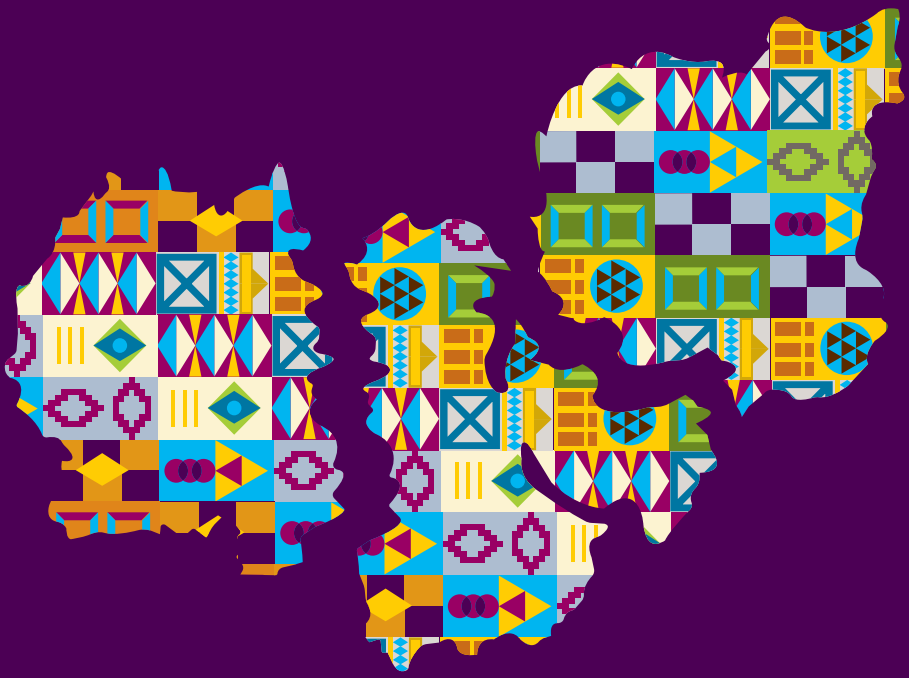
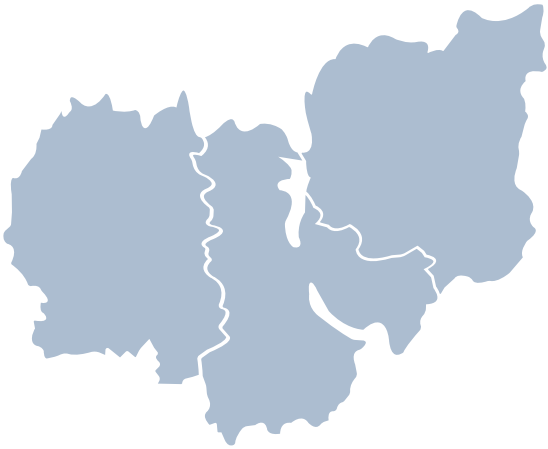
Операційний аналіз та оцінка впливу мобільних медичних команд серед обраних громад

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ



INNOBAЦІЇ ДЛЯ ПОДОЛАННЯ ЕПІДЕМІЇ ВІЛ

Київ, Україна
2024



ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ:

Операційний аналіз та оцінка впливу мобільних медичних команд, мобільних аптечних пунктів, сервісу транспортування пацієнтів, просторів психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я для задоволення потреб населення і документування змін щодо доступу до основних медичних послуг серед обраних громад.

Operational analysis and assessing the impact of activities such as mobile health teams, mobile pharmacy points, patient transportation service, psychological support spaces and health ambassadors program to address the needs of served populations and document the changes in access to essential health services in selected communities

Автори звіту:
Олександр Зезюлін (1)
Ірина Завірюха (1)
Євген Большов (2)
Наталія Сайчук (1)
Анна Соколенко (3)
Олександр Недужко (1)

(1) ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я»
(2) Консультант
(3) FHI 360

Операційний аналіз та оцінка впливу мобільних медичних команд, мобільних аптечних пунктів, сервісу транспортування пацієнтів, просторів психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я для задоволення потреб населення і документування змін щодо доступу до основних медичних послуг серед обраних громад / Зезюлін О., Завірюха І., Большов Є., Сайчук Н., Соколенко А., Недужко О.– К.: ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я», 2024. – 164 с.

Джерело фінансування: проєкт «Інновації для подолання епідемії ВІЛ», який впроваджують організації Pact, FHI 360 та AFEW за підтримки Уряду США через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID).

Підготовка звіту стала можливою завдяки щедрій підтримці американського народу, наданій через Агентство США з міжнародного розвитку (USAID) та Надзвичайну ініціативу Президента США з надання допомоги у боротьбі з ВІЛ/СНІД. Зміст є винятковою відповідальністю Пакту та його партнерів і необов'язково відображає погляди Агентства США з міжнародного розвитку (USAID) або уряду США.

Зміст

Терміни та скорочення....4

Подяки....6

Резюме....7

1. Обґрунтування....8

2. Мета та завдання....9

3. Безпека інтерв'юера та респондента у зв'язку з військовими діями....22

4. Організація навчання команди дослідження....22

5. Етичні засади проведення дослідження....22

6. Результати....25

6.1. Кабінетний аналіз програмних даних....25

6.2. Якісний компонент – глибинні інтерв'ю....78

6.3. Кількісний компонент - опитування....115

6.4. Якісний компонент – фокус-групи....149

7. Висновки та рекомендації....159

Терміни та скорочення

Амбасадори здоров'я	*активісти громади, допомагають місцевим жителям громад ставати лідерами у просуванні ідеї турботи про здоров'я та благополуччя, формувати навички здорового способу життя та створення сприятливого для здоров'я середовища*
Вибіркова сукупність	*частина генеральної сукупності, члени якої є об'єктами спостереження, і яка відбирається за спеціальними правилами так, щоб її характеристики відображали властивості всієї генеральної сукупності та надавали можливість отримати повне уявлення про всю сукупність*
ВПО	*внутрішньо переміщені особи*
ГЗН	*гендерно зумовлене насильство*
ГІ	*глибинні інтерв'ю*
ЗОЗ	*заклад охорони здоров'я*
ЄІПГЗ	*ТОВ «Європейській інститут політики громадського здоров'я»*
ЛОР	*лікар-отоларинголог*
Мобільний аптечний пункт (МАП)	*доставляє лікарські засоби, зокрема, за урядовою програмою «Доступні ліки», за маршрутом мобільної медичної команди у переобладнаних за рахунок Проєкту автомобілях ДП «Укрвакцина» МОЗ України*
Мобільна медична команда (ММК)	*мультидисциплінарна команда у складі лікаря сімейної медицини, медичної сестри, соціального працівника, психолога та водія, які щонайменше двічі на місяць приїжджають у населені пункти громад, щоб надати послуги щонайменше двадцяти жителям за один виїзд у кожній громаді*
НІЗ	*неінфекційні захворювання*

Неурядова організація (НУО)	*неурядова організація, легалізована або зареєстрована згідно із законодавством України*
НСЗУ	*Національна служба здоров'я України*
ПТСР	*посттравматичний стресовий розлад*
Простори психологічної підтримки (ППП)	*кабінети психологічної підтримки, які запрацювали у громадах, щоб місцеві жителі могли отримати кваліфіковану психологічну допомогу онлайн*
Рекрутер	*відповідальний за рекрутинг (залучення) потенційних учасників дослідження відповідно критеріїв включення*
СТП	*сервіс транспортування пацієнтів*
ТГ	*територіальна громада*
УЗД	*ультразвукове дослідження*
ФАП	*фельдшерсько-акушерський пункт*
ФГ	*фокус-група*
ХОЗЛ	*хронічне обструктивне захворювання легень*
ЦПМСД	*центр первинної медико-санітарної допомоги*
Institutional review board (IRB)	*комісія з питань етики*
Research Electronic Data Capture (REDCap)	*електронна платформа управління даними*

Подяки

Ми висловлюємо щиру подяку всім учасникам дослідження, які поділилися своїм цінним досвідом та надали важливу інформацію для аналізу впливу мобільних медичних команд, мобільних аптечних пунктів, сервісу транспортування пацієнтів, просторів психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я.

Особлива вдячність мешканцям громад, де реалізовувалися досліджувані інтервенції:

- Олевська, Словечанська, Народицька (Житомирська область)
- Тетіївська, Баришівська (Київська область)
- Срібнянська, Талалаївська, Варвинська (Чернігівська область)

Ваш внесок став визначальним для оцінки доступності, ефективності та впливу досліджуваних програм, а також формування рекомендацій для підвищення якості медичних і психосоціальних послуг.

Ми також висловлюємо вдячність організаціям-партнерам, які підтримували цей проєкт, і всій дослідницькій команді за їх професіоналізм, відданість та зусилля, що зробили це дослідження можливим.

Резюме

Звіт присвячений аналізу впливу мобільних медичних команд, мобільних аптечних пунктів, сервісу транспортування пацієнтів, просторів психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я на доступність та якість медичних і психосоціальних послуг у восьми громадах Житомирської, Київської та Чернігівської областей. Мобільні медичні команди відвідували віддалені та деокуповані населені пункти, надаючи медичні та психосоціальні консультації для мешканців, які не мають доступу до закладів охорони здоров'я та психосоціальних сервісів. У рамках роботи мобільних аптечних пунктів надавалися ліки за програмою «Доступні ліки», а також включав комбіновані препарати для лікування таких найбільш поширених НІЗ, як: серцево-судинні захворювання, ревматологічні, неврологічні, ендокринологічні та ін., які не покриваються програмою реімбурсації. Простори психологічної підтримки організовували індивідуальні онлайн психотерапевтичні консультації, спрямовані на зменшення рівня стресу та покращення психічного здоров'я. Сервіс транспортування пацієнтів надавав можливість отримати спеціалізовану медичну допомогу маломобільним групам населення та іншим пацієнтам. Програма амбасадорів здоров'я активно залучала мешканців до пропагування здорового способу життя та створення сприятливого для здоров'я середовища.

Дослідження поєднувало кабінетний аналіз, якісні (глибинні інтерв'ю та фокус-групи) і кількісні методи (опитування отримувачів послуг). Зібрані дані свідчать про те, що мобільні команди охопили до 91% населення в громадах, де вони працювали, тоді як простори психологічної підтримки та амбасадори здоров'я забезпечили важливу психосоціальну допомогу, особливо в умовах війни. Результати дослідження підтвердили важливість цих інтервенцій для подолання бар'єрів у доступі до послуг.

Дослідження також показало, що в багатьох громадах залишаються населені пункти, які не охоплені виїздами мобільних команд через малу чисельність населення або наявність власних закладів охорони здоров'я. Рекомендації дослідження спрямовані на розширення географії інтервенцій, інтеграцію мобільних рішень у систему охорони здоров'я та зміцнення їхньої стійкості. Зокрема, рекомендується збільшити частоту виїздів мобільних команд, покращити транспортну логістику та розширити програму психологічної підтримки для більш повного задоволення потреб громадян в умовах воєнного стану.

1. Обґрунтування

Після повномасштабного вторгнення російських військ в Україну, основні медичні та психосоціальні послуги в багатьох регіонах країни зазнали значних втрат і руйнувань. У рамках проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» (САНС), окремим напрямом стала підтримка громад в обраних областях для відновлення основних медичних та психосоціальних послуг, які постраждали внаслідок війни.

Проведена оцінка ефективності та впливу цих інтервенцій, яку здійснило ТОВ «Європейський інститут політики громадського здоров'я» (далі - ЄІПГЗ). Оцінка включала:

- вивчення чинників, які мотивували людей звертатися до мобільних сервісів;
- аналіз основних причин звернень за найбільш затребуваними послугами;
- оцінку рівня задоволеності отриманими послугами.

Результати оцінки засвідчили критичну важливість цих інтервенцій для забезпечення стійкості та ефективності медичних і психосоціальних послуг, особливо в умовах війни. Зібрані дані вказують на позитивний вплив реалізованих заходів на громади, що дозволяє сформувати подальші рекомендації для посилення стійкості системи охорони здоров'я в Україні.

2. Мета та завдання

Метою дослідження було: проаналізувати та оцінити вплив таких мобільних сервісів, як мобільні медичні команди, мобільні аптечні пункти, сервіс транспортування пацієнтів, простори психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я для задоволення потреб населення і документування змін щодо доступу до основних медичних та психосоціальних послуг серед обраних громад.

Для досягнення мети дослідження було передбачено низку завдань:

- Визначити програмні характеристики діяльності мобільних медичних команд, аптечних пунктів, сервісу транспортування пацієнтів, просторів психологічної підтримки та програми амбасадорів здоров'я, а також сформулювати запитання для пояснення їх ефективності та впливу з боку надавачів та отримувачів послуг.
- З'ясувати доступність, ефективність та вплив мобільних сервісів з точки зору надавачів та організаторів послуг.
- Вивчити доступність, ефективність та вплив мобільних сервісів з точки зору отримувачів послуг.
- Визначити шляхи підвищення доступності, ефективності та впливу мобільних сервісів з точки зору організаторів послуг.

3. Методологія

Дослідження складалося з чотирьох компонентів відповідно до вказаних вище завдань:

1. Кабінетний аналіз програмних даних за період 01 січня – 30 вересня 2024 року (Завдання 1).
2. Якісний компонент шляхом проведення глибинних інтерв'ю (ГІ) з 20 надавачами та організаторами послуг 8-ми громад: керівниками/представниками громад, керівниками/адміністраторами центрів первинної медико-санітарної допомоги (ЦПМСД), керівниками/організаторами центрів надання соціальних послуг, амбасадорами здоров'я (Завдання 2).
3. Кількісний компонент шляхом опитування 400 отримувачів послуг (Завдання 3).
4. Якісний компонент шляхом проведення двох фокус-груп (ФГ) із 16 організаторами послуг з 8 громад: головами громад, сільськими

старостами, керівниками ЦПМСД, керівниками відділів соціальних послуг на рівні громади (Завдання 4).

Компоненти 2-4 було реалізовано протягом жовтня – грудня 2024 року.

Опис інтервенції

1. Мобільні медичні команди

Мобільні медичні команди (ММК) є мультидисциплінарними командами, до складу яких входять лікар загальної практики, медична сестра, соціальний працівник, психолог та водій. За потреби залучаються лікарі вторинного рівня (кардіологи, ендокринологи, неврологи тощо). ММК відвідують віддалені та деокуповані громади щонайменше двічі на місяць, забезпечуючи медичні та психосоціальні послуги не менше ніж 20 жителям кожної громади за один виїзд. Мета: забезпечення доступу до якісних медичних послуг для населення, яке постраждало від війни, через виїзні консультації та лікування.

2. Мобільні аптечні пункти

Мобільні аптечні пункти (МАП) функціонують за маршрутами ММК, забезпечуючи доставку лікарських засобів, зокрема за програмою «Доступні ліки». Пункти облаштовані в спеціально переобладнаних автомобілях, які відповідають стандартам зберігання лікарських засобів. Основні функції: прийом замовлень, зберігання та відпуск лікарських засобів і медичних виробів; дотримання стандартних операційних процедур, умов зберігання та дезінфекції.

3. Сервіс транспортування пацієнтів

Сервіс транспортування пацієнтів забезпечує безпечне перевезення клієнтів до закладів охорони здоров'я. Особливу увагу приділено забезпеченню доступності транспорту для осіб з інвалідністю та маломобільних груп населення, а також взаємодії з медичними закладами та ММК для підтвердження візитів і реагування на екстрені ситуації.

4. Простори психологічної підтримки

Простори психологічної підтримки створені для надання кваліфікованої допомоги у громадах, що постраждали від війни. Функціональні можливості: індивідуальні та групові консультації; організація психоедукаційних заходів для зниження стресу та покращення психічного здоров'я; доступність фізичних просторів (кабінетів) для психологічних онлайн-консультацій.

5. Програма амбасадорів здоров'я

Програма амбасадорів здоров'я спрямована на підвищення обізнаності громадян про здоровий спосіб життя та створення умов для зміцнення здоров'я населення. Вона включає популяризацію здорового способу життя через проведення просвітницьких заходів і кампаній, організацію локальних ініціатив, спрямованих на покращення громадського здоров'я, навчання мешканців навичкам турботи про здоров'я і благополуччя, а також залучення громадян до активної участі у процесах, пов'язаних із покращенням здоров'я. Особливу увагу приділено формуванню локальних активістів, які сприяють розвитку знань і практичних умінь у громадах, допомагаючи створювати умови для стійкого покращення якості життя та здоров'я.

Вибірка та географія дослідження

Дослідження проводилося у восьми громадах трьох областей України: Житомирська, Київська та Чернігівська, обраних відповідно до географії реалізації у цих регіонах проєкту USAID "Інновації для подолання епідемії ВІЛ".

Цільовими групами у межах дослідження були:

- надавачі послуг та організатори надання послуг (Завдання 2);
- отримувачі послуг Проєкту старше 18 років (Завдання 3);
- організатори надання послуг (Завдання 4).

Кабінетний аналіз (Завдання 1)

У ході кабінетного аналізу досліджувалися наступні кількісні показники:

1. Кількість виїздів ММК, всього, окремо по областях і громадах.
2. Кількість охоплених виїздами ММК населених пунктів, всього, окремо по областях і громадах.
3. Кількість населених пунктів, які було охоплено виїздами ММК повторно (більше 1 разу), всього, окремо по областях і громадах.
4. Частка, яку охоплені виїздами ММК населені пункти складають від усіх населених пунктів громади.
5. Кількість клієнтів, які охоплені виїздами ММК.
6. Частка, яку охоплені виїздами ММК клієнти складають від усіх мешканців громади.

7. Кількість клієнтів, які охоплені виїздами ММК повторно (більше одного разу), всього, окремо по областях і громадах.
8. Кількість осіб, охоплених скринінгом щодо домашнього та гендерно зумовленого насильства (ГЗН), окремо по областях і громадах.
9. Кількість осіб, які за результатами позитивного скринінгу на домашнє та ГЗН були перенаправлені у відповідні служби для захисту, окремо по областях і громадах.
10. Кількість осіб, охоплених послугами психосоціальної допомоги, всього, окремо по областях і громадах.
11. Кількість осіб, охоплених скринінгами на неінфекційні захворювання (серцево-судинні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, цукровий діабет, втрата слуху) окремо по областях і громадах.
12. Кількість перенаправлень з позитивним результатом скринінгу на неінфекційні захворювання, всього, окремо по областях і громадах.
13. Кількість осіб, охоплених скринінгами на психічні розлади (депресія, тривожність, посттравматичний стресовий розлад (ПТСР), зловживання психоактивними речовинами), окремо по областях і громадах.
14. Кількість перенаправлень з позитивним результатом скринінгу на психічні розлади.
15. Кількість звернень клієнтів в ММК через перенаправлення амбасадором здоров'я, окремо по областях і громадах.
16. Кількість просторів психологічної підтримки (ППП), які відкрито в ході роботи проєкту, окремо по областях і громадах.
17. Кількість осіб, які отримали послуги психологічної допомоги в ППП.
18. Кількість осіб, які отримали послуги в ППП і були перенаправлені в них ММК.
19. Кількість проведених кризових психологічних консультацій, всього, окремо по областях і громадах, окремо для ММК та ППП.
20. Кількість клієнтів, які скористалися послугою транспортування до медичного закладу, всього, окремо по областях і громадах.
21. Кількість населених пунктів, у яких розповсюджено інформаційні

матеріали проєкту, всього, окремо по областях і громадах.

22. Кількість розданих інформаційних матеріалів проєкту, всього, окремо по областях і громадах.
23. Кількість амбасадорів здоров'я, які залучені проєктом, всього, окремо по областях і громадах.
24. Кількість клієнтів, з якими працювали амбасадори здоров'я (за наявності такої інформації), всього, окремо по областях і громадах.
25. Кількість наданих рецептів на ліки, всього, окремо по областях і громадах.

Також було здійснено аналіз якісної інформації із програмних звітів, зокрема вивчено взаємодію команди проєкту із закладами охорони здоров'я цільових громад, керівниками цих громад та керівниками областей. Окрему увагу приділено оцінці продуктивності такої взаємодії з точки зору представників команди проєкту. Аналіз даних із бази проєкту охопив статево-віковий розподіл клієнтів у цілому, а також за окремими компонентами проєкту, такими як ММК та МАП. Досліджено статево-вікові особливості попиту на різні послуги, які надають ММК, що дозволило оцінити ефективність вибору населених пунктів для виїздів мобільних команд з урахуванням доступності стаціонарних закладів охорони здоров'я та аптечних пунктів для мешканців цих громад.

Якісний компонент дослідження (Завдання 2) передбачав проведення ГІ з 20 надавачами та організаторами послуг проєкту. Розрахунок вибірки здійснювався з урахуванням потенційного насичення кодів учасників. З представниками кожної з восьми громад було проведено 2–3 глибинні інтерв'ю, що в підсумку становило 20 інтерв'ю. Такий підхід забезпечив ретельне та всебічне дослідження досвіду мешканців окремих громад і дозволив комплексно проаналізувати завдання, визначене для цього компонента.

Кількісний компонент (Завдання 3)

Генеральною сукупністю кількісного компоненту дослідження були клієнти проєкту, які отримували послуги ММК, сервіс транспортування пацієнтів (СТП), МАП або ППП. Фактичний відбір проводився із сукупності клієнтів, які зверталися за відповідними послугами протягом січня-листопада 2024 року, періоду проведення опитування.

У рамках реалізації кількісного компоненту було опитано 400 клієнтів

проєкту. Переважну більшість клієнтів становили користувачі послуг ММК, і ці пропорції було враховано при проектуванні вибірки. Вибірка розподілялася між трьома областями дослідження (Житомирська, Київська, Чернігівська) пропорційно кількості клієнтів проєкту в кожному з цих регіонів. Усередині областей вибірка розподілялася між громадами відповідно до кількості клієнтів у кожній громаді, забезпечуючи географічну структуру, максимально наближену до структури сукупності клієнтів проєкту.

Інтерв'юери, які здійснювали опитування, виїжджали до населених пунктів разом із ММК протягом жовтня-листопада 2024 року. Обсяг вибірки для кожної громади розподілявся між виїздами мобільних команд, враховуючи, що за один виїзд команда обслуговувала 20-25 клієнтів, а інтерв'юер мав завдання опитати 12-15 респондентів. Інтерв'ю проводилися в різних населених пунктах маршруту виїзду мобільних команд. Альтернативний підхід передбачав опитування клієнтів, які зверталися до ППП.

Точні завдання і графіки роботи інтерв'юерів розраховувалися індивідуально для кожної громади з урахуванням географічного розподілу вибірки та актуальних графіків виїздів мобільних команд проєкту.

Оцінка помилки для загальної вибірки в 400 респондентів склала 1.06% при пропорції показника 5% і 2.42% при пропорції 50%, з урахуванням корекції на кінцеву популяцію (вибірка складала трохи менше 10% від генеральної сукупності). Для Житомирської області стандартна помилка вибірки становила 1.6% для показників близьких до 5% і 3.65% для показників близьких до 50%. Для Київської області ці показники склали 2.1% і 4.78% відповідно, а для Чернігівської області — 1.76% і 3.99%.

Якісний компонент дослідження (Завдання 4) передбачав проведення ФГ із 16 організаторами послуг, серед яких були голови громад, сільські старости, керівники ЦПМСД, керівники відділів соціальних послуг на рівні громад та інші організатори. Розрахунок вибірки здійснювався з урахуванням потенційного насичення кодів учасників, що дозволило оптимізувати кількість залучених осіб.

Було проведено дві ФГ, кожна з яких включала по вісім учасників. Такий підхід забезпечив можливість ретельно та всебічно вивчити досвід представників громад, які були залучені до організації послуг. Отримані результати дозволили комплексно проаналізувати завдан-

ня, визначене для цього компоненту, і забезпечили глибоке розуміння ключових аспектів роботи організаторів послуг у контексті дослідження.

Загальна вибірка дослідження за компонентами і регіонами дослідження представлена у Таблиці 1.

Таблиця 1. Розмір вибірки за методами та територією.

ГРУПА РЕСПОНДЕНТІВ ТА ЗАВДАННЯ	Житомирська			Київська		Чернігівська			РАЗОМ
	ОЛЕВСЬКА	СЛОВЕЧАНСЬКА	НАРОДИЦЬКА	ТЕТІЇВСЬКА	БАРИШІВСЬКА	СРІБНЯНСЬКА	ТАЛАЛАЇВСЬКА	ВАРВИНСЬКА	
ГІ з надавачами та організаторами послуг (Завдання 2)	3	2	2	3	2	3	3	2	20
Опитування серед отримувачів послуг (Завдання 3)	50	50	50	50	50	50	50	50	400
ФГ з організаторами послуг (Завдання 4)	3	2	2	2	2	1	2	2	16

Критерії включення учасників у кожен з компонентів дослідження вказано у Таблиця 2.

Таблиця 2. Критерії включення учасників дослідження відповідно до Завдань

Критерії	Якісний компонент (Завдання 2)	Кількісний компонент (Завдання 3)	Якісний компонент (Завдання 4)	Метод верифікац
Володіння мовою	Володіння українською мовою на рівні, що дозволяє вільно розуміти та відповідати на питання гайду/анкети			Самодекларація
Вік	18 років і старше			Самодекларація
Тривалість проживання	Досвід проживання на території проведення дослідження			Самодекларація
Статус надавача послуг	Надання або організація надання послуг в рамках проєкту	Не відноситься	Організація надання послуг в рамках проє	Верифікація регіональним координатором
Статус отримувача послуг	Не відноситься	Отримання послуг проєкту протягом січня-листопада 2024 року	Не відноситься	Запис в DataCheck / Самодекларація
Наявність згоди на участь	Усна та письмова			Підтвердження інтерв'юера / підпис учасника

Критеріями виключення потенційних учасників для кожного компоненту є:

- відмова від участі у дослідженні (відмова від участі у дослідженні (метод верифікації – відсутність підпису учасника на письмовій згоді та/або відсутність підтвердження інтерв'юера на усній згоді)
- будь-які порушення психічного здоров'я, які роблять неспроможним потенційного учасника адекватно реагувати на те, що відбувається (метод верифікації – візуальний контроль з боку інтерв'юера)

Рекрутинг та формування вибірки учасників

Якісний компонент (Завдання 2)

Рекрутинг та формування вибірки учасників якісного компоненту (Завдання 2) здійснювали регіональні координатори або відповідаль-

ні особи, які безпосередньо співпрацювали з надавачами та організаторами послуг і мали їх контактну інформацію. Рекрутер проводив перший контакт із потенційними респондентами, зачитуючи інформаційну листівку щодо дослідження. Під час розмови рекрутер запрошував респондентів взяти участь у дослідженні. У разі зацікавленості учасників отримували письмову "Форму згоди FHI360 на використання історії, зображення, слів і/або голосу", а їх контактна інформація передавалася інтерв'юерам.

Другий контакт із надавачами послуг здійснював інтерв'юер. Перед початком глибинного інтерв'ю проводився скринінг надавачів і організаторів послуг на відповідність критеріям включення у дослідження. Якщо потенційний респондент відповідав усім критеріям включення, інтерв'юер проводив процедуру отримання усної інформованої згоди. Після погодження респондентом участі в дослідженні інтерв'юер разом із респондентом узгоджували зручні дату, час і формат проведення глибинного інтерв'ю (телефон, Viber, Zoom, Telegram тощо).

Цей підхід забезпечив ефективну взаємодію між координаторами, рекрутерами, інтерв'юерами та респондентами, що сприяло успішній реалізації якісного компоненту дослідження.

Кількісний компонент (Завдання 3)

Кількісний компонент (Завдання 3) реалізовувався у змішаному форматі, який передбачав рекрутинг учасників як при виїздах ММК у громади, так і через ППП.

Під час виїздів ММК набір учасників здійснювався незалежним фахівцем безпосередньо у громадах згідно з запланованими графіками. Коли клієнти отримували послуги на місці, рекрутер контактував із потенційними учасниками, зачитував інформаційну листівку про дослідження і запрошував до участі. У разі зацікавленості учасника проводилася процедура письмової інформованої згоди, а також скринінг на відповідність критеріям включення у дослідження. Якщо учасник відповідав усім критеріям, здійснювалася процедура усної інформованої згоди, після чого його включали до дослідження.

Через ППП команда дослідників робила вибірку клієнтів із бази CASE++, після чого список кодів передавався адміністраторам ППП. Адміністратори контактували з клієнтами зі списку, запрошували їх до участі в дослідженні й у разі згоди проводили процедуру письмової

інформованої згоди. Контактна інформація учасників передавалася незалежному інтерв'юеру, який організовував онлайн-інтерв'ю. Перед початком інтерв'ю незалежний інтерв'юер проводив скринінг на відповідність критеріям включення. Якщо учасник відповідав усім критеріям, здійснювалася процедура усної інформованої згоди, після чого респондент включався до дослідження.

Якісний компонент (Завдання 4)

Рекрутинг для якісного компоненту (Завдання 4) здійснювався відповідальними особами, які безпосередньо співпрацювали з організаторами послуг і володіли їхньою контактною інформацією. Рекрутер проводив перший контакт із потенційними респондентами, зачитував інформаційну листівку щодо дослідження і запрошував до участі у ФГ. У разі зацікавленості респондентів, для тих, хто раніше не брав участі у ГІ та не підписував відповідну форму, отримувалася «Форма згоди FHI360 на використання історії, зображення, слів і/або голосу».

Другий контакт із потенційними учасниками здійснював інтерв'юер. Перед початком процедури отримання усної інформованої згоди проводився скринінг надавачів та організаторів послуг для перевірки відповідності критеріям включення у дослідження. Якщо потенційний респондент відповідав критеріям, з ним проводилася процедура усної інформованої згоди. Після підтвердження участі інтерв'юер повідомляв дату, час і формат проведення ФГ.

Збір даних

Збір даних здійснювався відповідно до визначених завдань дослідження, охоплюючи як кабінетний аналіз, так і проведення ГІ, структурованих опитувань та ФГ.

У межах кабінетного аналізу було досліджено програмні дані проєкту за період з 1 січня по 30 вересня 2024 року.

Для проведення кабінетного аналізу використовувалися наступні джерела даних:

1. Звіти команд-виконавців проєкту в областях з порівнянням фактично виконаних індикаторів та запланованих. Надано командою проєкту.
2. База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.
3. Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформа-

ція про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту). Надано командою проєкту.

4. Звіти про аналіз маршрутів пацієнтів в громадах (інформація, що збиралась перед початком роботи проєкту). Надано командою проєкту.
5. Наративні квартальні звіти виконавців проєкту в областях. Надано командою проєкту.
6. Звіти про послуги транспортування пацієнтів. Надано командою проєкту.
7. Звіти про роботу МАП. Надано командою проєкту.
8. Національна служба здоров'я України (НСЗУ). Електронна карта місць надання послуг за програмою медичних гарантій. https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-services-map
9. Інформація про мережу доріг України. https://data.humdata.org/dataset/hotosm_ukr_roads

При проведенні ГІ інтерв'юери проводили скринінг на відповідність критеріям включення, після чого здійснювався збір соціодемографічної інформації та безпосередньо ГІ. Процес супроводжувався заповненням даних у REDCap, а самі інтерв'ю записувалися на аудіопристрій для подальшої обробки. Питання інтерв'ю стосувалися оцінки доступності, ефективності та впливу діяльності ММК, МАП, ППП, СТП та амбасадорів здоров'я.

Інтерв'ю проводилися дистанційно, українською мовою, за тематичним гайдом, який адаптувався до ролі респондента в дослідженні (організатор і/або надавач медичних та психосоціальних послуг). Проведення 20 інтерв'ю тривало 19 днів (з 17 жовтня по 4 листопада 2024 року). Питання гайду ґрунтувалися на завданнях дослідження. Тривалість інтерв'ю коливалася від 48 до 107 хвилин, із середньою тривалістю 73 хвилини.

Структуровані опитування проводилися за допомогою підготовлених інтерв'юерів під час виїздів ММК. Дослідницькі питання були спрямовані на оцінку доступності, ефективності та впливу послуг з точки зору клієнтів.

Фокус-групи проводилися дистанційно під керівництвом фасилітатора, який був членом дослідницької групи. Збиралися соціодемогра-

фічні дані та здійснювався запис зустрічей. Питання ФГ формулювалися на основі результатів глибинних інтерв'ю та були спрямовані на пошук шляхів підвищення доступності, ефективності та впливу мобільних сервісів.

Перша ФГ була проведена з керівниками громад (голови і заступники голів територіальних громад (ТГ)) – 7 учасників, друга ФГ була проведена з керівниками ЦПМСД і центрів соціального захисту населення, координатором напрямку МАП - 9 учасників. ФГ проводилися дистанційно, онлайн в зум форматі, українською мовою за гайдом, питання якого були сформульовані на основі результатів ГІ та відповідають завданням дослідження. Термін проведення 2-х ФГ склав 2 дні - з 19.11 по 20.11.2024 р. Тривалість кожної ФГ була 206 хв.

Обробка та зберігання даних

Обробка та зберігання даних у межах дослідження проводилися відповідно до встановлених стандартів конфіденційності та якості. Збиралися особисті дані учасників, зокрема стать, вік та рівень освіти. Усі записи про учасників були позначені автоматично генерованими кодами у REDCap і кодами Case++ для уникнення дублювання записів і забезпечення точності даних. Телефонні номери, імена та інша чутлива інформація не включалися до наукової бази даних. Відповідальний персонал підтримував контакт із респондентами лише для організації зустрічей, без введення ідентифікаційної інформації в дослідницьку базу.

Електронні форми заповнювалися відповідальними особами в регіонах через платформу REDCap, що забезпечувала надійний захист даних і можливості резервного копіювання. Після завершення збору даних усі матеріали сканувалися та надсилалися до центрального офісу через безпечні платформи або у формі зашифрованих архівів із паролями. Друковані копії зберігалися в замкнених приміщеннях без доступу сторонніх осіб.

Контроль якості даних здійснювався як під час польового етапу, так і після завершення збору масиву. Помилки або пропуски змінних виявлялися та коригувалися у режимі реального часу завдяки електронним механізмам у REDCap. Було розроблено синтаксиси перевірки даних, які контролювали правдоподібність значень, логічну послідовність відповідей та частоту пропусків. Виявлені проблеми обговорю-

валися з інтерв'юерами та виправлялися за потреби.

ГІ записувалися на аудіопристрої, а після завершення інтерв'ю записи розшифровувалися кваліфікованим персоналом у вигляді стенограм. Стенограми передавалися замовнику, а аудіозаписи видалялися після транскрибування.

Аналіз даних

Аналіз даних здійснювався відповідно до визначених завдань дослідження, використовуючи кількісні та якісні методи для забезпечення повного розуміння доступності, ефективності та впливу інтервенцій.

Під час кабінетного аналізу було досліджено кількісні програмні показники чотирьох напрямків інтервенцій. Також проведено аналіз якісної інформації із програмних звітів, який охоплював взаємодію з закладами охорони здоров'я (ЗОЗ), керівниками громад і областей, оцінку продуктивності цієї взаємодії, статево-віковий розподіл клієнтів і ефективність вибору населених пунктів для виїздів ММК.

У межах проведення ГІ дані скринінгу та базові соціодемографічні кількісні дані серед надавачів та організаторів послуг були проаналізовані за допомогою описової статистики. Тематичний аналіз текстових даних дозволив створити систему кодів, які відповідали на дослідницькі питання щодо доступності, ефективності та впливу інтервенцій. Подібні коди були згруповані в категорії, які, у свою чергу, об'єднувалися у загальні теми для формування цілісного розуміння досліджуваних питань.

У кількісному компоненті описовий аналіз даних включав розрахунок частот для номінальних і порядкових змінних, обчислення середніх значень, медіан і стандартних відхилень для числових змінних, візуалізацію розподілів ключових змінних за допомогою діаграм та розрахунок довірчих інтервалів з урахуванням похибки вибірки. Двовимірний аналіз був зосереджений на вивченні доступності послуг залежно від характеристик респондентів.

Дані, отримані під час ФГ, аналізувалися за допомогою тематичного аналізу. Це дозволило створити систему кодів, які відповідали на питання щодо шляхів підвищення доступності, ефективності та впливу інтервенцій із точки зору організаторів послуг. Дані були згруповані у категорії, а потім об'єднані у ширші теми, враховуючи групову динаміку та взаємодію учасників.

Безпека інтерв'юера та респондента у зв'язку з військовими діями

Для забезпечення безпеки в умовах військових дій, а також для створення безпечної та доброзичливої атмосфери, ГІ та ФГ проводилися онлайн через зручні для респондентів канали зв'язку, такі як Zoom, Skype, Viber тощо.

Напівструктуровані опитування, пов'язані із завданням 3, проводилися віч-на-віч або дистанційно відповідальними інтерв'юерами. У разі виникнення небезпеки, пов'язаної з військовими діями, наприклад, під час повітряної тривоги, опитування та всі очні польові заходи негайно переривалися. Поновлення опитувань здійснювалося після скасування повітряної тривоги, за умови забезпечення безпечних умов для проведення інтерв'ю.

Організація навчання команди дослідження

У рамках підготовчого етапу дослідження було організовано тренінг-інструктаж для координаторів та інтерв'юерів, що забезпечило належну підготовку команди до проведення дослідницьких заходів. Під час тренінгу детально розглядалися всі компоненти дослідження, включно з алгоритмами його проведення. Особливу увагу приділили етичним аспектам, зокрема процедурі отримання письмової та усної інформованої згоди від учасників.

На тренінгу були представлені інструменти збору даних, включно з системою REDCap, яка використовувалася для електронного введення та управління даними. Команда отримала брифінг з технології збору інформації та була ознайомлена з процедурою взаємодії між членами дослідницької групи. Також обговорювалися питання компенсації учасникам дослідження, додаткова документація, пов'язана з процесом збору даних, і всі ключові процедури, необхідні для успішної реалізації дослідницького процесу.

Етичні засади проведення дослідження

Дослідження проводилося відповідно до Кодексу професійної етики соціолога Соціологічної асоціації України та Гельсинської декларації етичних принципів. Протокол та інструменти отримали схвалення Комісії з питань етики (IRB) БО «Український інститут політики громадського здоров'я» із висновком N° 16-24/IRB від 23 серпня 2024 року.

Усі учасники надали письмову «Форму згоди на використання історії, зображення, слів і/або голосу» та усну інформовану згоду на участь у відповідних компонентах дослідження. Під час рекрутингу та перед початком інтерв'ю кожному респонденту детально пояснювали цілі дослідження, принципи анонімності, конфіденційності та добровільної участі. Учасників інформували про їхні права, включно з правом відмовитися від участі в дослідженні або відкликати згоду на будь-якому етапі без жодних наслідків для доступу до послуг.

Також респондентів попереджали про здійснення аудіозапису інтерв'ю, а їм надавали контакти дослідницької команди та Комісії з питань етики, до яких можна було звернутися з питаннями стосовно дослідження, поширення та використання даних.

Було наголошено, що всі дані, отримані під час дослідження, будуть оброблені з дотриманням конфіденційності, а жодна інформація, яка може ідентифікувати учасника, не буде використовуватися. Усі результати представлено у звіті виключно в узагальненій формі. Учасникам також пояснили можливі ризики та переваги участі в дослідженні, що сприяло прозорості процесу та добровільному погодженню на участь.

Весь персонал, який працював із даними учасників дослідження, підписав "Угоду про використання даних та конфіденційність". Для захисту конфіденційності жодні паперові чи електронні форми не містили імен або іншої ідентифікаційної інформації. Дані учасників були знеособлені та пов'язані між собою за допомогою унікального коду дослідження.

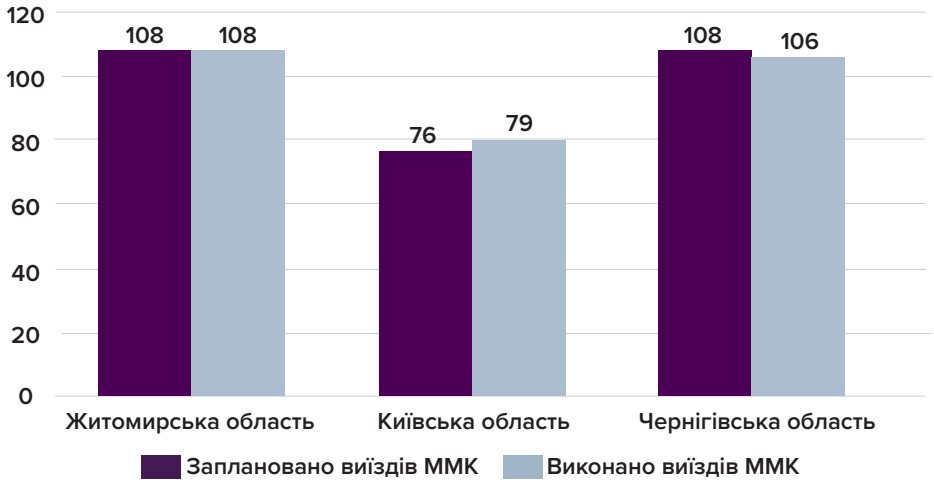
Результати дослідження будуть поширені через підготовку та розповсюдження аналітичного звіту, а також шляхом презентацій для регіональних, національних і міжнародних партнерів. Ці заходи сприяли обговоренню отриманих результатів та формуванню рекомендацій на їх основі.

6. Результати

6.1. КАБІНЕТНИЙ АНАЛІЗ ПРОГРАМНИХ ДАНИХ (ЗАВДАННЯ 1)

Команди проєкту в областях виконали заплановану кількість виїздів ММК[1]: у Житомирській області здійснено 108 виїздів (заплановано 108), у Київській – 79 (заплановано 76), у Чернігівській – 106 (заплановано 108) на період 01 січня – 30 вересня 2024 року.

Рисунок 1. Порівняння запланованої та виконаної кількості виїздів ММК за областями.



Аналіз охоплених виїздами ММК населених пунктів та населення

Виїздами ММК було охоплено 161 населений пункт у 8 громадах Житомирської, Київської та Чернігівської областей (всього в цих громадах 299 населених пунктів)[2,3],. Як буде продемонстровано нижче, більшість населених пунктів, які не охоплені виїздами ММК, або мають власний ЗОЗ і, відповідно, не потребують візитів мобільної команди, або ж у них проживає вкрай мала кількість мешканців чи навіть зовсім немає постійного населення. У населених пунктах, де працювали ММК, проживає майже 91% всіх мешканців 8 громад проєкту: 125 тисяч 646 людей живуть у населених пунктах, охоплених ММК, тоді як всього у 8 громадах проживає 138 тисяч 286 осіб)[4,5].

[1] Звіти команд-виконавців проєкту в областях з порівнянням фактично виконаних індикаторів та запланованих.
[2] База даних послуг проєкту DataCheck
[3] Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту).

Рисунок 2. Частка населених пунктів 8 громад, які охоплені виїздами ММК.

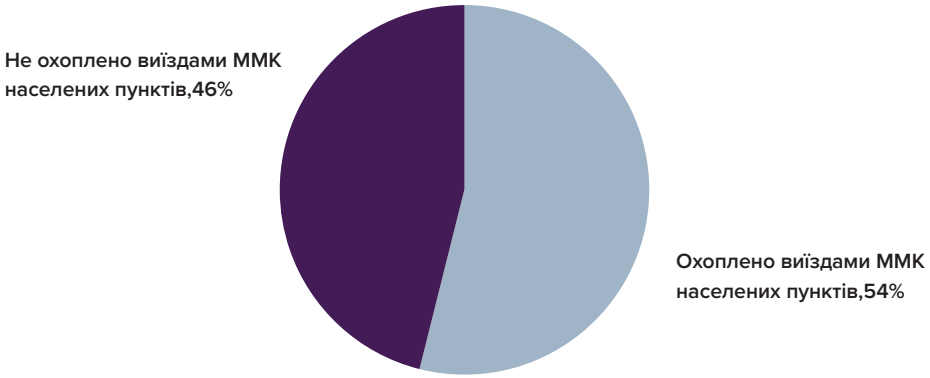
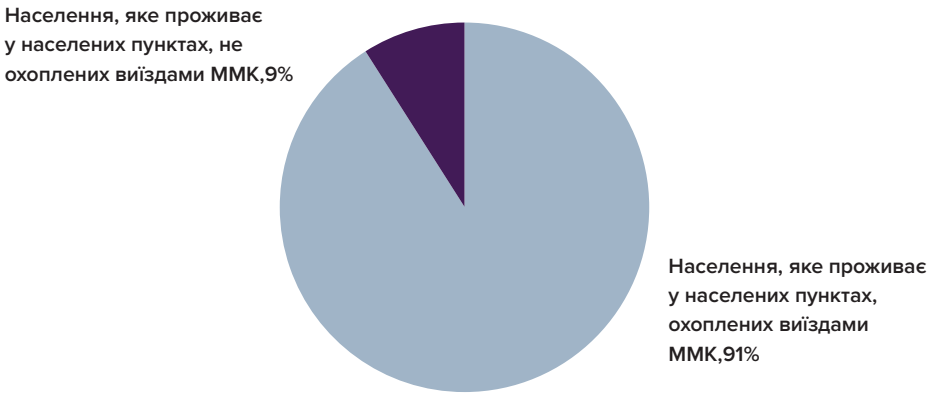


Рисунок 3. Частка населення 8 громад, які проживають у населених пунктах, охоплених виїздами ММК.

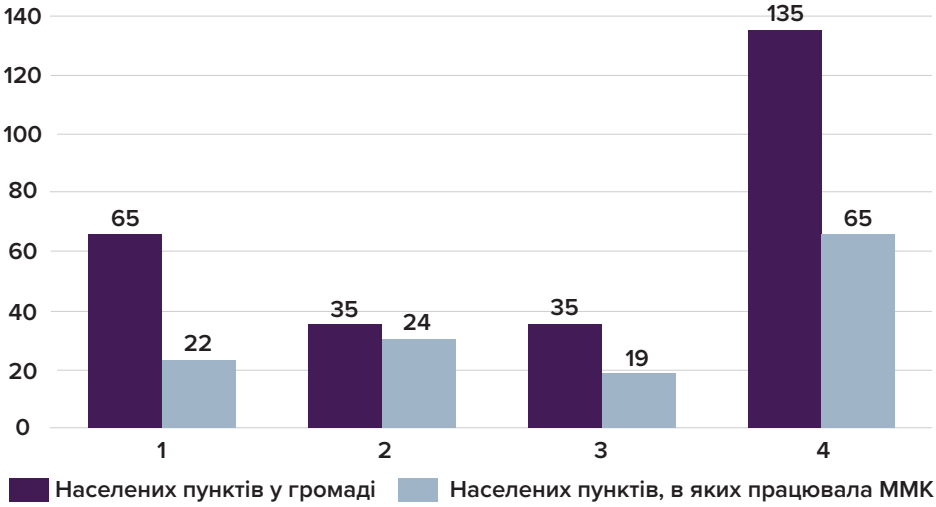


У Народицькій громаді з 65 населених пунктів виїздами ММК охоплено 22. В Олевській громаді з 35 населених пунктів послуги ММК надавались у 24. У Словечанській громаді з 35 населених пунктів охоплено 19. Загалом у громадах Житомирської області з 135 населених пунктів виїздами ММК охоплено 65, що свідчить про значний рівень покриття послугами ММК у регіоні.

[4] База даних послуг проєкту DataCheck

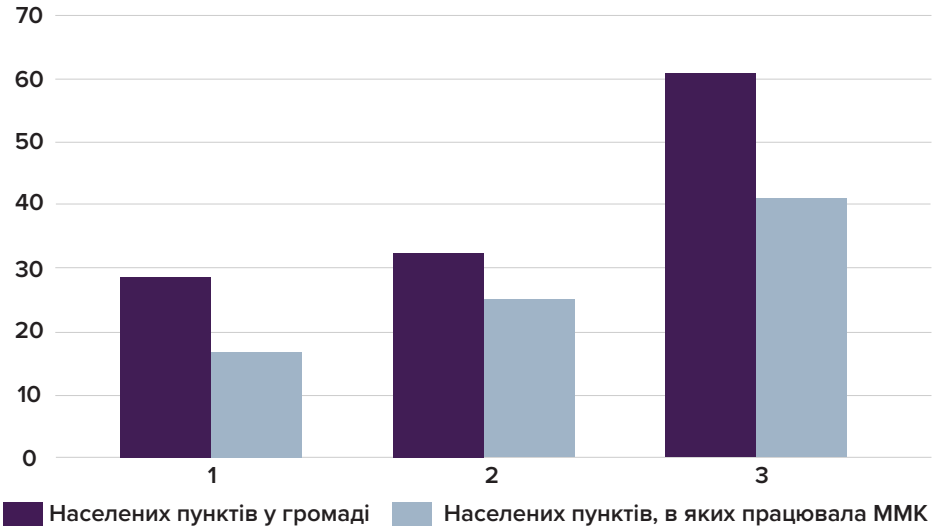
[5] Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту).

Рисунок 4. Кількість населених пунктів у громадах та кількість населених пунктів, які охоплені виїздами ММК (Житомирська область).



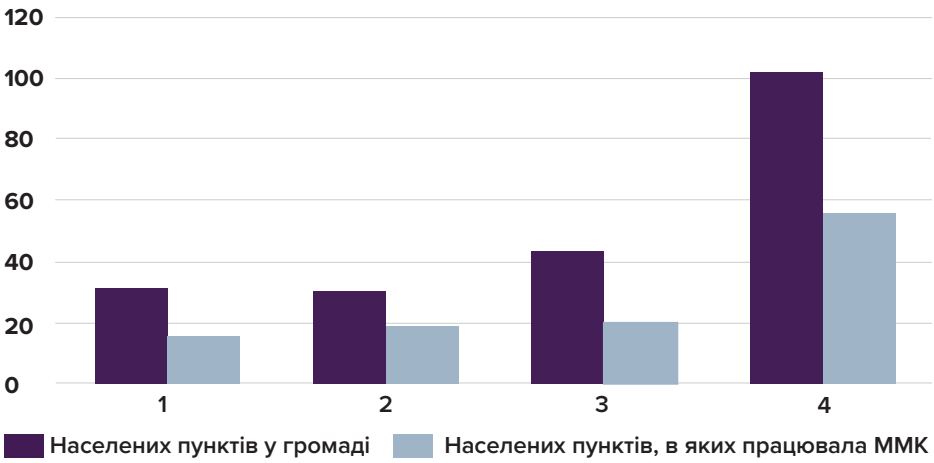
У Баришівській громаді з 28 населених пунктів виїздами ММК охоплено 17. У Тетіївській об'єднаній територіальній громаді з 33 населених пунктів послуги ММК надавались у 24. Загалом у громадах Київської області з 61 населеного пункту виїздами ММК охоплено 41.

Рисунок 5. Кількість населених пунктів у громадах та кількість населених пунктів, які охоплені виїздами ММК (Київська область).



У Варвинській громаді з 30 населених пунктів виїздами ММК охоплено 16. У Срібнянській громаді з 29 населених пунктів охоплено 19. У Талалаївській громаді з 44 населених пунктів виїздами ММК охоплено 20. Загалом у громадах Чернігівській області з 103 населених пунктів виїздами ММК охоплено 55 населених пунктів.

Рисунок 6. Кількість населених пунктів у громадах та кількість населених пунктів, які охоплені виїздами ММК (Чернігівська область).



Житомирська область

Народицька громада

У Народицькій громаді в 65 населених пунктах проживає 8835 мешканців[6]. Компонент проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» охопив виїздами ММК 22 населені пункти громади (34% населених пунктів громади). Специфікою громади є велика кількість населених пунктів, значна частина з яких має дуже малу кількість мешканців, або фактично зовсім їх немає. В охоплених населених пунктах проживає 4831 особа, тобто виїздами ММК охоплено населені пункти, де проживає приблизно 54,7% мешканців громади. Значна частина мешканців громади (2792 особи, або 32%) проживає в Народичах, населеному пункті, який має і спеціалізований ЗОЗ, і заклад «первинки»[7]. Відповідно, мешканці Народичів не мають потреби в ММК.

У цьому розділі використовуються дані Паспортів громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту)[8]; база даних послуг проєкту DataCheck[9]; дані Електронної карти місць надання послуг за програмою медичних гарантій НСЗУ; інформація про мережу доріг України[11].

Тут і далі на рисунках цього розділу використовуються такі умовні позначення:



Заклад охорони здоров'я, який працюєює в громаді.



Назва населеного пункту, який не охоплений послугами ММК і кількість мешканців у ньому.



Назва населеного пункту, який охоплений послугами ММК.



Автомобільні дороги обласного значення.

---

[6] Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту). Надано командою проєкту.

[7] КНП «НАРОДИЦЬКА ЛІКАРНЯ» НАРОДИЦЬКОЇ СЕЛИЩНОЇ РАДИ та КНП «ЦЕНТР ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ».

[8] Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту). Надано командою проєкту.

[9] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

[10] Національна служба здоров'я України. Електронна карта місць надання послуг за програмою медичних гарантій. https://edata.e-health.gov.ua/e-data/dashboard/pmg-services-map.

[11] Інформація про мережу доріг України. https://data.humdata.org/dataset/hotosm_ukr_roads.

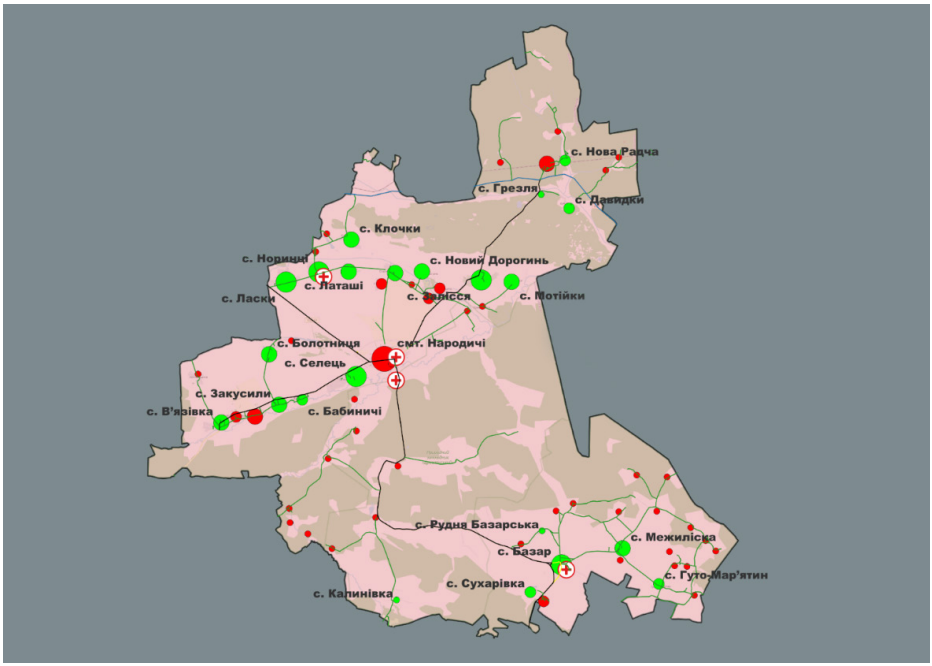
Автомобільні дороги місцевого значення, наприклад ті, що з'єднують районні центри із селами, а також кілька сіл між собою

Інші автомобільні дороги місцевого значення, які утворюють з'єднувальну мережу доріг, наприклад під'їзди до хуторів або малих сіл від доріг вищого статусу

Автомобільні дороги регіонального значення, що з'єднують великі міста та/або обласні центри, дороги міжрегіонального значення

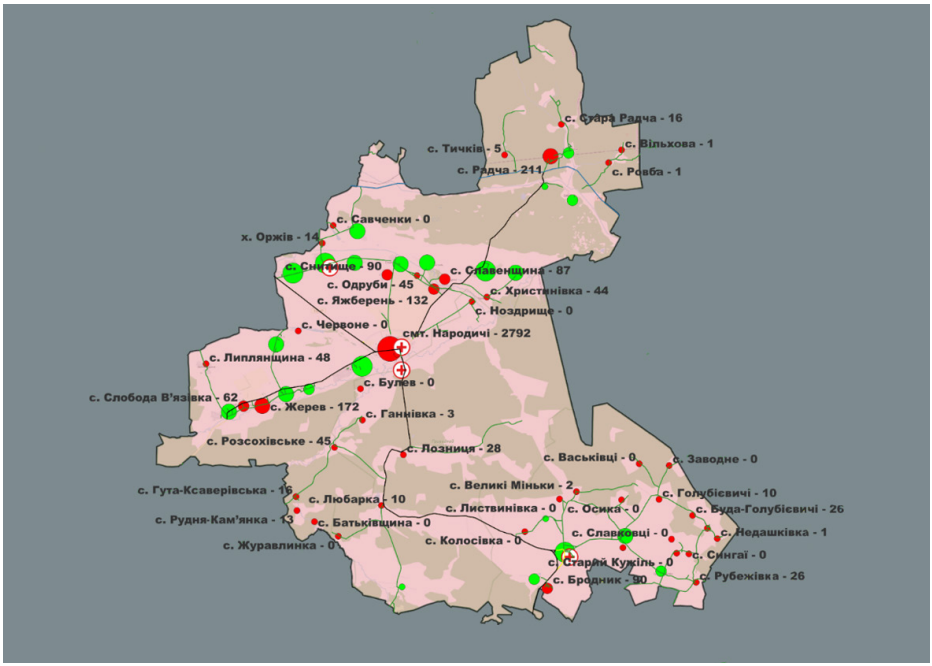
Автомобільні дороги державного значення

Рисунок 7. Народицька громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Більшість неохоплених населених пунктів або взагалі не мають населення (0 мешканців), або ж у них проживає менше ніж 50 осіб. Водночас доцільно розглянути можливість включення до майбутніх маршрутів ММК таких відносно великих сіл, як Радча, Жерев і Яжберень.

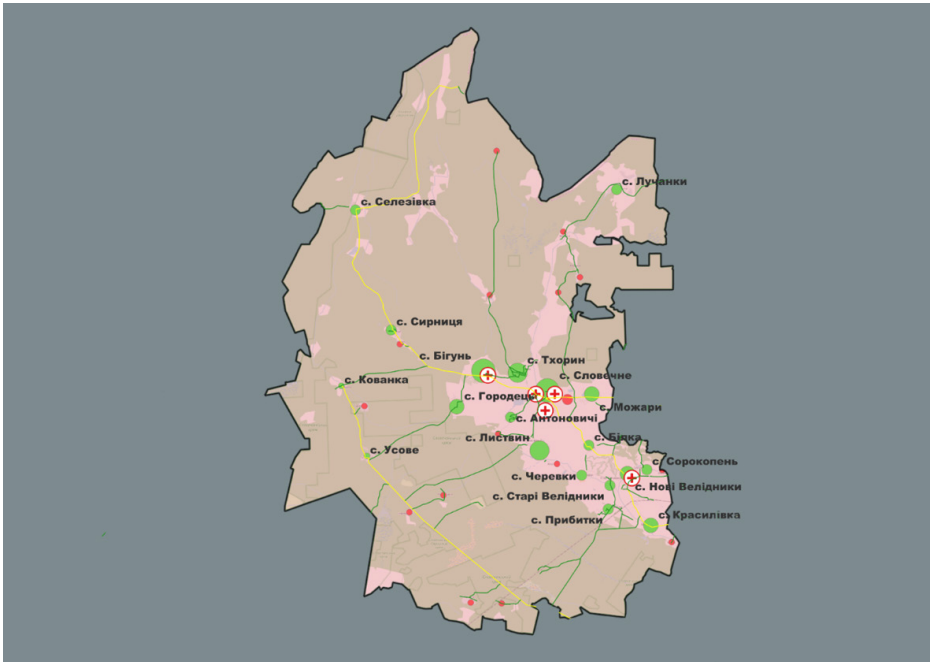
Рисунок 8. Народицька громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Словечанська громада

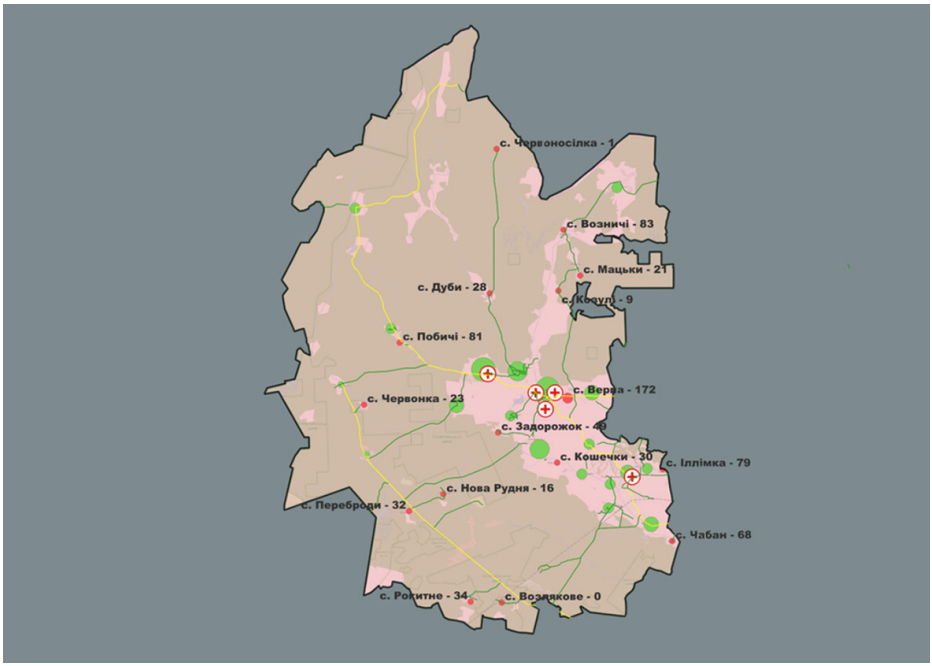
У Словечанській громаді налічується 35 населених пунктів, у яких проживає 10 598 осіб. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 19 населених пунктів громади, що становить 54,29% від загальної кількості населених пунктів. У цих населених пунктах проживає 9 872 особи, що відповідає приблизно 93,14% мешканців громади.

Рисунок 9. Словечанська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Найбільшим населеним пунктом Словечанської громади, не охопленим послугами проєкту, є село Верпа, де проживає 172 особи. У селах Возничі, Побичі та Іллімка проживають відповідно 83, 81 та 79 осіб.

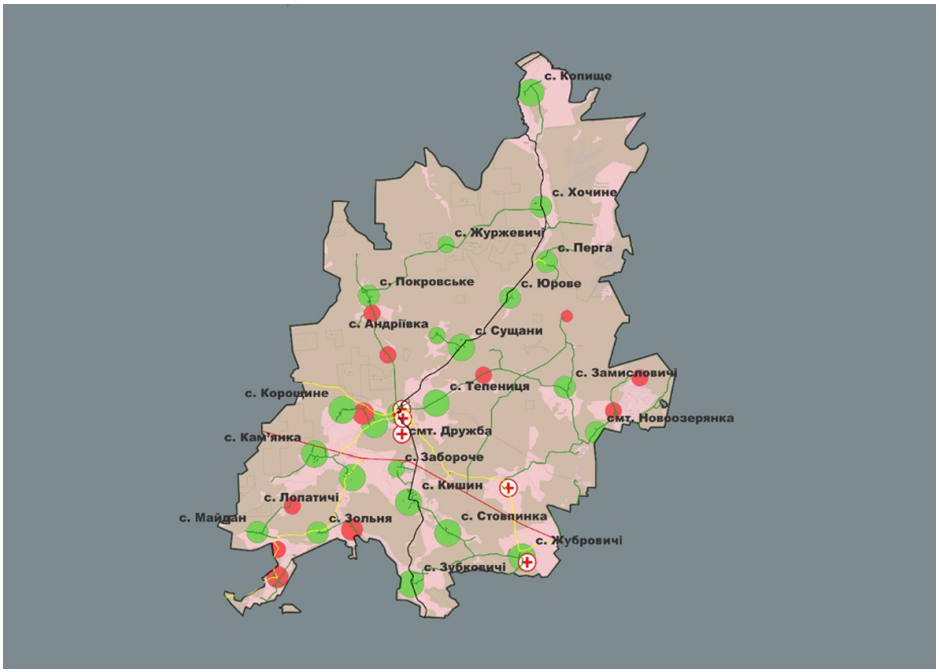
Рисунок 10. Словечанська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Олевська громада

У Олевській громаді, яка складається з 36 населених пунктів, проживає 20463 особи. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 24 населених пунктів громади, що становить 66,7% від їх загальної кількості. У цих населених пунктах проживає 17 892 особи, або близько 87,49% від загальної чисельності населення громади. Таким чином, завдяки виїздам ММК більшість мешканців Олевської громади отримали доступ до медичних послуг.

Рисунок 11. Олевська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.

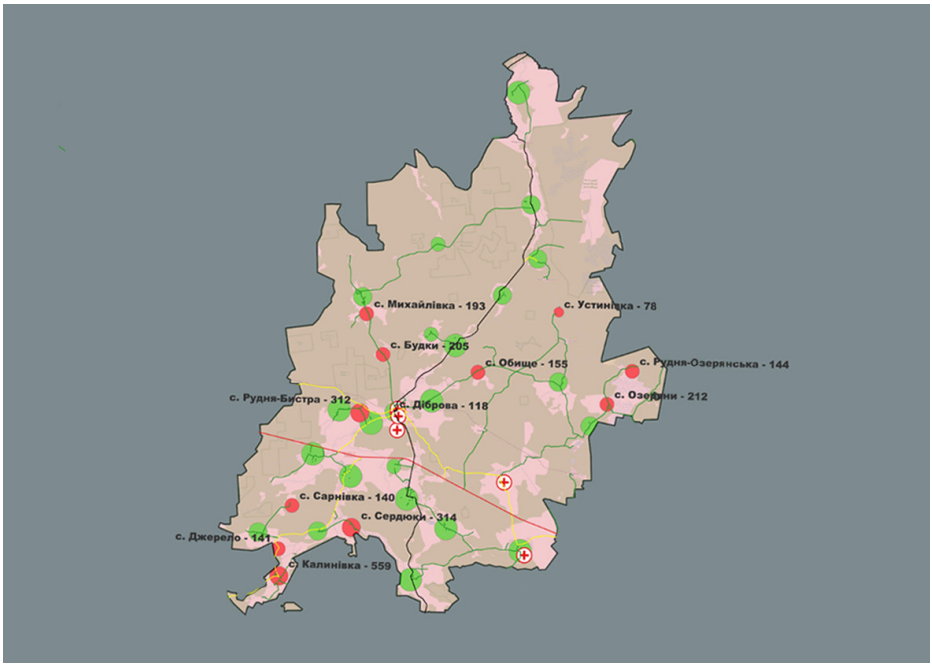


Серед населених пунктів Олевської громади, які не були охоплені виїздами ММК, виділяються такі (в порядку чисельності населення):

1. **Калинівка** — найбільший неохоплений населений пункт із чисельністю населення 559 осіб.
2. **Рудня-Бистра** — населений пункт із чисельністю 312 осіб.
3. **Сердюки** — чисельність населення становить 314 осіб.
4. **Будки** — тут проживає 205 осіб.
5. **Озеряни** — чисельність населення 212 осіб.
6. **Обище** — населений пункт із чисельністю 155 осіб.
7. **Рудня-Озерянська** — тут проживає 144 особи.
8. **Джерело** — чисельність становить 141 особа.
9. **Сарнівка** — чисельність населення 140 осіб.
10. **Михайлівка** — чисельність населення 193 особи.
11. **Устинівка** — найменший із неохоплених пунктів із чисельністю 78 осіб.

Ці населені пункти можна рекомендувати включити в майбутні маршрути роботи ММК в Олевській громаді.

Рисунок 12. Олевська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.

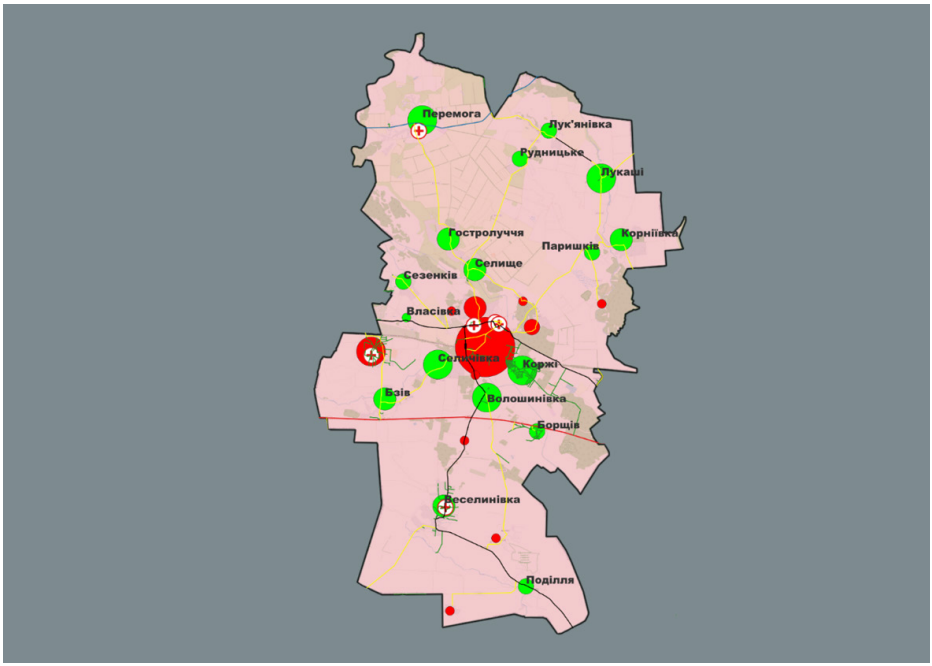


Київська область

Баришівська громада

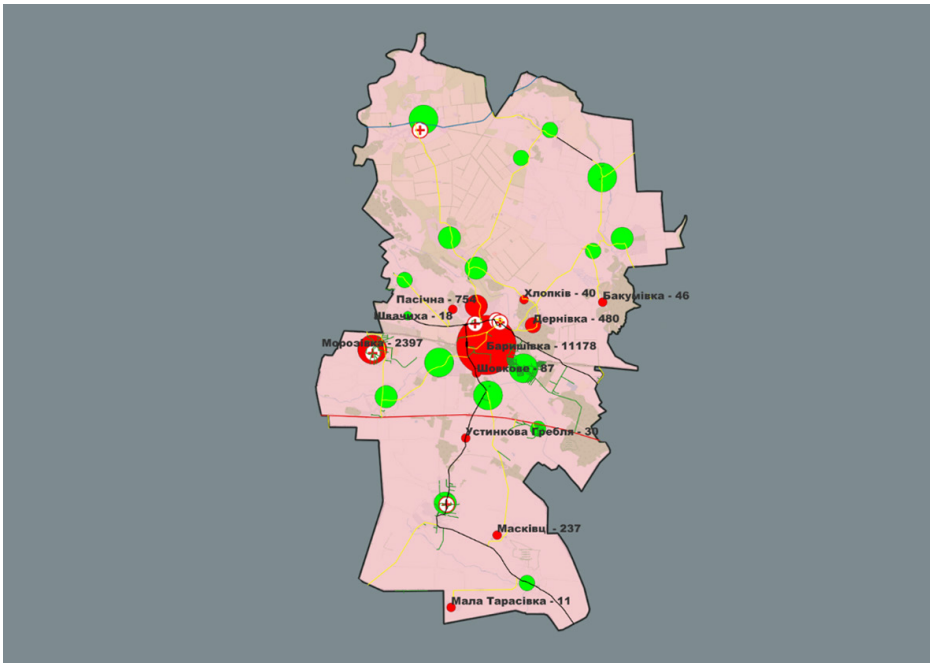
У Баришівській громаді, що складається з 28 населених пунктів, проживає 28 585 осіб. Компонент проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» охопив виїздами ММК 17 населених пунктів громади (60,71% від загальної кількості населених пунктів). У цих населених пунктах проживає 13 307 осіб, що становить близько 46,56% від загальної чисельності населення громади.

Рисунок 13 Баришівська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК



Неохоплені населені пункти здебільшого або мають власні ЗОЗ, як-от Баришівка та Морозівка, або розташовані в безпосередній близькості до ЗОЗ, які знаходяться в Баришівці, що забезпечує їх мешканцям доступ до медичних послуг (наприклад, Пасічна, Дернівка). Досить велике село Масківці (237 мешканців) також знаходиться поблизу одного із ЗОЗ громади.

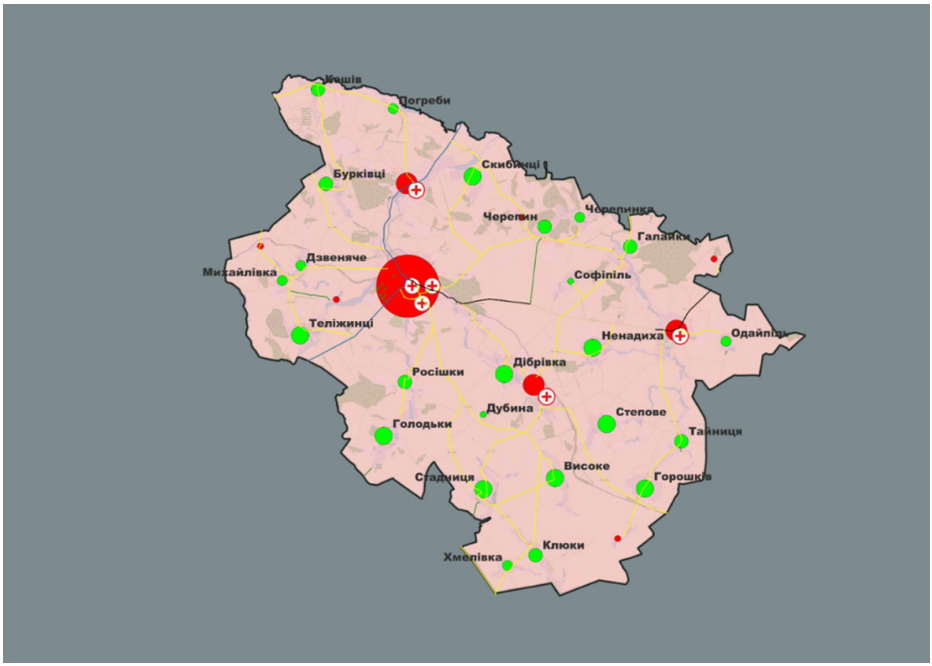
Рисунок 14. Баришівська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Тетіївська громада

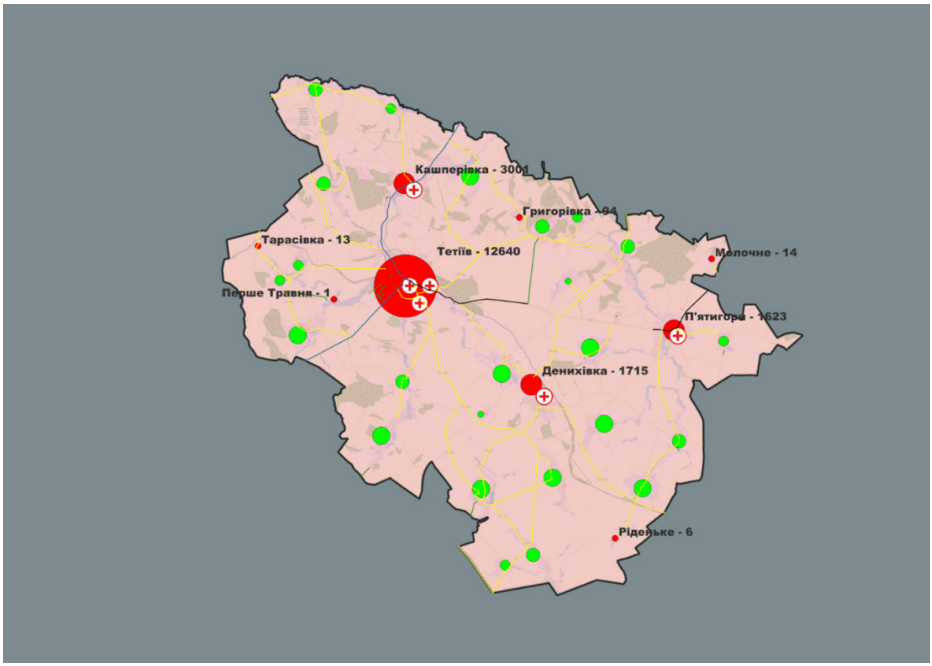
У Тетіївській громаді, яка складається з 33 населених пунктів, проживає 31 116 осіб. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 24 населених пунктів громади, що становить 72,73% від їх загальної кількості. У цих населених пунктах проживає 12 009 осіб, або близько 38,58% від загальної чисельності населення громади.

Рисунок 15. Тетіївська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Водночас майже всі неохоплені населені пункти Тетіївської громади із значною чисельністю населення (зокрема, Тетіїв, Кашперівка, Денихівка, П'ятигори) мають власні медичні заклади, тому не потребують візитів ММК.

Рисунок 16. Тетіївська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.

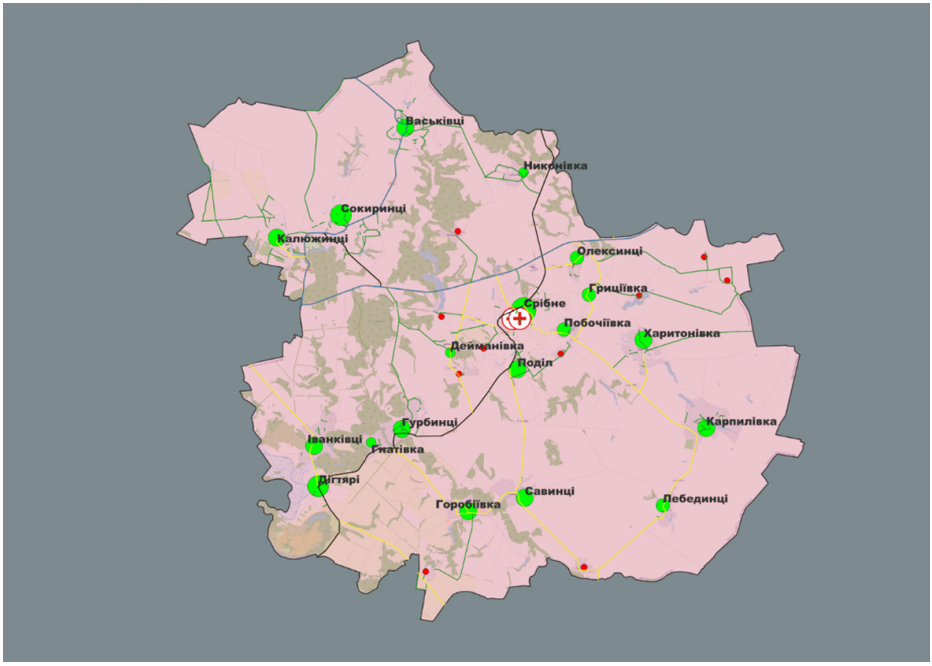


Чернігівська область

Срібнянська громада

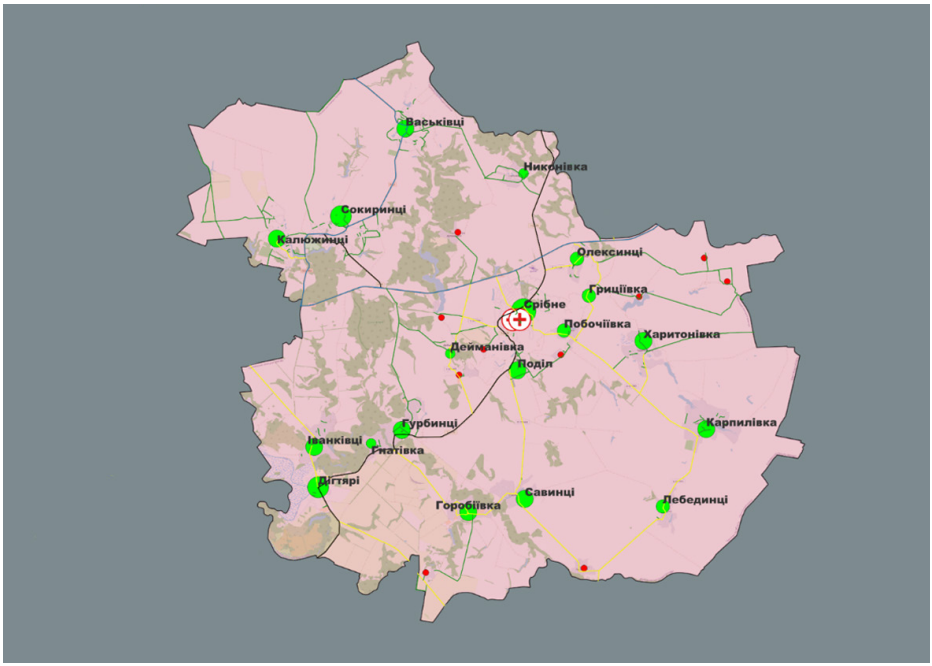
У Срібнянській громаді, яка складається з 29 населених пунктів, проживає 10 763 особи. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 19 населених пунктів громади, що становить 65,52% від їх загальної кількості. У цих населених пунктах проживає 10 623 особи, або близько 98,7% від загальної чисельності населення громади. Завдяки виїздам ММК майже всі мешканці Срібнянської громади отримали доступ до медичних послуг.

Рисунок 17. Срібнянська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Неохопленими залишилися лише дуже малонаселені пункти, такі як Галки, Васюків та Антішки, де або зовсім немає жителів, або проживає не більше ніж 48 осіб.

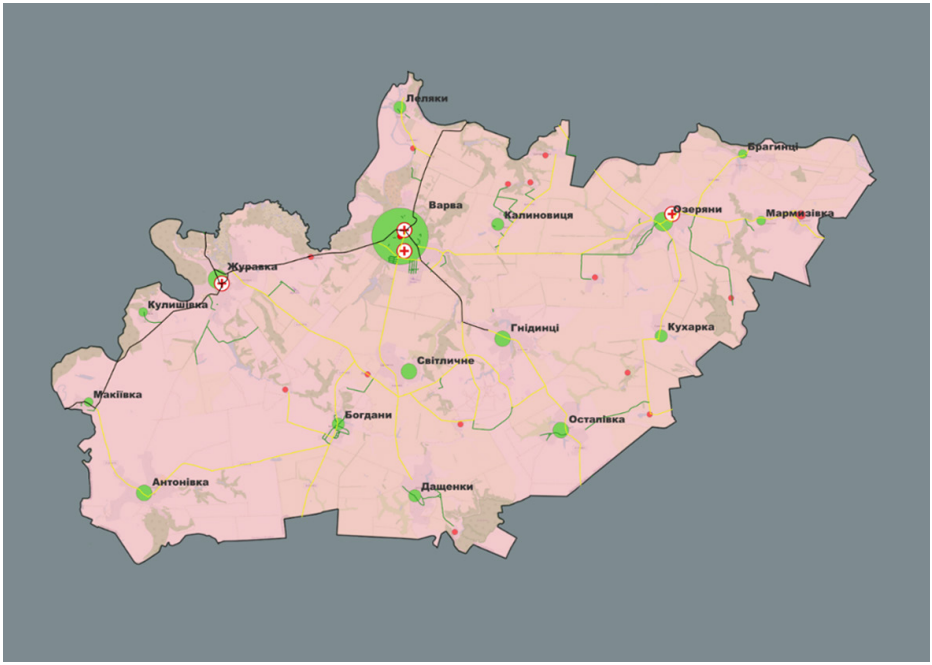
Рисунок 18. Срібнянська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Варвинська громада

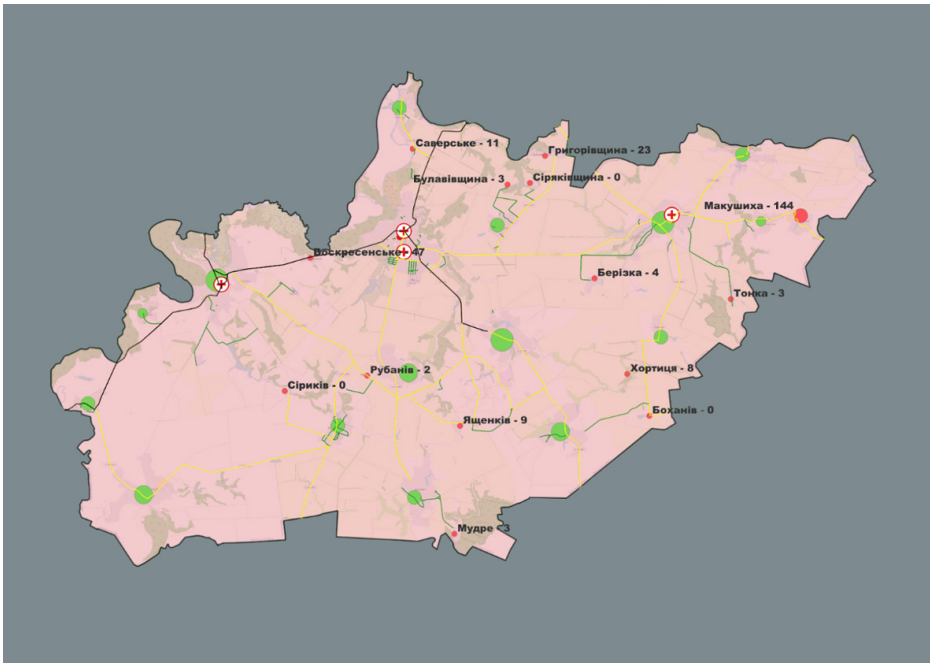
У Варвинській громаді, яка складається з 30 населених пунктів, проживає 16 107 осіб. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 16 населених пунктів громади, що становить 53,33% від їх загальної кількості. У цих населених пунктах проживає 15 850 осіб, або близько 98,41% від загальної чисельності населення громади. Завдяки виїздам ММК майже всі мешканці Варвинської громади отримали доступ до медичних послуг.

Рисунок 19. Варвинська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Серед неохоплених населених пунктів переважають ті, де або зовсім немає мешканців, або їх дуже мало (2, 3, 8, чи 9 осіб). Проте в межах майбутньої діяльності проєкту доцільно розглянути охоплення таких селищ, як Макушиха та Воскресенське, де проживають 144 та 47 осіб відповідно.

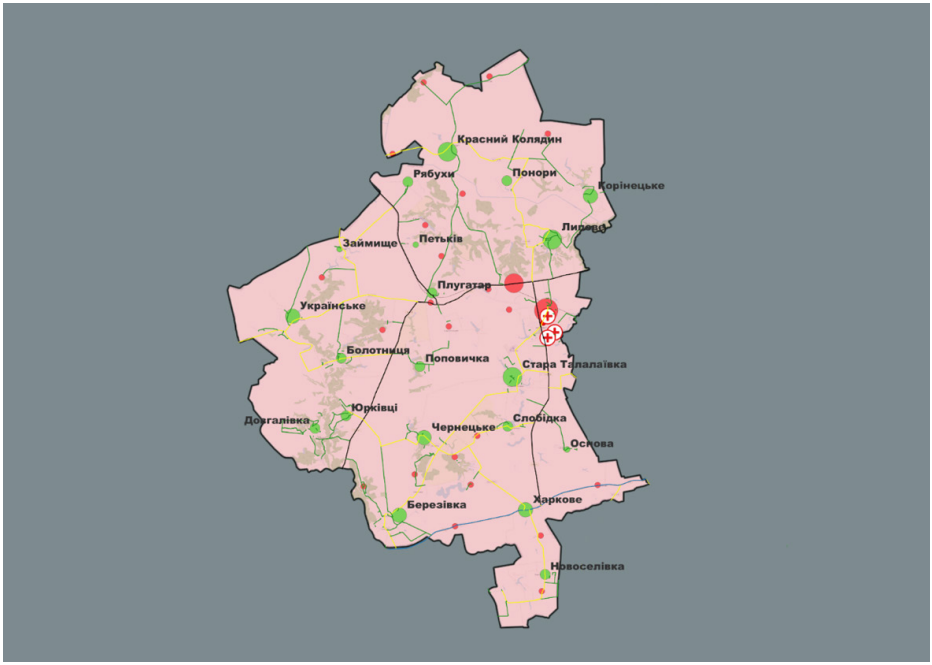
Рисунок 20. Варвинська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Талалаївська громада

У Талалаївській громаді, яка складається з 44 населених пунктів, проживає 10 194 особи. У межах компонента проєкту «Відновлення доступу до медичних послуг» ММК здійснила виїзди до 20 населених пунктів громади, що становить 45,45% від їх загальної кількості. У цих населених пунктах проживає 5 966 осіб, або близько 58,54% від загальної чисельності населення громади.

Рисунок 21. Талалаївська громада, населені пункти охоплені виїздами ММК.



Найбільший неохоплений населений пункт — Талалаївка (4752 мешканці), де працюють власні ЗОЗ, тому послуги ММК там не потрібні. Скороходове (600 мешканців), а також Обухове та Новопетрівське розташовані поруч із Талалаївкою, що дозволяє їх мешканцям користуватися її ЗОЗ. Інші неохоплені пункти мають невелику кількість мешканців (1–65 осіб).

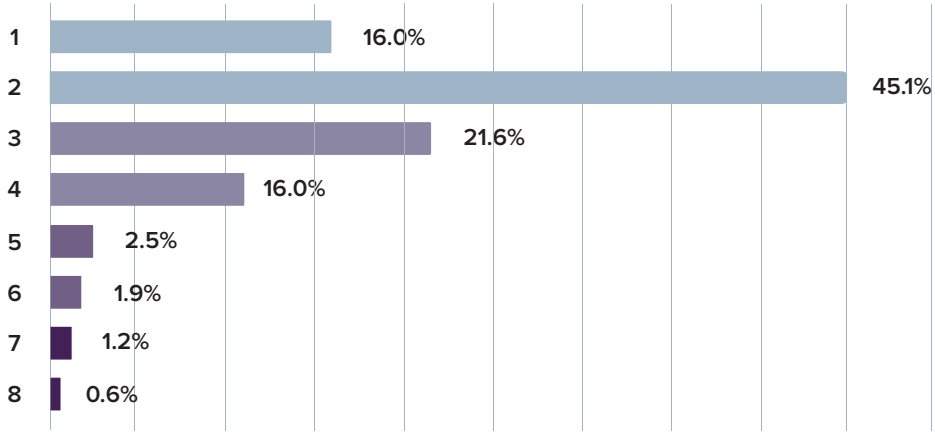
Рисунок 22. Талалаївська громада, населені пункти, які не охоплені ММК, та кількість населення в них.



Кількість населених пунктів, які було охоплено виїздами ММК повторно.

Більшість населених пунктів, які відвідувалися ММК, відвідувалися 2 чи більше разів. Найчастіше населені пункти відвідувалися ММК 2 рази за період з грудня 2023 по жовтень 2024 року – таких населених пунктів 45%[12]. Один раз були відвідані 16% населених пунктів, 3 рази – 22% населених пунктів, 4 рази – 11%.

Рисунок 23. Розподіл населених пунктів за кількістю відвідувань ММК.



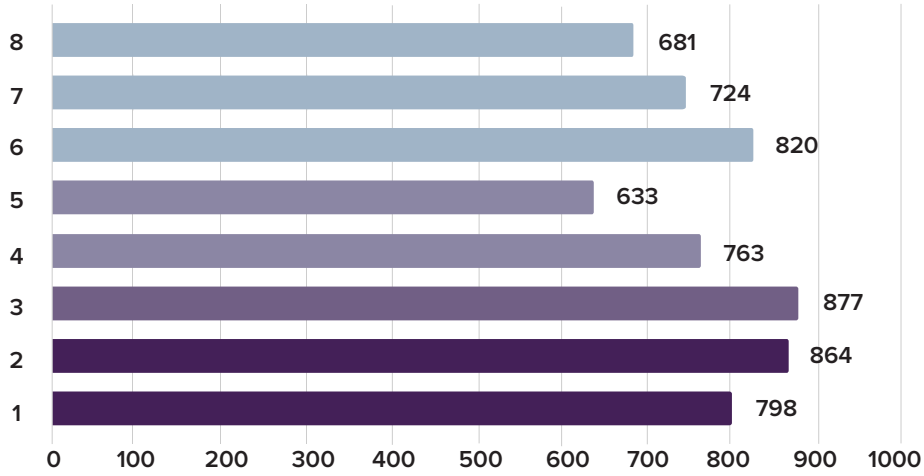
Області та громади, де реалізується проєкт, значно відрізняються за кількістю повторних відвідувань ММК населених пунктів. Наприклад, у Житомирській області модальне число відвідувань населеного пункту становить 2 рази, тоді як у Київській області — 3 рази та більше. Це може бути пов'язано з тим, що в Київській області в проєкті беруть участь 2 громади замість 3, що дозволяє частіше здійснювати повторні виїзди до населених пунктів. У Варвинській громаді Чернігівської області багато населених пунктів відвідувалися ММК від 5 до 8 разів, тоді як у Талалаївській та Срібнянській громадах найчастіше зустрічається 2 повторні відвідування.

[12] База даних послуг проєкту DataCheck

Кількість клієнтів, які охоплені виїздами ММК.

Всього виїздами ММК було охоплено 6 178 унікальних клієнтів у 8 громадах 3 областей (всього клієнтів – 7241, так як деякі отримували послуги ММК декілька разів в різні дати)[13]. У Житомирській області було охоплено 2539 унікальних клієнтів (всього – 2828 клієнтів), у Київській – 1396 (всього – 1563 клієнти), у Чернігівській – 2243 (всього – 2850 клієнтів). В усіх областях було виконано цільові показники по кількості клієнтів: 1520 цільовий показник і 1563 фактичний в Київській області; 2160 та 2832 відповідно в Чернігівській області; 2160 та 2828 відповідно в Житомирській області[14,15].

Рисунок 24. Кількість унікальних клієнтів, які отримали послуги ММК.



Частка, яку охоплені виїздами ММК клієнти складають від усіх мешканців громади.

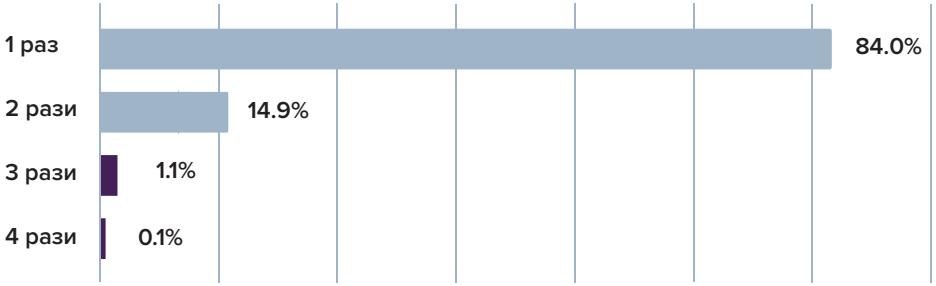
У Житомирській області унікальні клієнти ММК склали 6.4% від усіх мешканців трьох громад (Народицька, Словечанська, Олевська); у Київській області – 2.3% від усіх мешканців двох громад (Баришівська і Тетіївська); у Чернігівській – 6% від усіх мешканців трьох громад (Талалаївська, Варвинська, Срібнянська)[16,17].

[13, 14, 16] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.
[15] Звіти команд-виконавців проєкту в областях з порівнянням фактично виконаних індикаторів та запланованих. Надано командою проєкту.
[17] Паспорти громад (демографічна, медична та логістична інформація про громади, яка збиралась перед початком роботи проєкту). Надано командою проєкту.

Кількість клієнтів, які охоплені виїздами ММК повторно.

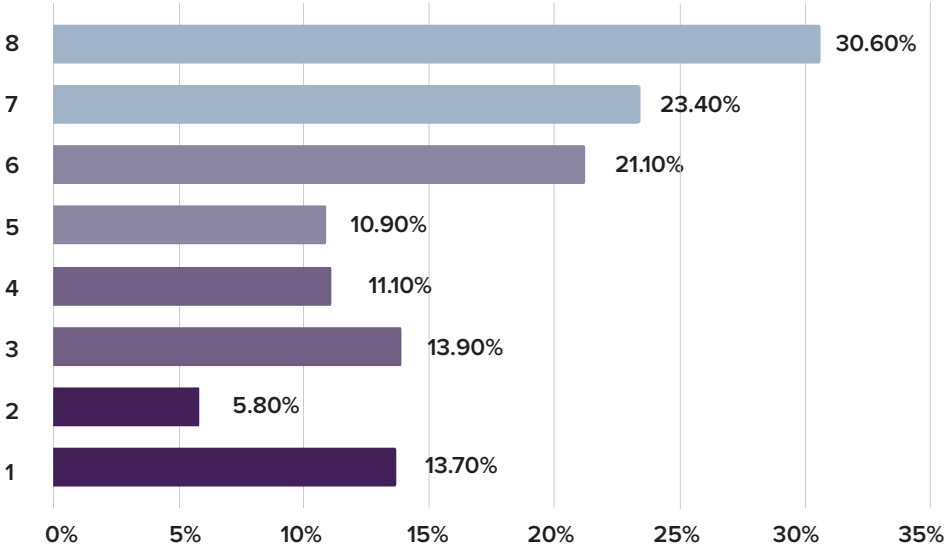
84% клієнтів ММК (5188 осіб) отримали послуги від мобільної команди 1 раз, 14.9% (921 особа) - 2 рази; 1.1% (65 осіб) – 3 рази; 0.1% (4 особи) – 4 рази.

Рисунок 25. Розподіл клієнтів за кількістю разів, коли вони отримували послуги від ММК (в різні дати).



Найчастіше послуги ММК більше одного разу отримували клієнти, які проживають у громадах Чернігівської області: 31% клієнтів у Талалаївській громаді, 23% – у Срібнянській, 21% – в Варвинській[18].

Рисунок 26. Розподіл частки клієнтів, які отримували послуги від ММК більше одного разу (в різні дати).

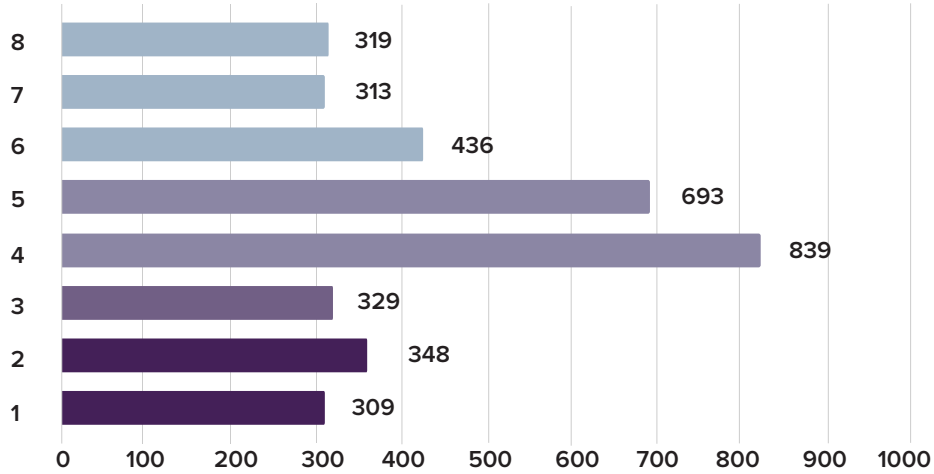


[18] База даних послуг проєкту DataCheck

Кількість осіб, охоплених скринінгом щодо домашнього насильства та ГЗН.

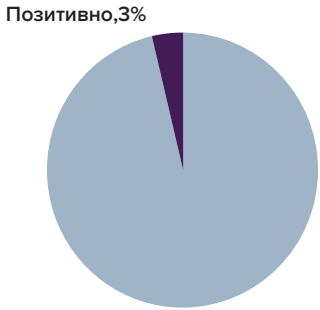
Всього командами проєкту було проведено 3586 скринінгів на домашнє насильство та ГЗН в рамках роботи ММК. Унікальних клієнтів, які отримували таку послугу – 3263 особи[19]. Розподіл проведених скринінгів залежить від команди: найбільше скринінгів проведено у громадах Київської області – Баришівській (839 скринінгів) та Тетіївській (693).

Рисунок 27. Кількість клієнтів, які пройшли скринінг на ГЗН в рамках візитів ММК.



Проте, частка позитивних результатів скринінгу невелика – тільки 2,8%. Всі клієнти з позитивним результатом скринінгу були перенаправленні до відповідних служб.

Рисунок 28. Результати скринінгу на ГЗН в рамках візитів ММК.

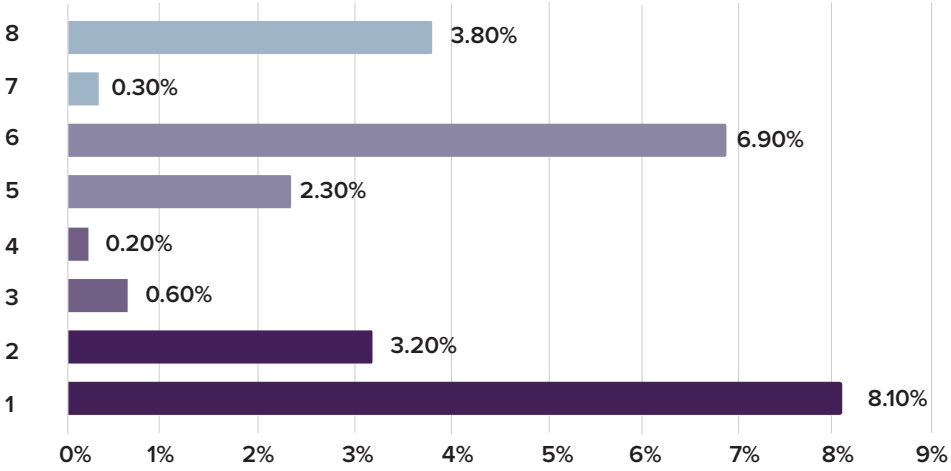


[19] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Кількість осіб, які за результатами позитивного скринінгу на домашнє насильство та ГЗН були перенаправлені у відповідні служби для захисту.

Частка позитивних результатів скринінгу (а отже, і перенаправлень клієнтів) на домашнє насильство та ГЗН значно відрізняється у розрізі громад. Найвища частка позитивних результатів зафіксована у Народицькій громаді Житомирської області та Варвинській громаді Чернігівської області — 8,1% та 6,9% відповідно. Водночас, хоча у громадах Київської області проведено значно більше скринінгів в абсолютному вимірі, частка позитивних результатів у них є нижчою: 2,3% у Тетіївській громаді та 0,2% у Баришівській громаді.

Рисунок 29. Частка позитивних результатів скринінгу на домашнє насильство та ГЗН в рамках візитів ММК.



Кількість осіб, охоплених скринінгами на неінфекційні захворювання (серцево-судинні захворювання, хронічне обструктивне захворювання легень, цукровий діабет, втрата слуху).

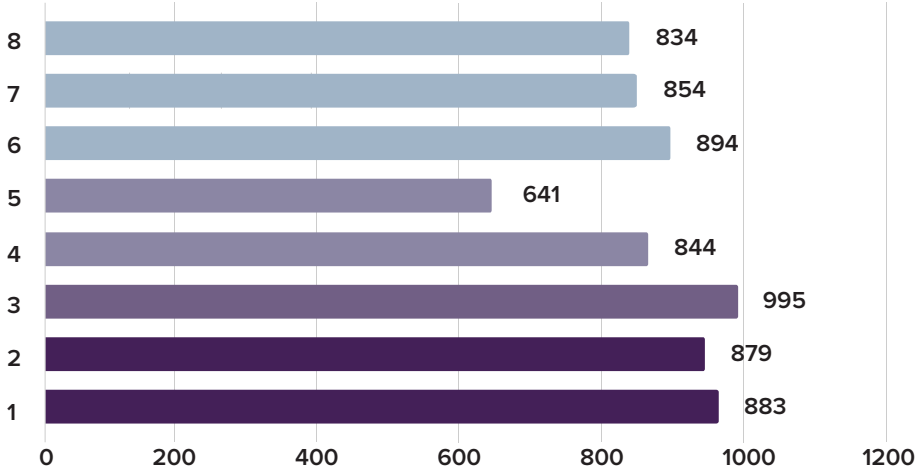
Скринінг на серцево-судинні захворювання.

Такий скринінг було проведено командою проєкту 6 824 рази, унікальних клієнтів, які отримали цю послугу – 5 850[20]. Тобто, переважна частина клієнтів ММК цей скринінг проходили. Кількість наданих послуг такого скринінгу у розрізі громад, де працює проєкт, достатньо

[20] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

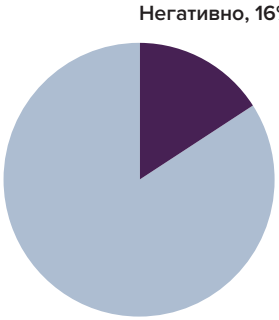
рівномірна. Найменша кількість скринінгів проведена в Тетіївській громаді Київської області – 641, найбільша – в Словечанській громаді Житомирської області (995 скринінгів).

Рисунок 30. Кількість скринінгів на серцево-судинні захворювання у розрізі громад.



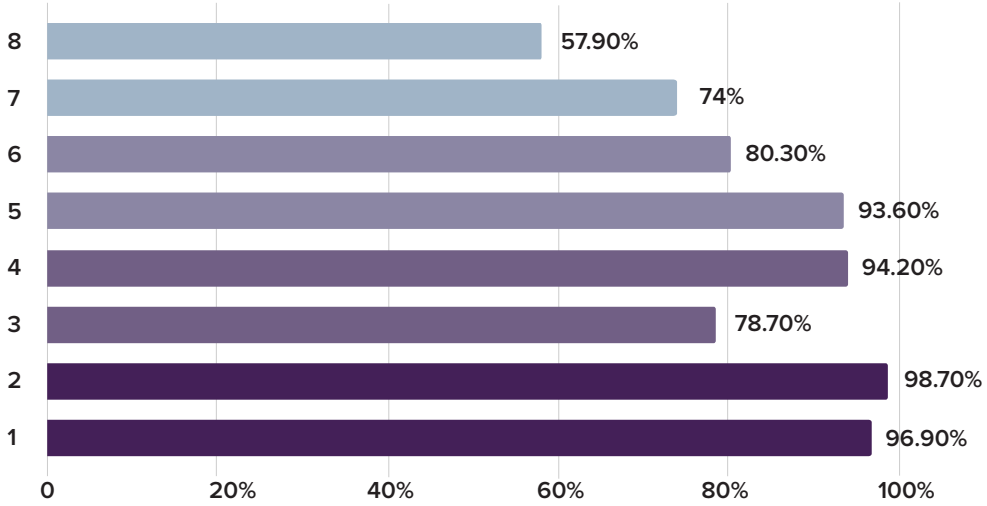
Частка позитивних результатів скринінгу на серцево-судинні захворювання є надзвичайно високою — 84%. Це свідчить про актуальність проєкту та підтверджує, що його клієнти дійсно потребують медичної допомоги, яку не можуть отримати іншими способами.

Рисунок 31. Частка позитивних результатів скринінгу на серцево-судинні захворювання в рамках візитів ММК.



У деяких громадах частка позитивних результатів скринінгу наближається до 100%. Зокрема, в Олевській громаді вона становить 98,7%, а в Народицькій громаді Житомирської області — 96,7%.

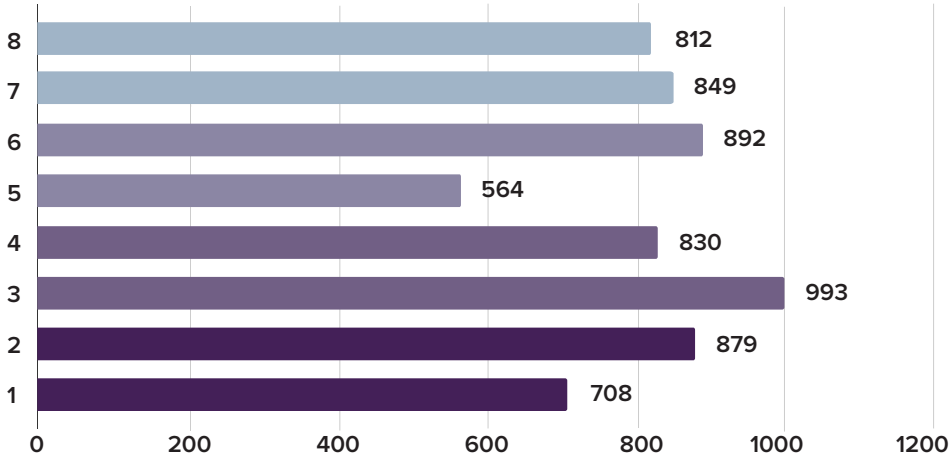
Рисунок 32. Частка позитивних результатів скринінгу на серцево-судинні захворювання в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на хронічне обструктивне захворювання легень (ХОЗЛ).

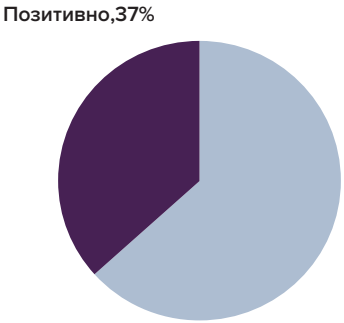
Такий скринінг було проведено командою проєкту 6527 разів, унікальних клієнтів, які отримали цю послугу – 5621[21]. Кількість наданих послуг такого скринінгу у розрізі громад, де працює проєкт, достатньо рівномірна. Найменша кількість скринінгів проведена у Тетіївській громаді Київської області – 564, найбільша – у Словечанській громаді Житомирської області (993 скринінгів). Такий же паттерн спостерігався і щодо скринінгу на серцево-судинні захворювання.

Рисунок 33. Кількість скринінгів на ХОЗЛ в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Частка позитивних результатів скринінгу на ХОЗЛ склала 36,5%.

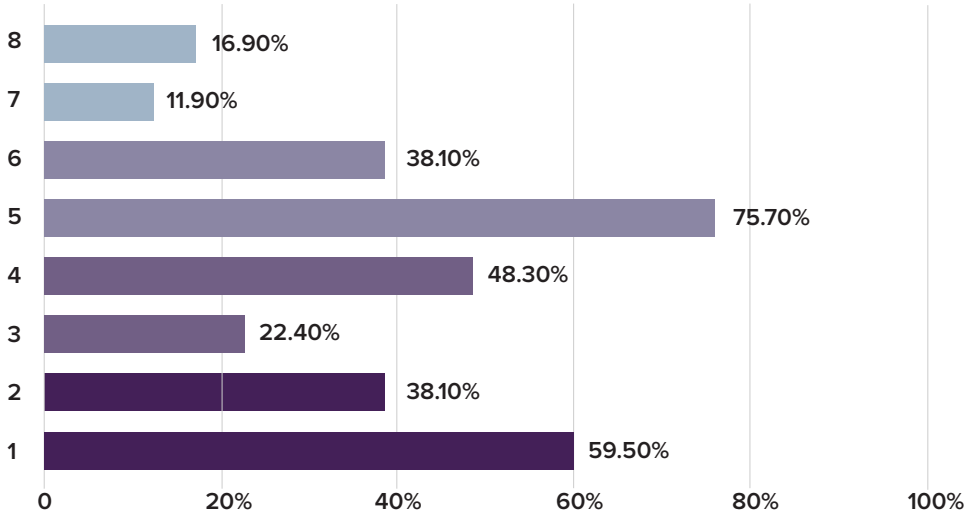
Рисунок 34. Частка позитивних результатів скринінгу на ХОЗЛ в рамках візитів ММК.



[21] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Результативність скринінгу значно варіюється між громадами. Наприклад, у Талалаївській та Срібнянській громадах Чернігівської області частка позитивних результатів становила близько 17% та 11% відповідно, тоді як у Тетіївській громаді Київської області — 75%, а в Народицькій громаді Житомирської області — майже 60%. Такі суттєві відмінності потребують поглибленого аналізу, оскільки кількість скринінгів у кожній громаді є значною, і це навряд чи можна пояснити випадковими коливаннями.

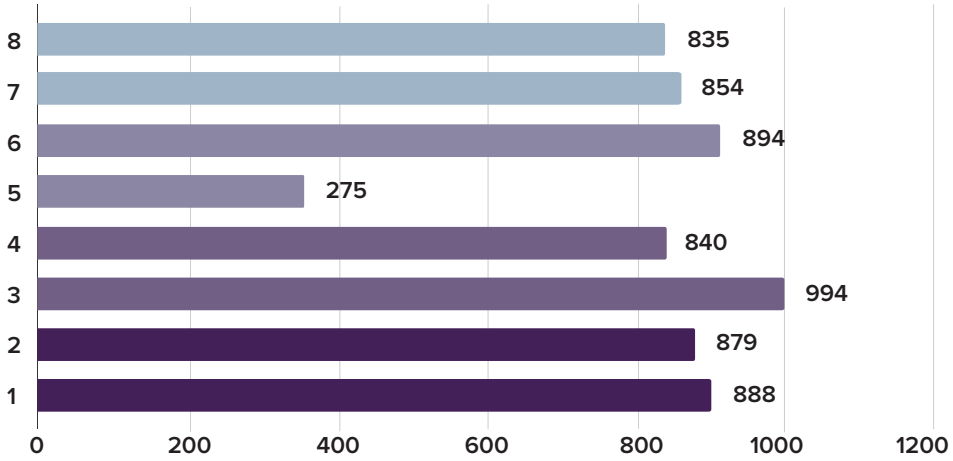
Рисунок 35. Частка позитивних результатів скринінгу на ХОЗЛ в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на цукровий діабет.

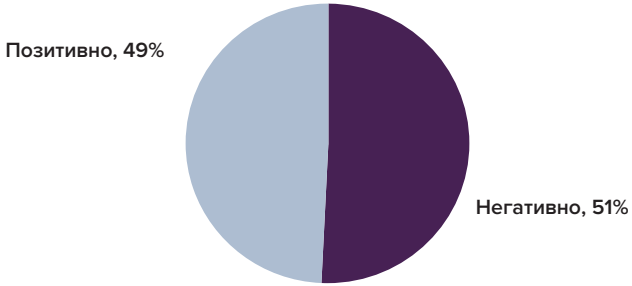
Такий скринінг було проведено командою проєкту 6459 разів, унікальних клієнтів, які отримали цю послугу – 5523[22]. Кількість наданих послуг такого скринінгу у розрізі громад, де працює проєкт, достатньо рівномірна. Найменша кількість скринінгів проведена у Тетіївській громаді Київської області – 275, в усіх інших громадах проєкту кількість проведених скринінгів дуже близька.

Рисунок 36. Кількість скринінгів на діабет в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Майже кожен другий скринінг на діабет (49%) – позитивний.

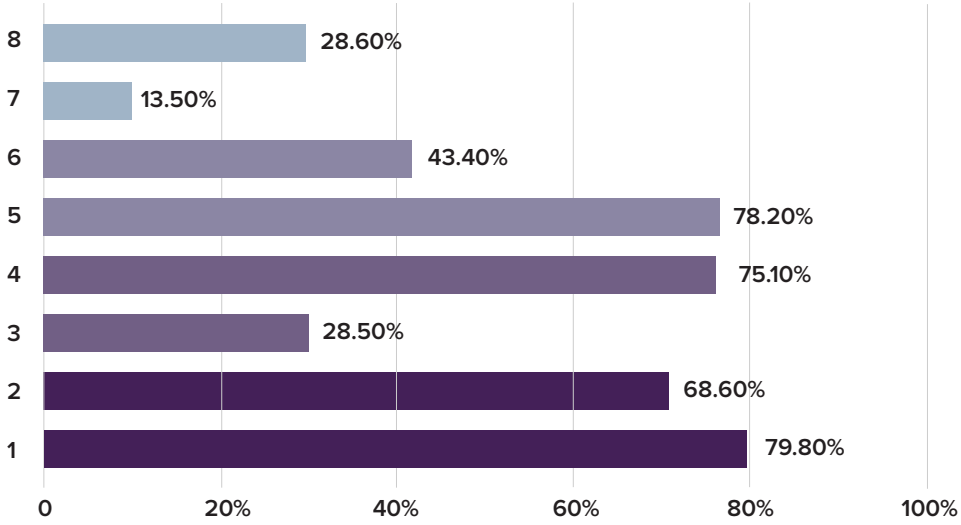
Рисунок 37. Частка позитивних результатів скринінгу на діабет в рамках візитів ММК.



[22] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Частка позитивних результатів скринінгу на діабет суттєво варіюється як між областями, так і між громадами однієї області. У Чернігівській області ця частка в цілому нижча, ніж у Київській та Житомирській областях, де в окремих громадах вона сягає 75–80%. Зокрема, Словечанська громада Житомирської області демонструє більш ніж удвічі меншу результативність скринінгу на діабет порівняно із сусідніми Олевською та Народицькою громадами (69% та 80% відповідно).

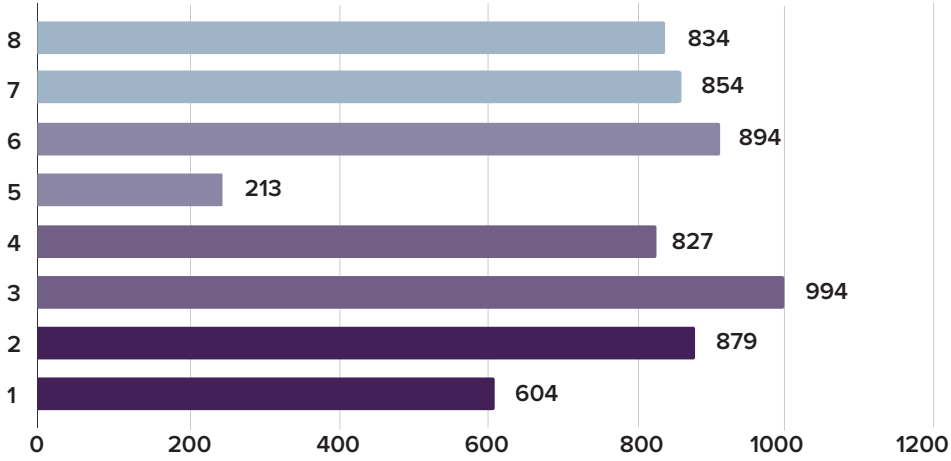
Рисунок 38. Частка позитивних результатів скринінгу на діабет в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на втрату слуху.

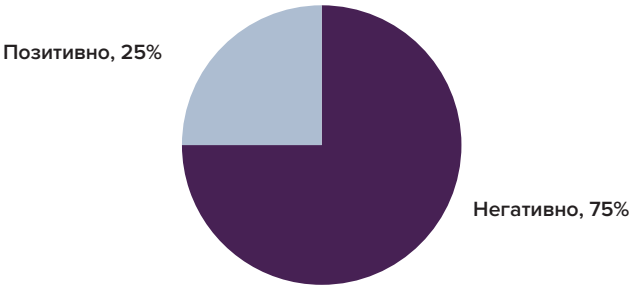
Командою проєкту було проведено 6 099 скринінгів на втрату слуху, які охопили 5 242 унікальних клієнтів. Кількість наданих послуг такого типу у розрізі громад, де реалізується проєкт, є доволі рівномірною. Проте найменша кількість скринінгів зафіксована у Тетіївській громаді Київської області — 213. У Народицькій громаді Житомирської області проведено 604 скринінги, що також дещо менше, ніж у сусідніх громадах. В усіх інших громадах проєкту кількість проведених скринінгів є приблизно однаковою.

Рисунок 39. Кількість скринінгів на втрату слуху в рамках візитів ММК у розрізі громад.



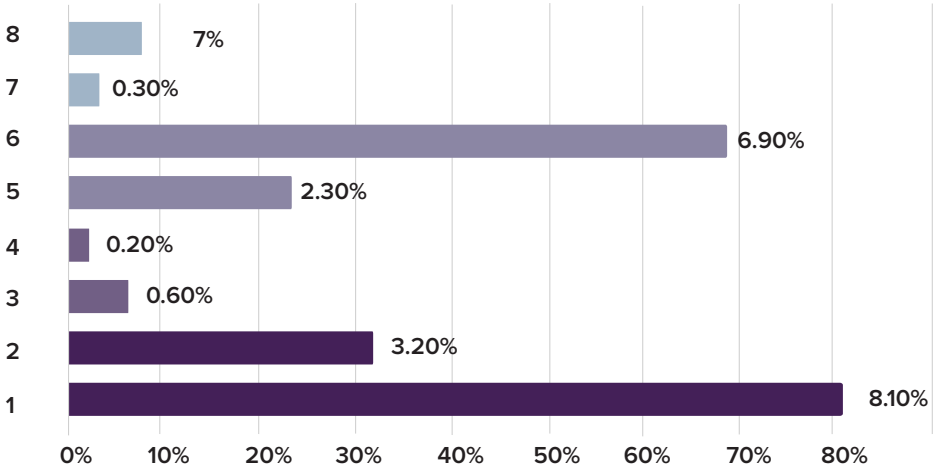
Частка позитивних скринінгів на втрату слуху – 24.8%.

Рисунок 40. Частка позитивних результатів скринінгу на втрату слуху в рамках візитів ММК.



Відсоток позитивних результатів скринінгу на втрату слуху по громада дуже сильно відрізняється.

Рисунок 41. Частка позитивних результатів скринінгу на втрату слуху в рамках візитів ММК у розрізі громад.



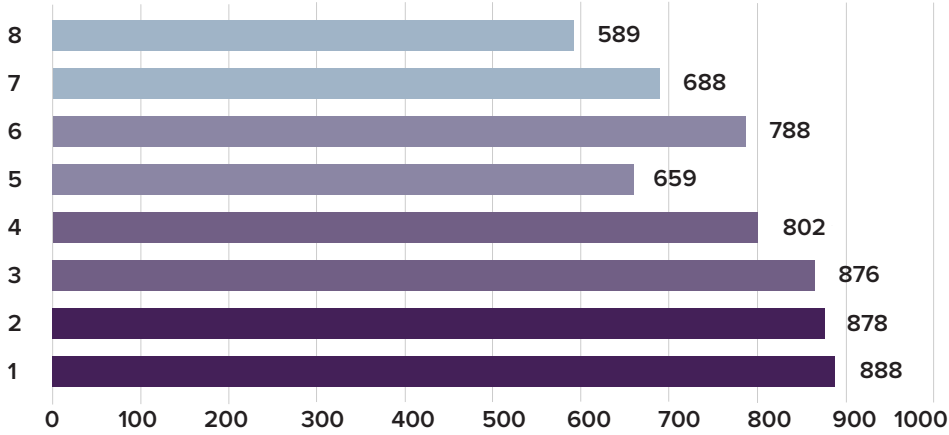
Питання повторних скринінгів на неінфекційні захворювання.
У ході роботи частина клієнтів ММК проходили скринінги на неінфекційні захворювання (серцево-судинні, ХОЗЛ, діабет) декілька разів за період з грудня 2023 по вересень 2024[23]. Інколи проміжок між скринінгами одного й того самого клієнта становить 2–3 місяці, тоді як стан здоров'я за відповідними хворобами, ймовірно, не змінюється настільки швидко. Для економії робочого часу ММК доцільно зберігати інформацію про дослідження та скринінги, які клієнт уже пройшов, за допомогою коду Case++ (за наявності технічної можливості) та оновлювати її перед консультацією.

Кількість перенаправлень з позитивним результатом скринінгу на неінфекційні захворювання.

6 159 осіб були перенаправлені за результатами скринінгу на неінфекційні захворювання (НІЗ). Унікальних клієнтів, які отримали таку послугу – 5347 осіб, тобто, 812 мешканців ТГ отримували подібні перенаправлення двічі або більше разів[24]. Найбільше перенаправлень після скринінгу на НІЗ було здійснено в громадах Житомирської області.

[23] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.
[24] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Рисунок 42. Кількість перенаправлень після скринінгу на НІЗ у розрізі громад.



Кількість осіб, охоплених скринінгами на психічні розлади (депресія, тривожність, ПТСР та зловживання психоактивними речовинами).

Скринінг на депресію

Послуги скринінгу на депресію в рамках компоненту «Відновлення доступу до медичних послуг» було надано 3971 раз[25]. Унікальних клієнтів, які отримали цю послугу – 3590. Найбільше таких скринінгів проведено у Баришівській громаді Київської області (764), найменше — у Словечанській громаді Житомирської області (165). У Чернігівській області громади мають рівномірний розподіл скринінгів (585–602). У Житомирській області значний розрив між показниками громад. Приблизно 16% скринінгів на депресію дали позитивний результат.

[25] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Рисунок 43. Кількість проведених скринінгів на депресію по громадах.

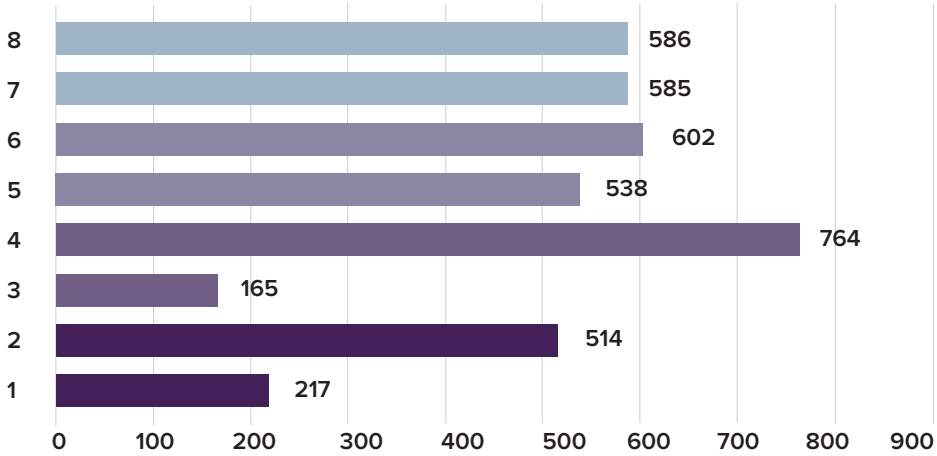
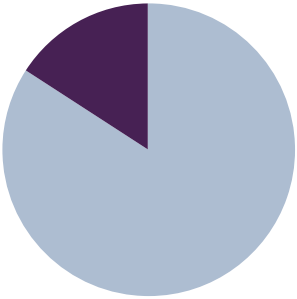
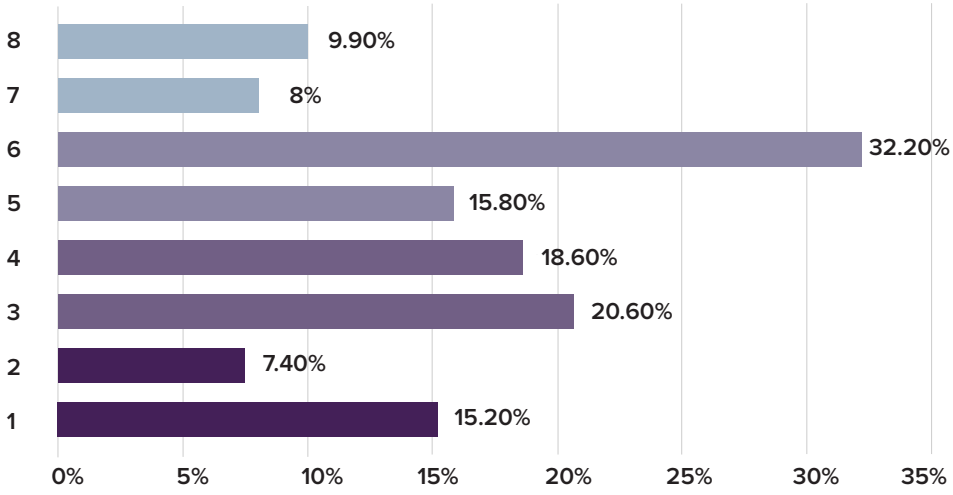


Рисунок 44. Частка позитивних результатів скринінгу на депресію.



Найбільшу частку позитивних результатів скринінгу на депресію зафіксовано у Варвинській громаді Чернігівської області (32,2%), тоді як найнижчий показник спостерігається в Олевській громаді Житомирської області (7,4%). Значний рівень депресивних станів також виявлено у Баришівській (18,6%) та Словечанській громадах (20,6%). Водночас громади з найменшою часткою позитивних результатів це Срібнянська (8%) та Талалаївська (9,9%) Чернігівської області.

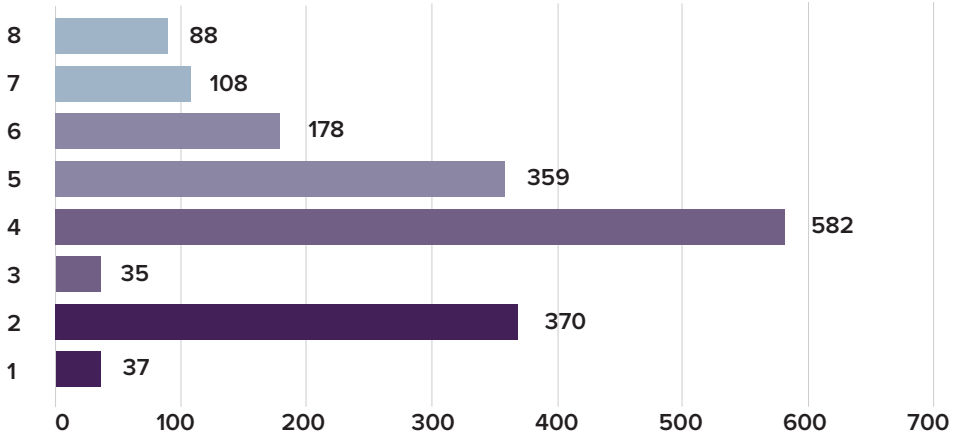
Рисунок 45. Частка позитивних результатів скринінгу на депресію в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на тривожність

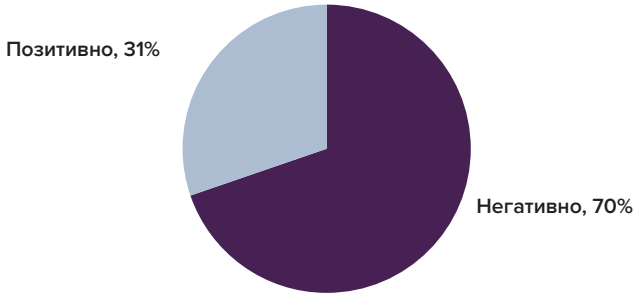
Всього було проведено 1757 скринінгів на тривожність, послугу отримали 1704 унікальні клієнти[26]. Кількість скринінгів на тривожність проведених ММК в різних областях та громадах дуже сильно відрізняється. Баришівська громада Київської області провела найбільшу кількість скринінгів на тривожність — 582, що значно перевищує показники інших громад. У Чернігівській області лідером є Варвинська громада (178 скринінгів), тоді як найменші показники в Талалаївській громаді (88). У Житомирській області найвищий результат у Олевській громаді (370), а найнижчий у Словечанській ТГ (35).

Рисунок 46. Кількість скринінгів на тривожність в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Близько 31% скринінгів на тривожність дали позитивний результат.

Рисунок 47. Частка позитивних результатів скринінгу на тривожність в рамках візитів ММК.



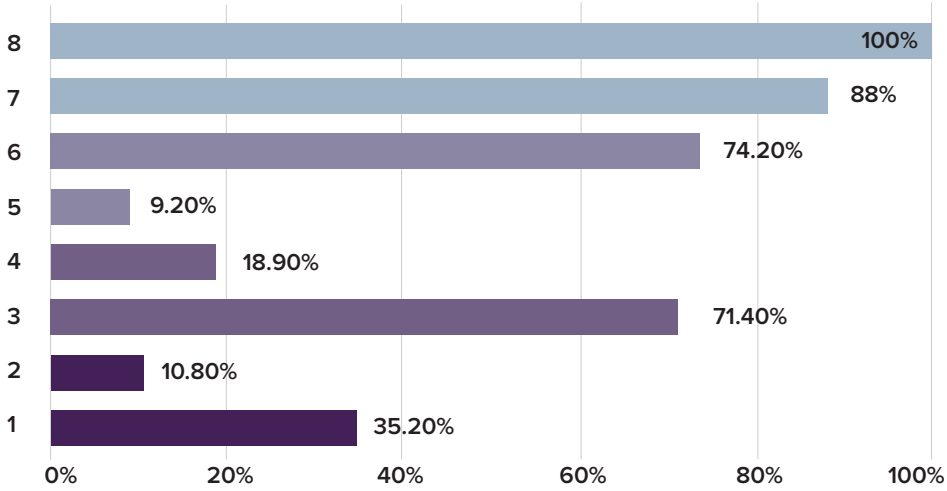
[26] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

Результати скринінгу у розрізі громад демонструють значну неоднорідність. У Чернігівській області найвищий показник зафіксовано у Талалаївській громаді, де частка позитивних результатів становить 100% (скринінг пройшли 88 осіб, що є достатньо великою вибіркою, аби виключити випадковість цього результату). За нею йдуть Срібнянська громада з результатом 88% та Варвинська — 74,2%.

У Київській області частка позитивних результатів значно нижча: у Тетіївській громаді вона становить лише 9,2%, а в Баришівській — 18,9%. У Житомирській області результати варіюються від 10,8% в Олевській громаді до 35,1% у Народицькій та 71,4% у Словечанській.

Таким чином, спостерігаються великі розбіжності як між областями (наприклад, Чернігівською та Київською), так і між сусідніми громадами в межах однієї області (Словечанська та Народицька громади Житомирської області). Ці розбіжності можуть бути пояснені різним рівнем залученості територій у бойові дії. Наприклад, Народицька громада зазнала бойових дій та тимчасової окупації російськими військами з початку повномасштабного вторгнення, а деякі мешканці громади й досі перебувають у російському полоні. Водночас територія Олевської громади не зазнала бойових дій чи окупації.

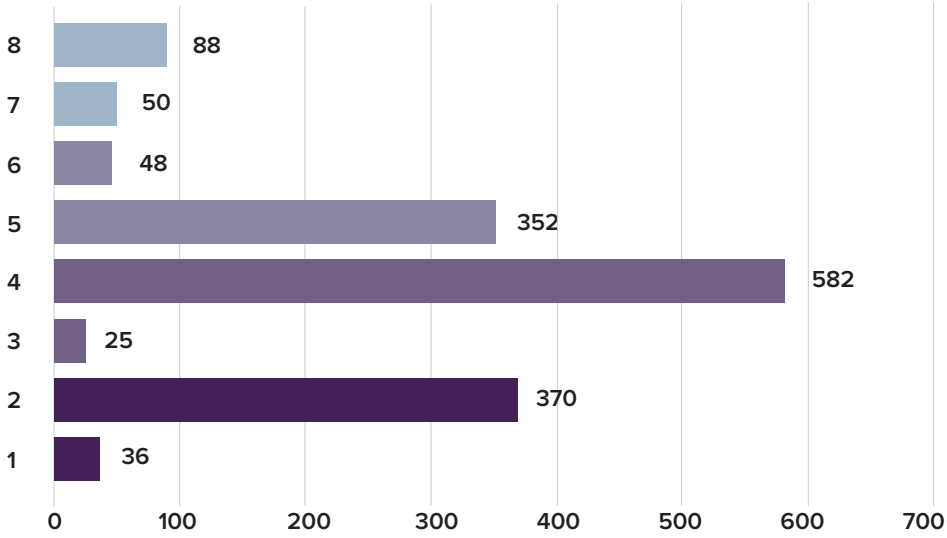
Рисунок 48. Частка позитивних результатів скринінгу на тривожність в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на ПТСР

Всього було надано 1551 послугу скринінгу на ПТСР. Унікальних клієнтів, які отримали послугу скринінгу, — 1500[27]. Розподіл скринінгів у розрізі громад дуже нерівномірний, більшість скринінгів було проведено в 3 громадах: Баришівській та Тетіївській Київської області (582 і 352 скринінгів відповідно) та Олевській громаді Житомирської області (370 скринінгів).

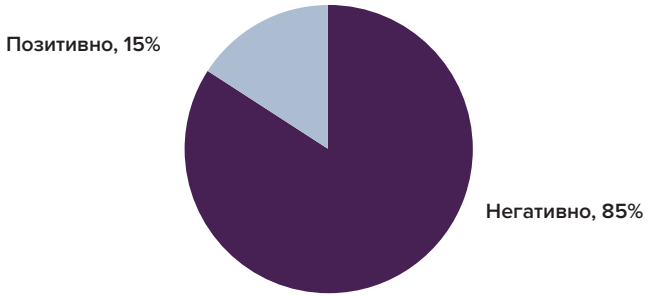
Рисунок 49. Кількість скринінгів на ПТСР в рамках візитів ММК у розрізі громад.



15,2% скринінгів на ПТСР дали позитивний результат.

[27] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

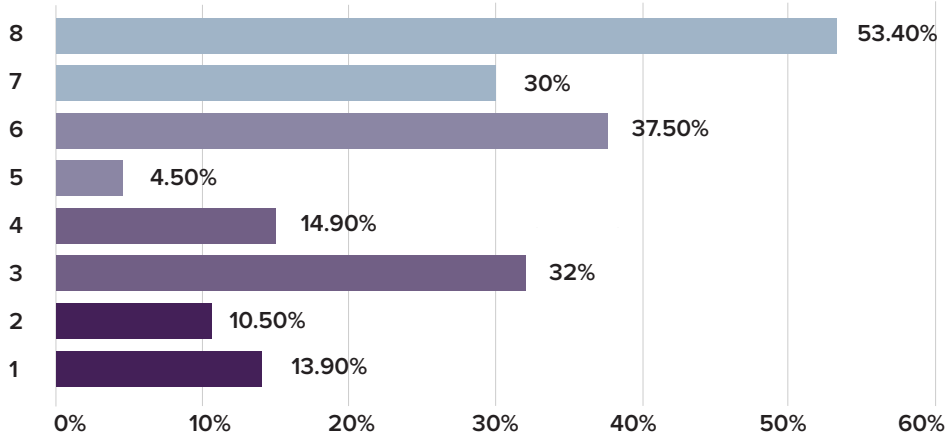
Рисунок 50. Частка позитивних результатів скринінгу на ПТСР в рамках візитів ММК.



Результати скринінгу у розрізі громад демонструють значну неоднорідність. Найвищий відсоток позитивних результатів зафіксовано у громадах, де було проведено найменшу кількість скринінгів в абсолютному вимірі: у Талалаївській громаді Чернігівської області (53,4%) та Варвинській громаді Чернігівської області (37,5%).

Натомість громади, в яких проведено найбільше скринінгів, демонструють найнижчу частку позитивних результатів. Зокрема, у Тетіївській громаді Київської області частка становить лише 4,5%, а в Олевській громаді Житомирської області — 10,5%.

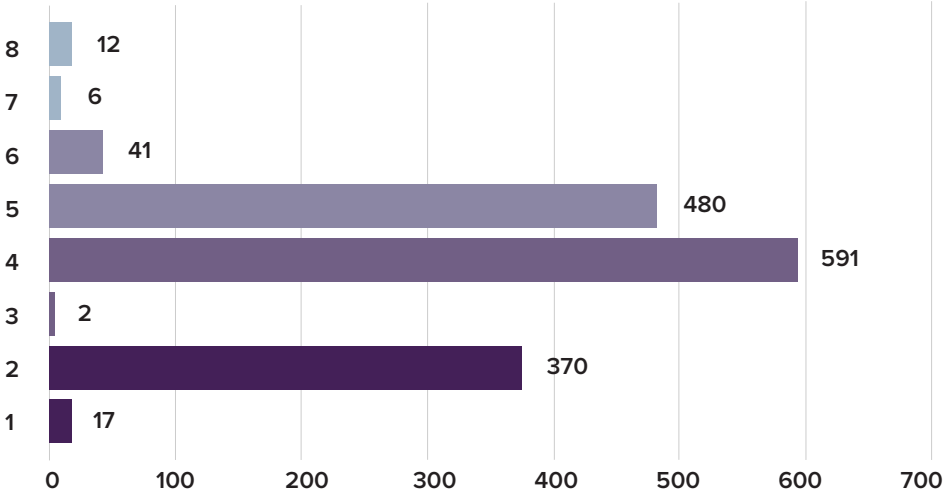
Рисунок 51. Частка позитивних результатів скринінгу на ПТСР в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Скринінг на зловживання психоактивними речовинами

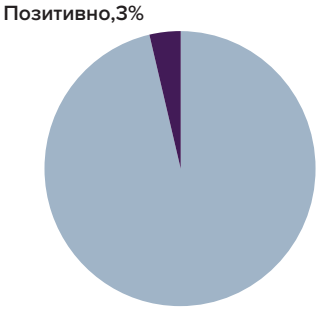
Було надано 1519 послуг скринінгу на зловживання психоактивними речовинами. Унікальних клієнтів, які отримали послугу скринінгу, — 1468[28]. Розподіл скринінгів у розрізі громад дуже нерівномірний, більшість скринінгів було проведено у 3 громадах: Баришівській та Тетіївській Київської області (591 і 480 скринінгів відповідно) та Олевській громаді Житомирської області (370 скринінгів).

Рисунок 52. Кількість скринінгів на зловживання психоактивними речовинами в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Тільки 3% скринінгів на зловживання психоактивними речовинами дали позитивний результат.

Рисунок 53. Частка позитивних результатів скринінгу на зловживання психоактивними речовинами в рамках візитів ММК.

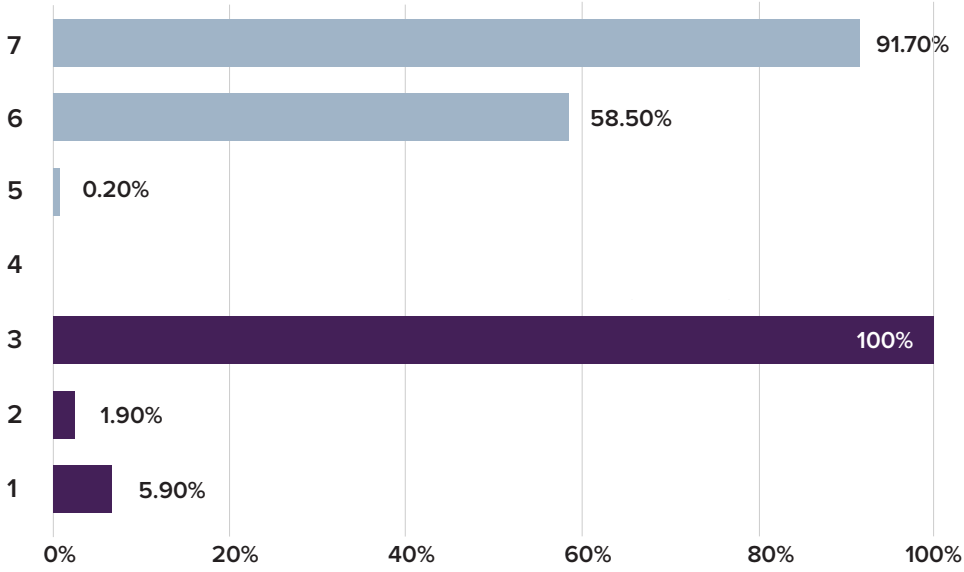


[28] База даних послуг проєкту DataCheck. Надано командою проєкту.

У громадах, де було проведено найбільшу кількість скринінгів, частка позитивних результатів є дуже низькою порівняно з іншими громадами. У Тетіївській, Баришівській та Олевській громадах, на які припадає значна частка всіх скринінгів, частка позитивних результатів варіюється від 0% до 1,9%.

Водночас у Варвинській громаді, де проведено лише 41 скринінг, частка позитивних результатів досягла майже 59%.

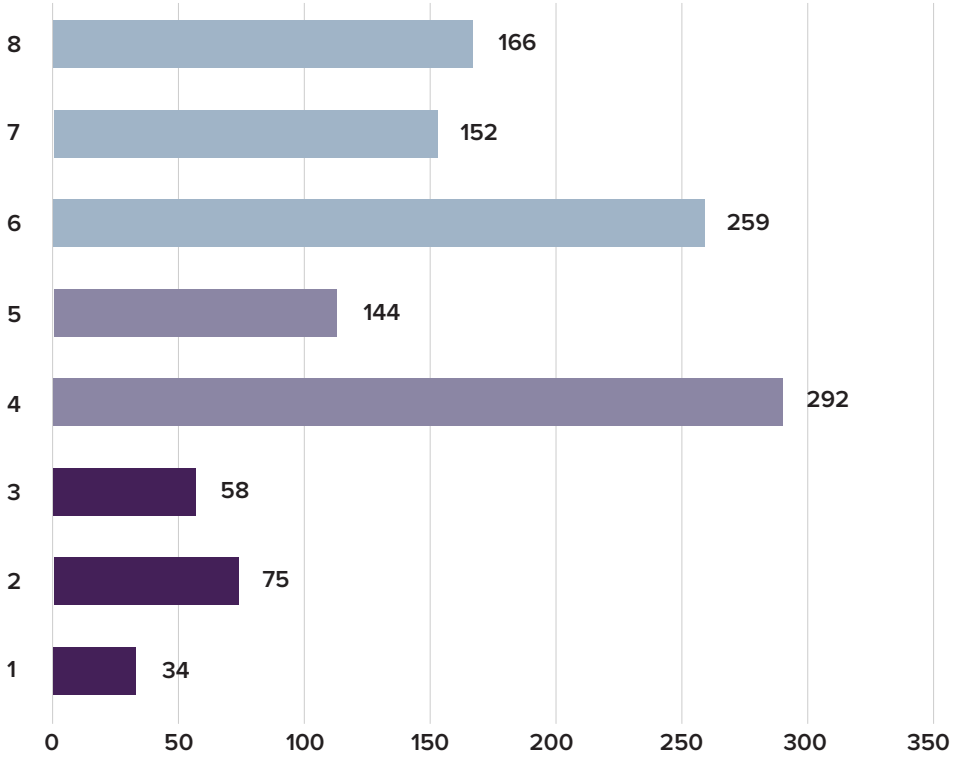
Рисунок 54. Частка позитивних результатів скринінгів на зловживання психоактивними речовинами в рамках візитів ММК у розрізі громад.



Кількість перенаправлень з позитивним результатом скринінгу на психічні розлади

Всього було здійснено 1150 перенаправлень клієнтів з позитивним результатом скринінгу на психічні розлади. Розподіл кількості перенаправлень по областях і громадах нерівномірний: у Житомирській області в усіх громадах кількість таких перенаправлень значно менша в порівнянні із громадами Київської та Чернігівської області.

Рисунок 55. Кількість перенаправлень за результатами скринінгу на психічне здоров'я у розрізі громад.



Робота амбасадорів здоров'я

Кількість амбасадорів здоров'я, які залучені проєктом, всього, окремо у розрізі областей і громад.

У Житомирській області працювало три керівника амбасадорів здоров'я, якими стали працівники ЦПМСД Олевської, Народицької та Овруцької громад. Вони координують роботу 23 сільських фельдшерів-амбасадорів, які ведуть свою роботу в селах громади. У Чернігівській області працювали чотири амбасадори здоров'я: по одному в Срібнянській та Варвинській громадах, два – в Талалаївській. У Київській області було залучено по три амбасадори здоров'я в двох громадах – Тетіївській та Баришівській.

Кількість звернень клієнтів у ММК через перенаправлення амбасадором здоров'я, окремо по областях і громадах.

База даних послуг проєкту DataCheck[32] містить інформацію про перенаправлення клієнтів амбасадорами здоров'я у ММК тільки для Київської області: всього було перенаправлено 633 клієнти (315 у Баришівській громаді і 318 – у Тетіївській). У той же час наративні звіти про роботу проєкту вказують, що в інших областях така практика також є, проте в базі даних послуг вона не відображена:

«Як результат, за весь період амбасадорами здоров'я було проведено 2156 консультацій клієнтам, яких у подальшому було скеровано до ММК»[33].

Кількість клієнтів, з якими працювали амбасадори здоров'я.

У Житомирській області, за даними наративного звіту, амбасадорами здоров'я було проведено 2156 консультацій клієнтам, яких у подальшому було скеровано до ММК. У Чернігівській області було надано 586 послуг 300 особам. У Київській області амбасадори працювали з 807 клієнтами, а загальна кількість отриманих послуг становить 846.

Кількість ППП, які відкрито в ході роботи проєкту, окремо по областях і громадах.

У кожній з 8 громад проєкту було створено по 4 ППП (всього 32 простори). Відповідно, по 12 просторів було створено у Чернігівській та Житомирській областях, і 8 – у Київській області[36].

Кількість осіб, які отримали послуги психологічної допомоги в ППП.

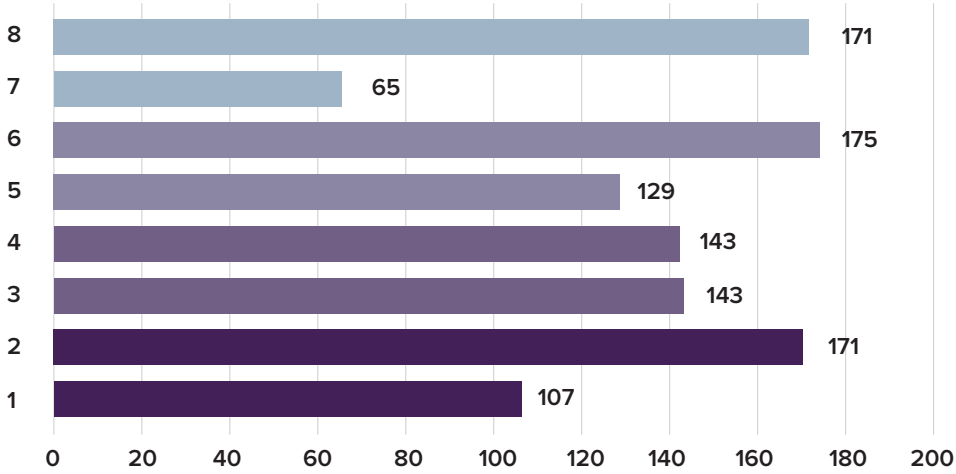
У просторах психологічної підтримки в 8 громадах 3 областей послу-

[32] База даних послуг проєкту DataCheck.

[33, 34, 35.36] Наративні квартальні звіти виконавців проєкту в областях.

ги психологічної допомоги отримали 1104 особи[37]. При оцінці кількості клієнтів ППП потрібно брати до уваги, що цей компонент проєкту почав працювати пізніше ніж ММК.

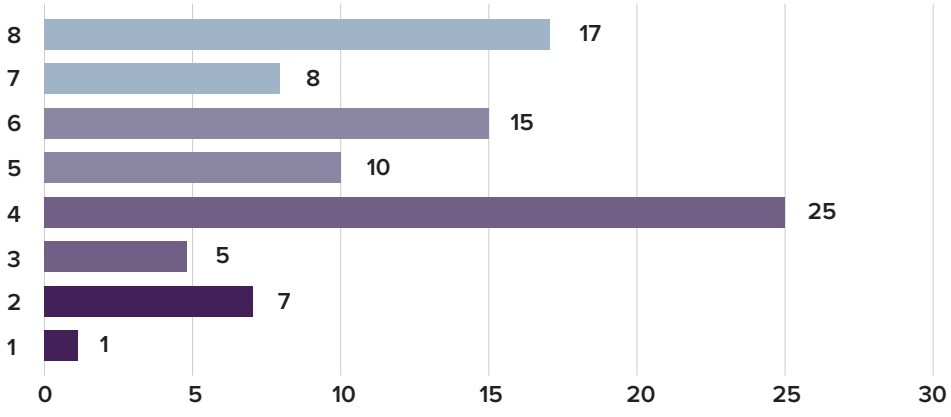
Рисунок 56. Кількість осіб які отримали послуги ППП у розрізі громад.



Кількість осіб, які отримали послуги в ППП і були перенаправленні в них ММК.

Через перескерування від ММК до ППП звернулася невелика кількість клієнтів: 13 у Житомирській області, 35 – у Київській, 40 – у Чернігівській області[38]. Це може бути пов'язано з тим, що простори почали працювати щонайменше на півроку пізніше, нім ММК.

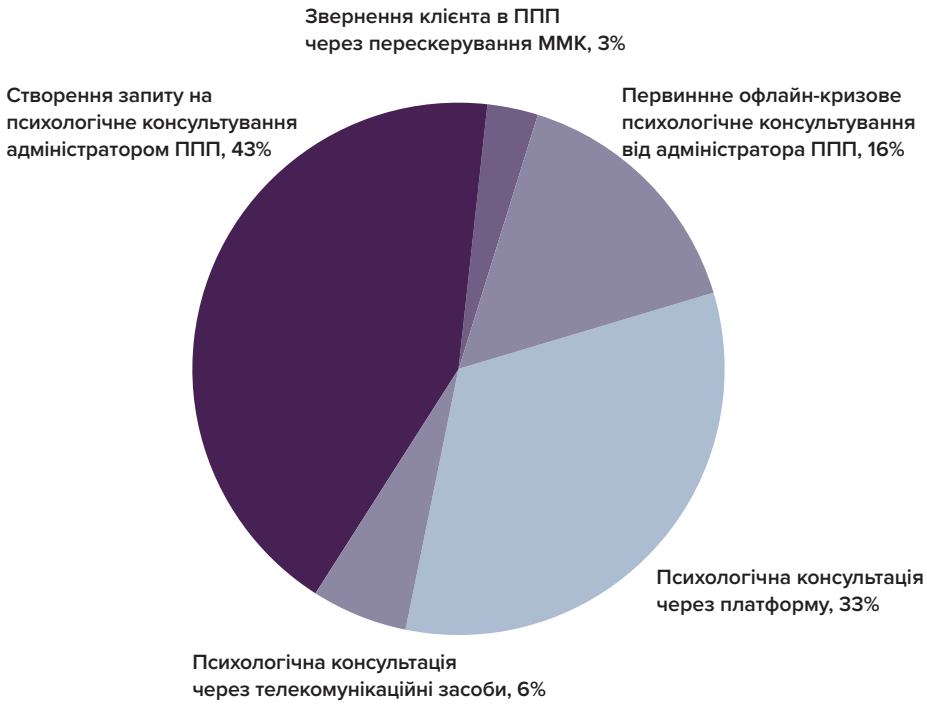
Рисунок 57. Кількість осіб, які отримали послуги ППП після перескерування від ММК у розрізі громад.



[37, 38] База даних послуг проєкту DataCheck.

Найбільшу частку в структурі наданих послуг ППП займає створення запиту на психологічне консультування адміністратором ППП (що, власне і визначалося, як основний функціонал адміністраторів ППП) — 42% від загальної кількості послуг. Друге місце посідають психологічні консультації через платформу — 33%. Первинне офлайн-кризове психологічне консультування від адміністратора ППП становить 16%. Психологічні консультації через телекомунікаційні засоби складають 6%. Найменшу частку займають звернення клієнта в ППП через перескерування ММК — 3%[39].

Рисунок 58. Структура послуг за компонентом забезпечення доступу до послуг з ментального здоров'я (ППП) (n=3220 послуг).

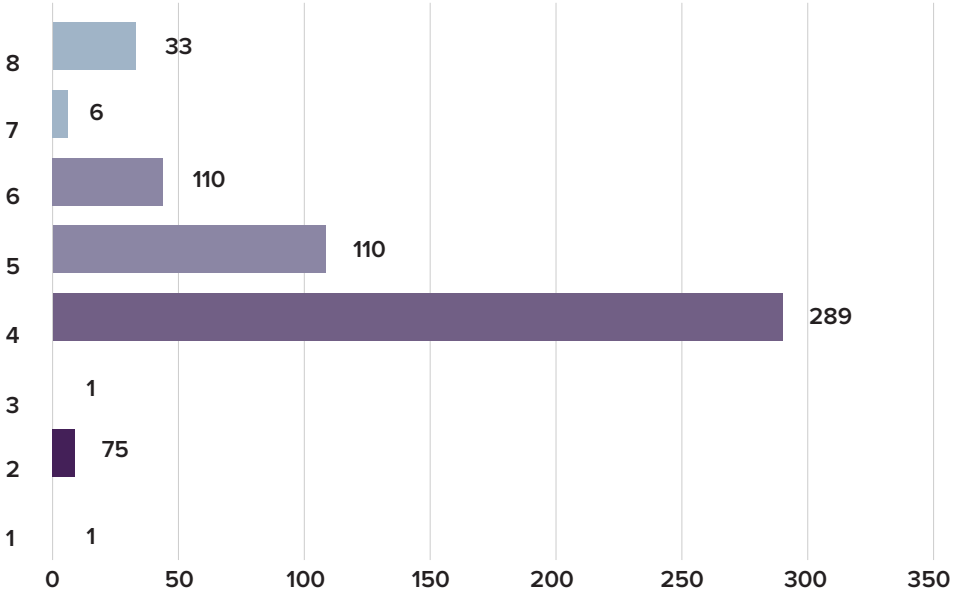


[39] База даних послуг проєкту DataCheck.

Кількість проведених кризових психологічних консультацій.

Всього проєктом було надано 495 послуг кризового психологічного консультування. Їх розподіл по областях та громадах дуже нерівномірний: найбільше таких послуг надано в громада Київської області – 289 у Баришівській громаді, 110 – у Тетіївській[40]. Для порівняння: в трьох громадах Житомирської області надано тільки 13 кризових психологічних консультувань. У трьох громадах Чернігівської області надано 83 таких послуги, найменше – 6 у Срібнянській громаді.

Рисунок 59. Кількість наданих послуг кризового психологічного консультування у розрізі громад.



[40] База даних послуг проєкту DataCheck.

Кількість клієнтів, які скористалися послугою транспортування до медичного закладу

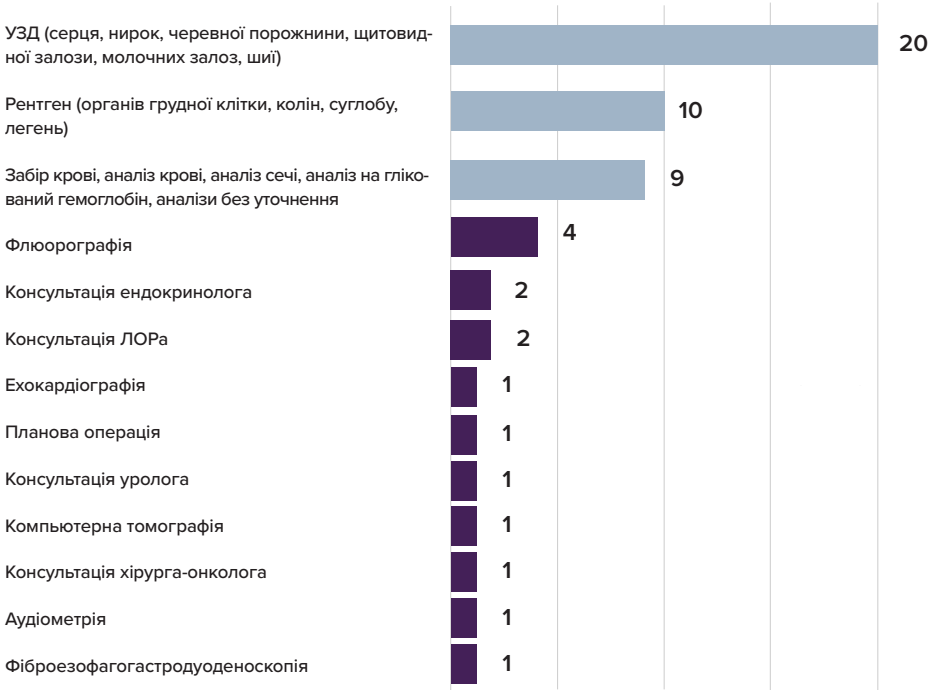
32 особи скористалися послугою транспортування до медичного закладу згідно з базою даних DataCheck[41]. Всі послуги транспортування, згідно з базою, – у Чернігівській області. Проте за звітами про послуги транспортування клієнтів ситуація інакша[42]: така послуга надавалась в усіх трьох областях проєкту, і нею було охоплено 131 клієнта.

- Травень 2024 року – 13 візитів, 29 клієнтів.
- Червень 2024 року – 22 візити, 34 клієнти.
- Липень 2024 року – 27 візитів, 32 клієнти.
- Серпень 2024 року – 15 візитів, 21 клієнт.
- Вересень 2024 року – 10 візитів, 15 клієнтів.
- **Загальна кількість візитів: 87.**
- **Загальна кількість клієнтів: 131.**

Дані вказують на пріоритетність діагностичних процедур, особливо ультразвукового дослідження (УЗД) та рентгену. УЗД є найбільш затребуваною процедурою, складаючи 20 випадків. Найчастіше виконувались УЗД серця, нирок, черевної порожнини, щитовидної залози, молочних залоз та шиї. Рентген займає друге місце за частотою, з 10 процедурами, що включають обстеження органів грудної клітки, колінного суглоба, легень тощо. Третя за популярністю категорія — забір крові та аналізи (зокрема аналіз сечі та глікованого гемоглобіну), з 9 виконаними процедурами. Рідкісні процедури: флюорографія була проведена 4 рази; консультації лікарів (ендокринолога та лікаря-отоларинголога (ЛОРа)) виконані по 2 рази; одноразово проведено ехокардіографію, планову операцію, комп'ютерну томографію, аудіометрію та фіброгастродуоденоскопію.

[41] База даних послуг проєкту DataCheck.
[42] Звіти про послуги транспортування клієнтів.

Рисунок 60. Типи медичних процедур, якими скористалися клієнти сервісу транспортування пацієнтів.



Найбільш затребуваними спеціалістами серед клієнтів є кардіологи, яких відвідали 38 разів. Це підкреслює важливість кардіологічної допомоги для пацієнтів, що, ймовірно, пов'язано із високою поширеністю серцево-судинних захворювань. Друге місце за популярністю посідають офтальмологи, до яких зверталися 22 рази. Ендокринологи й неврологи отримали по 20 і 18 звернень відповідно. Також високим попитом користуються отоларингологи, до яких зверталися 18 разів. Серед хірургів зафіксовано 10 звернень, які охоплюють як загальну, так і онкохірургічну практику. Менше відвідували спеціалістів з онкології, урології та дерматології, до яких зверталися 6 і по 5 разів відповідно. Діагностичні спеціальності, такі як спеціалісти з УЗД, рентгенологи та лікарі-лаборанти, сумарно отримали 9 звернень, що вказує на значний попит на діагностичні послуги. Менш затребуваними є гастроентерологи, ревматологи, сімейні лікарі та дитячі спеціалісти. Загалом дані підкреслюють значний попит на спеціалістів, які займаються сер-

цево-судинними, ендокринними та неврологічними проблемами, а також на діагностичні та хірургічні послуги.

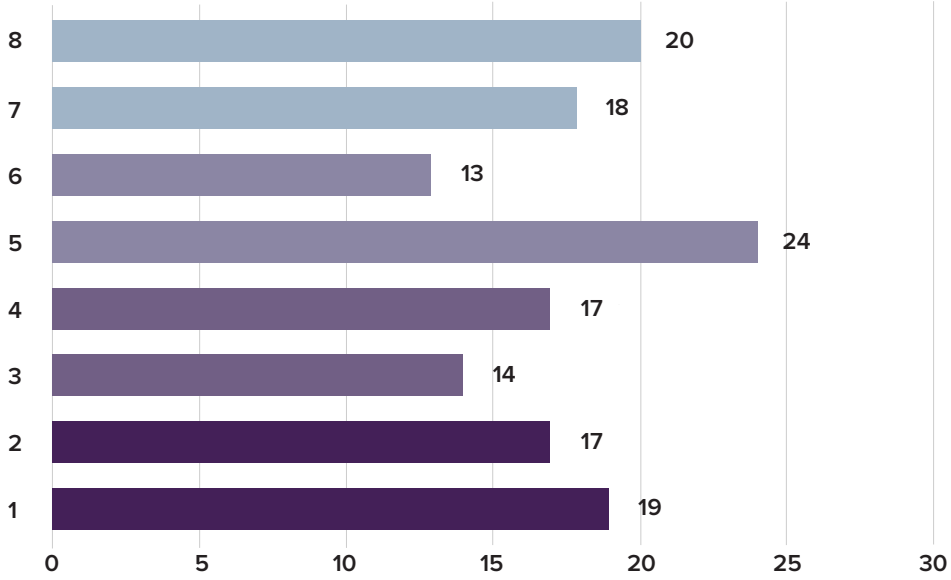
Рисунок 61. Спеціалізація лікарів, до яких зверталися клієнти сервісу транспортування пацієнтів.



Кількість населених пунктів, в яких розповсюджено інформаційні матеріали проєкту.

Найбільша кількість населених пунктів охоплена розповсюдженням інформаційних матеріалів у Тетіївській громаді Київської області — 24. На другому місці Талалаївська територіальна громада Чернігівської області, де роздача проводилась у 20 населених пунктах. У Народицькій громаді Житомирської області було охоплено 19 населених пунктів, а у Срібнянській громаді Чернігівської області — 18. У Баришівській громади Київської області та Олевській громаді Житомирської області охопили по 17 населених пунктів. Найменша кількість населених пунктів із роздачою матеріалів спостерігається у Варвинській громаді Чернігівської області — 13, та Словечанській громаді Житомирської області — 14[43].

Рисунок 62. Кількість населених пунктів, в яких відбувалась роздача інформаційних матеріалів у розрізі громад.

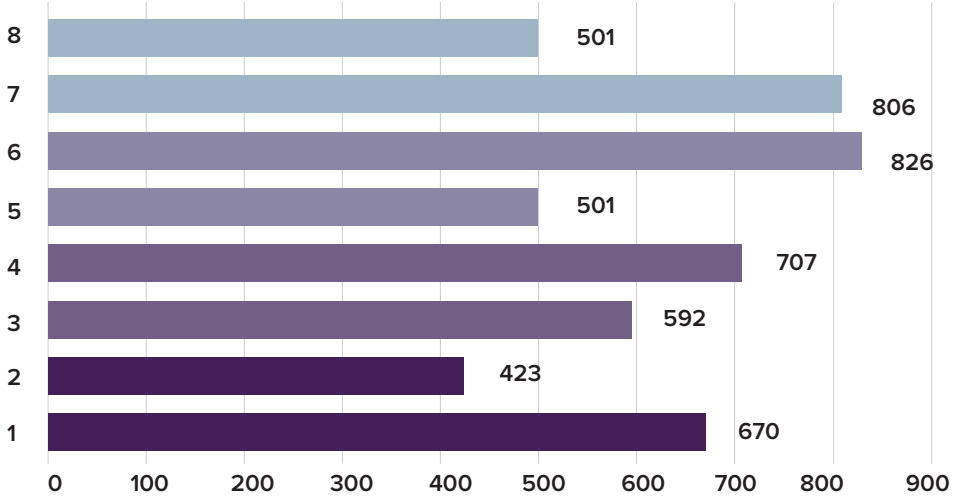


[43] База даних послуг проєкту DataCheck.

Кількість розданих інформаційних матеріалів проєкту.

За період з грудня 2023 по вересень 2024 року проєктом було розповсюджено 5026 інформаційних матеріалів. 4317 унікальних клієнтів отримували інформаційні матеріали від проєкту. Найбільше матеріалів було розповсюджено в двох громадах Чернігівської області – Варвинській та Срібнянській (826 та 806 відповідно)[44].

Рисунок 63. Кількість роздач інформаційних матеріалів у розрізі громад.



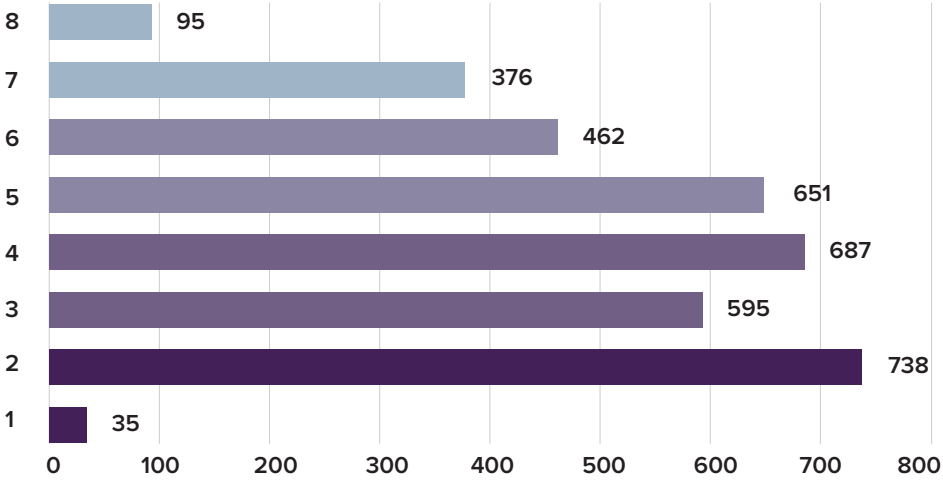
Кількість наданих рецептів на ліки

За період з грудня 2023 по вересень 2024 року проєктом було надано клієнтам 3639 рецептів на ліки. Унікальних клієнтів, які отримували рецепти, налічувалося 3269. Найбільша кількість рецептів була видана в громадах Київської області (Тетіївській та Баришівській) і Олевській громаді Житомирської області.

Водночас у Народицькій громаді Житомирської області (35 рецептів) та Талалаївській громаді Чернігівської області (95 рецептів) зафіксовано значно меншу кількість наданих рецептів. Ця різниця може бути пов'язана з кількома факторами: Народицька та Талалаївська громади є найбільш географічно віддаленими, а сервіс МАП розпочав роботу в Житомирській та Чернігівській областях на три місяці пізніше, ніж у Київській. Крім того, у трьох громадах Чернігівської та Житомирської областей працював лише один переобладнаний автомобіль МАП, тоді як у двох громадах Київської області — по два автомобілі.

[41] База даних послуг проєкту DataCheck.

Рисунок 64. Кількість наданих рецептів на ліки у розрізі громад.



Робота мобільних аптечних пунктів.

Згідно зі звітами про роботу МАП[45], кількість населених пунктів які охоплюють маршрути МАПів більше, ніж охоплених ММК:

- Київська область — 48 населених пунктів;
- Житомирська область — 53 населених пункти;
- Чернігівська область — 38 населених пунктів.

Повідомляється, що МАПи здійснили 76 виїздів, у ході яких охоплено 266 населених пунктів, послугами скористалися 1972 людини. Як вказується в звіті про роботу аптечних пунктів, у період з 14 травня 2024 по 30 вересня 2024 за програмою «Доступні ліки» було відпущено 50 рецептів, 15 з яких були без доплат[46]. Загальна номенклатура препаратів, відпущених у зазначений період, становить більше 460 найменувань[47]. Тобто, за програмою «Доступні ліки» було відпущено 11% ліків.

6.2. Якісний компонент – ГІ (Завдання 2)

ГІ проведено серед 20 представників цільової аудиторії, серед яких були організатори та надавачі медичних і психосоціальних послуг. Серед організаторів участь взяли 1 голова громади, 1 директор ЦПМСД, 1 директор Центру надання соціальних послуг, 3 координатори ММК і

[45, 46, 47] Звіт про роботу мобільних аптечних пунктів.

1 координатор МАП. Серед надавачів послуг були 3 лікарі ММК, 1 психолог, 1 медична сестра, 2 фахівці соціальної роботи, 2 адміністратори ППП, 3 амбасадори здоров'я та 1 фармацевт. Гендерний склад учасників складався з 15 жінок та 5 чоловіків.

ВПЛИВ ВІЙНИ НА ДОСТУП ДО МЕДИЧНИХ І ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ДЛЯ НАСЕЛЕННЯ

Вплив війни на громади

Організатори (25 ц.[48])

Внаслідок війни в Україні громади, розташовані поблизу фронту та прикордонних територій, зазнали значних матеріальних та логістичних втрат, емоційного і психологічного впливу. Розлади психічного здоров'я, зокрема тривожність, депресія та посттравматичний синдром через тимчасову окупацію (Народицька ТГ Житомирської області, Баришівська ТГ Київської області) та віддаленість територій і постійну загрозу обстрілів через близькість до кордонів (Словечанська, Народицька та Олевська ТГ Житомирської області, Талалаївська ТГ Чернігівської обл.), були найчастіше згадуваними серед респондентів цього сегменту (організаторів). Навіть громади, що не зазнали прямого вторгнення і обстрілів, постраждали від побічних наслідків війни. Матеріальні втрати включають зруйновані будинки, знищені мости і пошкоджені аграрні об'єкти, що значно ускладнює життя мешканців. Крім того, значний відтік населення, спричинений бойовими діями та обстрілами, призводить до соціальних розривів і міграції. Особливо постраждали громади Житомирської та Київської областей, де відбулося масове руйнування інфраструктури, а доступ до медичних послуг був значно ускладнений через пошкодження лікарень і виїзд медичних працівників.

"Але з початку повномасштабного вторгнення, звичайно, відтік населення дуже великий і дуже велика міграція. Дуже багато наших пацієнтів і жителів громади поїхали за кордон. Дуже багато поміняли інші місця проживання в межах України. І, звичайно, на населення дуже великий вплив робить повномасштабне вторгнення в виду того, що дуже зросла смертність населення, тому що в регіоні залишилось тільки постаріле населення."

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

[48] Кількість цитат респондентів певного сегменту, які стосувались аспекту.

Економічні втрати також залишили значний відбиток на цих громадах. Багато місцевих підприємств припинили свою діяльність або зазнали серйозних збитків (Народицька ТГ Житомирської обл.). Логістичні втрати проявлялися у вигляді відсутності нормального транспортного сполучення через зруйновані дороги та мости, що ускладнювало доставку товарів і надання послуг. Водночас, соціальні зміни, спричинені міграцією населення та масовим виїздом молоді й фахівців, також відігравали значну роль у трансформації соціальних структур. У Варвинській, Срібнянській громадах (Чернігівська область) відмічається велика кількість внутрішньо переміщених осіб (ВПО) із зон активних бойових дій, що створює додаткове навантаження на медичну, соціальну та економічну системи.

“Найскладніші чинники, які стосуються цих громад, по-перше якщо виділити Народицьку громаду, то вона була 11 днів під окупацією, деякі її території, власне. І ми в ці села заїжджаємо і чуємо від людей, що 11 днів вони перебували під окупацією ворога. ... І в деяких селах, якщо їхати в деякі села, немає доріг. Тобто, це складно.”

Жінка, Житомирська обл.

Надавачі послуг (40 ц.)

Аналіз відповідей респондентів із сегменту надавачів послуг показав про значний емоційний і психологічний вплив на загальне здоров’я населення. Люди, які перебували під окупацією (Народицька ТГ Житомирської обл., Баришівська ТГ Київської обл.) або в зоні обстрілів (Словечанська, Народицька, Олевська ТГ Житомирської області, Талалаївська ТГ Чернігівської обл.), мають серйозні психологічні травми. Наприклад, вони змінюють поведінку, готуються до можливих атак і відчувають страх через відсутність стабільності.

“Це болісне питання до сих пір і для мене, тому що психологічно, емоційно, тому що я перебувала... я перебувала, де я проживаю, також те село, де я проживаю, було... біля окупованих територій, тобто, окупованих сіл, громад. І це аукалось і на нас, і прильоти були, і ховалися по підвалах. Тобто, це було страшно, тому навіть зараз, як про це говорю, то згадую.”

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

У родинах , де чоловіки мобілізовані, члени родини переживають постійний стрес, тривожність, невизначеність і переживання за рідних.

«Змінилося, звичайно. У зв'язку з тим що в родині чоловіки, які пішли служити, тут психологічно емоційно їм тяжко. Не знаючи, де чоловік, де брат, де син знаходиться. В цьому плані дуже помінялося. Люди стали дуже знервовані, по-перше. Інколи агресивні навіть в деяких ситуаціях. В когось обіда на когось, що мій служить, а ваш ні. В такому плані. [...] [...] [...]»

Жінка, Житомирська обл., Олевська ТГ

У родинах, де рідні загинули на фронті, люди переживають втрату, горе та складнощі в подоланні емоцій.

«Так. Втрати. Втрати людей. Якщо близькі люди втрачають своїх близьких людей, вони не можуть від цього стану самі вийти. Вони звертаються.»

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

Матеріальні втрати включали руйнування будинків, зокрема через обстріли та пошкодження інфраструктури, що значно вплинуло на місцеве населення. Фельдшерсько-акушерські пункти (ФАП) та інші медичні заклади, які постраждали від атак, не могли надавати необхідну допомогу, а в окремих випадках жителі залишилися без доступу до базових послуг, таких як ліки чи медичні консультації.

Соціальні розриви також стали серйозною проблемою через міграцію молоді та фахівців, зокрема сімей з дітьми, які виїжджали на захід України чи за кордон у пошуках безпеки.

"Переважно це переїзд... населення, так сказати, в західніші області подальше від, так сказати, від цих зон бойових дій. Хтось за кордон виїхав. Я теж знаю багато моїх пацієнтів з малими дітьми, які виїхали в перші дні або в кілька наступних місяців від початку повномасштабного вторгнення."

Жінка, Житомирська обл., Народницька ТГ

Медичний аспект

Респонденти обох сегментів зазначили медичні послуги та доступ до них як одну з найбільших проблем, що існували ще до повномасштабного вторгнення, особливо у віддалених населених пунктах (Срібнянська ТГ, Талалаївська ТГ, Варвинська ТГ Чернігівської області та Народицька ТГ Житомирської області), а також після нього (Баришівська ТГ Київської області та Народицька ТГ Житомирської області). У багатьох громадах медичні заклади зазнали пошкоджень під час війни, що значно ускладнило надання базових послуг. Додатковими

бар'єрами стали логістичні проблеми, відсутність транспорту та перебої з постачанням медикаментів.

Короткий підсумок

Війна спричинила серйозні матеріальні, психологічні та логістичні втрати для громад, розташованих поблизу фронту та прикордонних територій. Найбільш поширеними проблемами стали стрес, депресія та психологічний тиск, особливо серед тих, хто пережив окупацію та обстріли. Матеріальні втрати включали руйнування будинків, пошкодження інфраструктури та знищення медичних закладів. Відтік населення спричинив соціальні розриви та зміни в соціальних структурах, що негативно позначилося на доступності базових медичних і соціальних послуг.

КІЛЬКІСТЬ НАСЕЛЕННЯ

Організатори (4 ц.)

Більшість громад зазнала зменшення кількості населення через виїзд молоді та працездатних осіб. Деякі мешканці, які виїхали, повернулися з-за кордону чи інших регіонів України, однак їх кількість незначна порівняно з тими, хто не повернувся. ВПО частково компенсували втрати населення, але їх кількість не перекрила демографічних змін, що сталися після початку війни. Найбільше скорочення спостерігалося у віддалених селах, до яких важко дістатися. Зниження рівня народжуваності є ще одним критичним фактором, який відмітили респонденти.

"Ну, за статистикою на території Срібнянської громади на сьогоднішній день проживає 10 180 осіб. Це за статистикою. [...] І доволі мала народжуваність. Як за минулий рік на території нашої громади народилось всього 32 дітей. Це доволі, ну дуже низький показник і звичайно це буде сприяти низькому розвитку і в охороні здоров'я, і в освітній галузі і в різних галузях нашої громади."

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Надавачі послуг (12 ц.)

Деякі респонденти цього сегменту зазначали, що населення громад збільшилося завдяки ВПО, однак більшість наголошувала на значному скороченні корінного населення через міграцію до інших регіонів України та за кордон. Основними причинами цього називали війну та брак робочих місць у малих містечках і селах. Відсутність розвиненої інфраструктури та можливостей для працевлаштування стали ключо-

вими факторами, які спонукали людей шукати кращих умов для життя.

“У нас маленьке містечко, у нас проблеми звичайно з роботою. Тому що таких інфраструктур якихось там заводів, підприємств великих у нас такого, на жаль, немає. Тому з роботою, як кажуть, не так-то легко. А якщо є, то вона маленька, щоб прожити родині на одну зарплату. Там когось у сім’ї, чоловіка чи жінки. Тому так, люди, як кажуть, шукають краще.”

Чоловік, Житомирська обл., Олевська ТГ

Медичний аспект

Зменшення населення, особливо жінок репродуктивного віку, зростання смертності через війну та старіння населення сприяли поглибленню демографічної кризи. Це негативно впливає на розвиток усіх галузей громад — медичну, освітню, економічну та інші.

Короткий підсумок

Обидва сегменти респондентів (організатори та надавачі послуг) відзначили значне скорочення населення після початку війни. Багато людей виїхали або переїхали, і лише невелика частина повернулася, якщо їхні домівки залишилися неушкодженими. У віддалених селах із важким доступом населення є критично малим. Молодь продовжує мігрувати через відсутність роботи. Водночас кількість ВПО зросла, але цього недостатньо для компенсації демографічних втрат. Додатковими чинниками погіршення ситуації стали зниження рівня народжуваності та зростання смертності, що ще більше ускладнили демографічну ситуацію в громадах.

ЗМІНИ ПОПУЛЯЦІЇ НАСЕЛЕННЯ

Організатори (5 ц.)

За спостереженнями організаторів, у громадах переважають люди старшого віку (60+) та жінки. У липні-серпні 2022 року було зафіксовано збільшення кількості дітей, які зверталися до медичних закладів, ймовірно, через повернення частини сімей напередодні початку навчального року. У деяких громадах також спостерігається зростання кількості дітей за рахунок родин переселенців, які залишилися після деокупації.

“Об’єктивно більше жінок. Чоловіків набагато менше. Бували випадки, коли у нас там за виїзд було, для приклада, людей 20. З них усі жінки. Тобто, чоловіків ну, вони іноді приходять. Це також чоловіки

можуть бути за 60 найчастіше. Але переважає саме жіноча стать."

Жінка, Житомирська обл.

Надавачі послуг (20 ц.)

Переважає старше населення, яке залишилося у своїх домівках, особливо якщо вони мають господарство. Молодь і працездатні люди продовжують виїжджати, шукаючи кращих умов для роботи, життя та навчання. Кількість чоловіків суттєво зменшилася через мобілізацію та втрати на фронті. У деяких громадах внаслідок війни значна частина сімей із дітьми виїхала з віддалених районів у міста, безпечніші регіони України або за кордон - це призвело до суттєвого скорочення кількості дітей у багатьох громадах. Діти ВПО почали відвідувати місцеві школи та дитячі садки, що частково компенсує скорочення населення через виїзд місцевих дітей.

"Значить так, по селу. У нас до тисячі мешканців, 890, ну так, така кількість. Переважає кількість жінок, переважає кількість жінок старшого віку. Звичайно, дуже сильно зараз дуже сильно змінився склад, гендерні пропорції, дуже багато чоловіків зараз нас захищають, от, [...] Щодо дітей, я не можу сказати чи змінилася їхня кількість, але, ну, в ВПО поприїжджали, небагато, але дітки пішли в наші школи."

Жінка, Чернігівська обл., Варвинська ТГ

Короткий підсумок

У громадах переважає старше населення (60+), оскільки молодь і працездатні люди залишили домівки в пошуках кращих умов. Багато сімей із дітьми виїхали до безпечніших регіонів України або за кордон. Водночас у деяких громадах кількість дітей зросла завдяки сім'ям ВПО, які інтегрувалися в місцеві спільноти. Частина дітей повернулася з сім'ями напередодні початку навчального року.

Через мобілізацію та втрати на війні кількість чоловіків значно скоротилася, що призвело до домінування жіночого населення. Загальний рівень народжуваності знизився, а смертність зросла, ускладнюючи відновлення громад і створюючи довгострокові виклики. Ці демографічні зміни впливають на всі аспекти життя громад — від економіки до соціальної стабільності.

Відновлення громад ускладнюється через брак населення, трудових ресурсів, фінансових можливостей і кваліфікованих кадрів. Для подолання цих викликів необхідно розробляти стратегії демографічного

відновлення, стимулювати повернення населення, підтримувати молодь і розвивати економічний потенціал громад.

ДОСТУП ДО МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

Організатори (13 ц.)

Війна суттєво ускладнила доступ до медичних, соціальних та психосоціальних послуг у громадах. Логістичні труднощі та зруйнована транспортна інфраструктура зробили майже неможливою доставку медичної допомоги до віддалених сіл. У громадах, таких як Народицька, Словечанська та Олевська, медичні та психологічні послуги були малодоступними через великі відстані, погані дороги та небезпеку через бойові дії. Психологічна допомога, хоч і була надзвичайно затребуваною, залишалася недоступною через стигматизацію та нестачу кваліфікованих спеціалістів. Респонденти зазначали значне збільшення потреби у психологічній підтримці, проте доступність цих послуг залишалася низькою.

“Необхідність цієї допомоги, вона збільшилась в рази. Але доступність до неї, вона залишається низькою. Тому що, ну, взагалі от психологічна підтримка дуже страждала раніше і певна стигматизація цього була. То єсть, сходить до психолога, поспілкуватися, найти якісь... ну скажімо так, проблемні місця повпливати на них, ну воно не дуже було популярне. А зараз в цьому дуже велика необхідність і люди знаходяться в депресивному стані, деякі люди потрапляють до психологів просто вже в повному відчаї, і стигматизація також спрацьовувала.”

Чоловік, Чернігівська обл.

ММК суттєво покращили доступ до медичних послуг, однак навіть їх діяльність була ускладнена через транспортні обмеження та нестачу ресурсів. Соціальні послуги зазнали змін завдяки об’єднанню установ, що частково поліпшило доступність для мешканців. Проте навіть базова допомога була обмеженою через відсутність транспорту, перебої у постачанні ліків та відсутність доступу до Інтернету в сільських громадах, що ускладнювало отримання інформації про доступні послуги.

Надавачі послуг (20 ц.)

Респонденти з-поміж надавачів послуг відзначили, що доступ до медичних, соціальних та психосоціальних послуг суттєво ускладнився через війну. Виїзні медичні команди стали ключовим способом за-

безпечення медичних і психосоціальних послуг у віддалених селах. Наприклад, у громадах, таких як Баришівка, зростали труднощі з транспортуванням пацієнтів до медичних установ через погані дороги, відсутність транспорту та скорочення кількості перевізників. Люди старшого віку особливо потерпали від обмеженого доступу до амбулаторій через зменшення транспортного сполучення.

Перебої у постачанні ліків ускладнювали лікування хронічних захворювань. Психологічна допомога, яка була особливо важливою після деокупації, стала доступнішою завдяки ініціативам місцевих організацій, наприклад через створення психологічних просторів. Проте навіть ці зусилля не змогли повністю покрити потребу, особливо у громадах, таких як Рудницьке, Лук'янівка та Перемога, де після звільнення територій зросла кількість хронічних захворювань, депресій та тривожних розладів.

"Те, що абсолютно не прописано в договорі з Національною службою і в 504 постанові і в тих примірних штатних фельдшера абсолютно ніде немає. Їх немає. Вони є на утриманні місцевої влади. А сьогодні місцева влада відвернулася. У нас так сталося, що ми взяли все на центр ПМСД, і ті всі кошти, які... які могли б скоригувати на віддалені села на виїзди, на більш частішу допомогу, щоб саме лікарі їздили, психолог виїжджав, то ми витрачаємо на заробітну плату і на утримання ФАПів."

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

Короткий підсумок

Аналіз відповідей респондентів обох сегментів свідчить, що війна значно ускладнила доступ до медико-психосоціальних послуг через погану транспортну інфраструктуру, перебої з постачанням ліків та нестачу спеціалістів, зокрема психологів. У віддалених громадах, таких як Народицька, Словечанська та Олевська, виїзди ММК стали основним способом надання допомоги. Проте, через логістичні проблеми, ці послуги залишалися недостатніми. Психологічна підтримка була дуже затребуваною, але стигматизація цього виду допомоги та нестача спеціалістів обмежували доступність. Завдяки місцевим ініціативам вдалося покращити ситуацію, але ці зусилля потребують подальшого розширення та підтримки.

ЯКІСТЬ МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

Організатори (5 ц.)

Відповіді респондентів-організаторів демонструють змішані думки щодо якості медико-психосоціальних послуг під час війни. З одного боку, медичні послуги покращились через активне залучення медичних працівників у складних умовах бойових дій. Лікарі були адаптуватися до нових реалій, забезпечуючи допомогу в екстремальних обставинах, включаючи лікування серйозних поранень та травм військових.

З іншого боку, значний тиск на медичних працівників, пов'язаний із додатковим навантаженням через збільшення кількості пацієнтів з хронічними захворюваннями, призвів до зниження якості деяких послуг. Погіршення ментального здоров'я лікарів та зміни в вимогах НСЗУ, такі як необхідність виконання адміністративних завдань, негативно позначилися на їхній основній роботі.

"Проблема є найважливіша, це робота НСЗУ в плані того, що правила без попередження міняються, лікарям важко перестраюватися на ці вимоги. [...] сьогодні лікар, замість того, щоб займатися своєю основною діяльністю, надавати допомогу, вони, як, грубо кажу, слідчі розслідують, де пацієнт, який в нього номер телефона [...] Оце... розпорошує час, увагу від роботи основної наших лікарів."

Чоловік, Київська обл., Тетіївська ТГ

Надавачі послуг (6 ц.)

Респонденти з сегменту надавачів послуг зазначали змішані наслідки війни для якості медико-психосоціальних послуг. Запізнілі звернення пацієнтів через перерви у роботі під час бойових дій ускладнили лікування хронічних захворювань, збільшуючи навантаження на медичний персонал.

Щодо психосоціальних послуг, більшість громад відзначали їхню доступність у школах, де соціальні педагоги та психологи допомагали дітям і дорослим адаптуватися до змін. Однак у громадах з обмеженими ресурсами ця допомога залишалася недостатньою, особливо для літніх людей. Наприклад, у Словечанській громаді, де медичні працівники продовжували працювати, зберігалася відносна стабільність у доступі до послуг, але навіть тут звільнення двох лікарів через хворобу та інші причини створили труднощі.

“Саме в Словечанській громаді ми менш відчули саме такий... не звільнилися, слава Богу, ні лікарі, ні фельдшера, ні медсестри не звільнилися [...] Але з війною звільнилося два лікаря, одна лікар захворіла дуже, і це так сказалося дуже відверто на наших надання послуг.”

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

Короткий підсумок

Якість медико-психосоціальних послуг під час війни демонструє змішані результати. З одного боку, ММК та ініціативи з надання психологічної підтримки покращили доступ до послуг у складних умовах. З іншого боку, зростання навантаження на медичних працівників, погіршення їхнього ментального здоров’я та додаткові адміністративні вимоги призвели до зниження якості деяких послуг. Нестача психологів та перебої у постачанні медикаментів залишаються актуальними проблемами.

РІШЕННЯ ТА ДІЇ ЩОДО МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ

Організатори та надавачі послуг (22 ц.)

Аналіз відповідей респондентів обох сегментів свідчить про реалізацію різних рішень та дій, спрямованих на поліпшення доступу до медико-психосоціальних послуг в умовах війни. Основними напрямками стали пошук альтернативних шляхів забезпечення зв’язку та транспорту, зокрема через спроби закупівлі Starlink для покращення Інтернет-зв’язку у віддалених районах. Попри те, що це рішення не вдалося реалізувати через обмеження протоколів, громади активно використовували ММК, які забезпечували доступ до медичних і психологічних послуг у важкодоступних регіонах.

“У нас була ідея закупівлі Starlink, але, на жаль, відповідно до протоколів USAID ми цього не можемо зробити. [...] І єдине це було дійсно, от щось таке от, на сетелайтах типу от, Starlink, але, на жаль, ну, на жаль, не можна.”

Організатор, Жінка, Житомирська обл.

Серед конкретних дій, впроваджених у громадах, можна виділити створення МАП, ППП та забезпечення їх відповідним обладнанням для комфортних консультацій. Активну роль у цих ініціативах відіграла місцева влада, яка співпрацювала з проєктами та установами для забезпечення додаткових послуг, зокрема для дітей і людей старшого віку. Важливим аспектом також стали ремонтні роботи приміщень для

ППП, у яких місцева влада надавала підтримку у вигляді ресурсів і приміщень.

Короткий підсумок

Результати аналізу свідчать, що організатори та надавачі послуг докладали значних зусиль для подолання викликів у сфері медико-психосоціальних послуг. Серед важливих заходів — використання ММК, створення ППП та МАП. Однак деякі рішення, такі як закупівля Starlink для покращення зв'язку, залишилися нереалізованими через обмеження протоколів.

ВПРОВАДЖЕННЯ ІНТЕРВЕНЦІЇ НА ТЕРИТОРІЯХ ГРОМАД ОБІЗНАНІСТЬ ПРО ПРОЄКТ

Організатори (12 ц.)

Аналіз відповідей організаторів щодо обізнаності про проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» демонструє різний рівень знайомства з його компонентами. Деякі респонденти добре обізнані з ініціативою, особливо у сфері ММК та ППП. Водночас, є організатори, які зазначають, що їхня організація не бере участі в проєкті або має обмежену інформацію щодо певних напрямків, таких як амбасадори здоров'я чи СТП.

Проєкт широко сприймається як важлива ініціатива для покращення доступу до медичних послуг, зокрема для маломобільних груп населення і мешканців віддалених територій. Він також спрямований на підтримку ментального здоров'я в зонах, постраждалих від бойових дій.

"Так, я знайома з цим проєктом, знаю, що його реалізують в тому часі це проєкт USAID, один з партнерів є PACT-IN, безпосередньо з яким ми дуже і контактуємо по направленню мобільних аптечних пунктів. [...]"

Жінка, координатор МАП

Надавачі послуг (29 ц.)

Респонденти сегменту надавачів послуг загалом демонструють високий рівень обізнаності про проєкт, особливо щодо його ключових компонентів. Однак, деякі аспекти, як-от діяльність амбасадорів здоров'я, потребують додаткових роз'яснень.

Обізнаність про організаторів та донорів.

Більшість респондентів знають, що проєкт підтримується USAID та іншими організаціями, такими як PACT.

Респонденти детально описали такі складові:

- ММК, які обслуговують віддалені населені пункти.
- МАП, що забезпечують доступ до ліків.
- ППП, які допомагають людям отримати психологічні консультації
- СТП до спеціалізованих медичних закладів.

“Проєкт саме направлений на те, щоб допомогти людям отримувати вчасну якісну і доступну медицину. [...] Завдяки проєкту люди мають змогу отримувати медикаменти через аптечні пункти.”

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

На думку респондентів, амбасадори здоров’я грають важливу роль у поширенні інформації про послуги проєкту, зокрема ММК і ППП. Однак, деякі респонденти не розглядають їхню діяльність як офіційну складову проєкту. Попри високу обізнаність щодо основних компонентів, окремі респонденти не мають повної інформації про усі компоненти проєкту.

Короткий підсумок

Аналіз обізнаності організаторів і надавачів послуг про проєкт USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» показав різний рівень знайомства з ініціативою. Більшість респондентів добре орієнтуються у ключових складових, таких як ММК, МАП та ППП. Водночас, окремі аспекти, як-от діяльність амбасадорів здоров’я та СТП потребують подальшого інформування. Загальний рівень обізнаності можна вважати високим, але є потреба в уточненні деяких деталей для ефективнішої комунікації між організаторами, надавачами послуг і населенням.

РОЛЬ В ПРОЄКТІ

Організатори (8 ц.)

Аналіз відповідей організаторів проєкту USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» демонструє, що вони виконують низку ключових завдань, які є основою для забезпечення стабільної роботи мобільних медичних і психосоціальних послуг. Основні аспекти їхньої діяльності включають:

- **Координація та організація роботи ММК.** Організатори займаються узгодженням маршрутів, графіків та підбором медичних працівників. Вони також забезпечують команди необхідним обладнанням, транспортом і витратними матеріалами для ефективної роботи.

- **Комунікація та взаємодія з місцевими органами.** Ця діяльність передбачає співпрацю з місцевими керівниками громад, ЦПМСД та соціальними службами. Організатори активно співпрацюють з керівництвом громад для інформування населення та навчання місцевих працівників.
- **Логістика та забезпечення ресурсами.** Організатори відповідають за розподіл ресурсів, контроль витрат і ефективне використання бюджету. Їхня робота включає тісну співпрацю з бухгалтерією та менеджерами для забезпечення безперебійної роботи команд.
- **Підтримка та супровід.** Окрім медичних аспектів, організатори також контролюють роботу ППП та взаємодіють з адміністраторами просторів для забезпечення якісних послуг у громадах.
- **Оцінка ефективності та вдосконалення процесів.** Організатори здійснюють моніторингові візити для оцінки роботи ММК, виявляють проблеми та оперативно вдосконалюють процеси на місцях.

Організатори оцінюють свою роль у проєкті як надзвичайно важливу, адже їхня діяльність сприяє наданню своєчасної допомоги населенню в умовах війни. Вони відзначають, що їхні зусилля покращують доступ до медичних і психосоціальних послуг для вразливих груп населення.

Надавачі послуг (28 ц.)

Надавачі послуг у рамках проєкту виконують різноманітні завдання, які спрямовані на забезпечення якісної допомоги населенню. Основні ролі включають:

- **Соціальні працівники.** Проводять скринінгові втручання для виявлення ГЗН, оцінюють ознаки насильства в поведінці клієнтів та перенаправляють їх до відповідних спеціалістів. Їхня робота також включає конфіденційні бесіди для виявлення прихованих проблем.
- **Адміністратори ППП.** Ці працівники забезпечують виявлення клієнтів, які потребують психологічної допомоги, їхню реєстрацію та організацію консультацій. Вони також забезпечують комфорт та конфіденційність під час надання послуг.
- **Амбасадори здоров'я.** Амбасадори допомагають інформувати населення про послуги проєкту, організовують запис на прийом і підтримують контроль за часом прийомів. Вони також сприяють здоровому способу життя серед населення через тренінги та ін-

формаційні заходи.

- **Медичні працівники.** Лікарі та медичні сестри ММК проводять, діагностику та лікування. Окрім цього, вони займаються організацією логістики для виїздів, навчанням колег і забезпеченням координації маршрутів.
- **Фармацевти.** Відповідають за забезпечення доступу до лікарських засобів у віддалених районах, консультують пацієнтів щодо медикаментів та супроводжують їх на етапі отримання ліків.
- **Психологи.** Надають діагностично – консультативні послуги, психологічну підтримку, перенаправлення згідно результатів скринінгів на депресію, ГЗН, тривожність і ПТСР.
- **Водії ММК і МАП:** Керують транспортними засобами.

Респонденти цього сегменту також високо оцінюють свою роль, наголошуючи на її важливості для покращення доступу до медичних, психологічних і соціальних послуг для населення віддалених регіонів. Вони відзначають, що їхня робота сприяє наданню комплексної допомоги, що особливо важливо в умовах війни.

Короткий підсумок

Аналіз ролей респондентів у проєкті USAID «Інновації для подолання епідемії ВІЛ» свідчить про їхній вагомий внесок у забезпечення ефективної роботи мобільних медичних і психосоціальних послуг. Організатори займаються координацією ММК, комунікацією з місцевими органами, логістикою та організацією психологічної підтримки. Їхня діяльність спрямована на вдосконалення процесів і забезпечення доступу до послуг. Надавачі послуг виконують завдання від скринінгу та інформування населення до забезпечення медичних послуг і консультування. Усі респонденти зазначили, що їхня робота сприяє покращенню якості життя вразливих груп населення, що є головною метою проєкту.

ДОСВІД РОБОТИ

Організатори та надавачі послуг (24 ц.)

Респонденти обох сегментів описують свій досвід роботи в проєкті як тісно пов'язаний із попередньою спеціалізацією та досвідом. Деякі з них мають попередній досвід роботи в медичних чи соціальних службах, зокрема в організації виїздів або наданні допомоги у віддалених регіонах, що дозволяє їм швидше адаптуватися до нових умов.

Досвід роботи в подібних проєктах.

Багато респондентів мають досвід роботи у гуманітарних організаціях або в медичних установах, зокрема в таких проєктах, як «Лікарі без кордонів», де вони займалися наданням медичної допомоги і психологічної підтримки. Це дозволяє їм оцінити схожість та відмінності з новими завданнями в рамках ММК, зокрема в організації виїздів та наданні допомоги в умовах війни.

Покращення кваліфікації та адаптація.

Деякі респонденти зазначають, що завдяки роботі в проєкті змогли значно покращити свої професійні навички. Наприклад, деякі відчули зростання у своїй впевненості в роботі з різними пацієнтами, включаючи людей старшого віку та вразливі групи, що сприймається як важливий етап особистісного розвитку.

Проблеми та нові виклики.

Для деяких респондентів участь у проєкті була новим досвідом. Вони зіштовхнулися з новими проблемами, такими як організація роботи у віддалених селах, використання сучасного медичного обладнання, наприклад, ЕКГ-апарата. Проте завдяки практиці вони адаптувалися до нових вимог.

Комунікація з громадами.

Частина респондентів має досвід організації виїздів і надання медичної допомоги, що значно покращує їх здатність організовувати виїзди ММК. Вони відзначають важливість комунікації з місцевими громадами та керівниками, а також підтримки населення через інформування та надання консультацій.

Загалом, респонденти оцінюють цей досвід як позитивний, вважаючи, що вони зросли як професіонали і змогли зробити важливий внесок у реалізацію проєкту, допомагаючи покращити доступ до медичних та психосоціальних послуг для вразливих груп населення.

“Ми раніше їздили на виїзди, тобто самі, як сама організація виїздів, тобто, у нас уже була у лікаря, у медсестринь, у нас була уява, як приблизно організувати цей процес. Але дуже багато нового, наприклад, той же самий ЕКГ-апарат Я так само працюю на ЕКГ-апараті в своїй організації. Але тут інша модель, сучасніша. Тобто, ти приходиш перший раз і думаєш: «Боже, а що мені з ним робити?», бо я працюю на іншому апараті. Ну, тобто, але це все набувається в процесі практики.”

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Короткий підсумок

Респонденти описують свій досвід роботи в проєкті як різноманітний, залежно від попереднього досвіду в медичних чи соціальних службах. Багато з них мають досвід у гуманітарних організаціях, що дозволяє їм швидше адаптуватися до нових завдань у рамках ММК. Участь у проєкті допомогла покращити професійні навички, зокрема в роботі з вразливими групами населення, та принесла нові виклики, зокрема в організації роботи в віддалених селах та використанні сучасного медичного обладнання. Респонденти підкреслюють важливість комунікації з місцевими громадами та керівниками для успішної організації виїздів і надання допомоги. Вони оцінюють досвід як позитивний, відзначаючи, що зросли професійно і змогли покращити доступ до медичних та соціальних послуг для вразливих груп населення.

ОЧІКУВАННЯ ВІД ПРОЄКТУ

Організатори (6 ц.)

Респонденти цього сегменту описують свої очікування від проєкту як високі, особливо зважаючи на потребу у наданні медичних послуг для вразливих груп у період війни. Вони зазначають, що очікування були зумовлені розумінням важливості вирішення таких проблем, як доступність медикаментів та допомоги для людей із хронічними захворюваннями.

Перевищення очікувань

Деякі респонденти відзначають, що очікування від проєкту перевищилися, особливо у контексті психологічних послуг. Незважаючи на початкову стигматизацію цього напрямку, респонденти позитивно оцінюють затребуваність послуг та готовність людей звертатися за психологічною допомогою.

Соціальна значущість

Проєкт був оцінений як соціально важливий, зокрема завдяки роботі МАП та підтримці у складних умовах війни.

Перші побоювання

Спочатку у респондентів були побоювання щодо здатності проєкту справлятися з новими викликами. Однак висока координація між керівництвом і виконавцями допомогла успішно подолати труднощі.

“Вони навіть перевищили попередні очікування в певних аспектах.

Тому що, якщо ми говоримо про медичні послуги, тут, в принципі, плюс-мінус було зрозуміло, що люди підуть. Єдине, що ми не були до кінця впевнені чи є там люди в певних селах, але тут нам допомогли Центри надання первинної медико-санітарної допомоги. Вони контролювали цю ситуацію, у них є фельдшери там в селах. Це нормально. Те, що мене бентежило, це психологічні послуги. Тому що я розумію, що іноді є певна стигма стосовно цих послуг. І ось це мене трошечки бентежило. Але коли я приїхала на моніторингові візити, побачила жінку, яка прийшла і сказала: «Я до психолога», в принципі, мої страхи розвіялися."

Жінка, Житомирська обл.

Надавачі послуг (29 ц.)

Респонденти цього сегменту описують свої очікування як різноманітні та здебільшого виправдані.

Перші побоювання

Деякі респонденти висловлювали сумніви щодо ефективності проєкту, особливо у сфері психологічної допомоги. Вони очікували, що люди будуть неохоче звертатися за послугами або проявляти низький інтерес.

Затребуваність послуг

Реалізація проєкту показала, що психологічна підтримка та медичні послуги стали надзвичайно популярними. Люди активно зверталися за допомогою, що перевищило очікування багатьох респондентів.

Труднощі

У деяких випадках виникали проблеми, пов'язані зі своєчасним прибуттям МАП або складнощами у виконанні документації. Незважаючи на це, більшість респондентів вважають, що проєкт виправдав їхні очікування, оскільки мав значний позитивний вплив на місцеві громади.

"Думаю, що справдилось і очікувала я, що проєкт цей ну як, для населення він дав багато чого. Люди звертаються, це саме головне, що люди звертаються, що вони потребують цієї як, допомоги в сільській місцевості. І я думаю, що те, що від нас... залежить ми це робимо, теж наша команда, стараємося. І в особистості я, так само."

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

Короткий підсумок

Респонденти обох сегментів висловлюють високі очікування від про-

єкту, зокрема щодо покращення доступності медичних і психологічних послуг для вразливих груп населення під час війни. Організатори зазначають, що їхні очікування перевищилися, особливо у сфері психологічних послуг, які стали більш затребуваними, ніж очікувалося. Надавачі послуг також висловлювали побоювання, однак позитивний вплив проєкту, зокрема зростання попиту на медичну та психологічну допомогу, перевищив їхні очікування. Незважаючи на деякі труднощі, такі як організаційні проблеми, більшість респондентів задоволені результатами проєкту, відзначаючи його вагомий вплив на місцеві громади.

ВЗАЄМОДІЯ В МЕЖАХ ПРОЄКТУ

Організатори (30 ц.)

Респонденти цього сегменту відзначали різноманітні форми взаємодії в рамках проєкту, зокрема з місцевими органами влади, медичними та соціальними установами. Взаємодія з головами громад і соціальними службами була важливою для успішної реалізації проєкту, адже це дозволяло залучати місцевих жителів і створювати підтримку для проєкту. Особливо підкреслювалось значення комунікації з керівництвом і медичними спеціалістами, що допомогло усунути початкові труднощі, пов'язані з незрозумілістю щодо майбутнього проєкту.

"Ви знаєте, комунікативна ситуація доволі на високому рівні, тому що завжди навіть з початку проєкту нас запитували, а як ви це бачите? А як би вам було зручно? А яка кількість бригади? А скільки виїздів? А яка участь спеціалістів у цій бригаді? Тому до нас дослухалися з початку роботи проєкту. І, звичайно без нашої комунікації досягти такого рівня, як зараз досягли ми в співпраці з агентством США, неможливо було. Це спеціалісти, які дослухаються, які приймають рішення. І які дають і нашим ідеям своє життя."

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Проблеми взаємодії виникали через недовіру до нових ініціатив, особливо серед старших керівників громад, що вимагало додаткових зусиль для пояснення значення та цілей проєкту. Однак спільні зусилля між органами влади, медичними працівниками та соціальними службами дозволили ефективно вирішувати ці проблеми.

Важливими були також онлайн-конференції та постійний обмін інформацією між усіма учасниками, що допомогло своєчасно вирішувати

нагальні питання. Більшість респондентів вказують на позитивний досвід взаємодії, відзначаючи високу координацію та підтримку з боку місцевих органів і громадських організацій.

Ефективна, позитивна взаємодія	Неефективні, проблемні взаємодії
Співпраця з місцевими органами влади (голови громад, старости) – позитивна реакція на впровадження проєкту, підтримка на всіх етапах.	Невідповідність у комунікації між органами місцевого самоврядування та проєктними командами – на початковому етапі були труднощі в поясненні важливості проєкту деяким головам громад та недовіра з їхньої сторони.
Комунікація з медичними установами та персоналом (ЦПМСД, лікарі, фельдшери) – координація роботи ММК.	Невідповідність очікувань щодо МАП – не завжди відповідали обіцяному графіку, інколи були затримки.
Співпраця з соціальними службами та соціальними працівниками – допомога у взаємодії з населенням, виявлення потреб.	Проблеми з плануванням виїздів та координацією транспорту – інколи не було чіткої організації щодо вчасного прибуття ММК.
Взаємодія з благодійними організаціями (наприклад, «Нехай твоє серце б'ється») для підтримки у напрямку ВІЛ-тестування.	Проблеми з документуванням та заповненням скринінгів – викликали додаткові труднощі для деяких учасників проєкту, особливо на початкових етапах.
Онлайн-конференції та зустрічі для обговорення організаційних питань – регулярні зум-засідання з лікарнями, ЦПМСД, перевізниками для вирішення проблем.	Проблеми недовіри до психологічних послуг – у деяких громадах спостерігалась стигма та недовіра до психологічної допомоги, що ускладнювало залучення людей.

Надавачі послуг (51 ц.)

Респонденти цього сегменту в основному описують свою взаємодію в проєкті як багатогранну і взаємодоповнюючу. Вони активно співпрацюють з колегами, керівництвом проєкту, медичними працівниками, соціальними службами та представниками місцевих органів влади. Особливо важливою є взаємодія з координаторами, лікарями та соціальними працівниками, що дозволяє злагоджено працювати на місцях і ефективно вирішувати поточні питання.

“Мається на увазі, команда, п’ять чоловік включно зі мною, з колегами, які працюють в іншій команді, деколи співпрацювали... ну як співпрацювали? Ну, їздили на вебінари, вчилися разом зі своїми колегами з інших громад. Також були з вузькими спеціалістами, які з нами виїжджали. Це був ендокринолог, кардіолог.”

Чоловік, Житомирська обл., Народницька ТГ

Ефективна, позитивна взаємодія	**Неефективні, проблемні взаємодії**
Співпраця з колегами - взаємодія в команді, включаючи лікарів, медичних сестер, психологів та інших спеціалістів, що дозволяє ефективно вирішувати завдання в межах проєкту.	Проблеми з комунікацією на початкових етапах - важкість у взаємодії на перших етапах через невизначеність ролей та обов’язків, що викликало певну плутанину в організації.
Співпраця з координаторами - постійна комунікація з координаторами проєкту для узгодження деталей, підтримка та допомога у вирішенні поточних питань.	Обмеженість прямої взаємодії з головами громад - у деяких випадках голови громад не брали активної участі в проекті, що ускладнювало організацію та проведення виїздів.
Співпраця з місцевими органами влади - взаємодія з керівництвом громад, підтримка з боку голів ТГ, допомога в організації ППП.	Проблеми з логістикою та координацією - виникали труднощі з організацією виїздів, затримки з транспортуванням, а також з необхідністю постійного погодження змін у графіках виїздів.
Обмін досвідом - спільні навчання, вебінари та обмін інформацією між колегами з різних громад, що дозволяє вдосконалювати роботу.	Недостатня взаємодія з деякими медичними установами - в окремих випадках не було прямої взаємодії з місцевими лікарнями або не було перенаправлення пацієнтів для отримання медичної допомоги.
Співпраця з фельдшерами та лікарями - тісна комунікація з місцевими фельдшерами та лікарями для організації виїздів і виявлення потреб населення.	

НАВЧАННЯ В МЕЖАХ ПРОЄКТУ

Організатори (21 ц.)

Респонденти цього сегменту відзначають, що навчання в межах проєкту було різноманітним і охоплювало важливі аспекти для професійного розвитку. Навчання включало офлайн-тренінги, вебінари та онлайн-курси. Основними темами були медичні навички, кризове консультування, психологічна підтримка, а також робота з новими медичними апаратами. Респонденти високо оцінюють організацію навчань і відзначають значний внесок тренерів у процес навчання.

Позитивні аспекти

- Офлайн-навчання. Усі респонденти зазначають позитивний досвід від офлайн-навчання, особливо в контексті ММК та профілактики вигорання. Навчання по кризовому консультуванню та ВІЛ-тестуванню також були корисними, навіть якщо деякі респонденти не мали медичної освіти.
- Практичні навички. Тренінги з роботи з медичним обладнанням (наприклад, аудіометрії та УЗД) і підвищення кваліфікації медичного персоналу мали важливе значення для ефективної роботи.
- Індивідуальний підхід. Тренінги допомогли респондентам отримати нові знання та вдосконалити свої навички, особливо в кризових ситуаціях.

Проблемні аспекти

- Онлайн-навчання. Деякі респонденти відзначали труднощі зі зв'язком під час онлайн-тренінгів у віддалених селах, що обмежувало ефективність навчання.
- Потреби в додаткових тренінгах. Респонденти висловлюють потребу в більш практичних тренінгах, особливо щодо роботи з медичними апаратами та кризової психологічної допомоги, адже таких навичок часто бракувало у медиків та адміністративного персоналу.

"Завжди мені здається, якщо ми говоримо про медичний персонал, це — домедична допомога. Тренінги. Тому що ми колись планували, але, на жаль, у нас не вийшло. Ну, це досі є актуально. І тренінг по кризовому консультуванню, я думаю, або, от, перша психологічна допомога. Теж було б непогано. Причому це непогано не лише для ММК. Ну, для медиків це взагалі було б дуже круто. Але і для нас, як

для адмінперсоналу, так само. Тому що ми іноді теж виїжджаємо. І такі навички потрібно зараз мати всім."

Жінка, Житомирська обл.

Надавачі послуг (84 ц.)

Респонденти цього сегменту зазначають, що навчання в межах проєкту було різноманітним, охоплюючи широкий спектр тем, від медичних аспектів до психологічної підтримки. Протягом проєкту проводились як офлайн, так і онлайн тренінги, що дозволяли учасникам отримувати нові знання, покращувати навички і вдосконалювати свою практичну діяльність.

"Нас дуже багато навчали, в мене сертифікати є. Ми і онлайн навчалися, і офлайн навчалися. Дуже, я дякую керівникам цього проєкту, ...Особливо я, я постійно їздила, навіть ми жили і в цьому, скажіть, в готелях по два, по три дні в нас були тренінги, так що тут питань до цього немає."

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

Позитивні аспекти

- Практичні тренінги. Офлайн-тренінги, такі як курси по аудіометрії, УЗД-діагностиці та інші медичні навички, відзначаються як корисні, оскільки респонденти мали можливість не лише отримати теоретичні знання, але й застосувати їх на практиці.
- Психологічна підтримка. Тренінги з психологічної допомоги, як для надання першої психологічної допомоги, так і для роботи з агресивними клієнтами, були дуже корисними.
- Рольова гра та супервізії. Респонденти підкреслюють ефективність рольових ігор, де тренувалися у реалістичних умовах, а також супервізії, які дозволяють ділитися досвідом і вирішувати проблеми в команді.
- Залучення до нових знань. Навчання допомогло оновити знання, зокрема в психологічній сфері.

Проблемні аспекти

- Онлайн-навчання. Проблеми з інтернет-зв'язком у віддалених селах обмежували ефективність.
- Практика та наставництво. Необхідність більшої практики та наставництва для тих, хто ще не впевнено володіє певними медичними навичками (наприклад, робота з портативним УЗД).

- Недостатньо тренінгів по специфічних темах. Респонденти висловлюють потребу в додаткових тренінгах з таких тем, як ВІЛ-інфекції, професійне вигорання, ГЗН, або робота з військовими чи людьми, які пережили травми.

Короткий підсумок

Загалом, респонденти цінують навчання, але підкреслюють важливість офлайн-сесій для практичного застосування знань і необхідність подальшого розвитку специфічних тренінгів.

ПОІНФОРМОВАНІСТЬ НАСЕЛЕННЯ ПРО ПРОЄКТ

Організатори (23 ц.)

Респонденти з числа організаторів підкреслюють важливість доступності та регулярного оновлення інформації про проєкт. Інформація поширюється через різноманітні канали, зокрема Viber-групи, Telegram, Facebook-сторінки та друковані матеріали. Оголошення на ФАПах, у магазинах і через місцевих активістів допомагають охопити більше людей, але проблеми із недостатньою поінформованістю щодо деяких послуг, як-от МАП, залишаються.

“Ми проводимо нагадування за три-чотири дні до візиту мобільної медичної команди. Додатково інформуємо об’явами. Наше населення сьогодні перебуває в стресі, і вони забувають навіть про власне здоров’я. Локальні повідомлення допомагають їм краще планувати.”

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Організатори також наголошують на важливості візуальних матеріалів і ширших рекламних кампаній для нових послуг. Більшість задоволені якістю інформації, але деякі вказують на недоліки в деталізації, особливо щодо графіків виїздів і точного часу послуг у віддалених районах. Для старших людей важливими залишаються персональні дзвінки.

Надавачі послуг (37 ц.)

Сегмент надавачів послуг підтверджує високий рівень поінформованості, але вказує на необхідність покращення доступу до інформації для людей у віддалених селах. Зручними є Telegram-канали й оголошення у місцях великої прохідності. Інформування через сарафанне радіо також доволі ефективне.

“Ми зрозуміли, що краще нагадувати за 3-4 дні. Телеграм-канал і оголошення біля магазинів чи сільрад підвищують відвідуваність. Люди поступово звикають, що ми до них приїжджаємо.”

Жінка, Чернігівська обл.

Амбасадори здоров’я та місцеві активісти відіграють важливу роль у розповсюдженні інформації. Проте, навіть за активної комунікації, деякі нові послуги, як-от МАП чи ППП, недостатньо відомі.

Короткий підсумок

Рівень поінформованості про проєкт є високим, проте організатори та надавачі послуг визнають необхідність удосконалення. Люди у віддалених селах часто не мають можливості оперативно отримувати інформацію через Telegram-канали, Facebook-сторінки чи інші цифрові платформи, що знижує ефективність цифрових інформаційних кампаній. Відсутність інтернету унеможливлює використання онлайн-ресурсів для психологічної допомоги чи онлайн запис до лікаря. Рекомендації включають ширше використання візуальних матеріалів (афіш, бігбордів) і посилення персоналізованого підходу через дзвінки та особисті контакти. Активна комунікація в месенджерах і “сарафанне радіо” показують хороші результати, але подальше вдосконалення інформаційних кампаній необхідне для охоплення нових послуг.

ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ ОСНАЩЕННЯМ

Організатори (12 ц.)

Оснащення ММК відповідає потребам і вимогам для ефективної роботи. Респонденти зазначають, що команди повністю забезпечені витратними матеріалами та обладнанням, яке регулярно оновлюється, що дозволяє медичним працівникам зосереджуватися на своїх завданнях без зайвих турбот.

“У нашому автомобілі ММК є все необхідне обладнання — від тестів на глюкозу до електрокардіографа. Витратні матеріали поновлюються щотижня, тому персоналу не потрібно про це турбуватися.”

Жінка, Житомирська обл.

Позитивними аспектами називають нове обладнання, зокрема портативні УЗД, електрокардіографи та швидкі тести, які підвищують якість прийому пацієнтів і дозволяють приймати рішення на місці. Проте, є недоліки: нестача портативних флюорографів та обмежене покриття МАП у віддалених регіонах.

Надавачі послуг (45 ц.)

Надавачі послуг задоволені забезпеченням, оскільки воно дозволяє надавати якісні медичні послуги на виїздах. Мобільні команди обладнані глюкометрами, електрокардіографами, портативними УЗД-апаратами та тестами на ВІЛ, гепатити та інші інфекційні захворювання. ППП також облаштовані комфортними меблями, ноутбуками та обігрівачами.

“У нас є переносний апарат, який працює без мережевого живлення, глюкометри, холестеринометри. Це дуже зручно, бо не потрібно перевозити великий біохімічний апарат.”

Чоловік, Житомирська обл., Народницька ТГ

Серед викликів виділяють обмеження простору на малих ФАПах, відсутність деяких пристроїв (наприклад, вимірювачів внутрішньоочного тиску) і проблеми з транспортом через погані дороги у віддалених районах.

Короткий підсумок

ММК оснащені всім необхідним для якісної роботи: портативними УЗД-апаратами, глюкометрами, електрокардіографами та тестами на інфекції. Простори для консультацій облаштовані зручними меблями, ноутбуками та іншими засобами для створення комфортної атмосфери. Регулярне постачання витратних матеріалів додає зручності в роботі. Однак, респонденти вказують на необхідність додаткового обладнання, такого як портативні флюорографи та комбіновані вимірювальні пристрої. Проблеми з транспортом і обмежений простір у деяких ФАПах також залишаються значними викликами.

ЗАДІЯНІСТЬ ПЕРСОНАЛУ

Організатори (10 ц.)

Організатори проектів відзначають значну залученість персоналу, зокрема медиків, соціальних працівників і психологів, у реалізацію діяльності ММК та інших напрямків. Однак більшість працівників мають часткову зайнятість, поєднуючи участь у проектах із основною роботою. Наприклад, викладачі, соціальні працівники та лікарі організовують свою роботу за гнучким графіком, зокрема на вихідних чи під час відпусток.

“Погодинна робота дозволяє мені займатися проєктом. Але оскільки я чергую у вихідні дні, не завжди можу повністю зосередитися на роботі ММК.”

Чоловік, Чернігівська обл., координато ММК

Підтримка з боку керівництва забезпечує інформаційне та матеріальне підґрунтя для виконання завдань. Водночас організаційні обмеження, як-от обмеження кількості працівників або нестача часу для виконання завдань у малих громадах, створюють додаткові виклики.

Надавачі послуг (41 ц.)

Надавачі послуг зазначають активну участь у проектах, що часто супроводжується великим навантаженням. Медики, соціальні працівники та психологи працюють за графіком, який охоплює виїзди, післяробочий час для обробки документації та складання звітів. Це створює напружений робочий день, особливо в контексті звітності та адміністрування.

“Треба обробляти документацію: сканувати, завантажувати на Google диск, звітуватися. І це після робочого дня, коли вже і дорога забрала багато сил.”

Жінка, Житомирська обл., Олевська ТГ

Попри навантаження, персонал отримує підтримку від керівництва, яка дозволяє поєднувати основні обов’язки з роботою в проектах. Однак робочий графік часто виходить за звичайні межі, що створює стрес і втому. Незважаючи на ці виклики, працівники висловлюють готовність продовжувати працювати через важливість проекту.

Короткий підсумок

Персонал, залучений до роботи ММК та напрямків психологічної підтримки, працює із значним навантаженням, часто на часткову зайнятість. Поєднання основних обов’язків із завданнями проекту, а також необхідність виконання адміністративної роботи після основного робочого дня створюють додатковий стрес. Хоча керівництво забезпечує підтримку, організаційні обмеження та великий обсяг документації залишаються викликами. Незважаючи на труднощі, більшість працівників вважають свою роботу важливою і готові продовжувати через її значущість для допомоги людям.

АКТУАЛЬНІ СКЛАДОВІ ПРОГРАМ

Організатори (29 ц.)

Респонденти цього сегменту наголошують на багатокомпонентності програм ММК, які спрямовані на забезпечення комплексної допомоги громадам у віддалених районах. Основна увага зосереджена на медичних послугах, психологічній підтримці та соціальній допомозі. Скринінги на серцево-судинні захворювання, діабет, ХОЗЛ, тестування для визначення рівню холестерину та інші медичні обстеження є важливими складовими програм. Психологічна підтримка включає скринінги на тривожність, депресію, ПТСР, а також консультації, що інколи супроводжуються медикаментозним втручанням.

Амбасадори здоров'я відіграють значну роль, сприяючи інформуванню населення та підтримуючи організацію медичних виїздів. МАП забезпечують доступ до ліків, а СТП надають можливість безкоштовно дістатися лікарень.

"Мобільна медична команда з ними працювала. Інформаційно вони готували ті населені пункти, куди будуть виїжджати мобільні медичні команди. А проінформований, значить готовий до всього."

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Водночас респонденти зазначають про труднощі, пов'язані з логістикою та обмеженнями ресурсів, які іноді ускладнюють доступ до послуг у найвіддаленіших громадах.

Надавачі послуг (46 ц.)

Надавачі послуг акцентують увагу на важливості програм, таких як ММК, МАП, транспортування пацієнтів та ППП, які значно покращують доступність медичних і психосоціальних послуг. Після деокупації територій психологічна підтримка стала критичною через зростання кількості людей із травматичним досвідом, включно з ветеранами та родинами військовослужбовців.

"Людина просто прийшла, цукор поміряти, чи тиск, але ми самі перенаправляємо її до психолога, якщо бачимо таку потребу."

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

Однак, труднощі з організацією виїздів, особливо у віддалених громадах, залишаються актуальними. Також відзначається найбільший попит на МАП та психологічну підтримку в регіонах, що постраждали від війни.

Короткий підсумок

Програми ММК включають медичні послуги, психологічну підтримку, соціальну допомогу, аптечні пункти, транспортування та роботу амбасадорів здоров'я. Вони загалом визнані ефективними, особливо в контексті постраждалих від війни громад. Амбасадори здоров'я активно сприяють поширенню інформації про доступні послуги, що підвищує обізнаність і готовність громад до отримання допомоги.

(ДЕ)МОТИВАТОРИ КОРИСТУВАННЯ ПОСЛУГАМИ

Організатори (21 ц.)

Респонденти відзначають, що мотивація до користування послугами ММК і психологічної підтримки базується на кількох ключових факторах. Конфіденційність і анонімність є особливо важливими для жителів невеликих громад, де страх перед розголосом часто стає бар'єром. Онлайн-консультації або можливість працювати з фахівцями, яких вони не знають особисто, знижують рівень стигми. Доступність послуг, які надаються у віддалених районах без необхідності подорожувати до великих міст, є ще одним вагомим мотиватором. Люди цінують різноманітність послуг, що дозволяє отримати медичну, психологічну та соціальну допомогу в межах одного візиту.

"Якщо якийсь в селі приїжджає чужий, то це зовсім інше. А коли це місцеві жителі, люди можуть знайти спільну мову. Це допомога, порада, і, звичайно, це додає мотивації."

Чоловік, Житомирська обл., Народицька ТГ

Однак основними демотиваторами залишаються стигматизація, фінансові проблеми, низька поінформованість і сезонні фактори. Люди часто бояться звертатися до психологів через страх осуду або розголосу своїх проблем. Фінансові труднощі також є бар'єром, попри те, що послуги безкоштовні, оскільки витрати на транспорт чи інші супутні витрати залишаються значними.

Надавачі послуг (57 ц.)

Мотивація користування послугами серед пацієнтів у громадах є високою завдяки доступності та безкоштовності програм, а також довірі до ММК. Люди, які потребують регулярного медичного обслуговування, але не мають доступу до транспорту чи лікарень, високо цінують послуги, що надаються просто у їхньому населеному пункті. Конфіденційність і детальна інформація про доступні послуги також

сприяють залученню, особливо через “сарафанне радіо”, яке поширює позитивний досвід.

“Люди хочуть жити якісно, незалежно від віку. Мобільні медичні команди приїжджають просто до їхнього села. Це великий стимул для тих, хто давно не був у лікаря.”

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

Демотиваторами залишаються стигматизація, зокрема психологічної допомоги, і недовіра до нових ініціатив. Старші люди часто не готові відкрито говорити про свої проблеми, а відсутність звички до регулярних профілактичних оглядів також обмежує користування послугами. Крім того, фінансові труднощі та страх додаткових витрат можуть знижувати залученість, навіть коли послуги є безкоштовними.

Короткий підсумок

Мотиваторами користування послугами є конфіденційність, доступність і безкоштовність програм, різноманітність пропонованих послуг, а також позитивний досвід тих, хто вже скористався ними. Ці фактори особливо важливі для жителів віддалених громад, де доступ до медичних і психологічних послуг традиційно обмежений.

Демотиваторами залишаються стигматизація, фінансові обмеження, недостатня поінформованість та недовіра до нових програм, а також психологічні бар’єри. Старші люди та мешканці віддалених громад часто стикаються зі страхами й забобонами, що обмежує їх готовність користуватися послугами. Сезонні фактори, зайнятість у господарстві та фізична неможливість дістатися до пунктів надання послуг також є значними перешкодами.

(НЕ)ЗАТРЕБУВАНІСТЬ ПОСЛУГ

Організатори (39 ц.)

Серед найбільш затребуваних послуг респонденти виділяють скринінги на неінфекційні захворювання, такі як цукровий діабет і серцево-судинні хвороби, які є поширеними проблемами серед літніх людей. Популярністю користуються також психологічні консультації, особливо з питань вигорання та домашнього насильства, а також МАП, які дозволяють отримувати ліки безпосередньо в громадах. Ці послуги сприяють доступності медичної допомоги для мешканців віддалених районів.

“Найбільше зараз потреба — це аналіз крові на цукор, кардіограма, все обстеження. Зручно, коли все можна зробити в своєму селі, без черг, і навіть аптека є.”

Чоловік, Київська обл., Тетіївська ТГ

Хоча тестування на ВІЛ проводиться, не було виявлено нових випадків, що може свідчити про низький попит на цю послугу. Також серед менш затребуваних послуг респонденти називають вакцинацію, особливо від COVID-19, навіть при наявності доступу до вакцин.

Надавачі послуг (183 ц.)

Респонденти з цього сегменту наголошують на важливості послуг для профілактики та контролю хронічних захворювань. Кардіологічні скринінги, тестування на рівень цукру та холестерину, а також психологічна підтримка є найбільш затребуваними через високу поширеність серцево-судинних захворювань, діабету і проблем із психічним здоров’ям, зокрема, викликаних війною. Однак менш популярними залишаються тестування на ВІЛ серед людей старшого віку і складні діагностичні обстеження, через відсутність вузьких спеціалістів і низький рівень обізнаності про їхню важливість.

“Мобільні медичні команди приїжджають до людей у їхні села. Люди давно не були у лікаря, а тут можна і кардіограму зробити, і цукор поміряти. Це дуже важливо.”

Жінка, Київська обл., Баришівська ТГ

Послуги, пов’язані з профілактикою раку, зокрема мамографія та ПАП-тести, є бажаними, але доступ до них часто обмежений. Вакцинація від грипу також користується попитом серед літніх людей, на відміну від щеплень проти COVID-19.

Короткий підсумок

Найбільш затребуваними послугами є профілактичні скринінги, такі як тести на діабет, серцево-судинні захворювання та рівень холестерину, а також психологічна підтримка. Попит на МАП та вакцинацію від грипу також залишається високим. Однак тестування на ВІЛ, інвазивні процедури та складні діагностичні обстеження мають значно менший попит, особливо в сільських громадах. Основний акцент робиться на профілактиці захворювань та доступності послуг через ММК, а також на необхідності освітніх заходів для підвищення обізнаності населення.

ВПЛИВ ПРОЄКТУ НА ДОСТУПНІСТЬ ПОСЛУГ

Організатори (20 ц.)

Респонденти відзначають суттєві зміни в доступності та якості медико-психосоціальних послуг завдяки впровадженню проєкту. ММК забезпечили доступ до медичної та психологічної допомоги мешканцям віддалених населених пунктів, які раніше не могли отримати ці послуги через відсутність транспорту або фізичну неспроможність.

“Навіть просте вимірювання рівня цукру в крові стало доступним, і це дозволяє людям вчасно виявляти проблеми, які раніше залишалися непоміченими.”

Жінка, Житомирська обл., Олевська ТГ

Основні зміни:

Розширення доступу. ММК і СТП до ЗОЗ вторинного рівня надання медичної допомоги зробили послуги доступнішими для літніх людей і осіб з інвалідністю.

Інтеграція послуг. Одночасне надання медичних, психологічних і соціальних послуг, таких як скринінги на діабет, туберкульоз, судинні захворювання, консультації психологів і освітні програми з інформування про здоров’я та насильство.

Безкоштовність. Безкоштовні послуги стали економічно доступними для соціально незахищеного населення.

Зростання довіри. Люди почали більше звертатися до медиків і психологів, відчуваючи увагу до своїх потреб.

“Коли мама сімох дітей привела їх на огляд, а хтось дозволив собі виплакатися перед психологом, це показує, наскільки важливим є проєкт.”

Жінка, Житомирська обл.

Надавачі послуг (42 ц.)

Респонденти зазначають, що проєкт значно покращив якість медико-психосоціальних послуг у громадах.

Основні покращення:

- ***Доступ до послуг.*** Регулярні виїзди ММК та МАП забезпечують обстеження, лікування і доступ до медикаментів у сільській місцевості. Психологічні послуги стали доступнішими завдяки скринінгам і консультаціям для ветеранів, осіб із травмами та вразливих груп населення.

- ***Підвищення попиту на психологічну допомогу.*** Зросла кількість звернень до психологів через зміну ставлення до ментального здоров'я, яке раніше не вважалося пріоритетом у сільських громадах.
- ***Контроль за лікуванням.*** Регулярні огляди лікарів і корекція лікування на місці значно покращили результати терапії.
- Профілактика. Освітні заходи щодо правильного харчування та профілактики захворювань, а також техніки самодопомоги для зниження стресу, сприяли покращенню загального здоров'я.
- ***Індивідуальний підхід.*** Лікарі більше дізнаються про пацієнтів і їхні родини, що сприяє персоналізованому підходу до лікування.

"Ми стали краще контролювати пацієнтів, вони відчувають турботу і довіряють лікарям більше, ніж раніше."

Жінка, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

"Раніше у нас не було штатного психолога, а тепер люди стали шукати підтримку і навіть рекомендувати психологів іншим."

Чоловік, Чернігівська обл., Срібнянська ТГ

Короткий підсумок

Проєкт сприяв значному покращенню доступу до медичних і психосоціальних послуг у громадах, особливо в сільській місцевості. Безкоштовність, комплексність, раннє виявлення захворювань і підвищення довіри до медичних і соціальних працівників позитивно вплинули на якість життя вразливих груп населення. Розвиток культури турботи про здоров'я та профілактичні заходи стали ключовими досягненнями.

ПОТРЕБИ МЕДИКО-ПСИХОСОЦІАЛЬНИХ ПОСЛУГ ВПРОДОВЖ ПРОЄКТУ

Організатори (75 ц.)

Респонденти виділили як попередні (до проєкту), так і нові потреби в медико-психосоціальних послугах, що виникли під час реалізації проєкту.

Старі потреби:

- ***Підтримка людей з інвалідністю та старшого віку.*** Брак ресурсів і перевантаженість соціальних працівників унеможливлюють повне охоплення цієї аудиторії, особливо у віддалених селах.
- ***Транспортні проблеми.*** Обмежене транспортне сполучення та високі ціни на проїзд значно ускладнюють доступ до медичних закладів і аптек.

- ***Фінансування.*** Брак фінансування обмежує можливості забезпечення витратними матеріалами, медикаментами (зокрема для пацієнтів з онкологічними захворюваннями) і тестуванням.
- ***Психологічна підтримка.*** Постійний стрес через війну, страх і депресивні стани викликають високий попит на психологічну допомогу.
- ***Доступність соціальних послуг.*** Недостатня кількість соціальних працівників і проблеми з інфраструктурою обмежують доступ до необхідних послуг.

"Багато людей не знають, що вони потребують допомоги. Фахівці соціальної роботи відвідують села, але навантаження на них величезне."

Жінка, Житомирська обл.

Нові потреби:

Соціалізація людей старшого віку. Потреба у створенні центрів підтриманого проживання або місць для збору людей старшого віку, що сприятиме їхній соціалізації.

Мобільні медичні та аптечні послуги. Одночасний виїзд ММК і МАП дозволяє забезпечити комплексне обслуговування.

Розширення психологічної підтримки. Онлайн-консультації та групові зустрічі для підтримки людей, які пережили травми, стають особливо важливими.

Скринінги та інші медичні послуги. Зростає потреба у профілактичних обстеженнях для виявлення ранніх ознак захворювань (рак, серцево-судинні хвороби).

Навчання медичних працівників. Перекваліфікація та підтримка для запобігання вигоранню, зокрема через програми типу mhGAP.

Фінансування ліків і матеріалів. Зростання витрат на медикаменти й обладнання ускладнює забезпечення всіх потреб пацієнтів.

"Було б краще, якби мобільні медичні команди й аптеки працювали разом. Це значно зручніше для пацієнтів."

Чоловік, Київська обл., Тетіївська ТГ

Надавачі послуг (104 ц.)

Респонденти з числа медичних працівників чи працівників соціальної сфери виділили основні проблеми доступу до медичних і психосоці-

альних послуг, що залишилися невирішеними навіть після впровадження проєкту.

Ключові проблеми:

- ***Доступ до медичних послуг.*** Недостатня кількість медичних працівників у віддалених громадах. Труднощі з реєстрацією ВПО у місцевих медичних закладах. Обмежений доступ до ліків, особливо у рамках програми "Доступні ліки".
- ***Психосоціальні послуги.*** Брак психологів та соціальних працівників. Низька обізнаність населення про доступні послуги.
- ***Проблеми з інфраструктурою.*** Погані дороги та відсутність належного транспорту. Нестабільний зв'язок у віддалених районах.
- ***Війна та її наслідки.*** Війна обмежує ресурси для розвитку медичних послуг і створює додаткові психологічні та соціальні виклики для населення.

"Є села, до яких дуже важко доїхати. Мобільні команди іноді не можуть дістатися, а медичний пункт приїжджає лише до центрального села."

Чоловік, Житомирська обл., Народицька ТГ

Короткий підсумок

Основними проблемами залишаються транспортна доступність, брак медичних і соціальних працівників та обмеженість фінансування. Нові потреби в соціалізації, доступності мобільних медичних послуг і психологічної підтримки стали більш нагальними через наслідки війни. Розвиток інфраструктури, покращення координації мобільних команд і розширення освітніх заходів для населення можуть значно підвищити ефективність надання послуг.

РЕКОМЕНДАЦІЇ ЩОДО ЗМІН

Організатори (40 ц.)

Організатори послуг запропонували конкретні заходи для покращення доступності та якості медичних і психосоціальних послуг:

◆ **Частіші виїзди мобільних команд та оптимізація маршрутів:**

- Збільшення частоти виїздів мобільних медичних і аптечних пунктів, особливо у віддалені громади, для зменшення черг та покращення стабільності доступу.
- Синхронізація виїздів ММК та МАП для раціонального викори-

стання ресурсів.

- Проведення офлайн-консультацій із психологами у віддалених громадах.

◆ **Покращення поінформованості населення:**

- Інформування через місцеві ЗМІ, сільські ради, соціальні мережі та мобільні додатки.
- Освітні заходи на тему здоров'я та психічного благополуччя для зменшення стигматизації звернень до психологів.

◆ **Підвищення кваліфікації медичних працівників:**

- Постійне навчання персоналу, включно з тренінгами у сфері психосоціальної підтримки та телемедицини.

◆ **Залучення партнерів і ресурсів:**

- Співпраця зі страховими компаніями та приватними аптечними мережами для забезпечення доступних ліків.
- Взаємодія з соціальними службами для підтримки вразливих груп населення.

◆ **Довгострокова стійкість:**

- Залучення додаткових донорів і благодійних організацій для стабільного фінансування проєкту.

◆ **Розширення психологічної допомоги:**

- Розробка програм для ветеранів війни, дітей і молоді, які пережили травми.

Надавачі послуг (36 ц.)

Надавачі акцентували увагу на наступних практичних рекомендаціях:

◆ **Інтеграція медичних і аптечних послуг:**

- Забезпечення одночасного виїзду ММК та МАП, щоб пацієнти могли отримати ліки після консультації.

◆ **Транспорт та графіки:**

- Організація виїздів у вихідні та святкові дні для зручності працюючих пацієнтів.

◆ **Розширення медичних послуг:**

- Включення до складу ММК вузькопрофільних спеціалістів, таких як кардіологи та гінекологи.
- Проведення базових лабораторних аналізів на місцях.

◆ **Розширення психологічної підтримки для родин військовослужбовців :**

- Окремі програми допомоги для сімей ветеранів війни та військовослужбовців.

◆ **Покращення поінформованості населення громад:**

- Інформаційна робота через місцеві медіа, соціальні мережі та інформаційно-роз'яснювальні матеріали.

◆ **Фінансування та стійкість:**

- Залучення додаткових ресурсів для довгострокового функціонування послуг.

◆ **Доступ до лікування:**

- Розширення переліку лікарських засобів та медичних виробів за державною програмою "Доступні ліки" та створення додаткових аптечних пунктів у віддалених громадах.

"Знаєте, щодо пункту психологічної підтримки, мені здається тут дуже гарна методика і модель. Вона є абсолютно дієвою, реалістичною і дуже ефективною."

Жінка, Чернігівська обл., Варвинська ТГ

Короткий підсумок

Респонденти рекомендували підвищити доступність медичних і психологічних послуг, оптимізувати маршрути ММК і МАП, розширити спектр послуг, залучити додаткові ресурси та покращити інформування населення. Впровадження новітніх підходів і підтримка місцевих ініціатив сприятиме підвищенню якості обслуговування громад.

6.3. Кількісний компонент - опитування (Завдання 3)

Соціально-демографічний профіль опитаних

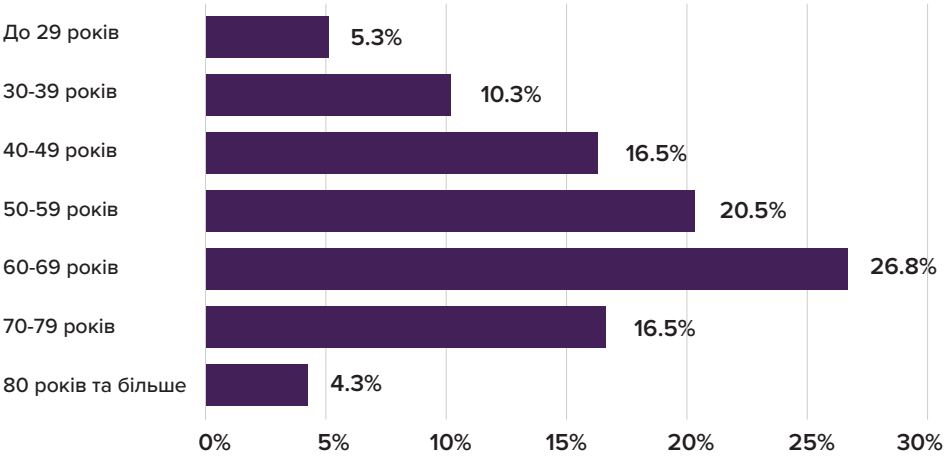
Розподіл опитаних за статтю наступний: більшість опитаних – жінки (78%), чоловіки складають 22% опитаних.

Розподіл за віком респондентів наступний:

- Майже половина респондентів (48%) у віці 60 років та старше, серед них 27% - в віці 60-69 років, 17% - 70-79 років, ще 4% - старше 80 років
- 21% опитаних – в віці 50-59 років
- 17% - 40-49 років
- Молодше 40 років лише 16% опитаних, з них 10% - в віці 30-39 років та 5% - до 29 років.

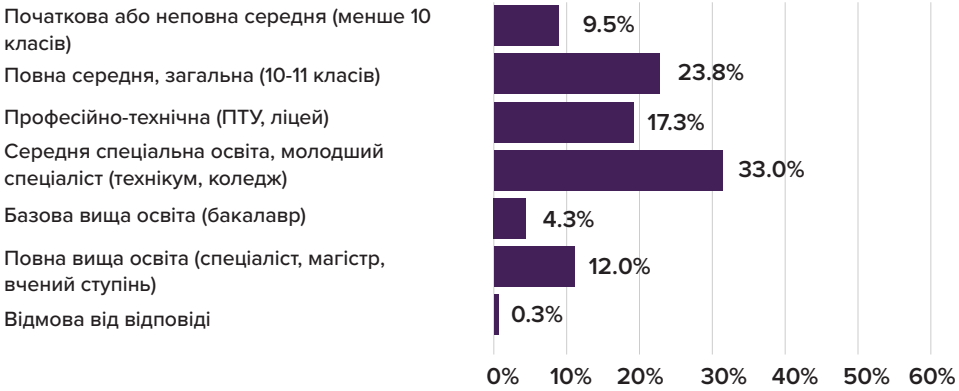
Середній вік опитаного клієнта проєкту – 56,3 роки.

Рисунок 65. Віковий розподіл респондентів.



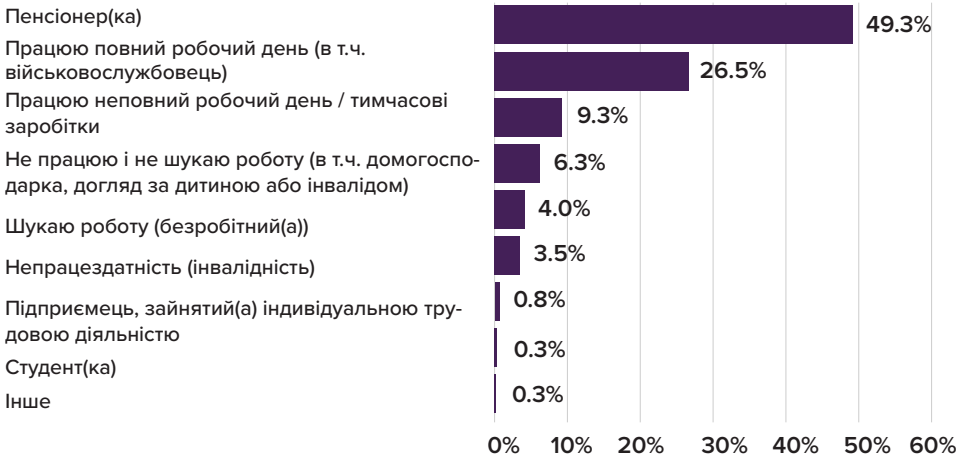
Рівень освіти респондентів дослідження є дещо нижчим за середні показники по Україні. 33% опитаних мають середню спеціальну освіту (технікум, коледж); ще 24% - мають повну середню загальну освіту (10-11 класів); у 17% опитаних - професійно-технічна освіта (ПТУ, ліцей). 10% мають початкову або неповну середню освіту. З вищою освітою тільки 16% респондентів (ступеню бакалавра або повною вищою освітою).

Рисунок 66. Розподіл респондентів за освітою.



Щодо основного роду занять опитаних, то половина – це пенсіонери (49%); ще 27% працюють повний робочий день.

Рисунок 67. Розподіл респондентів за основним родом занять.

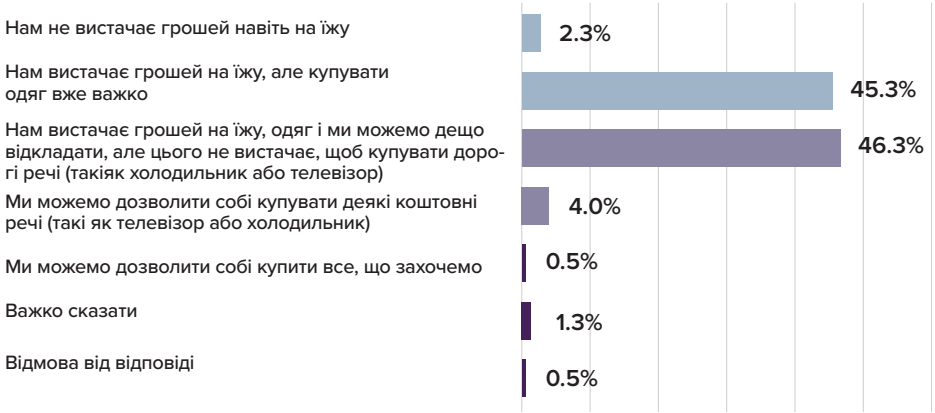


Щодо **фінансового становища сім'ї**, майже половина опитаних (46%) оцінили його як «Нам вистачає грошей на їжу, одяг і ми можемо дещо відкладати, але цього не вистачає, щоб купувати дорогі речі (такі як холодильник або телевізор)»; інша частина опитаних (45%) оцінюють своє фінансове становище як «Нам вистачає грошей на їжу, але купувати одяг вже важко».

2,3% опитаних відповіли, що їм не вистачає грошей навіть на їжу.

Ще 4% опитаних сказали, що «Ми можемо дозволити собі купувати деякі коштовні речі (такі як телевізор або холодильник)».

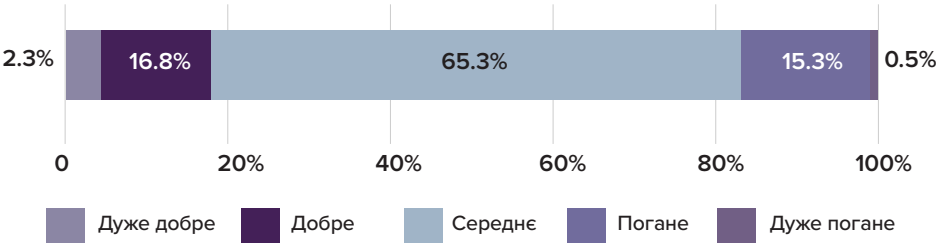
Рисунок 68. Розподіл респондентів за самооцінкою фінансового становища сім'ї.



Самооцінка стану здоров'я

Більшість опитаних клієнтів проєкту оцінили стан свого здоров'я «Середнє» (65%); ще 19% оцінюють його як «Добре» або «Дуже добре». 16% опитаних оцінюють своє здоров'я як «Погане» або «Дуже погане».

Рисунок 69. Самооцінка стану здоров'я клієнтами проєкту.

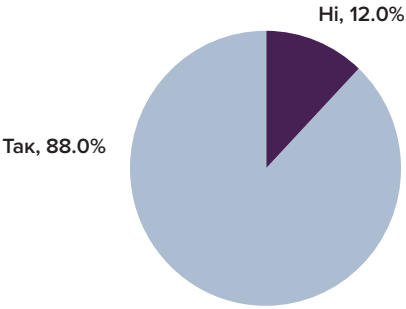


Оцінка стану здоров'я респондентами статистично значуще відрізняється за областями роботи проєкту[50]. Найгірше оцінюють стан свого здоров'я респонденти Чернігівської області: в цій області найменша частка клієнтів оцінила своє здоров'я як «дуже добре» або «добре».

Відвідування лікаря чи медичного працівника поза межами проєкту за останній рік

За останні 12 місяці переважна більшість опитаних (88%) **відвідували лікаря чи медичного працівника** (не враховуючи візити ММК проєкту). Не відвідували лікарів поза межами проєкту тільки 12%. У Київській та Житомирській областях не відвідували лікаря статистично значуще більше респондентів, ніж в Чернігівській: 23% і 13% відповідно[51], тоді як в Чернігівській – тільки 4%[52].

Рисунок 70. Відвідування лікаря чи медичного працівника протягом останнього року.



Серед причин, чому не відвідували лікаря або іншого медичного працівника поза межами проєкту, основна – відсутність потреби («Не було такої потреби» - 73%); ще у респондентів 15% - не було часу, щоб цим займатися. Для 8% опитаних причиною є відсутність транспорту, щоб дістатися до лікарня, а для 6% - це відсутність грошей, щоб оплатити медичні послуги. Тільки 1 опитаний(-а) не знав(-ла), куди звертатися зі своєю проблемою.

У Київській області найвища частка тих, хто сказав, що причиною невідвідування лікаря була відсутність потреби – 21%, в Житомирській – 8%, в Чернігівській – 1.3%[53].

[50] Значущість критерію хі-квадрат 0.000.
[51] Ці два показники статистично значуще не відрізняються між собою на рівні 0.05.
[52] Показник Чернігівської області статистично значуще відрізняється від показників Київської та Житомирської на рівні 0.05.
[53] Ці два показники статистично значуще не відрізняються між собою на рівні 0.05.

Рисунок 71. Причини, чому респонденти не відвідували лікаря або медичного працівника в останній рік.



Труднощі з доступом до потрібних ліків чи медичних послуг

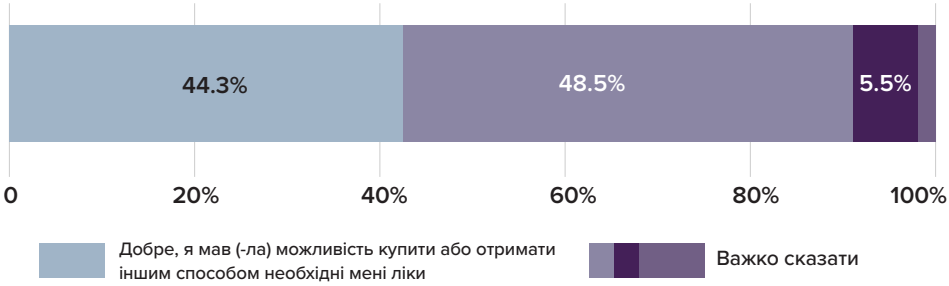
Майже половина опитаних (49%) оцінили свою можливість купити або отримати необхідні ліки як «Посередньо, деякі ліки я мав (-ла) можливість купити або отримати іншим способом, деякі – ні». Ще 44% оцінили свій доступ до потрібних ліків як «Добре, я мав (-ла) можливість купити або отримати іншим способом необхідні мені ліки».

Тільки 6% опитаних оцінили свій доступ до ліків погано, в них не було можливості купити або отримати іншим способом більшість потрібних ліків. Частіше за інших проблеми з доступом до ліків мають старші люди в віці 80 років та більше, а також ті, хто оцінив фінансове становище своєї сім'ї як «Нам не вистачає грошей навіть на їжу».

Найвищий відсоток респондентів, які оцінили доступ до ліків як поганий, в Київській області – 12%, це статистично більше ніж в Житомирській та Чернігівській (5.3% та 1.3%)[54].

[54] Показники Чернігівської та Житомирської областей статистично значуще не відрізняються між собою, але відрізняються від показника Київської області (на рівні 0.05).

Рисунок 72. Оцінка доступу до ліків протягом останнього року (Якщо говорити про останні 12 місяців, як би Ви оцінили вашу можливість купити або отримати безкоштовно необхідні ліки? Оцінюючи ситуацію не враховуйте, будь ласка, роботу мобільних аптечних пунктів Проєкту.)



Якщо говорити про ситуацію із доступом до медичних послуг більш деталізовано, то саме труднощі з купівлею чи отриманні необхідних ліків називаються респондентам найчастіше. Третина опитаних (34%) відзначає, що за останні 12 місяців в них (або членів їх домогосподарства) виникали **труднощі з покупкою чи отриманням необхідних ліків.**

Частка респондентів, які мали труднощі з купівлею ліків найменша в Чернігівській області – близько 7%, найвища – в Житомирській (55%). В Київській області про це повідомили 44%[55].

У більшості респондентів, які мають таку проблему, ці труднощі були викликані високою вартістю потрібних ліків (88%). Цю причину найчастіше називали респонденти Житомирської та Київської областей. Далі з великим відривом йдуть логістичні проблеми (погана робота транспорту або погана якість доріг, велика відстань до медичного закладу чи аптеки для 38%) та фізична недоступність потрібних ліків (20%). Погану якість доріг як причину найчастіше називали в Житомирській області. Також серед причин є невелика частка згадувань перешкод, спричинених повітряними тривогами та обстрілами або відключеннями електроенергії (4%).

Рисунок 73. В яких сферах взаємодії із системою охорони здоров'я виникали труднощі у респондентів (Якщо говорити про останні 12 місяців життя в громаді, чи виникали у Вас чи членів Вашого домогосподарства труднощі з тим, щоб...)



У 15% опитаних виникали труднощі з тим, щоб отримати консультації лікарів вторинної ланки (кардіолога, невропатолога тощо). За цим показником вирізняються Житомирська та Київська області: 24% респондентів Київської повідомили про такі труднощі і 19% Житомирської; в Чернігівській області ця частка статистично значуще менше (близько 5%)[56]. Серед причин таких труднощів на першому місці логістичні - погана робота транспорту, погана якість доріг, велика відстань до медичного закладу (58%) (ця причина найчастіше називається в Житомирській області); на другому місці - фізична недоступність медичних послуг (40%) (найчастіше називається в Київській області); далі з відривом йде висока вартість потрібних медичних послуг (15%). Серед поодиноких згадуваних причин - н*изька якість послуг, небажання медиків надавати лікування у необхідному обсязі та неможливість отримати допомогу через повітряні тривоги та обстріли або відключення електроенергії.*

У 13% опитаних виникали труднощі з тим, щоб здати лабораторні аналізи або пройти спеціальне обстеження (аналіз крові, рентген, МРТ тощо). Найчастіше про це говорять респонденти Київської (28%) та Житомирської (13%) областей. Виділяються три основні причини таких труднощів: логістичні причини, пов'язані з добиранням до місця надання медичних послуг (50%), фізична недоступність послуг (42%) та їх висока вартість (39%).

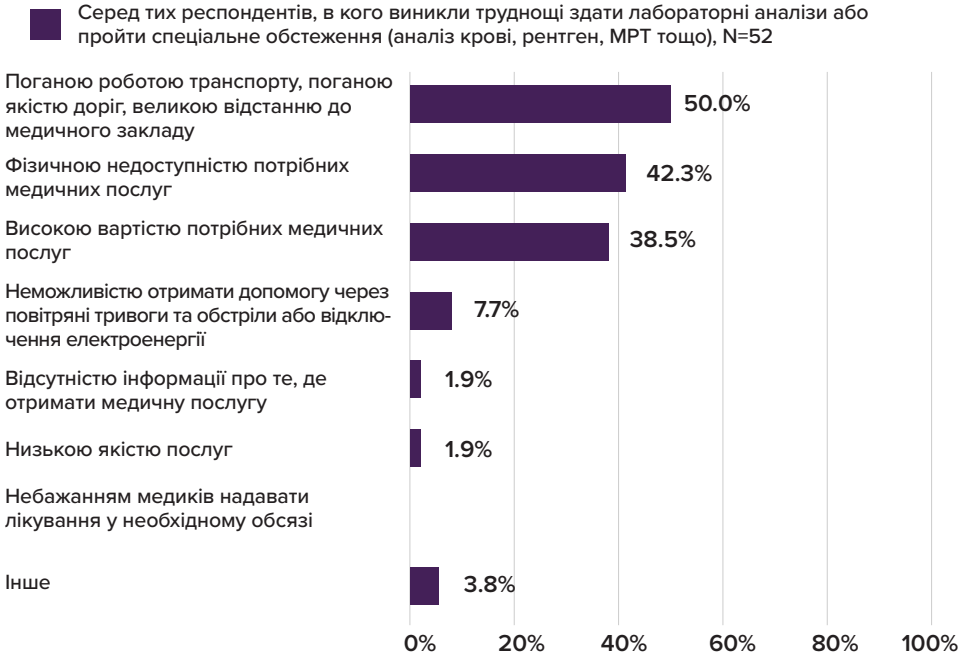
Рисунок 74. Причини труднощів із отримання ліків (Чим були викликані труднощі з отриманням ліків? (можливі декілька відповідей)).



Рисунок 75. Причини труднощів з отримання консультації лікаря вторинної ланки (Чим були викликані труднощі з отриманням консультації лікаря вторинної ланки? (можливі декілька відповідей)).



Рисунок 76. Причини труднощів із здачею аналізів та спеціальними медичними обстеженнями (Чим були викликані труднощі здати лабораторні аналізи або пройти спеціальне обстеження (аналіз крові, рентген, МРТ тощо)? (можливі декілька відповідей)).



У 9% опитаних виникали труднощі з тим, щоб **отримати консультацію лікаря первинної ланки (сімейного, терапевта, педіатра).** Причини таких труднощів та їх розподіл повністю збігаються з причинами недоступності послуг лікарів вторинної ланки. Серед причин труднощів на першому місці також є погана робота транспорту або велика відстань до медичного закладу (58%); на другому місці - фізична недоступність послуг (33%); далі з відривом йде висока вартість потрібних медичних послуг (14%). Серед поодиноких згадуваних причин - неможливість отримати допомогу через повітряні тривоги та обстріли або відключення електроенергії, низька якість послуг та небажання медиків надавати лікування у необхідному обсязі.

Для 3,8% опитаних було проблемою отримати медичну допомогу в умовах стаціонару. Основна причина – це фізична недоступність послуги (47%), потім йде висока вартість потрібних послуг (27%). Також серед причин поодиноко згадувались: погана робота транспорту або

велика відстань до медичного закладу, та низька якість послуг.

За останні 12 місяців тільки у 2 опитаних (0,5%) виникали труднощі з тим, щоб отримати екстрену медичну допомогу, викликавши “швидку”. Серед причин обидва респондента назвали «Небажання медиків надавати лікування у необхідному обсязі». Тому, відмічаємо це та виносимо як гіпотезу для подальших досліджень (таких випадків в громадах може бути більше).

Також відмітимо, що за останні 12 місяців у 61% не виникало потреби в отриманні екстреної медичної допомоги, та у 47% - в отриманні медичної допомоги в умовах стаціонару.

Рисунок 77. Причини труднощів із отримання консультацій лікарів первинної ланки (Чим були викликані труднощі з отриманням консультації лікаря первинної ланки? (можливі декілька відповідей)).



[55, 56, 57] Показники Київської та Житомирської областей статистично значуще не відрізняються між собою, проте відрізняються від показника Чернігівської (на рівні 0.05).

Рисунок 78. Причини труднощів із отримання медичної допомоги в стаціонарі (Чим були викликані труднощі з отриманням медичної допомоги в умовах стаціонару? (можливі декілька відповідей)

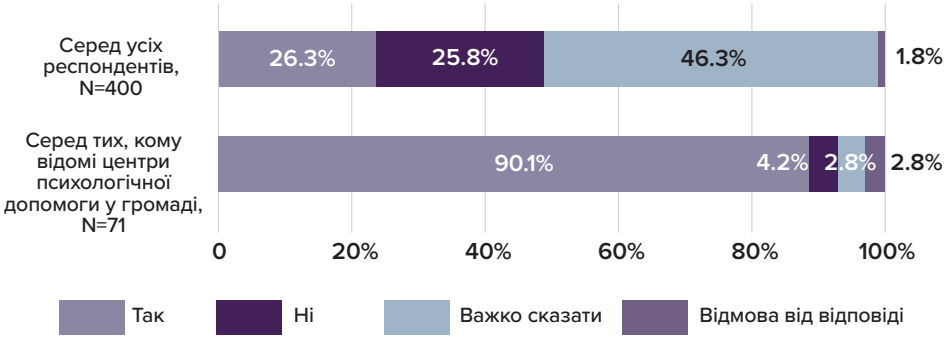


Доступ до психологічної допомоги в громадах

Щодо питання доступності психологічної допомоги у громадах, не враховуючи активності проєкту (візити ММК та робота ППП), майже половина опитаних (46%) не змогли дати відповідь на питання «Чи доступною є психологічна допомога у Вашій громаді?». Це свідчить про те, що в респондентів немає/недостатньо інформації для відповіді, тобто низький рівень обізнаності щодо доступу до психологічних послуг. Інша половина респондентів розділилася у своїх поглядах: 26,3% вважають, що психологічна допомога у їхній громаді є доступною, тоді як майже стільки ж – 25,8% – вважають, що «ні». Частіше кажуть про доступність психологічної допомоги респонденти Київської та Чернігівської областей (36% та 27% відповідно), в Житомирській області цей показник менший (19%)[58].

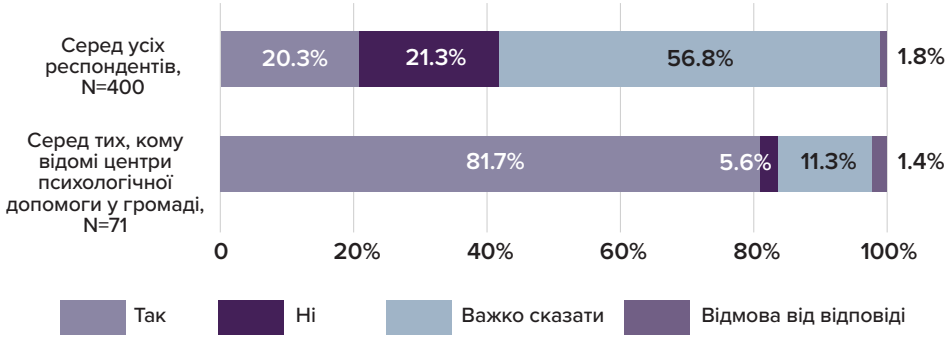
[58] Показники Київської та Житомирської областей статистично значуще не відрізняються між собою, проте відрізняються від показника Чернігівської (на рівні 0.05).

Рисунок 79. Оцінка доступності психологічної допомоги в громаді (На Вашу думку, чи доступною є психологічна допомога у Вашій громаді, не враховуючи візити мобільної медичної команди проєкту та простори психологічної підтримки проєкту?)



Також більше половини опитаних (57%) не змогли відповісти на питання «Чи якісною є психологічна допомога у Вашій громаді?». Це також свідчить про низький рівень обізнаності щодо доступу до психологічних послуг у їх громаді, в респондентів недостатньо інформації для формування думки з цього питання. Також, серед тих, хто зміг відповісти на питання, думки розділилися майже навпіл: 20% опитаних згодні, що психологічна допомога у їх громаді є якісною (частіше про це кажуть мешканців Київської та Чернігівської областей), 21% вважають що «ні».

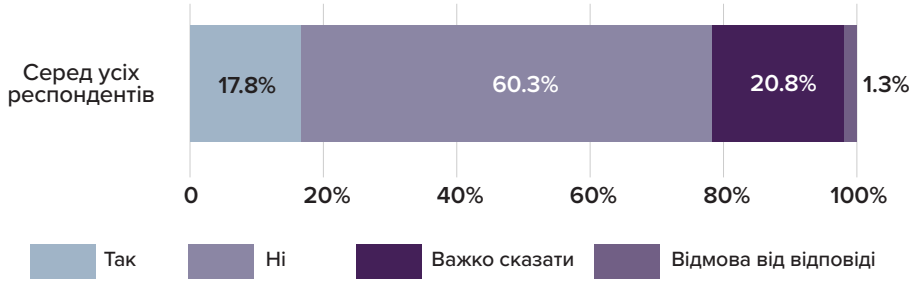
Рисунок 80 Оцінка якості психологічної допомоги в громадах (На Вашу думку, чи якісною є психологічна допомога у Вашій громаді?)



Тільки 18% опитаних (приблизно кожен п'ятий) знають центри психологічної допомоги у їх громаді (маються на увазі будь-які місця чи установи в громадах, де мешканці можуть отримати психологічну допомогу, від будь-яких провайдерів: державних, комунальних, приватних, необов'язково від ППП, які створені проєктом). Частіше знають про наявні центри психологічної допомоги в Київській та Чернігівській областях: 25% і 20% відповідно (в Житомирській – 11%)[59]. Більше половини (60%) – не знають, ще 21% - не змогли відповісти. Тобто, більшість опитаних не знає, куди звертатися за психологічною допомогою, якщо виникне така потреба. При цьому, якщо людина знає конкретний центр психологічної допомоги, її оцінка доступності психологічної допомоги у громаді значно вище – 90%, в порівнянні з 26% серед усіх респондентів. Також вище й оцінка якості цієї допомоги: серед тих, кому відомі центри психологічної допомоги, вона складає 81,7%, серед усіх респондентів – тільки 20,3%. Таким чином, серед жителів громад необхідно поширювати інформацію про конкретні центри надання психологічної допомоги, щоби за потреби вони могли туди звернутися чи порадити родичам, знайомим, колегам тощо.

[59] Показники Київської та Чернігівської областей статистично значуще не відрізняються між собою, проте відрізняються від показника Житомирської (на рівні 0.05).

Рисунок 81. Знання про центри психологічної допомоги в громадах (Чи відомі Вам які-небудь центри психологічної допомоги у Вашій громаді?).



Тих респондентів, хто відповів, що знає центри психологічної допомоги у громаді, питали, **які саме це центри.** Так, 39% згадують про центри психологічної допомоги в медичних закладах – саме там працюють ППП від проєкту, 24% - центри та активності від інших неурядових організацій (НУО) та 14,1% - ППП від проєкту. Також деякі респонденти згадували освітні заклади та центри соціальних послуг як центри, де можна отримати психологічну допомогу.

Ось приклади таких центрів з відкритих відповідей респондентів:

- **В медичних закладах (ППП від проєкту) (39,4%)**

«В ЦПМСД в Народичах»

«В поліклініці психолог»

«Тетіївська ЦРЛ»

«Психолог в ЦПМСД»

«Талалаївська лікарня»

«Срібнянська лікарня»

«Варвинський ЦПМСД»

- **Від інших НУО (23,9%)**

«Центр підтримки жінок Баришівської громади»

ППП від проєкту (14,1%)

«в Олевську ППП»

«с. Нові Велідники, ППП»

- **В освітніх закладах (8,5%)**

«Дитячий садок, що відвідує дитина в Олевську»

«Центр позашкільної освіти»

«Шкільні психологи»

«У школі»

- **В центрі соціальних послуг (8,5%)**

«Варвинський ЦСС»

«Психолог в центрі соціальних служб»

Серед іншого учасники згадували можливість отримати психологічну допомогу в Срібнянській громаді, але без уточнення конкретного закладу або місця.

Рисунок 82. Які категорії центрів психологічної допомоги знають респонденти (Чи відомі Вам які-небудь центри психологічної допомоги у Вашій громаді? Якщо так, запишіть, які саме).



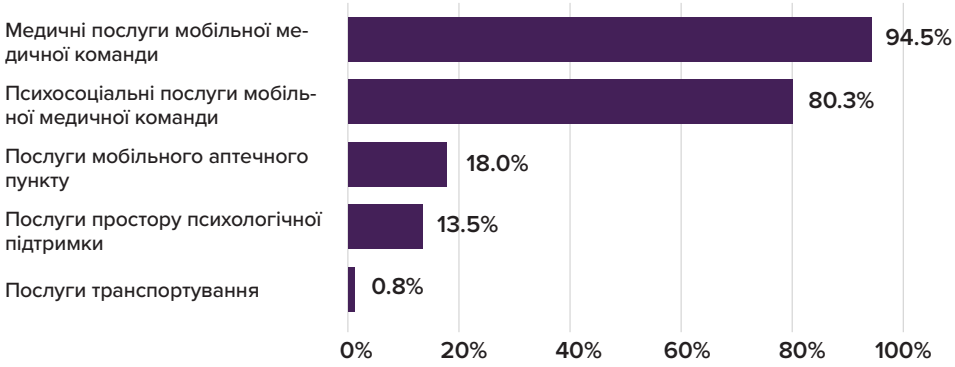
Користування послугами проєкту

Щодо користування послугами проєкту в цьому році, майже всі опитані (95%) користувалися медичними послугами та психосоціальними послугами (80%) від ММК. Частка респондентів, які користувалися медичними послугами статистично значуще не відрізняється між трьома областями роботи проєкту, частка респондентів, що скористалися психосоціальними послугами статистично значуще нижча в Чернігівській області порівняно із Київською та Житомирською. Послугами мобільного аптечного пункту скористалися лише 18%, найменше (9%) – в Житомирській області, найбільше (27%) – в Київській, в Чернігівській області таких респондентів 20%[60]. Проте, як видно з відповідей на попередні питання щодо доступу до ліків і з відповідей на відкриті запитання далі, цей сервіс є затребуваним, оскільки люди стикають-

[60] Різниця між Київською та Чернігівською статистично не значуще, проте обидві вони статистично значущо відрізняються від Житомирської.

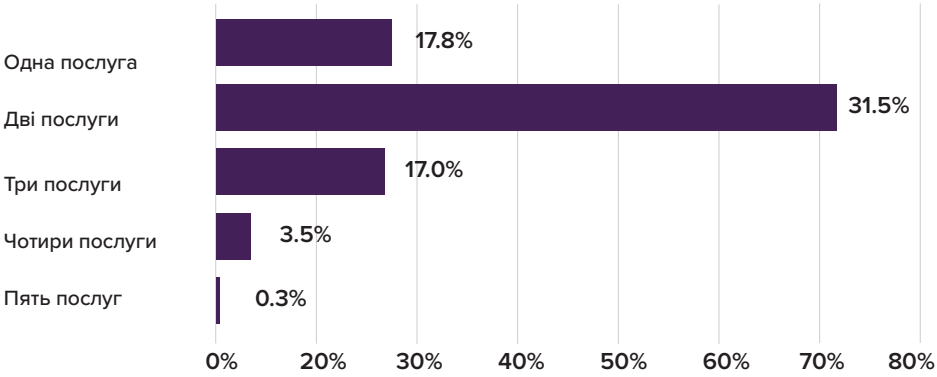
ся з труднощами в отриманні ліків. Послугами ППП скористалися 14% опитаних. Послугами транспортування скористались лише 3 опитаних (0,8%). Звісно, частково це пов'язано із процедурою опитування, оскільки в дослідженні брали участь клієнти, які отримували послуги від ММК або ж є клієнтами ППП. Ми бачимо, що запит на послуги транспортування є досить значним, так як труднощі з логістикою (погана робота транспорту або погана якість доріг, велика відстань до медичного закладу чи аптеки) є основною або однією з основних причин неможливості доступу до необхідних медичних послуг та ліків. Слід поширювати обізнаність мешканців громад щодо наявності та можливостей отримання послуги транспортування. Також відзначимо, що всі три людини, що скористались послугою транспортування, залишились дуже задоволені нею.

Рисунок 83. Якими послугами користувалися клієнти проєкту (Якими послугами Проєкту ви скористалися в цьому році? Всі можливі відповіді).



У цілому, майже дві третини опитаних (62%) скористалися двома послугами від проєкту в цьому році. Ще 17% користувалися трьома послугами. Таким чином, переважна більшість опитаних (82%) користувалися двома або більше послугами від проєкту. Найчастіше респонденти одночасно користувалися медичними та психосоціальними послугами від ММК (80%). Також разом користувалися медичними послугами та послугами МАП 17% опитаних. Скористалися медичними послугами та послугами ППП – 8% опитаних. Тільки 18% респондентів скористалися лише однією послугою проєкту. Це була або медична послуга (13%), або послуга ППП (5%).

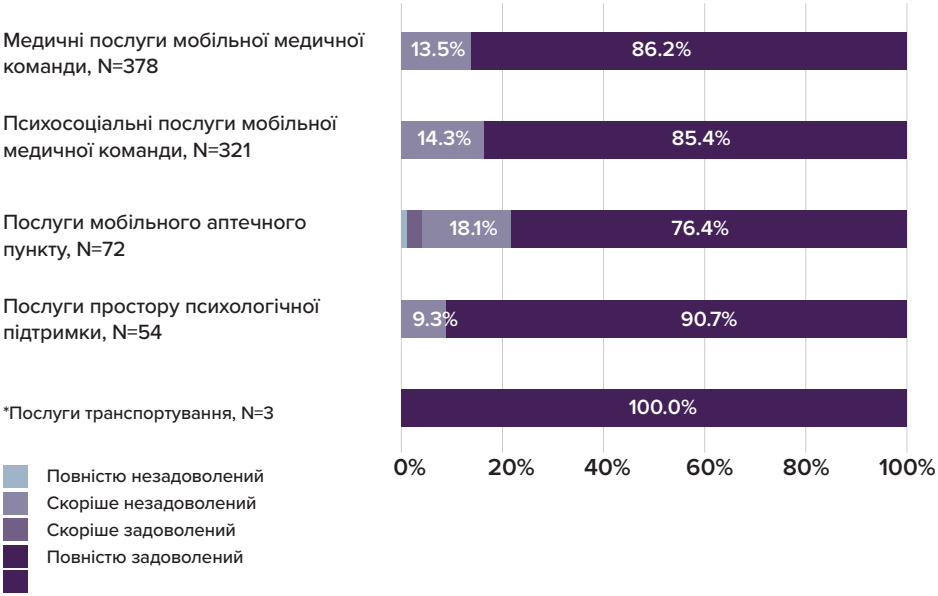
Рисунок 84. Розподіл клієнтів за кількістю послуг проєкту, якими вони скористалися.



Загалом, аналізуючи кожну окрему послугу проєкту, можна сказати, що переважна більшість користувачів залишилися дуже задоволеними. Так, медичними послугами залишились «дуже задоволені» 86% та «скоріше задоволені» - 14% (статистично значущої різниці між областями немає). Психосоціальними послугами залишились «дуже задоволені» 85% та «скоріше задоволені» -14% (статистично значущої різниці між областями немає); послугами ППП - «дуже задоволені» 91% та «скоріше задоволені» - 9% (статистично значущої різниці між областями немає).

Є ті, хто залишилися незадоволені послугою МАП (4% серед тих, хто користувався цією послугою, «повністю» або «скоріше» незадоволені). Серед причин, які згадували далі в відповідях на відкрите питання, те, що не було ліків в МАП («Не було потрібних ліків, навіть цитрамона»). Але, в цілому, цією послугою також більшість опитаних залишилась задоволена (76% - «повністю задоволені», 18% - «скоріше задоволені»). За цією послугою є статистично значущі різниці між областями: в Житомирській області розподіл оцінок роботи МАП гірше, ніж в Чернігівській та Київській (між двома останніми немає статистично значущої різниці).

Рисунок 85. Рівень задоволеності клієнтів окремими категоріями послуг проєкту (Наскільки ви задоволені або незадоволені послугою?).



Досвід отримання послуг від проєкту: відповіді на відкриті запитання

Аналіз відповідей на відкриті питання підтверджує задоволеність клієнтів послугами проєкту. Наприклад, переважна більшість респондентів (87%) не змогли надати відповідь на відкрите питання «Якщо говорити про ваш досвід отримання послуг від проєкту, які у вас виникли зауваження або скарги?». Тобто, в них не було конкретних зауважень чи скарг на роботу проєкту. Ще 7,8% відповіли, що їм все сподобалось та вони вдячні проєкту (див. приклади цитат нижче).

- **Все сподобалось/задоволеність та вдячність проєкту**

«Дуже сподобалось, чуйні лікарі і прекрасне ставлення»

«Сподобалось, бо швидко та немає черг, лікарі дуже привітні»

«Сподобалось, адже навіть включені психологічні послуги, які наразі дуже актуальні»

«Сподобалось: кваліфіковані та ввічливі лікарі, на всі питання надавали відповіді»

«Сподобалось і хотілося щоб проект був на постійній основі»

«Щира подяка за такий чудовий проект»

«Дуже задоволена. Наше село знаходиться хоч недалеко від с-ща Баришівка та все ж таки треба гаяти час на дорогу до лікарів. А тут все на місці»

«Це дуже хороша ініціатива для мешканців. До прикладу, військові не охоче прийдуть в місцеву лікарню за психологічними послугами. А в цьому проекті є прекрасна можливість обговорити те головне від чого залежить твоє ментальне здоров'я в цілому»

Якщо говорити про зауваження та скарги, є поодинокі згадування, які стосуються наступних пунктів (див. цитати з відповідей респондентів нижче):

- **Щоб проєкт був на постійній основі/щоб частіше приїжджали**

«Дійсно хороший проект, дуже хочеться щоб він продовжувався. Бо це є велика підтримка для людей»

«Побажання лише продовження проекту на довготривалий термін»

«Щоб були частіші візити, бо багато людей не мають можливості далеко їхати»

- **Холодно в приміщенні, де проходить огляд та обстеження**

«Холодно в приміщенні, некомфортно проходити огляд, робити кардіограму»

«Холодно. Приміщення не опалюється, не має можливості комфортно проходити огляд та спілкуватись зі спеціалістами»

«Холодно в приміщенні, не отоплюється, некомфортно роздягатись для кардіограми чи огляду»

«Місцево не підготовлене приміщення, дуже холодно, не можливо ні роздягнутись, ні пройти нормально обстеження»

- **Скарги на МАП**

«Не задовольняє послуга мобільного аптечного пункту»

- **Додати профільних спеціалістів**

«Щоб був ще гінеколог»

«Роблять кардіограму, а на місті не читають, потрібно далі їхати до спеціаліста»

- **Щоб раніше приїжджали**

«Щоб раніше приїздили, так як маючи діабет, потрібно вживати їжу регулярно, а перед здачею аналізів це робити не бажано»

- **Краще інформувати про приїзд ММК**

«Дуже хотілося б, щоб оповіщені були ветерани і також мали можливість обстеження та отримання безкоштовних ліків, окулярів»
«Мала інформованість населення про приїзд ММК»

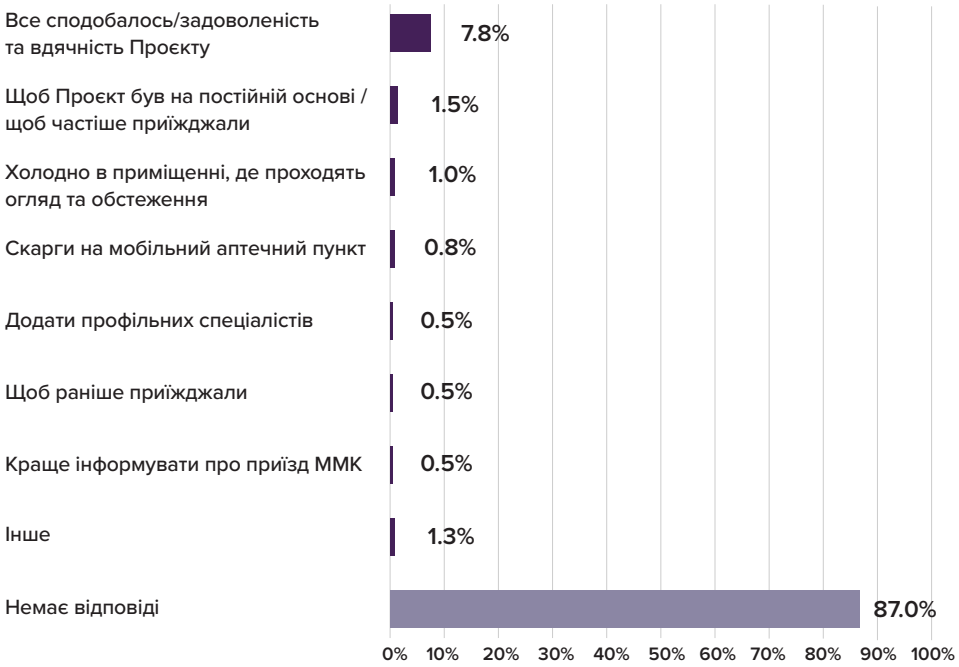
- **Серед інших скарг та зауважень згадували:**

«Хочеться щоб приділяли більше часу на прийомі, більше поговорити про здоров'я, а то лікарі стараються зробити усе швидко і перейти до наступного пацієнта»

«З направленням від лікаря ММК не можливо пройти обстеження в поліклініці, треба ставати на запис і довго чекати своєї черги»

«Багато паперових даних, в кожного спеціаліста багато лишніх питань».

Рисунок 86 Категорії відповідей на відкриті питання про зауваження та скарги щодо роботу проєкту (Якщо говорити про ваш досвід отримання послуг від Проєкту, які у вас виникли зауваження або скарги?)



У переважної більшості респондентів (95%) немає зауважень або немає відповіді на питання *«Що саме викликало ці зауваження або скарги? Чи є якісь конкретні моменти, які, на вашу думку, потребують негайного вирішення?»*.

В інших 5% є зауваження про конкретні моменти, які, на думку респондентів, потребують негайного вирішення. Ось приклади цитат з такими моментами:

- **Готувати приміщення заздалегідь**

«Готувати зарано приміщення до прийому, в температурному плані»

«Прогрівати приміщення перед прийомом»

«Ввімкнути опалення»

- **Не було ліків в МАП**

«Не було потрібних ліків, навіть цитрамона»

«Коли приїхала машина з ліками, то там не було ліків, навіть самих простих. Люди теж скаржилися, що аптечний пункт був пустий»

«Дуже мала кількість медичних препаратів. Навіть самих простих і необхідних»

- **Додати профільних спеціалістів та обстеження**

«Дуже хочеться щоб підключили: окуліста, гінеколога, УЗІ»

«Щоб були планові обстеження гінекологом кожні 6 міс»

«Читати кардіограму на місці»

- **Краще інформувати про приїзд ММК**

«Більше анонсування в соціальних мережах, залучення ветеранів»

«Краще та завчасне оповіщення»

- **Щоб раніше приїжджали**

«Щоб раніше приїздили і приймали більшу кількість пацієнтів»

«Раніше починати прийом»

Щоб проєкт був на постійній основі / щоб частіше приїжджали

«Дуже хочеться, щоб ця мобільна бригада функціонувала на постійній основі в Баришівської громаді»

«Частіші візити»

- **Серед інших конкретних моментів, які потребують негайного вирішення, називали:**

«Безкоштовні ліки для малозабезпечених та ветеранів. безкоштовні

презервативи підліткам. Безкоштовні тести на ВІЛ та вагітність, безкоштовна спіраль»

«Ті призначення, що надає лікар не можна пройти в лікарні швидко, бо вони безкоштовні»

«Треба придбати ваги та ростомір. Не має можливості пройти антропометричні дані».

Рисунок 87 Конкретизація причин, що викликали зауваження чи скарги щодо роботи проєкту (Що саме викликало ці зауваження або скарги? Чи є якісь конкретні моменти, які, на вашу думку, потребують негайного вирішення?)



Якщо говорити про конкретні зміни, які хотіли б запропонувати проєкту опитані, частіше за все згадували додати профільних лікарів та спеціалістів (36%). Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

- **Додати профільних лікарів та спеціалістів (35,8%) (часто згадується в Житомирській та Київській областях)**

«Щоб було обстеження гінеколога»

«Щоб додати в команду ММК ще вузьких спеціалістів: невролога»

«Щоб були фахівці, такі як гінеколог і одразу можна зробити аналізи, мазки. Потрібен травматолог, бо в Олевську велика черга до цього лікаря»

«Бажано послуги офтальмолога, бо маю проблеми з зором»

«Не вистачає в команді кардіолога. Бо немає можливості одразу розшифрувати кардіограму»

«Щоб був стоматолог, так як багато людей похилого віку не транспортабельні»

Також досить часто називали наступні побажання:

1. ***Щоб частіше приїжджали (18,3%)***
2. ***Розширення лабораторних та діагностичних послуг (14,5%)***
3. ***МАП (10,0%)***

Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

1. Щоб частіше приїжджали (18,3%)

«Частіше приїздіть, хороші ви лікарі»

«Нехай частіше навідуються, хоча б 1 раз у тиждень»

«Щоб частіше їздили, бо добиратися до районного центру дуже проблематично»

«Більшу кількість виїздів»

«Покращити - це зробити їх на постійній основі в селах по громаді. Хоча б два рази на місяць»

2. Розширення лабораторних та діагностичних послуг (14,5%) (часто згадується в Житомирській області).

«Щоб було обстеження УЗД, Щоб робили розширені аналізи»

«Щоб було більше послуг, а саме рентген, УЗД»

«Якщо можливо, то збільшити спектр послуг та досліджень . Додати ще дослідження: рентген, МРТ, УЗД»

«Бажано розширити спектр аналізів крові. Було б добре, щоб це був спеціальний автомобіль, оснащений усім необхідним для обстеження. Наприклад, рентген, флюорографія, УЗД та інші обстеження»

«Якщо розширити, то збільшити послуги МРТ, ЕХО, УЗД»

«Було б добре, якщо був би апарат УЗД, щоб перевірити стан здоров'я, внутрішні органи»

«Щоб можна було здати загальні аналізи, щоб не їхати в район»

3. Мобільний аптечний пункт (10,0%).

«Виїзний аптечний пункт хоча б 1 раз на місяць»

«Щоб привозили якісь пільгові ліки, самі необхідні (для тиску, при застуді, від цукру)»

«...Щоб частіше був аптечний мобільний пункт. Щоб ММК і аптечний пункт приїжджали одночасно»

«Щоб разом з ММК приїзжав мобільний аптечний пункт»

«Можна щоб аптечний пункт приїзжав у ті дні, що і продуктова лавка, тоді було б більше людей»

«Щоб при приїзді команди ММК була і аптека»

Серед запропонованих покращень послуг проєкту також згадували, хоча й не часто:

1. ***психологічну підтримку та консультації (3,0%)***
2. ***продовження проєкту (2,8%)***
3. ***покращення інформування про приїзд ММК (1,0%)***

Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

1. Психологічна підтримка та консультації (3,0%)

«Психологічна підтримка на постійній основі»

«Щоб була можливість проходити консультацію у себе вдома за посиланням на онлайн зустріч з психологом»

«Залучити психологів вузького профілю, наприклад, по домашньому насиллю, дитячого психолога, по опрацюванню розладів харчової поведінки»

«Було б добре, якби на ППП проводилися офлайн тренінги для психологічної підтримки дітей та підлітків»

«Було б добре, щоб у ППП була кімната для психологічної підтримки для дітей та психолог офлайн»

«Було б добре, щоб у ППП була кімната для дітей»

«Було б добре, якщо б проводилися заняття або тренінги для батьків та дітей у ППП»

2. Продовження проєкту (2,8%).

«Пропозиція продовжити проєкт. Дуже важливий в даний час. Люди і я переживають втрати, стрес, невизначеність. Дуже важлива підтримка і допомога селах!»

3. Краще інформувати про приїзд ММК (1,0%).

«Щоб МАП був завжди в конкретний день і конкретний час, однако-

вий щоразу. ППП також по часу щоб було чіткіше»

«Щоб було краще інформування про приїзд МАП»

«Щоб було якесь смс-інформування населення про приїзд МАП, ММК, психолога. Чіткіше інформування населення коли саме будуть приймати лікарі чи виїзд ММК»

Серед інших пропозицій по покращенню та конкретних змін називали:

«Щоб був прийом по запису. І щоб, якщо зазначено, що буде кардіолог, то треба щоб він і приїздив, бо я прийшла саме до цього лікаря»

«Долучити профільних лікарів, безкоштовні послуги для ветеранів»

«... Можливо на базі мобільної бригади щось саме для підлітків. Адже прогнозують знову епідемію ВІЛ, тому підлітки повинні бути обізнаними»

«Послуги стаціонарної амбулаторії, послугу педіатра»

«Щоб поради були більше по сучасних ліках і доступних»

«Щоб частіше їздили і було тепло»

«Врегулювати температурний режим у ППП в зимовий період»

«Якісніші результати обстежень. Так як пояснили що кардіограма мобільна працює гірше за стаціонарну»

«Купити електросамокат нашому фельдшеру, щоб швидше могла приїхати до пацієнтів»

«Все подобається, але ще не вистачає окуліста з безкоштовними окулярами»

«Щоб ММК також відвідували пацієнтів вдома, тих хто не може рухатись самостійно»

Рисунок 88. Пропозиції щодо покращення послуг від проєкту (Якщо говорити про те, як можна покращити послуги від Проєкту, які конкретні зміни ви хотіли би запропонувати?)



Серед послуг або роботи медичних фахівців, які є найбільш потрібними і важливими для опитаних в громадах, частіше за всього опитані самостійно називали:

- Сімейний лікар/терапевт (31,5%) (часто згадується в Житомирській та Київській областях)
- Невропатолог/невролог (19,0%) (частіше згадується в Житомирській та Чернігівській областях)
- Профільні лікарі (без уточнення) – 17,5%: «Профільних спеціалістів хотілося б бачити в мобільній бригаді»).

Також досить часто опитані згадували як потрібні та важливі наступні послуги та спеціалістів:

- Кардіолог (12,5%) та кардіограма (12,0%) (часто згадується в Житомирській області, кардіограма – в Чернігівській)
- Вимірювання тиску (9,3%) (часто згадується в Чернігівській області)
- УЗД (9,0%) (часто згадується в Житомирській області)
- Аналіз на цукор (9,0%) (часто згадується в Чернігівській області)

- Робота ФАП/Фельдшер або медична сестра на ФАП (8,5%) (часто згадується в Житомирській області)

Ось приклади цитат з відповідями респондентів по «Робота ФАП/ Фельдшер або медична сестра на ФАП»:

«Щоб була медична сестра на постійній основі, щоб була можливість викликати додому»

«Щоб у селі не закрили ФАП»

«Фельдшер, щоб на місці була завжди»

«Послуги медсестри, що працює у ФАПі»

Серед спеціалізованих лікарів та медичних послуг також називали:

- *Офтальмолог (5,5%)*
- *Психолог/психологічні консультації (5,0%) (частіше згадується в Чернігівській області, чим в Житомирській та Київській)*
- *Педіатр (4,8%) (часто згадується в Житомирській області)*
- *Гінеколог (4,5%)*
- *Хірург (2,8%)*
- *ЛОР (2,5%)*
- *Додаткові аналізи та обстеження (2,0%)*

Також серед інших пропозицій називали:

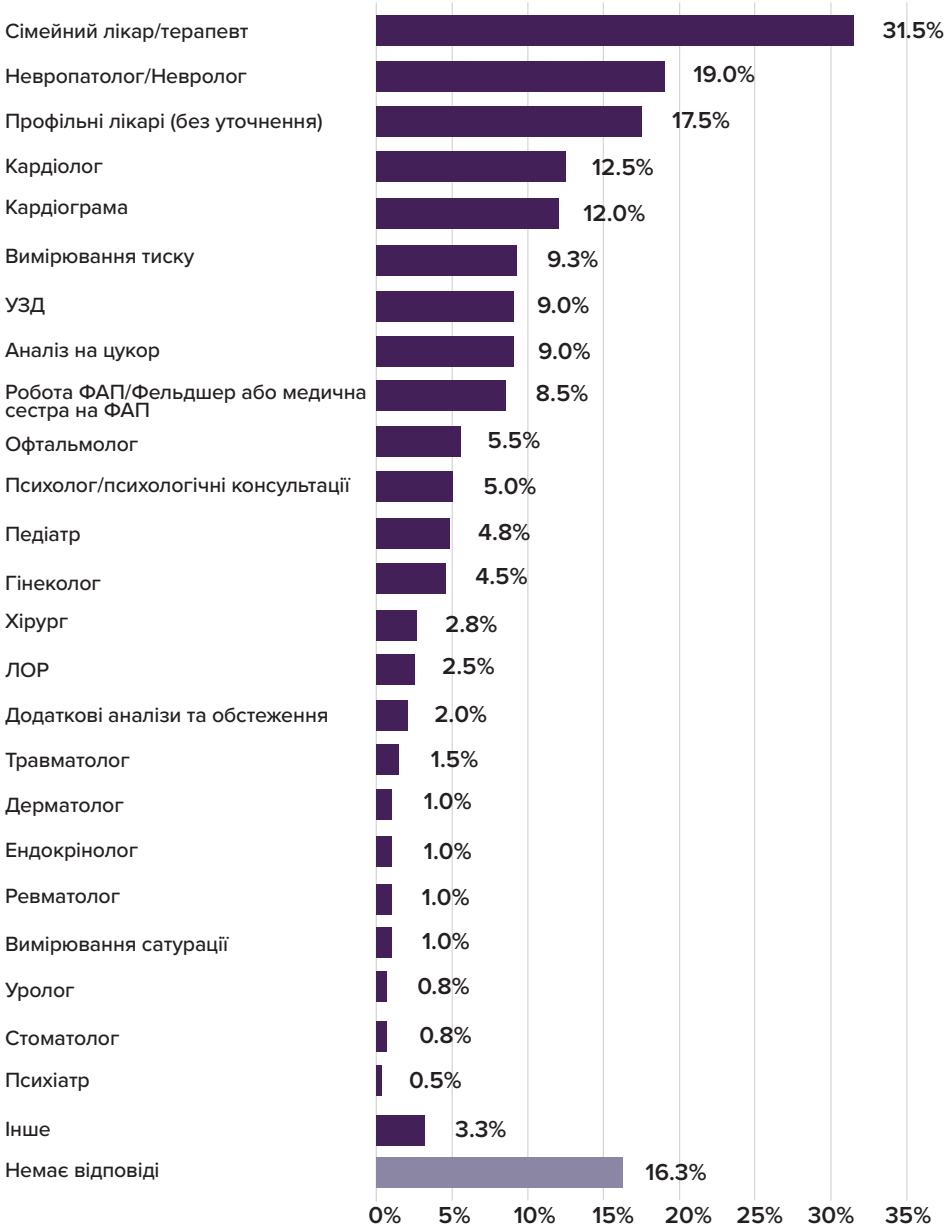
«Підключіть будь-ласка спеціалістів для хлопчиків, які нас захищали а наразі без рук ніг.... Це така біль»

«До прикладу залучення окуліста та можливості надання безкоштовних окулярів для ветеранів»

«Профільні спеціалісти, тести на ВІЛ, тести на вагітність»

«Щоб їздили лікарі і по людям, які лежачі».

Рисунок 89. Найбільш затребувані послуги та медичні фахівці на думку респондентів (Які послуги або робота яких медичних фахівців є найбільш потрібними і важливими для вас? Це можуть бути як послуги, які вже надаються Проєктом, або нові, які Ви можете запропонувати.)



Якщо говорити про **інші послуги або ініціативи, які могли б бути корисними для респондента та його громади, але ще не пропонуються в рамках проєкту**, опитані частіше за все згадували профільних лікарів та обстеження (в складі ММК або стаціонарно) - 25,5%. Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

- **Профільні лікарі та обстеження (в складі ММК або стаціонарно) - 25,5% (часто згадується в Чернігівській та Київській областях)**

«Кабінет стоматолога, лабораторія»

«Дитячий лікар»

«Щоб був зубний лікар»

«УЗД»

«Гінеколог, ЛОР, окуліст»

«Лаборанти для взяття аналізів»

«Добавити профільних лікарів»

«Ще б педіатра добавити»

«Більше вузькопрофільних фахівців»

«На постійній основі щоб був лікар у селі, хоча б два рази на тиждень»

«Масажний кабінет потрібен, в тому числі і безкоштовні масажі»

Також досить часто називали наступні ініціативи:

1. ***Транспортні послуги / наявність транспортного сполучення (13,8%)***
2. ***Покращення інфраструктури села (пошта, банкомат, перукарня та інше) – 13,0%***
3. ***Аптеки та доступ до ліків (11,8%)***
4. ***Інфраструктура та послуги для дітей та молоді (11,3%)***
5. ***Робота ФАП/Фельдшер або медична сестра на ФАП (10,8%)***

Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

1. Транспортні послуги / Наявність транспортного сполучення (13,8%) (частіше згадується в Житомирській та Чернігівській областях)

«Щоб ходив автобус за графіком, бо немає взагалі ніякого сполучення»

«Хоча б раз у тиждень ходив автобус у район»

«Покращити якість доріг, відновити роботу транспорту»

«У нас немає хороших доріг»

«Щоб було зручне транспортне сполучення, автобус за графіком»

«Покращити транспортне забезпечення у селі, підвоз дітей до центру творчості, щоб діти мали змогу відвідувати гуртки за інтересами»

«Щоб автобус заходив у село»

«Транспортні послуги для пенсіонерів, які потребують обстеження в областях»

«Транспортні перевезення до Київських медичних закладів для категорії населення, які дійсно цього потребують»

«Відсутнє транспортне сполучення»

«Зробити кращу дорогу, бо важко їздити транспортом»

«Покращити транспортне сполучення у громаді, щоб транспорт ходив кожного дня»

«Транспортні послуги для маломобільних мешканців»

«Покращити стан дорожнього покриття та транспортне сполучення, тобто громадський транспорт»

«Щоб був автобус за розкладом. Хоч би раз у тиждень. Бо немає чим доїхати до Народичів. Бо ми відрізані від усіх. Винаймати машину дуже дорого»

«Щоб було краще автобусне сполучення та пільги на проїзд пенсіонерам»

«Щоб ходив автобус у село, бо до війни ходив, а зараз ні»

«Щоб автобус ходив у Народичі, бо треба винаймати машину. А це 300 гривень»

«Транспортування важкохворих, щоб було доступне, так як населення не знає, що ці послуги надаються, більше інформації для населення»

2. Покращення інфраструктури села (пошта, банкомат, перукарня та інше) – 13,0% (часто згадується в Житомирській області)

«Відновити роботу Укрпошти. Потрібен банкомат»

«Потрібна стаціонарна робота Укрпошти у селі, аптека»

«Не вистачає у селі перукарні, кафе. Потрібен банкомат. Було б до-

бре мати в селі ветаптеку»

«Відкриття спортивного великого комплексу, з басейном, фітнес залом для дітей та дорослих»

«Потрібна перукарня, банкомат, бо щоб зняти кошти, треба їхати в Олевськ»

«Поставити банкомат, або відкрити відділення банку»

«Щоб була перукарня, швейний цех. Ксерокс. Щоб була можливість зробити ксерокопії. Потрібен банкомат»

«Щоб були послуги перукаря, спортивний майданчик для усіх»

«Гуртки для дітей, можливо і для дорослих за інтересами: спорт, хореографія, творчості. В селі не працює навіть бібліотека»

«Було б добре облаштувати тренажерний зал»

«Щоб у нас зробили кафе, щоб можна було відзначити якусь подію»

«Щоб створювалося нове виробництво та були робочі місця для жителів громади»

3. Аптеки та доступ до ліків (11,8%) (часто згадується в Житомирській області).

«Щоб були в аптеці усі ліки, бо деяких немає і треба їхати в Житомир або в Овруч»

«Аптека щоб частіше приїздила»

«Розширити кількість ліків в аптечному пункті»

«Безкоштовні ліки для певних категорій»

4. Інфраструктура та послуги для дітей та молоді (11,3%) (часто згадується в Житомирській області).

«Дитячий майданчик з сучасним обладнанням, міні-футбольне поле, спортивні секції»

«Потрібен спортивний простір для дітей»

«Потрібно відкрити гуртки за інтересами для дітей, щоб проводити дозвілля»

«Простір для дітей шкільного віку»

«Було б добре облаштувати дитячий майданчик або простір для до-

звілля дітей, роботу гуртків»

«Облаштувати дитячий майданчик з сучасним обладнанням: качелі, горки, каруселі. Також потрібні гуртки для розвитку творчості для дітей»

«Немає дитячого садка для дітей. Дитячий майданчик не відповідає нашим потребам. Немає гуртків для розвитку дітей шкільного віку. Це все потрібно для жителів села»

«Не вистачає дитячого садочка, немає куди діти дитину, щоб піти на роботу. Потрібен облаштований дитячий майданчик»

«Відкрити простір психосоціальної підтримки для дітей»

«Клуби за інтересами для дітей та молоді, або простори психологічної підтримки, де вони могли би спілкуватися»

«Потрібен простір психологічної підтримки для дітей та підлітків, гуртки для розвитку і проведення вільного часу»

«Погано, що немає дитячого садка, бо дитину немає з ким залишати»

5. Робота ФАП/Фельдшер або медична сестра на ФАП (10,8%) (часто згадується в Житомирській області).

«Треба відновити роботу ФАПу, повернути на роботу фельдшера»

«Щоб була аптека, лікар тут, на місці. Хоча б фельдшер. Ту немає нічого, навіть автобуси не ходять. Живемо як отшельники»

«Нехай не закривають медпункт у селі, а краще його відремонтують»

«Щоб був повноцінний медичний пункт на місті з опаленням»

«Щоб була машина швидкої допомоги»

«Для швидкої допомоги доповнити обладнання»

«Нехай би дали швидку на ФАП»

Також серед можливих ініціатив 4,3% опитаних назвали соціальну підтримку та взаємодію.

Див. цитати з відповідями респондентів нижче:

Соціальна підтримка та взаємодія (4,3%) (часто згадується в Житомирській області)

«Облаштувати простір психологічної підтримки»

«Група підтримки, періодично, систематично. Коло спілкування, творчі майстерні, арт-терапія»

«Щоб був простір або клуб для людей похилого віку»

«Дозвілля для дітей, молоді та пенсіонерів. Відремонтувати сільський клуб»

«Тренувальна зала. Клуб за інтересами для дорослих»

«Щоб відновили роботу клубу, гуртки за інтересами для дорослих одиноких людей села»

«Було б добре облаштувати тренажерний зал»

«Може соціальна допомога для пенсіонерів, продуктові набори. Покращити роботу соціальних працівників»

Також серед інших пропозицій називали:

«Безкоштовні ліки, тести, спіралі, презервативи, окуляри»

«Щоб виділили кошти для вакцинації дівчаток від папіломо вірусу»

«Можливо на базі мобільної бригади щось саме для підлітків. Адже прогнозують знову епідемію ВІЛ, тому підлітки повинні бути обізнаними»

«Організувати послугу заготовки дров. Бо загалом люди тут похилого віку»

«Потрібно, щоб була доставка газових балонів у село»

«Потрібно провести газове постачання в село, або хоча б балони підвозили»

«Для ветеранів ЗСУ яких у нас в громаді вже чимала кількість»

«Послуги для людей лежачих»

«Щоб були візити до старих людей, з ліками, рекомендаціями, до тих кому важко рухатись самостійно»

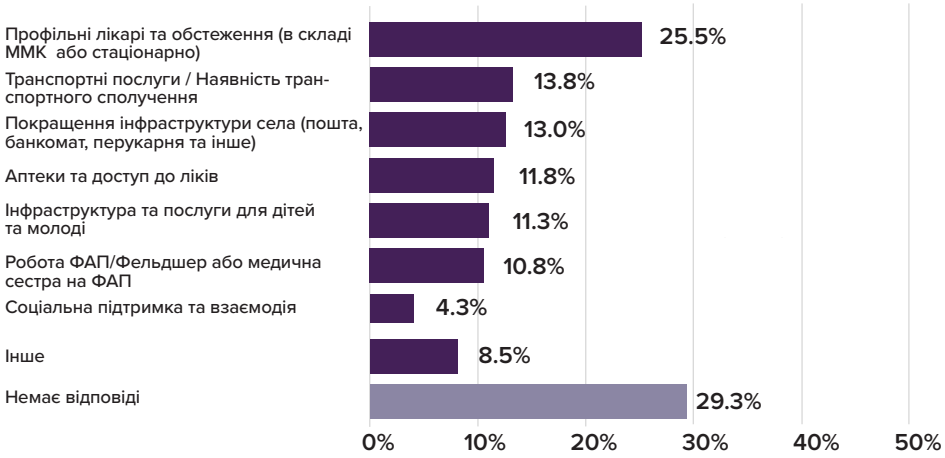
«Консультації юриста безкоштовно для жителів громади»

«Реабілітація для ветеранів»

«Щоб їздили частіше, щоб обслуговували більше людей»

При цьому, майже третина опитаних (29,3%) не змогла відповісти на запитання про те, які інші послуги або ініціативи могли б бути корисними для них або їхньої громади.

Рисунок 90. Пропозиції щодо шляхів покращення послуг від проєкту (Якщо говорити про те, як можна покращити послуги від Проєкту, які конкретні зміни ви хотіли би запропонувати?)



6.4. Якісний компонент – ФГ

(Завдання 4)

Охоплення цільової аудиторії (N-16):

Організатори медичних та психосоціальних послуг: 1 Голова громади, 6 Заступників голов громад, 5 Директорів ЦПМСД, 3 Директора УСЗН, 1 Координатор МАП (N-16). Гендерне охоплення: 10 жінок і 6 чоловіків.

Із 16 учасників дослідження 4 учасника приймали участь у глибинних інтерв'ю, інші 12 учасників приймали участь у дослідженні вперше.

Очікування від проєкту

Організатори послуг висловлювали високі очікування від проєкту, враховуючи критичну потребу в наданні медичних та психосоціальних послуг уразливим групам під час війни. Головним завданням було забезпечити доступ до медичних препаратів та допомогу людям із хронічними захворюваннями. Хоча на початку реалізації виникали сумніви щодо ефективності психологічної допомоги через відсутність культури звернення до психологів серед населення, ці стереотипи поступово вдалося подолати. Наразі спостерігається стабільний високий попит на психологічні послуги, що перевищив очікування.

Окремі аспекти проєкту, як-от робота ММК, МАП і ППП, суттєво задовольнили потреби громади. Люди активно користуються цими послугами, а повторні звернення до психологів демонструють ефективність їхньої роботи. Також відзначено прогрес у подоланні соціальної стигматизації щодо звернень до психологів і психіатрів.

Водночас одне з очікувань проєкту залишилося нереалізованим — забезпечення стабільного інтернет-зв'язку. Попри закупівлю модемів, покриття залишалося недостатнім, особливо у віддалених громадах. Це ускладнювало виписку пільгових рецептів та інші онлайн-процеси, змушуючи працівників переносити частину роботи додому. Обіцяне обладнання для стабільного інтернету, як-от Starlink, так і не було встановлено, що створювало додаткове навантаження на медичні команди.

"Дякую. Дякую. Хотів би... Якщо ви говорите про очікування, які не збулися, думаю, що для всіх наших колег таке ж саме проблемне питання, як і у нас, це інтернет-зв'язок. Все-таки запропонували нам,

закупили модеми, там попробували ми вставляти різні пакети інтернет-зв'язку такого сотового, немає у нас можливості ні Київстаром, ні МТСом, щоб покривало у всіх громадах інтернет. І сьогодні це велика проблема. Колега сказала, що дійсно лікар може виписати рецепт на фармакологічний препарат тільки на наступний день, у зв'язку з тим, що відсутній інтернет. І от виїзд мобільного аптечного пункту не може пов'язатися по виписанню пільгових медикаментів у зв'язку з тим, що відсутній інтернет. Дуже так велика проблема. І я очікував, обіцяли... І донор... Ну... як-то би погодив закупити обладнання Starlink для того, щоб був гарний інтернет. Ну, сьогодні його немає. І це дає навантаження на нашу команду, що всю роботу, яку вони роблять під час виїзду, переносять додому і дороблюють його дехто навіть вночі, до ночі, тому що в зв'язку з відсутністю інтернету робота дороблюється вже вдома."

Чоловік, Київська обл., Тетіївська ТГ

Короткий підсумок

Більшість очікувань від проєкту реалізувалися або навіть перевищили сподівання, особливо у сфері мобільних медичних, аптечних і психологічних послуг. Спостерігалося активне залучення населення до цих програм, зростання довіри до психологів і прогрес у подоланні соціальних бар'єрів. Однак, відсутність стабільного інтернету залишилася критичним невирішеним питанням, що ускладнювало оперативну роботу та впливало на ефективність комунікацій. Для подальшого успіху проєкту необхідно вирішити проблему інтернет-зв'язку, забезпечивши доступ до сучасних технологій у віддалених громадах.

Взаємодія в межах проєкту

Респонденти акцентували увагу на різноманітних формах взаємодії, які мали місце в межах реалізації проєкту. Основними учасниками процесу були місцеві органи влади, медичні та соціальні установи, донори й їхні партнери. До проєкту залучалися голови громад, їхні заступники, старости, а також амбасадори здоров'я. Спільно вони вирішували питання організації виїздів ММК і МАП, розповсюдження інформації та координації дій у громадах. Регулярно проводилися зустрічі для обговорення графіків виїздів і організаційних деталей.

Медичні заклади активно співпрацювали з проєктом через підписані меморандуми, що дозволяло залучати персонал ЦПМСД до роботи ММК. Соціальні служби працювали з вразливими групами, такими як

люди старшого віку та люди з інвалідністю. Однак взаємодія з соціальними службами не була системною, тоді як медична складова отримала пріоритет.

Донори, такі як USAID і ПАКТ, забезпечували регулярний зворотній зв'язок та підтримку. Корисною виявилася також співпраця з Чернігівською мережею людей, які живуть з ВІЛ. Регіональні координатори забезпечували постійну комунікацію й оперативну допомогу в разі виникнення проблемних ситуацій.

МАП взаємодіяли з представниками ПАКТ, які відповідали за виконання і координацію роботи. Координатори МАП контактували з представниками громад для узгодження графіків, асортименту ліків та отримання зворотного зв'язку щодо попередніх замовлень.

Рекомендації для покращення взаємодії

- Синхронізація графіків ММК і МАП. Необхідно узгоджувати роботу мобільних команд для одночасного надання медичних і фармацевтичних послуг. Це дозволить уникнути дублювання зусиль і підвищить ефективність виїздів.
- Покращення інтернет-зв'язку. Віддалені громади потребують стабільного доступу до інтернету для забезпечення якісної комунікації між командами.
- Розширення навчання. Збільшення кількості офлайн-навчань для організаторів і надавачів послуг сприятиме підвищенню їхньої кваліфікації.
- Співпраця з відділами освіти. Залучення відділів освіти допоможе інформувати молодь і батьків про доступні послуги.
- Координація з транспортними службами. Налагодження зв'язку з транспортними сервісами сприятиме вирішенню логістичних проблем, особливо для доставки пацієнтів.
- Моніторинг ефективності. Впровадження систематичного збору даних про потреби та ефективність роботи напрямків проєкту дозволить краще адаптувати послуги.
- Центральний координатор. Запровадження ролі центрального координатора для організації роботи МАП і транспортування пацієнтів оптимізує роботу та вирішення оперативних питань.

“Це допоможе більш ефективно надавати послуги фармацевтичні та медичні послуги, оскільки є банальні там поняття формування дефектури, виписування рецептів, робота з доступними ліками. Ну, наприклад, там був там зміна переліку - не завжди це враховується. Не завжди повне покриття, частково покриття, там змінився перелік лікарських засобів. Коли у нас працювала одночасно і фармацевт і працювала лікар, був діалог, була коригування деяких призначень у відповідності до наявності або на нового переліку доступних ліків. І тоді відпуск цих ліків був більш, скажем так, продуктивним.”

Жінка, координатор МАП

Короткий підсумок

Проєкт продемонстрував успішну взаємодію з місцевими органами влади, медичними установами та донорами. Проте для підвищення ефективності потрібні поліпшення в координації роботи мобільних команд і аптек, забезпеченні інтернет-зв’язку, систематизації збору даних і навчання персоналу. Співпраця з новими партнерами, такими як відділи освіти та транспортні служби, може забезпечити кращий доступ до послуг у громадах.

Підтримка впровадження проєкту

Організатори послуг відзначили важливу роль допомоги, отриманої від донорів, місцевих громад, медичних закладів та установ соціального захисту для запуску й реалізації проєкту.

Допомога від донорів і їхніх партнерів включала фінансову підтримку, організацію тренінгів (онлайн і офлайн) для підготовки персоналу, забезпечення необхідного обладнання, медикаментів і транспортних засобів. Донори також надавали координаційну підтримку та проводили регулярні зустрічі для моніторингу проєкту.

Місцеві громади сприяли впровадженню програм через надання приміщень для організації ППП та інших ініціатив. Громади брали участь у ремонті, підготовці приміщень та забезпеченні електромережі для роботи медичного обладнання. Інформування населення здійснювалося через старост, місцевих активістів та амбасадорів здоров’я.

Медичні заклади й установи соціального захисту підтримували проєкт через залучення фахівців (лікарів, медичних сестер) до ММК, а також соціальних працівників і психологів до роботи в командах і ППП.

Рекомендації щодо подальшої підтримки функціонування проєкту:

- Забезпечити додаткове обладнання для ММК, зокрема мамографи, флюорографи та апарати УЗД.
- Надати більше техніки для соціального блоку, зокрема планшети та комп'ютери для онлайн роботи.
- Покращити доступ до інтернету у віддалених громадах.
- Залучити більше ресурсів для транспортування пацієнтів із важкодоступних регіонів.
- Продовжити організацію офлайн-тренінгів для підвищення кваліфікації персоналу.
- Включити більше соціальних програм для забезпечення комплексного підходу.

"Ми, мабуть, граємо основну роль в організації роботи цього простору, тому що частіше всього ці заходи проводять на базі наших закладів. Наші працівники підготують заклади для того, щоб там можна було проводити прийом. Топлять, прибирають. Наші медпрацівники, як і казала колега з Олевська, Наталія. Що ми і збираємо, інформуємо, повідомляємо і про приїзд бригади, і про виїзд мобільного аптечного пункту. Співпрацюємо із колегами з Територіального центру надання соціальних послуг. Як можемо допомагаємо всіма силами."

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

Короткий підсумок

Проєкт продемонстрував ефективну співпрацю між донорами, громадами, медичними установами та соціальними службами. Підтримка охопила фінансову, технічну та організаційну складові, забезпечуючи доступність медичних і психологічних послуг для населення. Водночас залишаються виклики, зокрема щодо технічного оснащення, доступу до інтернету та покращення логістики. Для подальшого розвитку рекомендовано посилити технічну базу, удосконалити транспортні послуги та інтегрувати більше соціальних програм для комплексного підходу.

Проблеми медичної системи громади

Учасники ФГ окреслили основні проблеми, які обмежували ефективність медичної системи громад:

- **Логістика та доступність.** Віддаленість населених пунктів від медичних закладів (до 50–100 км) і погане транспортне сполучення створювали значні труднощі для доступу до медичних послуг.

Особливо це стосувалося маломобільних пацієнтів, для яких транспортування залишалося практично недоступним.

- **Інфраструктура.** ФАПи перебували у занедбаному стані, із браком опалення, обмеженими приміщеннями та відсутністю необхідного обладнання.
- **Фінансова недоступність.** Значна частина населення не могла дозволити собі регулярні поїздки до медичних закладів чи купівлю медикаментів, що ставало додатковим бар'єром у доступі до медичних послуг.
- **Занедбане здоров'я населення.** Багато людей роками не зверталися до лікарів, що призводило до загострення хронічних захворювань і пізньої діагностики серйозних хвороб.

Вплив проєкту на медичну систему громади

Проєкт мав значний позитивний вплив на ситуацію. Виїзди ММК і МАП дозволили забезпечити мешканців базовими медичними та фармацевтичними послугами безпосередньо на місцях. Регулярні виїзди сприяли виявленню захворювань на ранніх стадіях та підтримці пацієнтів із хронічними хворобами. Робота психологів допомогла подолати негативне ставлення до ментального здоров'я, поступово знижуючи стигматизацію звернень за психологічною підтримкою.

Як проєкт міг би ще допомогти

Організатори послуг запропонували такі напрями для подальшого вдосконалення:

- **Інфраструктура.** Ремонт ФАПів, забезпечення їх опаленням, обладнанням та комфортними умовами для роботи медичних працівників.
- **Гуманітарна допомога.** Організація програм для забезпечення ліками малозабезпечених та вразливих груп населення.
- **Транспорт.** Впровадження спеціалізованих транспортних послуг для перевезення пацієнтів до медичних закладів.
- **Розширення спектру послуг.** Збільшення частоти виїздів ММК і МАП, а також доступу до вузьких спеціалістів (гінекологів, кардіологів, неврологів, офтальмологів). Запровадження реабілітаційних послуг для пацієнтів із важкими хронічними хворобами та постінсультними станами, а також рання діагностика онкологічних захворювань.

Визначені виклики

Деякі організатори висловили занепокоєння щодо можливості реалізації запропонованих покращень через обмежену інфраструктуру. Зокрема, виникали сумніви щодо спроможності ФАПів приймати вузьких спеціалістів і розміщувати додаткове технічне обладнання, наприклад мамографи чи УЗД. Було наголошено, що лише в окремих громадах є відповідні амбулаторії, тоді як більшість ФАПів перебувають у незадовільному стані.

“Колеги, я цілком згодна із шикарним цим набором покращеним, що називається оцих послуг, і гінекологів, і мамограф. Єдине питання, а де це все розташовують? У ваших ФАПах достатньо місця для того, щоб надати місце роботі того ж самого окремо в кабінеті гінеколога чи мамограф там поміститься? Ми можемо фантазувати на цю тему, бозна скільки. Але, фактично ми приїжджаємо в забуте богом село на ФАП, де дві кімнати. В одній ютиться соціальний блок, в другій лікар і лікар ще вузького профілю, скажімо. Де це все ви бачите у цій діяльності? Може, ви щось підкажете, як на мене, то у нас, хіба що, в двох селах в амбулаторіях можна це все розташувати. Але ж в амбулаторіях ми не приймаємо командами ММК.”

Жінка, Чернігівська обл., Варвинська ТГ

Короткий підсумок

Проєкт продемонстрував значний позитивний вплив на медичну систему громади, покращивши доступність базових послуг і сприяючи зміні ставлення населення до ментального здоров’я. Однак проблеми медичної системи залишаються комплексними: вони охоплюють віддаленість населених пунктів, занедбану інфраструктуру, фінансові труднощі населення та низький рівень обізнаності. Для подальшого покращення необхідне системне вирішення питань логістики, інфраструктури, фінансування та розширення спектру послуг, включаючи гуманітарну допомогу та доступ до спеціалістів.

Рекомендації щодо змін

Результати проведених ФГ висвітлюють ключові напрями вдосконалення проєкту. Організатори послуг запропонували наступні заходи:

- ***Покращення доступності медичних послуг через ММК:***
  - Залучення додаткових кадрів, зокрема лікарів загальної практи-

ки, медичних сестер та психологів.

- Розробка спільного графіка для ММК і МАП для одночасного надання медичних і фармацевтичних послуг.
- Оснащення ММК портативним діагностичним обладнанням, зокрема мамографами, флюорографами та лабораторними аналізаторами для ранньої діагностики.
- Встановлення фіксованих графіків виїздів із завчасним інформуванням через місцеві ЗМІ, афіші та соціальних працівників.
- Охоплення найменших населених пунктів, незалежно від чисельності населення.

◆ ***Координація роботи МАП:***

- Узгодження виїздів із графіками ММК для забезпечення комплексного обслуговування населення.
- Розширення асортименту ліків із доступними цінами.
- Продовження інформаційних кампаній через старост, школи та культурні заклади.
- Використання друкованих матеріалів для інформування літніх людей, які не користуються інтернетом.
- Активне залучення місцевих лідерів та активістів.

◆ ***Оптимізація логістики:***

- Базування транспорту для ММК у регіонах, наближених до громад, для зменшення витрат.
- Забезпечення стабільного інтернету для якісної роботи ММК, МАП і ППП.
- Оптимізація маршрутів аптечних пунктів із врахуванням найвіддаленіших населених пунктів.

◆ ***Підвищення кваліфікації фахівців:***

- Організація регулярних тренінгів для лікарів, соціальних працівників і психологів.
- Надання житла, фінансових пільг і професійного розвитку для залучення молодих спеціалістів у громади.

◆ ***Розширення спектру послуг:***

- Посилення психосоціальної підтримки для людей, які пережили травматичний досвід.

- Забезпечення можливості проведення базових лабораторних аналізів і профілактичних обстежень на місцях.

◆ ***Покращення взаємодії між службами:***

- Співпраця з місцевими закладами для ідентифікації пацієнтів, які потребують обслуговування в першу чергу.

◆ ***Моніторинг і зворотний зв'язок:***

- Регулярне анкетування населення щодо якості послуг і потреб громади.

◆ ***Фінансова підтримка:***

- Залучення додаткового фінансування через грантові програми та партнерство з міжнародними організаціями.
- Розробка програм для покриття витрат на ліки та медичні послуги для малозабезпечених груп населення.

"На мою думку, треба мабуть, щоб лікарі, які працюють в мобільній бригаді, тісніше співпрацювали з лікарями тих закладів, куди вони виїжджають, щоб ми обслуговували не тих пацієнтів, які постійно приходять, а тих пацієнтів, які не звертаються до лікаря. Щоб робити от виборку цих пацієнтів, які не звернулися на протязі року і щоб ми могли їх під час виїзду в мобільній бригаді в першу чергу подивитися. Те, що стосується первинної медичної допомоги. Це така моя думка, раз. І друга, що стосується аптечних пунктів. Можливо зробити виїзд фіксований, щоб аптечний пункт приїжджав в якийсь конкретний день. П'ятниця чи субота третя, п'ята, то єсть, третя друга, третя. І щоб люди знали, що імєнно в цей день буде аптечний пункт. Вони б мали змогу заздалегідь виписати ліки і чекати приїзду аптечного пункту."

Жінка, Житомирська обл., Словечанська ТГ

Короткий підсумок

Рекомендації спрямовані на збільшення частоти виїздів мобільних команд, покращення інфраструктури та логістики, розширення спектру послуг, залучення додаткових ресурсів і підвищення кваліфікації персоналу. Впровадження цих заходів сприятиме сталості та ефективності проєкту, покращенню доступу до медичних і соціальних послуг у громадах, особливо у віддалених районах.

7. Висновки та рекомендації

Кабінетний аналіз програмних даних (Завдання 1)

Висновки:

1. Проєкт охопив 91% мешканців обраних громад, зосередившись на віддалених та ізольованих населених пунктах, де обмежений доступ до медичних послуг. Наприклад, у Народицькій громаді ММК відвідали 22 з 65 населених пунктів (34%), де проживає 54,7% мешканців. Населені пункти з власними ЗОЗ (ЦПМСД чи інші) не відвідувалися. Більшість населених пунктів були відвідані ММК 2 або більше разів (78% від усіх візитів), що забезпечило сталість послуг і задоволеність клієнтів.
2. Крім медичних послуг, значний попит мали психосоціальні послуги. Проведено 3971 скринінг на депресію (16% позитивних), 1757 скринінгів на тривожність (31% позитивних) та 1551 скринінг на ПТСР. Це свідчить про ефективність ММК у вирішенні актуальних проблем уразливих громад та на значний запит на психосоціальну допомогу. Велика частка позитивних результатів скринінгів на серцево-судинні захворювання (84%) і діабет (49%) підкреслює актуальність роботи проєкту щодо виявлення та лікування цих хвороб.
3. Результати варіюються між громадами, що може свідчити як про різницю в інтенсивності проявів проблем у мешканців, так і про адресний підхід до проведення скринінгів, який враховує ризики, вік та стать клієнтів. Отримані дані демонструють необхідність посилення профілактики та управління такими станами, як діабет, серцево-судинні захворювання та психічні розлади.
4. Повторні скринінги через 2–3 місяці проводилися для підтвердження ризику НІЗ, моніторингу лікування та своєчасного виявлення змін у стані клієнтів із психічними розладами. Аналіз вікового та статевого складу показує, що скринінги зосереджувалися на групах ризику, що відповідає стандартам і дозволяє ефективно використовувати ресурси.
5. Амбасадори здоров'я відіграють важливу роль у перенаправленні клієнтів до ММК. У Житомирській області вони провели понад

2 тисячі консультацій, що свідчить про ефективність їхньої роботи. Однак програма амбасадорів потребує подальшого вивчення, включаючи проведення цільових опитувань чи оглядів, для її детального опису, аналізу та розробки рекомендацій для органів місцевого самоврядування. та міжнародних партнерів. Особливо важливим є прорахунок економічної доцільності програми для оцінки можливостей її масштабування чи впровадження подібних ініціатив в інших громадах. Також необхідно покращити документування роботи амбасадорів у базі DataCheck для підвищення прозорості та аналітичної цінності даних.

6. У громадах Київської області проводилась більша кількість скринінгів на домашнє насильство порівняно з іншими регіонами, проте частка позитивних результатів була нижчою. Це може свідчити про те, що скринінги проводились не цілеспрямовано, відповідно до ознак ГЗН, а охоплювали всіх клієнтів без урахування індивідуальних ризиків. Для підвищення ефективності скринінгів доцільно впровадити адресний підхід, зосереджуючись на клієнтах із підвищеним ризиком ГЗН.
7. Розповсюдження інформаційних матеріалів охопило понад 5 тисяч клієнтів, що є важливим кроком у підвищенні обізнаності про послуги проєкту. Інформаційно-просвітницька діяльність також сприяла популяризації здорового способу життя, піклуванню про фізичне та психічне здоров'я, що є ключовими елементами профілактики та зміцнення здоров'я населення.
8. Рівень використання програми «Доступні ліки» становив 11%, Такий результат свідчить про доволі ефективну роботу МАП, навіть попри те, що в досліджуваний період вони повноцінно працювали лише у Київській області. Основними факторами, які впливають на доступність програми, є відсутність необхідних ліків у МАП, складнощі з отриманням е-рецепта та обмеження програми щодо реімбурсації дво- і більше компонентних препаратів, які не підлягають відшкодуванню. Однак із січня 2025 року очікуються позитивні зміни у програмі, що може покращити ситуацію. Для більш глибокого аналізу програми необхідне розширення вибірки та періоду спостереження.

Рекомендації:

1. Розширити маршрути ММК, включаючи великі села, такі як Калинівка, Радча, Яжберень та інші, для забезпечення доступу до медичних послуг більшої кількості мешканців.
2. Оптимізувати роботу ММК, впровадивши систему Case++ або подібне рішення для збереження даних про результати скринінгів, що зменшить кількість необґрунтованих повторних обстежень.
3. Оскільки ММК відвідують населені пункти громад декілька разів протягом року, проводити моніторинг стану тих клієнтів, які звертаються повторно і коригувати допомогу/рекомендації згідно із зафіксованими змінами.
4. Підвищити ефективність профілактичної роботи, розширивши освітні кампанії щодо серцево-судинних захворювань, діабету та психічного здоров'я.
5. Провести детальне вивчення потреб населення в лікарських засобах, які підлягають реімбурсації, із залученням даних про найбільш запитувані препарати. На основі отриманих даних звернутися до НСЗУ з пропозицією розширення асортименту ліків, включених до програми, та перегляду умов доплат, щоб покращити доступність цих медикаментів для мешканців віддалених громад, обслуговуваних МАП.
6. Посилити співпрацю між ММК та ППП, зокрема для перенаправлення клієнтів із психічними розладами.
7. Продовжити залучення амбасадорів здоров'я до інформування мешканців про можливості, які надають не лише ММК, а й МАП, СТП та ППП. Подальша діяльність у цьому напрямі сприятиме підвищенню обізнаності населення про доступні сервіси, розширенню охоплення пріоритетних груп та ефективному використанню всіх компонентів проєкту.
8. Сприяти ширшому використанню СТП та популяризувати цю послугу серед мешканців ТГ.
9. Запровадити регулярний моніторинг результатів виконання індикаторів та проводити незалежний аналіз для виявлення специфічних потреб і особливостей регіонів. Для підвищення ефективності роботи команд організовувати офлайн зустрічі та сесії спільнот

практики для обміну досвідом, аналізу варіацій результатів між громадами та напрацювання колективних рішень для покращення показників.

Кількісний компонент - опитування (Завдання 3)

Висновки:

1. Більшість респондентів оцінили свій стан здоров'я як «середній» (65%), причому найгірші оцінки зафіксовані в Чернігівській області. Варвинська територіальна громада вирізняється найкращими показниками: 94% респондентів оцінили свій стан здоров'я як «добре» або «середнє», і лише 6% дали негативну оцінку («погане» або «дуже погане»). У Срібнянській громаді, навпаки, зафіксовано найвищий відсоток негативної оцінки стану здоров'я – 34%. Талалаївська громада займає проміжне положення з 24% негативних оцінок.
2. Майже половина респондентів зазначили труднощі з купівлею або отриманням ліків, зокрема через їхню високу вартість (88%) і проблеми з логістикою (38%). Найбільше проблем із доступом до ліків спостерігається у Житомирській області. Труднощі з купівлею чи отриманням необхідних ліків є ключовою проблемою мешканців громад, де працює проєкт.
3. Більше половини опитаних (57%) не знають про доступність психологічних послуг у своїй громаді, що свідчить про низький рівень обізнаності. Водночас запит на психологічну допомогу залишається високим: 80% опитаних скористалися психосоціальними послугами, які надавалися ММК. Це підкреслює важливість підвищення поінформованості населення про доступність таких послуг та їх значення для збереження психічного здоров'я.
4. 95% опитаних скористалися послугами ММК, що свідчить про високу доступність і актуальність цієї компоненти проєкту. Послугами МАП скористалися лише 18% опитаних, попри значний запит на ці послуги. Такий показник пояснюється тим, що на період дослідження МАПи працювали повноцінно лише у Київській області, що обмежило їх доступність для мешканців інших регіонів.
5. Результати показують, що більшість клієнтів залишилися дуже

задоволеними послугами проєкту. Медичними послугами були «дуже задоволені» 86% респондентів, «скоріше задоволені» – 14%. Психосоціальними послугами залишилися «дуже задоволені» 85% і «скоріше задоволені» – 14%. Послугами ППП «дуже задоволені» 91% і «скоріше задоволені» – 9%. Між регіонами статистично значущої різниці в оцінках цих послуг не спостерігається. Однак рівень задоволеності послугами МАП нижчий. «Повністю задоволені» цією послугою 76%, «скоріше задоволені» – 18%, тоді як 4% респондентів залишилися «повністю» або «скоріше» незадоволеними. Серед причин незадоволеності найчастіше згадувалася відсутність необхідних ліків, наприклад: «Не було потрібних ліків, навіть цитрамона». У Житомирській області рівень оцінок роботи МАП гірший, ніж у Чернігівській та Київській областях, де значущої різниці між оцінками не зафіксовано. Відкриті відповіді респондентів підтверджують загальну задоволеність послугами проєкту. Зокрема, 87% респондентів не змогли надати жодних зауважень чи скарг, а ще 7,8% зазначили, що їм усе сподобалося.

Рекомендації:

1. Розширити маршрути ММК з урахуванням віддалених населених пунктів для забезпечення рівного доступу до медичних послуг.
2. Покращити інформування населення про доступні послуги, включаючи використання SMS-розсилок, соціальних мереж і оголошень.
3. Забезпечити доступність МАП, розширивши асортимент ліків та збільшивши частоту виїздів. Це є ключовим напрямом, покращення якого сприятиме підвищенню рівня задоволеності клієнтів проєктом.
4. Розширити спектр послуг СТП, додавши обстеження, такі як УЗД, рентген, МРТ, і консультації вузькопрофільних спеціалістів (гінеколога, кардіолога, офтальмолога).
5. Посилити роботу з психологічною допомогою: провести інформаційні кампанії для підвищення обізнаності про психологічні послуги; розширити діяльність ППП і включити дитячих психологів.
6. Розглянути можливість надання безкоштовних ліків для вразливих категорій населення, таких як пенсіонери та ветерани.
7. Врегулювати температурний режим у приміщеннях під час роботи ММК, щоб забезпечити комфорт пацієнтам.

Якісний компонент – ГІ та ФГ (Завдання 2, 4)

Висновки:

1. Пріоритетна роль ММК. На думку більшості учасників ФГ, ММК значно покращили доступ до медичних і психосоціальних послуг у віддалених громадах. Особливо важливим є їх внесок у проведення скринінгів, консультацій та лікування завдяки комплексному підходу надання послуг. Основні проблеми включають недостатню кількість вузькопрофільних фахівців, слабку логістику, зокрема через погані дороги, і потребу в узгодженні графіків роботи з іншим напрямом проєкта - МАП.
2. Учасники ФГ обговорили зростання попиту на психологічну допомогу. ППП і психологи у складі ММК задовольняють зростаючий попит на послуги через наслідки війни. Проте доступ обмежується недостатньою кількістю психологів, низьким рівнем обізнаності та стигмою.
3. Проблеми з інфраструктурою та доступом до ліків. МАП покращили доступ до медикаментів, особливо для маломобільних груп. Проте недостатнє узгодження їх графіків із ММК знижує ефективність. Відсутність належного інтернет-зв'язку (потреба у Starlink) ускладнює роботу ММК, МАП і ППП. Часто занедбана інфраструктура сільських ФАПів створює бар'єри для якісного надання послуг.
4. Недостатність людських ресурсів. Хронічна нестача медичних кадрів, особливо молодих фахівців, обмежує можливості для якісного надання послуг. Основними причинами є перевантаженість наявного персоналу, низька оплата праці та обмежені можливості для професійного розвитку.
5. Нерівномірна обізнаність населення. Нерегулярність роботи ММК і МАП знижує ефективність інформаційних кампаній. Попри це, амбасадори здоров'я відіграють ключову роль у підвищенні обізнаності.

Рекомендації:

1. Розширити маршрути ММК та МАП. Частіше відвідувати віддалені громади з урахуванням місцевих потреб і логістики. Координувати графіки виїздів ММК і МАП для забезпечення комплексного обслуговування під час одного візиту.
2. Запровадити нові послуги та обладнання. Включити базові лабо-

раторні аналізи, портативні УЗД та рентген-апарати (мамограф, флюорограф).

3. Посилити психологічну підтримку. Розробити програми допомоги для ветеранів, дітей і молоді. Запровадити тренінги для психологів із роботи з травмами війни. Розширити кількість і технічне оснащення ППП.
4. Підвищити обізнаність населення. Використовувати місцеві ЗМІ, соціальні мережі, мобільні додатки та паперовий інформаційний матеріал для інформування. Залучати старост, амбасадорів здоров'я та соціальні служби для просування послуг.
5. Покращити транспортну доступність. Забезпечити виїзди у вихідні дні для працюючих пацієнтів. Покращити взаємодію з соціальними службами для швидкої і якісної організації транспортування пацієнтів до медичних пунктів.
6. Розвивати людські ресурси. Впровадити регулярне навчання медичних і психологічних працівників. Стимулювати молодих спеціалістів працювати в громадах через фінансові та освітні програми.
7. Забезпечити сталість проєкту: Співпрацювати з місцевими органами влади та міжнародними партнерами для фінансування. Запровадити систематичний моніторинг і менторство.

Проєкт суттєво покращив доступ до медичних і психосоціальних послуг у віддалених гро***мадах, охопивши 91% мешканців. Регулярні візити ММК, адресний*** підхід до скринінгів та робота амбасадорів здоров'я забезпечили високу ефективність і задоволеність клієнтів (95% скористалися послугами, більшість дуже задоволені).

Дослідження підкреслює значний запит на психосоціальну допомогу, важливість вдосконалення програм реімбурсації та потребу в посиленні профілактики й оптимізації логістики. Отримані дані свідчать про необхідність масштабування проєкту через співпрацю з органами місцевого самоврядування та міжнародними партнерами, з акцентом на стійкості, моніторингу результатів і впровадженні нових інструментів для довгострокового впливу.