивчення поточного поширення тестування на хламідії як послуги сексуального та репродуктивного здоров’я, інтегрованої в заклади первинної медичної допомоги в Європейському регіоні ВООЗ проводився науковцями з Великобританії Quezada-Yamamoto H, Dubois E, Mastellos N, Rawaf S [81]. Кроки, спрямовані на інтеграцію у первинну медичну допомогу послуг сексуального та репродуктивного здоров’я, таких як тестування на хламідіоз, мало задокументовані, а доказів у європейських країнах бракує [81]. Жінки мають більший відсоток тестувань у закладах первинної медичної допомоги порівняно з чоловіками [81]. Однак для отримання точного уявлення про регіон необхідні подальші дослідження. Велика Британія є країною з найбільшою кількістю задокументованих доказів, за нею йдуть Нідерланди, хоча прийнятність тестування на хламідіоз в останніх є меншою [81].

Цікавим є досвід з інтеграції планування сім'ї в систему первинної медичної допомоги на Африканському континенті в Ефіопії. Науковцями Titiyos A, Mehretie Y, Alemayehu YK та співавторами дослідження встановлено, що в Ефіопії планування сім'ї в основному здійснюється у спеціально відведених підрозділах спеціальним персоналом закладів ПМСД [82]. Надання інтегрованих послуг з планування сім’ї в кожному сервісному підрозділі знаходиться на ранній стадії, хоча успішні приклади інтеграції включають інтеграцію із післяпологовим доглядом, послугами з надання абортів та центрами обслуговування, орієнтованими на молодь [82]. Фактори, що сприяють інтеграції, включають прихильність уряду та партнерів, наявність політики та рекомендацій, а також позитивне ставлення

постачальників послуг і клієнтів; однак інтеграція послуг з планування сім'ї також стикається з проблемами, які значною мірою пов'язані з проблемами програми планування сім'ї ще до інтеграції: нестача ресурсів, нестача медичних працівників, прогалини в спроможності/навичках медичних працівників, неправильні уявлення про планування сім'ї, релігійні та соціально-культурні норми та недостатня обізнаність [82].

Висновки до розділу 1

1. Інтегроване надання медичної допомоги спрямоване на формування єдиного механізму, який забезпечує її безперервність, високу якість надання та максимальне задоволення потреб населення у медичній допомозі.
2. Для отримання високих клінічних результатів роботи галузі в цілому, а також забезпечення безперервності, наступності лікування і досягнення на цій основі внутрішньосистемної економії, в системі охорони здоров'я багатьох країн Європейського союзу та Сполучених штатів Америки йде пошук організаційно-економічних механізмів інтеграції роботи окремих медичних служб.
3. Інтеграція послуг зараз є ключовим прагненням у межах національної та міжнародної політики в галузі охорони здоров'я, соціальної допомоги, в результаті зростає очікування, що керівники, клініцисти та практики цих служб зможуть надавати комплексну допомогу на місцях.
4. Потреба в інтегрованій, скоординованій медичній допомозі в Україні постійно зростає. Вітчизняні дослідження вказують, що для забезпечення інтеграції акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам на первинному рівні медичної допомоги необхідно впроваджувати управлінські та організаційні заходи, теоретичну та практичну підготовку сімейних лікарів та сімейних медичних сестер для комплексного надання медичних послуг з акушерства та гінекології

та механізмів професійної взаємодії між сімейними лікарями та спеціалізованими акушерськими та гінекологічними послугами для досягнення покращення здоров’я населення.

5. Світові дослідження досвіду інтегрованого надання послуг первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку вказують на те, що в різних країнах дана інтеграція знаходиться на різному рівні, але всі джерела звертають увагу на необхідність даної інтеграції, а також на потребу проведення додаткових досліджень для її вивчення.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. [28] Гойда НГ, Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики в охороні здоров’я населення України. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2 (112). DOI: 10.30841/2786-720X.2.2025.331921. Доступно на: https://family-medicine.com.ua/article/view/331921/321404

РОЗДІЛ 2
ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення визначеної мети дослідження, згідно з системним підходом, створено програму, яка передбачала виконання дослідження в шість організаційних етапів, кожен з яких забезпечив послідовне вирішення завдань дослідження із використанням достатнього обсягу фактичного матеріалу та відповідних методів дослідження, в результаті чого отримана повна, достовірна інформація для виконання поставлених завдань. (рис. 2.1).

Метою першого етапу досліження було проведення аналізу світових та вітчизняних інформаційних джерел щодо існуючого досвіду організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. На цьому етапі було використано системний підхід та бібліосемантичний аналіз наукових джерел. Аналіз джерел аргументував необхідність проведення дослідження та наукового обґрунтування та розробки моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в національній системі охорони здоров’я.

Під час виконання даного етапу дослідження вивчено та проаналізовано 110 літературних джерел наукової, нормативно-правової, статистичної інформації, з них 68 англомовних.

На другому етапі проводилася розробка програми дослідження, формування мети та завдань, методологічного інструментарію проведення дослідження, обґрунтуванню методів та обсягу дослідження. На цьому етапі складено план дослідження, обрано об’єкт дослідження, обсяг статистичних сукупностей, часовий інтервал (2015 – 2021 рр.), види та способи спостереження і збору матеріалів. Також здійснено розробку та затвердження анкет соціологічного дослідження.

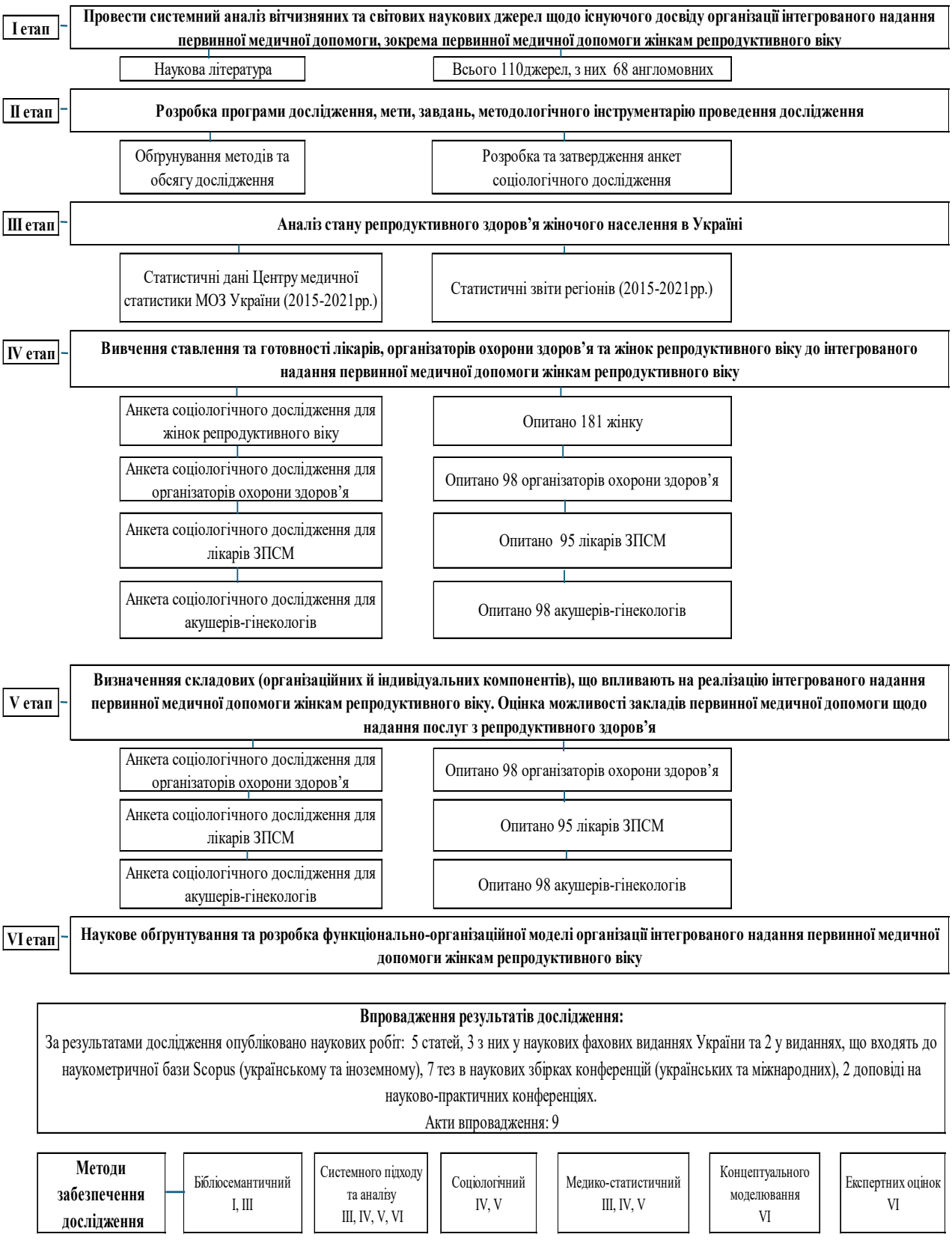

Рис. 2.1. Програма, матеріали та методи дослідження

Таким чином, розроблено методологію комплексного вивчення проблем організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги, зокрема первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

На третьому етапі дослідження, згідно зі складеною програмою та планом дослідження, здійснено аналіз стану репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні.

Під час виконання даного етапу дослідження вивчено та проаналізовано такі питання:

- репродуктивне здоров'я жінки як базис формування демографічного потенціалу нації;
- стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України;
- аналіз частоти абортів серед жіночого населення України;
- онкогінекологічна патологія як чинник впливу на репродуктивне здоров'я жіночого населення України.

Інформаційною базою на даному етапі дослідження визначено статистичні довідники Центру медичної статистики МОЗ України за 2015-2021 роки «Стан здоров'я жіночого населення».

На третьому етапі дослідження були використані бібліосемантичний медико-статистичний методи дослідження та метод системного підходу та аналізу.

На четвертому етапі вивчалося ставлення та готовність жінок репродуктивного віку, лікарів загальної практики сімейної медицини (ЗПСМ), акушерів гінекологів та організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку за результатами анкетування. Всі розроблені анкети були анонімними та були поширені всім респондентам за допомогою створених Google-форм.

За спеціально розробленою анкетою було опитано 181 жінку репродуктивного віку в Київській області (додаток В-1). Анкета складалась із

двох частин. Перша частина складалася з загальних питань щодо віку, освіти та місця проживання. Друга частина стосувалася оцінки ставлення жінок до послуг, які можуть надаватися лікарями загальної практики-сімейної медицини та готовності отримувати вищезазначені види послуги у лікарів ЗПСМ. Оцінювалася підтримка таких послуг:

- консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності;
- консультування щодо застосування різних методів контрацепції;
- консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу;
- огляд шийки матки в дзеркалах;
- бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу;
- забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження;
- забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження;
- проведення дослідження шийки матки для виявлення доброякісних та злоякісних змін;
- діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом;
- огляд та пальпація молочних залоз;
- ведення неускладненої вагітності;
- медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді;
- скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності).

Заключне питання анкети стосувалося готовності отримувати вищезазначені види послуги у лікарів загальної практики-сімейної медицини, де жінки оцінювали свою готовність: «готові», «швидше готові, ніж не готові», «швидше не готові, ніж готові», «не готові».

Далі було проведено вивчення ставлення та готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів акушерів-гінекологів до

інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку за спеціально розробленими анкетами (додаток В-2 та В-3). Було опитано 95 лікарів загальної практики-сімейної медицини та 98 акушерів-гінекологів. Анкета складалася з чотирьох частин. Для даного етапу дослідження використовувались перша та друга частина анкети. Перша частина складалася з загальних питань щодо віку, стажу роботи за фахом, кваліфікаційної категорії, наукового ступеню, місця роботи, наявності чи відсутності надання в практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги (для лікарів загальної практики-сімейної медицини) та вид медичної допомоги, який надають (для акушерів-гінекологів). Друга частина стосувалася оцінки ставлення до акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надаватися лікарями загальної практики-сімейної медицини та оцінки готовності, що вищезазначені види послуг будуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини.

Наступним було опитано 98 організаторів охорони здоров'я за спеціально розробленою анкетою в процесі вивчення ставлення та готовності до інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (додаток В-4).

Анкета складалася з чотирьох частин. Для даного етапу дослідження використовувались перша та друга частина анкети. Перша частина складалася з загальних питань щодо віку, стажу роботи за фахом, кваліфікаційної категорії, наукового ступеню та наявності чи відсутності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги. Друга частина стосувалася оцінки ставлення до акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надаватися лікарями загальної практики-сімейної медицини та готовності, що вищезазначені види послуг будуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини, де організатори охорони здоров'я оцінювали готовність: «готові», «швидше готові, ніж не готові», «швидше не готові, ніж готові», «не готові».

В ході даного етапу дослідження використано соціологічний, медико-статистичний методи дослідження та метод системного підходу та аналізу.

На п’ятому етапі дослідження вивчалися складові (організаційні й індивідуальні компоненти), що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, а також оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров’я за результатами суб’єктивної оцінки організаторів охорони здоров’я, лікарів загальної практики-сімейної медицини та лікарів акушерів-гінекологів. Даного етапу дослідження стосувалися третя та четверта частина спеціально розроблених анкет В2, В3, В4, які були поширені всім респондентам за допомогою Google-форм.

Було опитано 95 лікарів загальної практики-сімейної медицини (додаток В-2). Лікарі оцінювали свій рівень теоретичної та практичної підготовки з наступних питань:

- планування сім’ї, застосування різних методів контрацепції;
- профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу;
- обстеження органів малого тазу та молочних залоз;
- діагностика та лікування ІПСШ;
- проведення кольпоскопії;
- ведення неускладненої вагітності;
- медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді.

В заключній частині анкети лікарі ЗПСМ оцінювали відповідність матеріально-технічної бази їхнього закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров’я лікарями загальної практики-сімейної медицини: «повністю відповідає», «майже повністю відповідає», «частково відповідає», «не відповідає».

Також було опитано 98 лікарів акушерів-гінекологів (додаток В-3). Лікарі акушери-гінекологи оцінювали рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги. В заключній частині анкети лікарі

оцінювали відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Далі за спеціально розробленою анкетою було опитано 98 організаторів охорони здоров'я (додаток В-4). Організатори охорони здоров'я оцінювали пріоритетність організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Організатори охорони здоров'я ставили оцінку від 1 до 5 в порядку збільшення пріоритетності щодо даних організаційних складових:

- підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги шляхом відвідування спеціалізованих заходів БПР;
- забезпечення сімейних амбулаторій засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг;
- запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою;
- забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини;
- формування у жінок репродуктивного віку прихильності отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні надання медичної допомоги.

В заключній частині анкети проводилася оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного

здоров'я. Організатори охорони здоров'я оцінювали відповідність матеріально-технічної бази їхнього закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку: «повністю відповідає», «майже повністю відповідає», «частково відповідає», «не відповідає»; та враховуючи всі необхідні організаційні складові оцінювали можливості закладу щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я: «повністю відповідають», «майже повністю відповідають», «частково відповідають» «не відповідають».

На даному етапі дослідження використано соціологічний, медико-статистичний методи дослідження, метод системного підходу та аналізу.

Результати четвертого та п'ятого етапів дослідження проаналізовано за допомогою програмного забезпечення Google Docs та Microsoft Excel 2010 та ліцензованого програмного забезпечення Statsoft STATISTICA ver. 12.0. Для якісних показників проводили аналіз їх частотних характеристик з визначенням абсолютної кількості спостережень та розподілу у відсотках (%).

Порівняльний аналіз статистичної значущості різниці між досліджуваними групами при порівнянні частотних характеристик проводився з використанням критерію Пірсона $\chi 2$. В окремих випадках для порівняння параметрів, що рідко виявлялись у досліджуваних групах (мале число спостережень в підгрупах – 5 і менше) для оцінки значущості міжгрупової різниці за частотними розподілами використовувався точний критерій Фішера.

Для всіх розрахованих статистичних оцінок перевірка їх статистичної значущості проводилася на рівні значущості не нижче 95,0 %, ($p<0,05$).

На шостому етапі дослідження здійснено наукове обґрунтування та розробку функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

Модель розроблена на основі аналізу наукової літератури, рекомендацій ВООЗ та результатів особистого дослідження.

Визначені структура, функції та шляхи досягнення моделі.

Виконання даного етапу дослідження відбувалося з використанням методів системного підходу та аналізу та концептуального моделювання.

На наступному етапі проведена експертна оцінка запропонованої функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. До експертної оцінки залучено незалежних експертів та розроблено спеціальну анкету (додаток Г). Групу експертів склали 20 науковців та спеціалістів з питань організації охорони здоров'я, загальної практики-сімейної медицини та акушерства та гінекології, серед яких було 10 докторів та 5 кандидатів наук. Організатори охорони здоров'я та лікарі загальної практики-сімейної медицини мали вищу атестаційну категорію, що підтверджувало їх компетентність.

Експерти оцінювали кожну позицію анкети за 10-бальною шкалою: від 1 до 10 балів. Перед початком експертизи дисертантом надано інформацію експертам про результати дисертаційного дослідження та здійснено відповіді на запитання.

Заповнені експертами та повернені автору дисертаційної роботи анкети підлягали статистичному аналізу в Microsoft Excel 2010. Розраховувались середня арифметична бальних оцінок та стандартне відхилення ($M \pm SD$).

РОЗДІЛ 3
АНАЛІЗ СТАНУ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я ЖІНОЧОГО НАСЕЛЕННЯ В УКРАЇНІ

3.1. Репродуктивне здоров'я жінки як базис формування демографічного потенціалу нації

За визначенням Всесвітньої Організації Охорони Здоров'я (ВООЗ), репродуктивне здоров'я (РЗ) - це стан повного психічного, розумового та соціального благополуччя, а не просто відсутність хвороб чи недуг в усіх сферах, що стосуються репродуктивної системи, її функцій і процесів.

25 вересня 2015 року у Нью-Йорку на Саміті Організації Об'єднаних Націй (ООН) зі сталого розвитку Генеральною Асамблеєю прийнята Резолюція: "Перетворення нашого світу: порядок денний у сфері сталого розвитку до 2030 року"[83]. Ціллю № 3 даної Резолюції є: забезпечення здорового способу життя та добробуту людей будь-якого віку; пункт 3.7 : до 2030 року забезпечити загальний доступ до послуг з охорони сексуального та репродуктивного здоров'я, включаючи послуги з планування сім'ї, інформування та просвіту, й урахування питань охорони репродуктивного здоров'я в національних стратегіях і програмах [83].

Охорона репродуктивного здоров'я жінок має надзвичайно велике медико-соціальне значення в Україні, в зв'язку з низькою народжуваністю та негативною динамікою зміни чисельності населення [84].

Саме репродуктивне здоров'я нації є базисом формування демографічного потенціалу, а також вкрай необхідною передумовою оновлення населення за рахунок нових поколінь, якісний і кількісний склад яких відповідає суспільним потребам [85].

Як зазначено в Постанові Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849, в рамках затвердження програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року, проблеми, що виникають у сфері репродуктивного здоров'я, зокрема зумовлені :

- високим рівнем безпліддя українських сімей, що можна віднести до прямих репродуктивних втрат;
- високим рівнем штучного переривання вагітності (19,1 на 1000 жінок репродуктивного віку), що впливає на фертильність і перебіг наступної вагітності та пологів;
- поширеною онкогінекологічною патологією репродуктивних органів, що є однією з основних причин смертності і призводить до втрати значної кількості молодих жінок, які не реалізували свою репродуктивну функцію;
- розповсюдженими інфекційними хворобами, що передаються статевим шляхом, які в підлітковому та дорослому віці нерідко стають причиною безпліддя, невиношування вагітності, онкогінекологічної патології, а також внутрішньоутробного інфікування плода і є одним з основних факторів розладу репродуктивного здоров'я населення. Прямі репродуктивні втрати від невиношування вагітності щороку становлять 36-40 тис. ненароджених дітей [86].

Репродуктивне здоров’я в умовах низького рівня народжуваності (за останні десять років знизилася на 40 %, кількість населення за цей період скоротилася на 2 257 309 осіб), як частина популяційного здоров’я та якісна характеристика відтворення населення, набуває високої медико-соціальної значущості [87]. Специфіка репродуктивного здоров’я жінки зумовлена насамперед особливостями реалізації її репродуктивної функції [88]. Для того, щоб мати просте відтворення поколінь, треба, щоб індекс народжуваності, як один з індикаторів репродуктивної функції, складав 2,13 - 2,15. У 2021 р. ми мали показник 1,1, а очікуваний показник за прогнозами вітчизняних спеціалістів з демографії у 2023 р. може знизитись до рівня 0,8 [89]. Все це пов’язано з широкомасштабним вторгненням російської федерації в Україну та її наслідками. Народжуваність в Україні зменшувалась з 2010 року, а повномасштабне вторгнення ще більше поглибило демографічну ситуацію [85]. У 2021 році замість 215 дітей на 100

жінок, народжувалося 110, що майже вдвічі менше. А внаслідок війни народжуваність скоротилася до критичного рівня [90].

В зв'язку з негативною демографічною ситуацією, що загострилася після початку епідемії COVID-19, повномасштабної війни РФ проти України, важливого стратегічного значення для сталого розвитку суспільства мають питання формування та збереження репродуктивного здоров'я, що є невід'ємною складовою стану здоров'я населення в цілому [85]. За даними Державної служби статистики України чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 9998,5 тис. у 2018 р до 9550,9 у 2022 р. [91]. Особливістю демографічного старіння в Україні є його переважна обумовленість процесом зниження народжуваності на тлі високої передчасної смертності, без стійкого довготривалого збільшення тривалості життя [92].

Загальною тенденцією сучасного періоду розвитку народжуваності стало «постаріння» материнства, що проявляється в підвищенні середнього віку матері при народженні дитини, зокрема первістків, та збільшенні внеску матерів середнього і старшого репродуктивного віку в сумарну народжуваність [92]. На початку незалежності країни такий внесок жінок у віці до 25 років становив 61,3 %, а тридцять років потому зменшився у 1,8 рази, причому найбільше зниження відбулося в період зростання народжуваності [92]. Збільшення внеску жінок у віці 25 - 29 років хоча й не було настільки масштабним, як у інших п'ятирічних групах, але зумовило ту обставину, шо сучасні жінки лише цієї вікової групи забезпечують майже третину всіх народжень [92,93]. Привертають увагу 35 - 39-річні жінки, внесок яких у сумарну народжуваність у 1990-ті роки був меншим ніж 4%, а в 2020 р. досягнув 10,6% [92,93].

Феномен зростання внеску в загальну народжуваність жінок середнього та старшого репродуктивного віку, який спостерігається не лише в Україні, але й у більшості європейський країн, потребує окремого вивчення [92,94]. Висловлюється думка, що подальший соціально-економічний розвиток здатний переломити тенденцію зниження народжуваності, причому

така інверсія є притаманною як умовним, так і реальним поколінням, і відбуватиметься головним чином за рахунок активізації дітородної діяльності саме в жінок старшого репродуктивного віку [92-95].

Необхідність уважного дослідження народжуваності у жінок середнього та старшого репродуктивного віку викликана ще й сим, що цей вік є «критичним» для здійснення дітородних планів: намір відстрочити народження дитини, щоб дочекатися більш сприятливих для цього умов, може змінитися думкою вдовольнитися вже народженою дитиною/дітьми, або й взагалі залишитися бездітними [92,94]. Таке рішення може бути прийнятим й через об'єктивні чинники, наприклад, природне зниження з підвищенням віку жінки ймовірності зачаття дитини [92,95]. Похідною цього процесу є підвищення середнього віку матері при народженні дитини [92].

Формування репродуктивного здоров'я підлітків є дуже необхідним для його реалізації у дорослому віці [85]. Близько 500 тисяч дівчат-підлітків кожного року вступають в репродуктивний період, та оскільки гармонійний розвиток організму дівчат-підлітків є одним з визначальних факторів стану її репродуктивного потенціалу в майбутньому, це робить дану категорію дівчат об'єктом особливої уваги [85]. Репродуктивна та сексуальна поведінка дівчат-підлітків має значний вплив на репродуктивне здоров'я, а внаслідок незахищених статевих стосунків, як результату непідготовленості до сексуальних відносин без ризику для здоров'я, насамперед виникають інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ): у 2022 р. захворюваність на трихомоніаз становила 8,7 на 100 тис. дівчат 15-17 років, хламідіоз - 1,0, гонококову інфекцію - 0,84, сифіліс - 0,67, урогенітальний мікоплазмоз – 2,1 [85,47,49]. Вищезазначені дані свідчать про наявність проблем формування репродуктивного здоров'я дівчат, починаючи з дитячого віку, що в подальшому має наслідки упродовж всього життя жінки [85,96,98].

Незахищені та ранні статеві стосунки можуть часто спричиняти також випадки небажаної вагітності, яка найчастіше закінчується її штучним

перериванням, що викликає порушення формування та збереження репродуктивного здоров'я [85]. При позитивній тенденції зниження рівня абортів у підлітковому віці (1,35 на 1000 дівчат 15–17 років у 2018 р, 0,26 - у 2022 р.) рівень показника залишається високим [96-98].

3.2. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України

У всьому світі щодня люди заражаються понад 1 мільйоном інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) [99,100]. Базуючись на даних про поширеність за 2009–2016 роки, у 2019 році ВООЗ опублікувала оцінки нових випадків хламідіозу, гонореї, сифілісу та трихомоніазу, показуючи загальну оцінку 376,4 мільйона випадків серед людей віком 15–49 років у 2016 році, із них 127,2 мільйона нових випадків хламідіозу, 86,9 мільйона нових випадків гонореї, 156 мільйонів нових випадків трихомоніазу і 6,3 мільйона нових випадків сифілісу [99,100]. Поширеність деяких вірусних ІПСШ є такою ж високою: приблизно 417 мільйонів людей інфіковані вірусом простого герпесу 2 типу (ВПГ-2) і близько 291 мільйона жінок є носіями вірусу папіломи людини (ВПЛ) [99,100].

Глобальна стратегія сектору охорони здоров'я ВООЗ щодо інфекцій, що передаються статевим шляхом, на 2016–2021 рр., схвалена Всесвітньою асамблеєю охорони здоров'я в 2016 р., спрямована на усунення ІПСШ як загрози громадському здоров'ю до 2030 року [99,100]. Ключовими засадами усунення ІПСШ є запобігання зараженню людей та забезпечення лікування та догляд за інфікованими людьми, щоб уникнути подальшої передачі ІПСШ іншим людям [99,100]. Стратегія наводить вагомі аргументи на користь розширення надання високоякісної профілактики ІПСШ та надання допомоги в сферах первинної медико-санітарної допомоги, сексуального та репродуктивного здоров'я та послуг з профілактики та догляду за інфекційним захворюванням, спричиненим вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) [99,100].

Центр громадського здоров'я МОЗ України вважає, що інфекції, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) є національною проблемою охорони здоров'я України [101]. За даними МОЗ в Україні щорічно реєструється близько 400 тисяч нових випадків сифілісу, гонореї, хламідіозу, герпесу, сечостатевого мікоплазмозу, генітального кандидозу та трихомонозу [101]. Офіційна статистка відображає, за різними оцінками, від 30% до 40% реальної кількості випадків ІПСШ [101]. Це пов'язано зі збільшенням прихованих форм і тим, що окремі групи населення не отримують належної дерматовенерологічної допомоги [101]. Проблема ІПСШ тісно пов'язана з епідемією ВІЛ/СНІДу в Україні, та оскільки статевий шлях передачі ВІЛ-інфекції є одним з основних, це зумовлює необхідність збільшення інтенсивності заходів з діагностики та лікування ІПСШ в групах ризику з метою зменшення та попередження подальшого розповсюдження ВІЛ в Україні [85,101]. За результатами численних досліджень встановлено, що наявність ІПСШ суттєво підвищує ризик передачі та інфікування ВІЛ статевим шляхом [100,101]. Зокрема передачі ВІЛ сприяють сифіліс, генітальний герпес, гонорея, хламідіоз, трихомоноз, кандидоз, мікоплазмоз та інші венеричні інфекції; ерозії та виразки, запалення, пошкодження тканин, що зумовлено ІПСШ, послаблюють чинники захисту організму від інфікування ВІЛ [100,101].

Інфекції, що передаються статевим шляхом також є одним із факторів порушення репродуктивного здоров'я [102,103]. Особливу увагу слід звертати на ІПСШ при вагітності. У випадках наявності ІПСШ у вагітних жінок підвищується ризик перинатальних інфекцій, що може призводити до ускладненого перебігу вагітності, невиношування вагітності та інфікування плода, і як наслідок - проблем із здоров'ям у дитини після народження[85]. Аналіз динаміки захворюваності в Україні на деякі інфекції, що передаються статевим шляхом: сифіліс, гонококова інфекція, хламідійна інфекція, трихомоніаз, урогенітальний мікоплазмоз за 2015-2021 роки, представлено в таблиці 3.1 [84,96,97, 104-109].

Таблиця 3.1

Динаміка захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом, 2015-2021 рр. (на 100000 жінок)

Рік	Сифіліс	Гонококова інфекція	Хламідійна інфекція	Трихомоніаз	Урогенітальний мікоплазмоз
2015	**5,9**	**8,2**	**54,5**	**182,5**	**88,8**
2016	**6,1**	**7,8**	**52,1**	**173,8**	**82,3**
2017	**5,6**	**7,3**	**48,8**	**160,0**	**77,1**
2018	**5,0**	**6,3**	**48,0**	**145,0**	**81,4**
2019	**4,7**	**5,3**	**40,5**	**123,7**	**72,0**
2020	**2,9**	**2,5**	**20,9**	**71,4**	**39,3**
2021	**2,7**	**1,9**	**16,8**	**57,4**	**29,4**

Аналізуючи дані, спостерігаємо позитивну динаміку щодо зменшення частоти захворюваності на всі вище зазначені інфекції в Україні [84]. Частота захворюваності на сифіліс зменшилася з 5,9 до 2,7 на 100000 жінок (в 2,2 раза) [84,96,97,104-109]. Частота захворюваності на гонококову інфекцію зменшилася з 8,2 до 1,9 на 100000 жінок (в 4,3 раза) [84,96,97,104-109]. Частота захворюваності на хламідійну інфекцію зменшилася з 54,5 до 16,8 на 100000 жінок (в 3,2 раза) [84,96,97,104-109]. Частота захворюваності на трихомоніаз зменшилася з 182,5 до 57,4 на 100000 жінок (в 3,2 раза) [84,96,97,104-110]. Частота захворюваності на урогенітальний мікоплазмоз зменшилася з 88,8 до 29,4 (в 3 рази) [84, 96,97,104-109]. Варто зазначити, що зниження зазначених показників по даних інфекціях з 2015 до 2019 року відбувалося поступово, а в 2020 році відбулося різке зниження частоти захворюваності на всі зазначені інфекції [84,97,104-109]. З 2019 до 2020 року частота захворюваності на 100000 жінок зменшилася даним чином: на сифіліс в 1,6 раза; на гонококову інфекцію в 2,1 раза; на хламідійну інфекцію

в 1,9 раза; на трихомоніаз в 1,7 раза; на урогенітальний мікоплазмоз в 1,8 раза [84,107,109].

В м. Київ також спостерігаємо позитивну динаміку щодо зменшення захворюваності на вище згадані інфекції, окрім сифіліса [110]. Частота захворюваності на гонококову інфекцію з 2015 по 2021 рік зменшилася з 1,7 до 0,9 на 100000 жінок (в 1,9 раза) [97,104-110]. Частота захворюваності на хламідійну інфекцію зменшилася з 41,7 до 10,4 на 100000 жінок (в 4 рази) [97,104-110]. Частота захворюваності на трихомоніаз зменшилася з 39,2 до 13,8 на 100000 жінок (в 2,8 раза) [97,104-109]. Частота заворюваності на урогенітальний мікоплазмоз зменшилася з 172,6 до 70,9 на 100000 жінок (в 2,4 раза) [97,104-110]. З 2020 року, аналогічно з даними в цілому по Україні, спостерігається різке зниження частоти захорюваності на дані інфекції [108-110]. Частота захорюваності на сифіліс, навпаки, збільшилася з 6,2 до 8,5 на 100000 жінок (в 1,4 раза) [97,104-110].

Позитивна динаміка щодо зменшення частоти захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом може свідчити про високу ефективність заходів з профілактики даних інфекцій та з планування сім'ї, які були складовими Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації», а також про значне підвищення інформованості жінок щодо даної проблеми та ефективне проведення просвітницьких заходів, особливо з 2020 року [84,86].

3.3. Аналіз частоти абортів серед жіночого населення України

Вагомим чинником, що впливає на репродуктивне здоров'я жіночого населення є аборти [84]. Аборти мають як безпосередні наслідки для народжуваності, так і наслідки для наступних вагітностей: невиношування або навіть безпліддя [102]. Згідно з ключовими міжнародними документами, аборт не є методом планування сім'ї, але якщо жінка прийняла рішення щодо переривання вагітності у терміні, дозволеному нормативно-правовими документами, послуга з переривання вагітності має бути надана,

використовуючи безпечні методики та з дотриманням репродуктивних прав жінки [85].

Проведено аналіз частоти абортів серед жінок репродуктивного віку в Україні впродовж 2015-2021 років в цілому та по групах: самовільні аборти, медичні легальні аборти до 12 тиж. вагітності, медикаментозні аборти, міні-аборти методом вакуум-аспірації та неуточнені аборти [84, 97, 104-109]. Дані представлені в таблиці 3.2.

Таблиця 3.2

Динаміка частоти переривань вагітності в Україні за видами абортів, 2015–2021 рр. (на 1000 жінок фертильного віку)

Рік	Загальна частота абортів	Самовільні аборти	Медичні легальні аборти до 12 тиж. вагітності	Медикаментозні аборти	Міні-аборти методом вакуум-аспірації	Неуточнені аборти
2015	**9,80**	**1,22**	**2,72**	**0,67**	**2,29**	**2,73**
2016	**9,38**	**1,21**	**2,41**	**0,79**	**2,08**	**2,73**
2017	**8,78**	**1,17**	**2,21**	**0,79**	**1,84**	**2,62**
2018	**8,15**	**1,11**	**1,99**	**0,86**	**1,67**	**2,38**
2019	**7,55**	**1,10**	**1,83**	**0,79**	**1,42**	**2,27**
2020	**6,24**	**1,10**	**1,33**	**0,60**	**0,94**	**2,14**
2021	**5,71**	**1,08**	**1,08**	**0,49**	**0,76**	**2,17**

Частота абортів в цілому щороку поступово зменшувалася з 9,80 до 5,71 на 1000 жінок фертильного віку (зменшилася в 1,7 раз) [84,97,104-109].

Цей показник означає, що в Україні є дійсно позитивна динаміка по зменшенню кількості абортів [84]. Найбільшу тенденцію до зменшення частоти спостерігаємо у медичних легальних абортів до 12 тиж. вагітності [84]. Частота медичних легальних абортів до 12 тиж. вагітності змінилася з 2,72 до 1,33 на 1000 жінок фертильного віку (зменшилася в 2 рази) [84,97,104-109]. Частота самовільних абортів змінилася незначно, але також поступово зменшувалася: з 1,22 до 1,08 на 1000 жінок фертильного віку[84,97,104-109]. Частота неуточнених абортів зменшилася в 1,3 рази (з 2,73 до 2,17 на 1000 жінок репродуктивного віку) [84,97,104-109]. Чіткої тенденції до зменшення медикаментозних абортів не спостерігаємо (0,67 на 1000 жінок фертильного віку в 2015 році; 0,86 у 2018 році та 0,49 у 2021 році) [85, 97, 104, 109].

Позитивна динаміка щодо зменшення частоти абортів в цілому, та зокрема медичних легальних абортів до 12 тиж. вагітності може свідчити про ефективність заходів з планування сім'ї, а також про позитивну тенденцію в репродуктивній поведінці жінок [84].

Виконання заходів міжнародних і державних програм також сприяли значному зниженню сумарної кількості абортів в Україні та позитивну динаміку: зменшились кількість абортів з 81448 у 2018 році до 55156 у 2021 році та частота абортів з 8,15 на 1000 жінок фертильного віку у 2018 до 5,71 у 2021 році [85,97,109].

Частота абортів у жінок фертильного віку в 2021 році згідно адміністративно-територіального поділу України представлена в таблиці 3.3. Аналіз даних центру медичної статистики МОЗ України за 2021 рік свідчить, що частота абортів на 1000 жінок фертильного віку в розрізі адміністративних територій має достовірні відмінності і коливається від 2,31 на 1000 жінок фертильного віку в Тернопільській області до 8,81 у Миколаївській області з різницею у 3,8 рази [109].

Таблиця 3.3

Частота абортів у жінок фертильного віку, 2021 р.

Адміністративно-територіальний поділ	Кількість абортів	Частота абортів				
		на 1000 жінок фертильного віку	на 100 вагітностей	на 100 пологів	на 100 народжених живими	на 100 народжених живими і мертвими
1	2	3	4	5	6	7
Україна	55 156	5,71	17,57	21,31	21,17	21,03
АР Крим	-	-	-	-	-	-
Вінницька	2 701	7,71	21,16	26,84	26,66	26,48
Волинська	1 495	6,03	12,93	14,86	14,75	14,69
Дніпропетровська	6 318	8,70	24,91	33,18	33,07	32,78
Донецька	3 434	8,18	27,79	38,48	38,42	38,09
Житомирська	1 504	5,46	15,20	17,92	17,85	17,72
Закарпатська	1 413	4,62	10,34	11,53	11,49	11,38
Запорізька	2 445	6,45	20,72	26,13	26,03	25,83
Івано-Франківська	1 330	4,05	11,15	12,55	12,44	12,38
Київська	2 772	6,45	23,91	31,42	31,29	30,97
Кіровоградська	1 385	6,76	21,03	26,63	26,48	26,32
Луганська	1 047	7,08	29,21	41,25	41,06	40,80
Львівська	2 612	4,44	12,02	13,67	13,53	13,46
Миколаївська	2 259	8,81	24,67	32,75	32,61	32,40
Одеська	3 494	6,31	15,45	18,27	18,18	18,03
Полтавська	2 207	7,08	21,68	27,68	27,56	27,40
Рівненська	1 144	4,15	8,92	9,80	9,76	9,70
Сумська	1 271	5,30	18,79	23,13	23,10	22,97
Тернопільська	569	2,31	7,47	8,08	8,03	7,99
Харківська	3 422	5,54	18,27	22,36	22,21	22,07
Херсонська	2 033	8,70	23,99	31,55	31,41	31,18
Хмельницька	1 456	5,17	14,48	16,93	16,82	16,72
Черкаська	1 842	6,91	21,16	26,83	26,65	26,47
Чернівецька	1 117	5,08	12,75	14,62	14,47	14,40
Чернігівська	1 290	6,03	19,45	24,15	24,10	23,93
м. Київ	4 596	6,16	15,01	17,66	17,37	17,31
м. Севастополь	-	-	-	-	-	-

Примітка*: Джерело МОЗ України, дані АР Крим та м. Севастополь відсутні за причини тимчасової окупації територій.

Частота абортів на 100 вагітностей коливається від 7,47 в

Тернопільській області до 29,21 в Луганській області з різницею у 3,91 рази, з середнім значенням по Україні - 17,57 на 100 вагітностей [109].

Дані частоти абортів в окремих вікових групах дівчат та жінок від 14 до 49 років за 2021 рік представлені в таблиці 3.4.

Таблиця 3.4

Частота абортів в окремих вікових групах у 2021 році

Адміністративні території	До 14 років включно		15-17 років		18-34 років		35-49 років	
	Абс. число	На 1000 дівчат	Абс. число	На 1000 дівчат	Абс. число	На 1000 жінок	Абс. число	На 1000 жінок
Україна	57	0,05	594,0	1,04	38 852	9,20	15 653	3,22
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	2	0,05	15,0	0,69	1 984	12,64	700	4,08
Волинська	1	0,03	20,0	1,14	1 040	9,17	434	3,71
Дніпропетровська	12	0,14	113,0	2,64	4 280	13,90	1 913	5,10
Донецька	2	0,04	35,0	1,57	2 401	13,51	996	4,54
Житомирська	2	0,06	24,0	1,34	1 039	8,26	439	3,32
Закарпатська	9	0,22	43,0	1,98	1 184	8,29	177	1,25
Запорізька	6	0,14	23,0	1,04	1 663	10,33	753	3,85
Івано-Франківська	0	0,00	1,0	0,05	1 107	7,19	222	1,45
Київська	4	0,08	33,0	1,36	1 908	10,03	827	3,84
Кіровоградська	2	0,08	17,0	1,37	1 013	11,11	353	3,48
Луганська	0	0,00	10,0	1,22	706	11,35	331	4,27
Львівська	0	0,00	18,0	0,48	1 910	6,98	684	2,47
Миколаївська	1	0,03	31,0	2,00	1 604	14,22	623	4,87
Одеська	4	0,06	38,0	1,12	2 430	9,82	1 022	3,76
Полтавська	0	0,00	25,0	1,45	1 587	11,78	595	3,73
Рівненська	0	0,00	8,0	0,39	830	6,43	306	2,43
Сумська	4	0,16	14,0	1,11	941	9,12	312	2,52
Тернопільська	1	0,03	8,0	0,52	427	3,80	133	1,12
Харківська	3	0,05	25,0	0,74	2 524	9,46	870	2,74
Херсонська	2	0,07	15,0	1,05	1 374	13,28	642	5,54
Хмельницька	0	0,00	9,0	0,52	1 026	8,09	421	3,06
Черкаська	0	0,00	24,0	1,61	1 400	11,99	418	3,10
Чернівецька	0	0,00	14,0	1,02	784	7,67	319	3,07
Чернігівська	0	0,00	7,0	0,57	842	9,03	441	4,07
м Київ	2	0,03	24,0	0,59	2 848	9,31	1 722	4,31
м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітка*: Джерело МОЗ України, дані АР Крим та м. Севастополь відсутні за причини тимчасової окупації територій.

Зниження динаміки показників абортів у дівчат віком до 14 років

від 0,06 на 1000 осіб у 2016 році, до 0,05 на 1000 осіб у 2021 році, є позитивним, проте дуже повільним і не досягає рівня розвинутих країн Європейського Союзу [105,109,111,112].

Динаміка показників абортів у віковій групі 15-17 років також є позитивною: від 1,57 на 1000 осіб у 2016 році, до 1,04 на 1000 осіб у 2021 році [105,109]. Результати аналізу за 2021 рік свідчать, що більше 600 дівчат віком до 18 років зазнали абортів, наражаючи свій організм на непередбачувані зміни в гормональному статусі, порушення менструального циклу, запальні процеси, і можливе безпліддя [109].

В розрізі адміністративних територій найбільша частота абортів за 2021 рік серед дівчат до 14 років зафіксована в Дніпропетровській області – 0,14 на 1000 дівчат, Закарпатській області – 0,22 на 1000 дівчат, та Сумській області – 0,16 на 1000 дівчат. Серед дівчат 15-17 років показники частоти абортів на 1000 дівчат найвищі в Дніпропетровській області – 2,64 Миколаївській області – 2,00, Закарпатській області – 1,98. Серед жінок 18-34 років частота абортів на 1000 жінок найвища в Дніпропетровській області – 13,90 та Миколаївській області – 14,22. А серед жінок 35-49 років частота абортів на 1000 жінок найвища в Херсонській області – 5,54 та Дніпропетровській області – 5,10. Вищезазначені дані свідчать, що Дніпропетровська область є лідером за частотою абортів у всіх вікових групах дівчат та жінок.

Серед всіх вікових груп, хто вдався до штучного переривання вагітності у 2021 році, 70,44 % становили жінки віком 18-35 років, тобто жінки молодого репродуктивного віку, які в майбутньому можуть мати проблеми з репродуктивним здоров'ям [109].

3.4. Онкогінекологічна патологія як чинник впливу на репродуктивне здоров'я жіночого населення України

Онкогінекологічна патологія є також дуже значним чинником, що

впливає на репродуктивне здоров'я жіночого населення [84, 113].

Онкогінекологічна патологія репродуктивних органів, що є однією з основних причин смертності, також призводить до втрати значної кількості молодих жінок, які не реалізували свою репродуктивну функцію [114]. Щороку від онкологічних захворювань, зумовлених наслідком звернення за допомогою у пізній стадії розвитку хвороби, помирає понад 1000 жінок працездатного віку, що майже збігається з репродуктивним [114].

Проведено аналіз динаміки захворюваності на злоякісні новоутворення: молочної залози, шийки матки, тіла матки та яєчників [84]. Дані представлені в таблиці 3.5.

Таблиця 3.5

Динаміка захворюваності на злоякісні новоутворення, 2015-2021 рр. (на 100000 населення)

Рік	Молочна залоза	Шийка матки	Тіло матки	Яєчники
2015	61,3	18,0	27,9	14,8
2016	62,61	18,17	28,71	14,86
2017	62,14	18,37	29,96	14,84
2018	64,47	17,80	30,36	15,56
2019	63,30	17,21	30,55	15,71
2020	54,55	14,82	26,27	13,67
2021	60,32	14,80	28,27	14,09

Частота захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози тенденції до зменшення не має (61,3 на 100000 населення в 2015 році; 64,47 в 2018 році; 60,32 в 2021 році) [84,97,104,109]. Позитивна тенденція спостерігається щодо динаміки захворюваності на злоякісні новоутворення

шийки матки [84]. Частота захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки поступово зменшувалася з 18,0 до 14,8 на 100000 населення (зменшилася в 1,2 раза) [84]. Тенденції до зменшення не має також захворюваність на злоякісні новоутворення тіла матки та яєчників [84]. Частота захворюваності на злоякісні новоутворення тіла матки: 27,5 на 100000 населення в 2015 році; 30,55 в 2019 році; 28,27 в 2021 році [84,104,107,109]. Частота захворюваності на злоякісні новоутворення яєчників: 14,8 на 100000 населення в 2015 році, 15,71 в 2019; 14,09 в 2021 році [84,104,107,109].

Відсутність динаміки щодо зменшення частоти та незначні коливання показників захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки та яєчників можуть свідчити про стабілізацію ситуації щодо частоти даної захворюваності, проте також і про недостатнє проведення заходів з профілактики даних захворювань для змін динаміки в позитивну сторону [84]. Позитивна тенденція щодо зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки може свідчити про ефективність заходів з профілактики та раннього виявлення змін на шийці матки, а також про підвищення інформованості жіночого населення щодо даної проблеми [84].

Контингент хворих на злоякісні новоутворення молочної залози, шийки матки, тіла матки та ячників в 2021 році в цілому по Україні та в розрізі адміністративних територій представлений в таблиці 3.6 [109].

Таблиця 3.6

Контингент хворих на злоякісні новоутворення в 2021 році

Адміністративні території	Молочна залоза		Шийка матки		Тіло матки		Яєчники	
	Абсолютні числа	На 100000 жінок	Абсолютні числа	На 100000 жінок	Абсолютні числа	На 100000 жінок	Абсолютні числа	На 100000 жінок
Україна	176094	792,4	60845	273,8	91656	412,4	33256	149,6
АР Крим	-	-	-	-	-	-	-	-
Вінницька	6774	829,7	2819	345,3	4218	516,6	1377	168,7
Волинська	3551	656,3	1983	366,5	2142	395,9	872	161,2
Дніпропетровська	14598	855,8	4332	254,0	6488	380,3	2266	132,8
Донецька	9010	884,2	2953	289,8	4531	444,6	1670	163,9
Житомирська	4950	775,0	2560	400,8	2763	432,6	941	147,3
Закарпатська	3508	541,7	1922	296,8	1735	267,9	718	110,9
Запорізька	8043	888,3	1963	216,8	4191	462,9	1437	158,7
Івано-Франківська	4273	596,7	1827	255,1	2560	357,5	850	118,7
Київська	8893	920,6	3221	333,4	4982	515,7	1928	199,6
Кіровоградська	4249	863,4	1867	379,4	2804	569,8	914	185,7
Луганська	3389	942,2	1127	313,3	1578	438,7	611	169,9
Львівська	10346	792,8	4454	341,3	5759	441,3	2377	182,1
Миколаївська	6132	1 032,3	1885	317,3	2553	429,8	965	162,5
Одеська	12442	997,9	4218	338,3	5297	424,9	2210	177,3
Полтавська	6512	887,7	2329	317,5	3695	503,7	1235	168,3
Рівненська	3785	628,5	1757	291,8	2220	368,6	942	156,4
Сумська	5431	954,9	1703	299,4	2803	492,8	1083	190,4
Тернопільська	3614	661,6	1761	322,4	2849	521,6	898	164,4
Харківська	14494	1 032,0	3778	269,0	7255	516,6	2558	182,1
Херсонська	5093	936,6	1535	282,3	2242	412,3	763	140,3
Хмельницька	5599	843,4	1989	299,6	2989	450,2	1055	158,9
Черкаська	6032	950,8	2430	383,0	3054	481,4	1281	201,9
Чернівецька	3087	653,6	1430	302,8	1873	396,6	632	133,8
Чернігівська	4435	840,2	1343	254,4	2595	491,6	906	171,6
м Київ	17854	1 134,5	3659	232,5	8480	538,8	2767	175,8
м. Севастополь	-	-	-	-	-	-	-	-

Примітка*: Джерело МОЗ України, дані АР Крим та м. Севастополь відсутні за причини тимчасової окупації територій.

Проаналізувавши вищезазначені дані, можемо зазначити, що контингент хворих на злоякісні новоутворення молочної залози є найбільшим і складає 48,66%, на другому місці злоякісні новоутворення тіла матки – 25,33%, злоякісні новоутворення шийки матки – 16,81%, та яєчників – 9,19%.

В розрізі адміністративних територій найбільший контингент хворих на злоякісні новоутворення молочної залози в м. Київ – 1 134,5 на 100000 жінок, Харківській області – 1 032,0 та Миколаївській області – 1 032,3 на 100000 жінок [109]. Найменший контингент хворих на дану онкогінекологічну патологію в Івано-Франківській області – 596,7 та Закарпатській області – 541,7 на 100000 жінок [109].

Щодо злоякісних новоутворень шийки матки, найбільший контингент хворих в Черкаській області – 383,0 на 100000 жінок, Кіровоградській області – 379,4 та Волинській області – 366,5 на 100000 жінок, найменший - в Запорізькій області – 216,8, та місті Київ – 232,5 на 100000 жінок [109].

Найбільший контингент хворих на злоякісні новоутворення тіла матки в місті Київ – 538,8 на 100000 жінок, та в Харківській області – 516,6 на 100000 жінок [109], найменший – в Закарпатській області – 267,9 на 100000 жінок [109].

Щодо злоякісних новоутворень яєчників, найбільший контингент хворих на 100000 жінок в Черкаській області – 201,9, та Київській області – 199,6 найменший - в Закарпатській області - 110,9 та Івано-Франківській області - 118,7 на 100000 жінок [109].

З аналізу контингенту хворих на вище зазначені злоякісні новоутворення в розрізі адміністративних територій можна зазначити, що в місті Київ він є найбільшим в Україні на злоякісні новоутворення молочної залози та тіла матки, але в той же час, одним з найменших на злоякісні новоутворення шийки матки. Найбільший контингент хворих на злоякісні новоутворення шийки матки та яєчників в Черкаській області, тоді як в

Закарпатській області – він є найменшим в Україні на злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки та яєчників.

Висновки до розділу 3

1. За даними Державної служби статистики України чисельність жінок фертильного віку зменшилася з 9998,5 тисяч у 2018 році до 9550,9 у 2022 році. В зв'язку з негативною демографічною ситуацією, що загострилася після початку епідемії COVID-19, повномасштабної війни РФ проти України, важливого стратегічного значення для сталого розвитку нашого суспільства мають питання формування та збереження репродуктивного здоров'я, що є невід'ємною складовою стану здоров'я населення в цілому.
2. Позитивна динаміка з 2015 по 2021 рік щодо зменшення частоти захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом може свідчити про ефективність заходів з профілактики даних інфекцій та з планування сім'ї, які були складовими Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації», а також про значне підвищення інформованості жінок щодо даної проблеми та ефективне проведення просвітницьких заходів, особливо з 2020 року.
3. Виконання заходів міжнародних і державних програм сприяли суттєвому зниженню сумарної частоти абортів в Україні та подовженню цієї позитивної динаміки: з 8,15 на 1000 жінок фертильного віку у 2018 до 5,71 у 2021 році.
4. Відсутність динаміки з 2015 по 2021 рік щодо зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки та яєчників можуть свідчити про стабілізацію ситуації щодо частоти даної захворюваності, проте також і про недостатнє проведення заходів з профілактики даних захворювань для змін динаміки в позитивну сторону. Позитивна тенденція щодо

зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки може свідчити про ефективність заходів з профілактики та раннього виявлення змін на шийці матки, а також про підвищення інформованості жіночого населення щодо даної проблеми.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. [84] Гойда НГ, Октисюк ЖС. Аналіз стану деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні. Український медичний часопис. 2022;5(151):99-101. Doi: 10.32471/umj.1680-3051.151.234026.
2. [85] Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Укр. Здор. Нації. 2023;1(71):51-9. Doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09. 234026.
3. [110] Гойда НГ, Октисюк ЖС. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України та міста Києва: Матеріали четвертого наук. Симп. З міжнар. участю з громад. Здоров'я. Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі – виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку. 2022; Тернопіль, с.12-13.

РОЗДІЛ 4
АНАЛІЗ СТАВЛЕННЯ ТА ГОТОВНОСТІ ЖІНОК РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ, ОРГАНІЗАТОРІВ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я, ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ СІМЕЙНОЇ-МЕДИЦИНИ ТА ЛІКАРІВ АКУШЕРІВ-ГІНЕКОЛОГІВ ДО ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ АКУШЕРСЬКО- ГІНЕКОЛОГІЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ

4.1. Ставлення та готовність жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини

Метою даного етапу дослідження було вивчити та проаналізувати ставлення жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини, їх готовність отримувати окремі послуг гінекологічної допомоги у лікарів загальної практики-сімейної медицини, а також проаналізувати рівень підтримки жінками інтегрованого надання гінекологічної допомоги в залежності від віку та рівня освіти [115].

В опитуванні взяла участь 181 жінка. З них у віці 20-30 років – 77 жінок (42,5%), 30-40 років – 71 жінка (39,2%), 40-49 років – 25 жінок (13,8%), до 20 років – 8 жінок (4,4%) (рис. 4.1.); з вищою повною освітою – 134 жінки (74%), вищою неповною – 36 жінок (19,9%), середньою – 11 жінок (6,1%) (рис. 4.2) [115].

Вивчалося ставлення жінок до інтегрованого надання гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини з таких питань: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності; консультування щодо застосування різних методів контрацепції; консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу; огляд шийки матки в дзеркалах; бімануальне

обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу; забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження; забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження; проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки; діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом (ІПСШ); огляд та пальпація молочних залоз; ведення неускладненої вагітності; медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді; скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності) [115].

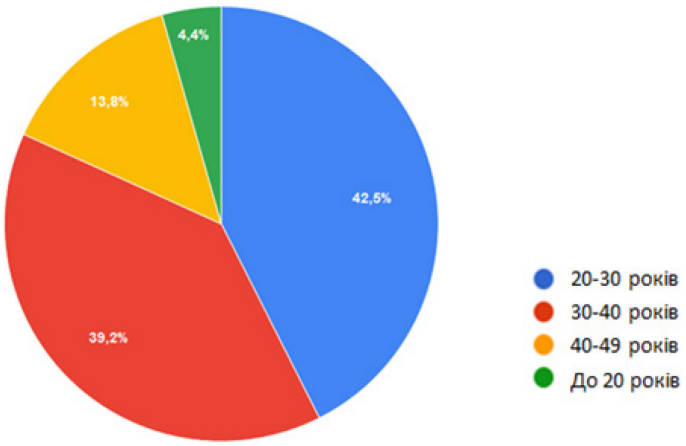

Рис. 4.1. Вік жінок репродуктивного віку, які брали участь в дослідженні

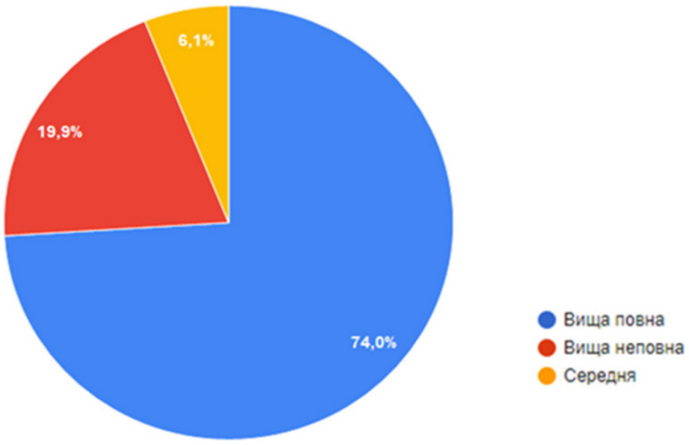

Рис. 4.2. Рівень освіти жінок репродуктивного віку, які брали участь в дослідженні

Загальні результати опитування представлені в таблиці 4.1 та на рисунку 4.3 [115].

Таблиця 4.1

Загальні результати опитування жінкок репродуктивного віку щодо підтримки послуг, які можуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини, n=181

Питання	Підтримують, абс (%)	Не підтримують,	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	151 (83,4)	30 (16,6)	<0,05*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	149 (82,3)	32 (17,7)	<0,05*
Консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу	167 (92,3)	14 (7,7)	<0,05*
Огляд шийки матки в дзеркалах	95 (52,5)	86 (47,5)	0,501
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	78 (43,1)	103 (56,9)	0,066
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	112 (61,9)	69 (38,1)	0,0018*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	112 (61,9)	69 (38,1)	0,0018*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	102 (56,4)	79 (43,6)	0,0876
Діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	107 (59,1)	74 (40,9)	0,0160*
Огляд та пальпація молочних залоз	145 (80,1)	36 (19,9)	<0,05*
Ведення неускладненої вагітності	114 (63,0)	67 (37,0)	<0,05*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	134 (74,0)	47 (26,0)	<0,05*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	156 (86,2)	25 (13,8)	<0,05*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Більшість представлених гінекологічних послуг отримали високий відсоток підтримки зі сторони респондентів. 12 із 13 запропонованих питань отримали підтримку понад 52,5% [115].

Підтримку більше 80% жінок отримали такі гінекологічні послуги: консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу - 167 (92,3%) жінок; консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності - 151 (83,4%); консультування щодо використання різних методів контрацепції - 149 (82,3%); огляд і пальпація молочних залоз - 145 (80,1%); направлення жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги (за потреби) - 156 (86,2%) жінок [115].

Найменший відсоток підтримки отримало бімануальне або пальцеве ректальне дослідження органів малого тазу - 78 (43,1%) жінок [115].

Статистична значущість підтверджена тестом $\chi 2$ для всіх питань ($p<0,05$), за винятком: огляду шийки матки в дзеркалах ($p=0,501$), бімануального або пальцевого ректального дослідження органів малого таза ($p =0,066$) та кольпоскопії для виявлення доброякісних і злоякісних змін шийки матки (0,0876) [115].

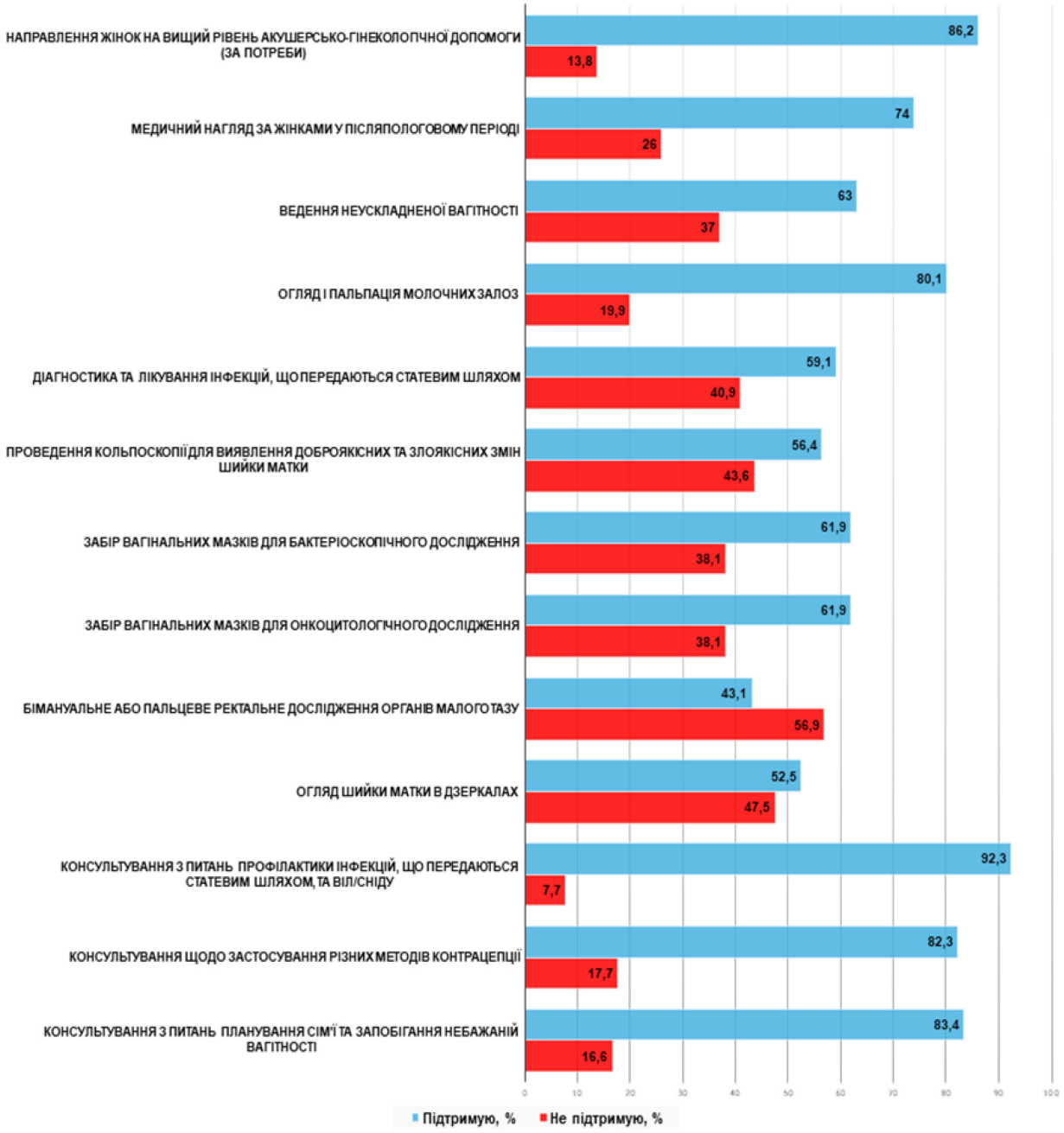

Рис. 4.3. Графічне представлення загальних результатів опитування жінок репродуктивного віку, n=181

Було проаналізовано рівень підтримки з вище зазначених питань в залежності від віку і рівня освіти респондентів [115]. Результати аналізу представлені в таблицях 4.2 та 4.3 та на рисунках 4.4 та 4.5.

Таблиця 4.2

Рівень підтримки жінок репродуктивного віку в залежності від віку, n=181

Питання	До 20 років, abs (%) n=8	20-30 років, abs (%) n=77	30-40 років, abs (%) n=71	40-49 років, abs (%) n=25	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	7 (87,5)	69 (89,6)	57 (80,3)	18 (72,0)	0,166
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	7 (87,5)	68 (88,3)	56 (78,9)	18 (72,0)	0,217
Консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу	8 (100,0)	75 (97,4)	62 (87,3)	22 (88.0)	0,087
Огляд шийки матки в дзеркалах	7 (87,5)	49 (63,6)	25 (35,2)	14 (56,0)	0,001*
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	6 (75,0)	40 (51,9)	19 (26,8)	13 (52,0)	0,003*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	7 (87,5)	56 (72,7)	36 (50,7)	13 (52,0)	0,013*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	7 (87,5)	56 (72,7)	36 (50,7)	13 (52,0)	0,013*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	7 (87,5)	53 (68,8)	29 (40,8)	13 (52,0)	0,002*
Діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	7 (87,5)	55 (71,4)	31 (43,7)	14 (56,0)	0,003*
Огляд та пальпація молочних залоз	7 (87,5)	69 (89,6)	52 (73,2)	17 (68,0)	0,029*
Ведення неускладненої вагітності	7 (87,5)	56 (72,7)	35 (49,3)	16 (64,0)	0,013*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	7 (87,5)	61 (79,2)	49 (69,0)	17 (68,0)	0,357
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	8 (100,0)	71 (92,2)	56 (78,9)	21 (84,0)	0,075

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

12 з 13 вищезазначених питань отримали підтримку 87,5% і вище серед жінок віком до 20 років; 10 із 13 питань - 71,4 % і вище серед жінок 20-30 років. 9 з 13 вищезазначених питань отримали підтримку 50,7% і більше жінок 30-40 років; всі 13 питань - 52,0% і вище серед жінок 40-49 років [115]. Таким чином, більше 87,5% респондентів віком до 20 років і більше 71,4% респондентів віком 20-30 років підтримують комплексне надання більшості пропонованих гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини [115]. Статистична значущість для груп жінок, в залежності від віку, підтверджена тестом $\chi 2$ ($p<0,05$) для більшості питань (8 з 13 питань). Отже рівень підтримки даних питань залежить від віку респондентів.

12 із 13 вищезазначених питань отримали підтримку 100% жінок із середньою освітою; 11 з 13 питань - 77,7 % і вище серед жінок з неповною вищою освітою; 10 із 13 питань - 50,7% і вище серед жінок із повною вищою освітою [115]. Статистична значущість для груп жінок, в залежності від рівня освіти підтверджена тестом $\chi 2$ ($p<0,05$) для більшості питань (10 з 13 питань). Отже рівень підтримки більшості питань залежить від рівня освіти респондентів.

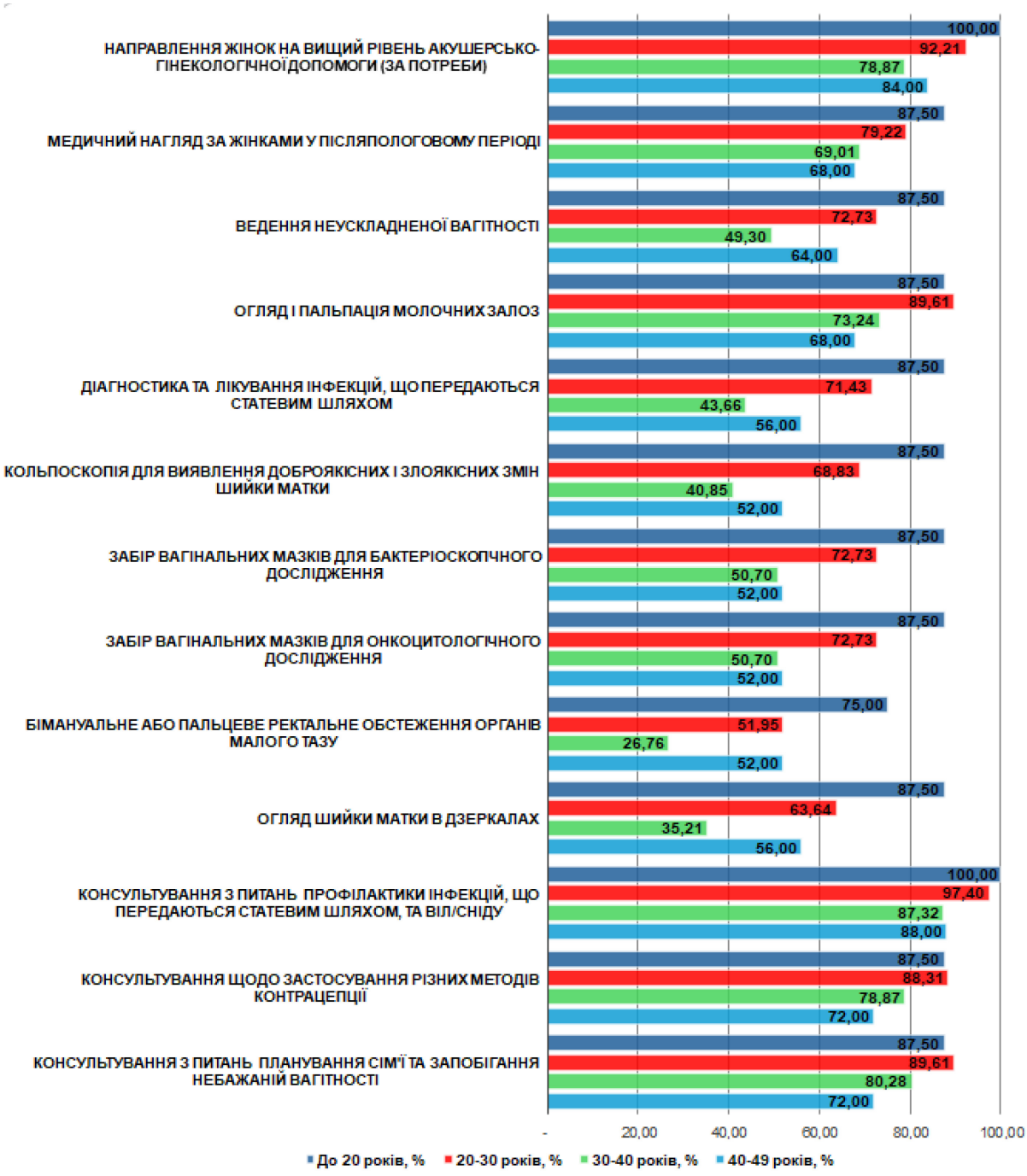

Рис. 4.4. Графічне представлення рівня підтримки жінок репродуктивного віку в залежності від віку, n=181

Таблиця 4.3

Рівень підтримки жінок репродуктивного віку в залежності від рівня освіти, n=181

Питання	Повна вища освіта, abs (%) n= 134	Неповна вища освіта, abs (%) n=36	Середня освіта, abs (%) n=11	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній	106 (79,1)	34 (94,4)	11 (100,0)	0,028*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	105 (78,4)	33 (91,7)	11 (100,0)	0,051
Консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу	120 (89,6)	36 (100,0)	11 (100,0)	0,070
Огляд шийки матки в дзеркалах	59 (44,0)	25 (69,4)	11 (100,0)	p<0,001*
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	45 (33,6)	24 (66,7)	9 (81,8)	p<0,001*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	71 (52,9)	30 (83,3)	11 (100,0)	p<0,001*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	71 (52,9)	30 (83,3)	11 (100,0)	p<0,001*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	63 (47,0)	28 (77,7)	11 (100,0)	p<0,001*
Діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом	68 (50,7)	28 (77,7)	11 (100,0)	p<0,001*
Огляд та пальпація молочних залоз	101 (75,4)	33 (91,7)	11 (100,0)	0,022*
Ведення неускладненої вагітності	75 (55,9)	28 (77,7)	11 (100,0)	0,002*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	92 (68,7)	31 (86,1)	11 (100,0)	0,014*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	111 (82,8)	34 (94,4)	11 (100,0)	0,079

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

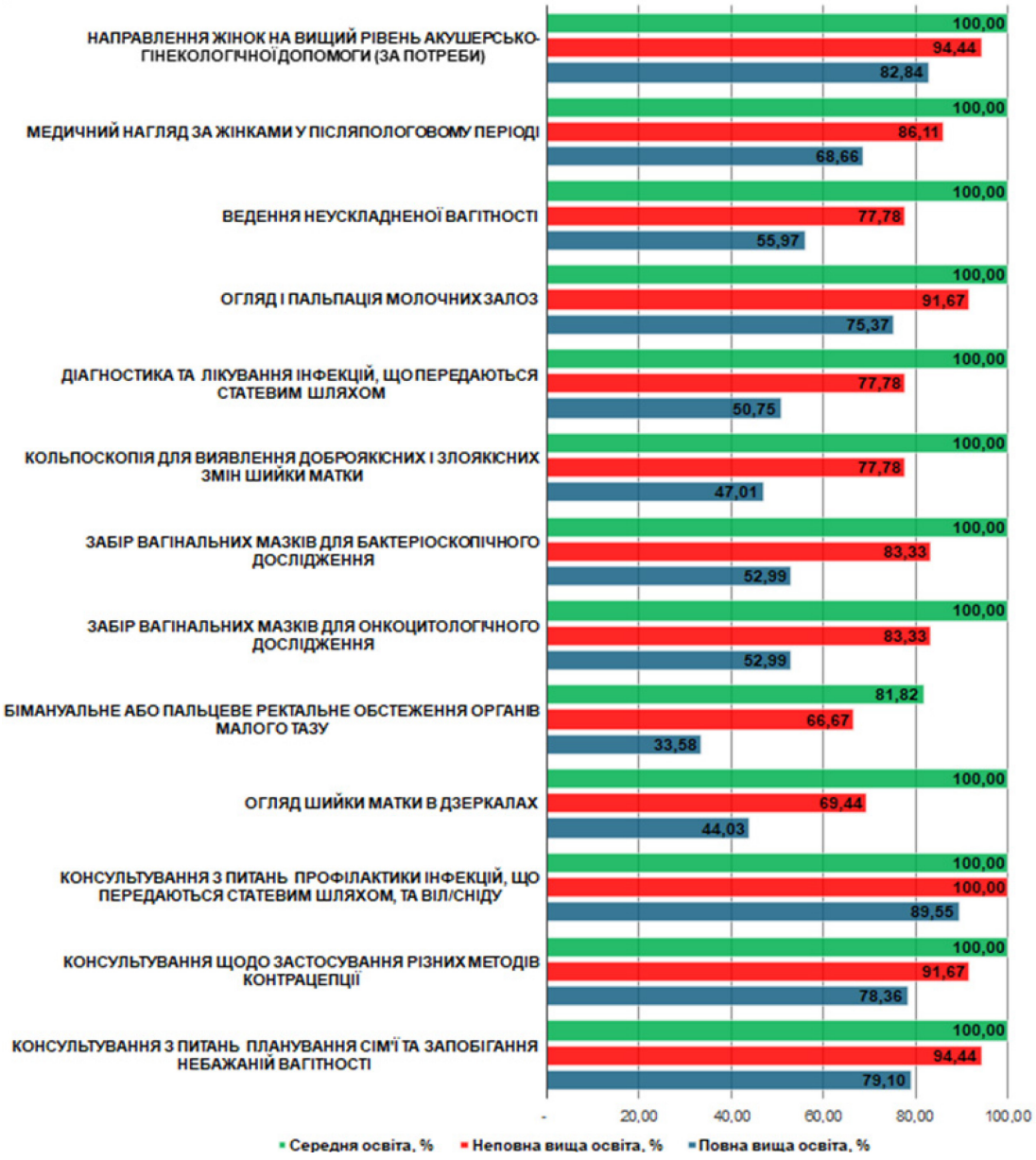

Рис. 4.5. Графічне представлення рівня підтримки жінок репродуктивного віку в залежності від рівня освіти, n=181

На питання: «Чи готові Ви отримувати вищезазначені види послуг, які Ви підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини?» 122 (67,4%) опитаних жінок відповіли позитивно, з них 67 (37,0%) готові; 55 (30,4%) швидше готові, ніж не готові (рис. 4.6) [115].

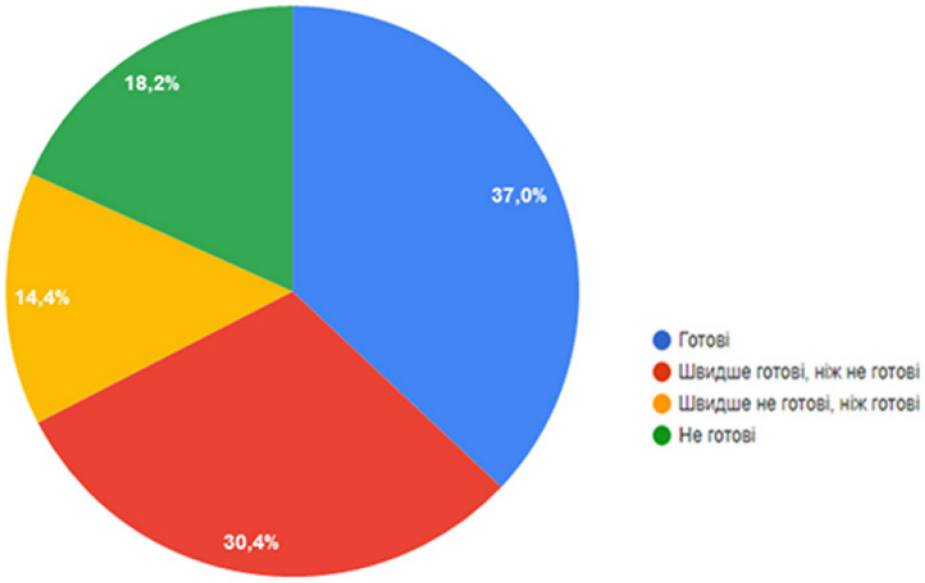

Рис. 4.6. Графічне представлення загальних результатів готовності жінок репродуктивного віку отримувати акушерсько-гінекологічні послуги у лікарів загальної практики-сімейної медицини, n=181

Результати аналізу рівня готовності в залежності від віку та рівня освіти жінок представлені в таблицях 4.4 та 4.5 та на рисунках 4.7 та 4.8.

Таблиця 4.4

Рівень готовності жінок репродуктивного віку отримувати акушерсько-гінекологічні послуги у лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від віку, n=181

Готовність	**До 20 років, abs (%) n=8**	**20-30 років, abs (%) n=77**	**30-40 років, abs (%) n=71**	**40-49 років, abs (%) n=25**	**p**
Готові	4 (50,0)	26 (33,8)	26 (36,6)	11 (44,0)	0,693
Швидше готові, ніж не готові	1 (12,5)	27 (35,1)	19 (26,8)	8 (32,0)	0,480
Швидше не готові, ніж готові	2 (25,0)	11 (14,3)	10 (14,1)	3 (12,0)	0,837
Не готові	1 (12,5)	13 (16,9)	16 (22,5)	3 (12,0)	0,615

Більше 60% жінок кожної вікової групи готові або швидше готові, ніж не готові отримати вищезазначені види послуг, які вони підтримали (62,5%

жінок до 20 років, 68,9% - від 20 до 30 років, 63,4% - від 30 до 40 років, 76,0% - від 40 до 49 років) [115].

Порівняльний аналіз статистичної значущості різниці між досліджуваними групами залежно від віку проводили за допомогою критерію χ2 з поправкою Єйтса та точного критерію Фішера. Статистична значущість для груп залежно від віку не підтверджена. Таким чином, готовність отримати ті чи інші гінекологічні послуги, які вони підтримали, не залежить від віку респонденток [115].

Таблиця 4.5

Рівень готовності жінок репродуктивного віку отримувати акушерсько-гінекологічні послуги у лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від рівня освіти, n=181

Готовність	Повна вища освіта, abs (%) n= 134	Неповна вища освіта, abs (%) n=36	Середня освіта, abs (%) n=11	p
Готові	44 (32,8)*	15 (41,7)	8 (72,7)	0,026*
Швидше готові, ніж не готові	41 (30,6)	11 (30,6)	3 (27,3)	0,974
Швидше не готові, ніж готові	21 (15,7)	5 (13,9)	0 (0,0)	0,361
Не готові	28 (20,9)	5 (13,9)	0 (0,0)	0,170

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2 з поправкою Єйтса

100% жінок із середньою освітою, 72,3% жінок з неповною вищою освітою та 63,4% з повною вищою освітою готові або швидше готові, ніж не готові отримувати вищезазначені види послуг, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [115].

Аналізуючи наведену вище таблицю, статистична значущість підтверджується лише для відповіді «готові» (p=0,026). Отже, готовність отримувати гінекологічні послуги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини не залежить від освітнього рівня респонденток, за винятком значення «готові» [115].

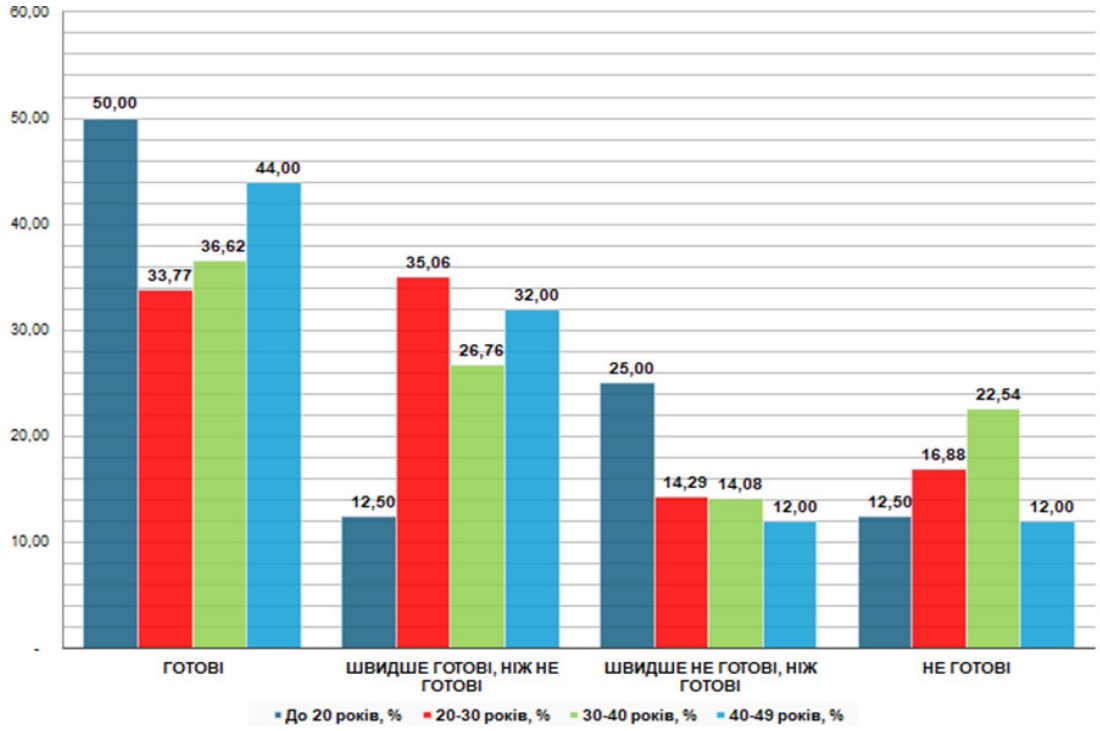

Рис. 4.7. Графічне представлення рівня готовності жінок репродуктивного віку отримувати акушерсько-гінекологічні послуги у лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від віку, n=181

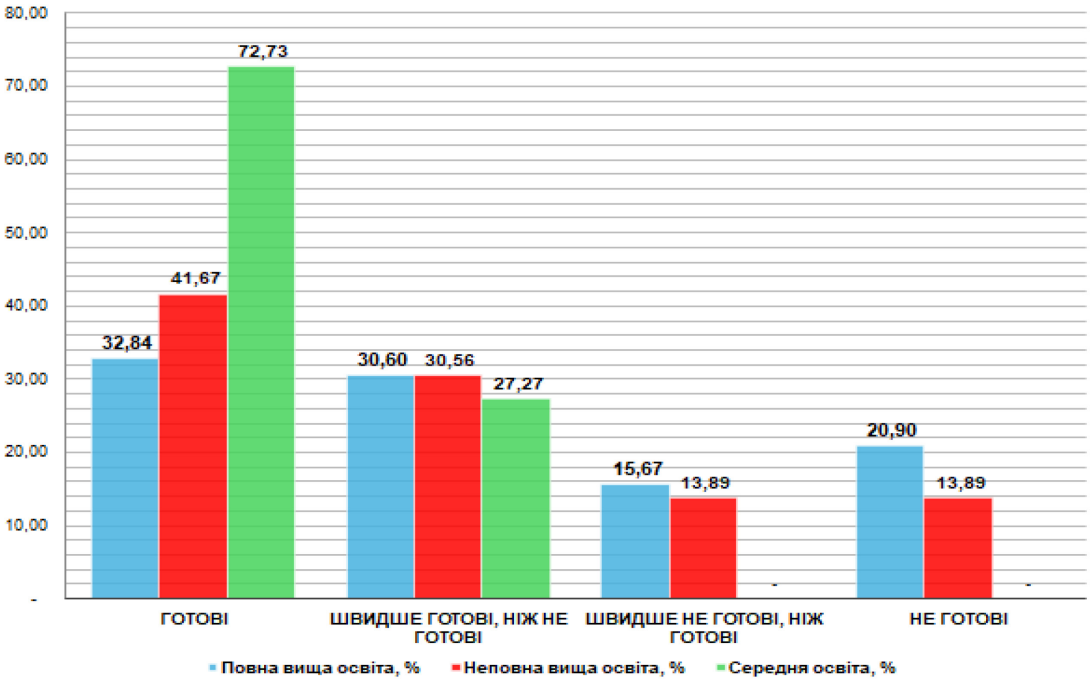

Рис. 4.8. Графічне представлення рівня готовності жінок репродуктивного віку отримувати акушерсько-гінекологічні послуги у

лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від рівня освіти, n=181

Згідно з результатами даного дослідження, більшість із представлених гінекологічних послуг отримали високий відсоток підтримки [115]. Понад 80% із 181 респондента підтримали надання лікарями загальної практики-сімейної медицини таких гінекологічних послуг: консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу; консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності; консультування щодо застосування різних методів контрацепції; огляд і пальпація молочних залоз; направлення жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги (за потреби) [115].

Отже дані дослідження щодо ставлення жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання їм акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини засвідчили, що підтримку понад 52% жінок репродуктивного віку отримали 12 із 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг; більшість опитаних респондентів (67,4%) готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [115]; жінки, молодші за 30 років та жінки з середньою освітою показали найвищу підтримку інтегрованого надання їм окремих послуг гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини [115]; майже однакове відсоткове співвідношення (понад 60%) респондентів кожної вікової категорії та всіх рівнів освіти готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [115].

4.2. Ставлення та готовність лікарів загальної практики-сімейної медицини до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку

На даному етапі дослідження вивчалося та аналізувалося ставлення лікарів загальної практики-сімейної медицини до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку, їх готовність надавати окремі послуги гінекологічної допомоги, в залежності від віку, кваліфікаційної категорії, стажу роботи за фахом, а також в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Було опитано 95 лікарів загальної практики-сімейної медицини. З них у віці до 30 років – 20 лікарів (21,05%), 30-45 років – 31 (32,63%), 45-60 років – 21 (22,11%), більше 60 років – 23 (24,21%) лікаря (рис. 4.9); зі стажем роботи до 5 років – 33 лікаря (34,74%), 5-10 років – 9 (9,47%), 10-20 років – 13 (13,68%), більше 20 років – 40 (42,11%) лікарів (рис. 4.10); з вищою кваліфікаційною категорією – 40 (42,11%) лікарів, першою - 7 (7,37%), другою – 6 (6,32%), без категорії – 42 (44,21%) лікаря загальної практики-сімейної медицини (рис. 4.11). З загальної кількості опитаних лікарів загальної практики-сімейної медицини 16 (16,84%) надають в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу, та 79 (83,16%) не надають (рис. 4.12).

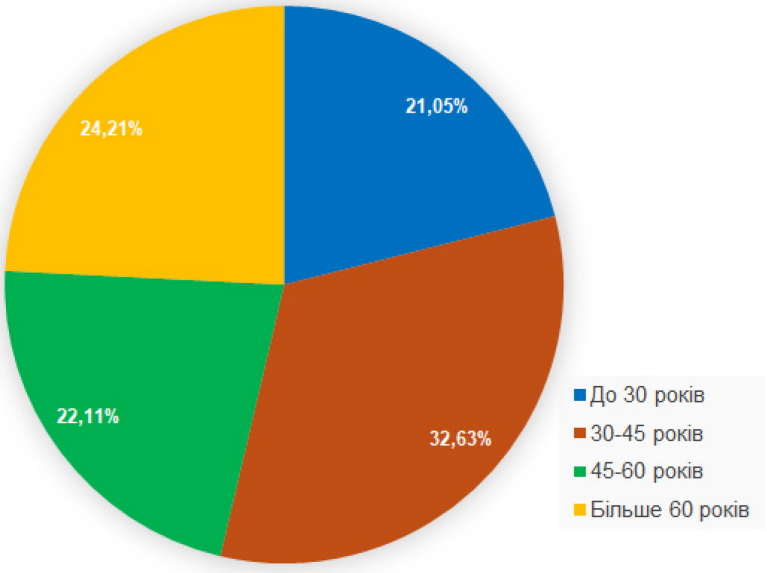

Рис. 4.10. Вік лікарів загальної практики-сімейної медицини, які брали участь у дослідженні

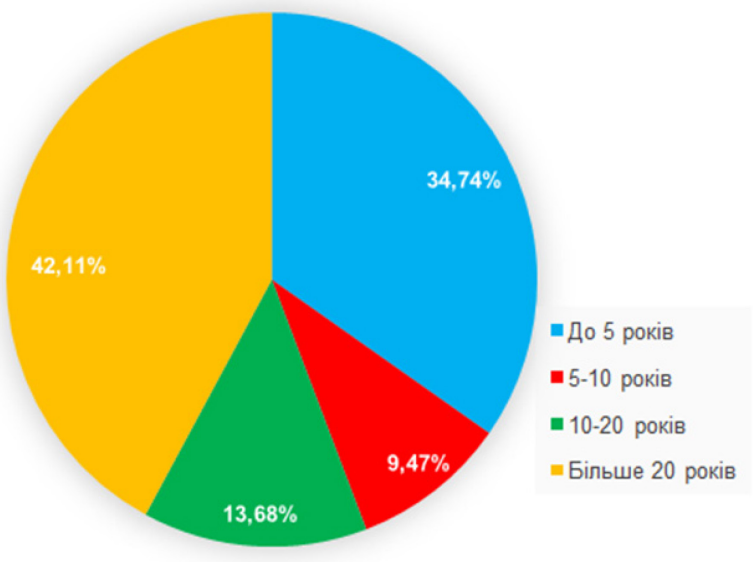

Рис. 4.11. Стаж роботи лікарів загальної практики-сімейної медицини, які брали участь у дослідженні

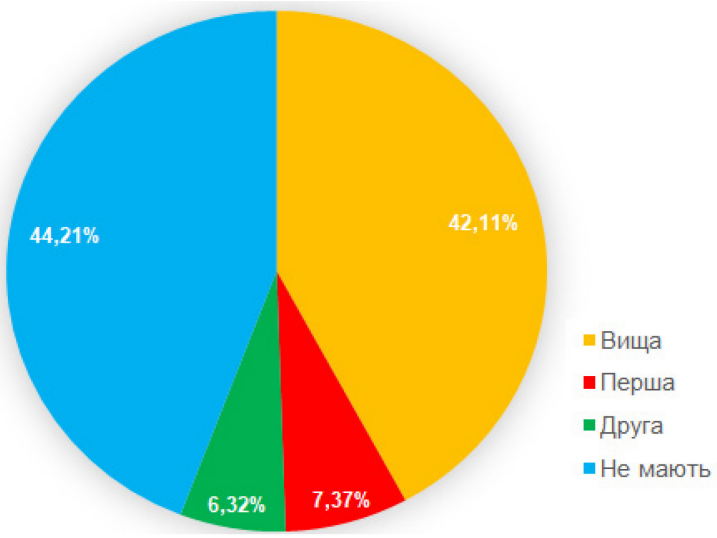

Рис. 4.12. Кваліфікаційна категорія лікарів загальної практики-сімейної медицини, які брали участь у дослідженні

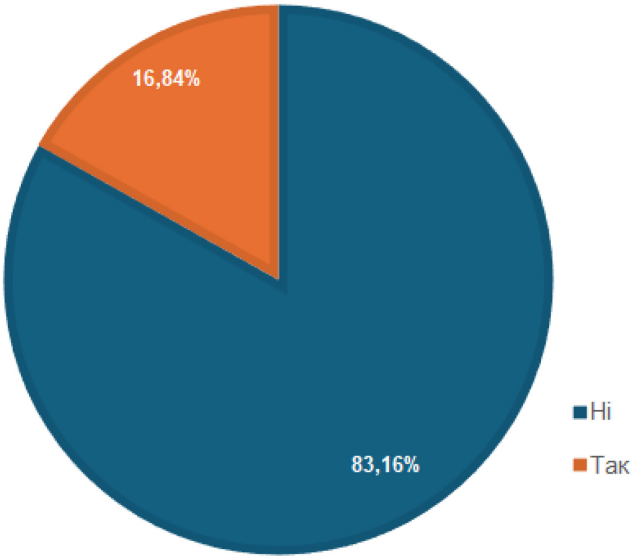

Рис. 4.13. Надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги серед лікарів загальної практики-сімейної медицини, які брали участь у дослідженні

Загальні результати опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо підтримки надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку представлені в таблиці 4.6 та на рисунку 4.13.

Таблиця 4.6

Загальні результати опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо підтрмки надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, n=95

Питання	**Підтримують, abs (%)**	**Не підтримують, abs (%)**	**p**
1	2	3	4
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	82 (86,32)	13 (13,68)	< 0,001*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	80 (84,21)	15 (15,79)	< 0,001*
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	92 (96,84)	3 (3,16)	< 0,001*
Огляд шийки матки в дзеркалах	34 (35,79)	61 (64,21)	0,0001*

Продовження таблиці 4.6

1	2	3	4
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	31 (32,63)	64 (67,37)	< 0,001*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	37 (38,95)	58 (61,05)	0,0023*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	37 (38,95)	58 (61,05)	0,0023*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	31 (32,63)	64 (67,37)	< 0,001*
Діагностика та лікування ІПСШ	46 (48,42)	49 (51,58)	0,6631
Огляд та пальпація молочних залоз	85 (89,47)	10 (10,53)	< 0,001*
Ведення неускладненої вагітності	43 (45,26)	52 (54,74)	0,1913
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	50 (52,63)	45 (47,37)	0,4684
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	87 (91,58)	8 (8,42)	< 0,001*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Підтримку більше 80% лікарів загальної практики- сімейної медицини отримали такі гінекологічні послуги: консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу - 92 (96,84%) лікарів; консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності - 82 (86,32%); консультування щодо використання різних методів контрацепції - 80 (84,21%); огляд і пальпація молочних залоз - 85 (89,47%); направлення жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги (за потреби) - 87 (91,58%) лікарів. Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді підтримало 50 (52,63%) лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Інша частина питань отримала підтримку менше 50% лікарів загальної практики- сімейної медицини : огляд шийки матки в дзеркалах - 34 (35,79%)

лікаря, бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу - 31 (32,63%), забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження - 37 (38,95%), забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження - 37 (38,95%), проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки - 31 (32,63%), діагностика та лікування ІПСШ - 46 (48,42%), ведення неускладненої вагітності - 43 (45,26%).

Статистична значущість підтверджена тестом $\chi 2$ для всіх питань ($p<0,05$), за винятком: діагностика та лікування ІПСШ ($p= 0,6631$), ведення неускладненої вагітності ($p=0,1913$), медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді ($p= 0,4684$).

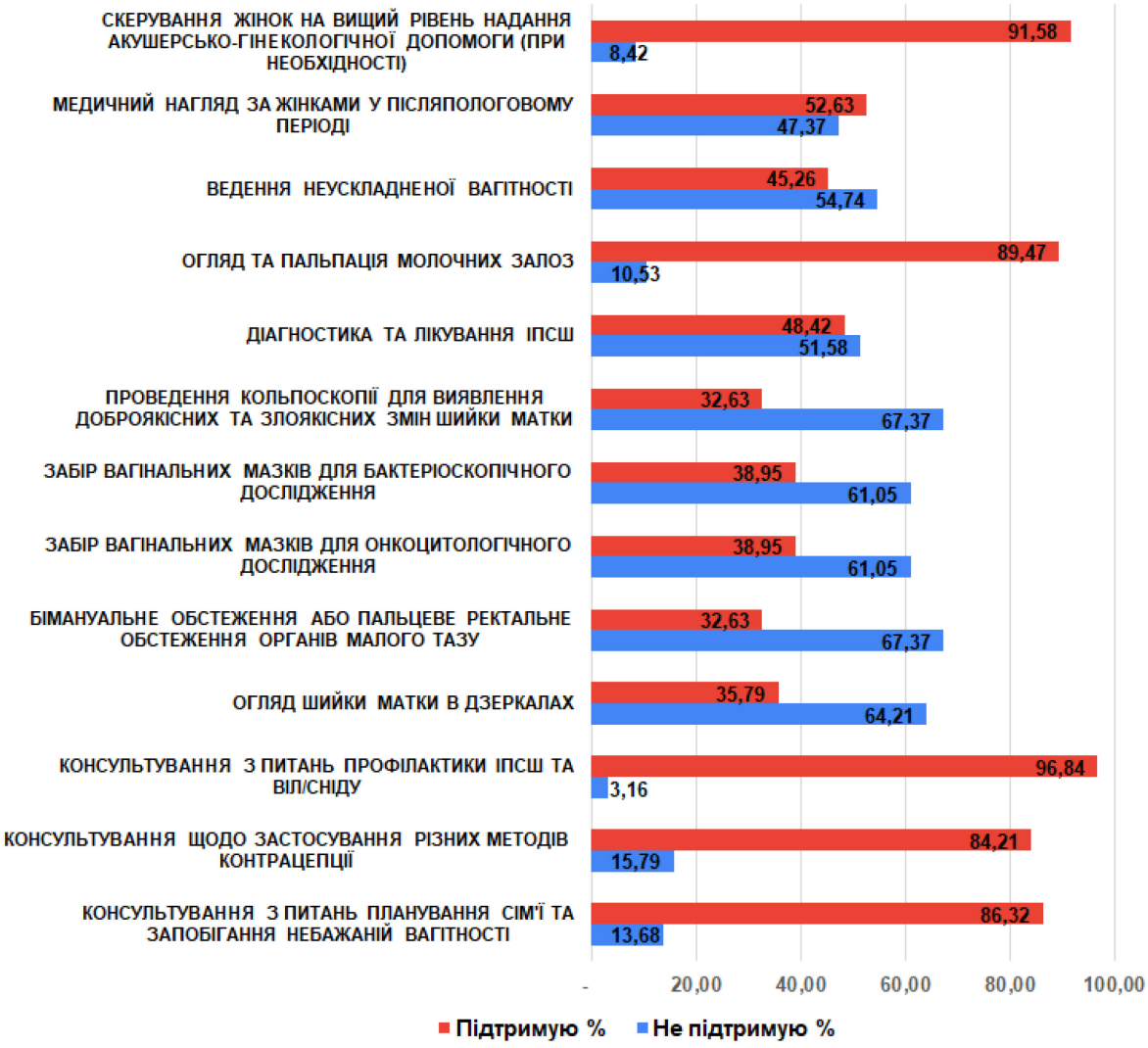

Рис. 4.12. Графічне представлення загальних результатів опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини, n=95

Було проаналізовано рівень підтримки з вище зазначених питань в залежності від віку лікарів загальної практики-сімейної медицини (таблиця 4.7 та рис. 4.13

Таблиця 4.7

Рівень підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від віку, n=95

Питання	До 30 років abs (%) n=20	30-45 років abs (%) n=31	45-60 років abs n=21	Більше 60 років abs (%) n=23	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	18 (90,00)	30 (96,77)	16 (76,19)	18 (78,26)	0,103
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	20 (100,00)	25 (80,65)	18 (85,71)	17 (73,91)	0,116
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	20 (100,00)	31 (100,00)	20 (95,24)	21 (91,30)	0,185
Огляд шийки матки в дзеркалах	4 (20,00)	13 (41,94)	5 (23,81)	12 (52,17)	0,083
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	4 (20,00)	13 (41,94)	3 (14,29)	11 (47,83)	0,041*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	6 (30,00)	13 (41,94)	6 (28,57)	12 (52,17)	0,330
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	6 (30,00)	13 (41,94)	7 (33,33)	11 (47,83)	0,609
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	4 (20,00)	10 (32,26)	5 (23,81)	12 (52,17)	0,103
Діагностика та лікування ІПСШ	9 (45,00)	18 (58,06)	9 (42,86)	10 (43,48)	0,630
Огляд та пальпація молочних залоз	16 (80,00)	26 (83,87)	20 (95,24)	23 (100,00)	0,095
Ведення неускладненої вагітності	10 (50,00)	12 (38,71)	7 (33,33)	14 (60,87)	0,296
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	10 (50,00)	17 (54,84)	8 (38,10)	15 (65,22)	0,340
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	19 (95,00)	31 (100,00)	18 (85,71)	19 (82,61)	0,091

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

5 з 13 вищезазначених питань отримали підтримку 73,91% і вище серед лікарів всіх вікових категорій. А саме питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Інші 5 з 13 питань отримали підтримку 52,17% і вище лише у лікарів, старших 60 років. Це питання огляду шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження, проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки, ведення неускладненої вагітності та медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді. Питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді та питання діагностики та лікування ІПСШ отримали підтримку 54,84% і вище серед лікарів віком 30-45 років.

Таким чином, більше 73% респондентів всіх вікових категорій підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезназначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від віку, не підтверджена тестом $\chi 2$ для більшості питань (12 з 13 питань). Отже рівень підтримки даних питань не залежить від віку респондентів.

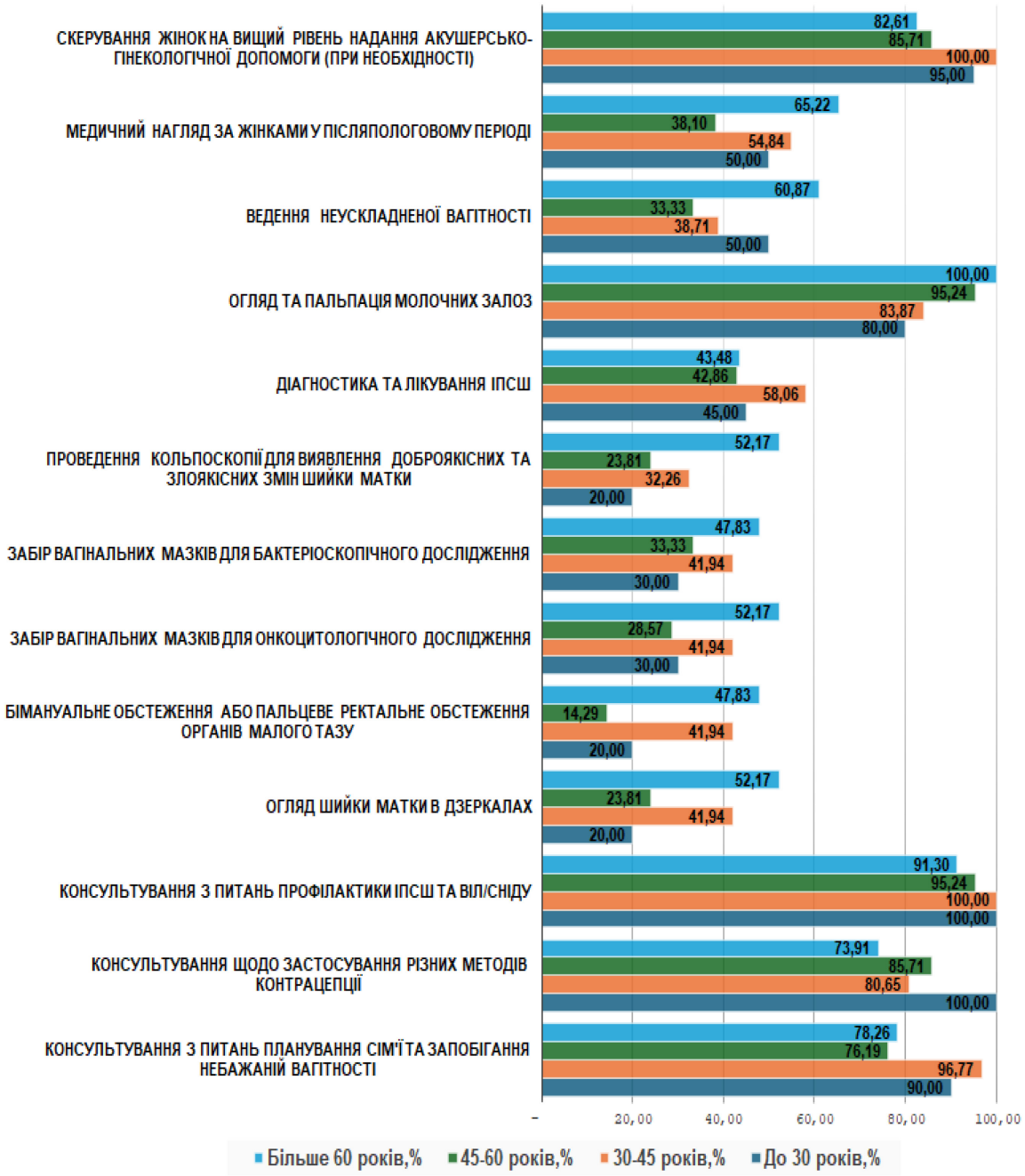

Рис. 4.13. Графічне представлення рівня підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від віку, n=95

Наступним було проаналізовано рівень підтримки з вище зазначених питань в залежності від стажу роботи та кваліфікаційної категорії лікарів загальної практики-сімейної медицини (таблиці 4.8, 4.9 та рис. 4.14 та 4.15).

Таблиця 4.8

Рівень підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від стажу роботи, n=95

Питання	< 5 років, abs (%) n=33	5-10 років, abs (%) n=9	10-20 років, abs (%) n=13	> 20 років, abs (%) n=40	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	30 (90,91)	9 (100,00)	12 (92,31)	31 (77,50)	0,169
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	30 (90,91)	7 (77,78)	12 (92,31)	31 (77,50)	0,336
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	33 (100,00)	9 (100,00)	13 (100,00)	37 (92,50)	0,235
Огляд шийки матки в дзеркалах	10 (30,3)	3 (33,33)	6 (46,15)	15 (37,50)	0,774
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	10 (30,30)	3 (33,33)	6 (46,15)	12 (30,00)	0,732
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	12 (36,36)	4 (44,44)	6 (46,15)	15 (37,50)	0,914
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	12 (36,36)	4 (44,44)	6 (46,15)	15 (37,50)	0,914
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	8 (24,24)	3 (33,33)	5 (38,46)	15 (37,50)	0,639
Діагностика та лікування ІПСШ	16 (48,48)	5 (55,56)	8 (61,54)	17 (42,50)	0,651
Огляд та пальпація молочних залоз	24 (72,73)	8 (88,89)	13 (100,00)	40 (100,00)	0,002*
Ведення неускладненої вагітності	13 (39,39)	5 (55,56)	6 (46,15)	19 (47,50)	0,819
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	16 (48,48)	4 (44,44)	8 (61,54)	22 (55,00)	0,808
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	32 (96,97)	9 (100,00)	13 (100,00)	33 (82,50)	0,057

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Таблиця 4.9

Рівень підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від кваліфікаційної категорії , n=95

Питання	Вища, abs (%) n=40	Перша, abs (%) n=7	Друга, abs (%) n=6	Не мають, abs (%) n=42	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	31 (77,50)	6 (85,71)	6 (100,00)	39 (92,86)	0,165
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	31 (77,50)	6 (85,71)	4 (66,67)	39 (92,86)	0,164
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	37 (92,50)	7 (100,00)	6 (100,00)	42 (100,00)	0,235
Огляд шийки матки в дзеркалах	16 (40,00)	2 (28,57)	1 (16,67)	15 (35,71)	0,701
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	15 (37,50)	2 (28,57)	1 (16,67)	13 (30,95)	0,746
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	16 (40,00)	2 (28,57)	1 (16,67)	18 (42,86)	0,603
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	15 (37,50)	2 (28,57)	1 (16,67)	19 (45,24)	0,512
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	16 (40,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	13 (30,95)	0,262
Діагностика та лікування ІПСШ	16 (40,00)	4 (57,14)	2 (33,33)	24 (57,14)	0,366
Огляд та пальпація молочних залоз	40 (100,00)	7 (100,00)	6 (100,00)	32 (76,19)	0,003*
Ведення неускладненої вагітності	19 (47,50)	2 (28,57)	2 (33,33)	20 (47,62)	0,728
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	21 (52,50)	4 (57,14)	2 (33,33)	23 (54,76)	0,794
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	33 (82,50)	7 (100,00)	6 (100,00)	41 (97,62)	0,059

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

5 з 13 питань отримали підтримку 72,73% та вище серед всіх груп лікарів загальної практики-сімейної медицини різного стажу роботи, це

питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності).

Серед всіх кваліфікаційних категорій лікарів загальної практики-сімейної медицини вищезазначені 5 питань також отримали найвищий рівень підтримки – 76,19% та вище. Серед цих питань лише питання консультування щодо застосування різних методів контрацепції серед лікарів другої категорії отримало дещо нижчу підтримку – 66,67%.

55,56% лікарів загальної практики-сімейної медицини зі стажем роботи 5-10 років, підтримали також питання діагностики та лікування ІПСШ та ведення неускладненої вагітності. 55% лікарів зі стажем роботи більше 20 років та 61,54% лікарів зі стажем 10-20 років підтримали питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді.

52,50% та вище отримало питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді серед лікарів загальної практики-сімейної медицини вищої, першої категорій, та без категорії. 57,14% лікарів першої категорії та без категорії підтримали питання діагностики та лікування ІПСШ.

Таким чином, більше 72% респондентів всіх кваліфікаційних категорій та різного стажу роботи за фахом підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезазначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії, не підтверджена тестом $\chi 2$ для більшості питань (12 з 13 питань). Отже рівень підтримки даних питань не залежить від стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії респондентів.

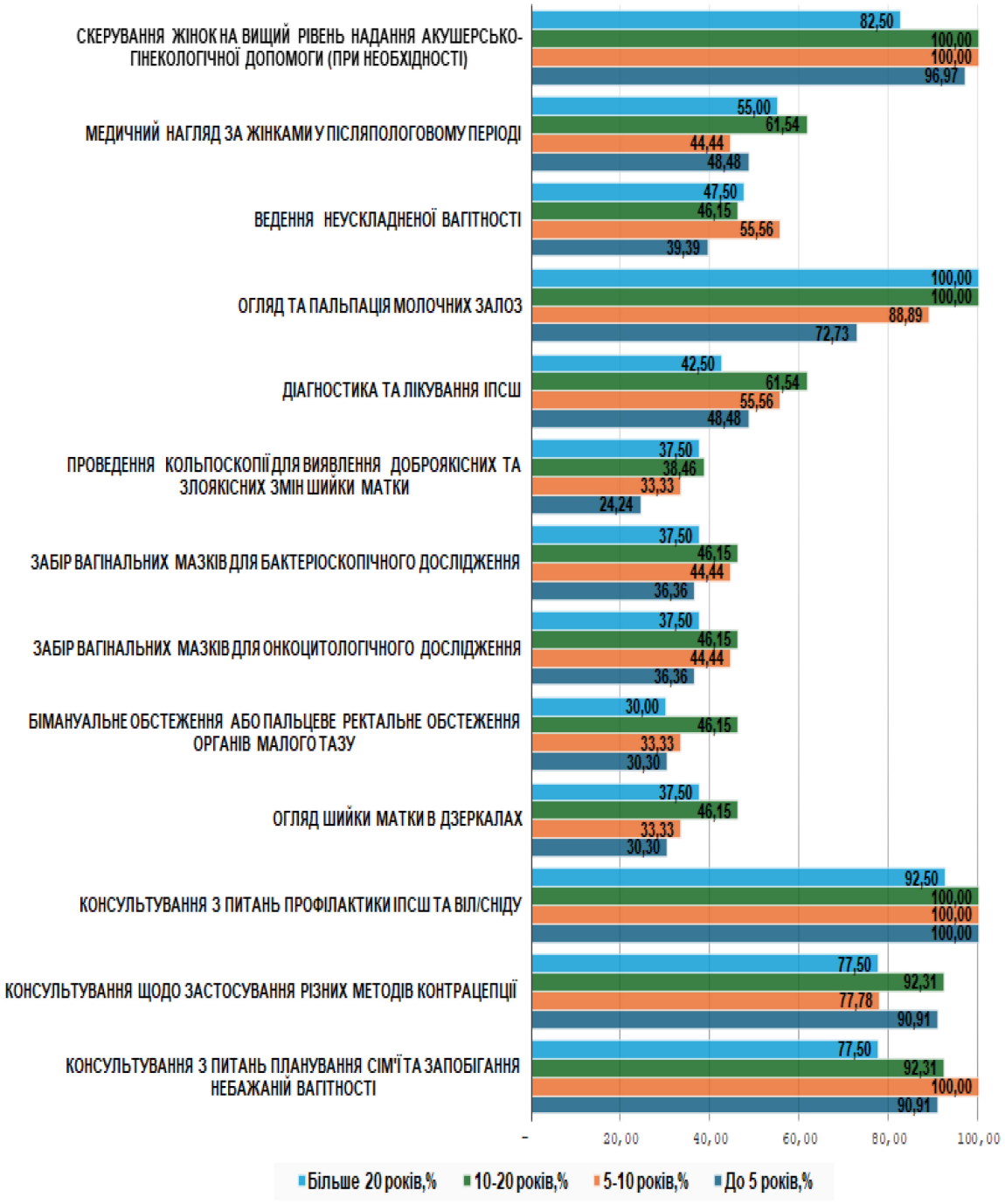

Рис. 4.14. Графічне представлення рівня підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від стажу роботи, n=95

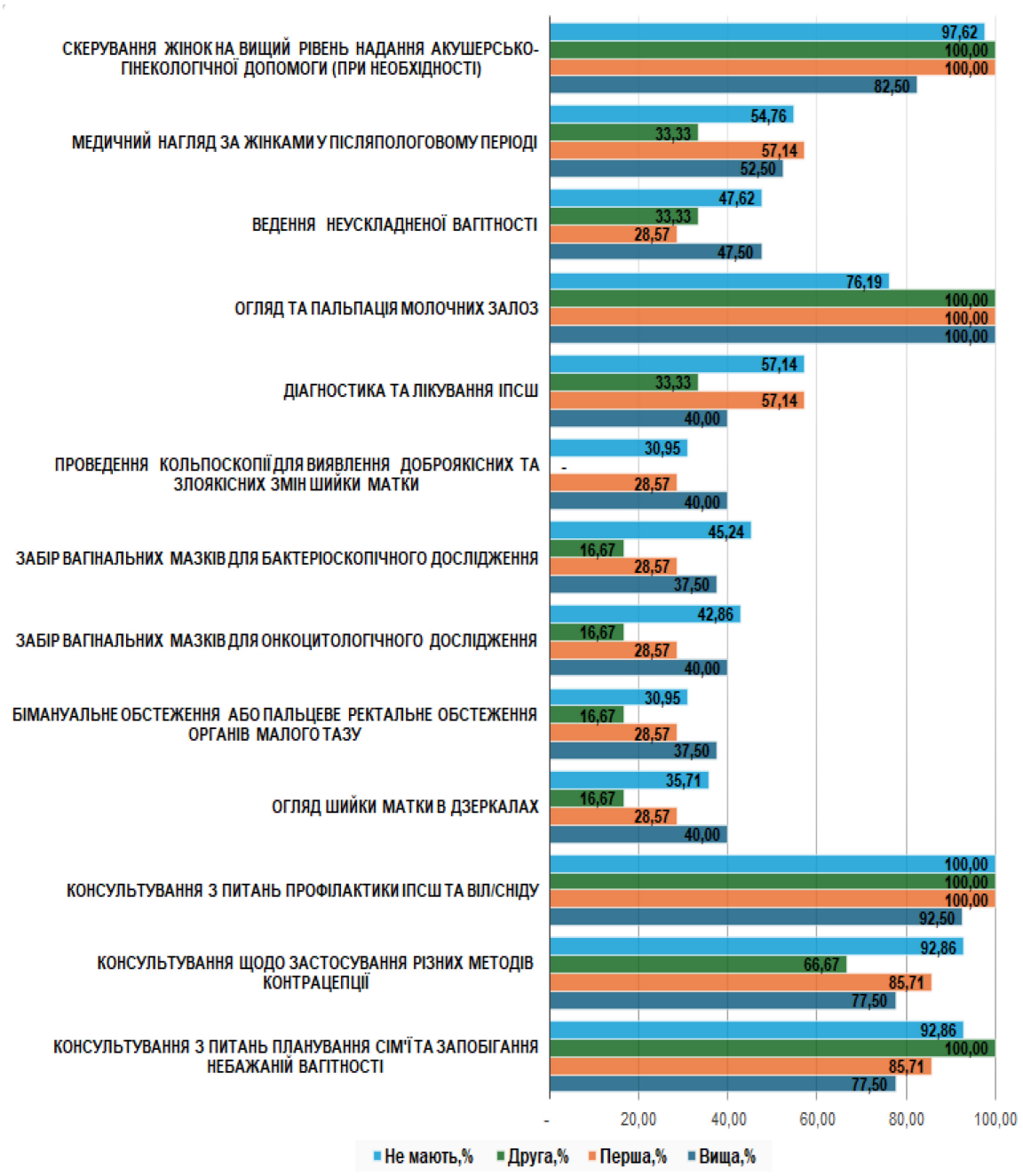

Рис. 4.15. Графічне представлення рівня підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від кваліфікаційної категорії, n=95

Було проаналізовано також рівень підтримки з вищезазначених питань в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги серед лікарів загальної практики-сімейної медицини (таблиця 4.10, рис. 4.16).

Таблиця 4.10

Рівень підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Питання	Надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги		**p**
	Так, abs (%) n=16	**Ні, abs (%) n=79**	
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	16 (100,00)	66 (83,54)	0,116
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	15 (93,75)	65 (82,28)	0,453
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	16 (100,00)	76 (96,20)	p>0,05
Огляд шийки матки в дзеркалах	8 (50,00)	26 (32,91)	0,254
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	7 (43,75)	24 (30,38)	0,382
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	9 (56,25)	28 (35,44)	0,161
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	9 (56,25)	28 (35,44)	0,161
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	6 (37,50)	25 (31,65)	0,771
Діагностика та лікування ІПСШ	9 (56,25)	37 (46,84)	0,588
Огляд та пальпація молочних залоз	16 (100,00)	69 (87,34)	0,204
Ведення неускладненої вагітності	12 (75,00)	31 (39,24)	0,012*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	15 (93,75)	35 (44,30)	0,0002*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	15 (93,75)	72 (91,14)	p>0,05

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Підтримку 82,28% та вище отримали 5 з 13 питань серед обох груп

лікарів, не залежно від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги. Це питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності).

Лікарі, які надають в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу підтримали також питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді (93,75%); ведення неускладненої вагітності (75,00%); діагностику та лікування ІПСШ (56,25%); забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження (56,25%); забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження (56,25%); огляд шийки матки в дзеркалах (50,00%).

Серед лікарів, які не надають в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічної допомогу, всі інші питання отримали підтримку 46,84% та нижче.

Таким чином, більше 82% респондентів не залежно від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезназначених акушерсько-гінекологічних послуг.

Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, підтверджена тестом $\chi 2$ ($p<0,05$) лише для двох питань: ведення неускладненої вагітності та медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді. Отже рівень підтримки більшості питань не залежить від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.

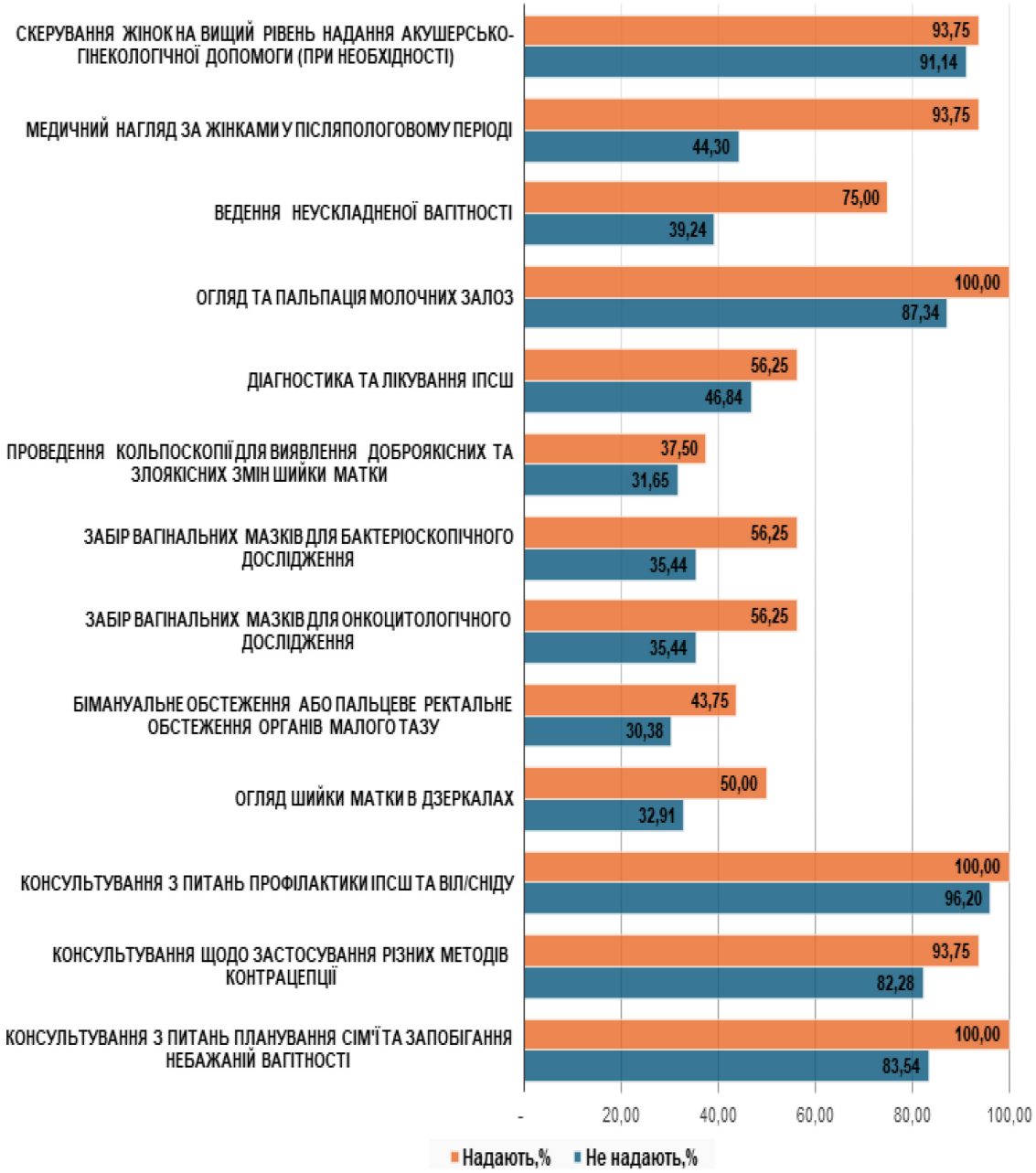

Рис. 4.16. Графічне представлення рівня підтримки лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Наступним оцінювалася готовність лікарів загальної практики-сімейної медицини надавати вищезазначені види послуг, які вони підтримали, жінкам репродуктивного віку. 52 (54,74%) опитаних лікарів відповіли позитивно, з них 22 (23,16%) готові; 30 (31,58%) швидше готові, ніж не готові (рис. 4.17). 45,26% респондентів не готові та швидше не готові, ніж готові.

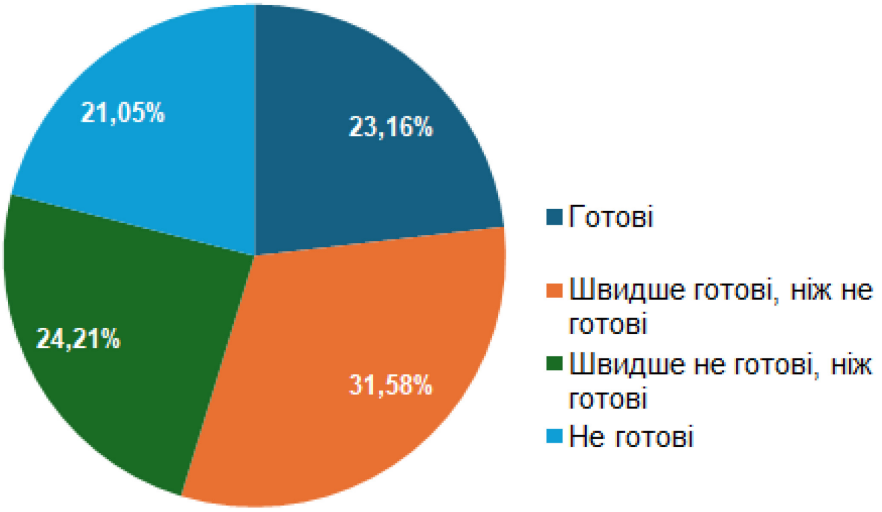

Рис. 4.17. Графічне представлення загальних результатів готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку, n=95

Результати аналізу рівня готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від віку представлені в таблиці 4.11 та рисунку 4.18.

Таблиця 4.11

Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від віку, n=95

Готовність	**До 30 років, abs (%) n=20**	**30-45 років, abs (%) n=31**	**45-60 років, abs (%) n=21**	**Більше 60 років, abs (%) n=23**	**p**
Готові	5 (25,00)	7 (22,58)	7 (33,33)	3 (13,04)	0,460
Швидше готові, ніж не готові	9 (45,00)	8 (25,81)	7 (33,33)	6 (26,09)	0,476
Швидше не готові, ніж готові	0 (0,00)	12 (38,71)	3 (14,29)	8 (34,78)	0,006*
Не готові	6 (30,00)	4 (12,9)	4 (19,05)	6 (26,09)	0,457

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

70% лікарів загальної практики-сімейної медицини віком до 30 років та

66,66% лікарів віком 45-60 років готові або швидше готові, ніж не готові до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку. Рівень готовності (готові або швидше готові, ніж не готові) лікарів 30-45 років та старше 60 років становить 48,39% та 39,13% відповідно.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від віку тестом $\chi 2$ не підтверджена, за вийнятком значення - швидше не готові, ніж готові ($p<0,05$). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку респондентів.

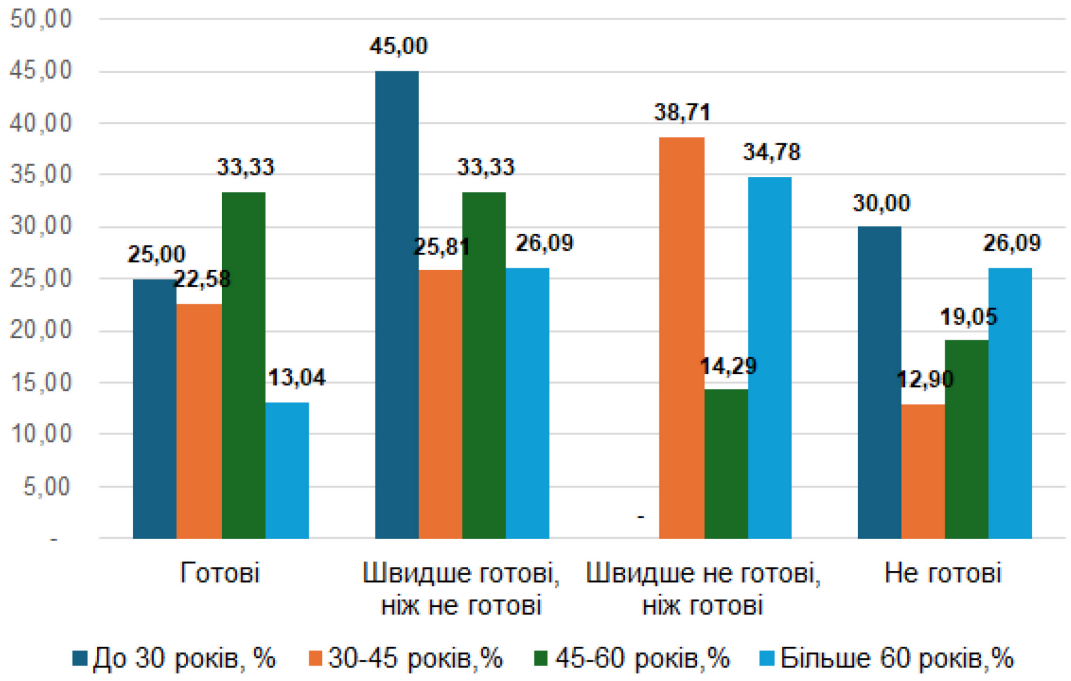

Рис. 4.18. Графічне представлення результатів готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від віку, n=95

Результати аналізу рівня готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від стажу роботи та від кваліфікаційної категорії представлені в таблицях 4.12, 4.13 та рисунках 4.19, 4.20.

Таблиця 4.12

Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від стажу роботи, n=95

Готовність	До 5 років, abs (%) n=33	5-10 років, abs (%) n=9	10-20 років, abs (%) n=13	Більше 20 років, abs (%) n=40	p
Готові	7 (21,21)	1 (11,11)	3 (23,08)	11 (27,5)	0,747
Швидше готові, ніж не готові	14 (42,42)	1 (11,11)	4 (30,77)	11 (27,5)	0,278
Швидше не готові, ніж готові	3 (9,09)	5 (55,56)	5 (38,46)	10 (25,00)	0,016*
Не готові	9 (27,27)	2 (22,22)	1 (7,69)	8 (20,00)	0,533

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

63,63% лікарів загальної практики-сімейної медицини зі стажем роботи до 5 років, 53,85% лікарів зі стажем роботи 10-20 років та 55% лікарів зі стажем більше 20 років позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від стажу роботи за фахом критерієм χ2 не підтверджена, за вийнятком значення - швидше не готові, ніж готові ($p<0,05$). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від стажу роботи респондентів.

50% лікарів загальної практики-сімейної медицини з вищою кваліфікаційною категорією, 57,14% лікарів з першою кваліфікаційною категорією та 64,24% лікарів без категорії позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від

кваліфікаційної категорії критерієм χ2 не підтверджена, за вийнятком значення - швидше не готові, ніж готові (p<0,05). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від кваліфікаційної категорії респондентів.

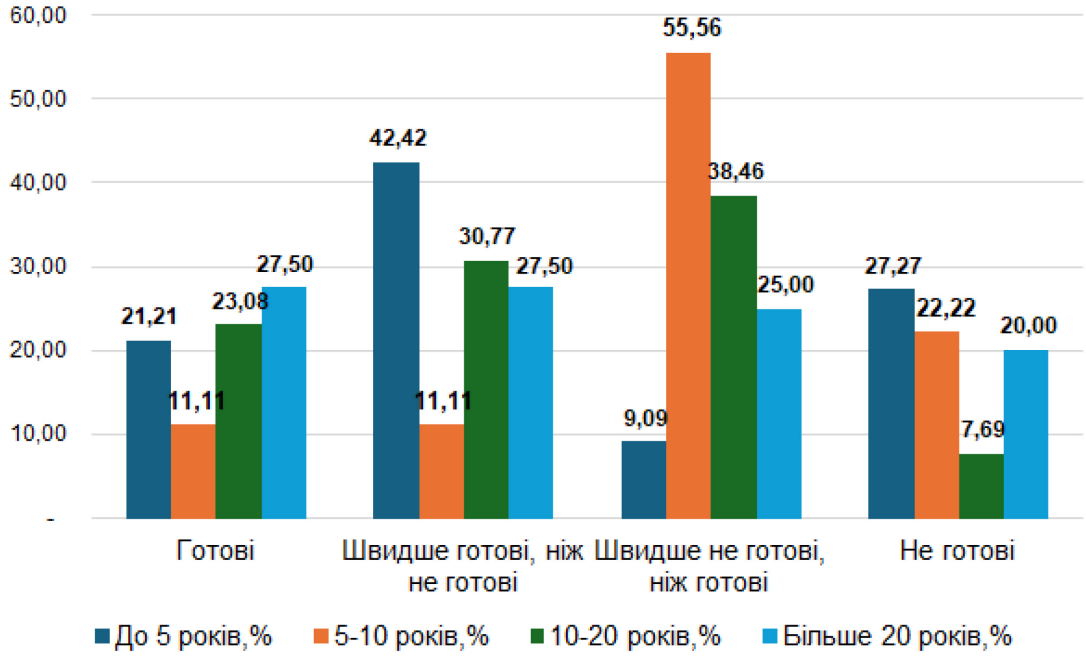

Рис. 4.19. Графічне представлення результатів готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від стажу роботи, n=95

Таблиця 4.13

Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=95

Готовність	Вища, abs (%) n=40	Перша, abs (%) n=7	Друга, abs (%) n=6	Не мають, abs (%) n=42	p
Готові	10 (25,00)	2 (28,57)	1 (16,67)	9 (21,43)	0,940
Швидше готові, ніж не готові	10 (25,00)	2 (28,57)	0 (0,00)	18 (42,86)	0,109
Швидше не готові, ніж готові	14 (35,00)	0 (0,00)	4 (66,67)	5 (11,90)	0,003*
Не готові	6 (15,00)	3 (42,86)	1 (16,67)	10 (23,81)	0,370

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

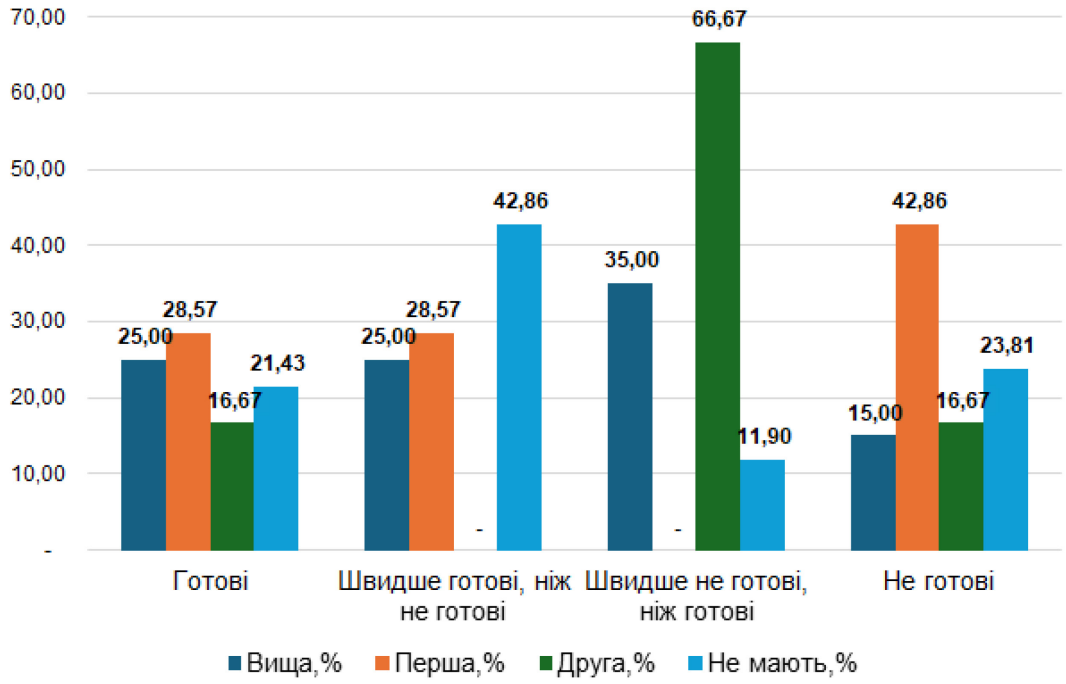

Рис. 4.20. Графічне представлення результатів готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=95

З 95 опитаних лікарів загальної практики-сімейної медицини, 16 (16,84%) надають в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу, 79 (83,16%) – не надають.

Результати аналізу рівня готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги представлені в таблиці 4.14 та рисунку 4.21.

100% лікарів загальної практики-сімейної медицини, які надають своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку. Та лише 45, 57% лікарів, які не надають своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу, позитивно оцінили свою готовність до надання.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги підтверджена критерієм χ2 (p<0,05) для більшості значень : «швидше готові, ніж не готові»; «швидше не готові, ніж готові» та «не готові». Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг залежить від їх надання в практиці респондентів.

Таблиця 4.14

Рівень готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Готовність	Надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги		**p**
	Так, abs (%) n=16	**Ні, abs (%) n=79**	
Готові	5 (31,25)	17 (21,52)	0,606
Швидше готові, ніж не готові	11 (68,75)	19 (24,05)	0,002*
Швидше не готові, ніж готові	0 (0,00)	23 (29,11)	0,010*
Не готові	0 (0,00)	20 (25,32)	0,020*

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

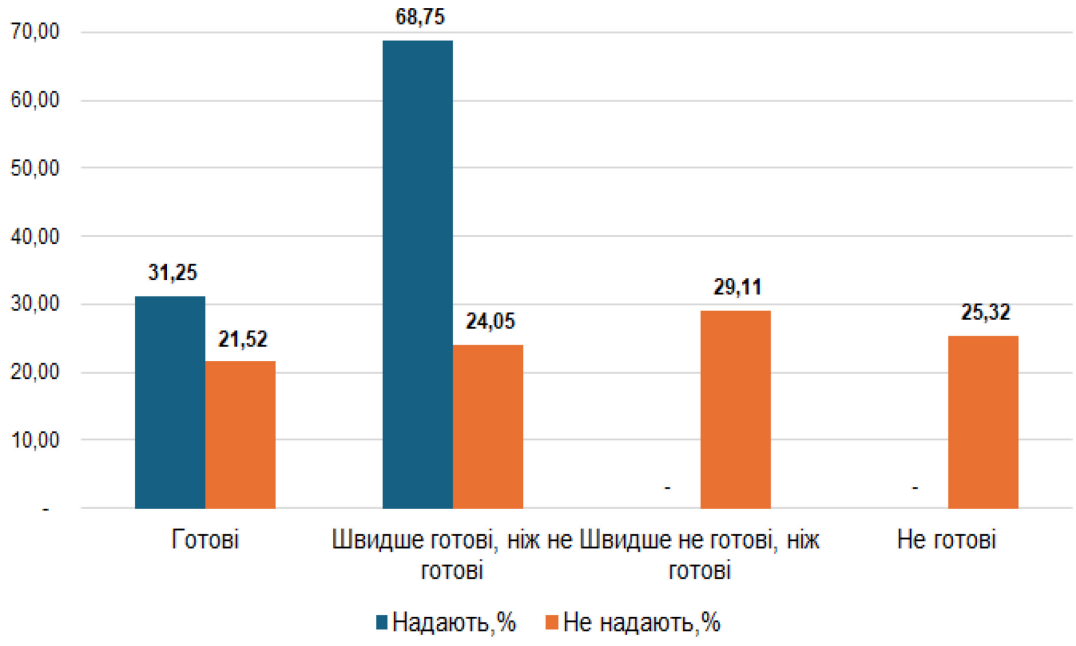

Рис. 4.21. Графічне представлення результатів готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг, в залежності в залежності від надання в своїй практиці первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Отже дані дослідження щодо ставлення лікарів загальної практики-сімейної медицини до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку засвідчили, що підтримку більшості (більше 80%) лікарів загальної практики- сімейної медицини отримали лише 5 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг; більшість опитаних респондентів (54,74%) готові надавати підтримані ними послуги акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку; рівень підтримки та рівень готовності надавати акушерсько-гінекологічних послуги не залежить від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії респондентів; готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг залежить від їх надання в практиці респондентів.

4.3. Ставлення та готовність лікарів акушерів-гінекологів до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку

На цьому етапі дослідження вивчалося та аналізувалося ставлення лікарів акушерів-гінекологів до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку, їх готовність до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини окремих послуг акушерсько-гінекологічної допомоги в залежності від віку, кваліфікаційної категорії, стажу роботи за фахом, а також в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають.

Було опитано 98 лікарів акушерів-гінекологів. З них у віці до 30 років – 13 лікарів (13,27%), 30-45 років – 36 (36,73%), 45-60 років – 32 (32,65%), більше 60 років – 17 (17,35%) лікарів (рис. 4.22); зі стажем роботи до 5 років

– 16 лікарів (16,33%), 5-10 років – 17 (17,35%), 10-20 років – 15 (15,31%), більше 20 років – 50 (51,02%) лікарів (рис. 4.23); з вищою кваліфікаційною категорією – 44 (44,90%) лікарів, першою - 23 (23,47%), другою – 11 (11,22%), без категорії – 20 (20,41%) лікарів акушерів-гінекологів (рис. 4.24). З загальної кількості опитаних лікарів загальної практики-сімейної медицини 50 (51,02%) надають в своїй практиці амбулаторно-поліклінічну медичну допомогу, та 48 (48,98%) стаціонарну медичнцу допомогу (рис. 4.25).

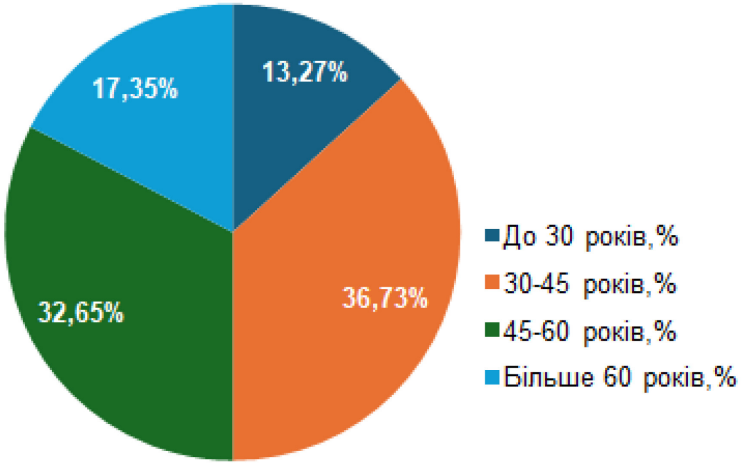

Рис. 4.22. Вік лікарів акушерів-гінекологів, які брали участь у дослідженні

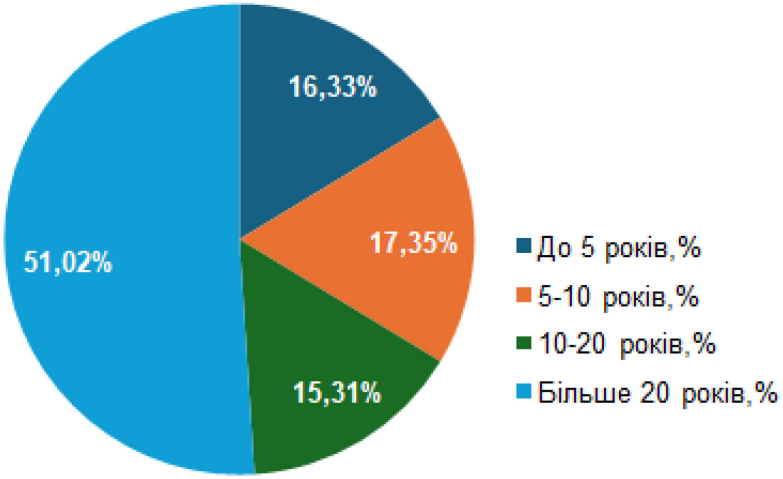

Рис. 4.23. Стаж роботи лікарів акушерів-гінекологів, які брали участь у дослідженні

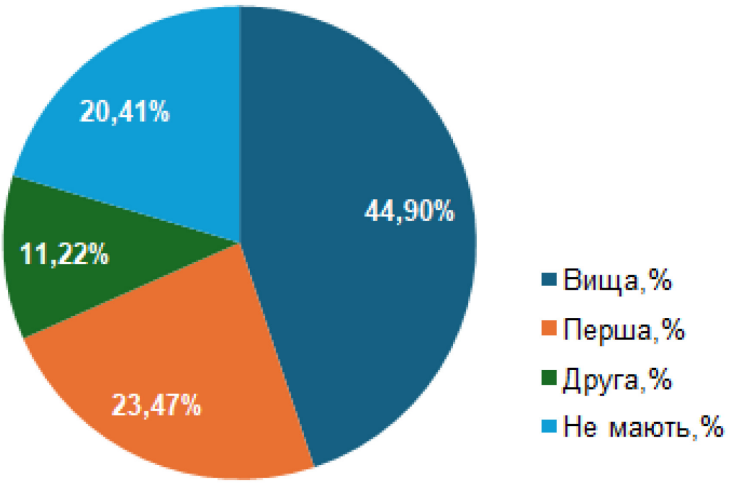

Рис. 4.24. Кваліфікаційна категорія лікарів акушерів-гінекологів, які брали участь у дослідженні

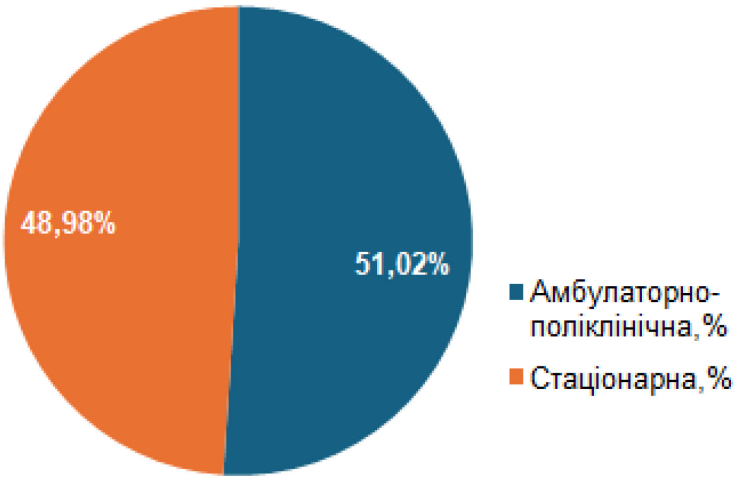

Рис. 4.25. Вид медичної допомоги, який вони надають лікарі акушери-гінекологи, які брали участь у дослідженні

Загальні результати опитування лікарів акушерів-гінекологів щодо підтримки надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку представлені в таблиці 4.15 та на рисунку 4.26.

Таблиця 4.15

Загальні результати опитування лікарів акушерів-гінекологів щодо підтримки надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг, n=98

Питання	Підтримують, абс (%)	Не підтримують, абс (%)	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	73 (74,49)	25 (25,51)	< 0,001*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	61 (62,24)	37 (37,76)	0,006*
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	90 (91,84)	8 (8,16)	< 0,001*
Огляд шийки матки в дзеркалах	23 (23,47)	75 (76,53)	< 0,001*
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	15 (15,31)	83 (84,69)	< 0,001*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	31 (31,63)	67 (68,37)	< 0,001*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	41 (41,84)	57 (58,16)	0,0223*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	16 (16,33)	82 (83,67)	< 0,001*
Діагностика та лікування ІПСШ	23 (23,47)	75 (76,53)	< 0,001*
Огляд та пальпація молочних залоз	84 (85,71)	14 (14,29)	< 0,001*
Ведення неускладненої вагітності	38 (38,78)	60 (61,22)	0,0017*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	58 (59,18)	40 (40,82)	0,0102*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	72 (73,47)	26 (26,53)	< 0,001*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Підтримку більше 59% лікарів акушерів-гінекологів отримали 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг: консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу - 90 (91,84%) лікарів; консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності - 73 (74,49%); консультування щодо використання різних методів

контрацепції - 61 (62,24%); огляд і пальпація молочних залоз - 84 (85,71%); скерування жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги (за потреби) - 72 (73,47%); медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді - 58 (59,18%) лікарів.

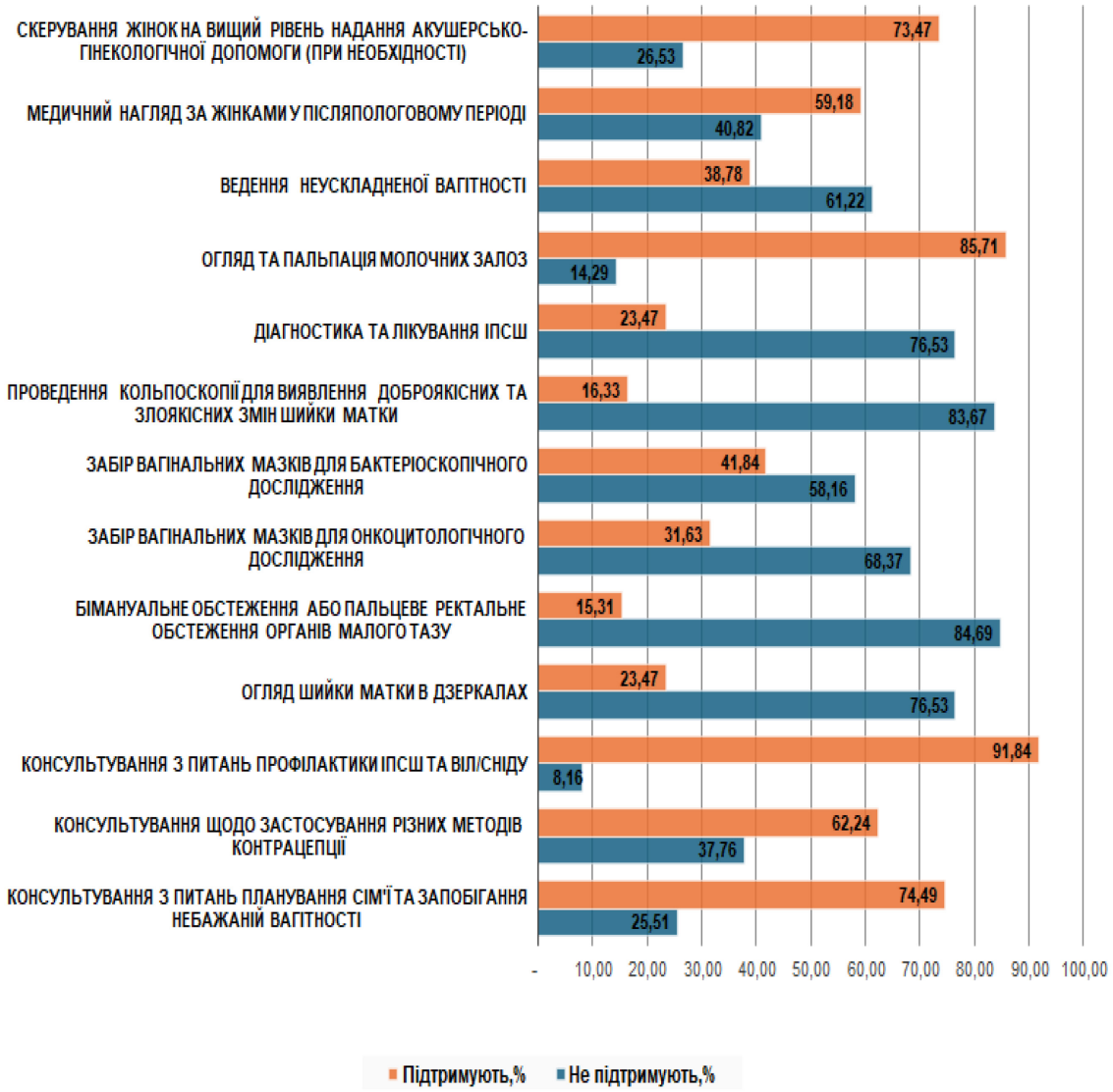

Рис. 4.26. Графічне представлення загальних результатів опитування лікарів акушерів-гінекологів, n=98

Інша частина питань отримала підтримку менше 42% лікарів акушерів-гінекологів: огляд шийки матки в дзеркалах - 23 (23,47%) лікаря, бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу - 15 (15,31%), забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження - 31 (31,63%), забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження - 41

(41,84%), проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки - 16 (16,33%), діагностика та лікування ІПСШ - 23 (23,47%), ведення неускладненої вагітності - 38 (38,78%) лікарів.

Статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$ для всіх вищезазначених питань ($p<0,05$).

Наступним було проаналізовано рівень підтримки з вищезазначених питань в залежності від віку лікарів акушерів-гінекологів (таблиця 4.16 та рис. 4.27).

Таблиця 4.16

Рівень підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від віку, n=98

Питання	До 30 років, abs (%) n=13	30-45 років, abs (%) n=36	45-60 років, abs (%) n=32	Більше 60 років, abs (%) n=17	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	13 (100,00)	21 (58,33)	25 (78,13)	14 (82,35)	0,018*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	9 (69,23)	19 (52,78)	20 (62,5)	13 (76,47)	0,376
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	13 (100,00)	34 (94,44)	29 (90,63)	14 (82,35)	0,310
Огляд шийки матки в дзеркалах	5 (38,46)	8 (22,22)	7 (21,88)	3 (17,65)	0,568
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	5 (38,46)	4 (11,11)	4 (12,5)	2 (11,76)	0,102
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	6 (46,15)	9 (25,00)	10 (31,25)	6 (35,29)	0,551
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	8 (61,54)	13 (36,11)	14 (43,75)	6 (35,29)	0,407

Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	5 (38,46)	5 (13,89)	4 (12,5)	2 (11,76)	0,144
Діагностика та лікування ІПСШ	6 (46,15)	7 (19,44)	8 (25,00)	2 (11,76)	0,146
Огляд та пальпація молочних залоз	12 (92,31)	28 (77,78)	29 (90,63)	15 (88,24)	0,387
Ведення неускладненої вагітності	5 (38,46)	12 (33,33)	16 (50,00)	5 (29,41)	0,428
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	10 (76,92)	20 (55,56)	20 (62,5)	8 (47,06)	0,381
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	13 (100,00)	28 (77,78)	22 (68,75)	9 (52,94)	0,029*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

5 з 13 вищезазначених питань, отримали підтримку 52,78% і вище серед лікарів всіх вікових категорій. А саме питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу (підтримали 82,35% і вище лікарів всіх вікових категорій), огляд та пальпація молочних залоз(підтримали 88,24% та вище) та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді та питання діагностики отримало підтримку 76,92% серед лікарів до 30 років; 55,56% - серед лікарів 30-45 років та 62,5% серед лікарів 45-60 років та 47,06% серед лікарів, старше 60 років. Також більшість (61,54%) лікарів віком до 30 років підтримали питання забору вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження та 50% лікарів віком 45-60 років підтримали питання ведення неускладненої вагітності.

Таким чином, більше 52% респондентів всіх вікових категорій підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезазначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від віку, не підтверджена тестом $\chi 2$

для більшості питань (11 з 13 питань). Отже рівень підтримки даних питань не залежить від віку респондентів.

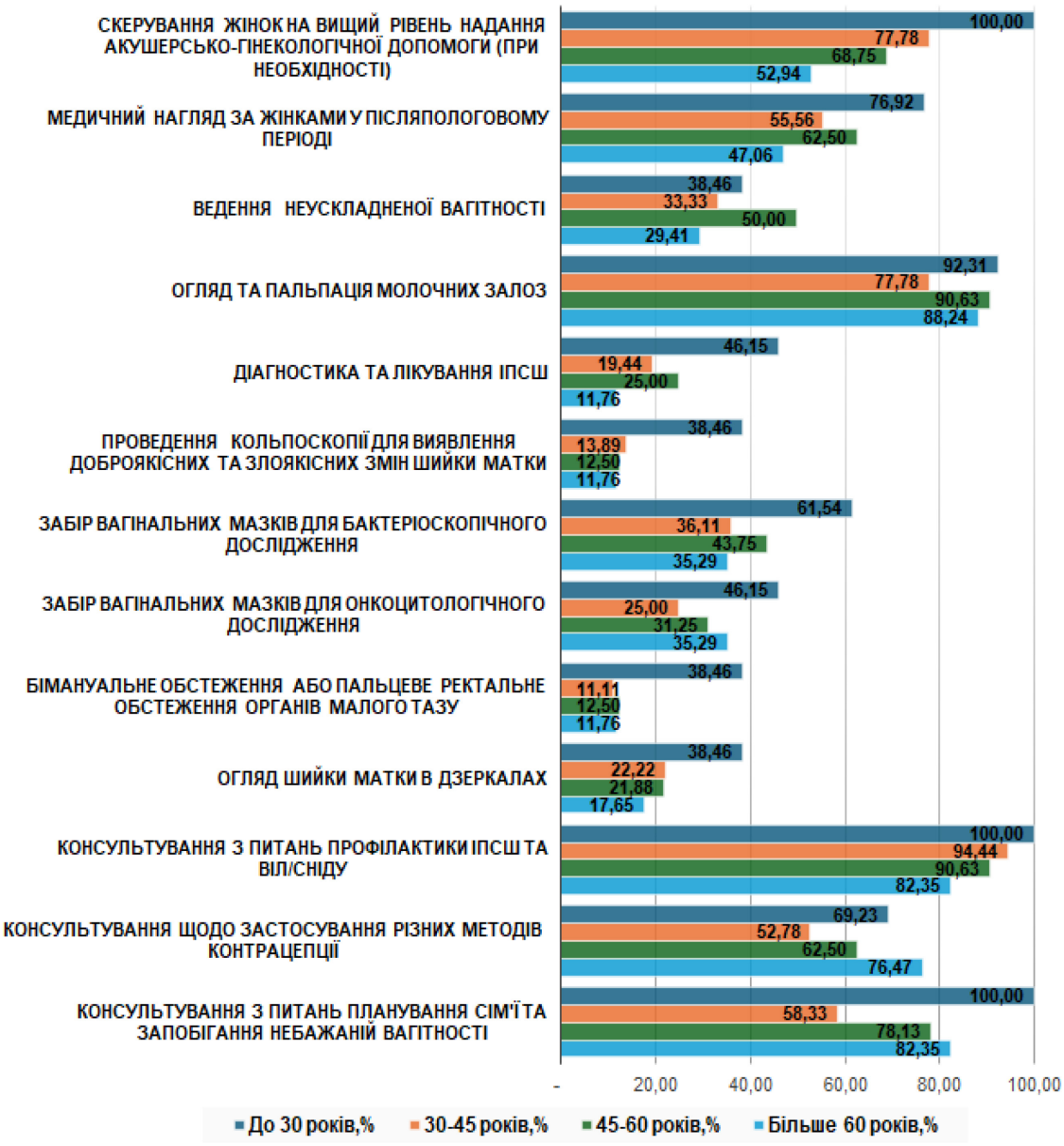

Рис. 4.27. Графічне представлення рівня підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від віку, n=98

Аналіз рівеня підтримки з вище зазначених питань в залежності від стажу роботи та кваліфікаційної категорії лікарів акушерів-гінекологів представлено в таблицях 4.17, 4.18 та рис. 4.28 та 4.29.

Таблиця 4.17

Рівень підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від стажу роботи, n=98

Питання	< 5 років, abs (%) n=16	5-10 років, abs (%) n=17	10-20 років, abs (%) n=15	> 20 років, abs (%) n=50	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	14 (87,5)	10 (58,82)	10 (66,67)	39 (78,00)	0,117
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	12 (75,00)	8 (47,06)	7 (46,67)	34 (68,00)	0,114
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	15 (100,00)	17 (100,00)	13 (86,67)	44 (88,00)	0,229
Огляд шийки матки в дзеркалах	5 (31,25)	5 (29,41)	2 (13,33)	11 (22,00)	0,563
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	5 (31,25)	4 (23,53)	0 (0,00)	6 (12,00)	0,053
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	6 (37,5)	5 (29,41)	2 (13,33)	18 (36,00)	0,353
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	8 (50,00)	6 (35,29)	5 (33,33)	22 (44,00)	0,650
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	5 (31,25)	5 (29,41)	0 (0,00)	6 (12,00)	0,032*
Діагностика та лікування ІПСШ	6 (37,5)	4 (23,53)	3 (20,00)	10 (20,00)	0,442
Огляд та пальпація молочних залоз	14 (87,5)	13 (76,47)	11 (73,33)	46 (92,00)	0,132
Ведення неускладненої вагітності	5 (31,25)	7 (41,18)	5 (33,33)	21 (42,00)	0,891
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	13 (81,25)	11 (64,71)	6 (40,00)	28 (56,00)	0,060
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	15 (100,00)	15 (88,24)	9 (60,00)	32 (64,00)	0,013*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Таблиця 4.18

Рівень підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Питання	Вища, abs (%) n=44	Перша, abs (%) n=23	Друга, abs (%) n=11	Не мають, abs (%) n=20	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	35 (79,55)	17 (73,91)	5 (45,45)	16 (80,00)	0,122
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	30 (68,18)	14 (60,87)	3 (27,27)	14 (70,00)	0,075
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	40 (90,91)	20 (86,96)	10 (90,91)	20 (100,00)	0,463
Огляд шийки матки в дзеркалах	10 (22,73)	5 (21,74)	2 (18,18)	6 (30,00)	0,874
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	5 (11,36)	3 (13,04)	2 (18,18)	5 (25,00)	0,545
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	17 (38,64)	5 (21,74)	2 (18,18)	7 (35,00)	0,382
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	21 (47,73)	8 (34,78)	3 (27,27)	9 (45,00)	0,545
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	5 (11,36)	3 (13,04)	2 (18,18)	6 (30,00)	0,291
Діагностика та лікування ІПСШ	10 (22,73)	5 (21,74)	2 (18,18)	6 (30,00)	0,874
Огляд та пальпація молочних залоз	41 (93,18)	18 (78,26)	10 (90,91)	15 (75,00)	0,161
Ведення неускладненої вагітності	18 (40,91)	10 (43,48)	3 (27,27)	7 (35,00)	0,794
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	24 (54,55)	13 (56,52)	5 (45,45)	16 (80,00)	0,179
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	31 (70,45)	13 (56,52)	9 (81,82)	19 (95,00)	0,033*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

4 з 13 питань щодо надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг, отримали підтримку 58,82% та вище серед всіх груп лікарів акушерів-гінекологів різного стажу роботи. Це питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Більшість лікарів зі стажем до 5 років підтримали також питання: консультування щодо застосування різних методів контрацепції (75,00%), забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження (50,00%) та медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді (81,25%). Більшість лікарів, зі стажем 5-10 років (64,71%) та більше 20 років (56,00%) також підтримали питання медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді. 68,00% лікарів акушери-гінекологи зі стажем роботи більше 20 років також підтримали питання консультування щодо застосування різних методів контрацепції.

Серед всіх кваліфікаційних категорій лікарів акушерів-гінекологів отримали підтримку 56,52% та вище 3 з 13 питань: консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Ще 3 питання : консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді, отримали підтримку 54,55% та вище серед всіх лікарів вищої, першої, та без кваліфікаційної категорії.

Таким чином, більше 56% респондентів всіх кваліфікаційних категорій та різного стажу роботи за фахом підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезазначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії, не

підтверджена тестом χ2 для більшості питань (12 з 13 питань). Отже рівень підтримки даних питань не залежить від стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії респондентів.

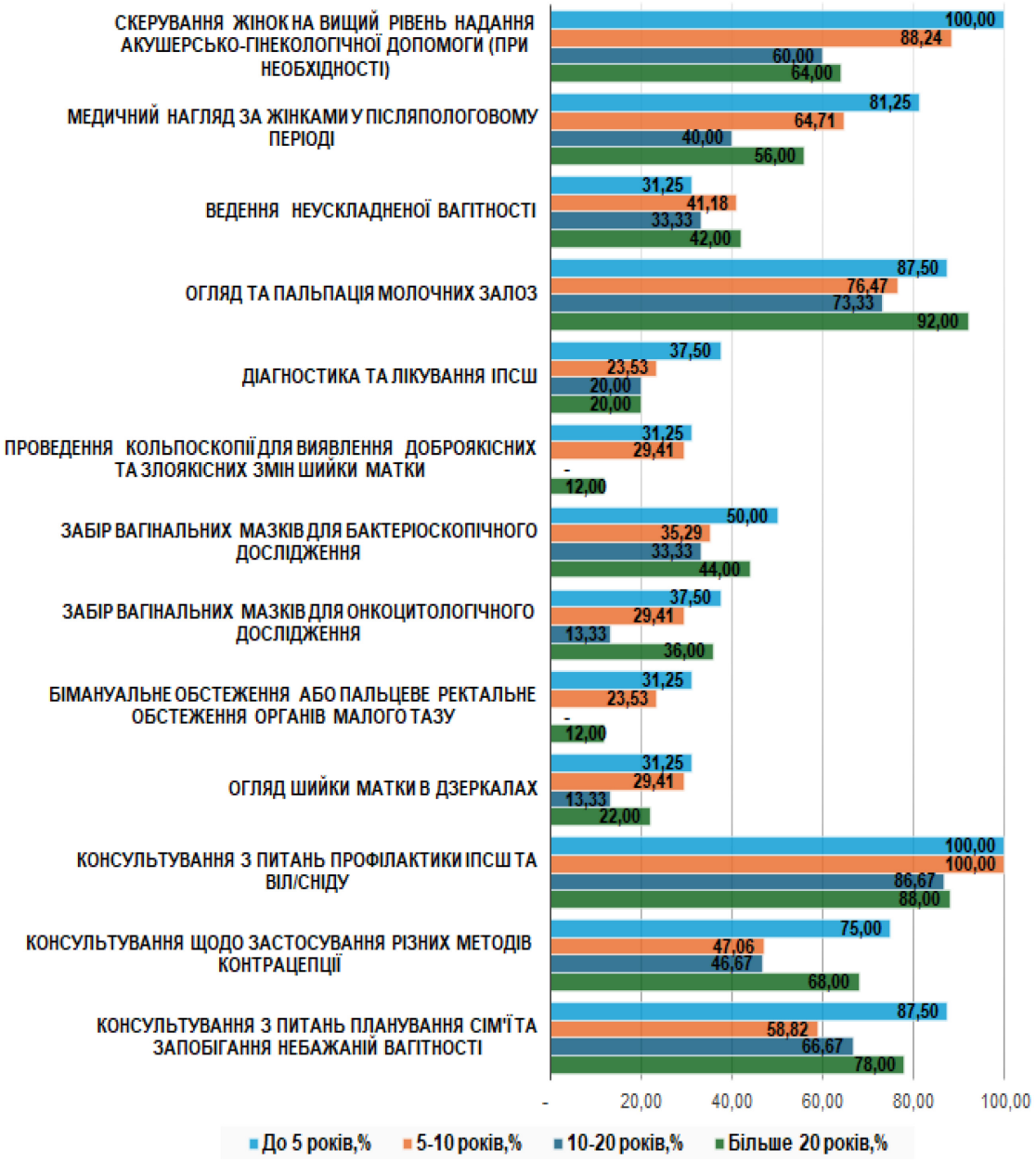

Рис. 4.28. Графічне представлення рівня підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від стажу роботи, n=98

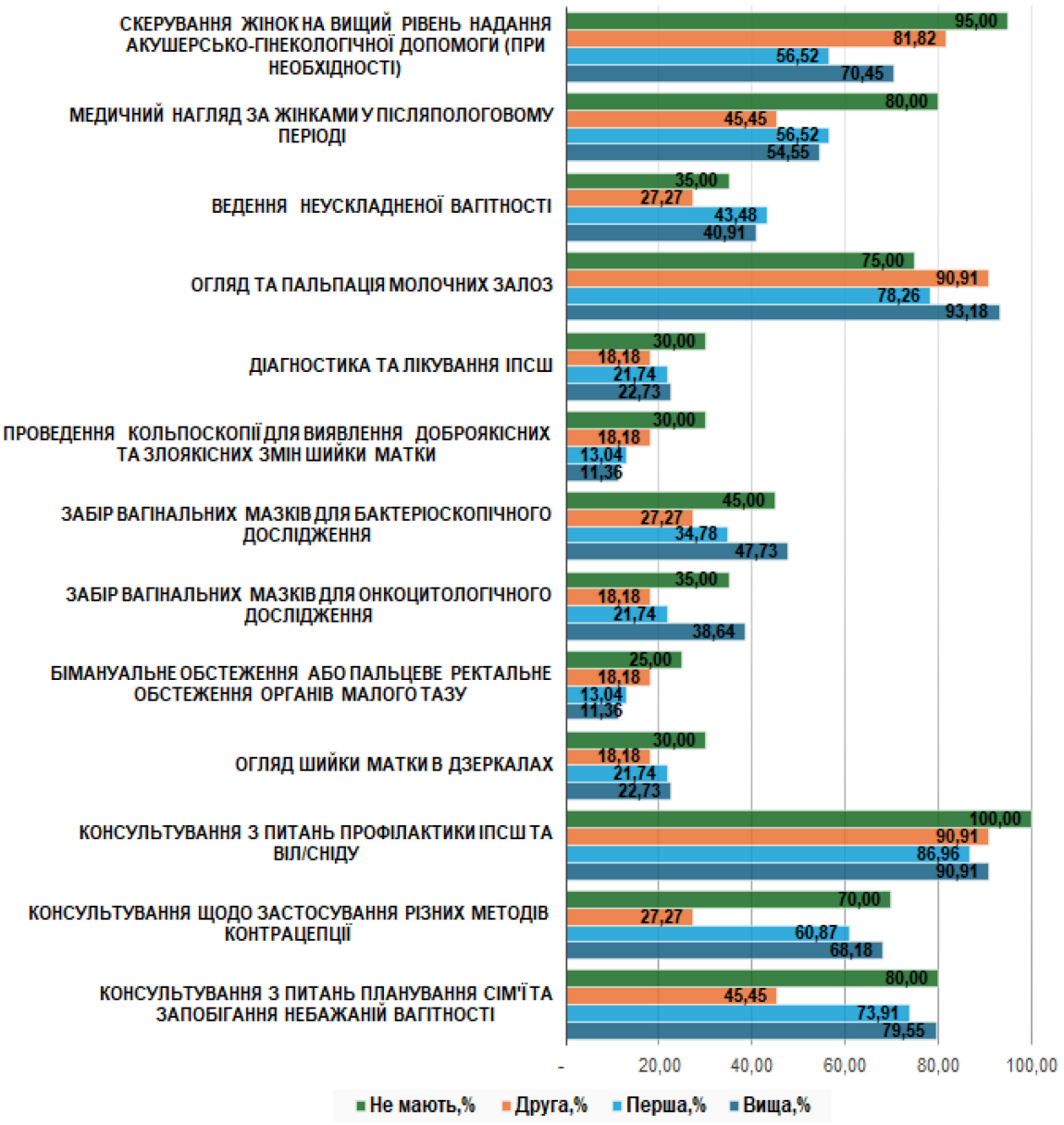

Рис. 4.29. Графічне представлення рівня підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Наступним було проаналізовано рівень підтримки з вищезазначених питань серед лікарів акшерів-гінекологів в залежності від від виду медичної допомоги, який вони надають (таблиця 4.19, рис. 4.30).

54,00% та вище підтримки серед лікарів акшерів-гінекологів, не залежно від від виду медичної допомоги, який вони надають, отримали 5 з 13 питань. Це питання консультування лікарями загальної практики-сімейної медицини з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності

(64%, лікарів,що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу та 85,42% лікарів, що надають стаціонарну допомогу), консультування щодо застосування різних методів контрацепції (54,00% лікарів,що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу та 70,83% лікарів, що надають стаціонарну допомогу), консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу (84, 00% лікарів,що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу та 100% лікарів, що надають стаціонарну допомогу), огляд та пальпація молочних залоз (84,00% лікарів,що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу та 87,50% лікарів, що надають стаціонарну допомогу), скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності) (60,00% лікарів,що надають амбулаторно-поліклінічну допомогу та 87,50% лікарів, що надають стаціонарну допомогу).

54,17% лікарів, які надають стаціонарну допомогу також підтримали питання забору вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження та питання ведення лікарями загальної практики-сімейної медицини неускладненої вагітності.

Таким чином, більше 54% респондентів, не залежно від виду медичної допомоги, який вони надають, підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезназначених акушерсько-гінекологічних послуг.

Статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$ для 9 з 13 вищезазначених питань. вищезазначених питань ($p<0,05$), окрім питання консультування щодо застосування різних методів контрацепції ($p=0,085$), бімануального обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу ($p=0,134$), діагностики та лікування ІПСШ ($p=0,074$) та огляду та пальпації молочних залоз ($p=0,620$).

Отже рівень підтримки респондентів в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, щодо надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, для більшості питань залежить від виду медичної допомоги, який лікарі акушери-

гінекологи надають. Лікарі акушери гінекологи, які надають стаціонарну допомогу, мають статистично значущий вищий рівень підтримки щодо більшості вищезазначених питань.

Таблиця 4.19

Рівень підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, n=98

Питання	Амбулаторно-поліклінічна, abs (%) n=50	Стаціонарна, abs (%) n=48	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	32 (64,00)	41 (85,42)	0,014*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	27 (54,00)	34 (70,83)	0,085
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	42 (84,00)	48 (100,00)	p<0,05*
Огляд шийки матки в дзеркалах	7 (14,00)	16 (33,33)	0,023*
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	5 (10,00)	10 (20,83)	0,134
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	10 (20,00)	21 (43,75)	0,012*
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	15 (30,00)	26 (54,17)	0,016*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	5 (10,00)	11 (22,92)	p<0,05*
Діагностика та лікування ІПСШ	8 (16,00)	15 (31,25)	0,074
Огляд та пальпація молочних залоз	42 (84,00)	42 (87,5)	0,620
Ведення неускладненої вагітності	12 (24,00)	26 (54,17)	0,005*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	20 (40,00)	38 (79,17)	<0,001*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	30 (60,00)	42 (87,5)	0,005*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

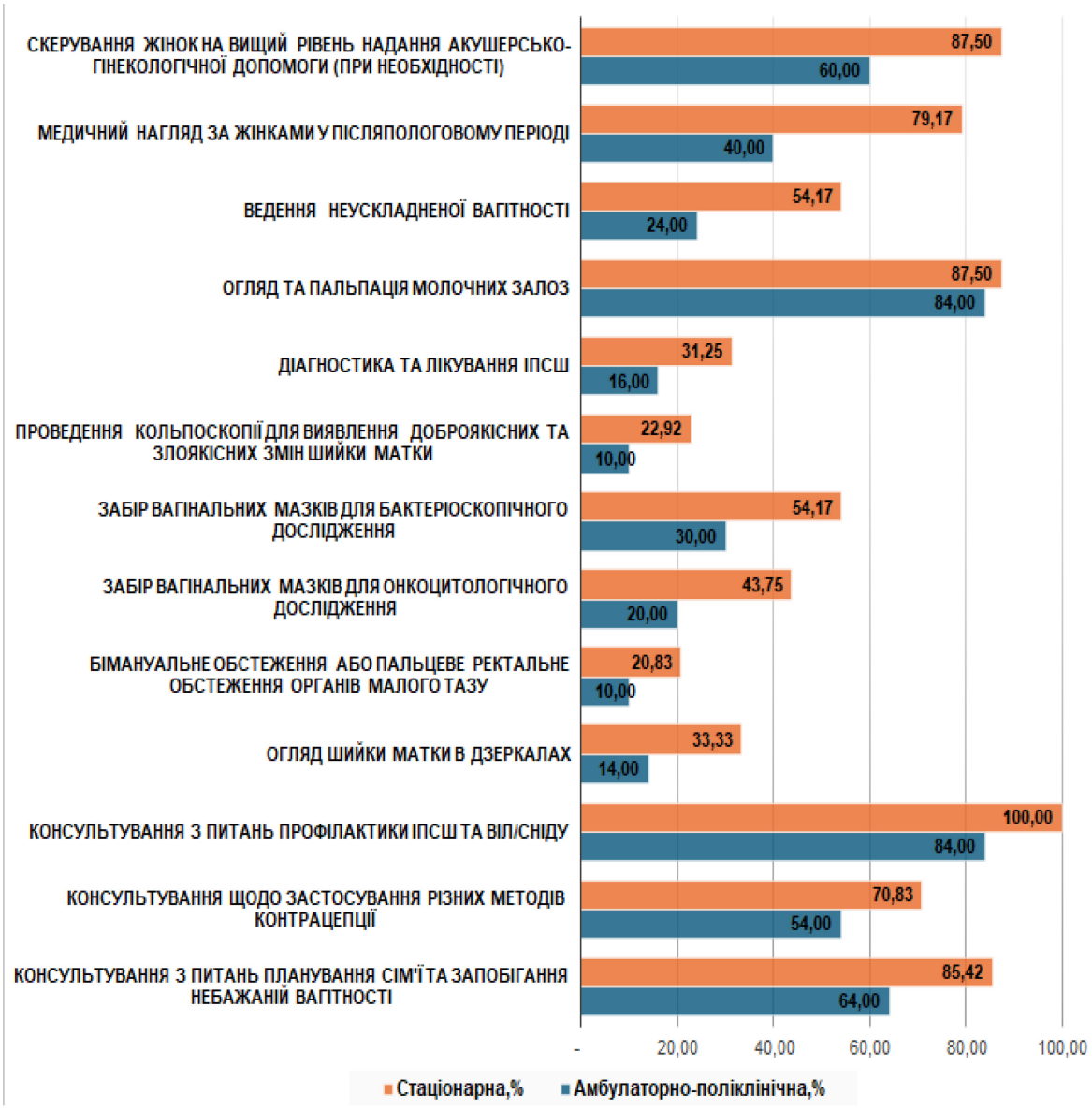

Рис. 4.30. Графічне представлення рівня підтримки лікарів акушерів-гінекологів в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, n=98

Наступним оцінювалася готовність лікарів акушерів-гінекологів до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підртиманих видів послуг жінкам репродуктивного віку. 50 (51,02%) опитаних лікарів відповіли позитивно, з них 33 (33,67%) готові; 17 (17,35%) швидше готові, ніж не готові (рис. 4.31). 48,98% респондентів не готові та швидше не готові, ніж готові.

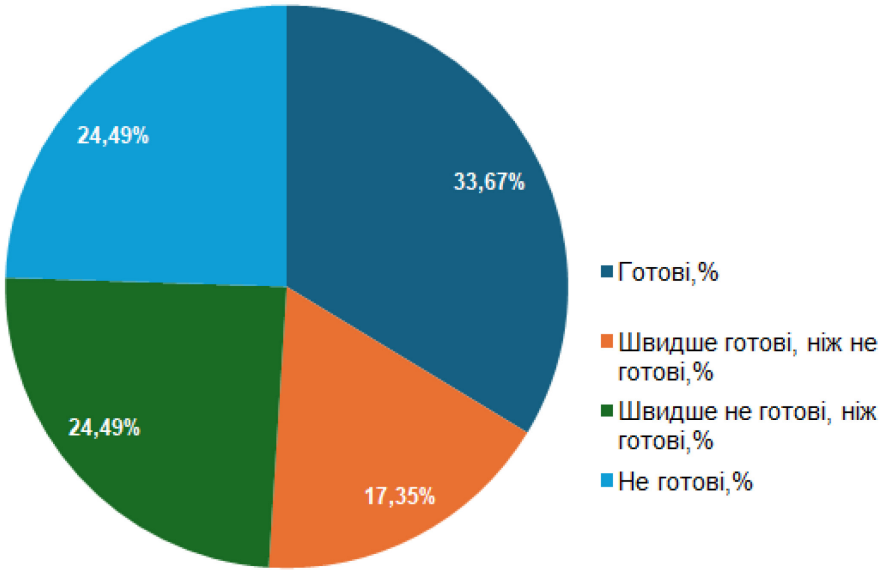

Рис. 4.31. Графічне представлення загальних результатів готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку, n=95

Результати аналізу рівня готовності лікарів акушерів-гінекологів в залежності від віку представлені в таблиці 4.20 та рисунку 4.32.

Таблиця 4. 20

Рівень готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від віку, n=98

Готовність	До 30 років, абс (%) n=13	30-45 років, абс (%) n=36	45-60 років, абс (%) n=32	Більше 60 років, абс (%) n=17	p
Готові	6 (46,15)	14 (38,89)	9 (28,13)	4 (23,53)	0,463
Швидше готові, ніж не готові	1 (7,69)	5 (13,89)	10 (31,25)	1 (5,88)	0,072
Швидше не готові, ніж готові	1 (7,69)	11 (30,56)	6 (18,75)	6 (35,29)	0,227
Не готові	5 (38,46)	6 (16,67)	7 (21,88)	6 (35,29)	0,290

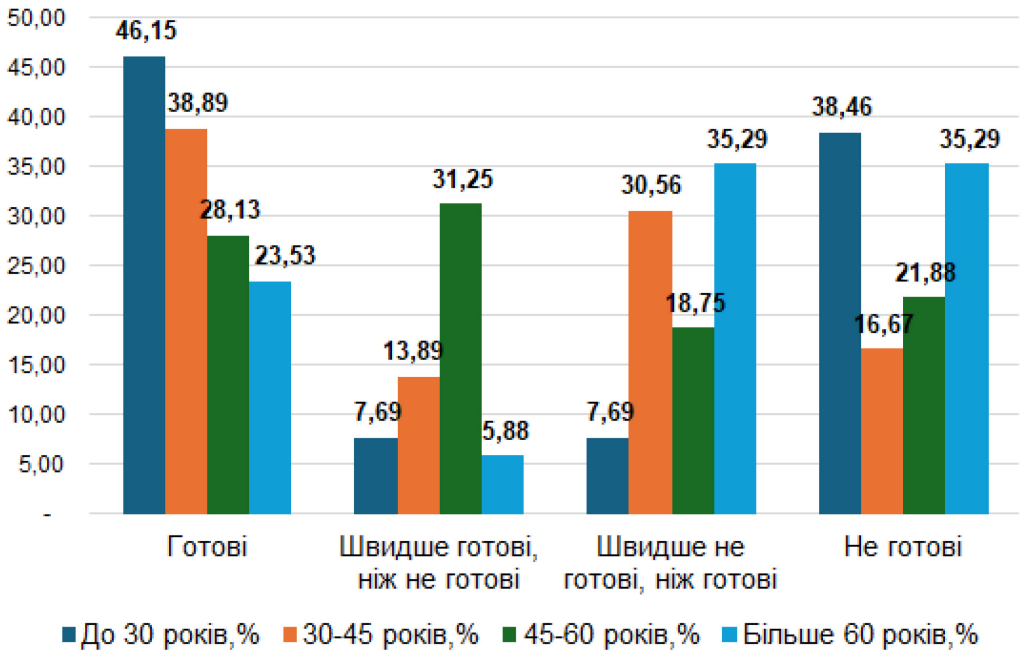

Рис. 4.32. Графічне представлення результатів готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від віку, n=98

53,84% лікарів акушерів-гінекологів віком до 30 років та 52,78% лікарів віком 30-45років та 59,38% лікарів віком 45-60 років позитивно оцінили готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. 29,41% лікарів, старше 60 років також позитивно оцінили свою готовність з даного питання.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від віку тестом $\chi 2$ не підтверджена ($p>0,05$). Таким чином, готовність лікарів акушерів-гінекологів до надання сімейними лікарями деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку респондентів.

Результати аналізу рівня готовності лікарів акушерів-гінекологів в залежності від стажу роботи та від кваліфікаційної категорії представлені в таблицях 4.21, 4.22 та рисунках 4.33, 4.34.

Таблиця 4.21

Рівень готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від стажу роботи, n=98

Готовність	До 5 років, абс (%) n=16	5-10 років, абс (%) n=17	10-20 років, абс (%) n=15	Більше 20 років, абс (%) n=50	p
Готові	7 (43,75)	5 (29,41)	7 (46,67)	14 (28)	0,437
Швидше готові, ніж не готові	1 (6,25)	3 (17,65)	2 (13,33)	11 (22)	0,513
Швидше не готові, ніж готові	2 (12,5)	8 (47,06)	2 (13,33)	12 (24)	0,074
Не готові	6 (37,5)	1 (5,88)	4 (26,67)	13 (26)	0,192

50,00% лікарів акушерів-гінекологів зі стажем роботи до 5 років, 60,00% лікарів зі стажем роботи 10-20 років та 50,00% лікарів зі стажем більше 20 років позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від стажу роботи за фахом критерієм $\chi 2$ не підтверджена ($p>0,05$). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від стажу роботи респондентів.

54,54% лікарів акушерів-гінекологів з вищою кваліфікаційною категорією, 52,17% лікарів з першою кваліфікаційною категорією та 55,00% лікарів без категорії позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями загальної практиаки-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від кваліфікаційної категорії критерієм $\chi 2$ не підтверджена, за вийнятком

значення - швидше не готові, ніж готові (p<0,05). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від кваліфікаційної категорії респондентів.

Таблиця 4.22

Рівень готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Готовність	Вища, abs (%) n=44	Перша, abs (%) n=23	Друга, abs (%) n=11	Не мають, abs (%) n=20	p
Готові	15 (34,09)	8 (34,78)	1 (9,09)	9 (45,00)	0,247
Швидше готові, ніж не готові	9 (20,45)	4 (17,39)	2 (18,18)	2 (10,00)	0,789
Швидше не готові, ніж готові	11 (25,00)	3 (13,04)	7 (63,64)	3 (15,00)	0,009*
Не готові	9 (20,45)	8 (34,78)	1 (9,09)	6 (30,00)	0,329

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

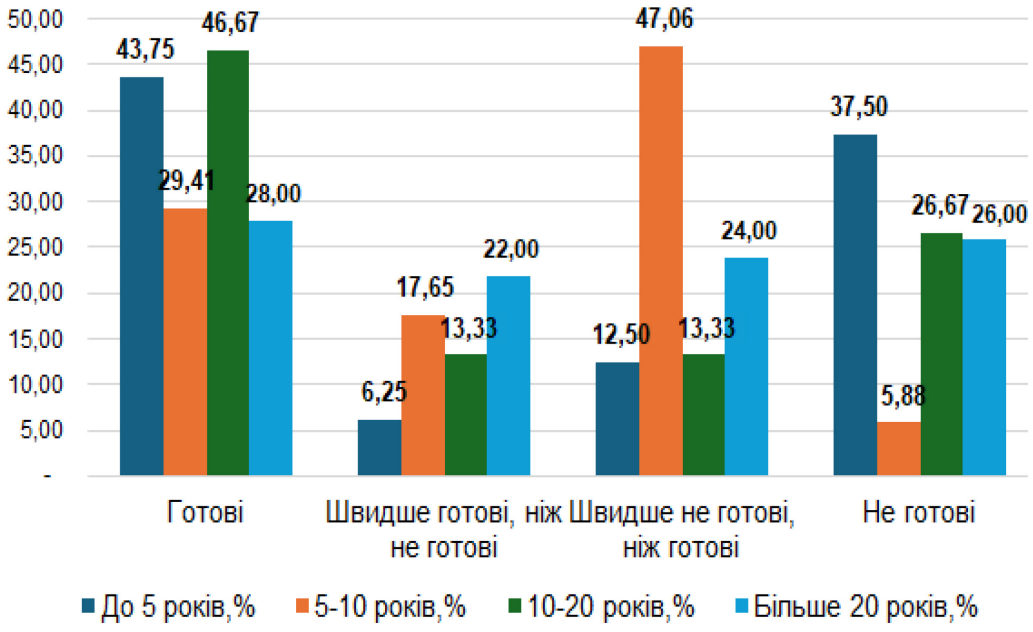

Рис. 4.33. Графічне представлення результатів готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від стажу роботи, n=98

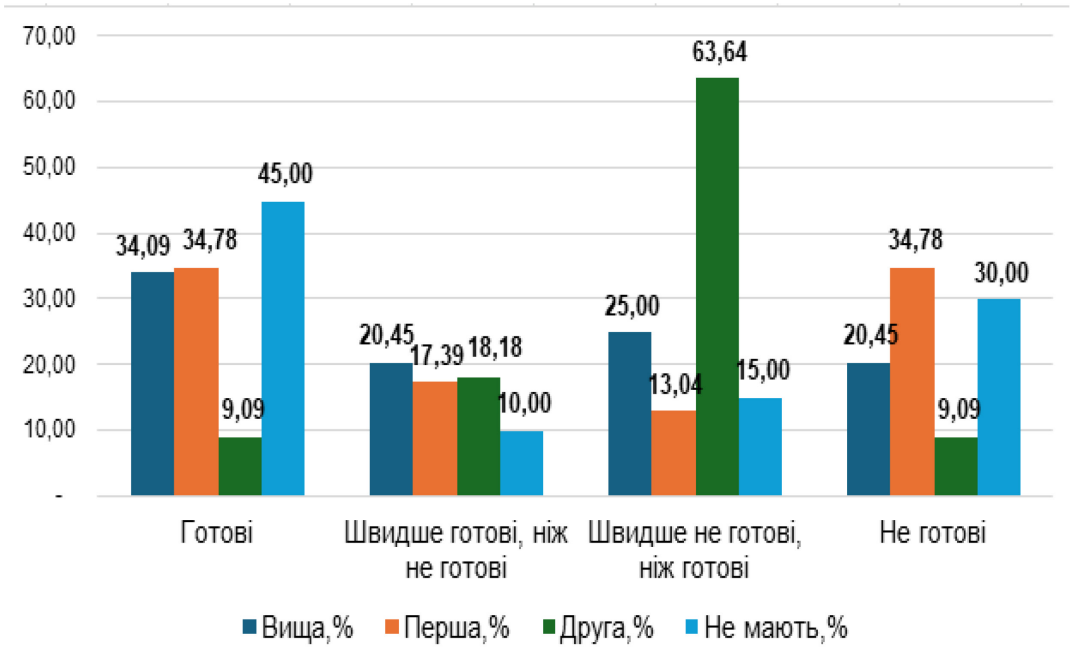

Рис. 4.34. Графічне представлення результатів готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Результати аналізу рівня готовності лікарів акушерів-гінекологів в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, представлені в таблиці 4.23 та рисунку 4.35.

64,58% лікарів акушерів-гінекологів, які надають стаціонарну допомогу позитивно оцінили свою готовність (45,83% готові ата 18,75% швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку. Та лише 38,00% лікарів акушерів-гінекологів, які надають своїй практиці амбулаторно-поліклінічну допомогу, позитивно оцінили свою готовність (22,00% готові та 16,00% швидше готові, ніж не готові).

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від від виду медичної допомоги, який вони надають в своїй практиці, підтверджена

критерієм χ2 (p<0,05) для значення : «готові». Таким чином, готовність лікарів акушерів-гінекологів до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг частково залежить від виду медичної допомоги, яку надають в практиці респонденти. Лікарі акушери гінекологи, які надають стаціонарну допомогу, мають статистично значущий вищий рівень готовності щодо надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Таблиця 4.23

Рівень готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, n=98

Готовність	Амбулаторно-поліклінічна, abs (%) n=50	Стаціонарна, abs (%) n=48	p
Готові	11 (22,00)	22 (45,83)	0,013*
Швидше готові, ніж не готові	8 (16,00)	9 (18,75)	0,720
Швидше не готові, ніж готові	16 (32,00)	8 (16,67)	0,076
Не готові	15 (30,00)	9 (18,75)	0,194

* - статистична значущість підтверджена критерієм χ2

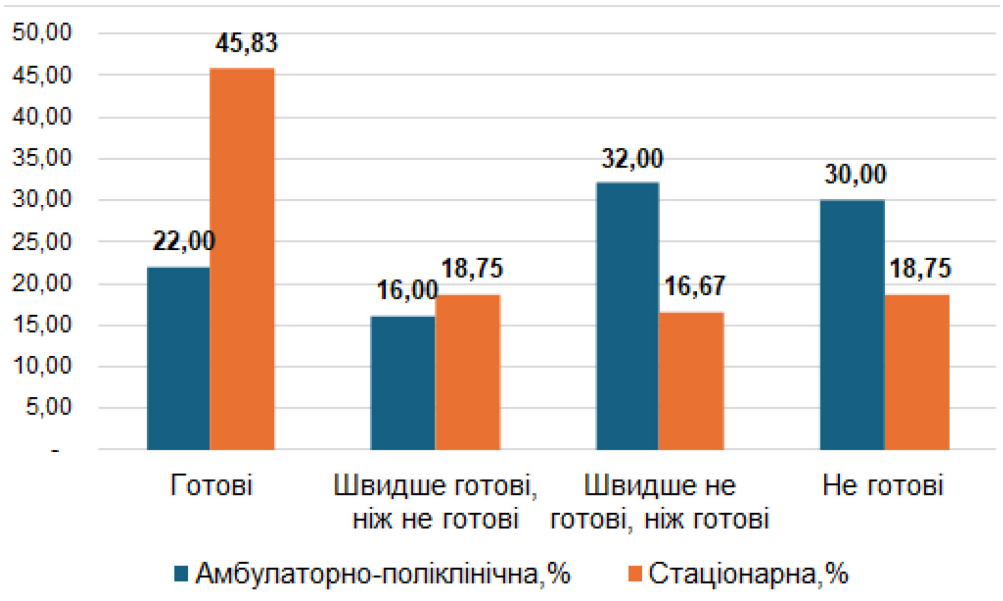

Рис. 4.35. Графічне представлення результатів готовності лікарів акушерів-гінекологів до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг

лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від виду медичної допомоги, який вони надають, n=98

Отже дані дослідження щодо ставлення лікарів акушерів-гінекологів до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку засвідчили, що підтримку більшості (більше 59%) лікарів акушерів-гінекологів отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг; 51,02% опитаних респондентів готові до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підтриманих видів акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку; рівень підтримки та рівень готовності до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії респондентів; лікарі акушери-гінекологи, які надають стаціонарну допомогу, порівняно з лікарями, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, мають в 2 рази вищий статистично значущий рівень готовності щодо надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини.

4.4. Ставлення та готовність організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку

На даному етапі дослідження вивчалося та аналізувалося ставлення організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку, їх готовність до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини окремих послуг акушерсько-гінекологічної допомоги в залежності від віку, стажу роботи за фахом, кваліфікаційної категорії, а також в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Було опитано 98 організаторів охорони здоров'я. З них у віці до 30 років – 5 (5,10%), 30-45 років – 53 (54,08%), 45-60 років – 37 (37,76%), більше

60 років – 3 (3,06%) організаторів охорони здоров'я (рис. 4.36); зі стажем роботи до 5 років – 9 (9,18%), 5-10 років – 20 (20,41%), 10-20 років – 33 (33,67%), більше 20 років – 36 (36,73%) (рис. 4.37); з вищою кваліфікаційною категорією – 42 (42,86%) організаторів охорони здоров'я, першою - 15 (15,31%), другою – 15 (15,31%), без категорії – 26 (26,53%) (рис. 4.38). З загальної кількості опитаних організаторів охорони здоров'я, у 53 (54,08%) закладах надається первинна акушерсько-гінекологічна допомога, та у 45 (45,92%) не надається (рис. 4.39).

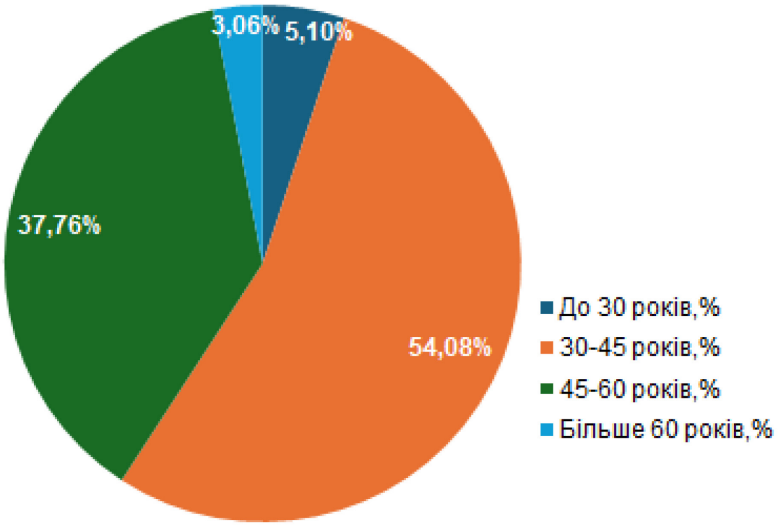

Рис. 4.36. Вік організаторів охорони здоров'я, які брали участь у дослідженні

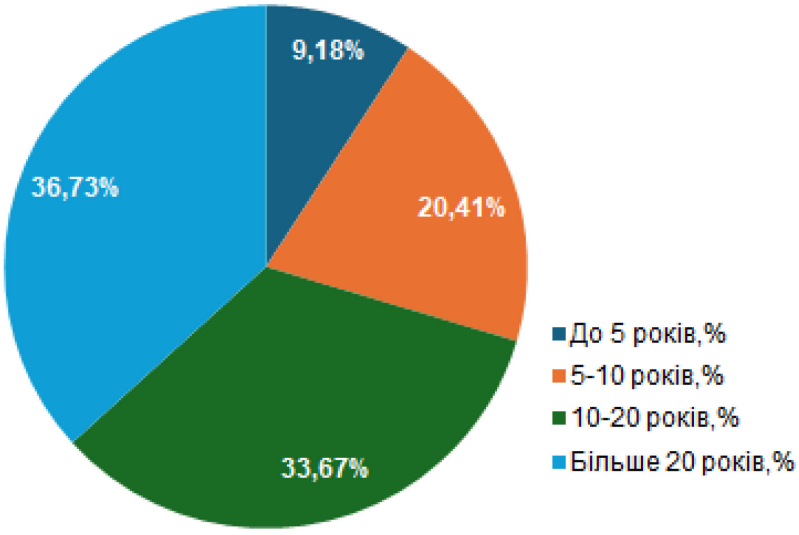

Рис. 4.37. Стаж роботи організаторів охорони здоров'я, які брали участь у дослідженні

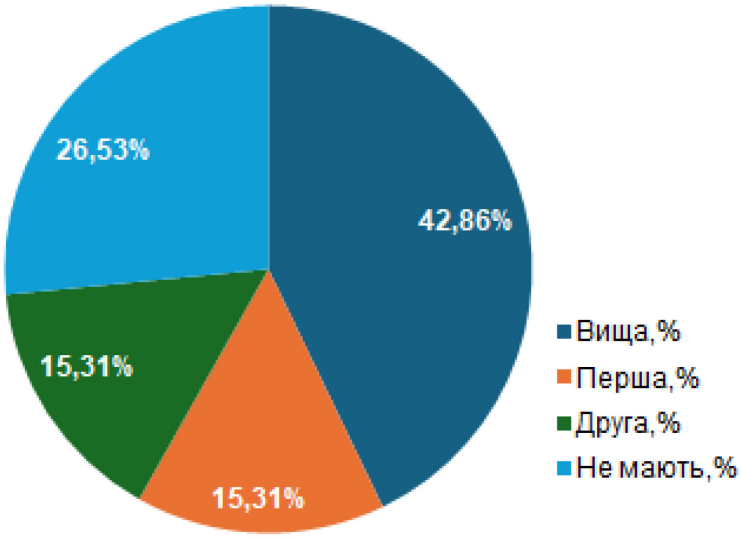

Рис. 4.38. Кваліфікаційна категорія організаторів охорони здоров'я, які брали участь у дослідженні

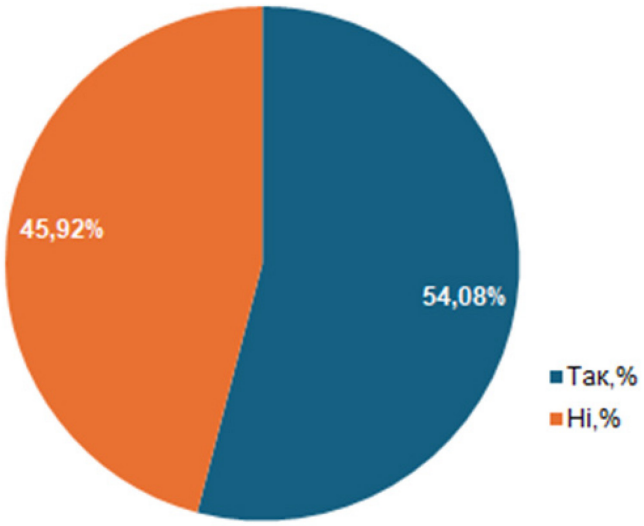

Рис. 4.39. Наявність надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Загальні результати опитування організаторів охорони здоров'я щодо підтримки надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку представлені в таблиці 4.24 та на рисунку 4.40.

Таблиця 4.24

Загальні результати опитування організаторів охорони здоров'я, щодо підтримки надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг, n=98

Питання	Підтримують, abs (%)	Не підтримують, abs (%)	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	91 (92,86)	7 (7,14)	<0,0001*
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	88 (89,80)	10 (10,20)	<0,0001*
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	96 (97,96)	2 (2,04)	<0,0001*
Огляд шийки матки в дзеркалах	44 (44,9)	54 (55,10)	0,1533
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	38 (38,78)	60 (61,22)	0,0017*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	50 (51,02)	48 (48,98)	0,7752
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	48 (48,98)	50 (51,02)	0,7752
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	39 (39,80)	59 (60,20)	0,0043*
Діагностика та лікування ІПСШ	51 (52,04)	47 (47,96)	0,5679
Огляд та пальпація молочних залоз	88 (89,80)	10 (10,20)	<0,0001*
Ведення неускладненої вагітності	52 (53,06)	46 (46,94)	0,3916
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	68 (69,39)	30 (30,61)	<0,0001*
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	94 (95,92)	4 (4,08)	<0,0001*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

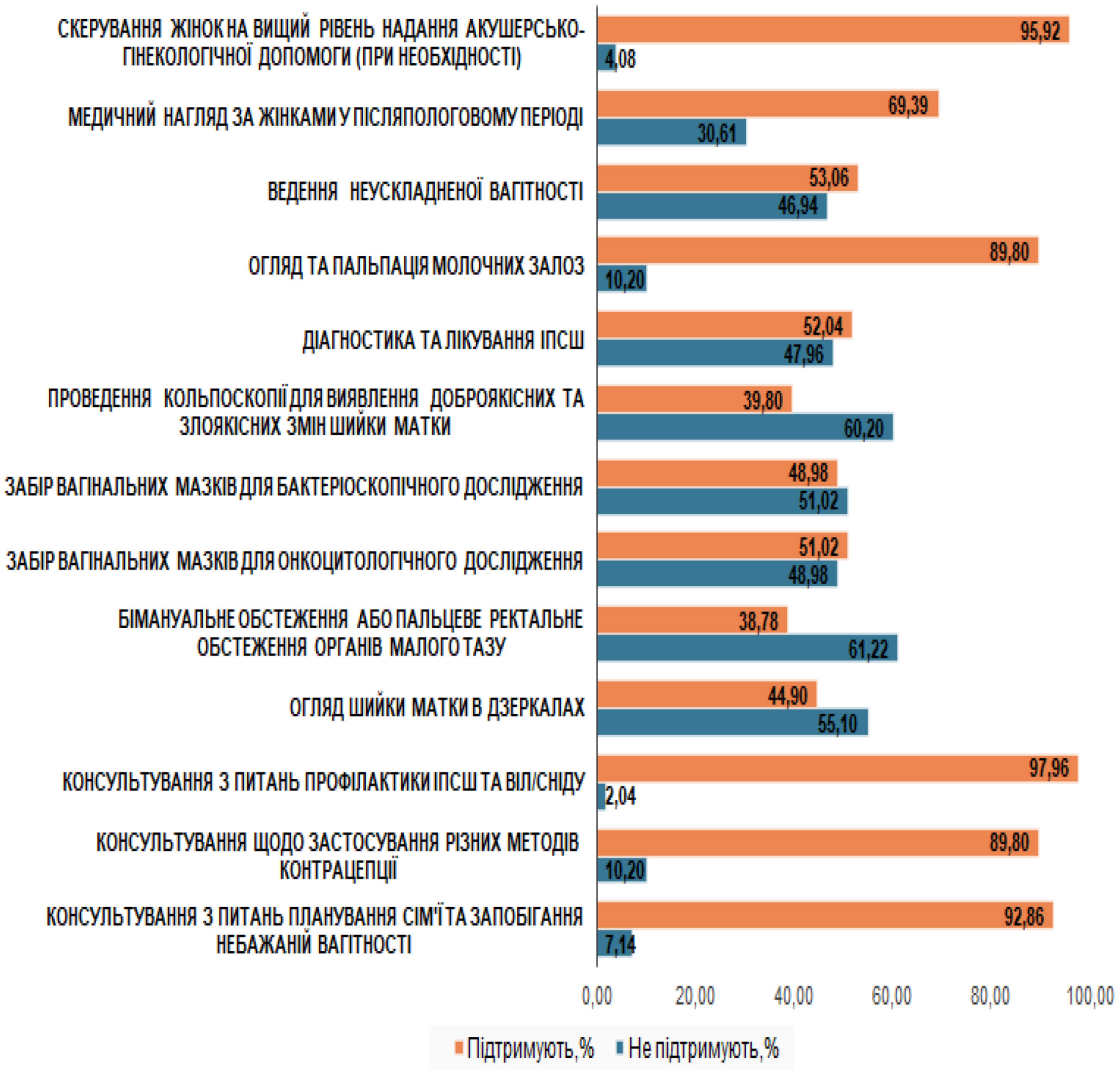

Рис. 4.40. Графічне представлення загальних результатів опитування організаторів охорони здоров’я, n=98

Підтримку більше 69% організаторів охорони здоров’я отримали 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг: консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, та ВІЛ/СНІДу - 96 (97,96%) організаторів; консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності - 91 (92,86%); консультування щодо використання різних методів контрацепції - 88 (89,80%); огляд і пальпація молочних залоз - 88 (89,80%); скерування жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги (за потреби) - 94 (95,92%); медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді - 68 (69,39%) організаторів охорони здоров’я [116].

Також більше 50% організаторів охорони здоров’я підтримали такі

питання: забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження 50 (51,02%), діагностика та лікування ІПСШ 51 (52,04%) та ведення неускладненої вагітності 52 (53,06%) організатори охорони здоров'я [116].

Статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$ для більшості вищезазначених питань ($p<0,05$), окрім питань: огляд шийки матки в дзеркалах ($p=0,1533$), забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження ($p=0,7752$), забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження ($p=0,7752$), діагностика та лікування ІПСШ ($p=0,5679$) та ведення неускладненої вагітності ($p=0,3916$).

Наступним було проаналізовано рівень підтримки з вищезазначених питань в залежності від віку організаторів охорони здоров'я (таблиця 4.25 та рис. 4.41).

Таблиця 4.25

Рівень підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від віку, n=98

Питання	До 30 років, abs (%) n=5	30-45 років, abs (%) n=53	45-60 років, abs (%) n=37	Більше 60 років, abs (%) n=3	p
1	2	3	4	4	6
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	5 (100,00)	50 (94,34)	33 (89,19)	3 (100,00)	0,673
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	5 (100,00)	48 (90,57)	32 (86,49)	3 (100,00)	0,709
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	5 (100,00)	52 (98,11)	36 (97,30)	3 (100,00)	0,969
Огляд шийки матки в дзеркалах	2 (40,00)	21 (39,62)	20 (54,05)	1 (33,33)	0,560
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	2 (40,00)	17 (32,08)	17 (45,95)	2 (66,67)	0,426
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	2 (40,00)	24 (45,28)	22 (59,46)	2 (66,67)	0,515
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	2 (40,00)	22 (41,51)	22 (59,46)	2 (66,67)	0,342
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	1 (20,00)	18 (33,96)	18 (48,65)	2 (66,67)	0,298

Продовження таблиці 4.25

1	2	3	4	5	6
Діагностика та лікування ІПСШ	3 (60,00)	25 (47,17)	21 (56,76)	2 (66,67)	0,749
Огляд та пальпація молочних залоз	4 (80,00)	48 (90,57)	34 (91,89)	2 (66,67)	0,478
Ведення неускладненої вагітності	3 (60,00)	27 (50,94)	20 (54,05)	2 (66,67)	0,935
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	3 (60,00)	36 (67,92)	26 (70,27)	3 (100,00)	0,973
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	5 (100,00)	51 (96,23)	35 (94,59)	3 (100,00)	0,915

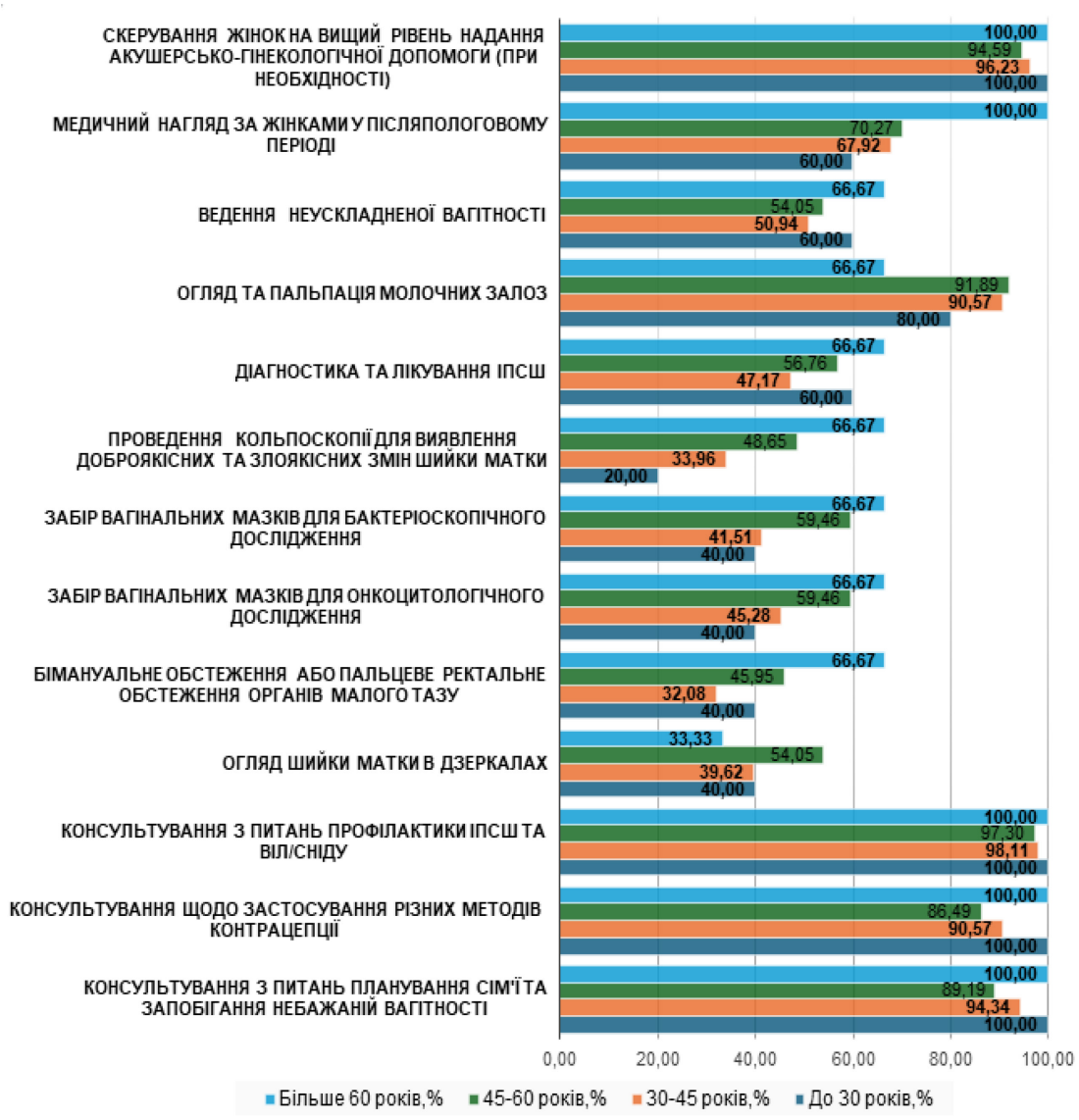

Рис. 4.41. Графічне представлення рівня підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від віку, n=98

6 з 13 вищезазначених питань, отримали підтримку 60,00% і вище серед організаторів охорони здоров’я всіх вікових категорій. А саме питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності (підтримали 89,19% і вище організаторів всіх вікових категорій), консультування щодо застосування різних методів контрацепції (підтримали 89,19% та вище), консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу (підтримали 97,30% і вище) огляд та пальпація молочних залоз (підтримали 66,67% та вище), медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді (підтримали 60,00% та вище) та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності) (94,59% та вище). Також більше 50,00% організаторів охорони здоров’я всіх вікових груп підтримали питання ведення неускладненої вагітності лікарями загальної практики-сімейної медицини. 66,67% організаторів охорони здоров’я, старших 60 років, підтримали також питання: бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження та для бактеріоскопічного дослідження, проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки, діагностика та лікування ІПСШ та ведення неускладненої вагітності. Серед організаторів охорони здоров’я віком 45-60 років, 59,76% підтримали питання забору вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження та для бактеріоскопічного дослідження та 54,05% питання огляду шийки матки в дзеркалах. 60,00% організаторів охорони здоров’я віком до 30 років та 56,76% віком 45-60 років підтримали також питання діагностики та лікування ІПСШ.

Таким чином, більше 60% респондентів всіх вікових категорій підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезназначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп лікарів, в залежності від віку, не підтверджена тестом $\chi 2$ для всіх питань. Отже рівень підтримки даних питань не залежить від віку

респондентів.

Аналіз рівня підтримки з вище зазначених питань в залежності від стажу роботи та кваліфікаційної категорії організаторів охорони здоров'я представлено в таблицях 4.26, 4.27 та рис. 4.42 та 4.43

Таблиця 4.26

Рівень підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від стажу роботи, n=98

Питання	До 5 років, abs (%) n=9	5-10 років, abs (%) n=20	10-20 років, abs (%) n=33	Більше 20 років, abs (%) n=36	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	8 (88,89)	19 (95,00)	31 (93,94)	33 (91,67)	0,922
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	7 (77,78)	18 (90,00)	31 (93,94)	32 (88,89)	0,558
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	9 (100,00)	20 (100,00)	33 (100,00)	34 (94,44)	0,319
Огляд шийки матки в дзеркалах	4 (44,44)	7 (35,00)	12 (36,36)	21 (58,33)	0,223
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	3 (33,33)	6 (30,00)	10 (30,30)	19 (52,78)	0,193
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	4 (44,44)	10 (50,00)	12 (36,36)	24 (66,67)	0,089
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	4 (44,44)	8 (40,00)	11 (33,33)	25 (69,44)	0,019*
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	3 (33,33)	5 (25,00)	11 (33,33)	20 (55,56)	0,099
Діагностика та лікування ІПСШ	4 (44,44)	12 (60,00)	11 (33,33)	24 (66,67)	0,038*
Огляд та пальпація молочних залоз	8 (88,89)	19 (95,00)	27 (81,82)	34 (94,44)	0,291
Ведення неускладненої вагітності	4 (44,44)	9 (45,00)	19 (57,58)	20 (55,56)	0,038*
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	8 (88,89)	11 (55,00)	21 (63,64)	28 (77,78)	0,154
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	9 (100,00)	20 (100,00)	31 (93,94)	34 (94,44)	0,623

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

Таблиця 4.27

Рівень підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Питання	Вища, abs (%) n=42	Перша, abs (%) n=15	Друга, abs (%) n=15	Не мають, abs (%) n=26	p
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	38 (90,48)	14 (93,33)	14 (93,33)	25 (96,15)	0,851
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	37 (88,1)	14 (93,33)	14 (93,33)	23 (88,46)	0,899
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	40 (95,24)	15 (100,00)	15 (100,00)	26 (100,00)	0,437
Огляд шийки матки в дзеркалах	24 (57,14)	6 (40,00)	6 (40,00)	8 (30,77)	0,177
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	20 (47,62)	6 (40,00)	5 (33,33)	7 (26,92)	0,374
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	26 (61,9)	6 (40,00)	8 (53,33)	10 (38,46)	0,223
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	25 (59,52)	6 (40,00)	7 (46,67)	10 (38,46)	0,317
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	22 (52,38)	6 (40,00)	4 (26,67)	7 (26,92)	0,130
Діагностика та лікування ІПСШ	24 (57,14)	7 (46,67)	9 (60,00)	11 (42,31)	0,577
Огляд та пальпація молочних залоз	36 (85,71)	15 (100,00)	13 (86,67)	24 (92,31)	0,423
Ведення неускладненої вагітності	23 (54,76)	10 (66,67)	7 (46,67)	12 (46,15)	0,592
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	32 (76,19)	9 (60,00)	11 (73,33)	16 (61,54)	0,494
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	39 (92,86)	15 (100,00)	15 (100,00)	25 (96,15)	0,516

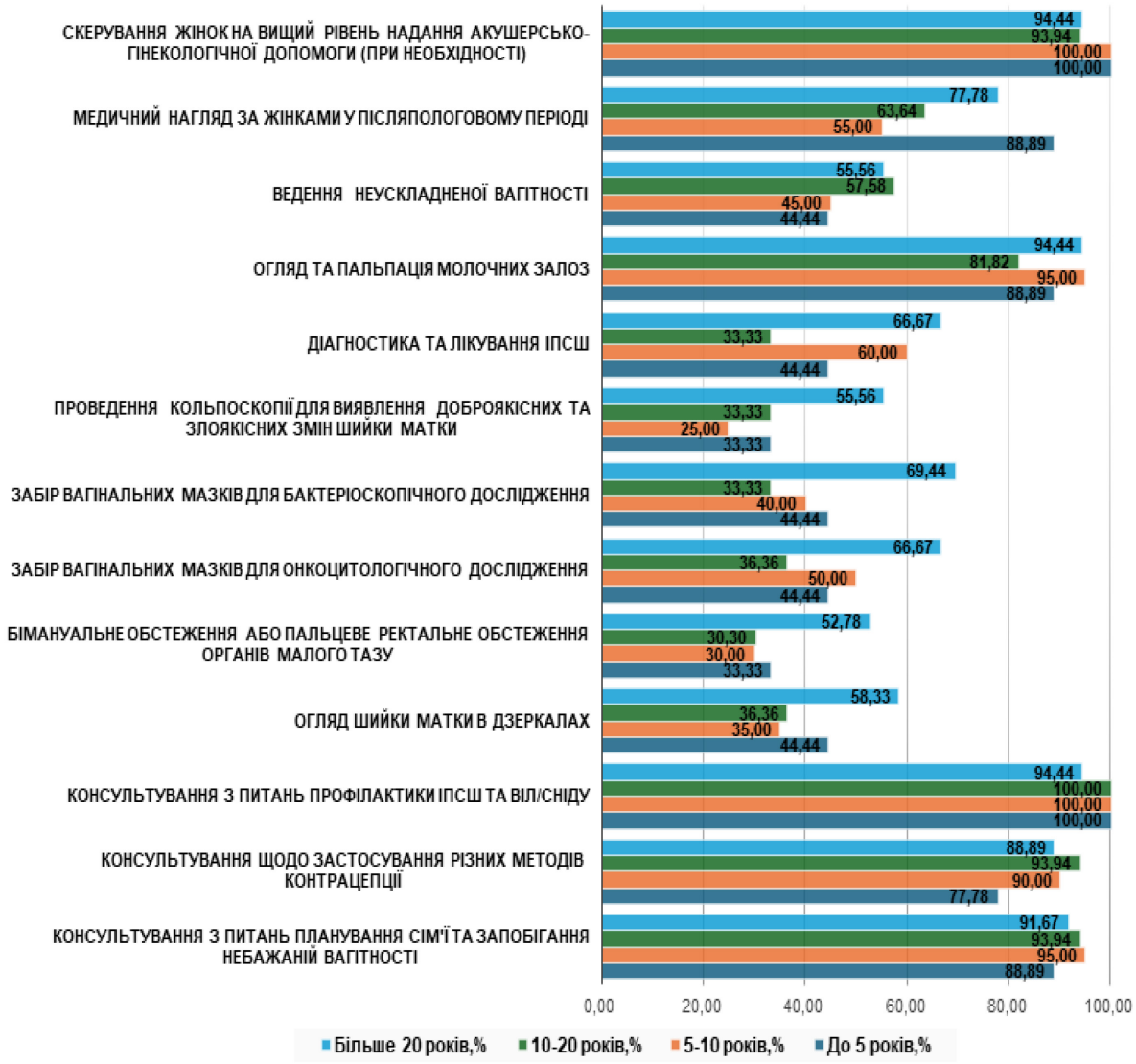

Рис. 4.42. Графічне представлення рівня підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від стажу роботи, n=98

6 з 13 вищезазначених питань щодо надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг, отримали підтримку 55,00% та вище серед всіх груп огранізаторів охорони здоров'я різного стажу роботи. Це питання: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз, медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Більше 52% організаторів охорони здоров'я зі стажем роботи

більше 20 років також підтримали питання огляду шийки матки в дзеркалах, бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження та для бактеріоскопічного дослідження, проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки, діагностики та лікування ІПСШ та ведення неускладненої вагітності. Питання ведення неускладненої вагітності та медичного нагляду за жінками у післяпологовому періоді підтримали більше 57% організаторів зі стажем роботи 10-20 років. 60,00% організаторів охорони здоровя зі стажем роботи 5-10 років підтримали також питання діагностики та лікування ІПСШ.

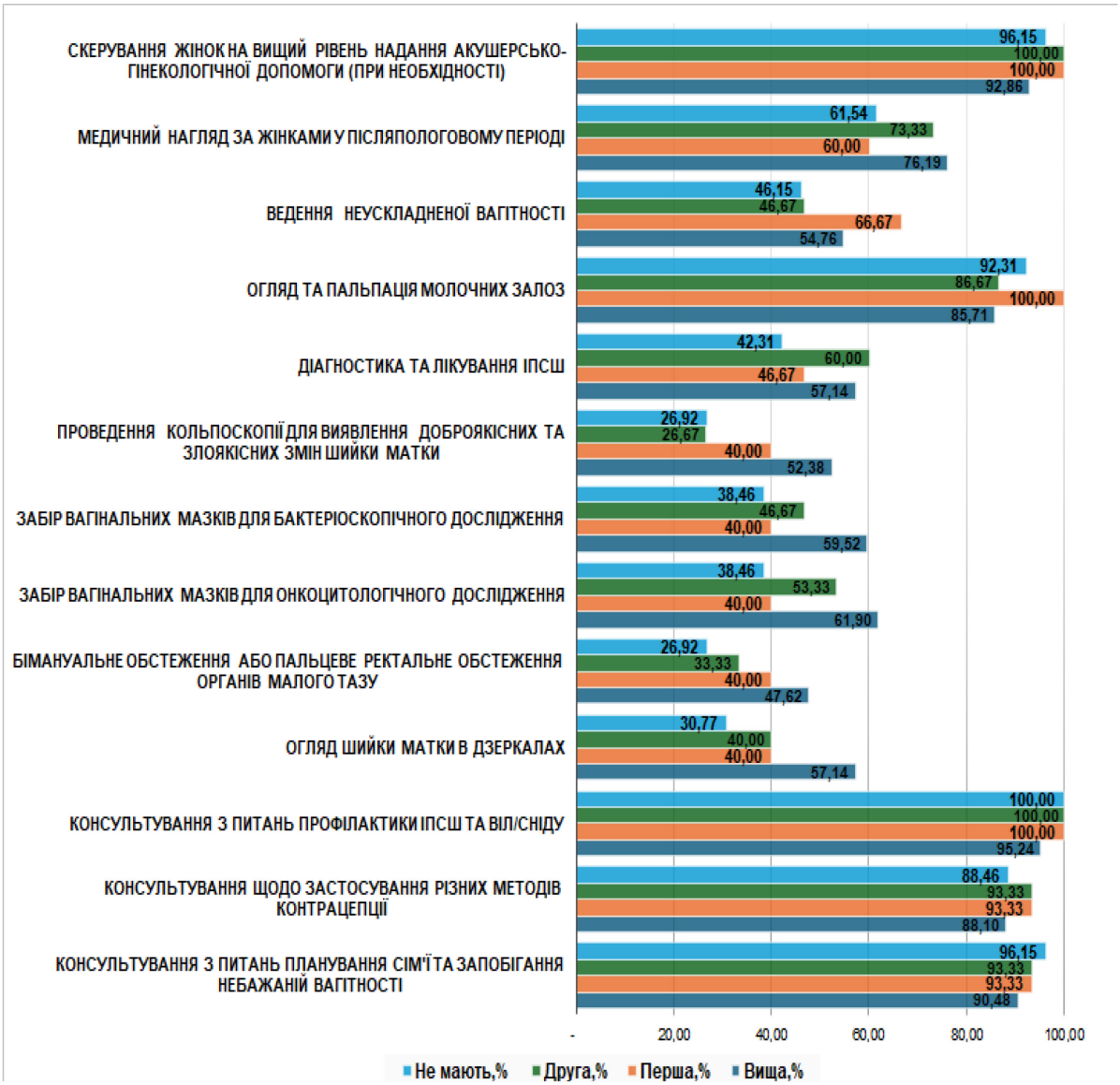

Рис. 4.43. Графічне представлення рівня підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Серед всіх кваліфікаційних категорій організаторів охорони здоров’я отримали підтримку 60,00% та вище також 6 з 13 питань: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо застосування різних методів контрацепції, консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, огляд та пальпація молочних залоз, медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді та скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності). Більше 52% організаторів з вищою кваліфікаційною категорією підтримали також питання: огляду шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження та для бактеріоскопічного дослідження, проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки, діагностики та лікування ІПСШ та ведення неускладненої вагітності. 66,67% організаторів з першою кваліфікаційною категорією підтримали питання ведення неускладненої вагітності та 60,00% організаторів охорони здоров’я з другою кваліфікаційною категорією підтримали питання діагностики та лікування ІПСШ.

Таким чином, більше 55% респондентів всіх кваліфікаційних категорій та різного стажу роботи за фахом підтримують надання лікарями загальної практики-сімейної медицини лише частини вищезазначених акушерсько-гінекологічних послуг. Статистична значущість для груп організаторів охорони здоров’я в залежності від стажу роботи за фахом не підтверджена тестом $\chi 2$ для більшості питань ($p>0,05$), окрім питань: забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження, діагностика та лікування ІПСШ та ведення неускладненої вагітності ($p<0,05$). Статистична значущість для груп організаторів охорони здоров’я в залежності від кваліфікаційної категорії не підтверджена критерієм $\chi 2$ для всіх питань ($p>0,05$). Отже рівень підтримки даних питань не залежить від стажу роботи за фахом, за винятком декількох питань, та не залежить від кваліфікаціної категорії респондентів.

Наступним аналізувався рівень підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від наявності надання в їхніх закладах первинної акушерсько-гінекологічної допомоги (таб. 4.28 та рис. 4.44).

Таблиця 4.28

Рівень підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

Питання	Наявність надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі		**p**
	Так, abs (%) n=53	**Ні, abs (%) n=45**	
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності	48 (90,57)	43 (95,56)	0,1692
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції	46 (86,79)	42 (93,33)	0,1260
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	51 (96,23)	45 (100,00)	0,0533
Огляд шийки матки в дзеркалах	28 (52,83)	16 (35,56)	0,0149*
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу	25 (47,17)	13 (28,89)	0,0084*
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження	31 (58,49)	19 (42,22)	0,2746
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження	31 (58,49)	17 (37,78)	0,0848
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки	24 (45,28)	15 (33,33)	0,0868
Діагностика та лікування ІПСШ	31 (58,49)	20 (44,44)	0,0491*
Огляд та пальпація молочних залоз	46 (86,79)	42 (93,33)	0,1260
Ведення неускладненої вагітності	26 (49,06)	26 (57,78)	0,2211
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді	38 (71,70)	30 (66,67)	0,4457

Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)	50 (94,34)	44 (97,78)	0,2158

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

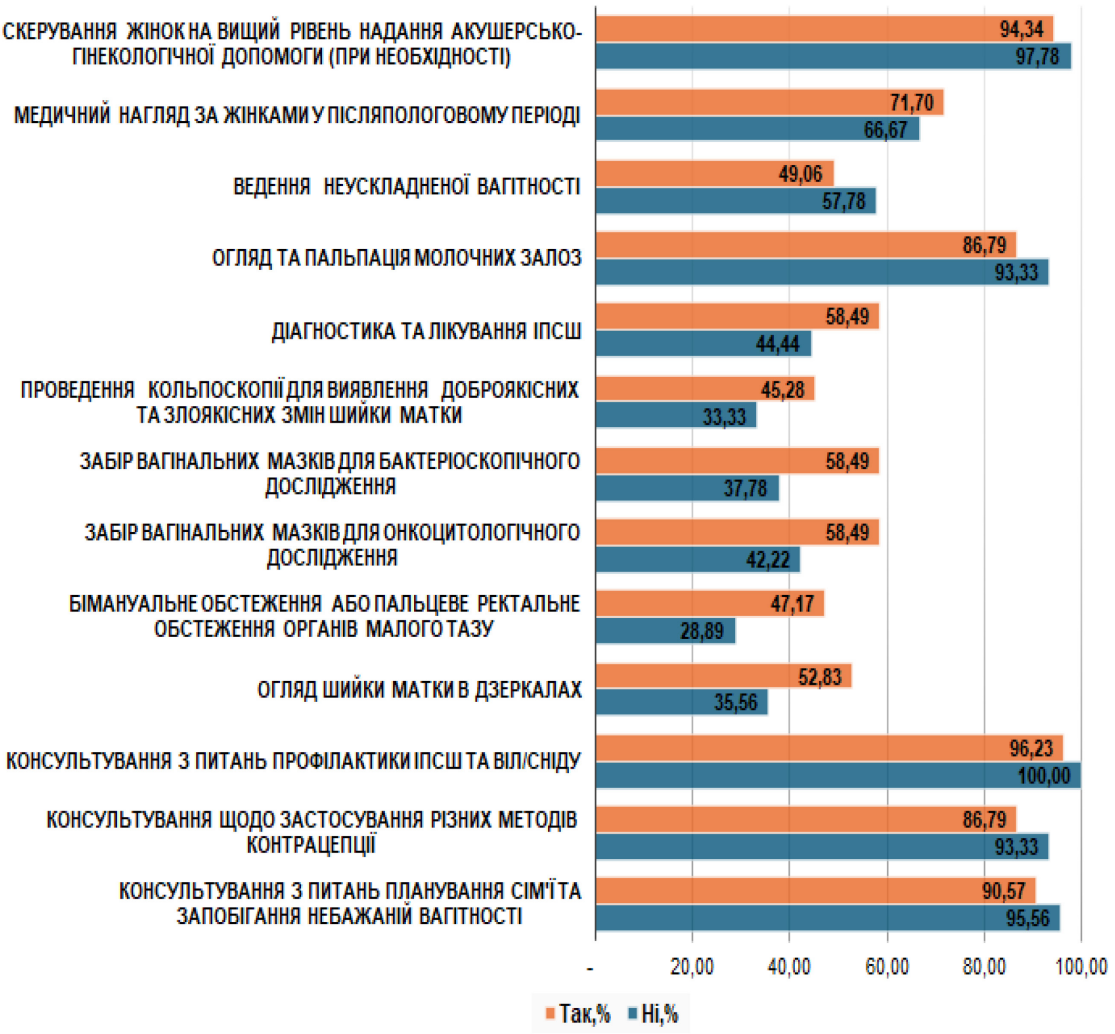

Рис. 4.44. Графічне представлення рівня підтримки організаторів охорони здоров'я в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Підтримку 66,67% та вище серед організаторів охорони здоров'я, не залежно від наявності надання в їхніх закладах первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, отримали 6 з 13 питань: консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності (підтримали більше 90%), консультування щодо застосування різних методів контрацепції та питання огляду та пальпації молочних залоз (підтримали більше 86%), консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу (підтримали

більше 96%), медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді (більше 66,67%) та питання скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності) (більше 94%). Більше 52% організаторів охорони здоров'я, в яких наявне надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі, підтримали також питання огляду шийки матки в дзеркалах, забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження, забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження та діагностики та лікування ІПСШ. Більше 57% організаторів охорони здоров'я, в яких відсутнє надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі, підтримали питанняв едення неускладненої вагітності.

Статистична значущість для груп організаторів охорони здоров'я в залежності від наявності надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі не підтверджена тестом $\chi 2$ для 10 з 13 питань ($p>0,05$), за винятком питання огляду шийки матки в дзеркалах, бімануального обстеження або пальцевого ректального обстеження органів малого тазу та діагностики та лікування ІПСШ, де $p<0,05$. Отже рівень підтримки організаторами охорони здоров'я даних питань не залежить від наявності надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в їх закладах.

Наступним оцінювалася готовність організаторів охорони здоров'я до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підртиманих видів послуг жінкам репродуктивного віку. Лише 48 (48,98%) опитаних організаторів охорони здоров'я відповіли позитивно, з них 22 (22,45%) готові; 26 (26,53%) швидше готові, ніж не готові (рис. 4.45). 51,02% респондентів не готові та швидше не готові, ніж готові [116].

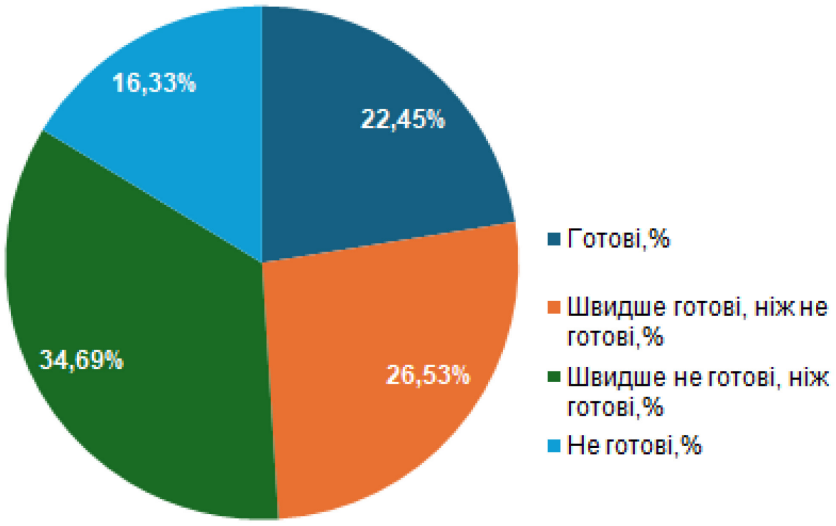

Рис. 4.45. Графічне представлення загальних результатів готовності організаторів охорони здоров'я до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку, n=98

Результати аналізу рівня готовності організаторів охорони здоров'я в залежності від віку представлені в таблиці 4.29 та рисунку 4.46.

Таблиця 4.29

Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких гінекологічних послуг сімейними лікарями, в залежності від віку, n=98

Готовність	До 30 років, abs (%) n=5	30-45 років, abs (%) n=53	45-60 років, abs (%) n=37	Більше 60 років, abs (%) n=3	p
Готові	1 (20,00)	15 (28,30)	6 (16,22)	0 (0,00)	0,432
Швидше готові, ніж не готові	2 (40,00)	13 (24,53)	11 (29,73)	0 (0,00)	0,604
Швидше не готові, ніж готові	2 (40,00)	13 (24,53)	17 (45,95)	2 (66,67)	0,117
Не готові	0 (0,00)	12 (22,64)	3 (8,11)	1 (33,33)	0,173

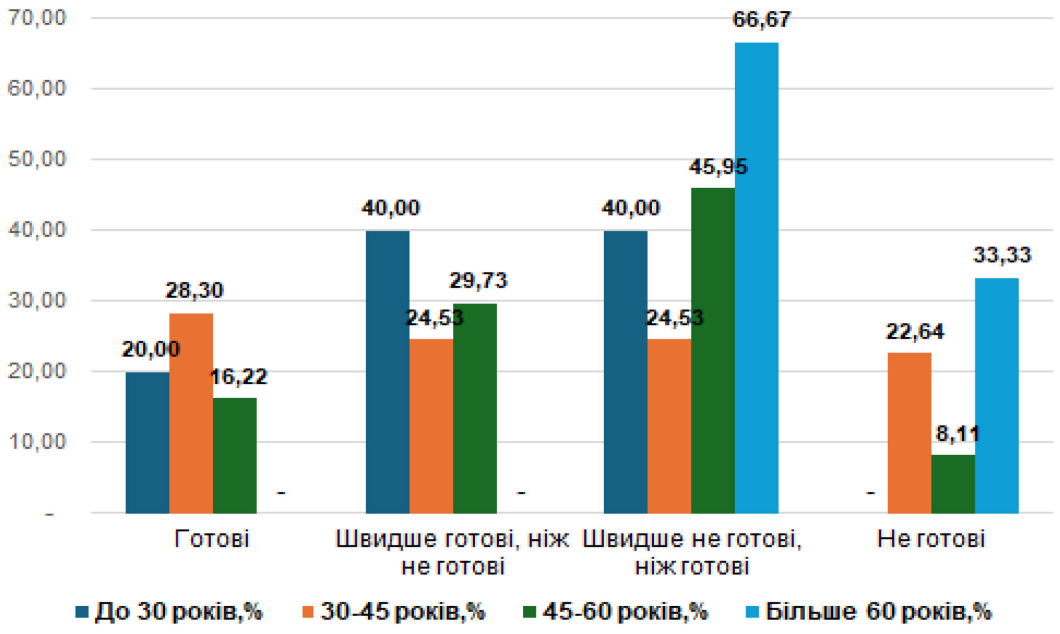

Рис. 4.46. Графічне представлення результатів готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від віку, n=98

60,00% організаторів охорони здоров'я віком до 30 років, 52,83% віком 30-45років та 45,95% віком 45-60 років позитивно оцінили готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. 100% організаторів охорони здоров'я старше 60 років негативно оцінили готовність (не готові або швидше не готові, ніж готові) з даного питання.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від віку тестом $\chi 2$ не підтверджена ($p>0,05$). Таким чином, готовність організаторів охорони здоров'я до надання сімейними лікарями деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку респондентів.

Результати аналізу рівня готовності організаторів охорони здоров'я в залежності від стажу роботи та від кваліфікаційної категорії представлені в таблицях 4.30, 4.31 та рисунках 4.47, 4.48.

Таблиця 4.30

Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких гінекологічних послуг сімейними лікарями, в залежності від стажу роботи, n=98

Готовність	До 5 років, abs (%) n=9	5-10 років, abs (%) n=20	10-20 років, abs (%) n=33	Більше 20 років, abs (%) n=36	p
Готові	3 (33,33)	3 (15,00)	11 (33,33)	5 (13,89)	0,172
Швидше готові, ніж не готові	2 (22,22)	6 (30,00)	6 (18,18)	12 (33,33)	0,524
Швидше не готові, ніж готові	3 (33,33)	6 (30,00)	11 (33,33)	14 (38,89)	0,918
Не готові	1 (11,11)	5 (25,00)	5 (15,15)	5 (13,89)	0,690

Таблиця 4.31

Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких гінекологічних послуг сімейними лікарями, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Готовність	Вища, abs (%) n=42	Перша, abs (%) n=15	Друга, abs (%) n=15	Не мають, abs (%) n=26	p
Готові	6 (14,29)	6 (40,00)	4 (26,67)	6 (23,08)	0,220
Швидше готові, ніж не готові	12 (28,57)	2 (13,33)	4 (26,67)	8 (30,77)	0,644
Швидше не готові, ніж готові	19 (45,24)	4 (26,67)	3 (20,00)	8 (30,77)	0,252
Не готові	5 (11,9)	3 (20,00)	4 (26,67)	4 (15,38)	0,585

55,55% організаторів охорони здоров'я зі стажем роботи до 5 років, 45,00% зі стажем роботи 5-10 років, 51,51% зі стажем 10-20 років та 47,22% зі стажем роботи більше 20 років позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями загальної практики-

сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від стажу роботи за фахом критерієм χ2 не підтверджена (p>0,05). Таким чином, готовність до надання лікарями загальної практиаки-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від стажу роботи респондентів.

53,33% організаторів охорони здоров'я з першою кваліфікаційною категорією, 53,34% з другою кваліфікаційною категорією, 53,85% без категорії та 42,86% організаторів охорони здоров'я з вищою кваліфікаційною категорією позитивно оцінили свою готовність (готові або швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями загальної практиаки-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від кваліфікаційної категорії критерієм χ2 не підтверджена (p>0,05). Таким чином, готовність до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від кваліфікаційної категорії респондентів.

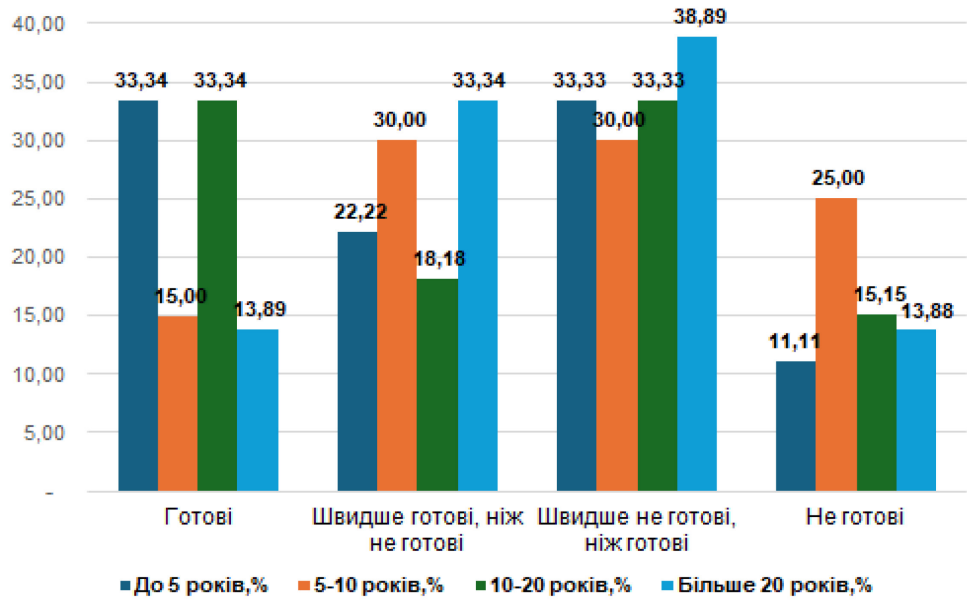

Рис. 4.47. Графічне представлення результатів готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від стажу

роботи, n=98

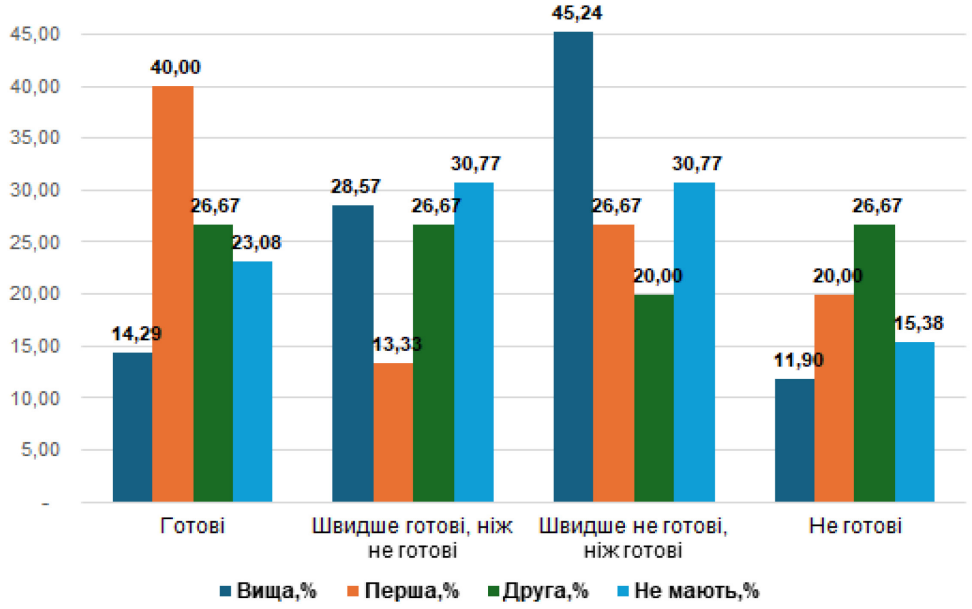

Рис. 4.48. Графічне представлення результатів готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від кваліфікаційної категорії, n=98

Результати аналізу рівня готовності організаторів охорони здоров'я в залежності від наявності надання в їхніх закладах первинної акушерсько-гінекологічної допомоги представлені в таблиці 4.32 та рисунку 4.49.

Таблиця 4.32

Рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких гінекологічних послуг сімейними лікарями, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

Готовність	**Наявність надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі**		**p**
	Так, abs (%) n=53	**Ні, abs (%) n=45**	
Готові	10 (18,87)	12 (26,67)	0,1929
Швидше готові, ніж не готові	13 (24,53)	13 (28,89)	0,4903
Швидше не готові, ніж готові	19 (35,85)	15 (33,33)	0,7107
Не готові	11 (20,75)	5 (11,11)	0,0652

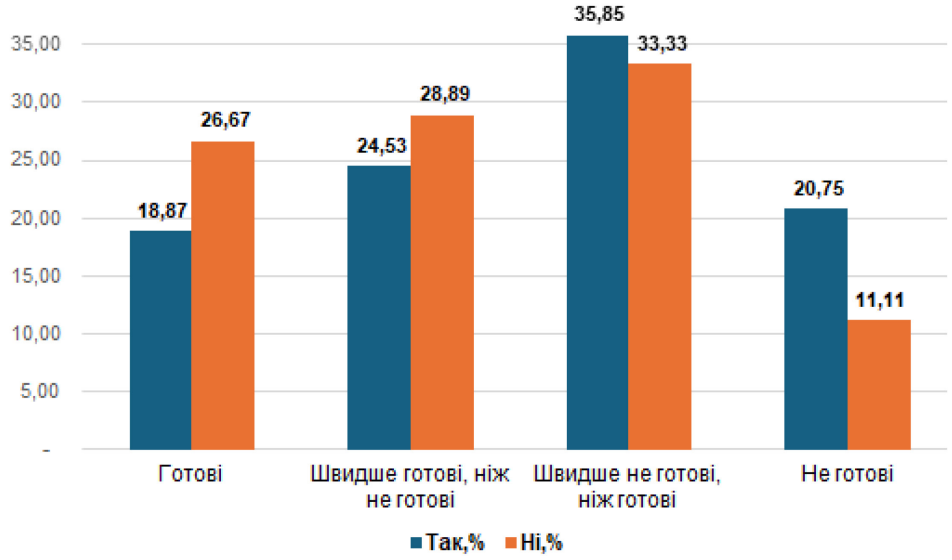

Рис. 4.49. Графічне представлення результатів готовності організаторів охорони здоров'я до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

43,40% організаторів охорони здоров'я, в закладах яких наявне надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги та 55,56% організаторів, в закладах яких відсутнє надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, позитивно оцінили свою готовність (готові та швидше готові, ніж не готові) до надання лікарями лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку.

Статистична значущість між досліджуваними групами залежно від наявності надання в закладах первинної акушерсько-гінекологічної допомоги критерієм $\chi 2$ не підтверджена ($p>0,05$). Таким чином, готовністьорганізаторів охорони здоров'я до надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від наявності чи відсутності надання в їхніх закладах первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.

Отже дані дослідження щодо ставлення організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам

репродуктивного віку засвідчили, що підтримку більшості (більше 69%) організаторів охорони здоров'я отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг; 48,98% опитаних респондентів готові до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підтриманих видів акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку; рівень підтримки та рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку, стажу роботи за фахом, кваліфікаціної категорії та від наявності надання в закладах респондентів первинної акушерсько-гінекологічної допомоги [116].

Висновки до розділу 4

1. Підтримку понад 52% жінок репродуктивного віку отримали 12 із 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг. Більшість опитаних жінок (67,4%) готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [115]. Жінки, молодші за 30 років та жінки з середньою освітою показали найвищу підтримку інтегрованого надання їм окремих послуг гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини [115]. Майже однакове відсоткове співвідношення (понад 60%) респондентів кожної вікової категорії та всіх рівнів освіти готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [115].

2. Підтримку більшості (більше 80%) лікарів загальної практики-сімейної медицини отримали лише 5 з 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг. Більшість опитаних респондентів (54,74%) готові надавати підтримані ними послуги акушерсько-гінекологічної допомоги жінкам репродуктивного віку.Рівень підтримки та рівень готовності надавати акушерсько-гінекологічних послуги не залежить від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаційної категорії респондентів. Готовність до надання

деяких акушерсько-гінекологічних послуг залежить від їх надання в практиці респондентів.

3. Підтримку більшості (більше 59%) лікарів акушерів-гінекологів отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг. 51,02% опитаних респондентів готові до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підтриманих видів акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку. Рівень підтримки та рівень готовності до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаціної категорії респондентів. Лікарі акушери-гінекологи, які надають стаціонарну допомогу, порівняно з лікарями, які надають амбулаторно-поліклінічну допомогу, мають в 2 рази вищий статистично значущий рівень готовності щодо надання деяких акушерсько-гінекологічних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини.

4. Підтримку більшості (більше 69%) організаторів охорони здоров'я отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг. 48,98% опитаних респондентів готові до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини підтриманих видів акушерсько-гінекологічних послуг жінкам репродуктивного віку [116]. Рівень підтримки та рівень готовності організаторів охорони здоров'я до надання лікарями загальної практики-сімейної медицини деяких акушерсько-гінекологічних послуг не залежить від віку, стажу роботи за фахом, кваліфікаційної категорії та від наявності надання в закладах респондентів первинної акушерсько-гінекологічної допомоги [116].

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. [115] Goida NG, Oktysiuk ZS. Results of the study of the attitude of women of reproductive age to the integrated gynecological care

provision by family physicians. Wiad Lek. 2024;77(3):506-513. doi: 10.36740/WLek202403120.

2. [116] Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз результатів дослідження ставлення та готовності організаторів охорони здоров'я до імплементації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарям загальної практики-сімейної медицини в Україні. Abstracts of XXI International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 131-132. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-SCIENCE-PROBLEMS-NEW-AND-RELEVANT-DEVELOPMENTS.pdf

РОЗДІЛ 5

АНАЛІЗ СКЛАДОВИХ (ОРГАНІЗАЦІЙНИХ ТА ІНДИВІДУАЛЬНИХ КОМПОНЕНТІВ), ЩО ВПЛИВАЮТЬ НА РЕАЛІЗАЦІЮ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ. ОЦІНКА ЛІКАРЯМИ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНОЇ МЕДИЦИНИ, ЛІКАРЯМИ АКУШЕРАМИ-ГІНЕКОЛОГАМИ ТА ОРГАНІЗАТОРАМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я МОЖЛИВОСТІ ЗАКЛАДІВ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЩОДО НАДАННЯ ПОСЛУГ З РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я

5.1. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги

Метою даного дослідження було вивчити та проаналізувати самооцінку лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо свого рівня теоретичної та практичної підготовки з деяких питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги.

Як і в попередньому опитуванні щодо ставлення та готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги, в даному опитуваані брало участь 95 лікарів загальної практики-сімейної медицини. З них у віці до 30 років – 20 лікарів (21,05%), 30-45 років – 31 (32,63%), 45-60 років – 21 (22,11%), більше 60 років – 23 (24,21%) лікаря; зі стажем роботи до 5 років – 33 лікаря (34,74%), 5-10 років – 9 (9,47%), 10-20 років – 13 (13,68%), більше 20 років – 40 (42,11%) лікарів; з вищою кваліфікаційною категорією – 40 (42,11%) лікарів, першою - 7 (7,37%), другою – 6 (6,32%), без категорії – 42 (44,21%) лікаря загальної практики-сімейної медицини. З загальної кількості опитаних лікарів загальної практики-сімейної медицини 16 (16,84%) надають в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу, та 79 (83,16%) не

надають.

Вивчалася самооцінка лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо теоретичної та практичної підготовки з таких питань: планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції; профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу; обстеження органів малого тазу та молочних залоз; діагностика та лікування ІПСШ; проведення кольпоскопії; ведення неускладненої вагітності; медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді [117,118].

Загальні результати опитування представлені в таблицях 5.1, 5.2 та рисунках 5.1 та 5.2.

Таблиця 5.1

Самооцінка рівня теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Питання	**Відмінний abs (%)**	**Добрий abs (%)**	**Задовільний abs (%)**	**Потребує покращення abs (%)**	**Незадовільний abs (%)**
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції	8 (8,42)	32 (33,68)	19 (20,00)	29 (30,53)	7 (7,37)
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	12 (12,63)	43 (45,26)	21 (22,11)	15 (15,79)	4 (4,21)
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз	5 (5,26)	20 (21,05)	18 (18,95)	36 (37,89)	16 (16,84)
Діагностика та лікування ІПСШ	8 (8,42)	20 (21,05)	20 (21,05)	32 (33,68)	15 (15,79)
Проведення кольпоскопії	4 (4,21)	1 (1,05)	6 (6,32)	28 (29,47)	56 (58,95)
Ведення неускладненої вагітності	5 (5,26)	13 (13,68)	21 (22,11)	37 (38,95)	19 (20,00)
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді	5 (5,26)	14 (14,74)	23 (24,21)	33 (34,74)	20 (21,05)

Таблиця 5.2

Самооцінка рівня практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Питання	Відмінний, abs (%)	Добрий, abs (%)	Задовільний, abs (%)	Потребує покращення, abs (%)	Незадовільний, abs (%)
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції	10 (10,53)	33 (34,74)	20 (21,05)	26 (27,37)	6 (6,32)
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	12 (12,63)	35 (36,84)	26 (27,37)	20 (21,05)	2 (2,11)
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз	6 (6,32)	13 (13,68)	17 (17,89)	40 (42,11)	19 (20,00)
Діагностика та лікування ІПСШ	10 (10,53)	15 (15,79)	18 (18,95)	35 (36,84)	17 (17,89)
Проведення кольпоскопії	(0,00)	4 (4,21)	3 (3,16)	31 (32,63)	57 (60,00)
Ведення неускладненої вагітності	5 (5,26)	12 (12,63)	13 (13,68)	45 (47,37)	20 (21,05)
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді	5 (5,26)	13 (13,68)	21 (22,11)	35 (36,84)	21 (22,11)

Серед запропонованих питань, лікарі загальної практики-сімейної медицини найвище оцінили свій рівень теоретичної (45,26% «добрий» та 12,63% «відмінний») та практичної (36,84% «добрий» та 12,63% «відмінний») підготовки щодо питання профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу [117,118]. Рівень теоретичної підготовки щодо планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції 33,68% лікарів загальної практики-

сімейної медицини оцінили як «добрий» та 8,42% як «відмінний» [117]. Рівень практичної підготовки з даного питання 34,74% оцінили як «добрий» та 10,53% як «відмінний» [117].

Більше 50% лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо більшості запропонованих питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги оцінили свій рівень теоретичної та практичної підготовки як «потребує покращення» та «незадовільний»[117,118]. Рівень підготовки з питання проведення кольпоскопії найбільше лікарів ЗПСМ оцінили як «незадовільний» (58,95% теоретична підготовка та 60,00% практична підготовка) [117].

Рівень теоретичної підготовки оцінили як «потребує покращення» та «незадовільний» 54,73% лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо питання обстеження органів малого тазу та молочних залоз; щодо питання проведення кольпоскопії - 88,42%; щодо питання ведення неускладненої вагітності -58,95%, з питання медичного нагляду за жінками в післяпологовому періоді- 55,79% та з питання діагностики та лікування ІПСШ – 49,47% лікарів [117,118]. Рівень практичної підготовки оцінили як «потребує покращення» та «незадовільний» 62,11% лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо питання обстеження органів малого тазу та молочних залоз; 54,73% - з питання діагностика та лікування ІПСШ; 92,63% щодо итання проведення кольпоскопії; 68,42% - з питання ведення неускладненої вагітності та 58,95% щодо медичний нагляду за жінками в післяпологовому періоді[117,118].

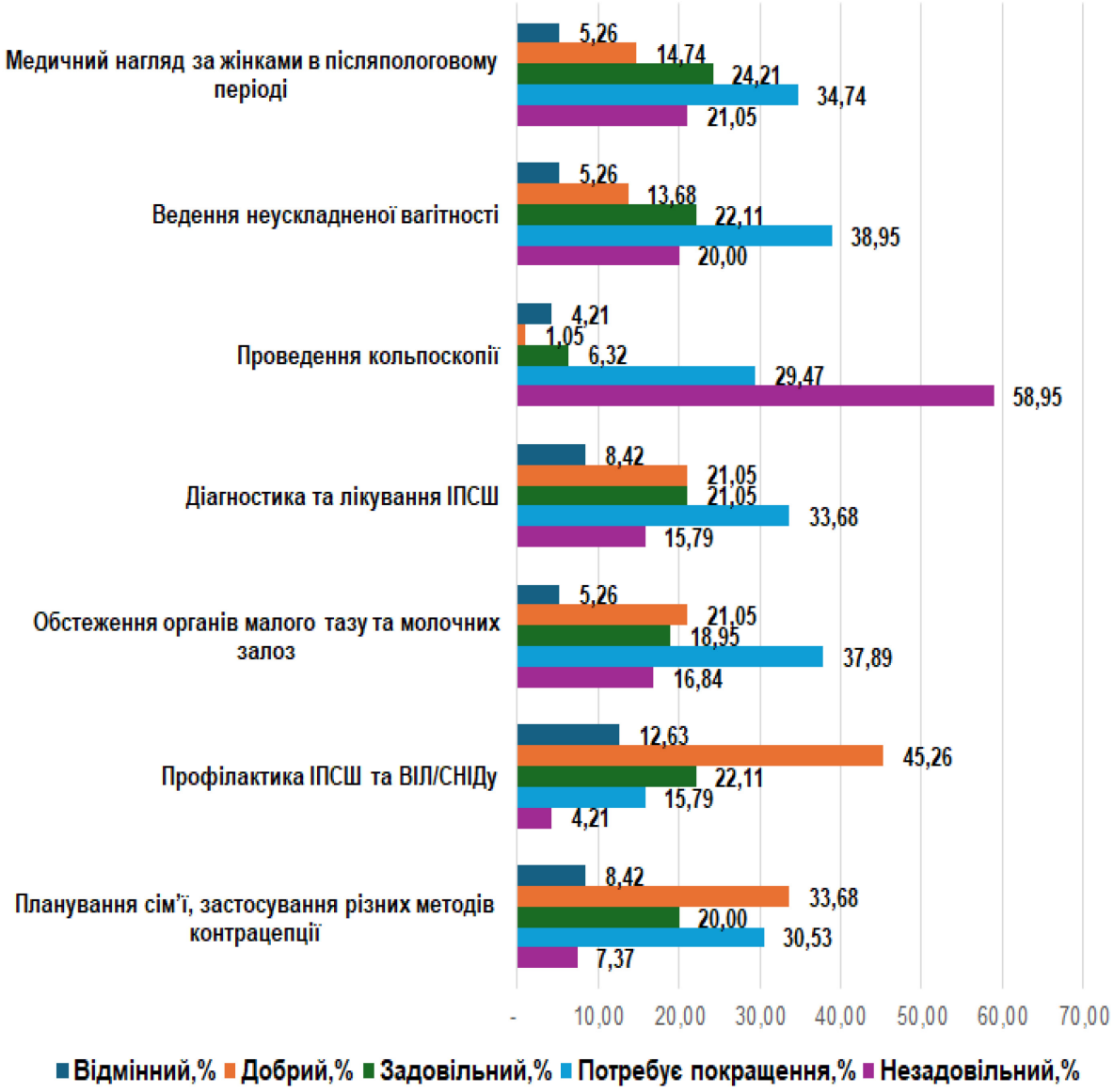

Рис. 5.1. Графічне представлення самооцінки рівня теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

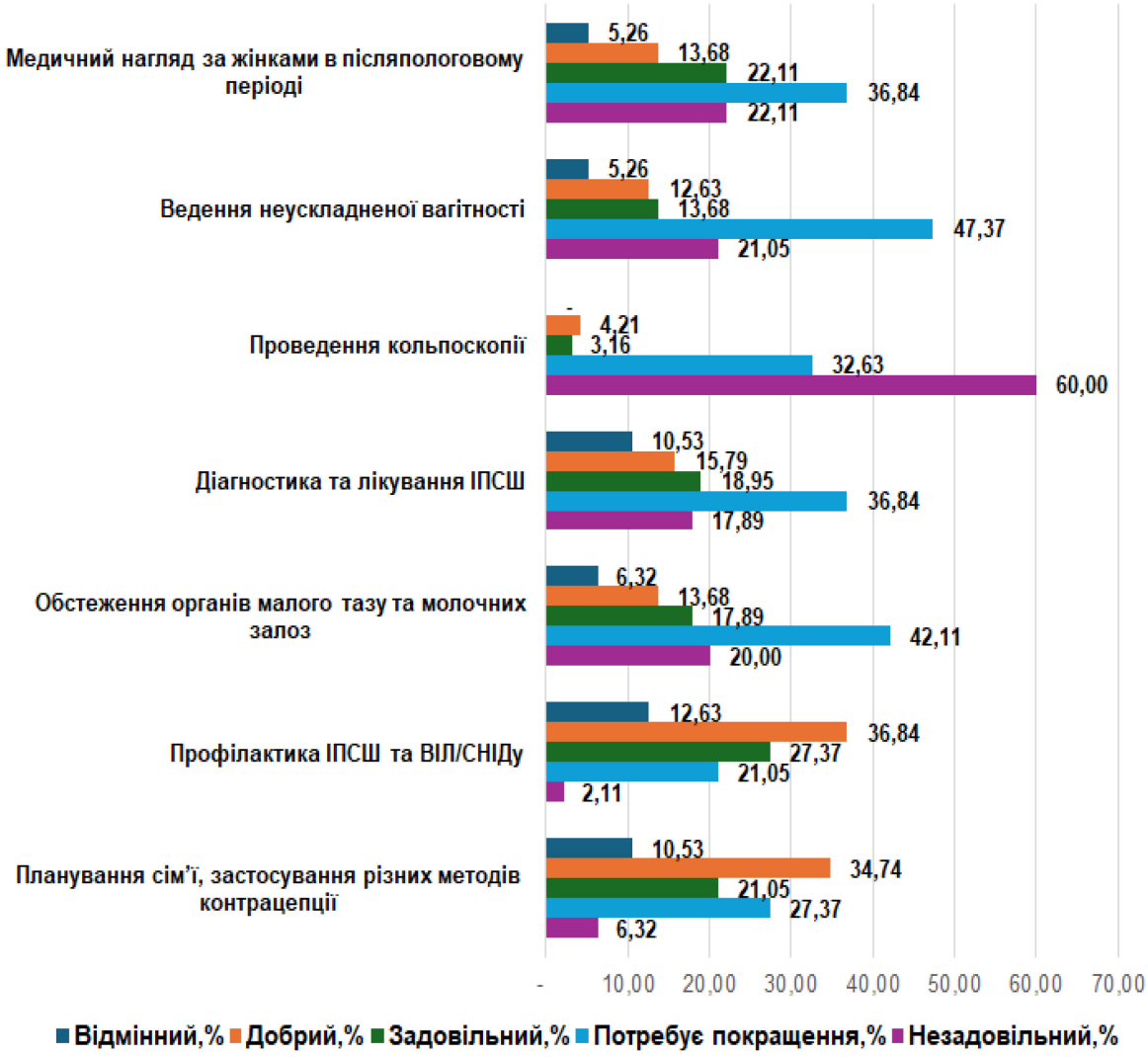

Рис. 5.2. Графічне представлення самооцінки рівня практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

Отже, більшість (більше 50%) лікарів ЗПСМ негативно оцінюють свій рівень теоретичної та практичної підготовки з питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги, що свідчить про необхідність удосконалення планів та програм підготовки лікарів ЗПСМ а також про розробку нових програм заходів безперервного професійного розвитку[117].

5.2. Аналіз оцінки лікарями акушерами-гінекологами рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги

На даному етапі дослідження вивчалася оцінка лікарів акушерів-гінекологів щодо рівня теоретичної та практичної підготовки з лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги [117].

Як і в попередньому опитуванні щодо вивчення ставлення та готовності до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги, в даному опитуваані брало участь 98 лікарів акушерів-гінекологів.

Вивчалася оцінка щодо теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з таких питань: планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції; профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу; обстеження органів малого тазу та молочних залоз; діагностика та лікування ІПСШ; проведення кольпоскопії; ведення неускладненої вагітності; медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді [117].

Загальні результати опитування представлені в таблицях 5.11, 5.12 та рисунках 5.3 та 5.4

Таблиця 5.11

Оцінка лікарями акушерами-гінекологами рівня теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

Питання	**Відмінний, abs (%)**	**Добрий, abs (%)**	**Задовільний, abs (%)**	**Потребує покращення, abs (%)**	**Незадовільний, abs (%)**
1	2	3	4	5	6
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції	1 (1,02)	10 (10,2)	21 (21,43)	46 (46,94)	20 (20,41)
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	3 (3,06)	20 (20,41)	21 (21,43)	39 (39,80)	15 (15,31)
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз	1 (1,02)	7 (7,14)	13 (13,27)	42 (42,86)	35 (35,71)

Продовження таблиці 5.11

1	2	3	4	5	6
Діагностика та лікування ІПСШ	3 (3,06)	4 (4,08)	10 (10,2)	41 (41,84)	40 (40,82)
Проведення кольпоскопії	0 (0,00)	5 (5,1)	2 (2,04)	13 (13,27)	78 (79,59)
Ведення неускладненої вагітності	1 (1,02)	11 (11,22)	14 (14,29)	42 (42,86)	30 (30,61)
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді	1 (1,02)	12 (12,24)	6 (6,12)	39 (39,80)	40 (40,82)

Таблиця 5.12

Оцінка лікарями акушерами-гінекологами рівня практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

Питання	**Відмінний, abs (%)**	**Добрий, abs (%)**	**Задовільний, abs (%)**	**Потребує покращення, abs (%)**	**Незадовільний, abs (%)**
1	2	3	4	5	6
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції	2 (2,04)	11 (11,22)	19 (19,39)	43 (43,88)	23 (23,47)
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу	1 (1,02)	20 (20,41)	19 (19,39)	36 (36,73)	22 (22,45)
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз	1 (1,02)	5 (5,1)	10 (10,2)	39 (39,8)	43 (43,88)
Діагностика та лікування ІПСШ	0 (0,00)	8 (8,16)	7 (7,14)	39 (39,8)	44 (44,9)
Проведення кольпоскопії	0 (0,00)	3 (3,06)	3 (3,06)	11 (11,22)	81 (82,65)
Ведення неускладненої вагітності	1 (1,02)	6 (6,12)	10 (10,2)	43 (43,88)	38 (38,78)

Продовження таблиці 5.12

1	2	3	4	5	6
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді	1 (1,02)	7 (7,14)	20 (20,41)	41 (41,84)	29 (29,59)

Більше 55% лікарів акушерів-гінекологів оцінили рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини як «потребує покращення» та «незадовільний» щодо всіх запропонованих питань [117]. Питання проведення кольпоскопії отримало найвищий рівень оцінки «незадовільний» (79,59% теоретична підготовка та 82,65% практична підготовка) [117].

Рівень теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини як «потребує покращення» та «незадовільний» щодо питання планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції оцінили 67,35% лікарів акушерів-гінекологів; щодо питання профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу – 55,11%; щодо питання обстеження органів малого тазу та молочних залоз – 78,57%; щодо питання проведення кольпоскопії - 92,86%; щодо питання ведення неускладненої вагітності -73,47%, з питання медичного нагляду за жінками в післяпологовому періоді- 80,62% лікарів акушерів-гінекологів [117].

Рівень практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини як «потребує покращення» та «незадовільний» щодо питання планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції оцінили 67,35% лікарів акушерів-гінекологів; з питання профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу – 59,18%; щодо питання обстеження органів малого тазу та молочних залоз – 83,68%; з питання діагностики та лікування ІПСШ – 84,70%; щодо питання проведення кольпоскопії – 93,87%; 82,66% - з питання ведення неускладненої вагітності та 71,43% щодо медичного нагляду за жінками в післяпологовому періоді [117].

Отже, більшість (більше 55%) лікарів акушерів-гінекологів негативно оцінюють рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги [117].

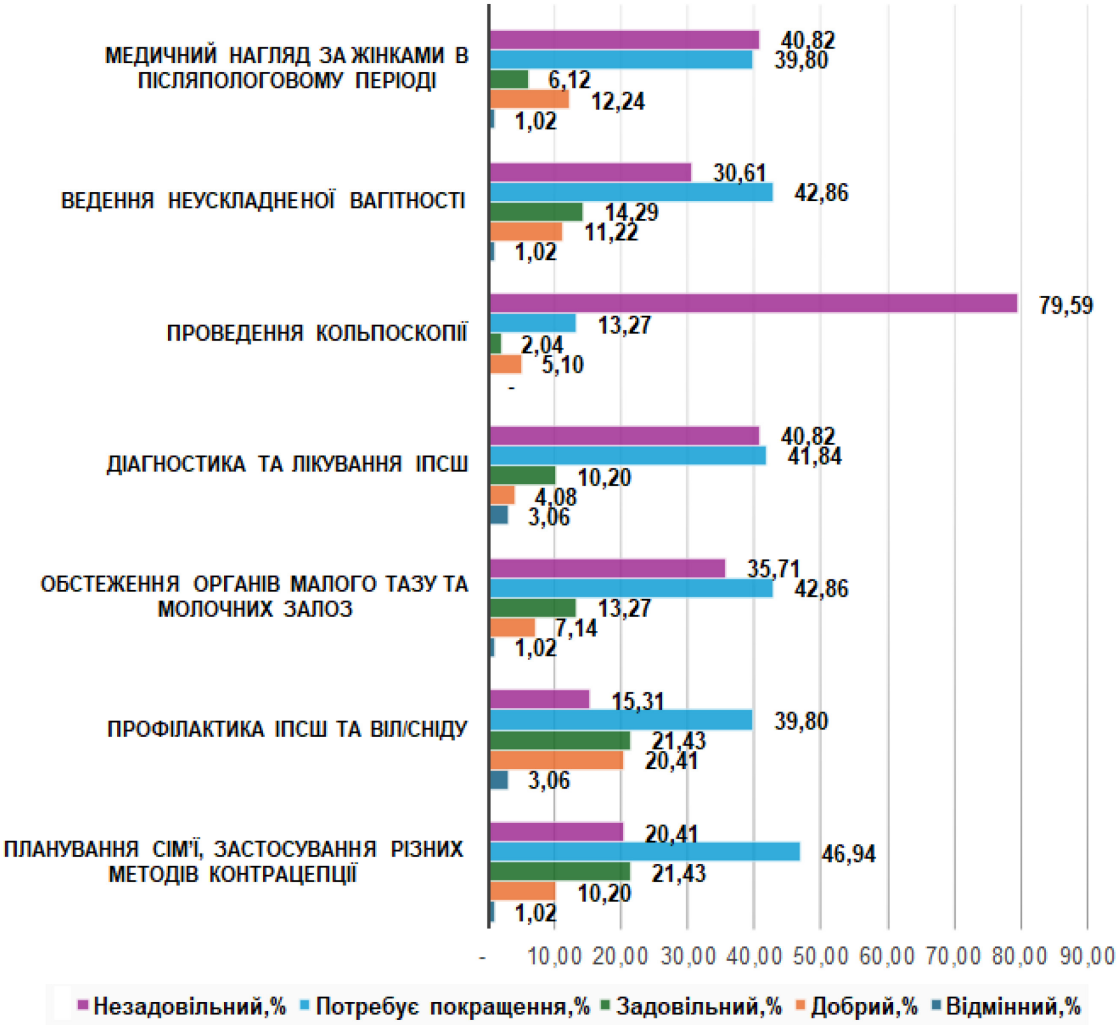

Рис. 5.3. Графічне представлення оцінки лікарями акушерами-гінекологами рівня теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

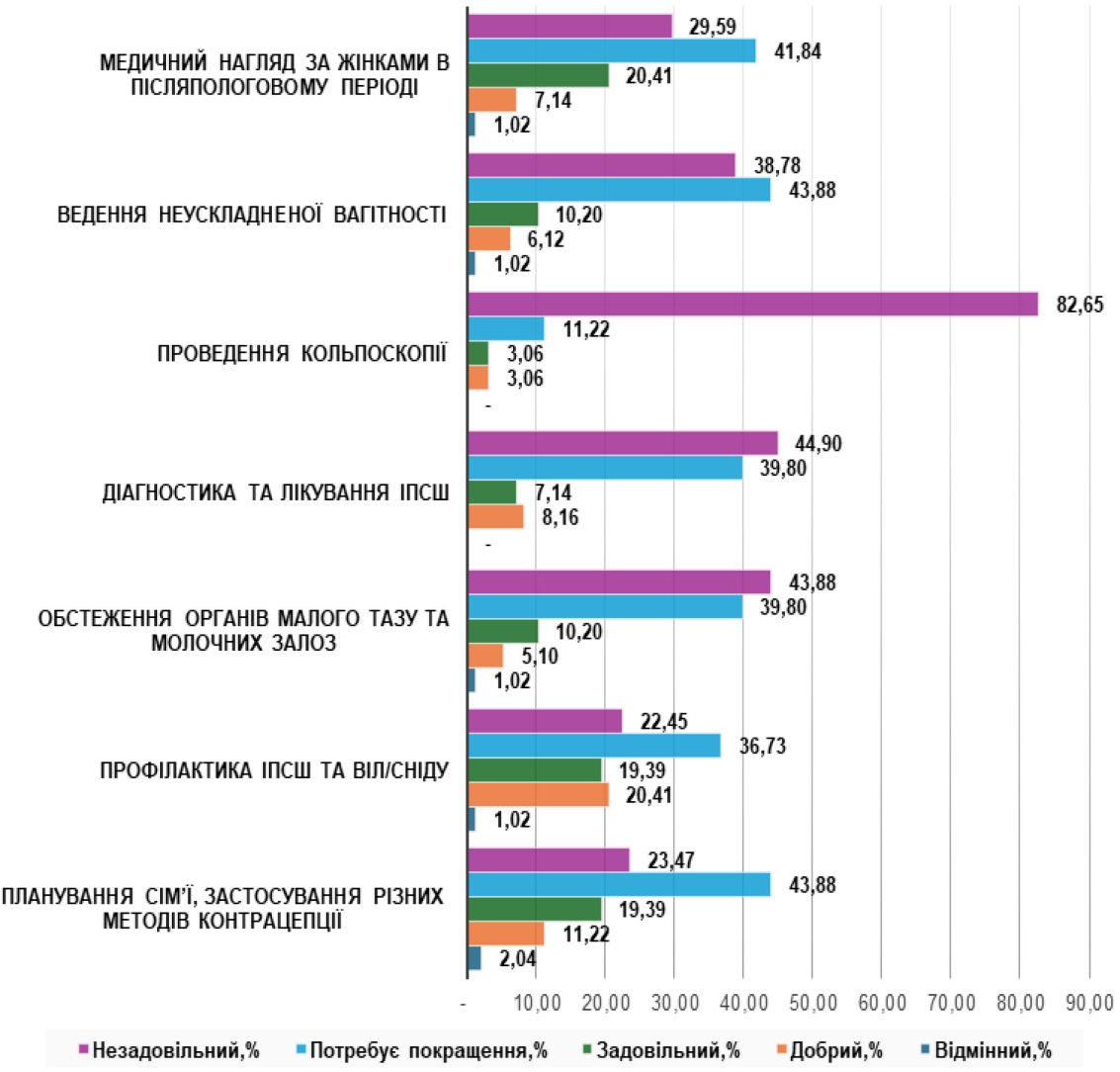

Рис. 5.4. Графічне представлення оцінки лікарями акушерами-гінекологами рівня практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги, n=95

5.3. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

На цьому етапі дослідження нами вивчалося, як організатори охорони здоров'я оцінюють пріоритетність запропонованих нами організаційних складових для реалізації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку [119]. В опитуванні брало участь 98

організаторів охорони здоров'я [119].

Оцінювалися такі організаційні складові: підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги шляхом відвідування спеціалізованих заходів БПР; забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг; запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою; забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини; формування у жінок репродуктивного віку прихильності отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні надання медичної допомоги [119].

Результати опитування представлені в таблиці 5.13 та рисунку 5.5.

Таблиця 5.13

Оцінка пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (від 1 до 5 в порядку збільшення пріоритетності), n=98

Організаційні складові	Оцінка пріоритетності					p
	1, abs (%)	2, abs (%)	3, abs (%)	4, abs (%)	5, abs (%)	
Підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги шляхом відвідування спеціалізованих заходів БПР	9 (9,18)	12 (12,24)	21 (21,43)	10 (10,2)	46 (46,94)	<0,001*
Забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг	17 (17,35)	15 (15,31)	20 (20,41)	8 (8,16)	38 (38,78)	0,001*
Запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою	7 (7,14)	6 (6,12)	8 (8,16)	16 (16,33)	61 (62,24)	<0,001*
Забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини	7 (7,14)	8 (8,16)	21 (21,43)	20 (20,41)	42 (42,86)	<0,001*
Формування у жінок репродуктивного віку прихильності отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні надання медичної допомоги	20 (20,41)	8 (8,16)	28 (28,57)	13 (13,27)	29 (29,59)	<0,001*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

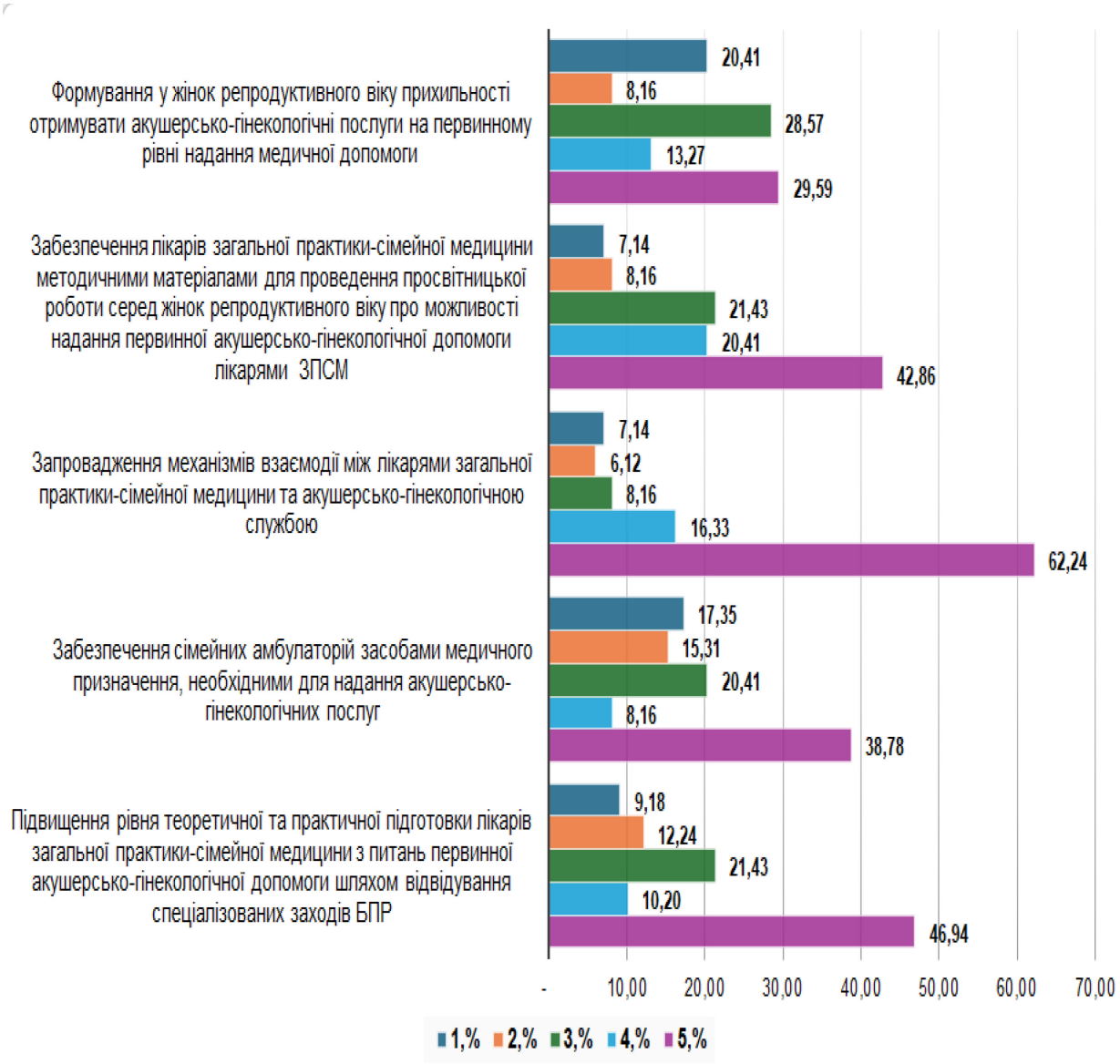

Рис. 5.5. Графічне представлення оцінки пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (від 1 до 5 в порядку збільшення пріоритетності), n=98

62,24% організаторів охорони здоров'я визначили найбільш пріоритетною складовою запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою [119]. Більше 40,00% респондентів найбільш пріоритетними складовими визначили підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної

акушерсько-гінекологічної допомоги шляхом відвідування спеціалізованих заходів БПР (46,94%) та забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини (42,86%) [119]. 38,78% організаторів охорони здоров'я найбільш пріоритетним визначили забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг [119]. 29,59% респондентів найбільш пріоритетним визначили формування у жінок репродуктивного віку прихильності отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні надання медичної допомоги, проте водночас 20,41% опитаних визначили дану складову, як найменш пріоритетну [119].

Статистична значущість підтверджена тестом $\chi 2$ для всіх груп оцінок ($p<0,05$).

Отже, згідно даного опитування, всі запропоновані складові є важливими для реалізації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, однак найбільш пріоритетним має бути запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою, підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги та забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини [119].

5.4. Можливості закладів первинної медико-санітарної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я.

На даному етапі дослідження ми аналізували можливості закладів первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД) щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я, згідно оцінки лікарями загальної практики-сімейної медицини, акушерами-гінекологами та організаторами охорони здоров'я [117].

Оцінка лікарів загальної практики-сімейної медицини відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я представлена в таблиці 5.14 та рис. 5.6 [117].

Таблиця 5.14

Оцінка лікарями ЗПСМ відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, n=95

Відповідність матеріально-технічної бази	**Оцінка, abs (%)**
Повністю відповідає	16 (16,84)
Майже повністю відповідає	23 (24,21)
Частково відповідає	33 (34,74)
Не відповідає	23 (24,21)

Рис. 5.6. Графічне представлення оцінки лікарями ЗПСМ відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини

Згідно результатів опитування, лише 16,84% лікарів загальної практики-сімейної медицини оцінили відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медико-санітарної допомоги як «повністю відповідає», та 24,21% - як «майже повністю відповідає». Тоді як більше 58% респондентів негативно оцінили відповідність матеріально-технічної бази (34,74% - частково відповідає та 24,21% - не відповідає) [117].

Також ми аналізували оцінку відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я, в залежності від місця розташування закладу респондентів (м. Київ, Київська область чи інша область) [117,120]. Дані опитування представлені в таблиці 5.15.

Таблиця 5.15

Оцінка лікарями ЗПСМ відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, в залежності від місця розташування закладу

Відповідність матеріально-технічної бази	Місто Київ, abs (%) n=43	Київська область, abs (%) n=18	Інша область, abs (%) n=34	p
Повністю відповідає	6 (13,95)	3 (16,67)	7 (20,59)	0,742
Майже повністю відповідає	12 (27,91)	5 (27,78)	6 (17,65)	0,538
Частково відповідає	14 (32,56)	5 (27,78)	14 (41,18)	0,578
Не відповідає	11 (25,58)	5 (27,78)	7 (20,59)	0,814

Аналізуючи отримані дані, можна зазначити, що результати оцінки, в залежності від розміщення закладів, відрізняються незначно. Більше 50% ресондентів, не залежно від місця роботи, негативно оцінили відповідність матеріально-технічної бази, з них більше 20% кожної групи оцінили, як «не відповідає» та більше 27% як «частково відповідає» [117, 120].

Статистична значущість для груп, в залежності від місця розташування закладу, не підтверджена тестом $\chi 2$ для всіх питань ($p>0,05$). Отже відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я не залежить від місця розташування закладу [117].

Наступною аналізувалася оцінка лікарів акушерів-гінекологів щодо відповідності матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я [117,120]. Результати представлені в таблиці 5.16 та рис. 5.7.

Таблиця 5.16

Оцінка лікарями акушерами-гінекологами відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, n=98

Відповідність матеріально-технічної бази	Оцінка, abs (%)
Повністю відповідає	9 (9,18)
Майже повністю відповідає	4 (4,08)
Частково відповідає	38 (38,78)
Не відповідає	47 (47,96)

Рис. 5.7 Графічне представлення оцінки лікарями акушерами-гінекологами відповідності матеріально-технічної бази закладів ПМСД по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ

Згідно результатів опитування, лише 9,18% лікарів акушерів гінекологів оцінили відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я як «повністю відповідає», та 4,08% - як «майже

повністю відповідає» [117,120]. Більше 86% респондентів негативно оцінили відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я: 47,96% оцінили як «не відповідає» та 38,78% як «частково відповідає»[117,120].

Також ми аналізували оцінку організаторами охорони здоров'я відповідності матеріально-технічної бази їх закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги [117]. Дані опитування представлені в таблиці 5.18 та рис. 5.8.

Таблиця 5.18

Оцінка організаторами охорони здоров'я відповідності матеріально-технічної бази їхнього закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, n=98

Відповідність матеріально-технічної бази	**Наявність надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги в закладі**		**p**
	Так abs (%) n=53	**Ні abs (%) n=45**	
Повністю відповідає	18 (33,96)	0 (0)	<0,05*
Майже повністю відповідає	8 (15,09)	3 (6,67)	0,179
Частково відповідає	16 (30,19)	16 (35,56)	0,573
Не відповідає	11 (20,75)	26 (57,78)	<0,05*

* - статистична значущість підтверджена критерієм $\chi 2$

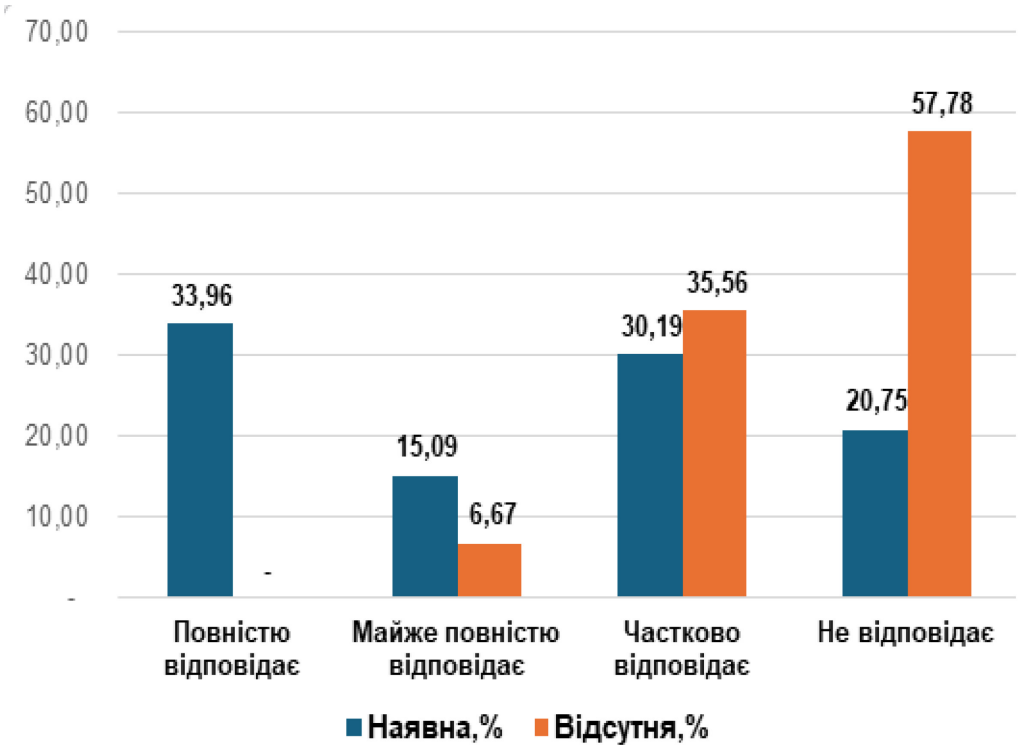

Рис. 5.8. Графічне представлення оцінки організаторами охорони здоров'я відповідності матеріально-технічної бази їхнього закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги

Згідно результатів опитування, більше 50% організаторів охорони здоров'я, в чиїх закладах надається первинна акушерсько-гінекологічна допомога, негативно оцінили відповідність матеріально-технічної бази закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини: 20,75% оцінили як «не відповідає» та 30,19% як «частково відповідає»[117,120]. Та відповідно більше 90% організаторів охорони здоровя, в чиїх закладах не надається первинна акушерсько-гінекологічна допомога, негативно оцінили відповідність матеріально-технічної бази закладу для її надання[117]. Статистична значущість підтверджена тестом $\chi 2$ для груп, в залежності від наявності надання в закладі первинної акушерсько-гінекологічної допомоги для значень: «повністю відповідає» та «не відповідає» ($p<0,05$).

Отже, підсумовуючи оцінки лікарів загальної практики-сімейної

медицини, лікарів акушерів-гінекологів, організаторів охорони здоров'я, можна зазначити, що у більше, ніж 50% закладів ПМСД, матеріально-технічна база закладу «не відповідає» або лише «частково відповідає» для надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини[117].

Висновки до розділу 5

1. Оскільки більше 50% лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо більшості запропонованих питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги оцінили свій рівень теоретичної та практичної підготовки як «потребує покращення» та «незадовільний» та більше 55% лікарів акушерів-гінекологів негативно оцінюють рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги, необхідно здійснити удосконалення планів і програм підготовки в ВНЗ та закладах післядипломної освіти та удосконалення та розробку нових програм заходів БПР для підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.
2. Найбільш пріоритетними організаційними складовими для реалізації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку є запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою, підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги та забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання

первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини.

3. Оскільки згідно оцінки лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів акушерів гінекологів, організаторів охорони здоров'я, у більше, ніж 50% закладів ПМСД, матеріально-технічна база закладу «не відповідає» або лише «частково відповідає» для надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини, необхідно здійснити заходи для забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання подальшої можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. [117] Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз окремих складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку Український медичний часопис. 2025. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.265870. Доступно на: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-265870-analiz-okremih-skladovih-shho-vplivayut-na-realizatsiyu-integrovanogo-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-zhinkam-reproduktivnogo-viku

2. [118] Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини України з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference. 2025; Krakow, Poland, pp. 101-102. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/SCIENTIFIC-TRENDS-HISTORY-DEVELOPMENT-AND-EXISTING-PROBLEMS.pdf

3. [119] Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я України пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Abstracts of XX International Scientific and Practical Conference. Plovdiv, Bulgaria. pp. 122-123. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/CURRENT-PROBLEMS-OF-THE-DEVELOPMENT-OF-SCIENCE-AND-MODERN-WAYS-OF-IMPROVEMENT.pdf

4. [120] Гойда НГ, Октисюк ЖС. Оцінка можливостей закладів первинної медико-санітарної допомоги України щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я. Abstracts of XVII International Scientific and Practical Conference. 2025; Munich, Germany, pp. 106-107. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/THE-LATEST-TECHNOLOGIES-OF-SCIENCE-IMPLEMENTED-IN-USE.pdf

РОЗДІЛ 6

НАУКОВЕ ОБҐРУНТУВАННЯ ФУНКЦІОНАЛЬНО-ОРГАНІЗАЦІЙНОЇ МОДЕЛІ ОРГАНІЗАЦІЇ ІНТЕГРОВАНОГО НАДАННЯ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ЖІНКАМ РЕПРОДУКТИВНОГО ВІКУ

На попередніх етапах дослідження було визначено складові, необхідні для інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, які було взято за основу розробки функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, далі - Моделі (рис.6.1).

Однією з основних складових Моделі є просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку, на рівні громади, з використанням засобів масової інформації, а також індивідуально на прийомі у лікарів ЗПСМ, акушерів-гінекологів [121].

Дані дослідження щодо ставлення жінок репродуктивного віку до інтегрованого надання їм акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини засвідчили, що більшість опитаних респондентів (67,4%) готові отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги, які вони підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини [121].

Тому потрібно і надалі підвищувати інформованість жінок з питань збереження репродуктивного здоров’я, а також з питань можливостей інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг з метою збільшення кількості жінок, прихильних до інтегрованого отримання акушерсько-гінекологічних послуг [121].

Наступною важливою складовою Моделі є застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров’я [121].

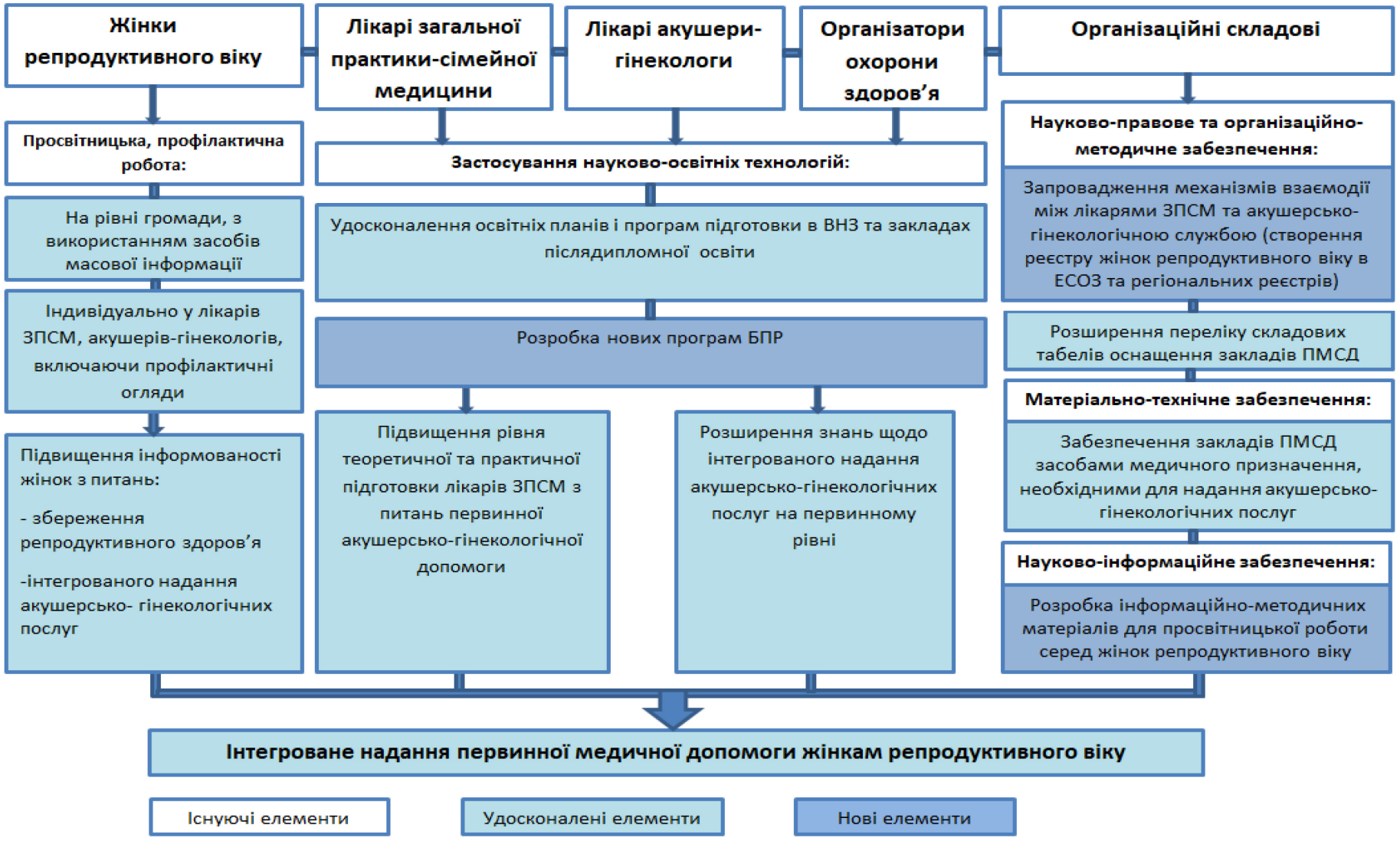

Рис. 6.1. Функціонально-організаційна модель організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Для реалізації даної складової необхідно здійснити удосконалення освітніх планів і програм підготовки в ВНЗ та закладах післядипломної освіти, а також розробити нові програми БПР та організувати їх проходження для лікарів ЗПСМ задля підвищення теоретичної та практичної підготовки з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, а також для лікарів акушерів гінекологів та організаторів охорони здоров'я для розширення знань щодо інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні [121, 122].

Дані нашого дослідження щодо самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги засвідчили, що більше 50% лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо більшості запропонованих питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги оцінили свій рівень теоретичної та практичної підготовки як «потребує покращення» та «незадовільний» [121].

Дані ще одного дослідження щодо ставлення та готовності лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів акушерів гінекологів, організаторів охорони здоров'я до інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями ЗПСМ жінкам репродуктивного віку засвідчили, що підтримку більшості (більше 80%) лікарів загальної практики- сімейної медицини отримали лише 5 з 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг, підтримку більшості (більше 59%) лікарів акушерів-гінекологів отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг та підтримку більшості (більше 69%) організаторів охорони здоров'я отримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг [121].

Результати даних досліджень свідчать про те, що вкрай необхідним є підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги, а також розширення знань лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони

здоров’я щодо можливостей інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні [121].

Наступною не менш важливою складовою Моделі є комплекс організаційних складових, який включає: науково-правове та організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення [121].

Основними елементами науково-правового та організаційно-методичного забезпечення є запровадження механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою та удосконалення табелів оснащення закладів ПМСД [121]. Запровадження механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою може бути здійснене шляхом створення реєстру жінок репродуктивного віку в електронній системі охорони здоров'я (ЕСОЗ) та регіональних реєстрів, де буде інформація про стан здоров’я кожної жінки репродуктивного віку та весь обсяг профілактичних заходів та наданих акушерсько-гінекологічних послуг [121].

Згідно проведеного дослідження щодо оцінки організаторами охорони здоров’я пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, 62,24% організаторів охорони здоров’я визначили найбільш пріоритетною складовою запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою.

Тому запровадження механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою є надзвичайно важливою складовою без якої інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку буде неефективним [121].

Згідно результатів дослідження щодо оцінки лікарів загальної практики-сімейної медицини, лікарів акушерів гінекологів, організаторів охорони здоров’я, відповідності матеріально-технічної бази закладів

первинної медичної допомоги по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я у більше, ніж 50% закладів первинної медичної допомоги, матеріально-технічна база закладу «не відповідає» або лише «частково відповідає» для надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг є основним елементом матеріально-технічного забезпечення, а для реалізації даного процесу, необхідно розширити табелі оснащення закладів ПМСД з внесенням необхідного переліку засобів медичного призначення [121].

Згідно проведеного дослідження щодо оцінки організаторами охорони здоров'я пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, 42,86% організаторів охорони здоров'я визначили найбільш пріоритетною складовою забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини.

Тому необхідно здійснити розробку інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку, як ключового елементу науково-інформаційного забезпечення, в подальшому для використання лікарями ЗПСМ, акушерами-гінекологами індивідуально під час прийому пацієнток [121].

Таким чином, вищеописані складові Моделі: просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку; застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я; організаційні складові: науково-правове, організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення, в разі комплексного застосування

забезпечать інтегроване надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, що в подальшому призведе до збереження репродуктивного здоров'я жінок, що є особливо важливим в теперішній час, коли демографічна ситуація в Україні є вкрай складною в зв'язку з повномасштабною війною [121].

На заключному етапі дослідження проведена експертна оцінка запропонованої моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (таб. 6.1).

Таблиця 6.1

Результати експертної оцінки моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

№	Характеристики моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку	Оцінка в балах, M ± SD
1	Орієнтованість моделі на інтегроване надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку	9,7±0,64
2	Модель забезпечує підвищення інформованості жінок репродуктивного віку з питань збереження репродуктивного здоров'я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг	9,5±0,59
3	Модель передбачає удосконалення підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги	9,3±0,64
4	Модель забезпечує розширення знань лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я щодо інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні	9,5±0,59
5	Модель передбачає покращення матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг	9,6±0,58
6	Модель передбачає запровадження нових механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою	9,2±0,93
7	Модель передбачає розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку	9,9±0,30

Експерти заповнили запропоновану анкету та оцінили складові Моделі за 10-бальною шкалою. Отримані результати статистично опрацьовані за допомогою Microsoft Excel 2010.

В якості експертів виступали 20 науковців та спеціалістів з питань організації охорони здоров'я, загальної практики-сімейної медицини та акушерства та гінекології, серед яких було 10 докторів та 5 кандидатів наук. Організатори охорони здоров'я та лікарі загальної практики-сімейної медицини мали вищу атестаційну категорію, що підтверджувало їх компетентність. В результаті опрацьовано 20 анкет.

Розроблена функціонально-організаційна модель організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку отримала узгоджену експертну оцінку за 10-бальною шкалою як в цілому (9,7±0,64), так і за її організаційними складовими: забезпечення підвищення інформованості жінок репродуктивного віку з питань збереження репродуктивного здоров'я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг (9,5±0,59), забезпечення удосконалення підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги (9,3±0,64), забезпечення розширення знань лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я щодо інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні (9,5±0,59), покращення матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг (9,6±0,58), запровадження нових механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою (9,2±0,93), розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку (9,9±0,30), що дозволяє рекомендувати її для впровадження у систему охорони здоров'я України.

Основні результати даного розділу висвітлено в наступних публікаціях:

1. [121] Октисюк ЖС. Обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в Україні. Abstracts of XVIII International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 133-134. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/TOPICS-OF-RESEARCH-IN-SCIENTIFIC-AND-EDUCATIONAL-ACTIVITIES.pdf

2. [122] Гойда НГ, Октисюк ЖС. Планування сім'ї - один з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я». 2022; Полтава, с. 17-18.

ВИСНОВКИ

Комплексним медико-соціальним дослідженням доведено необхідність інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, що потребувало наукового обґрунтування та розробки функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, яка при практичному застосуванні всіх складових призведе до збереження репродуктивного здоров'я жінок.

1. З'ясовано, що інтеграція послуг на сьогодні є стратегічним напрямком у межах національної та міжнародної політики в галузі охорони здоров'я. Потреба в інтегрованій, скоординованій медичній допомозі в Україні постійно зростає. Дослідження світового досвіду інтегрованого надання послуг первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку вказують на необхідність даної інтеграції в кожній країні, а також на потребу проведення додаткових досліджень для її вивчення.
2. Виявлено позитивну динаміку з 2015 по 2021 рік щодо зменшення частоти захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом (частота захворюваності на сифіліс зменшилася з 5,9 до 2,7 на 100000 жінок (в 2,2 раза); на гонококову інфекцію зменшилася з 8,2 до 1,9 на 100000 жінок (в 4,3 раза); на хламідійну інфекцію зменшилася з 54,5 до 16,8 на 100000 жінок (в 3,2 раза); на трихомоніаз зменшилася з 182,5 до 57,4 на 100000 жінок) , що може свідчити про ефективність заходів з профілактики даних інфекцій та з планування сім'ї, що були складовими Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації», а також про значне підвищення інформованості жінок щодо даної проблеми та ефективне проведення просвітницьких заходів; з'ясовано, що відбулося суттєве зниження сумарної частоти абортів в Україні та подовження цієї

позитивної динаміки: з 9,80 у 2015 році до 5,71 у 2021 році на 1000 жінок фертильного віку (зменшилася в 1,7 раз) та зокрема медичних легальних абортів до 12 тиж. вагітності (зменшилася в 2 рази); встановлено, що відбулася стабілізація з 2015 по 2021 рік щодо частоти захворюваності на кремі онкогінекологічні нозології: злоякісні новоутворення молочної залози, тіла матки, яєчників, а також позитивна тенденція щодо зменшення частоти захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки (частота захворюваності на злоякісні новоутворення шийки матки зменшилася в 1,2 раза: з 18,0 до 14,8 на 100000 населення), що може свідчити про ефективність заходів з профілактики та раннього виявлення її змін, а також про підвищення інформованості жіночого населення щодо даної проблеми.

3. З’ясовано, що більшість опитаних жінок (від 63,4% до 100%), незалежно від віку та рівня освіти «готові» або «швидше готові, ніж не готові» отримувати послуги акушерсько-гінекологічної допомоги у лікарів загальної практики-сімейної медицини.
4. Виявлено, що більшість (більше 80%) лікарів загальної практики-сімейної медицини підтримали лише 5 з 13 запропонованих акушерсько-гінекологічних послуг (консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу, консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності, консультування щодо використання різних методів контрацепції, огляд і пальпація молочних залоз, направлення жінок на вищий рівень акушерсько-гінекологічної допомоги), але надавати їх готові лише 54,74% лікарів ЗПСМ; більшість (більше 59%) лікарів акушерів-гінекологів підтримали 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надавати лікарі ЗПСМ, та лише 51,02% лікарів акушерів-гінекологів готові до надання даних послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини; більшість (більше 69%)

організаторів охорони здоров'я підтримали лише 6 з 13 акушерсько-гінекологічних послуг, які можуть надавати лікарі ЗПСМ, та лише 48,98% організаторів охорони здоров'я готові до надання даних видів послуг лікарями загальної практики-сімейної медицини. Встановлено, що отримані результати опитування не залежать від віку, стажу роботи за фахом та від кваліфікаційної категорії лікарів ЗПСМ, акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я ($p>0,05$).

5. Показано, що більше 50% лікарів ЗПСМ оцінили свій рівень теоретичної та практичної підготовки як «потребує покращення» та «незадовільний» щодо більшості запропонованих питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги; більше 55% лікарів акушерів-гінекологів негативно оцінюють рівень теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань надання акушерсько-гінекологічної допомоги, що робить необхідним здійснення удосконалення освітніх планів і програм підготовки в ВНЗ та закладах післядипломної освіти та удосконалення і розробку нових програм БПР для підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги.
6. Встановлено, що лікарі ЗПСМ, лікарі акушери гінекологи, організатори охорони здоров'я оцінили матеріально-технічну базу більше, ніж 50% закладів ПМСД , як таку що «не відповідає» або лише «частково відповідає» вимогам щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями ЗПСМ, що потребує здійснення заходів для забезпечення закладів ПМСД засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг.
7. Здійснено наукове обґрунтування та розробку функціонально-організаційної моделі організації інтегрованого надання первинної

медичної допомоги жінкам репродуктивного віку, складовими якої стали: просвітницька, профілактична робота з жінками репродуктивного віку, застосування науково-освітніх технологій для лікарів ЗПСМ, лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я, а також організаційні складові: науково-правове, організаційно-методичне забезпечення, матеріально-технічне забезпечення та науково-інформаційне забезпечення, що в разі комплексного застосування забезпечать інтегроване надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку.

8. Розроблена функціонально-організаційна модель організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку отримала узгоджену експертну оцінку за 10-бальною шкалою як в цілому (9,7±0,64), так і за її організаційними складовими: забезпечення підвищення інформованості жінок репродуктивного віку з питань збереження репродуктивного здоров'я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг (9,5±0,59), забезпечення удосконалення підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги (9,3±0,64), забезпечення розширення знань лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я щодо інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні (9,5±0,59), покращення матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг (9,6±0,58), запровадження нових механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою (9,2±0,93), розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку (9,9±0,30), що дозволяє рекомендувати її для впровадження у систему охорони здоров'я України.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. WHO Regional Office for Europe; 2012. Health 2020 A European policy framework and strategy for the 21st century. Available from: https://pns.dgs.pt/files/2022/02/Health2020-Long.pdf

2. Лехан В.М., Гінзбург В.Г., Волчек В.В., Горбань А. Є. Інтеграція медичної допомоги як технологія підвищення ефективності системи охорони здоров'я. Методичні рекомендації. 2015; Київ. Доступно на: https://core.ac.uk/download/pdf/149277462.pdf

3. Khatri RB, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Erku D, Endalamaw A, Assefa Y. People-centred primary health care: a scoping review. BMC Prim Care. 2023 Nov 9;24(1):236. doi: 10.1186/s12875-023-02194-3.

4. Peltonen J, Leino-Kilpi H, Heikkilä H, Rautava P, Tuomela K, Siekkinen M, Sulosaari V, Stolt M. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review. J Interprof Care. 2020 Mar-Apr;34(2):147-161. doi: 10.1080/13561820.2019.1637336.

5. Nolte E. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2018. How do we ensure that innovation in health service delivery and organization is implemented, sustained and spread? Available from: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/331980/Policy-brief-3-1997-8073-2018-eng.pdf?sequence=5&isAllowed=y

6. Nolte E, Knai C, Saltman R, editors. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies; 2014. Assessing chronic disease management in European health systems. Concepts and approaches. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK458642/

7. Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together. A systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. J Interprof Care. 2020 May-Jun;34(3):332-342. doi: 10.1080/13561820.2019.1636007.

8. Schulte T, Bohnet-Joschko S. How can Big Data Analytics Support People-Centred and Integrated Health Services: A Scoping Review. Int J Integr Care. 2022 Jun 16;22(2):23. doi: 10.5334/ijic.5543.

9. Karam M, Brault I, Van Durme T, Macq J. Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. Int J Nurs Stud. 2018 Mar;79:70-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002.

10. Braam A, Buljac-Samardzic M, Hilders CGJM, van Wijngaarden JDH. Collaboration Between Physicians from Different Medical Specialties in Hospital Settings: A Systematic Review. J Multidiscip Healthc. 2022 Oct 7;15:2277-2300. doi: 10.2147/JMDH.S376927.

11. Lackie K, Miller S, Brown M, Mireault A, Helwig M, Beatty L, Picketts L, Stilwell P, Houk S. Interprofessional collaboration between health professional learners when breaking bad news: a scoping review of teaching approaches. JBI Evid Synth. 2024 Jun 1;22(6):1071-1102. doi: 10.11124/JBIES-22-00437.

12. Hanskamp-Sebregts M, van Gurp PJ, Braspenning J. Design and Validation of a Questionnaire to Measure Interprofessional Collaborative Practice for Auditing Integrated Hospital Care: Empirical Research. J Contin Educ Health Prof. 2024 Jul 1;44(3):171-179. doi: 10.1097/CEH.0000000000000544.

13. Moloi H, Daniels K, Brooke-Sumner C, Cooper S, Odendaal WA, Thorne M, Akama E, Leon N. Healthcare workers' perceptions and experiences of primary healthcare integration: a scoping review of qualitative evidence. Cochrane Database Syst Rev. 2023 Jul 19;7(7):CD013603. doi: 10.1002/14651858.CD013603.pub3.

14. Peltonen J, Leino-Kilpi H, Heikkilä H, Rautava P, Tuomela K, Siekkinen M, Sulosaari V, Stolt M. Instruments measuring interprofessional collaboration in healthcare - a scoping review. J Interprof Care. 2020 Mar-Apr;34(2):147-161. doi: 10.1080/13561820.2019.1637336.

15. Lennox-Chhugani N. Inter-Disciplinary Work in the Context of Integrated Care - a Theoretical and Methodological Framework. Int J Integr Care. 2023 Jun 19;23(2):29. doi: 10.5334/ijic.7544.

16. Mitchell C, Tazzyman A, Howard SJ, Hodgson D. More that unites us than divides us? A qualitative study of integration of community health and social care services. BMC Fam Pract. 2020 May 29;21(1):96. doi: 10.1186/s12875-020-01168-z.

17. McDermott I, Checkland K, Moran V, Warwick-Giles L. Achieving integrated care through commissioning of primary care services in the English NHS: a qualitative analysis. BMJ Open. 2019 Apr 1;9(4):e027622. doi: 10.1136/bmjopen-2018-027622.

18. Singer SJ, Kerrissey M, Friedberg M, Phillips R. A Comprehensive Theory of Integration. Med Care Res Rev. 2020. Apr; 77(2): 196–207. doi: 10.1177/1077558718767000.

19. Harris R, Fletcher S, Sims S, Ross F, Brearley S, Manthorpe J. Developing programme theories of leadership for integrated health and social care teams and systems: a realist synthesis. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2022 Mar. doi: 10.3310/WPNG1013.

20. Sims S, Fletcher S, Brearley S, Ross F, Manthorpe J, Harris R. What does Success Look Like for Leaders of Integrated Health and Social Care Systems? a Realist Review. Int J Integr Care. 2021 Nov 26;21(4):26. doi: 10.5334/ijic.5936.

21. Lennox-Chhugani N. Integrated Care – Defining for the Future through the Eye of the Beholder. International Journal of Integrated Care. 2021. Sep 20; 21(3): 13. doi: 10.5334/ijic.6427.

22. Lewis RQ, Checkland K, Durand MA, Ling T, Mays N, Roland M, et al. Integrated Care in England – what can we Learn from a Decade of National Pilot Programmes? International Journal of Integrated Care. 2021. Oct 29; 21(4): 5. doi: 10.5334/ijic.5631.

23. Best S, Williams S. Professional identity in interprofessional teams: findings from a scoping review. Journal of Interprofessional Care. 2019. Mar 4; 33(2): 170–81. doi: 10.1080/13561820.2018.1536040.

24. Nasir L, Robert G, Fischer M, Norman I, Murrells T, Schofield P. Facilitating knowledge exchange between health-care sectors, organisations and professions: a longitudinal mixed-methods study of boundary-spanning processes and their impact on health-care quality. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2013 Oct. doi: 10.3310/hsdr01070.

25. Curry L, Ayedun A, Cherlin E, Taylor B, Castle-Clarke S, Linnander E. The role of leadership in times of systems disruption: a qualitative study of health and social care integration. BMJ Open. 2022 May 13;12(5):e054847. doi: 10.1136/bmjopen-2021-054847.

26. Taglione MS, Brown JB. Primary care engagement in health system change: a scoping review of common barriers and effective strategies. BMC Prim Care. 2023 Aug 8;24(1):157. doi: 10.1186/s12875-023-02117-2.

27. Hanlon N, Reay T, Snadden D, MacLeod M. Creating Partnerships to Achieve Health Care Reform: Moving Beyond a Politics of Scale? Int J Health Serv. 2019 Jan;49(1):51-67. doi: 10.1177/0020731418807094.

28. Гойда НГ, Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики в охороні здоров'я населення України. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2 (112). DOI: 10.30841/2786-720X.2.2025.331921. Доступно на: https://family-medicine.com.ua/article/view/331921/321404

29. United Nations. Convention on the elimination of all forms of discrimination against women [Internet]. New York; 1979. Available from: https://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/.

30. United Nations. Convention on the rights of the child [Internet]. New York; 1989. Available from: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-child.

31. United Nations. International convention on the elimination of all forms of racial discrimination [Internet]. New York; 1965. Available from: https://www.ohchr.org/en/instruments-mechanisms/instruments/international-convention-elimination-all-forms-racial.

32. Verkhovna Rada of Ukraine. Fundamentals of Ukrainian legislation on health care [Internet]. 2025. Law of Ukraine No 2801-XII; 2025 Jan 05. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12#Text.

33. Verkhovna Rada of Ukraine. On prohibition of reproductive human cloning. [Internet]. 2004. Law of Ukraine No 2231-IV; 2004 Dec 14. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2231-15#Text.

34. Verkhovna Rada of Ukraine. On protection of population against infectious diseases [Internet]. 2003. Law of Ukraine No 1645-III; 2025 March 06. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1645-14#Text.

35. Verkhovna Rada of Ukraine. On ensuring sanitary and epidemic safety of the population [Internet]. 1994. Law of Ukraine No 4004-XII; 1994 Feb 24. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4004-12#Text.

36. Verkhovna Rada of Ukraine. On prevention of Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) and social protection of population [Internet]. 2023. Law of Ukraine No 1972-XII; 2023 Oct 01. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1972-12#Text.

37. Verkhovna Rada of Ukraine. On amendments "On combating tuberculosis diseases" and other legislative acts of Ukraine. [Internet]. 2022. Law of Ukraine No 4565-VI; 2022 Sep 06. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4565-17#Text.

38. Verkhovna Rada of Ukraine. On psychiatric aid [Internet]. 2003. Law of Ukraine No 1489-III; 2023 Dec 12. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1489-14#Text.

39. Verkhovna Rada of Ukraine. On counteraction measures against illegal circulation of drugs, psychotropic substances and precursors and abuse of

them [Internet]. 2023 Law of Ukraine No 62/95-BP; 2023 Mar 31. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/62/95-%D0%B2%D1%80#Text.

40. Verkhovna Rada of Ukraine. On electric cardiostimulator implantation [Internet]. 2012. Law of Ukraine No 1950-III; 2012 Dec 05. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1950-14#Text.

41. Verkhovna Rada of Ukraine. On transplantation of organs and other human anatomic material [Internet]. 2019. Law of Ukraine No 1007-XIV; 2019 Jan 01. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1007-14#Text.

42. Verkhovna Rada of Ukraine. On medicinal products [Internet]. 2025. Law of Ukraine No 123/96-BP; 2025 Feb 28. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/123/96-%D0%B2%D1%80#Text.

43. Verkhovna Rada of Ukraine. On donation of blood and its components [Internet]. 2021. Law of Ukraine No 239/95-BP; 2021 Jan 25. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/239/95-%D0%B2%D1%80#Text.

44. Verkhovna Rada of Ukraine. On protection of personal data [Internet]. 2025. Law of Ukraine No 2297-VI; 2025 Jan 18. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2297-17#Text.

45. Verkhovna Rada of Ukraine. On information [Internet]. 2024. Law of Ukraine No 2657-XII; 2024 Nov 15. Available from: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2657-12#Text.

46. Berwick DM. Politics and Health Care. JAMA. 2018;320(14):1437-8. doi: 10.1001/jama.2018.12566.

47. Schneider EC. Health care as an ongoing policy project. N Engl J Med. 2020;383(5):405-08. doi: 10.1056/NEJMp2021701.

48. DeSalvo KB, Gracia JN. Health is more than health care. Ann Intern Med. 2020;172(2):66-7. doi: 10.7326/M19-3895.

49. Papanicolas I, Rajan D, Karanikolos M, Panteli D, Koch K, Khalid F, et al. Policy approaches to health system performance assessment. Bull World Health Organ. 2024;102(7):458A. doi: 10.2471/BLT.24.292104.

50. Papanicolas I, Cylus J, Alderwick H, Lorenzoni L. Policy questions as a guide for health systems' performance comparisons. Bull World Health Organ. 2024;102(7):550-2. doi: 10.2471/BLT.24.291635.

51. Rahman-Shepherd A, Balasubramaniam P, Gautham M, Hutchinson E, Kitutu FE, Marten R, et al. Conflicts of interest: an invisible force shaping health systems and policies. Lancet Glob Health. 2021;9(8):e1055-6. doi: 10.1016/S2214-109X(21)00202-3.

52. Greenley R, Rajan D, Koch K, Figueras J. How health systems contribute to societal goals. Bull World Health Organ. 2024;102(7):544-6. doi: 10.2471/BLT.24.291809.

53. Helderman JK. The crisis as catalyst for reframing health care policies in the European Union. Health Econ Policy Law. 2015;10(1):45-59. doi: 10.1017/S1744133114000231.

54. Liburd LC, Hall JE, Mpofu JJ, Williams SM, Bouye K, Penman-Aguilar A. Addressing health equity in public health practice: Frameworks, promising strategies, and measurement considerations. Annu Rev Public Health. 2020;41:417-32. doi: 10.1146/annurev-publhealth-040119-094119.

55. Martinsen DS, Schrama R. Networked Health care governance in the European Union. J Health Polit Policy Law. 2021;46(1):93-116. doi: 10.1215/03616878-8706627.

56. Borghi J, Ismail S, Hollway J, Kim RE, Sturmberg J, Brown G, et al. Viewing the global health system as a complex adaptive system – implications for research and practice. F1000Res. 2022;11:1147. doi: 10.12688/f1000research.126201.1.

57. Huttin CC. Policies for life sciences and healthcare in the global health framework. Technol Health Care. 2023;31(4):1497-504. doi: 10.3233/THC-220609.

58. Braithwaite J, Churruca K, Ellis LA, Leask E, Long JC, Sarkies M, et al. Resilient health care performance in the real world: fixing problems that never

happened. BMC Health Serv Res. 2024;24(1):1250. doi: 10.1186/s12913-024-11639-z.

59. Morton AJB. European health care systems and the emerging influence of european union competition policy. J Health Polit Policy Law. 2021;46(3):467-86. doi: 10.1215/03616878-8893557

60. Suter E, Oelke ND, Adair CE, Armitage GD. Ten key principles for successful health systems integration. Healthc Q. 2009;13 Spec No(Spec No):16-23. doi: 10.12927/hcq.2009.21092.

61. Robin Miller, Hilary Brown and Catherine Mangan. Integrated Care in Action: A Practical Guide for Health, Social Care and Housing Support. London: Jessica Kingsley Publishers, 2016. Available from: https://read.amazon.com/?asin=B01F2MNYNA&ref_=kwl_kr_sea_1

62. Laurola, HE. Integrated Care in Action: A Practical Guide for Health, Social Care and Housing Support. International Journal of Integrated Care, 2018; 18(3): 8, 1–2. doi: 10.5334/ijic.4199

63. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. 2019. Integrating Social Care into the Delivery of Health Care: Moving Upstream to Improve the Nation's Health. Washington, DC: The National Academies Press. doi:10.17226/25467 Available from: https://nap.nationalacademies.org/catalog/25467/integrating-social-care-into-the-delivery-of-health-care-moving

64. Poleshuck E, Possemato K, Johnson EM, Cohen AJ, Fogarty CT, Funderburk JS. Leveraging Integrated Primary Care to Address Patients' and Families' Unmet Social Needs: Aligning Practice with National Academy of Sciences, Engineering and Medicine Recommendations. J Am Board Fam Med. 2022 Jan-Feb;35(1):185-189. doi: 10.3122/jabfm.2022.01

65. Shcherbinska OS, Slabkiy HO. 324. The priority directions of integration of obstetrical and gynecological care to the female population of Ukraine at the primary level. Wiad Lek. 2021;74(3 cz 2):647-651. doi: 10.36740/WLek202103215

66. Shcherbinska OS, Slabkiy GO, Bilak-Lukyanchuk VY. Current issues on provision of services to women during pregnancy and postpartum period by family doctors. Wiad lek. 2020;73(11):2421-6. doi: 10.36740/WLek202011116

67. Rusnak I, Kotsyubynska Yu, Zhivchenko K, editors. Scientific basis of modern medicine: collective monograph. Boston: Primedia eLaunch; 2020, Shcherbinska O, Slabkiy G. Integration of obstetric and gynecological care for women at the primary level of medical care, p. 182-8. Available from: https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/30199

68. Shcherbinska O.S., Slabkiy G.O. Alhorytm pidhotovky systemy pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy do nadannia kompleksnoi medychnoi dopomohy zhinkam [Algorithm of preparation of the system of primary health care to providing comprehensive medical aid to women]. Ukr. Zdor. Nacii. 2020. 3 (60) doi: 10.24144/2077-6594.3.2020.208614 [in Ukrainian].

69. Donets V. Ye. Obgruntuvannia modeli systemy perynatalnoi dopomohy na rehionalnomu rivni [Justification of the perinatal care system model at the regional level]. Thesis abstract. 2013, p.153-61. Available from: https://uacademic.info/ua/document/0413U002598 [in Ukrainian].

70. Zhylka NY, Shcherbinska OS, GoidaNH, Golubchikov MV. The impact of national strategies for preserving reproductive health on the improvement of the demographic situation in Ukraine. Reproductive Health of Woman. 2024;75(4):8-15, doi: 10.30841/2708-8731.4.2024.308990.

71. Lekhan VM, Hinzburh VG, Kriachkova LV, Shevchenko MV. [A new mode of primary health care-pilot regions experience]. Wiad Lek. 2014;67(2 Pt 2):210-4. PMID: 25796828. Available from: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25796828/ [in Ukrainian].

72. Manze MG, Calixte C, Romero DR, Roberts L, Perlman M, Langston A, Jones HE. Physician perspectives on routine pregnancy intention screening and counseling in primary care. Contraception. 2020 Feb;101(2):91-96. doi: 10.1016/j.contraception.2019.11.004.

73. Romero D, Manze M, Roberts L, McGroarty A, Jones HE. Stakeholder perspectives in New York State on reproductive health and pregnancy intention screening in primary care: A qualitative study. Contraception. 2022 Aug;112:93-99. doi: 10.1016/j.contraception.2022.05.008.

74. Hall J, Chawla M, Watson D, Jacob CM, Schoenaker D, Connolly A, Barrett G, Stephenson J. Addressing reproductive health needs across the life course: an integrated, community-based model combining contraception and preconception care. Lancet Public Health. 2023 Jan;8(1):e76-e84. doi: 10.1016/S2468-2667(22)00254-7.

75. Summit AK, Chong E, Gold M. Abortion Provision by Family Physicians After Integrated Opt-Out Training in Residency. Fam Med. 2023 May;55(5):317-324. doi: 10.22454/FamMed.2023.526561.

76. Strasser J, Schenk E, Luo Q, Bodas M, Anderson O, Chen C. Training in Residency and Provision of Reproductive Health Services Among Family Medicine Physicians. JAMA Netw Open. 2023 Aug 1;6(8):e2330489. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2023.30489.

77. Mwamba B, Mayers P, Shea J. Sexual and reproductive health knowledge of postgraduate students at the University of Cape Town, in South Africa. Reprod Health. 2022 Dec 15;19(1):225. doi: 10.1186/s12978-022-01507-6.

78. Murphy NJ, Groen RS. Interprofessional Care in Obstetrics and Gynecology. Obstet Gynecol Clin North Am. 2022 Dec;49(4):841-868. doi: 10.1016/j.ogc.2022.08.006.

79. Blockley D, Stirrat G, Alexander K, Phillips S. Integrating Health and Social Care Services. Glob Adv Health Med. 2022 Aug 5;11:2164957X221117112. doi: 10.1177/2164957X221117112.

80. Kabakian-Khasholian T, Quezada-Yamamoto H, Ali A, Sahbani S, Afifi M, Rawaf S, El Rabbat M. Integration of sexual and reproductive health services in the provision of primary health care in the Arab States: status and a way forward. Sex Reprod Health Matters. 2020 Dec;28(2):1773693. doi: 10.1080/26410397.2020.1773693.

81. Quezada-Yamamoto H, Dubois E, Mastellos N, Rawaf S. Primary care integration of sexual and reproductive health services for chlamydia testing across WHO-Europe: a systematic review. BMJ Open. 2019 Oct 17;9(10):e031644. doi: 10.1136/bmjopen-2019-031644

82. Titiyos A, Mehretie Y, Alemayehu YK, Ejigu Y, Yitbarek K, Abraham Z, O'Connell KA, Kassaw J. Family planning integration in Ethiopia's primary health care system: a qualitative study on opportunities, challenges and best practices. Reprod Health. 2023 Dec 1;20(1):176. doi: 10.1186/s12978-023-01709-6.

83. Rezoliutsiia, pryiniata Heneralnoiu Asambleieiu OON 25 veresnia 2015 roku: Peretvorennia nashoho svitu: Poriadok dennyi u sferi staloho rozvytku do 2030 roku [Resolution adopted by the UN General Assembly on September 25, 2015: Transforming our world: The 2030 Agenda for Sustainable Development]. Available from: https://www.undp.org/ukraine/publications/transforming-our-world-2030-agenda-sustainable-development [in Ukrainian].

84. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Аналіз стану деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні. Український медичний часопис. 2022; 5(151). doi: 10.32471/umj.1680-3051.151.234026. Доступно на: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-234026-analiz-deyakih-pokaznikiv-reproduktivnogo-zdorov-ya-zhinochogo-naselennya-v-ukrayini

85. Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Укр. Здор. нації. 2023;1(71):51-9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09. 234026

86. Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2006 р. № 1849. Про затвердження Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації" на період до 2015 року. Режим доступу: https://www.kmu.gov.ua/npas/61854426

87. Doroslyi pohliad na svit. Narodzhuvanist v Ukraini znyzylasia na 40% za 10 rokiv [An adult view of the world. The birth rate in Ukraine has decreased by 40% in 10 years] (2021) Kyiv: Vydavnytstvo Doroslyi pohliad na svit LB.ua.

Available from: https://lb.ua/society/2021/03/09/479412_narodzhuvanist_ukraini_znizilasya.html [in Ukrainian].

88. United States Agency for International Development. Romanian Family Health Initiative (2008). Country information. Boston: JSI Research & Training Institute. Available from: http://www.unicef.org/infobycountry/romania_statistics.html#67

89. У 2023 році в Україні очікується "катастрофічне" падіння народжуваності [Електронний ресурс]. Доступно на: https://suspilne.media/346718-u-2023-roci-v-ukraini-ocikuetsa-katastroficne-padinna-narodzuvanosti-institut-demografii/

90. Народжуваність і смертність в Україні [Електронний ресурс]. Доступно на: https://suspilne.media/381881-ne-varto-mriati-pro-nezdijsnenne-90-bizenciv-ne-povernutsa-v-ukrainu-direktorka-institutu-demografii

91. Державна служба статистики України. Доступно на: https://www.ukrstat.gov.ua/operativ/menu/menu_u/ds.htm

92. Курило ІО, Аксьонова СЮ, Гаврилюк ОК, Гнатюк ТО, Думанська ВП, Корнійчук ОП, Крімер БО, Левчук НМ, Майданік ІП, Позняк ОВ, Рингач НО, Слюсар ЛІ, Шевчук ПЄ. Населення України: нариси про демографічний стан країни у перше тридцятиріччя незалежності. Київ: Наукова думка; 2023. с.12-4, 43-6. Доступно на: https://ekmair.ukma.edu.ua/server/api/core/bitstreams/95133bcb-99a1-47f9-89a6-c36e943e0077/content

93. Aksyonova, SYu. (2022). Kompensatsiinyi pryrist narodzhuvanosti v Ukraini: Ochikuvannia, chynnyky, perepony [Rebound in Fertility in Ukraine: Expectations, Factors, Obstacles]. Demohrafiia Ta Sotsialna Ekonomika - Demography and Social Economy,4(50):3-22. doi: 10.15407/dse2022.04.003

94. Myrskylä M, Kohler H, Billari F. High Development and Fertility: Fertility at Older Reproductive Ages and Gender quality Explain the Positive Link. Population Studies Center, University of Pennsylvania, PSC Working Paper Series,

2011. [E-resource]. Available from: http://repository.upenn.edu/psc_working_papers/30

95. Sobotka T, Skirbekk V, Philipov D. Economic recession and fertility in the developed world. Popul Dev Rev. 2011;37(2):267-306. doi: 10.1111/j.1728-4457.2011.00411.x.

96. Статистичні дані за 2022 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXII.html

97. Статистичні дані за 2018 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVIII.html

98. Zabolotko V.M. Monitorynh stanu zdorovia materi ta dytyny. Rodova dopomoha ta vidomosti pro novonarodzhenykh [Monitoring of the mother's and child's health. Maternity care and information about newborns]. Analitychno-statystychnyi dovidnyk- Analytical and statistical handbook, Kyiv, 2022. c.87 [in Ukrainian].

99. World Health Organization. Guidelines for the management of symptomatic sexually transmitted infections. 2021. Available from: https://www.who.int/publications/i/item/9789240024168

100. World Health Organization. Sexually transmitted infections (STIs). Available from: https://www.who.int/health-topics/sexually-transmitted-infections#tab=tab_1

101. Центр громадського здоров’я МОЗ України. Інфекції, що передаються статевим шляхом. [Електронний ресурс]. Режим доступу : https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/infekcii-scho-peredayutsya-statevim-shlyakhom-ipssh

102. Жилка Н.Я., Миронюк І.С., Слабкий Г. О. Характеристика деяких показників репродуктивного здоров’я жіночого населення України. Wiadomości Lekarskie 2018;71(9):1803-1808.

103. Слабкий Г.О., Миронюк І.С,, Щербінська О.С. Захворювання жінок України на інфекції, що передаються статевим шляхом, як проблема первинної медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2019;56(3):65-73. doi: 10.24144/2077-6594.3.2019.191636

104. Статистичні дані за 2015 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXV.html

105. Статистичні дані за 2016 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVI.html

106. Статистичні дані за 2017 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXVII.html

107.Статистичні дані за 2019 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу:http://medstat.gov.ua/ukr/MMXIX.html

108. Статистичні дані за 2020 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXX.html

109. Статистичні дані за 2021 рік. Центр медичної статистики МОЗ України [Електронний ресурс]. Режим доступу: http://medstat.gov.ua/ukr/MMXXI.html

110. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України та міста Києва: Матеріали четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров'я. Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку. 2022; Тернопіль, с.12-13

111. Слабкий ГО, Щербінська ОС. Характеристика абортів у жінок України. Економіка і право охорони здоров'я. 2019;1(9):70-4.

112. Щербінська ОС. Гінекологічні проблеми дитячого віку як проблема громадського здоров’я та сімейної медицини. Україна. Здоров’я нації. 2020;58(1):57-61.

113. Гойда Н.Г., Щербінська О.С. Аналіз онкогінекологічної захворюваності та роль сімейної медицини в поліпшенні основних показників раннього виявлення візуальних форм. Сімейна мед. 2020;(1-2):68-70.

114. Розпорядження Кабінету Міністрів України від 27 квітня 2006 р. № 244-р про створення концепції Державної програми "Репродуктивне здоров'я нації на 2006-2015 роки". Режим доступу: https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/244-2006-%D1%80#Text

115. Goida NG, Oktysiuk ZS. Results of the study of the attitude of women of reproductive age to the integrated gynecological care provision by family physicians. Wiad Lek. 2024;77(3):506-513. doi: 10.36740/WLek202403120. Доступно на: https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2024/WiadLek2024i3.pdf

116. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз результатів дослідження ставлення та готовності організаторів охорони здоров’я до імплементації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарям загальної практики-сімейної медицини в Україні. Abstracts of XXI International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 131-132. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-SCIENCE-PROBLEMS-NEW-AND-RELEVANT-DEVELOPMENTS.pdf

117. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз окремих складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку Український медичний часопис. 2025. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.265870. Доступно на: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-265870-analiz-okremih-skladovih-shho-

vplivayut-na-realizatsiyu-integrovanogo-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-zhinkam-reproduktivnogo-viku

118. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини України з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference. 2025; Krakow, Poland, pp. 101-102. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/SCIENTIFIC-TRENDS-HISTORY-DEVELOPMENT-AND-EXISTING-PROBLEMS.pdf

119. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я України пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Abstracts of XX International Scientific and Practical Conference. 2025; Plovdiv, Bulgaria. pp. 122-123. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/CURRENT-PROBLEMS-OF-THE-DEVELOPMENT-OF-SCIENCE-AND-MODERN-WAYS-OF-IMPROVEMENT.pdf

120. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Оцінка можливостей закладів первинної медико-санітарної допомоги України щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я. Abstracts of XVII International Scientific and Practical Conference. 2025; Munich, Germany, pp. 106-107. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/THE-LATEST-TECHNOLOGIES-OF-SCIENCE-IMPLEMENTED-IN-USE.pdf

121. Октисюк ЖС. Обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в Україні. Abstracts of XVIII International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 133-134. Available from: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/TOPICS-OF-RESEARCH-IN-SCIENTIFIC-AND-EDUCATIONAL-ACTIVITIES.pdf

122. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Планування сім’ї - один з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров’я». 2022; Полтава, с. 17-18.

ДОДАТКИ

Додаток А

Список публікацій здобувача за темою дисертації

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації:

1. Goida NG, Oktysiuk ZS. Results of the study of the attitude of women of reproductive age to the integrated gynecological care provision by family physicians». Wiad Lek. 2024;77(3):506-513. doi: 10.36740/WLek202403120. Доступно на: https://wiadlek.pl/wp-content/uploads/archive/2024/WiadLek2024i3.pdf

2. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Аналіз стану деяких показників репродуктивного здоров'я жіночого населення в Україні. Український медичний часопис. 2022; 5(151). doi: 10.32471/umj.1680-3051.151.234026. Доступно на: https://umj.com.ua/uk/publikatsia-234026-analiz-deyakih-pokaznikiv-reproduktivnogo-zdorov-ya-zhinochogo-naselennya-v-ukrayini

3. Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Гойда НГ, Дудіна ОО, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Стан репродуктивного здоров'я жінок України. Укр. Здор. нації. 2023;1(71):51-9. doi: 10.32782/2077-6594/2023.1/09 Доступно на: https://journals.uzhnu.uz.ua/index.php/health/article/view/737

4. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз окремих складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку Український медичний часопис. 2025. DOI: 10.32471/umj.1680-3051.265870. Доступно на: www.umj.com.ua/uk/publikatsia-265870-analiz-okremih-skladovih-shho-vplivayut-na-realizatsiyu-integrovanogo-nadannya-pervinnoyi-medichnoyi-dopomogi-zhinkam-reproduktivnogo-viku

5. Гойда НГ, Моісеєнко РО, Жилка НЯ, Голубчиков МВ, Октисюк ЖС. Нормативно-правове забезпечення реалізації державної політики в

охороні здоров’я населення України. Сімейна медицина. Європейські практики. 2025;2 (112). DOI: 10.30841/2786-720X.2.2025.331921. Доступно на: https://family-medicine.com.ua/article/view/331921/321404

Опубліковані праці апробаційного характеру:

6. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Планування сім’ї - один з пріоритетних напрямків в роботі лікаря загальної практики-сімейної медицини. Матеріали всеукраїнської науково-практичної конференції з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров’я». 2022; Полтава, с. 17-18.

7. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Стан захворюваності на інфекції, що передаються статевим шляхом серед жіночого населення України та міста Києва: Матеріали четвертого наук. симп. з міжнар. участю з громад. здоров’я. Громадське здоров’я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку. 2022; Тернопіль, с.12-13.

8. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз самооцінки рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини України з деяких питань щодо надання акушерсько-гінекологічної допомоги. Abstracts of XVI International Scientific and Practical Conference. 2025; Krakow, Poland, pp. 101-102. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/SCIENTIFIC-TRENDS-HISTORY-DEVELOPMENT-AND-EXISTING-PROBLEMS.pdf

9. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз результатів дослідження ставлення та готовності організаторів охорони здоров’я до імплементації інтегрованого надання акушерсько-гінекологічної допомоги лікарям загальної практики-сімейної медицини в Україні. Abstracts of XXI International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 131-132. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/MODERN-TECHNOLOGIES-AND-SCIENCE-

PROBLEMS-NEW-AND-RELEVANT-DEVELOPMENTS.pdf

10. Гойда НГ, Октисюк ЖС. Оцінка можливостей закладів первинної медико-санітарної допомоги України щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я. Abstracts of XVII International Scientific and Practical Conference. 2025; Munich, Germany, pp. 106-107. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/THE-LATEST-TECHNOLOGIES-OF-SCIENCE-IMPLEMENTED-IN-USE.pdf

11. Октисюк ЖС, Гойда НГ. Аналіз оцінки організаторами охорони здоров'я України пріоритетності організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку. Abstracts of XX International Scientific and Practical Conference. 2025; Plovdiv, Bulgaria. pp. 122-123. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/05/CURRENT-PROBLEMS-OF-THE-DEVELOPMENT-OF-SCIENCE-AND-MODERN-WAYS-OF-IMPROVEMENT.pdf

12. Октисюк ЖС. Обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку в Україні. Abstracts of XVIII International Scientific and Practical Conference. 2025; Zaragoza, Spain, pp. 133-134. Доступно на: https://eu-conf.com/wp-content/uploads/2025/03/TOPICS-OF-RESEARCH-IN-SCIENTIFIC-AND-EDUCATIONAL-ACTIVITIES.pdf

Додаток Б

Відомості про апробацію результатів дисертації

Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладені в доповідях та тезах доповідей, представлених автором на міжнародному та національному рівні:

1. Всеукраїнська науково-практична конференція з міжнародною участю «Полтавські дні громадського здоров'я», 27 травня 2022 року, м. Полтава, Україна. *(форма участі: тези).*
2. Четвертий науковий симпозіум з міжнародною участю з громадського здоров'я «Громадське здоров'я в соціальному і освітньому просторі - виклики в умовах глобалізації суспільства та перспективи розвитку». 21-23 вересня 2022 року, м. Тернопіль, Україна. (*форма участі: тези).*
3. Науково-практична конференція з міжнародною участю «Європейські стандарти діагностики та лікування найпоширеніших захворювань дитячого віку», 02-03 травня 2024 року, м. Тернопіль, Україна. *(форма участі: усна доповідь).*
4. Науково-практична конференція до Всесвітнього дня здоров'я 2025 року «Здоровий початок – запорука благополучного майбутнього», 4 квітня, 2025р., м. Київ, Україна. *(форма участі: усна доповідь).*
5. XVI Міжнародна науково-практична конференція «Scientific trends: history, development and existing problems», 21-23 квітня 2025 р., Краків, Польща. *(форма участі:тези).*
6. XVII Міжнародна науково-практична конференція «The latest technologies of science implemented in use», 28-30 квітня 2025 р., Мюнхен, Німеччина. *(форма участі: тези).*
7. XVIII Міжнародна науково-практична конференція «Topics of research in scientific and educational activities», 05-07 травня 2025 р., Сарагоса, Іспанія. *(форма участі: тези).*

8. XX Міжнародна науковопрактична конференція «Current problems of the development of science and modern ways of improvement», 19-21 травня 2025 р., Пловдів, Болгарія. *(форма участі: тези).*
9. XXI Міжнародна науково-практична конференція «Modern technologies and science: problems, new and relevant developments», 26-28 травня 2025 р., Сарагоса, Іспанія. *(форма участі: тези).*

Додаток В-1

Анкета соціологічного опитування жінок репродуктивного віку щодо вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Шановні жінки! Проводиться вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною. Жодних посилань на Вас, як автора відповідей, зроблено не буде. Результати дослідження будуть використані в узагальненому вигляді в наукових цілях. Участь в дослідженні є добровільною.

I. Загальні питання (необхідне просимо відмітити +)

1. **Вік**

До 20 років	20-30 років	31-40 років	41-49 років

2. **Освіта**

Вища повна	Вища неповна	Середня

3. **Місце проживання**

Місто	Сільська місцевість

II. Ставлення та готовність до інтегрованого надання первинної медичної допомоги

1) Оцініть Ваше ставлення до послуг, які можуть Вам надаватися лікарями загальної практики-сімейної медицини (необхідне просимо відмітити +)

Види медичних послуг	Оцінка	
	Підтримую	Не підтримую
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності		
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції		
Консультування з питань профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом та ВІЛ/СНІДу		
Огляд шийки матки в дзеркалах		
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу		
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження		
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження		
Проведення дослідження шийки матки для		

виявлення доброякісних та злоякісних змін		
Діагностика та лікування інфекцій, що передаються статевим шляхом		
Огляд та пальпація молочних залоз		
Ведення неускладненої вагітності		
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді		
Скерування жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги (при необхідності)		

2) Вкажіть, чи готові Ви отримувати вищезазначені види послуг, які Ви підтримали, у лікарів загальної практики-сімейної медицини
(необхідне просимо відмітити +)

Готовність	**Оцінка**
Готові	
Швидше готові, ніж не готові	
Швидше не готові, ніж готові	
Не готові	

Дякуємо за надані відповіді!

Додаток В-2

Анкета соціологічного опитування лікарів загальної практики-сімейної медицини щодо вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Шановні лікарі загальної практики-сімейної медицини! Проводиться вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. Просимо Вас відповісти на питання анкети.

Анкета є анонімною. Жодних посилань на Вас, як автора відповідей, зроблено не буде.

Результати дослідження будуть використані в узагальненому вигляді в наукових цілях. Участь в дослідженні є добровільною.

I. Загальні питання (необхідне просимо відмітити +)

1. Вік

До 30 років	30-45 років	45-60 років	Більше 60 років

2. Стаж роботи за фахом

До 5 років	5-10 років	10-20 років	Більше 20 років

3. Кваліфікаційна категорія

Не маю	Друга	Перша	Вища

4. Науковий ступінь

Відсутній	Доктор філософії	Доктор наук

5. Чи надаєте в своїй практиці первинну акушерсько-гінекологічну допомогу?

Так	Ні

6. Вкажіть, де Ви працюєте

м. Київ	Київська обл.	Інша обл. (вказати)

II. Ставлення та готовність до інтегрованого надання первинної медичної допомоги

1) Оцініть Ваше ставлення до послуг, які можуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини (необхідне просимо відмітити +)

Види медичних послуг	Оцінка	
	Підтримую	Не підтримую
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності		
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції		
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу		
Огляд шийки матки в дзеркалах		
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу		
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження		
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження		
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки		
Діагностика та лікування ІПСШ		
Огляд та пальпація молочних залоз		
Ведення неускладненої вагітності		
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді		
Скерування при необхідності жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги		

2) Вкажіть, чи готові Ви до надання вищезазначених видів послуг, які Ви підтримали (необхідне просимо відмітити +)

Готовність	Оцінка
Готові	
Швидше готові, ніж не готові	
Швидше не готові, ніж готові	
Не готові	

III. Визначення складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

1) Оцініть рівень Вашої теоретичної підготовки з наступних питань (необхідне просимо відмітити +):

Питання	Відмінний	Добрий	Задовільний	Потребує покращення	Незадовільний
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції					

Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу					
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз					
Діагностика та лікування ІПСШ					
Проведення кольпоскопії					
Ведення неускладненої вагітності					
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді					

2) Оцініть рівень Вашої практичної підготовки підготовки з наступних питань (необхідне просимо відмітити +):

Питання	Відмінний	Добрий	Задовільний	Потребує покращення	Незадовільний
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції					
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу					
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз					
Діагностика та лікування ІПСШ					
Проведення кольпоскопії					
Ведення неускладненої вагітності					
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді					

IV. Оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я

Оцініть відповідність матеріально-технічної бази Вашого закладу по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку (необхідне просимо відмітити +)

Відповідність матеріально-технічної бази	**Оцінка**
Повністю відповідає	
Майже повністю відповідає	
Частково відповідає	
Не відповідає	

Дякуємо за надані відповіді!

Додаток В-3

Анкета соціологічного опитування лікарів акушерів-гінекологів щодо вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Шановні акушери-гінекологи! Проводиться вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. Просимо Вас відповісти на питання анкети.
Анкета є анонімною. Жодних посилань на Вас, як автора відповідей, зроблено не буде.
Результати дослідження будуть використані в узагальненому вигляді в наукових цілях. Участь в дослідженні є добровільною.

I. Загальні питання (необхідне просимо відмітити +)

1. **Вік**

До 30 років	30-45 років	45-60 років	Більше 60 років

2. **Стаж роботи за фахом**

До 5 років	5-10 років	10-20 років	Більше 10 років

3. **Кваліфікаційна категорія**

Не маю	Друга	Перша	Вища

4. **Вид медичної допомоги, який Ви надаєте**

Амбулаторно-поліклінічна	Стаціонарна

5. **Науковий ступінь**

Відсутній	Доктор філософії	Доктор наук

6. **Вкажіть, де Ви працюєте**

м. Київ	Київська обл.	Інша обл. (вказати)

II. Ставлення та готовність до інтегрованого надання первинної медичної допомоги

1) Оцініть Ваше ставлення до послуг, які можуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини (необхідне просимо відмітити +)

Види медичних послуг	Оцінка	
	Підтримую	Не підтримую

Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності		
Консультування щодо застосування різних методів контрацепції		
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу		
Огляд шийки матки в дзеркалах		
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу		
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження		
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження		
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки		
Діагностика та лікування ІПСШ		
Огляд та пальпація молочних залоз		
Ведення неускладненої вагітності		
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді		
Скерування при необхідності жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги		

2) Вкажіть, чи готові Ви до того, що вищезазначені види послуг, які Ви підтримали, будуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини медицини (необхідне просимо відмітити +)

Готовність	**Оцінка**
Готові	
Швидше готові, ніж не готові	
Швидше не готові, ніж готові	
Не готові	

III. Визначення складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

1) Оцініть рівень теоретичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з наступних питань (необхідне просимо відмітити +):

Питання	Відмінний	Добрий	Задовільний	Потребує покращення	Незадовільний
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції					
Профілактика ІПСШ та					

ВІЛ/СНІДу					
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз					
Діагностика та лікування ІПСШ					
Проведення кольпоскопії					
Ведення неускладненої вагітності					
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді					

2) Оцініть рівень практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з наступних питань (необхідне просимо відмітити +):

Питання	Відмінний	Добрий	Задовільний	Потребує покращення	Незадовільний
Планування сім'ї, застосування різних методів контрацепції					
Профілактика ІПСШ та ВІЛ/СНІДу					
Обстеження органів малого тазу та молочних залоз					
Діагностика та лікування ІПСШ					
Проведення кольпоскопії					
Ведення неускладненої вагітності					
Медичний нагляд за жінками в післяпологовому періоді					

IV. Оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я

Оцініть відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню їх функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку (необхідне просимо відмітити +)

Відповідність матеріально-технічної бази	**Оцінка**
Повністю відповідає	
Майже повністю відповідає	
Частково відповідає	
Не відповідає	

Дякуємо за надані відповіді!

Додаток В-4

Анкета соціологічного опитування організаторів охорони здоров'я щодо вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Шановні організатори охорони здоров'я! Проводиться вивчення питань інтегрованого надання первинної медичної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку. Просимо Вас відповісти на питання анкети.
Анкета є анонімною. Жодних посилань на Вас, як автора відповідей, зроблено не буде.
Результати дослідження будуть використані в узагальненому вигляді в наукових цілях. Участь в дослідженні є добровільною.

I. Загальні питання (необхідне просимо відмітити +)

1. Вік

До 30 років	30-45 років	45-60 років	Більше 60 років

2. Стаж роботи за фахом

До 5 років	5-10 років	10-20років	Більше 20 років

3. Кваліфікаційна категорія

Відсутня	Друга	Перша	Вища

4. Науковий ступінь

Відсутній	Доктор філософії	Доктор наук

5. Чи надається в Вашому закладі первинна акушерсько-гінекологічна допомога?

Так	Ні

V. Ставлення та готовність до інтегрованого надання первинної медичної допомоги

1) Оцініть Ваше ставлення до послуг, які можуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини (необхідне просимо відмітити +)

Види медичних послуг	Оцінка	
	Підтримую	Не підтримую
Консультування з питань планування сім'ї та запобігання небажаній вагітності		
Консультування щодо застосування різних		

методів контрацепції		
Консультування з питань профілактики ІПСШ та ВІЛ/СНІДу		
Огляд шийки матки в дзеркалах		
Бімануальне обстеження або пальцеве ректальне обстеження органів малого тазу		
Забір вагінальних мазків для онкоцитологічного дослідження		
Забір вагінальних мазків для бактеріоскопічного дослідження		
Проведення кольпоскопії для виявлення доброякісних та злоякісних змін шийки матки		
Діагностика та лікування ІПСШ		
Огляд та пальпація молочних залоз		
Ведення неускладненої вагітності		
Медичний нагляд за жінками у післяпологовому періоді		
Скерування при необхідності жінок на вищий рівень надання акушерсько-гінекологічної допомоги		

2) Вкажіть, чи готові Ви до того, що вищезазначені види послуг, які Ви підтримали, будуть надавати лікарі загальної практики-сімейної медицини (необхідне просимо відмітити +)

Готовність	**Оцінка**
Готові	
Швидше готові, ніж не готові	
Швидше не готові, ніж готові	
Не готові	

VI. Визначення складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Оцініть пріоритетність організаційних складових, що впливають на реалізацію інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (просимо поставити оцінку від 1 до 5 в порядку збільшення пріоритетності)

Організаційні складові	**Оцінка пріоритетності**				
	1	**2**	**3**	**4**	**5**
Підвищення рівня теоретичної та практичної підготовки лікарів загальної практики-сімейної медицини з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги шляхом відвідування спеціалізованих заходів БПР					

Забезпечення сімейних амбулаторій засобами медичного призначення, необхідними для надання акушерсько-гінекологічних послуг					
Запровадження механізмів взаємодії між лікарями загальної практики-сімейної медицини та акушерсько-гінекологічною службою					
Забезпечення лікарів загальної практики-сімейної медицини методичними матеріалами для проведення просвітницької роботи серед жінок репродуктивного віку про можливості надання первинної акушерсько-гінекологічної допомоги лікарями загальної практики-сімейної медицини					
Формування у жінок репродуктивного віку прихильності отримувати акушерсько-гінекологічні послуги на первинному рівні надання медичної допомоги					

VII. Оцінка можливості закладів первинної медичної допомоги щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я

1) Оцініть відповідність матеріально-технічної бази закладів первинної медичної допомоги по забезпеченню функції з надання послуг з репродуктивного здоров'я лікарями загальної практики-сімейної медицини жінкам репродуктивного віку (необхідне просимо відмітити +)

Відповідність матеріально-технічної бази	Оцінка
Повністю відповідає	
Майже повністю відповідає	
Частково відповідає	
Не відповідає	

2) Оцініть можливості Вашого закладу щодо надання послуг з репродуктивного здоров'я враховуючи всі необхідні організаційні складові (необхідне просимо відмітити +)

Можливості закладу	Оцінка
Повністю відповідають	
Майже повністю відповідають	
Частково відповідають	
Не відповідають	

Дякуємо за надані відповіді!

Додаток Г

НУОЗ України ім. П. Л. Шупика
Кафедра управління охороною здоров'я
Анкета експерта з оцінки моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку

Шановні експерти!

Пропонуємо Вам, за Вашою згодою, надати оцінку запропонованій моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку (автор Октисюк Ж. С.) Конфіденційність інформації буде збережено. Заздалегідь вдячні за участь.
Кожну позицію пропонується оцінити за 10-бальною шкалою: від 1 до 10 балів.

№	Характеристики моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку	Оцінка в балах									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Орієнтованість моделі на інтегроване надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку										
2	Модель забезпечує підвищення інформованості жінок репродуктивного віку з питань збереження репродуктивного здоров'я та інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг										
3	Модель передбачає удосконалення підготовки лікарів ЗПСМ з питань первинної акушерсько-гінекологічної допомоги										
4	Модель забезпечує розширення знань лікарів акушерів-гінекологів та організаторів охорони здоров'я щодо інтегрованого надання акушерсько-гінекологічних послуг на первинному рівні										
5	Модель передбачає покращення матеріально-технічного забезпечення закладів ПМСД для можливості надання акушерсько-гінекологічних послуг										
6	Модель передбачає запровадження нових механізмів взаємодії між лікарями ЗПСМ та акушерсько-гінекологічною службою										
7	Модель передбачає розробку нових інформаційно-методичних матеріалів для просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку										

Лікарська категорія_____науковий ступінь_____

Посада_____

ПІБ_____ «___»_____підпис_____

Додаток Д-1

«Затверджую»
Проректор з науково-педагогічної роботи
Буковинського державного медичного університету
_____ Володимир ХОДОРОВСЬКИЙ
«22» 01 2025 р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Буковинський державний медичний університет, кафедра соціальної медицини та організації охорони здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** лютий-квітень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Завідувач кафедри
соціальної медицини та
організації охорони здоров'я,
доцент Ігор НАВЧУК

Додаток Д-2

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
Івано-Франківського
національного медичного університету
проф. Наталія КОЗАНЬ
«___» _____ 2025

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірантка Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Івано-Франківський національний медичний університет, кафедра громадського здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** у освітній процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Завідувачка кафедри
громадського здоров'я,
д. мед. наук, професорка Орина ДЕЦИК

Додаток Д-3

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
_____ проф. Іван МИРОНЮК
«22» 05 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра наук про здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** в освітній процес підготовки здобувачів другого та третього рівнів вищої освіти за спеціальністю «Громадське здоров'я» (матеріали лекцій та практичних занять), у наукову роботу кафедри.

Відповідальний за впровадження:
професор кафедри наук про здоров'я,
доктор медичних наук, професор Валерія БРИЧ

Додаток Д-4

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Проректор з наукової роботи
ДВНЗ «Ужгородський національний університет»
_____ проф. Іван МИРОНЮК
«12» лютого 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** ДВНЗ «Ужгородський національний університет», кафедра громадського здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
7. **Форма впровадження:** у навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Відповідальний за впровадження:
завідувач кафедри громадського здоров'я,
доктор медичних наук, професор Геннадій СЛАБКИЙ

Додаток Д-5

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Проректор з науково-педагогічної роботи

НУОЗ України ім. П. Л. Шупика

д. мед.н., проф., член-кор. НАМН України

Толстанов О. К.

«09» 04 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, кафедра управління охороною здоров'я.
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** у навчальний процес – в матеріали лекцій та практичних занять, у наукову роботу кафедри.

Професор кафедри
управління охороною здоров'я,
доктор медичних наук, професор Гойда Н. Г.

Додаток Д-6

ЗАТВЕРДЖУЮ

Генеральний директор

КНП «Кіровоградська обласна лікарня Кіровоградської обласної ради»

_____ Лариса АНДРЕЄВА

«13» _____ 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку», створення регіональних реєстрів жінок репродуктивного віку.
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** КНП «КОЛ Кіровоградської обласної ради», Перинатальний центр.
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** створення регіонального реєстру жінок репродуктивного віку.

Відповідальний за впровадження:
Заступник медичного директора з акушерсько-гінекологічної та неонатологічної допомоги **Тетяна МІТЄВА**

Додаток Д-7

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор
ТОВ «Фастмед Україна»
_____Штиль Ю. В.
«_16_» ____04_____ 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** матеріали дисертації на здобуття наукового ступеня доктора філософії.
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** ТОВ «Фастмед Україна»
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** внесення змін та доповнення до функціональних обов'язків лікарів загальної практики-сімейної медицини.

Відповідальний за впровадження: _____

Додаток Д-8

«ЗАТВЕРДЖУЮ»

Директор

КНП «ЦПМСД» з Свенціцького

роботу м. Київ Вупик О.Р.

« 10 **»** 04 **2025р.**

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** дисертація Октисюк Ж. С. на здобуття наукового ступеня доктора філософії: «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** КНП «ЦПМСД» _____
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** внесення змін та доповнення до функціональних обов'язків лікарів загальної практики-сімейної медицини, зокрема розширення просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку.

Відповідальний за впровадження Вупик О.Р.

Додаток Д-9

«ЗАТВЕРДЖУЮ»
Директор
КНП «ЦПМСД» Ставищенської
«15» _____ 2025р.

АКТ ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для впровадження:** «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
2. **Установа-розробник, її адреса, виконавці:** Національний університет охорони здоров'я України ім. П.Л. Шупика, вул. Дорогожицька 9, м. Київ, 04112, кафедра управління охороною здоров'я, аспірант Октисюк Ж.С.
3. **Джерело інформації:** дисертація Октисюк Ж. С. на здобуття наукового ступеня доктора філософії: «Медико-соціальне обґрунтування моделі організації інтегрованого надання первинної медичної допомоги жінкам репродуктивного віку».
4. **Базова установа, яка проводить впровадження:** КНП «ЦПМСД» Ставищенської сільської ради Білоцерківського району Київської обл. амбулаторія с. Іванівка
5. **Терміни впровадження:** лютий-червень 2025 року.
6. **Форма впровадження:** внесення змін та доповнення до функціональних обов'язків лікарів загальної практики-сімейної медицини, зокрема розширення просвітницької роботи з жінками репродуктивного віку.

Відповідальний за впровадження