



Обираючи сільську медицину під час війни

Розуміння чинників та бар'єрів, що формують сприйняття медичними працівниками залучення до надання послуг з охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні

Листопад 2025

Анотація

Система охорони здоров'я України стикається зі значними викликами в умовах триваючого конфлікту, системної нестабільності та зростаючих потреб у медичному обслуговуванні в сільських громадах, які недостатньо забезпечені послугами. Зміцнення первинної медичної допомоги в сільській місцевості вимагає розуміння того, що мотивує медичних працівників та студентів до участі в медичній практиці в сільській місцевості та які бар'єри заважають їм це робити. У цій оцінці, що проводилася з використанням змішаних методів, було поєднано три обговорення у фокус-групі зі структурованим опитуванням 406 респондентів у дев'яти областях, серед яких були сільські та міські медичні працівники та студенти, які навчаються на освітніх програмах, пов'язаних з охороною здоров'я. Результати дослідження виявили неоднозначне сприйняття медичної практики в сільській місцевості: хоча 56% респондентів вважають, що охорона здоров'я в сільській місцевості користується повагою, лише 26% бачать в ній хороші перспективи для кар'єрного зростання. Основними перешкодами є низька заробітна плата, погана інфраструктура, брак житла та обмежені можливості кар'єрного зростання, а в районах, що постраждали від конфлікту, – питання безпеки. Основними мотиваційними чинниками були переважно матеріальні (вища заробітна плата (30%), забезпечення житлом (18%) і допомога з транспортом (16%)), доповнені можливостями професійного розвитку. Респонденти цінують тісніші стосунки з пацієнтами та довіру громади, але підкреслюють, що ці переваги не можуть покрити системні прогалини. Понад 86% погодилися, що матеріальні стимули/пільги та покращення інфраструктури значно підвищили б бажання працювати в сільській місцевості. Зміцнення системи охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні потребує комплексного підходу, що поєднує фінансові стимули, житло, інфраструктуру, заходи безпеки та професійну підтримку. Ці результати лягли в основу рекомендацій щодо покращення доступу до первинної медичної допомоги та підвищення стійкості сільських громад під час та після кризи.

Ключові слова: система охорони здоров'я в сільській місцевості; первинна медична допомога; медичні працівники; політика охорони здоров'я; зміцнення системи охорони здоров'я; Україна

Запропоноване цитування: Ісайлович М. Обираючи сільську медицину під час війни: Розуміння чинників та бар'єрів, що формують сприйняття медичними працівниками залучення до надання послуг з охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні. Міжнародний комітет порятунку (IRC) 2025

Зміст

Подяки	5
Скорочення	6
Резюме	7
Вступ	9
Мета	13
Методологія	15
Результати	19
Уявлення	22
Бар'єри та мотиваційні чинники	25
Підтримка та інтеграція	28
Готовність та погляди	31
Воркшоп з валідації	36
Рекомендації	38
Підсумки та висновки	41
Посилання	43
Додаток 1	45
Додаток 2	47

Подяки

Ця оцінка була проведена командою з питань охорони здоров'я Міжнародного комітету порятунку (IRC) в Україні. Основним автором цього звіту є **д-р Марко Ісайлович**, координатор з питань охорони здоров'я, у співавторстві з **Данилом Лопатіним**, старшим фахівцем з моніторингу та оцінки з питань охорони здоров'я (MEAL), який надав методологічну підтримку. Ми висловлюємо подяку **Тетяні Демідовій**, провідному менеджеру з питань первинної медичної допомоги, та **Валерію Пантєсву**, фахівцю з підтримки партнерства відділу охорони здоров'я, за їхній технічний внесок у розробку дизайну дослідження, а також **Владиславу Шаульському**, фахівцю з підтримки програм у сфері охорони здоров'я, за логістичну підтримку впродовж усього процесу. Особлива подяка **Тамарі Кіптенко**, спеціалісту з регіонального контенту та цифрових технологій, за візуальний дизайн та **Бетані Орліковскі**, старшому координатору з питань партнерства, за коректуру та редакторську допомогу.

Ми також вдячні за цінний внесок учасникам **воркшопу з валідації**, що відбувся 14 листопада 2025 року в Києві, зокрема представникам державних установ, наукових кіл, медичним працівникам, а також національним та міжнародним організаціям. Їхні думки допомогли вдосконалити рекомендації та забезпечити їхню відповідність контексту системи охорони здоров'я України.

Насамкінець, ми дякуємо всім **медичним працівникам та студентам**, які присвятили свій час та поділилися своїми поглядами під час опитувань та обговорень у фокус-групі. Їхні погляди лягли в основу цього звіту та рекомендацій, що містяться в ньому.

Фотографії: **Тамара Кіптенко; Олександр Рупета**

Верстка та дизайн: **Тетяна Кабакова**

Скорочення

ЕКГ	електрокардіограф
ЕАГЗ	Європейський альянс громадського здоров'я
ЕС	Європейський Союз
ЕАЛСВМ	Європейська асоціація лікарів із сільської й віддаленої місцевості
ФАП	фельдшерсько-акушерські пункти
ФГД	фокус-групова дискусія
ГЗН	гендерно-зумовлене насильство
ЛЗП	лікар загальної практики
IRC	Міжнародний комітет порятунку
mhGAP	Програма ВООЗ з подолання прогалин у наданні послуг із психічного здоров'я
ПЗПСП	психічне здоров'я та психосоціальна підтримка
МОЗ	Міністерство охорони здоров'я
НІЗ	неінфекційне захворювання
НУО	неурядова організація
НСЗУ	Національна служба здоров'я України
ПМД	первинна медична допомога
ЦПМСД	Центр первинної медико-санітарної допомоги
СРЗ	сексуальне й репродуктивне здоров'я
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН
USD	долар США
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я

Резюме

У цьому звіті представлено результати оцінки, що проводилася з використанням змішаних методів, з метою визначення мотиваційних чинників, вивчення викликів та формування напрямів політики щодо залучення теперішніх і майбутніх медичних працівників до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні. Оцінка проводилася в умовах триваючої війни, системних проблем системи охорони здоров'я та зростаючих потреб у медичних послугах у сільських громадах України, які недостатньо забезпечені послугами.

Огляд методології

В оцінці використовувався підхід з використанням змішаних методів, що поєднував три обговорення у фокус-групі зі структурованим опитуванням 406 респондентів у дев'яти областях України, серед яких були сільські та міські медичні працівники, а також студенти, які навчаються на освітніх програмах, пов'язаних з охороною здоров'я. Методологія була розроблена таким чином, щоб забезпечити регіональне та професійне розмаїття, а також зафіксувати життєвий досвід, ставлення та припущення. Стратифікована випадкова вибірка забезпечила репрезентативність у сільській та міській місцевостях, вікових групах та професійному досвіді. Завдяки поєднанню якісних і кількісних методів дослідження дає повне уявлення про те, як нинішні та майбутні медичні працівники сприймають медичну практику в сільській місцевості, що їх мотивує і що заважає їм обирати роботу в сільській місцевості або залишатися в ній.

Уявлення про роботу в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

Дослідження виявило складний і часто неоднозначний набір уявлень про роботу в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Хоча більше половини респондентів (56%) погодилися з тим, що система охорони здоров'я в сільській місцевості є шанованою і важливою, лише кожен четвертий (26%) вважає, що вона пропонує хороші кар'єрні перспективи. Соціальне життя не сприймається більшістю медичних працівників як основний стримуючий чинник, хоча студенти та менш досвідчені фахівці висловили більше занепокоєння з цього приводу. Сприйняття безпеки та якості життя значно різнилося: в той час як сільські працівники часто вважали своє середовище безпечнішим, ніж міські респонденти, серед тих, хто не мав безпосереднього досвіду життя в сільській місцевості, особливо серед студентів, переважали невпевненість і нейтралітет. Рівень гуманітарної підтримки оцінювався непослідовно, без чіткого консенсусу між групами або регіонами. Важливо, що конфлікт, який триває, не зменшив загального інтересу до роботи в сільській місцевості. Проте він поглибив розкол між досвідченими медичними працівниками, які часто залишаються відданими своїй справі, незважаючи на труднощі, і молодими фахівцями, які сприймають сільську місцевість як незахищену і таку, що обмежує їхні професійні можливості.

Бар'єри та мотиваційні чинники

Основними бар'єрами для роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості були низька заробітна плата, погана інфраструктура, брак житла, обмежені можливості для кар'єрного зростання та обмеженість цифрового зв'язку. Про ці проблеми постійно повідомляли різні професійні групи та регіони, хоча їхня відносна важливість різнилася. Наприклад, студенти надавали пріоритет навчанню та кар'єрному зростанню, тоді як сільські медичні працівники наголошували на логістичних питаннях, таких як транспорт та інтернет-зв'язок. Занепокоєння щодо безпеки, особливо на територіях, що постраждали від конфлікту, також вплинуло на бажання працювати в сільській місцевості. Респонденти з прифронтових областей відзначили обстріли, заміновані території та відсутність притулків як основні ризики, тоді як інші наголосили на психологічному стресі, травмах серед пацієнтів та соціальній ізоляції як основних проблемах.

Ключовими мотиваційними чинниками, які, ймовірно, підвищили б мотивацію, були вища заробітна плата (30%), забезпечення житлом (18%) і надання транспорту (16%). Гарантії кар'єрного зростання та безперервного професійного навчання також були важливими, особливо серед молодших і менш досвідчених респондентів. Багато респондентів висловили вищу мотивацію, оскільки вони зосередилися на аспектах, що забезпечують особисте задоволення, таких як тісніші стосунки з пацієнтами, довіра громади та спокійніше робоче середовище. Однак вони підкреслили, що ці переваги самі по собі не можуть компенсувати брак фінансової та інституційної підтримки.

Професійна підтримка та інтеграція

Механізми професійної підтримки виявилися ще однією важливою детермінантою мотивації. Менше половини респондентів (43%) були впевнені у своїй здатності приймати самостійні рішення, що виносяться на клінічному рівні, в сільській місцевості без підтримки спеціалістів. Водночас, існує стійкий консенсус щодо того, що регулярне наставництво, доступ до телемедицини або можливості спеціалізованого навчання значно підвищили б готовність до роботи в сільській місцевості. Доступ до психологічної підтримки та програм

профілактики вигорання для медичних працівників також був визнаний важливим (63%), особливо в регіонах з високим рівнем бойових дій, таких як Запорізька та Сумська області.

Найбільш бажаною підтримкою, однак, залишається матеріальна допомога, причому респонденти висловили високий рівень згоди щодо цього в усіх демографічних групах. Понад 86% респондентів зазначили, що підвищення заробітної плати, забезпечення житлом та транспортна допомога безпосередньо вплинуть на їхнє бажання працювати в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Так само понад 85% погодилися, що покращення інфраструктури та умов праці зробить роботу в сільській місцевості більш привабливою. Ці результати підтверджують, що системні покращення та матеріальні стимули є важливими для залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості.

Готовність долучитися до роботи та погляди щодо покращення системи охорони здоров'я в сільській місцевості

Відповідаючи на запитання про готовність погодитися на роботу в сільській місцевості, понад третина (36%) студентів та міських медичних працівників вказали на відкритість до короткострокових відряджень (≤6 місяців), тоді як чверть (26%) заявили, що ніколи не погодилися б на роботу в сільській місцевості, що свідчить про глибоко вкорінені уявлення та структурні бар'єри. Молодші фахівці були більш відкритими до короткострокових відряджень, тоді як старші колеги віддавали перевагу більш стабільним середньо- або довгостроковим відрядженням.

Регіональні відмінності були досить помітними. Респонденти із Запоріжжя, Миколаєва та Одеси виявили найбільше бажання працювати в сільській місцевості, тоді як респонденти з Харкова та Києва продемонстрували найвищий рівень небажання. Ці результати свідчать про те, що під час розробки ефективних стратегій залучення необхідно враховувати регіональний контекст.

Відповіді респондентів у довільній формі значно підкріпили ці кількісні результати та надали додаткову глибину рекомендаціям щодо політики. Фінансові стимули були найчастіше згадуваним мотиваційним чинником (63%), за ними йшли забезпечення житлом (21%), соціальні виплати (11%) та покращення транспортного сполучення (8%). Респонденти також підкреслили необхідність покращення умов праці, сучасного обладнання, можливостей для професійного розвитку та дієвих заходів безпеки.

Відповідаючи на запитання, що має зробити уряд України для підтримки залучення медичних працівників у сільській місцевості, респонденти закликали до створення комплексної та прозорої національної політики. Серед ключових рекомендацій – підвищення заробітної плати, житлові програми, розвиток інфраструктури, ініціативи з професійного зростання та механізми підтримки, що враховують інтереси сім'ї. Також було підкреслено важливість безпеки та охорони в районах, що постраждали від конфлікту. Серед повторюваних тем – розчарування через погану інфраструктуру, брак визнання та надмірний адміністративний тягар. Кілька респондентів пов'язали якість охорони здоров'я з більш широким розвитком сільських територій, підкресливши, що поліпшення медичних послуг не може бути досягнуто у відриві від доріг, зв'язку та економічного відновлення.

Висновок

Результати свідчать про те, що медичні працівники залишаються глибоко відданими служінню громадам, але їх стримує системна нестабільність, обмежені перспективи кар'єрного зростання та недостатня інституційна підтримка. Зміцнення системи охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні потребує комплексного підходу, що поєднує фінансові, інфраструктурні та соціальні заходи, спрямовані на подолання як практичних бар'єрів, так і особистого сприйняття. Хоча фінансові стимули та житло залишаються основоположними, вони повинні доповнюватися надійною інфраструктурою, безпечними умовами праці та доступом до необхідного обладнання. Не менш важливими є наставництво та структуровані навчальні програми, які дають змогу студентам якомога раніше ознайомитися з медичною практикою в сільській місцевості та позиціонують сімейну медицину як шановану і достойну професійну сферу. Цифрові рішення, телемедицина та мережі професійної підтримки мають зменшити ізоляцію та підвищити довіру, а покращення догляду за дітьми та психосоціальної підтримки зробить переїзд життєздатним для медичних працівників та їхніх родин. Нарешті, національні кампанії з підвищення престижу системи охорони здоров'я в сільській місцевості та сімейної медицини можуть допомогти змінити сприйняття та залучити нові покоління професіоналів. Разом ці заходи можуть перетворити систему охорони здоров'я в сільській місцевості на сталий і привабливий кар'єрний шлях, посилюючи стійкість системи охорони здоров'я та рівність по всій Україні.



Вступ

Важливість первинної медичної допомоги в сільській місцевості

Майже півстоліття тому Алма-Атинська декларація визначила первинну медичну допомогу (ПМД) як основні медико-санітарні послуги, засновані на практичних, науково обґрунтованих і соціально прийнятних методах, які є загальнодоступними для всіх осіб і сімей за їхньої активної участі. Сьогодні ПМД перетворилася на комплексний, загальносуспільний підхід, спрямований на досягнення справедливих результатів у сфері охорони здоров'я шляхом надання послуг, які відповідають потребам людей на всіх етапах життя, в межах або поблизу їхніх громад.

Ефективні системи ПМД покращують громадське здоров'я шляхом усунення першопричин хвороб і смертності, а також зниження витрат за рахунок пріоритетності профілактики, ранньої діагностики та надання послуг, орієнтованих на пацієнта. Незважаючи на досягнутий прогрес, багато країн все ще борються з інфекційними захворюваннями та недоїданням. Водночас глобальний ландшафт охорони здоров'я змінюється в бік зростання тягаря неінфекційних захворювань (НІЗ), що зумовлено старінням населення та чинниками способу життя, такими як погане харчування, недостатня фізична активність і тютюнопаління. Ведення мультиморбідної патології ускладнює надання медичної допомоги, що ще більше ускладнюється обмеженою кількістю доказових рекомендацій, тоді як розлади психічного здоров'я залишаються глобальною проблемою, якій приділяється недостатньо уваги.

Тому ПМД залишається необхідною для задоволення цих зростаючих потреб у сфері охорони здоров'я шляхом інтеграції профілактики, зміцнення здоров'я та послуг, орієнтованих на громаду, у міжсекторальну модель, орієнтовану на пацієнта [1].

Навіть у країнах з високим рівнем доходу потреба в ПМД залишається значною, особливо в сільській місцевості, де населення стикається з різними бар'єрами в доступі до послуг. У сільських громадах часто спостерігається вищий рівень хронічних захворювань, нижча тривалість життя та обмежений доступ до кваліфікованих медичних працівників порівняно з міським населенням [2]. Для подолання цих прогалин у всьому світі впроваджуються інноваційні підходи, включаючи мобільні клініки, телемедицину, програми громадського здоров'я, послуги на базі шкіл та партнерства з неурядовими організаціями (НУО), зокрема з релігійними організаціями [3].

Незважаючи на те, що майже половина населення світу проживає в сільській місцевості, лише 23% медичних працівників працюють у цих громадах, що створює значні прогалини в наданні послуг [4]. Цей дисбаланс широко розповсюджений, але найбільш відчутний у країнах з низьким рівнем доходу; ці країни часто стикаються з гострою нестачею медичних працівників, а також з вищим відсотком населення, що проживає в сільських регіонах, що ще більше посилює навантаження на і без того обмежені ресурси охорони здоров'я [5].

Охорона здоров'я в сільській місцевості в Європі

Європа, зокрема Європейський Союз (ЄС), відома своїми добре налагодженими і відносно рівноправними системами охорони здоров'я, які мають на меті забезпечити універсальний доступ до базових медичних послуг для всіх [6]. Однак континент переживає значні демографічні зміни і стикається зі стрімким старінням населення. До 2050 року кількість людей у віці 65 років і старше зросте на 41%, а людей у віці 80 років і старше – зросте майже вдвічі [7]. Це створює все більший тиск на системи охорони здоров'я, особливо з точки зору боротьби з НІЗ, поліморбідністю та потребами в довготривалому догляді [8].

У сільській місцевості Європи ці виклики є ще більш вираженими. Сільське населення, зазвичай, старше, ніж міське, і часто стикається з додатковими бар'єрами, такими як обмежена мобільність, географічна ізоляція та обмежений доступ до спеціалізованої медичної допомоги [9]. Ці чинники призводять до гірших результатів у сфері охорони здоров'я, особливо з точки зору своєчасного доступу до критично важливої та якісної медичної допомоги [10].

Ситуація ще більше ускладнюється поширеною нестачею медичних працівників – проблемою, що стосується майже всіх європейських країн. Особливо гостро ця проблема відчувається в регіонах з низьким рівнем життя та розпорошеним сільським населенням, таких як Болгарія, Греція, Словенія, Хорватія та Словаччина [11]. У відповідь на це було започатковано кілька ініціатив, спрямованих на покращення умов охорони здоров'я в сільській місцевості, включаючи мобільні медичні бригади, моделі надання медичної допомоги на рівні громади та розробку політики охорони здоров'я, орієнтованої на сільську місцевість [12].

За оцінками, до 2030 року нестача медичних працівників різних спеціальностей (лікарів, медсестер, парамедиків тощо) сягне 1,8 мільйона осіб [13]. Ця криза зумовлена сукупністю чинників: старінням медичних працівників, вигоранням, міграцією та поганими умовами праці. У багатьох країнах понад третина лікарів і чверть медсестер старші 55 років, що викликає занепокоєння щодо майбутньої спроможності системи охорони здоров'я. [14]

Нерівномірний розподіл медичних працівників призвів до появи «медичних пустель»¹, особливо в сільській місцевості та віддалених районах [15]. Такі країни, як Ірландія та Чеська Республіка, провели дослідження,

¹ «Медичні пустелі» – це території, де потреби населення в медичній допомозі не задовольняються частково або повністю через відсутність належного доступу або неналежну якість медичних послуг, спричинену (i) недостатньою кількістю кадрових ресурсів у сфері охорони здоров'я або (ii) матеріально-технічною базою, (iii) тривалим часом очікування, (iv) непропорційно високою вартістю послуг або (v) іншими соціокультурними бар'єрами.

щоб краще зрозуміти, як залучити та утримати лікарів загальної практики (ЛЗП) у сільській місцевості. У Чеській Республіці ключовими мотиваційними чинниками для ЛЗП є фінансові стимули, можливості працевлаштування для партнерів та доступ до якісної освіти для дітей [16]. Аналогічно, дослідження, проведене в Ірландії, виявило, що ЛЗП мотивують баланс між роботою та особистим життям, підтримка сім'ї та добре забезпечена портфоліо кар'єра [17].

Для вирішення цих проблем ЄС та національні уряди інвестують у планування кадрів для медичних працівників, медичну освіту в сільській місцевості та покращення умов праці. Бухарестська декларація (2023), схвалена 50 країнами-членами Європейського регіону Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), закликає до термінових політичних дій щодо захисту та інвестування в медичних працівників по всій Європі [18].

Охорона здоров'я в сільській місцевості в Україні

З моменту здобуття незалежності Україна поступово реформує свою систему охорони здоров'я, яка спочатку базувалася на централізованій моделі Семашка². Система охорони здоров'я в сільській місцевості стикається з постійними проблемами, включаючи занедбаність інфраструктури, недостатнє кадрове забезпечення, слабку правову та фінансову базу, що залишає багато сільських громад без надійної первинної медичної допомоги і змушує їх їздити до районних або обласних центрів за базовими медичними послугами [19].

Основи політики системи охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні були закладені в 1990 році Законом «Про пріоритетність соціального розвитку села та агропромислового комплексу в народному господарстві» (Закон № 400-XII), який зобов'язав державу інвестувати в соціальну інфраструктуру сільської місцевості. Однак соціально-економічна криза 1990-х років призвела до депопуляції сільського населення та погіршення стану закладів охорони здоров'я. До середини 1990-х років рівень дитячої смертності був високим, очікувана тривалість життя впала до 66,8 років, а доступ до кваліфікованих медичних працівників був обмеженим. Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП)³ залишалися первинною ланкою системи охорони здоров'я в сільській місцевості, укомплектованою середнім медичним персоналом під наглядом лікаря [20].

Однією з перших віх реформи став 2007 рік, коли «Державна цільова програма» запровадила сімейну практику як основу первинної медичної допомоги в сільській місцевості, маючи на меті реорганізувати ФАПі в клініки сімейної медицини в селах з населенням понад 1 000 мешканців [20].

У 2016-2018 роках в Україні розпочалася комплексна реформа системи охорони здоров'я, в результаті якої сімейні лікарі стали першою контактною особою, замінивши поліклінічну систему радянського зразка. Закон «Про державні фінансові гарантії» (2017) запровадив принцип «гроші йдуть за пацієнтом»⁴, а Національна служба здоров'я України (НСЗУ) була створена як головний фонд охорони здоров'я. Закон № 7117 «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості» (2017) виділив 5 мільярдів гривень⁵ на модернізацію інфраструктури системи охорони здоров'я в сільській місцевості, включаючи нові амбулаторії, медичний транспорт та діджиталізацію [21].

У 2018 році Наказ № 178/24 змінив структуру системи охорони здоров'я в сільській місцевості, замінивши ФАПі на пункти здоров'я які обслуговуються виїзними лікарями та медичними сестрами на періодичній основі. Посади фельдшерів були офіційно перекваліфіковані на «парамедиків»⁶, але лише в структурі екстреної медицини і медицини катастроф, а відповідальність за сільські заклади, включно з фінансуванням, перейшла до місцевих громад [21]. У червні 2021 року президент Володимир Зеленський підписав указ про встановлення мінімальної місячної заробітної плати в розмірі 20 000 гривень для лікарів і 13 500 гривень для медсестер⁷, що має на меті підвищити престижність медичної професії та покращити утримання медичних працівників в Україні [22].

З початком повномасштабного вторгнення у 2022 році інституційна підтримка для зміцнення системи охорони здоров'я в сільській місцевості була обмеженою, що призвело до того, що багато послуг та пацієнтів залежать від гуманітарної допомоги. Місцеві та міжнародні НУО надають базову медичну допомогу, ліки та підтримку психічного здоров'я в сільській місцевості та на територіях, що постраждали від конфлікту [21]. Системні заходи зі зміцнення системи охорони здоров'я в сільській місцевості були значною мірою депріоритизовані

2 Модель Семашка – це централізована і фінансована державою система охорони здоров'я, розроблена в Радянському Союзі, яка забезпечувала загальний доступ до медичної допомоги і робила акцент на профілактичних заходах, але зрештою була ускладнена бюрократичною негнучкістю, хронічним недофінансуванням і поганою пристосованістю до мінливих потреб у сфері охорони здоров'я, що призвело до неефективності та зниження якості послуг.

3 Фельдшерсько-акушерські пункти – це сільські підрозділи первинної медичної допомоги в Радянському Союзі, укомплектовані фельдшерами (медичними працівниками середньої ланки, навченими надавати базову діагностичну, терапевтичну та невідкладну допомогу) та акушерками, що слугували передовою ланкою надання медичної допомоги в сільській місцевості з обмеженим доступом до лікарів.

4 «Гроші йдуть за пацієнтом» означає, що фінансування охорони здоров'я змістилося від фінансування закладів до фінансування послуг, що стимулює якісну медичну допомогу та дозволяє місцевим органам влади регулювати заробітну плату та інвестувати в обладнання.

5 Приблизно 188 мільйонів доларів США у 2017 році

6 Парамедик зосереджується на долікарняній невідкладній допомозі, стабілізації та транспортуванні пацієнтів.

7 У 2021 році 20 000 українських гривень становили приблизно 735 доларів США, а 13 500 гривень – приблизно 496 доларів США.

до Указу Президента № 483/2024, який запровадив такі заходи, як стимулювання медичних працівників, компенсація житла, доставка ліків, розширення мережі аптек та підготовка медичних кадрів, орієнтованих на сільську місцевість. Однак цей указ викликав конституційні занепокоєння щодо поділу влади, як зазначає Центр спільних дій [23].

Незважаючи на реформи, правова невизначеність і хронічне недофінансування зберігаються, що підриває надання послуг і створює ризик поглиблення нерівності у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості. Експерти попереджають, що без чіткого регулювання та сталого фінансування кадрового забезпечення та інфраструктури сільської медицини реформи можуть прискорити тенденції депопуляції [20][21].

Україна, як і інші європейські країни, вже більше десяти років бореться з нестачею медичних працівників, і ця проблема стала ще більш гострою після повномасштабного вторгнення. До чинників, що сприяють цьому, належать еміграція медичних працівників та постійні фінансові обмеження в системі охорони здоров'я [24] [25].

Щоб заповнити ці прогалини, сімейним лікарям довелося взяти на себе додаткові обов'язки, такі як надання послуг у сфері сексуального та репродуктивного здоров'я (СРЗ), а також психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП). Багато з них пройшли навчання в межах Програми ВООЗ з подолання прогалин у наданні послуг із психічного здоров'я (mhGAP)⁸ для лікування поширених психічних розладів на рівні первинної медичної допомоги [26] [27]. Це створило значний тиск на і без того перевантажену робочу силу, особливо в сільських громадах. Психологічні втрати для працівників охорони здоров'я були серйозними. Кожен п'ятий медичний працівник в Україні повідомляє, що бореться з тривалим стресом, пов'язаним з війною, включаючи тривогу, депресію і вигорання. Багато з них не мають ефективних механізмів подолання стресу, особливо вразливими є молоді працівники [28].

Телемедицина з'явилася як потенційне рішення для подолання дефіциту можливостей у сільській місцевості. Український уряд прийняв стратегію розвитку телемедицини у 2023 році, а потім Закон «Про телемедицину» (вересень 2023 року), який створив правову основу для дистанційних консультацій та реабілітаційних послуг. Однак реалізація вимагає значних інвестицій в інфраструктуру, навчання та цифрову грамотність [29][30].

Міністерство охорони здоров'я (МОЗ) України повідомляє, що станом на серпень 2025 року було пошкоджено або зруйновано 2 419 об'єктів медичної інфраструктури, з яких 311 повністю зруйновано, багато з них у сільській місцевості та прифронтових регіонах, таких як Донецька, Харківська, Луганська, Херсонська та Запорізька області [31]. За оцінками Світового банку, вартість відновлення та реконструкції системи охорони здоров'я України протягом наступного десятиліття становить понад 19,4 мільярда доларів США [32].

Мультисекторальна оцінка потреб (MSNA), проведена IRC у жовтні 2025 року, показує, що потреби у сфері охорони здоров'я характеризуються критичними прогалинами у послугах та значними бар'єрами доступу. Понад 70% опитаних домогосподарств визначили медичні потреби як пріоритетні. Хронічні захворювання мають 80% домогосподарств, а психічні розлади — 34%.

Хоча 94% респондентів знають, де розташований найближчий заклад охорони здоров'я, 16% живуть на відстані понад 10 км від нього (20% у сільській місцевості та 11% у міській), при цьому найвищий показник спостерігається в Сумській області — 29%. Щодо доступності, 13% вважають заклади охорони здоров'я недоступними через низьку якість послуг (25%), відсутність транспорту (24%), низьку компетентність медичних працівників (14%) та високі витрати (8%). Крім того, 53% не можуть дозволити собі придбані за рецептом ліки, переважно через фінансові труднощі (93%).

Цікаво, що рівень обізнаності про урядову програму «Доступні ліки», яка забезпечує доступ до життєво необхідних рецептурних препаратів за зниженою вартістю або безоплатно, становить 73%. Водночас 26% опитаних і досі не поінформовані про її існування. Навіть серед тих, хто знайомий із програмою, зберігаються бар'єри, включно з обмеженим переліком препаратів, відсутністю аптек у сільській місцевості та рідкими візитами мобільних аптек — інколи лише раз на місяць.

Крім того, нестача спеціалістів, застаріле діагностичне обладнання, а також відсутність педіатричної, материнської, психологічної та паліативної допомоги залишаються критичними проблемами. Доступу до аптек часто немає в багатьох сільських населених пунктах, де обмежена наявність медикаментів, високі ціни та нерегулярні поставки продовжують створювати серйозні труднощі. [33].

8 Програма ВООЗ mhGAP спрямована на розширення допомоги в лікуванні психічних та неврологічних розладів, а також розладів, пов'язаних із вживанням психоактивних речовин, у країнах з низьким і середнім рівнем доходу, підкреслюючи, що за належної підтримки, навіть в умовах обмежених ресурсів, мільйони людей можуть одужати від таких станів, як депресія, шизофренія та епілепсія, і вести нормальне життя.



Мета

Мета оцінювання

Метою цього оцінювання є дослідження та поглиблене розуміння сприйняття, ставлення та основних бар'єрів, які впливають на готовність теперішніх та майбутніх медичних працівників працювати в системі охорони здоров'я в сільській місцевості України в умовах триваючого збройного конфлікту, економічної нестабільності та підвищених потреб у медичній допомозі серед сільських громад.

Виявивши ці особистісні та системні чинники, оцінка має на меті сприяти розробці цільових і контекстно-орієнтованих політик, які можуть підвищити рівень залучення медичних працівників до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, а отже, покращити результати охорони здоров'я в цих сільських громадах, які недостатньо забезпечені послугами.

Крім того, результати та рекомендації допоможуть міжнародним суб'єктам у підтримці, розробці та впровадженні пілотних ініціатив, які відповідають місцевим потребам, ґрунтуються на життєвому досвіді медичних працівників і мають бути ефективними та стійкими після подолання поточної кризи.





Методологія

Методологія та методика

У цій оцінці було використано підхід з використанням змішаних методів, що поєднує збір якісних і кількісних даних для всебічного вивчення викликів і мотиваційних чинників, які впливають на рішення теперішніх і майбутніх медичних працівників щодо роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні. Дослідження було спрямоване на три ключові групи: сільські медичні працівники, міські медичні працівники та студенти, які навчаються на освітніх програмах, пов'язаних з охороною здоров'я (медичні, медсестринські та парамедичні спеціальності).

Для цілей цієї оцінки медичні працівники були класифіковані як сільські або міські на основі офіційного позначення населеного пункту, в якому розташований їхній заклад, згідно з чинним в Україні адміністративним класифікатором [34]. Заклади, розташовані в юридично визнаних сільських населених пунктах, вважалися сільськими, тоді як ті, що розташовані на територіях, віднесених до категорії міст, класифікувалися як міські.

Перший етап збору даних складався з трьох фокус-групових дискусій (ФГД), проведених у липні 2025 року, в кожній з яких брала участь одна з цільових груп: сільські медичні працівники, міські медичні працівники та студенти-медики. Ці дискусії надали важливе контекстуальне розуміння сприйняття, досвіду та бар'єрів, пов'язаних з роботою в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, особливо в умовах триваючого конфлікту, економічної нестабільності та системних викликів. Результати виявили як зовнішні структурні проблеми, так і глибоко вкорінені бар'єри на рівні сприйняття, які сприяють небажанню медичних працівників продовжувати кар'єру в сільській місцевості.

На основі тематичних результатів ФГД було розроблено структуроване опитування для збору кількісних даних з ширшої та різноманітнішої вибірки. Цей другий етап мав на меті підтвердити та розширити якісні результати, пропонуючи більш конкретне та статистично репрезентативне розуміння чинників, що впливають на залучення медичних працівників у сільській місцевості.

Для забезпечення валідності та репрезентативності опитування було використано стратифіковану випадкову вибірку, що передбачає поділ населення на однорідні підгрупи (страти) та випадковий відбір респондентів у кожній з них. Такий підхід було обрано через внутрішню неоднорідність системи охорони здоров'я України, яка суттєво відрізняється за професійними ролями, регіонами та типами закладів [35]. Стратифікація допомогла мінімізувати похибку вибірки та уможливила змістовне порівняння між групами.

Страти були визначені на основі двох критеріїв, що дозволило вибірці відобразити реальну структуру медичних працівників України та врахувати регіональні та професійні відмінності:

1. Регіональні – Харківська, Сумська, Дніпропетровська, Запорізька, Миколаївська, Одеська, Закарпатська, Львівська та Київська області;
2. Професійна категорія – лікарі, медичні сестри, фельдшери/парамедики в міських та сільських закладах, а також студенти освітніх програм, пов'язаних з охороною здоров'я (медичних, медсестринських та парамедичних).

Відбір регіонів здійснювався за такими принципами:

- ▶ Територіальна репрезентативність
- ▶ Різниця в умовах роботи системи охорони здоров'я – від прифронтових до менш постраждалих від конфлікту регіонів⁹.

Такий вибір дозволив провести комплексний аналіз кадрового потенціалу системи охорони здоров'я та освітніх потреб у різних контекстах, що дало змогу зробити узагальнюючі висновки на національному рівні.

Обсяг вибірки був розрахований у діапазоні від 382 до 648 респондентів на основі стандартних параметрів соціального дослідження з довірчою ймовірністю 95%. Межі ґрунтувалися на статистичних розрахунках, що забезпечують надійність і точність результатів для великої генеральної сукупності, яка охоплює приблизно 177 000¹⁰ осіб [36].

Використовуючи класичну формулу для скінченних популяцій, мінімальний розмір вибірки був визначений у 383 респонденти (з 5% похибкою). Для підвищення точності та можливості глибшого аналізу підгруп було розглянуто можливість збільшення обсягу вибірки до 654 респондентів (з 4% похибкою).

Після визначення загального обсягу вибірки було проведено пропорційний розподіл респондентів по дев'яти регіонах України на основі розподілу медичних працівників та студентів у кожній області, що забезпечило збалансоване представництво та уможливило точні порівняння на національному рівні.

Збір даних поєднував у собі особисті та онлайн методи. Підготовлені інтерв'юери проводили польові дослідження в Сумській, Харківській, Київській, Закарпатській, Миколаївській та Запорізькій областях, охоплюючи медичних працівників як у сільських, так і в міських закладах. Паралельно студентам та деяким медичним працівникам у віддалених громадах були розіслані онлайн-опитування, що дозволило залучити до участі в дослідженні учасників без необхідності фізичної присутності.

⁹ Для цієї оцінки менш постраждали від конфлікту регіони були визначені на основі меншої близькості до лінії зіткнення, меншої частоти атак/обстрілів і меншого припливу ВПО.

¹⁰ На основі даних МОЗ, починаючи з 1 січня 2025 року, ця цифра відображає загальну чисельність цільової групи населення, залученої до цього дослідження, включаючи медичних працівників (лікарів, медичних сестер та фельдшерів/парамедиків), а також кількість студентів освітніх програм, пов'язаних з охороною здоров'я

Всі учасники, залучені до ФГД та опитування, були поінформовані про мету та завдання збору даних до початку участі в дослідженнях. Від кожного була отримана інформована згода, що гарантувало, що їхня участь була повністю добровільною. Дослідження відповідало основним етичним принципам проведення досліджень, включаючи конфіденційність, анонімність та повагу до автономії учасників. Ми не збирали жодних персональних ідентифікаторів, а всі відповіді оброблялися таким чином, щоб захистити конфіденційність і гідність людей, які брали участь у дослідженні.

Інструменти збору даних

Керівництво для проведення ФГД з семи тематичних розділів з відкритими запитаннями, призначеними для вивчення мотивації, бар'єрів та ставлення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості (Додаток 1):

1. **Переваги та сприйняття** – вивчення переваг та недоліків роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, включаючи погляди колег та пацієнтів.
2. **Мотиваційні чинники та стимули** – визначення особистих, професійних та системних чинників, які можуть зробити роботу в сільській місцевості більш привабливою.
3. **Конфлікт і безпека** – оцінка того, як конфлікт, що триває, впливає на сприйняття безпеки і готовність працювати в сільській місцевості.
4. **Умови праці та практичні проблеми** – збір думок щодо операційних викликів, включаючи інфраструктуру, обладнання та цифрові інструменти.
5. **Особисте та соціальне життя** – розуміння того, як сім'я, гендер та соціальна інтеграція впливають на рішення про роботу в сільській місцевості.
6. **Політика, система та рекомендації** – оцінка сприйняття існуючої політики та збір пропозицій щодо її вдосконалення.
7. **Підсумкова частина** – надання простору для відкритих роздумів та додаткових ідей, не висвітлених у попередніх розділах.

Результати ФГД були проаналізовані та структуровані за спільними для трьох груп темами, зокрема: переваги роботи в сільській місцевості; сприйняття серед колег; кар'єрний розвиток та професійне зростання; вплив конфлікту та проблеми безпеки; стимули для роботи в сільській місцевості; соціальна інтеграція та чинники особистого життя; а також сприйняття поточної політики та рекомендацій.

На основі результатів ФГД було розроблено інструмент збору кількісних даних у вигляді структурованої анкети, яка включала різні типи запитань (Додаток 2):

- ▶ Шкала Лайкерта¹¹ для вимірювання ставлення та сприйняття, сформована у вигляді позитивних тверджень
- ▶ Запитання з декількома варіантами відповідей для визначення ключових мотиваційних чинників і бар'єрів
- ▶ Відкриті запитання для збору індивідуальних пропозицій та роздумів

Опитувальник спочатку був розроблений англійською мовою, перекладений українською та пілотно протестований у невеликій групі для забезпечення чіткості та логічної послідовності. Потім він був адаптований в цифровий формат для більш широкого розповсюдження.

Спочатку респондентів попросили надати основну демографічну та професійну інформацію, зокрема:

- ▶ Професійний досвід: лікар, медсестра, фельдшер/парамедик або студент
- ▶ Розташування місця роботи: сільська місцевість чи міська місцевість¹²
- ▶ Вікова група: 18–25, 26–35, 36–45, 46–55, 56+
- ▶ Гендер: чоловік, жінка, інше
- ▶ Регіон місця роботи або навчання: Дніпропетровська, Запорізька, Закарпатська, Миколаївська, Одеська, Харківська, Сумська, Київська, Львівська
- ▶ Кількість років професійного досвіду: 0 (для студентів), <5, 5-10, 11-20, >20

Опитувальник складається з п'яти логічно структурованих розділів:

1. **Сприйняття роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості** – включав твердження, покликані оцінити ставлення респондентів до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, включаючи сприйняття престижу, кар'єрні перспективи, соціальне визнання, безпеку та якість життя.
2. **Бар'єри та мотивація** – респондентів просили вибрати до трьох ключових чинників (як соціальних, так

¹¹ Шкала Лайкерта – це тип рейтингової шкали, яка вимірює ставлення, думки або сприйняття, пропонуючи респондентам вказати рівень їхньої згоди або незгоди з твердженням. Вона надає ряд варіантів відповідей, таких як «повністю згоден», «згоден», «нейтрально», «не згоден» і «категорично не згоден».

¹² Це питання не ставилося студентам

і професійних), які, на їхню думку, найбільше вплинули на їхнє рішення працювати (або не працювати) в сільській місцевості.

3. **Конфлікт і безпека** – досліджувалися сприйняті ризики та загрози, пов'язані з роботою у прифронтових або постраждалих від конфлікту сільських громадах.
4. **Професійна підтримка та інтеграція** – ця тема була сформульована окремо для медичних працівників та студентів, вивчаючи чинники, що впливають на впевненість та мотивацію до роботи в сільській місцевості. Теми включали автономію у прийнятті рішень, що виносяться на клінічному рівні, доступ до супервізії та наставництва, доступність навчання та телемедицини, психологічну підтримку, фінансові стимули та якість інфраструктури.
5. **Відкриті запитання**, в яких респондентам було запропоновано вільно висловити свою думку про те, які зміни могли б підвищити мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, а також запропонувати заходи, які уряд міг би вжити для підтримки залучення медичних працівників у сільській місцевості.

Більшість відповідей було зібрано онлайн за допомогою платформи KoboToolbox, яка сприяла ефективному збору даних та їхній автоматичній агрегації. Для учасників, які не мали доступу до цифрового формату через технічні або організаційні обмеження, була надана паперова версія опитувальника. Усі відповіді на паперових носіях були згодом оцифровані для забезпечення повноти та цілісності даних.

Після аналізу даних було організовано воркшоп з валідації за участю представників державних установ, наукових кіл, медичних працівників, а також національних і міжнародних НУО. Хоча цей воркшоп не був частиною збору первинних даних, він слугував кроком забезпечення якості, щоб підтвердити достовірність результатів і гарантувати, що погляди зацікавлених сторін були враховані в інтерпретації та рекомендаціях.

Проблеми та недоліки оцінок

Хоча це дослідження надає цінну інформацію про чинники, що впливають на готовність медичних працівників і студентів до медичної практики в сільській місцевості, слід зазначити кілька методологічних і контекстуальних обмежень. Вони не зменшують актуальності отриманих результатів, але уточнюють ступінь їх узагальнення, особливо з огляду на обмеження, пов'язані з проведенням досліджень у воєнний час.

Вибірка, хоча й значна та географічно різноманітна, не була повністю репрезентативною на національному рівні, оскільки охоплювала лише дев'ять з 24 областей України. Залучення учасників частково спиралося на добровільну підтримку та існуючі мережі, що могло спричинити упередженість відбору. Мотивовані або інституційно пов'язані особи могли бути надмірно представлені, тоді як ті, хто перебував у найвіддаленіших закладах, могли мати менше можливостей для участі. Представництво студентів суттєво відрізнялося між регіонами. У Запорізькій області студентів не було залучено через призупинення роботи окремих закладів медичної освіти, тоді як інші продовжували діяльність у дистанційному форматі та, з міркувань безпеки, виявляли обмежену готовність брати участь у зборі даних чи заповненні анкет. Збір даних відбувався з огляду на міркування безпеки, обмеження пересування та перебої в комунікації, що часто вимагало переходу від особистої участі до онлайн-формату. Як наслідок, погляди громад, які стикаються з серйозною нестабільністю, можуть бути недостатньо представлені або відображені інакше, ніж у більш доступних регіонах. Крім того, опитування не охоплювало ключові соціально-демографічні змінні, такі як сімейний статус або батьківські обов'язки, які можуть бути важливими чинниками, що впливають на готовність до переїзду з огляду на обмеженість послуг з догляду за дітьми та освіти в сільській місцевості.

Кількість ФГД була обмеженою, а учасники часто представляли установи, пов'язані з IRC або академічних партнерів, що потенційно звужувало розмаїття точок зору. Відповіді респондентів відображають їхні власні погляди на певний момент часу, що не може повністю передбачити реальну поведінку, коли втручаються фінансові, логістичні чинники та чинники безпеки. Нарешті, хоча воркшоп з валідації забезпечив критичний зворотний зв'язок і підтвердив загальну валідність, група учасників була відносно невеликою і може не представляти всі інституційні перспективи.

Майбутні дослідження повинні передбачати ширшу вибірку, включення додаткових демографічних змінних та застосування довготривалих підходів для відстеження змін у ставленнях з часом.



Результати

Огляд демографічних даних респондентів

Якісні дані були зібрані за допомогою трьох ФГД, проведених у липні 2025 року із загальним залученням 23 учасників. Дві з дискусій були проведені в Харківському регіоні з сільськими медичними працівниками Шевченківського центру первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД) та студентами Харківського національного медичного університету. Третя ФГД була проведена з міськими медичними працівниками Сумської обласної клінічної лікарні.

Таблиця 1. Демографічні дані та представництво учасників ФГД за регіонами

Область	Група	Учасники за статтю	Вік учасників
Харківська	Сільські медичні працівники	8 (Ч-0; Ж-8)	40-65 років
Сумська	Міські медичні працівники	10 (Ч-1; Ж-9)	35-60 років
Харківська	Студенти	5 (Ч-1; Ж-4)	22-24 роки

Збір кількісних даних проводився з 8 вересня по 24 жовтня 2025 року одночасно в усіх регіонах вибірки. До участі в опитуванні було запрошено 409 осіб, з яких 406 (99%) надали інформовану згоду та заповнили опитувальник. Решта три особи відмовилися від участі після того, як їх поінформували про мету опитування, не пояснивши конкретних причин такого рішення.

Остаточний розмір вибірки у 406 респондентів відповідає розрахованим параметрам репрезентативності та слугує знаменником для більшості відсоткових аналізів, представлених у звіті.

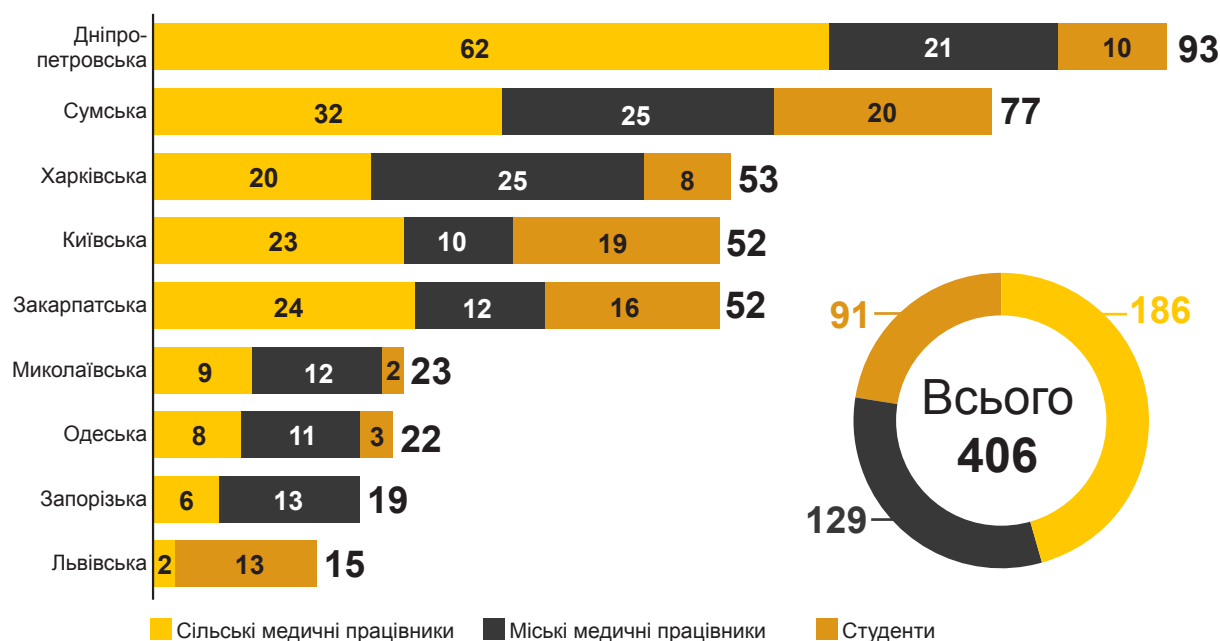
Серед трьох цільових груп найбільшу частку респондентів склали сільські медичні працівники (45,8%), за ними йдуть міські медичні працівники (31,8%) та студенти спеціальностей, пов'язаних з охороною здоров'я (22,4%). З точки зору професійної підготовки найбільшу групу становили медичні сестри (39,4%), за ними йшли лікарі (29,1%), студенти-медики (18,0%), фельдшери/парамедики (9,1%), студенти-медичні сестри (3,9%) та студенти-парамедики (0,5%).

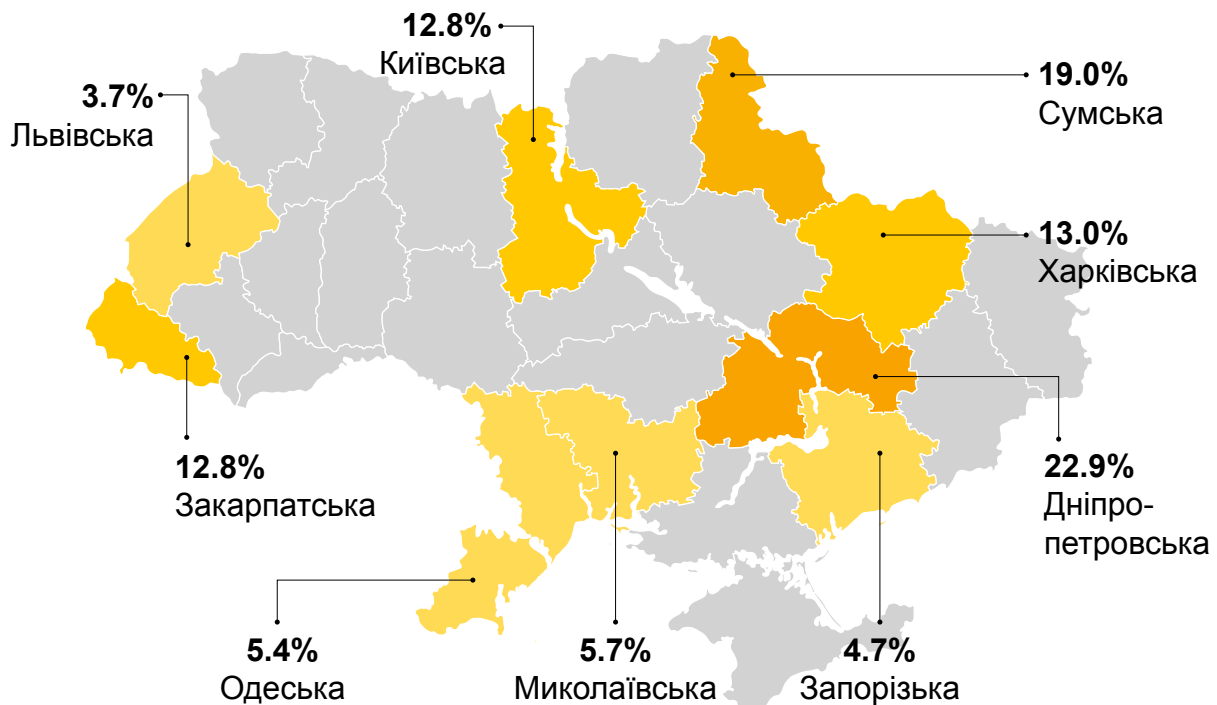
Віковий розподіл був відносно збалансованим, з найбільшою групою у віці 18-25 років (26,4%), за якою йшли респонденти у віці 46-55 років (21,4%), 36-45 років (20,2%), 26-35 років (16,7%) і старше 56 років (15,3%). Щодо професійного досвіду, то більшість респондентів мають досвід роботи понад 20 років (35,0%), далі йдуть ті, хто має 11-20 років (24,9%), не мають досвіду – студенти (22,4%), 5-10 років (9,3%) та менше 5 років (8,4%).

У регіональному розрізі найбільше респондентів з Дніпропетровщини (22,9%), далі йде Сумщина (19,0%), Харківщина (13,0%), Київщина (12,8%), Закарпаття (12,8%), Миколаївщина (5,7%), Одещина (5,4%), Запоріжжя (4,9%) та Львівщина (3,7%).

З точки зору гендерного розподілу, у вибірці переважали жінки, які становили 80,0% усіх респондентів.

Таблиця 2. Розподіл трьох основних цільових груп за регіонами, в абсолютних цифрах





Загальні результати

Інтеграція якісних і кількісних даних дозволила отримати комплексне розуміння переваг і недоліків, що впливають на залучення теперішніх і майбутніх медичних працівників до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Більшість припущень і тематичних висновків, зроблених під час якісного етапу дослідження, були підтверджені результатами кількісного аналізу, що підкріпило загальні результати.

ФГД показали, що відсутність мотивації до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості зумовлена низкою довготривалих і взаємопов'язаних чинників. До них належать не лише фінансові обмеження та проблеми безпеки, а й глибші системні бар'єри та бар'єри, пов'язані зі сприйняттям, які особливо присутні серед міських медичних працівників та студентів-медиків. Важливою темою, що впливає з якісних даних, є розрив між життєвим досвідом сільських медичних працівників та уявленнями людей, які живуть за межами цих громад. Подолання цього розриву потребуватиме не лише цілеспрямованих політичних реформ та інвестицій в інфраструктуру, а й ширшого культурного та професійного ребрендингу системи охорони здоров'я в сільській місцевості як шанованого та повноцінного кар'єрного шляху.

Для подальшого вивчення та підтвердження цих висновків результати цієї оцінки представлені за чотирма тематичними напрямками:

1. Уявлення про систему охорони здоров'я в сільській місцевості
2. Бар'єри та мотиваційні чинники для залучення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості
3. Професійна підтримка та інтеграція в системі охорони здоров'я в сільській місцевості
4. Готовність долучитися до роботи та погляди щодо покращення системи охорони здоров'я в сільській місцевості

Дані на запитання за шкалою Лайкерта були проаналізовані шляхом групування відповідей на позитивні – «Згода» (повністю згоден і згоден), «Нейтрально» і негативні – «Незгода» (не згоден і категорично не згоден). Там, де відповіді демонструють високу концентрацію повної згоди або незгоди, ці тенденції висвітлюються в презентації результатів.

Для поглиблення аналізу було проведено перехресне порівняння результатів за такими ключовими змінними, як професійний досвід, вік, стаж роботи, місце роботи (місто чи село) та географічний регіон. Через схожість у структурі відповідей та розмір вибірки певні регіони були згруповані для аналітичних цілей. Наприклад, Миколаївська та Одеська області були об'єднані в групу «Південь», а Закарпатська та Львівська – у групу «Захід». Крім того, Запорізька область, незважаючи на менший обсяг вибірки, представлено окремо в обраних результатах через відмінність та узгодженість поглядів респондентів з цього регіону.

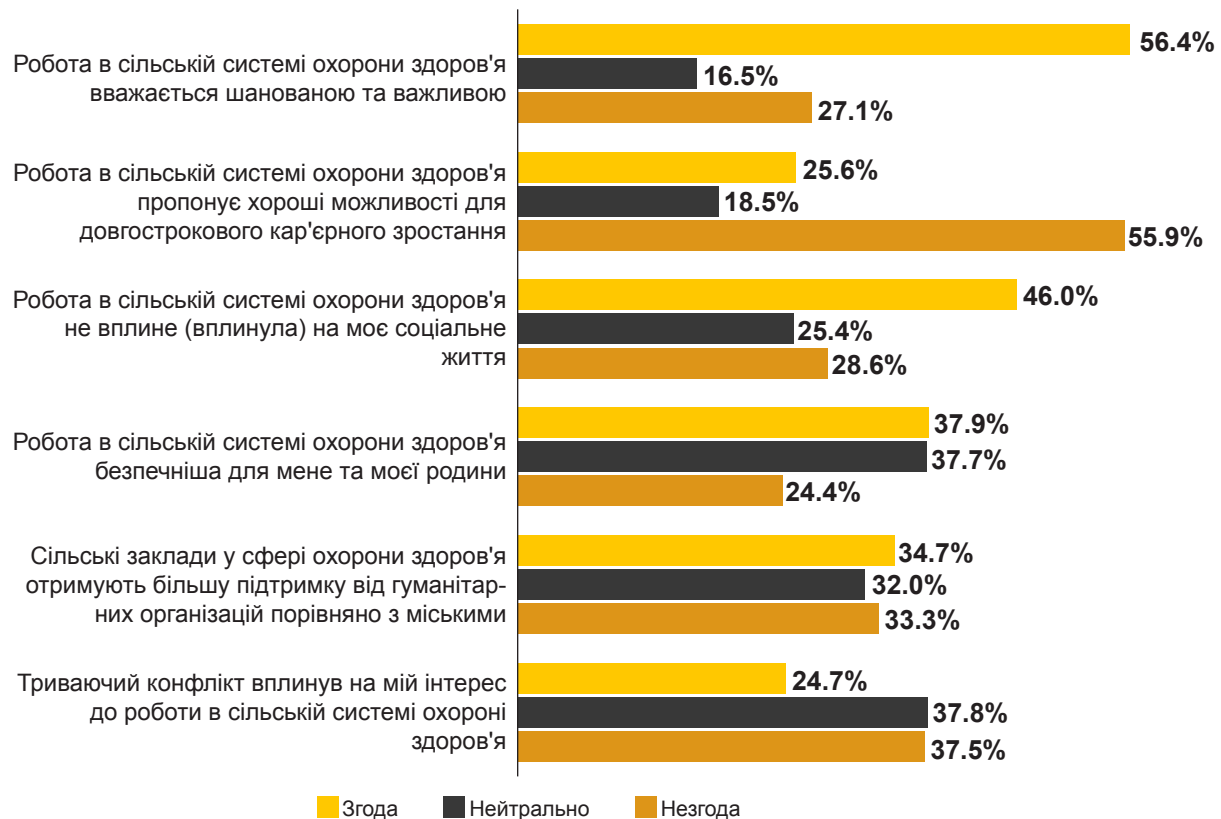


Уявлення

Уявлення про систему охорони здоров'я в сільській місцевості

У цьому розділі оцінки досліджується ставлення респондентів до системи охорони здоров'я в сільській місцевості за допомогою низки тверджень, призначених для оцінки сприйняття професійної поваги, кар'єрних перспектив, соціального життя, безпеки, гуманітарної підтримки, а також впливу конфлікту на мотивацію. Результати показують складний і часто амбівалентний набір поглядів, причому в деяких сферах спостерігається чіткий консенсус, а в інших – невизначеність або розбіжності між групами респондентів.

Таблиця 3. Відповіді на опитування щодо уявлень про систему охорони здоров'я в сільській місцевості



Більшість респондентів (56,4%) погодилися з тим, що робота в системі охорони здоров'я в сільській місцевості сприймається як поважна і важлива роль. Ця думка особливо поширена серед сільських медичних працівників (61,8%) та міських медичних працівників (58,9%), тоді як студенти висловили нижчий рівень згоди (41,8%). Найвищий рівень згоди серед усіх професійних категорій продемонстрували медичні сестри (65,0%). У регіональному розрізі респонденти з Сумської (70,0%) та південних областей (64,0%) найчастіше підтверджували це твердження, тоді як респонденти з Київського регіону продемонстрували найвищий рівень незгоди (51,9%).

На противагу цьому, сприйняття довгострокових кар'єрних можливостей у системі охорони здоров'я в сільській місцевості було помітно менш позитивним. Більше половини респондентів (55,9%) не погодилися з тим, що сільська місцевість пропонує хороші кар'єрні перспективи. Ця думка була найбільш поширеною серед студентів (67,1%) та медичних працівників з досвідом роботи менше п'яти років (70,5%). Однак регіональні відмінності були очевидними: респонденти з Півдня (51,1%) та Запорізької області (57,9%) висловили більше оптимізму щодо кар'єрного розвитку в сільській місцевості.

Щодо впливу роботи в сільській місцевості на соціальне життя, 46,0% респондентів погодилися, що робота в системі охорони здоров'я в сільській місцевості не матиме негативного впливу на їхнє особисте життя. Такої думки дотримуються як сільські (51,6%, так і міські (51,2%) медичні працівники. Особливо часто з цим погоджувалися медсестри (54,4%) та фельдшери (70,2%), а також старші та більш досвідчені фахівці (57,0% згоди серед тих, хто має стаж роботи понад 20 років). На противагу цьому, лише 27,5% студентів поділяли цю думку, а 40,7% висловили занепокоєння, що робота в сільській місцевості негативно вплине на їхнє соціальне життя. Подібна тенденція спостерігалася і серед менш досвідчених фахівців, 52,9% з яких не погодилися з цим твердженням.

Відповіді на твердження щодо безпеки, гуманітарної підтримки та впливу конфлікту на мотивацію розподілилися більш рівномірно, що свідчить про відсутність консенсусу. Приблизно 37,9% респондентів погодилися з тим, що система охорони здоров'я в сільській місцевості є безпечнішою для них та їхніх родин, тоді як 37,7% залишилися нейтральними. Сільські медичні працівники більш схильні вважати

роботу в сільській місцевості безпечною (46,7%) порівняно з міськими фахівцями (38,0%) та студентами (19,8%). Примітно, що 58,2% студентів висловили нейтралітет з цього питання, що свідчить про обмежений вплив або недостатню поінформованість. Регіональні відмінності були яскраво виражені: респонденти із Запорізької області (78,9%) та Півдня (57,8%) повідомили про вищий рівень сприйняття безпеки, тоді як 67,0% респондентів з Київської області залишилися нейтральними.

Сільська медицина — поважають, але не винагороджують

Сприйняття гуманітарної допомоги в сільській місцевості розділилося. Хоча 34,7% респондентів погодилися з тим, що система охорони здоров'я в сільській місцевості отримує більшу підтримку від гуманітарних організацій, 33,3% не погодилися з цим, а 32,0% залишилися нейтральними. Міські медичні працівники частіше погоджувалися з цим твердженням (41,1%), тоді як студенти були схильні не погоджуватися

(41,8%). Серед професійних категорій фельдшери (51,3%) та лікарі (45,8%) продемонстрували найвищий рівень згоди. Регіональні відмінності знову стали очевидними: респонденти з Півдня (57,8%) та Київщини (48,0%) висловили більшу згоду, тоді як респонденти з Сумщини (46,7%), Заходу (41,8%) та Харківського регіону (41,5%) були більш схильні не погоджуватися з цим твердженням.

Нарешті, на запитання, чи зменшив конфлікт, що триває, їхній інтерес до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, відповіді були неоднозначними. Хоча 37,8% респондентів були нейтральними, 37,5% не погодилися з цим, що свідчить про те, що їхній інтерес, ймовірно, не зменшився. Найчастіше не погоджувалися з цим сільські медичні працівники (48,1%), а також старші респонденти: 53,2% респондентів у віці 56 років і старше заявили, що конфлікт не зменшив їхньої зацікавленості в цьому питанні.

Результати свідчать про те, що, незважаючи на загальне визнання соціальної цінності та поваги, пов'язаної з медичною практикою в сільській місцевості, зберігаються значні занепокоєння щодо кар'єрного зростання, соціальної інтеграції та безпеки. Відмінності у поглядах між професійними групами, особливо між досвідченими медичними працівниками та студентами, свідчать про те, що сприйняття формується не лише під впливом індивідуального досвіду, а й під впливом сільського контексту та системних структур підтримки. Регіональні відмінності ще більше підкреслюють важливість локалізованих підходів у розробці політики та програм.





**Бар'єри та
мотиваційні чинники**

Бар'єри та мотиваційні чинники для залучення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

У цьому розділі досліджуються особисті, професійні та структурні чинники, а також чинники, пов'язані з безпекою, які впливають на готовність медичних працівників працювати в сільській місцевості. У ньому розглядаються переваги роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, найбільш значущі виклики та стимули, які можуть підвищити мотивацію. Респондентів просили вибрати три найважливіші пункти із заздалегідь визначеного переліку з десяти варіантів відповідей на кожне запитання. Також була передбачена категорія "Інше" з відкритим варіантом відповіді, щоб відобразити додаткові погляди, не відображені в перелічених варіантах відповідей..

Таблиця 4. Підсумок трьох найпопулярніших відповідей на ключові питання щодо бар'єрів та мотиваційних чинників для залучення до системи охорони здоров'я в сільській місцевості

Питання	Три найпопулярніші варіанти відповідей
Професійні або соціальні переваги, які ви вважаєте найважливішими під час роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості.	1. Тісніший зв'язок з пацієнтами та громадою 2. Більша повага та довіра з боку пацієнтів 3. Тихіше, менш стресове середовище за межами великих міст
Виклики, які ви вважаєте найбільш значущими для роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості.	1. Низька зарплата 2. Погані дороги/транспорт 3. Брак житла
Переваги або заохочення, які, на вашу думку, підвищать мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості	1. Вища зарплата 2. Підтримка житлом 3. Надання трансферу/транспортного засобу
Ризики для безпеки, які ви вважаєте найбільш значимими під час роботи в сільській системі охорони здоров'я.	1. Психологічна травма серед пацієнтів/громади 2. Брак укриттів 3. Обстріли/близькість до лінії фронту

Сприйняття переваг роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

Коли респондентів попросили визначити найважливіші професійні або соціальні переваги роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, вони найчастіше називали тісніший зв'язок з пацієнтами та громадою (22,0%), далі йшли більша повага та довіра з боку пацієнтів (17,4%), а також спокійніше, менш стресове середовище за межами великих міст (13,9%). Серед додаткових переваг респонденти відзначили нижчу вартість життя (10,3%) та можливість безпосередньо впливати на здоров'я громади (8,7%).

У трьох основних цільових групах ці переваги були обрані послідовно, з незначними варіаціями. Студенти, наприклад, дещо більше наголошували на більш спокійній обстановці (17,9%) порівняно з повагою з боку пацієнтів (17,5%). Менш досвідчені медичні працівники виділили ширший клінічний досвід і різноманітніші клінічні випадки (13,7%) та меншу агресію з боку пацієнтів (13,7%) як ключові переваги, поряд із часто згадуваним зв'язком з громадою. Спостерігаються також регіональні відмінності: респонденти із західних областей надають перевагу нижчій вартості життя (17,9%), а також Київський регіон (14,7%), тоді як респонденти з Півдня наголошують на можливості впливати на стан здоров'я населення (16,3%).

Основні виклики в роботі системи охорони здоров'я в сільській місцевості

З точки зору відчутних викликів, найчастіше згадувалися низька заробітна плата (25,4%), погані дороги і транспорт (17,4%), а також брак житла (11,3%). Також часто згадувалися застаріле обладнання та приміщення (11,2%) і обмежені можливості для кар'єрного зростання (10,7%).

Працівники системи охорони здоров'я в сільській місцевості повідомляли про ці проблеми частіше, особливо про низьку заробітну плату (27,2%) та погані дороги (20,8%), що відображає їхній життєвий досвід. Крім того, серед сільських респондентів значне занепокоєння викликає поганий інтернет та телекомунікаційна інфраструктура (8,6%). Аналогічно, міські медичні працівники також назвали низьку зарплату (23,3%) та погані дороги (16,8%) ключовими викликами, хоча і з дещо нижчими показниками. Цікаво, що студенти підкреслили обмежені можливості кар'єрного зростання (18,3%) та застаріле обладнання (18,3%), а також низьку заробітну плату (24,5%) як три основні виклики, що свідчить про те, що майбутні перспективи та умови праці відіграють центральну роль у прийнятті рішень та мотивації.

Рівень досвіду також впливає на уявлення: молоді фахівці надають перевагу кар'єрному зростанню (14,7%), тоді як старші респонденти (віком 56 років і старше) визначили ризики безпеки, пов'язані з конфліктом (9,1%), як значну проблему. У регіональному розрізі застаріле обладнання було основною проблемою на Сумщині (14,3%), Запоріжжі (14,0%) та Дніпропетровщині (12,5%), тоді як на обмеженість кар'єрного зростання вказували на Заході (17,4%) та в Харківському регіоні (15,1%).

Основні мотиваційні чинники залучення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

Відповідаючи на запитання про стимули, які могли б підвищити мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, майже третина респондентів (30,2%) обрали вищу заробітну плату як найважливіший чинник. Далі йдуть житлова підтримка (17,7%) та забезпечення транспортом або транспортними засобами (16,3%). Також часто обирали гарантії кар'єрного зростання (10,8%) та постійне професійне навчання (6,6%).

Міські медичні працівники поділяють загальну тенденцію, але роблять більший акцент на житловій підтримці (22,7%). З іншого боку, сільські медичні працівники надавали перевагу транспортній підтримці (16,5%) перед житлом (14,7%), а також виділяли надійний мобільний зв'язок (8,8%) та надійну безпеку (8,6%) як важливі мотиваційні чинники. Примітно, що студенти найчастіше обирали вищу заробітну плату (31,5%), за якою йшли гарантії кар'єрного зростання (19,4%) та забезпечення житлом (16,8%). Крім того, студенти були єдиною групою, яка суттєво надавала перевагу можливості тимчасового відрядження до сільської місцевості (5,5%).

Рівень досвіду також вплинув на вибір респондентів щодо мотиваційних чинників. Менш досвідчені фахівці надавали перевагу гарантіям кар'єрного зростання (15,7% серед тих, хто має <5 років досвіду), тоді як старші та досвідченіші респонденти наголошували на надійній безпеці (9,4% серед тих, хто має >20 років досвіду, та 8,1% серед тих, хто віком 56+). У регіональному розрізі, вища заробітна плата була найпопулярнішим вибором у всіх областях, з найвищим показником вибору в Києві (32,0%). Респонденти з Київської області також надавали перевагу забезпеченню житлом (25,6%), тоді як респонденти з Дніпропетровщини наголошували на надійній безпеці (10,7%). Гарантії кар'єрного зростання були особливо важливими для респондентів на Заході (14,9%), на Харківщині (12,0%) та Київщині (9,6%).

Сприйняття ризиків безпеки та захисту

Останнє запитання в цьому розділі стосувалося найбільш значущих ризиків безпеки та охорони, пов'язаних із роботою системи охорони здоров'я в сільській місцевості. Відповіді розподілилися відносно рівномірно: найбільше занепокоєння викликають психологічні травми серед пацієнтів і громади (17,6%), відсутність притулків (17,5%), обстріли або близькість до лінії фронту (17,0%). Додаткові ризики включали страх через ізоляцію та відсутність негайної підтримки (12,4%) і нестабільні комунікаційні мережі (11,4%).

Сільські медичні працівники частіше вказували на психологічну травму (21,1%) та відсутність притулку (19,9%) як на ключові ризики, тоді як міські фахівці менше наголошували на психологічній травмі (15,8%), ймовірно, через те, що вони стикаються з такими випадками частіше. Студенти виділили страх через ізоляцію (15,4%) як основне занепокоєння. Молодші респонденти також визначили страх ізоляції (16,2%) як основну причину занепокоєння, тоді як старші учасники (віком 56 років і старше) більше стурбовані відсутністю притулків (25,3%).

Регіональні відмінності у сприйнятті ризиків безпеки були особливо помітними. Обстріли були основною проблемою у прифронтових областях, таких як Сумська (28,1%), Запорізька (26,3%) та Харківська (21,4%), тоді як психологічним травмам приділяли менше уваги, що, ймовірно, відображає як близькість до зон конфлікту, так і більшу обізнаність із випадками, пов'язаними з травмами. На противагу цьому, респонденти із Заходу (22,4%) та Київщини (22,4%) визначили психологічну травму як ключову проблему. Респонденти з Київської області також виділили страх ізоляції (19,2%), нестабільну комунікацію (14,7%) і присутність агресивних або асоціальних осіб (13,5%) як значні ризики. Заміновані території були значною проблемою на Півдні (17,8%) і на Харківщині (13,8%), тоді як брак притулків часто згадувався в Запорізькому регіоні (21,0%) і на Півдні (20,0%). Примітно, що Запоріжжя було єдиним регіоном, де значна присутність військовослужбовців (14,0%) була визначена як суттєва проблема безпеки.

**Зв'язки
важливі,
але виплати
та безпека
важливіші**

Результати свідчать про те, що медичні працівники та студенти визнають значні переваги медичної практики в сільській місцевості, такі як тісніші зв'язки з громадою та професійна повага, але вони затьмарюються системними бар'єрами, включаючи низьку заробітну плату, погану інфраструктуру, обмеженість житла та недостатні можливості для кар'єрного розвитку. Занепокоєння щодо безпеки, особливо в регіонах, що постраждали від конфлікту, та відсутність надійного зв'язку ще більше знижують бажання переїжджати до сільської місцевості. Фінансові стимули, житлова підтримка, транспорт і чіткі гарантії кар'єрного зростання стають найсильнішими мотиваційними чинниками, поряд із заходами щодо забезпечення безпеки та покращення умов праці.



Підтримка та інтеграція

Професійна підтримка та інтеграція в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

Цей розділ досліджує погляди теперішніх та майбутніх медичних працівників на системи та ресурси, які підтримують ефективну практику, утримання та мотивацію в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. У ньому оцінюється як поточна спроможність працювати самостійно в сільських умовах, так і сприйняття впливу різних механізмів підтримки, таких як наставництво, телемедицина, навчання, психологічна підтримка, соціальні пакети та покращення інфраструктури, що потенційно впливають на їхню професійну впевненість та довгострокову залученість у медичну діяльність.

Респондентам було запропоновано сім позитивних тверджень, кожне з яких мало на меті оцінити, чи підвищить конкретний захід підтримки їхню готовність та мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Відповіді фіксувалися за допомогою шкали Лайкерта. Хоча концептуальна структура запитань залишалася однаковою для всіх груп респондентів, формулювання були адаптовані відповідно до їхнього професійного статусу. Наприклад, студентів просили розглянути гіпотетичні сценарії майбутнього (наприклад, «Я був би впевнений, що після завершення навчання...»), тоді як нинішні медичні працівники відповідали на основі свого теперішнього досвіду (наприклад, «Я був би впевнений у прийнятті рішень, що виносяться на клінічному рівні...»).

Table 5. Survey responses on professional support and integration in rural healthcare



Загалом 42,6% респондентів висловили впевненість у прийнятті незалежних рішень, що виносяться на клінічному рівні, у системі охорони здоров'я в сільській місцевості, тоді як 31,4% повідомили про нижчий рівень впевненості. Впевненість була помітно вищою серед нинішніх медичних працівників: міських (55,8%) та сільських (53,5%). З іншого боку, лише 30,8% студентів відчували себе впевнено під час самостійної роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, тоді як 41,8% зазначили, що не відчували б себе впевнено. Лікарі повідомили про найвищий рівень впевненості (64,4%), за ними йдуть фельдшери/парамедики (52,8%) та медичні сестри (47,5%). Як і очікувалося, рівень впевненості зростав пропорційно до віку та стажу роботи. У регіональному розрізі респонденти із Запорізького регіону (89,0%) та Півдня (75,0%) повідомили про найвищий рівень довіри, тоді як респонденти з Дніпра висловили найнижчий рівень довіри (38,5%).

¹³ Для студентів це питання було сформульовано так: «Я був би впевнений, що після завершення навчання (інтернатури) зможу самостійно приймати рішення, що виносяться на клінічному рівні, в системі охорони здоров'я в сільській місцевості без безпосередньої підтримки фахівця»

¹⁴ Для студентів це питання було сформульовано так: Можливість пройти спеціалізоване навчання (курси, інтернатуру) підвищила б мою готовність і мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

Більшість респондентів (57,8%) погодилися, що регулярне спостереження або наставництво на місці покращить їхню готовність і мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Ця думка узгоджується з більшістю демографічних і професійних змінних, з відносно високою часткою нейтральних відповідей і мінімальною кількістю незгодних. Особливо високий рівень згоди (69,1%) з цим механізмом підтримки продемонстрували молоді медичні працівники (віком 23-35 років). У регіональному розрізі найвищий рівень згоди спостерігався на Харківщині (71,1%) та Сумщині (68,4%).

Телемедицина отримала широке визнання як цінний інструмент підвищення готовності до роботи в сільській місцевості: 61,5% респондентів погодилися, що доступ до дистанційних консультацій з фахівцями підвищить їхню мотивацію. Найвищий рівень згоди був серед системи охорони здоров'я в сільській місцевості (66,5%), за ними йдуть міські фахівці (61,2%) та студенти (51,7%). Особливо сильну підтримку висловили медсестри (68,7%) та фахівці середнього медичного персоналу (69,0% серед осіб віком 36-45 років). Регіональні відмінності були мінімальними, хоча респонденти з Київського регіону продемонстрували вищий рівень нейтралітету (54,0%).

Можливості спеціалізованого навчання також були оцінені позитивно: 62,9% респондентів погодилися, що такі програми підвищать їхню мотивацію та готовність до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Міські медичні працівники (68,3%) висловили дещо більшу згоду, ніж їхні сільські колеги (65,4%) та студенти (59,4%). Лікарі продемонстрували найвищий рівень згоди (68,7%), що потенційно свідчить про потребу в цільових навчальних програмах, адаптованих до їхніх ролей. Молодші та менш досвідчені фахівці були особливо прихильними до цієї ідеї – до 79,4%. У регіональному розрізі респонденти із Заходу продемонстрували найбільшу підтримку (86,5%), що може свідчити про існуючі ініціативи у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості на Закарпатті та підвищену обізнаність про потреби в навчанні.

Доступ до психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП) також був визначений як важливий чинник мотивації залучення до системи охорони здоров'я в сільській місцевості, з чим погодилися 62,5% респондентів. Найвищий рівень згоди був серед сільських (69,2%) та міських (66,7%) медичних працівників, тоді як студенти були менш переконані (42,9%) і частіше висловлювали нейтральну думку (39,6%), що може свідчити про нижчу обізнаність щодо потреб психічного здоров'я у професійній практиці. У регіональному розрізі найсильніша підтримка була в Запорізькій (84,1%) та Сумській (77,0%) областях, що може бути пов'язано з вищим рівнем стресу та нижчим рівнем подолання стресу.

Найвищий рівень згоди за всіма твердженнями стосувався надання фінансових і матеріальних пільг, таких як транспорт, житло та підвищення заробітної плати: 86,4% респондентів стверджують, що це значно підвищило б їхню готовність і мотивацію до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Лише 5,9% не погодилися з цим. Найвищий рівень згоди спостерігався серед сільських медичних працівників (91,3%), з яких 60,0% повністю згодні з цим твердженням. Фельдшери продемонстрували найвищий рівень згоди (94,4%) серед усіх професій, без жодного респондента, який би не погодився. Студенти висловили дещо меншу підтримку (78,0%), але більше половини (51,6%) повністю згодні з цим твердженням. Молодші фахівці (92,6%) висловили більшу підтримку, ніж старші колеги (82,3%). У регіональному розрізі найвища підтримка була зафіксована на Півдні (97,5%) та Київщині (93,9%), тоді як на Харківщині підтримка була дещо нижчою (77,8%).

Впевненість може зростати лише тоді, коли створені належні системи підтримки

Нарешті, 85,4% респондентів погодилися, що покращення інфраструктури та умов праці підвищило б їхню мотивацію працювати в системі охорони здоров'я в сільській місцевості. Найбільше підтримують цю ідею сільські медичні працівники (89,7%), за ними йдуть їхні міські колеги (85,3%). Студенти були менш переконані (76,9%), а 17,6% висловили нейтральну позицію, що, можливо, відображає їхню обмежену обізнаність щодо поточних проблем сільської інфраструктури. Фельдшери знову продемонстрували найвищий рівень згоди (94,4%) серед усіх професій, без жодного респондента, який би не погодився. Молодші фахівці (91,2%) висловили більшу підтримку, ніж старші (82,3%).

Результати свідчать про те, що впевненість у самостійній роботі в системі охорони здоров'я в сільській місцевості залишається обмеженою, особливо серед студентів та менш досвідчених фахівців, що підкреслює потребу

в структурованих системах підтримки. Респонденти активно підтримують такі заходи, як регулярне наставництво, доступ до телемедицини, спеціалізоване навчання та ПЗПСП, як такі, що мають вирішальне значення для підвищення готовності та мотивації. Хоча фінансові та матеріальні вигоди залишаються найвпливовішими чинниками, професійна інтеграція через цифровий зв'язок та ПЗПСП є важливими доповненнями, необхідними для підтримки залучення та зменшення ізоляції.



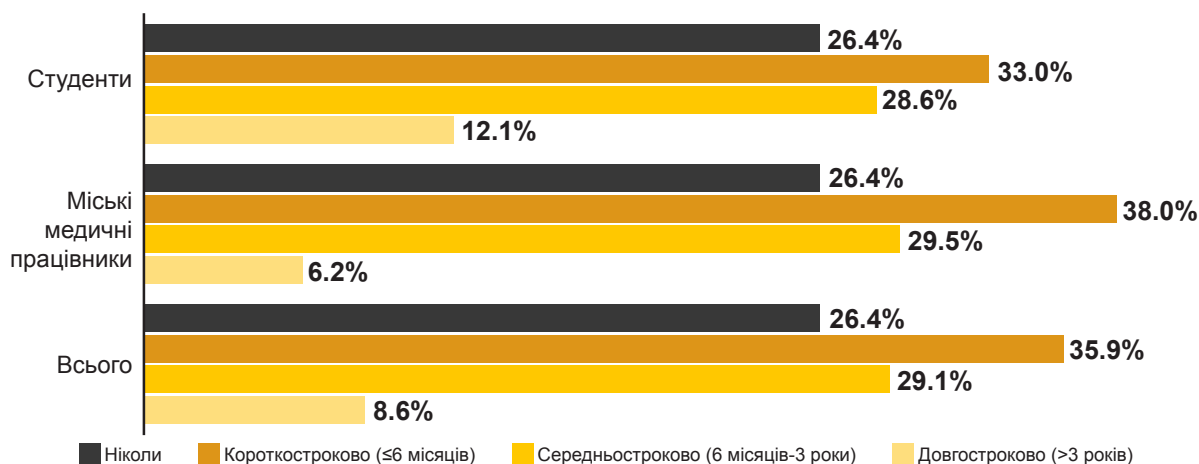
Готовність та погляди

Готовність долучитися до роботи та погляди щодо покращення системи охорони здоров'я в сільській місцевості

У цьому розділі представлено результати цільових запитань та відповідей у довільній формі для оцінки готовності респондентів, які не проживають у сільській місцевості, працювати в сільській місцевості та їхньої готовності до короткострокового/довгострокового відрядження. У ньому також досліджуються мотиви, що стоять за початковим залученням сільських фахівців до роботи в сільській місцевості, та фіксуються погляди респондентів щодо практичних рекомендацій для урядових та інституційних суб'єктів, які прагнуть залучити та утримати медичних працівників у сільській місцевості.

Щоб краще зрозуміти потенціал залучення сільської робочої сили, студентам та міським медичним працівникам було поставлено запитання: «Якби вам запропонували роботу в сільській місцевості, на яку тривалість ви б погодилися?» Відповіді розподілилися відносно рівномірно, причому найбільша частка (35,9%) вказала на готовність погодитися на короткострокове призначення терміном до шести місяців. Примітно, що 26,4% респондентів заявили, що ніколи не погодилися б на роботу в сільській місцевості, що свідчить про те, що для значної частини респондентів сильні попередні установки можуть обмежувати ефективність будь-яких програм залучення, заснованих на заохоченнях або інших видах програм.

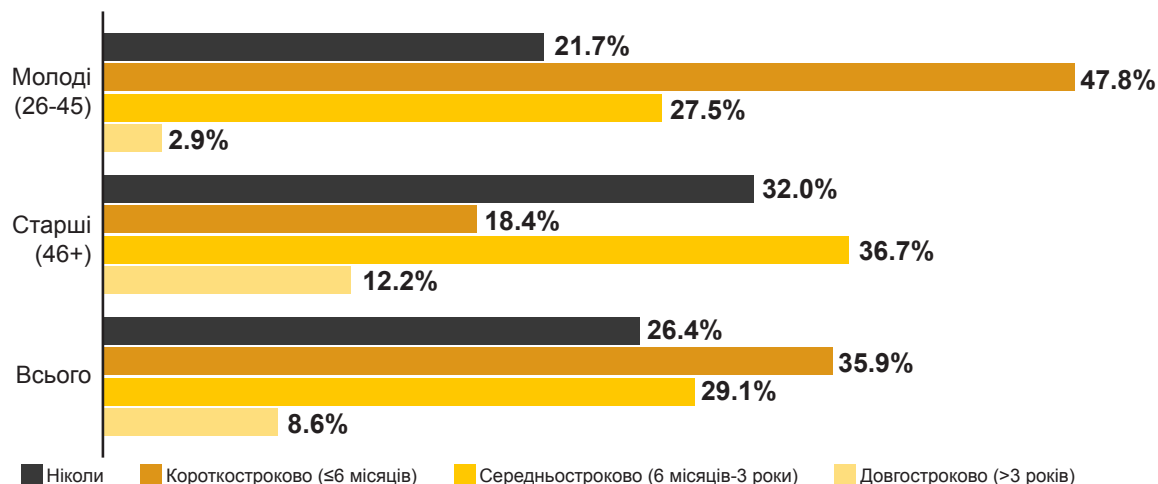
Таблиця 6. Готовність погодитися на роботу в сільській місцевості за тривалістю серед студентів та міських медичних працівників



Студенти були дещо менш схильні погоджуватися на короткострокові відрядження (33,0%) порівняно з міськими медичними працівниками (38,0%), але більш відкриті до довгострокового залучення (12,1%), також порівняно з міськими медичними працівниками (6,2%). Це може свідчити про певну відкритість студентів до роботи в сільській місцевості, якщо існують відповідні механізми підтримки.

Серед інших професійних груп 50,0% фельдшерів/парамедиків висловили готовність погодитися на середньострокові відрядження (від 6 місяців до 3 років), тоді як 48,0% медсестер надали перевагу короткостроковим відрядженням. Вік також відігравав значну роль у формуванні вподобань: молодші респонденти (віком 26-45 років) частіше погоджувалися на короткострокові відрядження (47,8%), тоді як старші фахівці (46+) надавали перевагу середньостроковому залученню (36,7%) або висловлювали небажання коли-небудь працювати в сільській місцевості (32,0%).

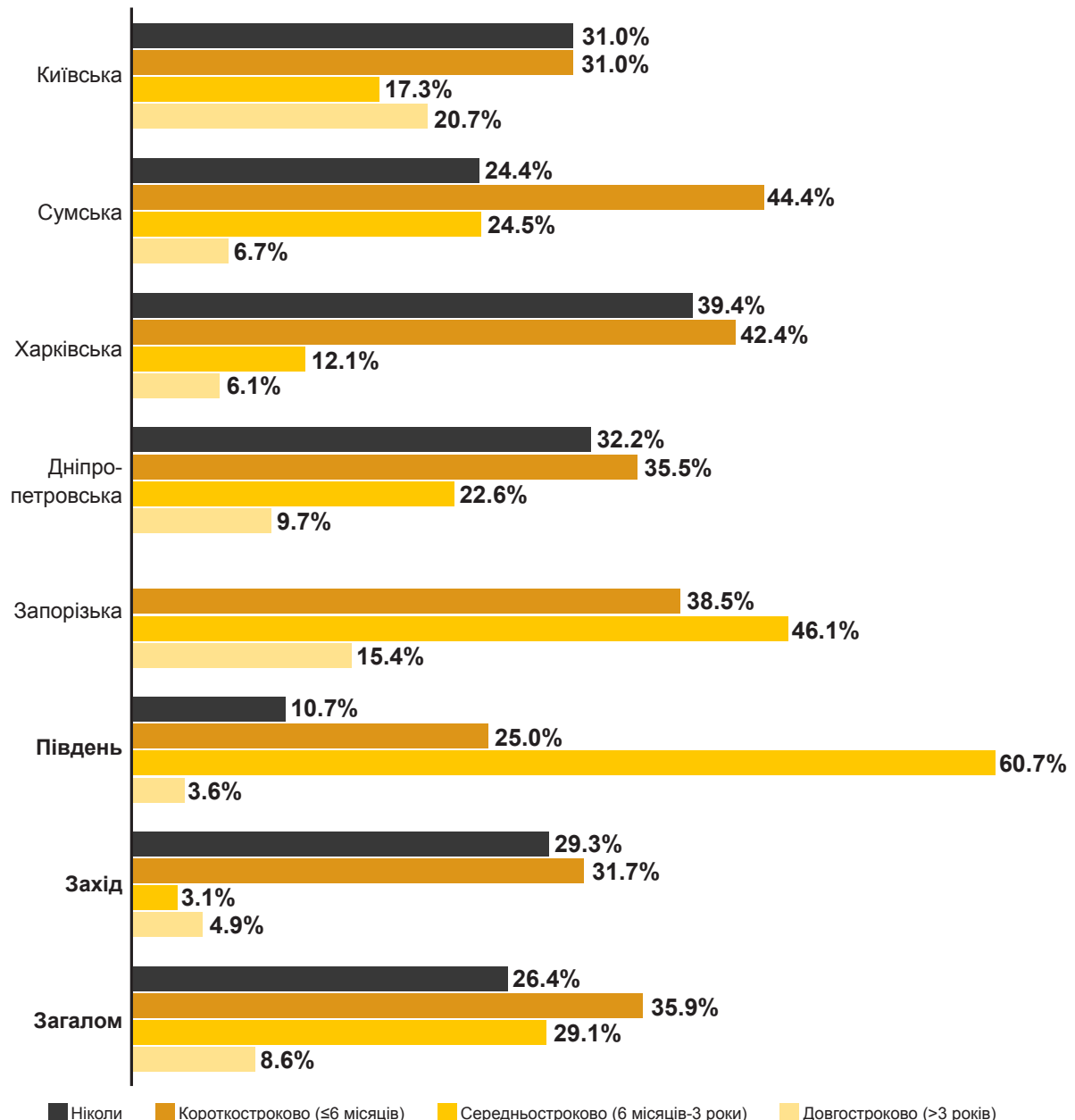
Таблиця 7. Готовність погодитися на роботу в сільській місцевості за тривалістю серед молодших і старших респондентів



Регіональний аналіз виявив суттєві відмінності у ставленні до роботи в сільській місцевості між різними регіонами. Респонденти із Запоріжжя та Півдня продемонстрували найбільшу відкритість до роботи в сільській місцевості, причому жоден із запорізьких респондентів не вказав, що відмовляється коли-небудь працювати в сільській місцевості. Більше того, 60,7% респондентів з Півдня висловили готовність приймати середньострокові відрядження. Натомість у Харкові (39,4%) та Києві (31,0%) найвища частка респондентів, які не бажають коли-небудь погоджуватися на роботу в сільській місцевості. Цікаво, що в Києві також була одна з найвищих часток респондентів, готових розглянути можливість довгострокової роботи (20,7%), що свідчить про поляризацію поглядів у регіоні.

Суми та Дніпро продемонстрували помірний рівень короткострокової готовності, тоді як на Заході відносно низька частка середньо- та довгострокового залучення.

Таблиця 8. Готовність погодитися на роботу в сільській місцевості за тривалістю за регіонами



Нарешті, ми проаналізували думки респондентів, які заявили, що ніколи не працюватимуть у сільській медицині, та тих, хто готовий до довгострокового відрядження (понад три роки).

Перехресні посилання на це запитання з попереднього розділу показали, що респонденти, які не бажають працювати в сільській місцевості, висловили сильнішу незгоду з більшістю тверджень, з помітними відхиленнями від загальних середніх значень у кількох випадках. Наприклад, 52,4% відповіли, що їм некомфортно приймати самостійні рішення, що виносяться на клінічному рівні, в сільській місцевості (проти 31,4% в цілому), а 69% не згодні з тим, що робота в сільській місцевості пропонує довгострокові кар'єрні можливості (проти 55,9% в цілому). Лише 67,2% погодилися, що такі переваги, як заробітна плата, транспорт та житло, покращають мотивацію (проти 86,4% загалом), і лише 63,7% вважають, що покращення

інфраструктури допоможе підвищити мотивацію (проти 85,4% загалом). Це свідчить про сильне, заздалегідь визначене негативне сприйняття, яке не можна подолати лише за допомогою переваг.

І навпаки, ті, хто бажає працювати в довгостроковій перспективі, висловили більшу згоду з більшістю тверджень з інших розділів. Зокрема, 100% міських медичних працівників цієї групи погодилися з тим, що спеціалізоване навчання підвищить мотивацію, і жоден з них не заперечив проти цього твердження. Крім того, 94,7% підтримали покращення інфраструктури (проти 85,4% загалом), а 84,2% погодилися з такими перевагами, як заробітна плата та житло (трохи нижче середнього показника 86,4%). Ці результати можуть свідчити про те, що довгострокова готовність більше залежить від покращення умов праці та можливостей для навчання, ніж від особистих переваг.

Сільським медичним працівникам було поставлене питання: **«Це було вашим рішенням працювати в сільській місцевості, чи це було пов'язано з державною програмою?»**. Більшість (64,0%) відповіли, що робота в системі охорони здоров'я в сільській місцевості була їхнім особистим рішенням, тоді як 16,7% зазначили, що це було пов'язано з державними програмами. Ще 10,7% не змогли пригадати причину, а 8,6% обрали варіант «інше», часто посиляючись на родинні зв'язки, місце народження або відсутність альтернативних варіантів працевлаштування. Це свідчить про те, що особисте сприйняття роботи в сільській місцевості в поєднанні з індивідуальними життєвими обставинами є основними чинниками, що впливають на залученість. Ці елементи слід ретельно враховувати під час розробки програм, спрямованих на залучення та утримання професіоналів.

На додаток до структурованого опитування респондентам було запропоновано відповісти на три відкриті запитання. Вони були необов'язковими, проте було зафіксовано високий рівень відповідей: 395 учасників (97%) надали відповіді на кожне запитання, що свідчить про активне залучення та зацікавленість у формуванні майбутніх напрямків політики.

Перше запитання: **«Яка ключова зміна, на вашу думку, могла б підвищити мотивацію та готовність медичних працівників працювати в сільській місцевості?»**

У відповідях переважна більшість респондентів підкреслили фінансові стимули як основний мотиваційний чинник, про який згадали понад 63% опитаних. Найчастіше згадувалися такі фрази, як *«висока заробітна плата»*, *«підвищення заробітної плати»* та *«стабільні виплати»*, що свідчить про те, що належна фінансова компенсація є основною вимогою для залучення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, особливо в умовах високого навантаження та обмежених ресурсів.

Забезпечення житлом стало другим найбільш часто згадуваним чинником (21%), причому респонденти підкреслили важливість доступу до офіційного або субсидованого житла. Такі твердження, як *«безкоштовне службове житло або компенсація орендної плати»* та *«забезпечення житлом молодих спеціалістів»* ілюструють роль житла у прийнятті рішень щодо місця роботи, особливо для спеціалістів на початку кар'єри.

Третіми найбільш згадуваними мотиваційними чинниками були переваги та соціальні гарантії (11%), включаючи медичне страхування, надбавки до пенсії та компенсацію за комунальні послуги або транспортні витрати. Прикладами цього є *«більше переваг для медичних працівників, які працюють у селі»* та *«надання знижок на оплату комунальних послуг»*.

Близько 8% респондентів зосередилися на транспорті та логістиці, зокрема, на стані доріг та доступності медичних закладів. Пропозиції включали «якісне дорожнє сполучення» та «можливості транспортування пацієнтів до медичних закладів вищого рівня», підкреслюючи, що покращення інфраструктури приносить користь усім, а не лише медичним працівникам.

Інші помітні теми включали поліпшення умов праці та інфраструктури закладів, з такими коментарями, як *«забезпечення сучасним обладнанням та опаленням»* і *«модернізація клінік і лікарень»*. Можливості для професійного розвитку згадали 4% респондентів, наголошуючи на необхідності стажування, підвищення кваліфікації та ротації між міськими та сільськими закладами. Нарешті, близько 3% респондентів висловили занепокоєння щодо безпеки та наслідків конфлікту, зазначивши, що *«нам потрібна краща безпека або, принаймні, сховище»*.

Друге відкрите запитання: **«На вашу думку, що має зробити уряд України, щоб мотивувати медичних працівників працювати у сільській системі охорони здоров'я?»**

Більшість (понад 60%) закликали до розробки системної національної політики підтримки медичних працівників системи охорони здоров'я в сільській місцевості. Основні пропозиції включали підвищення заробітної плати, преміювання та впровадження комплексних програм заохочення. Один з респондентів підсумував ці настрої: *«Премії, соціальний пакет, забезпечення гідної оплати праці»*.

Близько 20% респондентів наголосили на необхідності житлової підтримки, особливо для молодих спеціалістів, і закликали до політики, орієнтованої на сім'ю. Серед прикладів – «розробити спеціальну програму переваг для сільських працівників», «створити програму інтеграції сім'ї медичного працівника в місцеву громаду», «розробити чесну програму без прихованих «гачків» для майбутніх лікарів у сільській місцевості».

Серед інших тем, що повторювалися, – покращення інфраструктури (дороги, транспорт, доступ до лікарень вищого рівня), модернізація медичного обладнання, розвиток програм професійного зростання (інтернатура,

курси підвищення кваліфікації, пріоритетні квоти для сільських лікарів). Декілька респондентів також запропонували виплати на переїзд молодим спеціалістам та наголосили на важливості безпечних умов праці, включаючи притулки та системи безпеки.

Третє і останнє відкрите запитання: **«Чи маєте Ви будь-які додаткові коментарі або зауваження?»**

Хоча це було необов'язковим, 27 респондентів надали додаткові коментарі, пропонуючи цікаві погляди на системні проблеми та особистий досвід. У деяких коментарях висловлювалося розчарування кадровою політикою та відсутністю оновлення кадрів, а один респондент зазначив, що *«старші співробітники нікому не допомагають. Вони просто говорять нісенітницю. Вони ходять на ринок у робочий час. Вони більше не лікарі, вони там просто для того, щоб зайняти місце і отримати зарплату»*.

В інших відповідях містилися ширші роздуми про структурні виклики, підкреслюючи, що покращення системи охорони здоров'я в сільській місцевості не може відбуватися ізольовано:

«Якість медичної допомоги має залежати від якості життя в селах, як від інфраструктурного, так і від фінансового забезпечення. Неможливо підвищити рівень якості в жодному секторі окремо. Потрібен прогрес у всіх ключових для сільських громад секторах, щоб позитивно вплинути на економіку та демографічну ситуацію в країні».

Серед постійних проблем – надмірне робоче навантаження, нестача персоналу та адміністративний тягар:

- ▶ *«Остання реформа призвела до скорочення персоналу та збільшення навантаження. Нам потрібен п'ятиденний робочий тиждень, щоб запобігти вигоранню»*.
- ▶ *«Зменшити адміністративне навантаження. Медичні працівники повинні лікувати пацієнтів, а не витрачати години на статистику»*.

Були також запропоновані практичні пропозиції, такі як субсидії на комунальні послуги, кар'єрні стимули та безкоштовне онлайн-навчання:

- ▶ *«Держава могла б надавати пільги на комунальні послуги»*.
- ▶ *«Надавати пріоритет у спеціалізаціях, інтернатурі, ординатурі тим, хто працює в сільській місцевості. Надавати їм безкоштовне онлайн-навчання»*.

Помітною темою стала відчутна знеціненість професії та брак поваги до медичних працівників:

- ▶ *«Медсестер недооцінюють»*
- ▶ *«Медичну науку не поважають»*.
- ▶ *«Ми хочемо визнання на рівні європейських стандартів»*.

Нарешті, деякі коментарі відображали емоційну втому та надію на мир:

- ▶ *«На сьогоднішній день сільська медицина на нулі. Відсутність доріг, транспорту, зв'язку вбиває бажання працювати в селі»*

Результати свідчать про складний ландшафт ставлення до залучення до роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості, сформований особистим сприйняттям, життєвими обставинами та структурними чинниками. Хоча значна частка респондентів висловила готовність до короткострокових відряджень, довгострокові зобов'язання залишаються обмеженими і значною мірою залежать від покращення умов на робочому місці, можливостей професійного розвитку та сприятливої політики. Сильне негативне сприйняття серед тих, хто не бажає працювати в сільській місцевості, свідчить про те, що одних лише фінансових стимулів недостатньо для подолання укоріненого ставлення. І навпаки, відкритість серед студентів та певних професійних груп вказує на потенціал для цілеспрямованих втручань, зокрема через раннє залучення, покращення інфраструктури та комплексні програми допомоги. Стратегії залучення та утримання медичних працівників у сільській місцевості повинні поєднувати фінансові, професійні та соціальні заходи.

Стійкість системи охорони здоров'я визначається станом сільської медицини

На порядку денному



Мета та методологія дослідження



Загальна інформація



Ключові висновки



Q&A сесія

- Робота у сфері медицини здійснюється як колективно, так і індивідуально
- Основні бар'єри: фінансові, інфраструктурні, безпекові
- Склад ситуація — наявність мотивації до роботи у цій сфері
- Підприємство «Інтернаціоналізація» — це не тільки медицина, а й гуманітарна допомога



Воркшоп з валідації

Головні висновки з валідаційного воркшопу

Щоб переглянути та підтвердити точність отриманих результатів, 14 листопада 2025 року в Києві відбувся воркшоп з валідації, організований IRC. Захід зібрав представників ключових зацікавлених сторін, включаючи державні установи, наукові кола, надавачів медичних послуг, а також національні та міжнародні організації. Зокрема, серед учасників були представники Тростянецької міської ради, Харківського національного медичного університету, Дніпровського обласного медичного центру сімейного здоров'я, Томаківського ЦПМСД, Студентської ради Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, Всесвітньої організації охорони здоров'я, Кластеру охорони здоров'я, Національної агенції «ZDOROV!» та благодійного фонду «Fortitude UA» та Міжнародного комітету порятунку.

Під час воркшопу учасники мали можливість почути результати дослідження з перших вуст, поділитися своїми роздумами та долучитися до дискусії навколо питань, що виникають. Було піднято і колективно визнано кілька критичних моментів. Одним з ключових обмежень була відсутність в опитуванні питання про сімейний стан респондентів. Учасники підкреслили, що наявність сім'ї, а також малолітніх дітей суттєво впливає на бажання працювати в сільській місцевості. Обмежений доступ до шкіл, дитячих садків та інших соціальних послуг у багатьох невеликих громадах може стати основною перешкодою для медичних працівників, які розглядають можливість переїзду. Було досягнуто широкої згоди щодо того, що чинники, пов'язані з домогосподарством та сім'єю, тісно переплітаються з мотивацією робочої сили і повинні бути інтегровані в майбутні дослідження та формування політики.

Учасники також обговорили відмінності між поколіннями в кар'єрних шляхах. Старші медичні працівники зазначили, що в попередні роки вони не могли обирати місце проходження інтернатури, а це означало, що близько половини з них потрапляли в сімейну медицину і повинні були відпрацювати обов'язковий трирічний термін за місцем призначення. З 2019 року ця система скасована, що дає новому поколінню лікарів значно більше свободи у виборі спеціальності. Більше того, випускники після 2022 року більше не зобов'язані працювати в тому закладі, де вони проходили інтернатуру. Це означає, що навіть якщо інтернатура проходить у сільському медичному закладі, ймовірність того, що молодий лікар там залишиться, дуже низька. Ця зміна в поєднанні зі структурними бар'єрами може призвести до подальшого скорочення кількості молодих фахівців, які починають медичну практику в сільській місцевості.

Інша значна частина дискусії була присвячена майбутньому сімейної медицини. Представники академічних кіл розповіли, що з останнього випуску з приблизно 300 студентів-медиків лише дев'ять вирішили пройти інтернатуру в сімейній медицині, що є вражаюче низьким показником. Це було інтерпретовано як відображення того, як ця спеціальність сприймається: як менш престижна порівняно з такими галузями, як хірургія або внутрішня медицина. Водночас учасники погодилися, що сімейна медицина, особливо в сільській місцевості, залишається дуже шанованою через рівень відповідальності, незалежності та обсяг необхідних знань. Таким чином, уявлення про непрестижність цієї спеціальності може бути пов'язане не з характером роботи, а з високими вимогами, обмеженою підтримкою та складними умовами, з якими стикаються сімейні лікарі в сільських громадах.

Загалом група підтвердила, що результати, представлені в дослідженні, є актуальними, значущими та узгоджуються з життєвим досвідом фахівців, які працюють в системі охорони здоров'я України. Учасники підкреслили важливість подальшого поглиблення розуміння цих уявлень для більш ефективної та реалістичної розробки політики.

Воркшоп завершився спільною сесією, присвяченою формуванню рекомендацій, які будуть включені до підсумкового звіту. Учасники були поділені на дві групи: одна з них складалася з представників органів державної влади та державних установ, а інша – з представників міжнародних та місцевих неприбуткових організацій. Кожна група підготувала проєкт рекомендацій, якими потім ділилися, обговорювали, допрацьовували і, зрештою, консолідували в єдиний набір пропозицій для включення до звіту.



Рекомендації

Рекомендації щодо посилення залучення медичних працівників у систему охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні

Формування сталого кадрового потенціалу системи охорони здоров'я в сільській місцевості в Україні вимагає комплексного підходу, який виходить за межі дій одного суб'єкта. Це має охоплювати освіту, професійну підтримку, фінансові стимули, моделі надання послуг та соціальне середовище в сільських громадах. Наступні рекомендації, розроблені на основі інформації від відповідних зацікавлених сторін, окреслюють практичні кроки для того, щоб зробити медичну практику в сільській місцевості більш привабливою та життєздатною.

Створення ефективної системи навчання та кар'єрного зростання для заохочення медичної практики в сільській місцевості

Раннє знайомство з системою охорони здоров'я в сільській місцевості під час медичної освіти може підвищити залученість у майбутньому. Структуровані ротації в сільських закладах мають стати обов'язковою частиною додипломної та післядипломної підготовки, що дозволить студентам і молодим фахівцям отримати практичний досвід і зрозуміти реалії та можливості медичної практики в сільській місцевості. Необхідно запровадити спеціалізовані курси для підготовки медичних працівників до унікальних викликів системи охорони здоров'я в сільській місцевості, включаючи надання невідкладної допомоги в умовах обмежених ресурсів, телемедицину та самостійне прийняття рішень. Враховуючи зниження інтересу до сімейної медицини, у реформування системи підготовки кадрів слід інтегрувати цільові стимули та гарантії кар'єрного зростання. Програми наставництва, які об'єднують нових сільських лікарів з досвідченими клініцистами, можуть допомогти зменшити професійну ізоляцію та зміцнити довіру. Крім того, національні та інституційні кампанії повинні активно сприяти підвищенню престижу сімейної медицини та системи охорони здоров'я в сільській місцевості як поважних, складних і впливових галузей. Висвітлення їхньої важливої ролі у забезпеченні стійкості системи охорони здоров'я та добробуту громади може допомогти змінити сприйняття серед студентів та громадськості, зробивши ці кар'єрні шляхи більш привабливими та бажаними.

Посилення професійної підтримки за допомогою цифрового зв'язку між сільськими та міськими медичними працівниками

Сільські медичні працівники часто стикаються з ізоляцією та обмеженим доступом до консультацій фахівців. Створення цифрових центрів охорони здоров'я в сільських громадах може сприяти телеконсультаціям, дистанційній діагностиці та безперервній освіті. Національні платформи телемедицини, підтримувані академічними установами та провідними клініцистами, повинні забезпечити клінічні рекомендації та обговорення медичних випадків у режимі реального часу. Ці платформи також повинні включати структуровані програми наставництва та нагляду для подолання розриву довіри до незалежних клінічних рішень. Стимули та/або пільги для експертів для забезпечення регулярного дистанційного нагляду можуть створити більш згуртоване та сприятливе професійне середовище.

Забезпечення конкурентоспроможних стимулів та належних ресурсів для залучення та утримання персоналу

Конкурентоспроможні компенсаційні та соціальні пакети мають важливе значення для того, щоб зробити медичну практику в сільській місцевості привабливою, оскільки підвищення заробітної плати, забезпечення житлом та транспортна допомога є вирішальними чинниками для залучення сільських жителів. Заробітна плата працівників системи охорони здоров'я в сільській місцевості повинна відображати вищу відповідальність та обмеженість ресурсів, з якими вони стикаються, і потенційно перевищувати міські ставки щонайменше на 50%. Доступ до основного медичного обладнання, такого як портативні ультразвукові апарати, апарати ЕКГ та базової лабораторної діагностики, має бути гарантований для підтримки самостійного прийняття рішень. Надійний транспорт для роботи з населенням та реагування на надзвичайні ситуації, а також належне житло та соціальна підтримка для медичних працівників та їхніх сімей мають стати пріоритетами для місцевої влади.

Розширення гнучких та інноваційних моделей надання послуг для підтримки сільських громад

Географічні та демографічні виклики у сільській місцевості потребують адаптивних рішень. Мобільні мультидисциплінарні бригади, що працюють за передбачуваним графіком, можуть доповнити роботу сільських медичних працівників і забезпечити надання спеціалізованої допомоги. Мобільні діагностичні підрозділи повинні підтримувати рутинний скринінг, раннє виявлення та лікування хронічних захворювань, зменшуючи потребу пацієнтів у подоланні великих відстаней до закладів охорони здоров'я. Програми на рівні громад, такі як «посли здоров'я» та «секретарі здоров'я», можуть посилити медичну освіту та навігацію для пацієнтів, потенційно зменшуючи навантаження на сільських медичних працівників та покращуючи якість їхньої роботи та життя. Ці моделі мають бути пріоритетними в регіонах, що постраждали від конфлікту, де питання безпеки та пошкодження інфраструктури обмежують доступ до стаціонарних закладів охорони здоров'я.

Зміцнення соціальної інфраструктури для підтримки добробуту сільських медичних працівників та їхніх сімей

Рішення про переїзд залежить не лише від професійних умов, але й від якості життя. Покращення дитячої інфраструктури, зокрема дитячих садків та безпечних шкіл, може зробити сільські громади більш привабливими для медичних працівників із сім'ями. Сімейний стан може бути критично важливим чинником, що визначає готовність до переїзду, тому політика має включати сімейні пільги, такі як підтримка по догляду за дітьми, включаючи освіту. Місцеві органи влади повинні відігравати активну роль у формуванні соціальних пакетів та забезпеченні того, щоб підтримка на рівні громади відповідала очікуванням новоприбулих працівників. На додаток до критичної та соціальної інфраструктури, для сільських медичних працівників та їхніх сімей мають бути доступні, конфіденційні та безкоштовні послуги з охорони психічного здоров'я та психосоціальної підтримки для подолання стресу, ізоляції та травм, особливо на територіях, що постраждали від конфлікту.

Ребрендинг системи охорони здоров'я в сільській місцевості для підвищення престижу та впливу на громаду

Комплексна національна та інституційна кампанія повинна активно сприяти підвищенню престижу сімейної медицини та системи охорони здоров'я в сільській місцевості як поважних, інтелектуально складних та соціально значущих галузей. Кампанії повинні підкреслювати критично важливу роль сільських медичних працівників у забезпеченні стійкості системи охорони, добробуту громади та реагуванні на надзвичайні ситуації, роблячи ці кар'єрні шляхи більш привабливими та бажаними. Ці зусилля повинні починатися в університетах, щоб залучати студентів на ранніх стадіях навчання і змінювати сприйняття серед майбутніх фахівців і широкій громадськості.





Висновки

Фінальні висновки та рефлексія

Ця оцінка висвітлює працівників охорони здоров'я в сільській місцевості, які залишаються відданими служінню громадам України попри постійні структурні, фінансові та безпекові виклики. Хоча працівники охорони здоров'я цінують тісні зв'язки, довіру та зв'язки з громадою, ці природні мотиватори часто переважають хронічні проблеми, включно з низькими зарплатами, незадовільними умовами житла, поганою інфраструктурою та обмеженими можливостями кар'єрного розвитку. Поточна війна ще більше посилила ризики безпеки, вигорання та професійну ізоляцію, особливо у прифронтових регіонах.

Студенти та молоді спеціалісти - майбутні системи охорони здоров'я України висловлюють невизначеність. Обмежений досвід роботи в сільській місцевості, низький престиж сімейної медицини та недостатня підтримка з боку інституцій є важливими факторами, що відлякують. Без скоординованої політики та інвестицій ці настрої можуть поглибити нестачу працівників охорони здоров'я у сільській місцевості в найближчі роки.

Посилення сільської системи охорони здоров'я в Україні потребує рішучих реформ і інвестицій для створення безпечного, стабільного та мотивуючого робочого середовища для медиків

Посилення сільської системи охорони здоров'я України вимагатиме комплексного багаторівневого підходу, який покращує умови праці та життя. Конкурентна оплата праці, модернізовані заклади, підтримка транспортом та безпечні робочі умови мають поєднуватися зі структурованими професійними шляхами, включно з ротаціями в сільській місцевості, наставництвом та розвитком телемедицини. Підтримка житлом, сімейно-орієнтовані політики та психосоціальні послуги будуть необхідні, щоб робота в сільській місцевості була життєздатною на різних етапах життя працівників охорони здоров'я.

Нарешті, національні зусилля з підвищення статусу сімейної медицини та переосмислення сільської системи охорони здоров'я як кваліфікованої, значущої та поважної кар'єрної стежки можуть допомогти змінити усталені уявлення. Узгоджуючи фінансові, освітні та системні реформи, Україна може побудувати стійку систему охорони здоров'я в сільській місцевості, здатну забезпечувати рівний доступ до медичної допомоги під час кризи та після неї.



Посилання

1. Всесвітня організація охорони здоров'я та Дитячий фонд ООН (ЮНІСЕФ). Бачення первинної медичної допомоги у XXI столітті: на шляху до загального охоплення послугами охорони здоров'я та цілей сталого розвитку. Женева: ВООЗ і ЮНІСЕФ; 2018 (WHO/HIS/SDS/2018.15). Ліцензія: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
2. Метьюз К.А., Спірс К.С., Андерсон-Льюїс К. Нерівності у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості: сучасні рішення для тривалих викликів громадського здоров'я в сільській місцевості. Запобігання хронічним захворюванням 2025;22:250202. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd22.250202>
3. Гізау З., Астале Т., Кассіє Г.М. Що покращує доступ до послуг первинної медичної допомоги в сільських громадах? Систематичний огляд. Первинна медична допомога BMC. 2022;23:313. <https://doi.org/10.1186/s12875-022-01919-0>
4. Шайл-Адлунг К. Глобальні дані про нерівність в охороні здоров'я в сільській місцевості: Нові дані про дефіцит охоплення послугами охорони здоров'я в сільській місцевості у 174 країнах. Женева: Міжнародна організація праці; 2015.
5. Всесвітня організація охорони здоров'я. Розширення доступу до медичних працівників у віддалених та сільських районах шляхом покращення їхнього утримання: глобальні політичні рекомендації. Женева: ВООЗ; 2010.
6. Всесвітня організація охорони здоров'я. Як старіння населення впливає на фінансову стійкість системи охорони здоров'я та доступність медичної допомоги в Європі? Копенгаген: Регіональне бюро ВООЗ у Європі; 2025.
7. EuroHealthNet. Аналітична записка щодо здорового старіння. Брюссель: EuroHealthNet; 2025.
8. Європейське управління лікарнями та охороною здоров'я. Старіння населення: подолання викликів догляду за літніми людьми в Європі.
9. Кабаньєро-Гарсія Е., Мартінес-Лакоба Р., Пардо-Гарсія І., Амо-Саус Е. Бар'єри доступу до медичної, соціальної та довгострокової допомоги серед осіб літнього віку: систематичний огляд оглядів. Міжнародний журнал рівності в охороні здоров'я. 2025;24:72.
10. Расіч В. Охорона здоров'я в сільській місцевості: виклики та можливості для Європи. EURIPA; 2024.
11. EURIPA. Лінкольнська декларація 2024: подолання нерівності у сфері охорони здоров'я в сільській місцевості в Європі.
12. Офіс підтримки Сільського пакту. Покращення доступу до медичних послуг у сільських районах – підсумковий звіт.
13. Європейський парламент. Охорона здоров'я в ЄС: подолання нагальної нестачі робочої сили. Брюссель: EPRS; 2025.
14. Європейська служба новин. Куди поділися медсестри? ЄС вирішує проблему нестачі робочої сили у сфері охорони здоров'я.
15. Європейський альянс громадського здоров'я (ЕРНА). Вирішення кризи робочої сили у сфері охорони здоров'я та догляду. Брюссель: ЕРНА; 2024.
16. Яворська К., Галата Д., Штольфа Й., Пфейфєрова М. Якими є основні мотивуючі чинники для молодих лікарів-інтернів загальної практики працювати у сільських районах Чехії? Європейський журнал загальної практики. 2022;28(1):200–202.
17. Іган А., Гейс П., О'Ріган А. Що мотивує майбутніх лікарів загальної практики: якісне дослідження інтернів в Ірландії. Первинна медична допомога BMC. 2025;26:176.
18. Всесвітня організація охорони здоров'я. Бухарестська декларація: захищати, підтримувати та інвестувати в медичних працівників. Копенгаген: Регіональне бюро ВООЗ у Європі; 2023.
19. Харківський інститут соціальних досліджень. Система охорони здоров'я України: тест на стійкість в умовах війни. Доступно за посиланням: <https://khisr.kharkov.ua>

20. Уряд України. Державна цільова програма розвитку українського села до 2015 року.
21. Уряд України. Закон «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» (2017); Закон № 7117 «Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості».
22. Президент України, 2021. Доступно за посиланням: <https://www.president.gov.ua/en/news/volodimir-zelenskij-pidpisav-ukaz-yakij-peredbachaye-znachne-69085>
23. Уряд України. Указ Президента № 483/2024; аналіз Центру спільних дій щодо відповідності Конституції.
24. Регіональне бюро ВООЗ у Європі. Результати початкового аналізу ринку праці у сфері охорони здоров'я в Україні. 2024. Доступно за посиланням: <https://www.who.int/europe/news/item/21-11-2024-who-europe-releases-new-report-with-data-on-nursing-shortages-in-ukraine>
25. Фонд європейських прогресивних досліджень (FEPS). Від війни до відновлення: посилення системи охорони здоров'я України для стійкого майбутнього. Аналітична записка. 2025. Доступно за посиланням: <https://feps-europe.eu/wp-content/uploads/2025/02/Strengthening-Ukraines-healthcare-for-a-resilient-future.pdf>
26. Лікарі світу. Сприяння доступу до психічного здоров'я та психосоціальної підтримки в Україні. Аналітична записка. 2023. Доступно за посиланням: https://www.medicosdelmundo.org/app/uploads/old/sites/default/files/policy_brief_fostering_access_to_mhpss_in_ukraine_medicos_del_mundo_2023_compressed.pdf
27. Кастільйо Т., Сакс Е., Скіпальська Г., Гончарук В. Інтеграція ПЗПСП та реагування на ГЗН в первинну медичну допомогу під час війни: уроки України. Європейський журнал громадського здоров'я. 2025;35(Suppl_4):ckaf161.1002. Доступно за посиланням: https://academic.oup.com/eurpub/article/35/Supplement_4/ckaf161.1002/8302859
28. Міжнародний комітет порятунку (IRC). «Мені сняться кошмари про вибухи»: стан психічного здоров'я медичних працівників України. Доступно за посиланням: <https://www.rescue.org/en/report/i-have-nightmares-about-explosions-state-mental-health-among-ukraines-health-workforce>
29. Кабінет Міністрів України. Уряд схвалив Стратегію розвитку телемедицини в Україні. 2023. Доступно за посиланням: <https://www.kmu.gov.ua/en/news/uriad-ukhvalyv-stratehiu-rozbudovy-telemedytsyny-v-ukraini>
30. Lexology. Прийняття нового закону дозволяє Україні впроваджувати телемедицину в умовах війни. 2023. Доступно за посиланням: <https://www.lexology.com/library/detail.aspx?g=9a2d27f8-c187-41a1-ae9-53a69811fa9f>
31. Всесвітня організація охорони здоров'я. (31 жовтня 2025 р.). HeRAMS: медичні послуги в областях України: Інфографіка серпень 2025 р. <https://www.who.int/publications/m/item/herams-ukraine-health-services-across-oblast-2025-08-en>
32. Світовий банк. (25 лютого 2025 р.). Опубліковано оновлену Оцінку потреб України у відновленні та реконструкції. <https://www.worldbank.org/en/news/press-release/2025/02/25/updated-ukraine-recovery-and-reconstruction-needs-assessment-released>
33. Міжнародний комітет порятунку (IRC). (2025). Звіт з мультисекторальної оцінки потреб: Україна. Україна
34. Верховна Рада України. (28 липня 2023 р.). Закон № 3285-IX: «Про порядок вирішення окремих питань адміністративно-територіального устрою України». За даними: <https://www.rada.gov.ua/print/246046.html>
35. Регіональне бюро Всесвітньої організації охорони здоров'я у Європі та Європейська обсерваторія систем і політики охорони здоров'я. (2024). Системи охорони здоров'я в дії: Україна. ВООЗ/Європа. URL: https://eurohealthobservatory.who.int/publications/i/health-systems-in-action-ukraine-2024?utm_source
36. Центр громадського здоров'я України, Міністерство охорони здоров'я. (2025). Узагальнені дані медичної звітності для комунальних та підпорядкованих МОЗ закладів охорони здоров'я. <https://phc.org.ua/monitoring-i-statistika/meddata-1>

Додаток 1

Керівництво з проведення фокус-групової дискусії

Назва:

Які фактори впливають на рішення медичних працівників щодо роботи в сільській місцевості України

Учасники:

Фокус-групова дискусія спрямована на вивчення чинників, що впливають на рішення щодо роботи в сільській місцевості. Учасниками є студенти-медики старших курсів та медичні працівники з міських територій - тобто ті, хто перебуває на етапі вибору професійного шляху або вже вирішив не працювати в сільській місцевості. Такий підхід дозволяє глибше зрозуміти як бар'єри, так і мотивуючі чинники, що впливають на ці рішення.

Орієнтовна тривалість: 60–90 хвилин

Кількість учасників у кожному ФГД: 6–8

Вступ

Вітаю, і дякую, що долучилися до цієї дискусії. Мене звати _____ і я працюю [назва посади] у Міжнародному Комітеті Порятунку. Ми проводимо оцінку, щоб краще зрозуміти, які фактори впливають на рішення медичних працівників щодо роботи в сільській місцевості України, особливо враховуючи триваючий конфлікт. Ця дискусія має тривати близько години. Ми не будемо розкривати ваші особистості та імена. Ваша участь є абсолютно добровільною, і ви можете не відповідати на деякі або на всі питання. Ви також можете залишити це обговорення у будь-який час.

Вам комфортно приймати участь у цій дискусії та відповідати на мої запитання? З вашого дозволу, ми хотіли б записати цю дискусію, щоб ми могли точно обмірковувати ваші ідеї. Чи всі згодні? У вас є питання, перш ніж ми почнемо?

Від учасників отримано інформовану згоду: ☐ Так ☐ Ні

Отримано згоду на створення нотатків ☐ Так ☐ Ні

Отримано інформовану згоду на аудіо/відеозапис:* ☐ Так ☐ Ні

* Використовуйте аудіозапис лише якщо це необхідно, і було визначено, що аудіозапис не буде становити небезпеку для учасників або персоналу.

Перед початком, будь ласка, заповніть наведену нижче інформацію:

Тип активності:	Розташування:	Дата:
Ідентичність співрозмовника/групи:	Необхідність інтерпретації: ☐ Так ☐ Ні	
Вік або вікова група:	Кількість учасників:	

(Після того, як ви зафіксували згоду та зібрали всю демографічну інформацію, повідомте учасників, що ви почнете ставити запитання. Не забудьте записувати як вербальні, так і невербальні відповіді (тобто звертайте увагу на твердження з більш детальною інформацією тощо), а також невербальну згоду (наприклад, кивання головою тощо).

Розділ 1: Мотивації та виклики роботи в системі охорони здоров'я в сільській місцевості

(Дослідіть, які фактори або стимули можуть зробити роботу в сільській місцевості більш привабливою. Зосередьтеся на особистих, професійних та системних мотиваторах.)

1. З вашої точки зору, які ви бачите переваги чи виклики роботи в сільській місцевості?
2. Як, на вашу думку, сприймають сільську працю ваші однолітки (колеги)?
3. Чи змінилися ваші погляди щодо роботи в сільській місцевості з часом? Якщо так, то як саме і що вплинуло на ці зміни? му?

Розділ 2: Мотивація та стимули

(Дослідіть, як конфлікт впливає на відчуття безпеки учасників та їхню відкритість до роботи в сільській місцевості в поточному та постконфліктному середовищі)

4. Які конкретні зміни зробили б роботу в сільській місцевості більш привабливою для вас (наприклад, зарплата, житло, професійна підтримка)?
5. Чи існують певні умови або фактори, які зробили б роботу в сільській місцевості життєздатним або привабливим варіантом для вас? Якщо так, то протягом якого періоду ви могли б її розглянути?
6. Чи вважаєте ви, що робота в сільській місцевості може допомогти чи зашкодити вашому кар'єрному розвитку? Чому?

Розділ 3: Конфлікт та безпека

(Зберіть думки щодо операційних викликів у сільській місцевості. Визначте відчутні прогалини у підтримці, обладнанні, цифрових інструментах та професійній співпраці)

7. Як триваючий конфлікт вплинув на ваше ставлення до роботи в сільській місцевості?
8. Які проблеми безпеки ви пов'язуєте з роботою в сільській місцевості, особливо в зонах, що постраждали від конфлікту?
9. Чи можете ви поміркувати над тим, як ваші думки можуть відрізнятись під час конфлікту порівняно з періодом до/після конфлікту?

Розділ 4: Умови праці та практичні питання

(Зрозумійте, як обставини особистого життя, гендерні особливості та соціальна інтеграція впливають на рішення щодо відряджень у сільській місцевості)

10. Якби вам довелося працювати самостійно в сільській місцевості, з обмеженим доступом до інших спеціалістів, наскільки впевнено б ви почувалися в такій ситуації?
 - 10.1. Які види підтримки чи інструментів, на вашу думку, допомогли б вам керувати такою організацією?
 - 10.2. Яке обладнання, приміщення чи підтримка полегшили б вашу роботу в сільській місцевості?
11. Як, на вашу думку, пацієнти у сільській місцевості сприймають медичних працівників? Чи вважаєте ви, що почувалися б особою, якій довіряють, якби працювали в такому середовищі? Чому так чи ні?

Розділ 5: Особисте та соціальне життя

(Оцініти сприйняття системної та політичної підтримки. Заохочувати практичні рекомендації, які могли б зробити відрядження у сільській місцевості більш доцільними або привабливими)

12. Як особисті чинники (наприклад, сім'я, стосунки, діти) впливають на рішення працювати в сільській місцевості?
13. Чи існують специфічні труднощі для людей, які працюють у сільській місцевості у сфері охорони здоров'я? Чи можете ви навести приклад?
14. Як ви думаєте, чи почувалися б ви соціально ізольованими чи інтегрованими в сільську громаду? Чому?

Розділ 6: Політика, система та рекомендації

(Надайте простір для відкритих роздумів або ідей, які, можливо, не були розглянуті раніше. Заохочуйте учасників до подальшої роботи та подякуйте за їхній час)

15. Чи вважаєте ви, що існуючі державні програми (такі як стажування, фінансові бонуси або житло для сільських працівників) є реалістичними та ефективними?
16. Якби ви могли розробити програму для залучення більшої кількості фахівців до сільської місцевості, що б вона включала?
17. Чи є певні сільські райони, в яких ви б охочіше працювали, ніж в інших? Чому?

Розділ 7: Підсумки

18. Можливо, у вас є ще думки, які не були охоплені під час нашої розмови? Якщо так – можете зазначити їх зараз.

Завершення

Дякуємо, що поділилися своїми думками сьогодні. Ваш відгук неймовірно цінний і допоможе нам зрозуміти, як ми можемо краще підтримувати медичних працівників та покращити надання медичної допомоги в сільській місцевості. Якщо у вас є якісь занепокоєння або ви хочете поділитися чимось приватно, ви можете зв'язатися з нами після цієї розмови.



Додаток 2

Опитувальник

Анкета призначена для трьох груп респондентів: сільських медичних працівників, міських медичних працівників та студентів-медиків. Мета полягає в тому, щоб підтвердити початкові результати фокус-груп щодо перспектив роботи в сільській місцевості в Україні під час конфлікту.

Шановні медичні працівники (студенти),

Ми проводимо опитування, щоб краще зрозуміти досвід та сприйняття медичних працівників щодо роботи в сільських медичних закладах. Результати допоможуть нам скласти більш чітке уявлення про поточну ситуацію та визначити спільні погляди та виклики.

Участь в опитуванні є повністю добровільною. Всі відповіді будуть зберігатися в суворій конфіденційності, і доступ до даних матиме лише обмежена кількість членів нашої організації. Жодна інформація, що дозволяє ідентифікувати особу, не буде розкриватися в жодних звітах чи публікаціях.

Чи готові ви взяти участь в цьому опитуванні?

☐ Так ☐ Ні

Якщо ні, будь ласка, вкажіть причину: _____

Довідкова інформація

► Оберіть вашу професійну категорію?

Лікар / Медсестра / Фельдшер (парамедик) / Студент

► Де ви зараз працюєте?

Сільська місцевість / Міська місцевість

► Якщо студенти:

Студент ВНЗ / Студент коледжу (медсестринська справа) / Студент коледжу (лікувальна справа)

► Вік:

18-25 / 26-35 / 36-45 / 46-55 / 56+

► Стать:

Чоловік / Жінка / Інше

► Регіон (область):

Харків, Суми, Дніпро, Запоріжжя, Миколаїв, Херсон, Одеса, Київська область, Львів, Закарпаття

► Роки професійного досвіду:

0 (для студентів), <5 / 5-10 / 11-20 / >20

Сприйняття роботи в системі охорони здоров'я в сільській

► Робота в сільській системі охорони здоров'я вважається шанованою та важливою.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

► Робота в сільській системі охорони здоров'я пропонує хороші можливості для довгострокового кар'єрного зростання.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

► Робота в сільській системі охорони здоров'я не вплине (вплинула) на моє соціальне життя.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

► Робота в сільській системі охорони здоров'я безпечніша для мене та моєї родини.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

► Сільські заклади у сфері охорони здоров'я отримують більшу підтримку від гуманітарних організацій порівняно з міськими.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

Бар'єри та мотивація (вибір кількох варіантів)

Зі списку нижче виберіть ТРИ професійні або соціальні переваги, які ви вважаєте найважливішими під час роботи в сільській системі охорони здоров'я.

- ☐ о Тісніший зв'язок з пацієнтами та громадою
- ☐ о Більша повага та довіра з боку пацієнтів
- ☐ о Можливість безпосередньо впливати на здоров'я громади
- ☐ о Менша агресія або конфліктність пацієнтів порівняно з міськими районами
- ☐ о Ширший клінічний досвід та різноманітніший склад медичних випадків
- ☐ о Можливості для лідерства або самостійного прийняття рішень
- ☐ о Нижча вартість життя
- ☐ о Підтримка від гуманітарних або неурядових організацій
- ☐ о Тихіше, менш стресове середовище за межами великих міст
- ☐ о Інше (будь ласка, уточніть): _____

Зі списку нижче виберіть ТРИ **виклики**, які ви вважаєте найважливішими для роботи в сільській системі охорони здоров'я.

- ☐ о Низька зарплата
- ☐ о Брак житла
- ☐ о Погані дороги/транспорт
- ☐ о Поганий інтернет/телекомунікації
- ☐ о Застаріле обладнання/зручності
- ☐ о Ізоляція/самотність (обмежені соціальні можливості)
- ☐ о Обмежені можливості для кар'єрного розвитку
- ☐ о Адміністративне навантаження (наприклад, проблеми з електронною системою)
- ☐ о Ризики безпеки (пов'язані з конфліктом)
- ☐ о Відсутність дитячих садків/шкіл
- ☐ о Інше (будь ласка, уточніть): _____

Зі списку нижче виберіть ТРИ **переваги або стимули**, які, на вашу думку, підвищують мотивацію до роботи в сільській системі охорони здоров'я.

- ☐ о Вища зарплата
- ☐ о Підтримка житла
- ☐ о Транспорт/транспортний засіб надається
- ☐ о Надійний мобільний зв'язок/Інтернет
- ☐ о Наставництво/супервізія
- ☐ о Безперервне професійне навчання
- ☐ о Гарантії кар'єрного зростання
- ☐ о Надійні умови безпеки/захисту
- ☐ о Можливість тимчасового призначення на посаду до сільської медичної установи
- ☐ о Інше (будь ласка, уточніть): _____

Конфлікт і безпека

► Триваючий конфлікт вплинув на мій інтерес до роботи в сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден/Погоджуюся/Нейтральний/Не згоден/Категорично не згоден

Зі списку нижче виберіть ТРИ **ризики для безпеки**, які ви вважаєте найбільш значимими під час роботи в сільській системі охорони здоров'я.

- ☐ о Обстріли/близькість до лінії фронту
- ☐ о Заміновані території
- ☐ о Жорстокі або антисоціальні особи
- ☐ о Брак укриттів
- ☐ о Психологічна травма серед пацієнтів/громади
- ☐ о Нестача поліції/пожежників
- ☐ о Нестабільне з'єднання для виклику допомоги
- ☐ о Висока присутність військових
- ☐ о Страх через ізоляцію (відсутність негайної підтримки чи захисту)
- ☐ о Інше (будь ласка, уточніть): _____

Професійна підтримка та інтеграція

1. Для студентів-медиків

Будь ласка, оцініть, наскільки ви згодні з наступними твердженнями, уявляючи, що після закінчення навчання ви працюєте в сільській системі охорони здоров'я:

- ▶ Я відчуваю впевненість, що після завершення навчання (інтернатури) зможу самостійно приймати клінічні рішення у сільській системі охорони здоров'я без негайної підтримки спеціаліста.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Регулярний нагляд або наставництво на місці підвищили б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Доступ до телемедичних консультацій зі спеціалістами збільшив би мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Можливість проходження спеціалізованого навчання (курсу, стажування) підвищила б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Доступ до психологічної підтримки та програм профілактики вигорання підвищив би мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Отримання пільг, таких як транспорт, житло та підвищення заробітної плати, підвищило б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Покращення інфраструктури та умов праці підвищило б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

2. Для медичних працівників

Будь ласка, оцініть, наскільки ви згодні з наступними твердженнями, враховуючи ваш досвід роботи та можливість працювати (або продовжувати працювати) у сільській місцевості:

- ▶ Я відчуваю впевненість у тому, що можу самостійно приймати клінічні рішення у сільській системі охорони здоров'я без негайної підтримки спеціаліста.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Регулярний нагляд або наставництво на місці покращили б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Доступ до телемедичних консультацій зі спеціалістами підвищив би мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Більше можливостей для додаткового спеціалізованого навчання підвищили б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Доступ до психологічної підтримки та програм профілактики вигорання підвищив би мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Отримання пільг, таких як транспорт, житло та підвищення заробітної плати, підвищило б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

- ▶ Покращення інфраструктури та умов праці підвищило б мою готовність та мотивацію працювати у сільській системі охорони здоров'я.

Повністю згоден / Згоден / Нейтральний / Не згоден / Категорично не згоден

(тільки для студентів-медиків та міського медичного персоналу)

- ▶ Якби вам запропонували посаду в сільській місцевості, на який термін ви б погодилися прийняти таку пропозицію?
 - ☐ Короткостроково (≤6 місяців)
 - ☐ Середньостроково (6 місяців–3 роки)
 - ☐ Довгостроково (>3 років)
 - ☐ Ніколи

(тільки для сільських медичних працівників)

- ▶ Чи ваш вибір працювати медичним працівником в сільській місцевості був особистим, чи це було передбачено державною програмою?

Так / Ні / Я не пам'ятаю

Заключення

Яка ключова зміна, на вашу думку, могла б підвищити мотивацію та готовність медичних працівників працювати в сільській місцевості?

На вашу думку, що має зробити уряд України, щоб мотивувати медичних працівників працювати у сільській системі охорони здоров'я?

Чи маєте Ви будь-які додаткові коментарі або зауваження?

Міжнародний комітет порятунку (IRC) працює в Україні з лютого 2022 року. Разом з українськими партнерами ми прагнемо якнайкраще підтримувати людей, яких торкнулася війна. IRC працює в Одеській, Миколаївській, Харківській, Сумській, Дніпропетровській, Херсонській, Запорізькій та Донецькій областях, підтримуючи громади як у великих містах, так і у важкодоступних сільських районах поблизу лінії фронту.

Разом із місцевими партнерами ми розподіляємо предмети першої необхідності, надаємо грошову допомогу сім'ям, які її потребують, та забезпечуємо захист дітей, вразливих груп населення і людей з особливими потребами. Крім того, ми стоїмо на передовій відновлення та реагування системи охорони здоров'я, поєднуючи роботу мобільних медичних бригад, відновлення сільських медичних закладів, цільові заходи з підвищення потенціалу, а також роботу спільнот у сфері фізичного та психічного здоров'я - посилюючи перевантажені служби охорони здоров'я в одних із найбільш постраждалих від конфлікту регіонів України.

З початку повномасштабної війни, силами IRC та імплементаційних партнерів, ми надали понад 150 000 амбулаторних консультацій та 20 000 послуг із психічного здоров'я та психосоціальної підтримки (ПЗПСП). Понад 100 закладів охорони здоров'я отримали критично важливі медичні матеріали, а понад 10 закладів охорони здоров'я були підтримані через стратегічні партнерства та фінансування.

Ми масштабуємо контекстно адаптовані та потребоорієнтовані інтервенції у сфері охорони здоров'я, які поєднують швидкий ефект із довгостроковою стійкістю. Наші програми покращують доступ до якісної медичної та психосоціальної допомоги для громад, що постраждали від конфлікту, особливо для літніх людей, жінок, осіб з інвалідністю, людей із психічними розладами у віддалених і важкодоступних районах, а також підтримують медичних працівників, соціальних працівників та педагогів. Усі ці зусилля сприяють зміцненню системи охорони здоров'я в довгостроковій перспективі.

IRC також продовжує активну діяльність у Європі та США, щоб відповідати масштабам гуманітарних потреб українців. Ми реалізуємо програми екстреної допомоги у Польщі та підтримуємо українських біженців у Польщі, Італії, Греції, Німеччині та Великій Британії.

Перегляньте наш звіт про стан психічного здоров'я медичних працівників в Україні:



Відвідайте нашу лендінгову сторінку, щоб дізнатися більше про роботу IRC в Україні:

