

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ О. О. БОГОМОЛЬЦЯ

*Кваліфікаційна наукова
праця на правах рукопису*

ВОЗНЮК ВІРА ЮРІЇВНА

УДК 614.253.1:005.32:331.101.3:303.725

ДИСЕРТАЦІЯ

**ОБҐРУНТУВАННЯ СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ ЛІКАРІВ
ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ**

Галузь знань 22 «Охорона здоров'я»

Спеціальність 222 «Медицина»

Подається на здобуття наукового ступеня доктора філософії

Дисертація містить результати власних досліджень. Використання ідей,
результатів і текстів інших авторів мають посилання на відповідне
джерело _____ В.Ю. Вознюк

(підпис, ініціали та прізвище здобувача)

Науковий керівник: **Вежновець Тетяна Андріївна**, доктор медичних
наук, професор

Київ – 2024

**Вознюк
Віра
Юріївна**

Digitally signed
by Вознюк Віра
Юріївна
Date: 2024.02.28
13:07:00 +02'00'

АНОТАЦІЯ

Вознюк В.Ю. Обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів. — Кваліфікаційна наукова праця на правах рукопису.

Дисертація на здобуття наукового ступеня доктора філософії в галузі знань 22 «Охорона здоров'я» за спеціальністю 222 «Медицина» — соціальна медицина. — Національний медичний університет імені О.О. Богомольця Міністерства охорони здоров'я України, 2024.

Дисертаційна робота присвячена проблемі обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню України на основі аналізу забезпеченості лікарями загальної практики-сімейних лікарів, дослідження організації підготовки в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина, визначення вікових та статевих особливостей провідних чинників мотивації вказаних лікарів, прогнозування ризику їхньої незадоволеності роботою та дослідження професійної траєкторії від лікаря-інтерна до лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Інформаційну базу дослідження склали результати власних досліджень, що включали в себе регіональний аналіз динаміки забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги та штатними посадами лікарів ЗПСЛ в Україні за період 2008 – 2020 рр. Джерелами інформації для дослідження стали звітні форми 17 «Звіт про медичні кадри» та форми 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 20__ рік» Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, де представлені дані про лікарів ЗОЗ системи МОЗ та всіх відомств. Проведений аналіз впливу урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності від хвороб

системи кровообігу. З цією метою були використані дані форми 17 «Звіт про медичні кадри» Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, в кількості 650 од. Вивчено задоволеність підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ, АГ) в інтернатурі, проведена оцінка готовності до самостійної роботи лікарем, досліджено траєкторію професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ, ВХ, АГ та визначенні фактори, які на неї впливають під час проходження програми підготовки в інтернатурі та визначено провідні стимули мотивації в роботі лікарів на погляд лікарів-інтернів (здійснено аналіз 247 анкет). Вивчено задоволеність лікарів ЗПСЛ роботою в ЗОЗ, провідні мотивуючі фактори: в залежності від статі, віку та стажу роботи лікарів, а також визначено особливості структури та провідні фактори мотивації відповідно до теорії Ф. Герцберга у лікарів ЗПСЛ (проаналізовано 169 анкет).

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше в Україні здійснено обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів, суттєвими відмінностями якої стали:

1) Проаналізовано динаміку регіональних особливостей забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги, лікарями загальної практики-сімейних лікарів в Україні у 2008-2020 роках з урахуванням впливу російської агресії та визначені прогностичні тренди;

2) Вивчено вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, а також забезпеченості лікарями загальної практики- сімейних лікарів на середню тривалість життя населення та смертність від хвороб системи кровообігу в Україні;

3) Вивчено динаміку забезпеченості та укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в Україні по областях у 2008-2020 роках;

4) Проаналізовано особливості задоволеності лікарів-інтернів організацією підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія;

5) Визначено фактори, які впливають на формування траєкторії професійного розвитку лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів;

6) Розроблено багатофакторні моделі логістичного аналізу прогнозування незадоволеності підготовкою в інтернатурі за спеціальностями загальна практика-сімейна медицина та внутрішні хвороби, прогнозування ризику планування зміни спеціальності після закінчення інтернатури;

7) Визначено провідні стимули мотивації лікарів загальної практики сімейних лікарів на думку лікарів-інтернів;

8) Вивчено вікові та статеві особливості провідних чинників мотивації лікарів ЗПСЛ та розроблена модель логістичного прогнозування ризику незадоволеності лікаря ЗПСЛ роботою;

9) Розроблено сучасну модель системи мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання медичної допомоги на основі комплексного підходу з урахуванням задоволеності організацією інтернатури за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина, провідних факторів мотивації та прогнозування ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ та формування професійної траєкторії від лікарів-інтерна до лікаря ЗПСЛ.

Встановлено, що в Україні спостерігається нерівномірний географічний розподіл забезпеченості лікарями ЗПСЛ. Показник коливається від 0,71 до 5,6 на 10000 населення. Найнижчі показники забезпеченості відмічаються в східних областях, а саме: Донецькій та Луганських областях 0,71 та 1,3 на 10000 населення відповідно. Найвищі показники – в західних областях, а саме: Вінницька, Закарпатська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька від 5,6 до 4,83 на 10000 населення.

Визначено, що в Україні у період 2008-2021 роки зросла середня укомплектованість ШП лікарів ЗПСЛ з $70,69 \pm 1,86\%$ до $76,39 \pm 1,6\%$ у 2021 році (+8,37%) на тлі зменшення показника укомплектованості штатних посад фізичними особами в чотирьох областях Львівська (-2,81%), Закарпатська (-1,1%), Чернівецька (-1,39%) областях та м. Київ (-3,34%).

Доведено, що в групах областей з найвищим рівнем урбанізації визначений достовірно найменший показник забезпеченості лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($2,73 \pm 1,45$) та найвищий рівень валового регіонального продукту (4289 ± 3991 \$), а також відносно найбільший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($16,0 \pm 2,5$). В той же час в групах областей з низьким рівнем урбанізації визначено найбільшу забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($4,71 \pm 0,52$), найменший валовий регіональний продукт (2021 ± 264 \$) та достовірно найменший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($14,1 \pm 0,8$).

Встановлено, що найбільша частка задоволених в цілому підготовкою в інтернатурі була серед лікарів-інтернів в групі за спеціальністю АГ (91,5%), потім за спеціальністю ЗПСМ (75%). В той же час найменша частка була в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (52,5%). Структура оцінок лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ достовірно відрізнялася від аналогічної структури оцінок лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ та АГ щодо задоволеності підготовкою в інтернатурі в цілому ($p < 0,05$).

Визначено, що в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ найбільша частка високих балів (4 та 5 балів) в структурі оцінок була щодо наявності підтримки керівника практичної частини інтернаттури (92,9%), а найменша частка – щодо задоволеність організацією підготовкою на освітній частині інтернаттури (66,1%). В групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ найбільша частка високих оцінок була щодо задоволеності організацією підготовки в інтернатурі на практичній частині (78,4%), а найменша частка – щодо готовність до самостійної роботи лікарем після закінчення інтернаттури

(44,2%). В групі лікарів-інтернів за спеціальністю АГ найбільша частка високих балів (4 та 5 балів) в структурі оцінок була щодо наявності відчуття підтримки керівника на освітній частині (90,1%), а найменша частка – щодо наявності відчуття підтримки лікарів ЗОЗ (32,1%).

Групи лікарів-інтернів за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ та АГ) достовірно відрізнялися за структурою оцінок щодо факторів, які вплинули на обрання спеціальності в інтернатурі та щодо наявності планів змінити спеціальність після інтернатури ($p < 0,05$). Для обрання спеціальності ЗПСМ та ВХ вплинув розподіл за бюджетною формою навчання (58,7% та 68,2% відповідно), для лікарів АГ – порада батьків (48%). Лікарі АГ у 81,7% не планують змінювати спеціальність після інтернатури, лікарі ВХ у 37,5% планують змінити, лікарі ЗПСМ у 50% не можуть визначитися.

Рейтинг провідних стимулів мотивації (оцінка 6-7 балів) на думку лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ наступний: заробітна плата (82,2%), повага пацієнтів (30,3%), можливість професійного розвитку (21,4%), доброзичливі стосунки в колективі (17,9%), зручний графік роботи (17,8%), робота в престижному закладі (14,2%), наявність сучасного обладнання (12,5%); для лікарів-інтернів АГ – заробітна плата (53,5%), повага пацієнтів (49,3%), можливість професійного розвитку (40,8%), робота в престижному закладі (32,4%), доброзичливі стосунки (12,7%), наявність сучасного обладнання (11,2%), зручний графік (7%).

Визначено, що до багатофакторної моделі логістичного прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ ($AUC=0,83$ (95% ДІ 0,70 – 0,96)) увійшло 2 факторні ознаки, а саме: достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання (ВШ (95% ДІ 0,34 (0,16-0,71))) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури (ВШ (95% ДІ 0,41 (0,20-0,84))). Ризик незадоволеності підготовкою в інтернатурі буде обернено пропорційний значенню вказаних факторних ознак.

Встановлено, що частка лікарів ЗПСЛ які задоволені своєю роботою складає 76% від загальної кількості опитаних, в той же час лише 63% лікарів ЗПСЛ задоволені своєю заробітною платою в ЗОЗ. Найбільше, лікарі ЗПСЛ задоволені комфортною атмосферою в колективі (93%), діловими стосунками з колегами (лікарями ЗПСЛ) (91,5%), відчуття підтримки та поваги від колег (90%), можливість підвищувати кваліфікацію (88,7%), графіком роботи (83%). Найменше, лікарі ЗПСЛ задоволені діловими стосунками з вузькими спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів (42%), невідповідне зусилля роботи до заробітної плати (56%), заробітною платою (60,5%).

Визначено, що респонденти жіночої статі серед лікарів ЗПСЛ відчувають більше задоволення від роботи в порівнянні з респондентами чоловічої статі. Для всіх лікарів ЗПСЛ незалежно від статі найбільше значення мала підтримка керівництва та повага від колег, пацієнтів, можливість підвищувати професійну кваліфікацію. В той же час, лікарі ЗПСЛ жіночої статі мають достовірно вище оцінки на відповіді на питання щодо задоволеності заробітною платою, впливу премій на якість медичної допомоги, задоволеності умовами праці, графіком роботи та впливом війни на відчуття задоволеності роботою. Крім того, жінки менше схильні до зміни спеціальності та виїзду на роботу за кордон, ніж чоловіки.

Встановлено, що у лікарів ЗПСЛ з віком зростає відчуття задоволеності своєю працею. Найбільш потенційно незадоволеною групою лікарів своєю роботою є група у віці 31-40 років, серед якою найбільша частка осіб бажаючих змінити спеціальність та мігрувати для роботи за кордоном.

Виявлено, що 76,4% респондентів ЗОЗ групи старше 60 років більш задоволені відносинами з лікарями-спеціалістами, до яких направляють пацієнтів ніж в інших вікових групах, частка незадоволених складає – 23,6%, в групі 51-60 років – 61,5% частка незадоволених – 38,5%. Крім того, визначено, що серед респондентів ЗОЗ в групі молодших за 30 років частка задоволених складає всього 35,7% та незадоволених 64,3%, в групі 31-40

років – 24,9% та незадоволених – 75,1%, в групі 41-50 років – 20% та незадоволених -80,1%.

Визначено, що на рівень незадоволеності лікарів ЗПСЛ працею достовірно впливає відчуття пишання обраною спеціальністю та умови праці. Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC=0,88$ (95% ДІ 0,77 – 0,99), що свідчить про дуже добрий зв'язок з двофакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності роботою лікарів ЗПСЛ.

Вперше за результатами дисертаційного дослідження обґрунтовано та розроблено сучасну модель мотивації лікарів ЗПСЛ, яка складається з моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ на основі аналізу організації програми підготовки в інтернатурі та запиту до першого місця працевлаштування та з моделі мотивації лікарів ЗПСЛ на основі визначених вікових та статевих особливостей мотиваційних чинників (управління персоналом ЗОЗ, зворотній зв'язок, автономія в роботі).

Ключові слова: забезпеченість (щільність), первинна медична допомога, управління реформою охорони здоров'я, якість надання медичної допомоги, організаційно-управлінська, реформа медичної галузі, захворюваність, смертність, пацієнти, мотивація, громадське здоров'я, задоволеність, сфера охорони здоров'я, реформування охорони здоров'я, інтернатура.

SUMMARY

Vozniuk V.Y. Justification of the modern model of motivation of general practitioners. — Qualifying scientific work on manuscript rights.

Dissertation for obtaining the scientific degree of Doctor of Philosophy in the field of knowledge 22 «Health care» in the specialty 222 «Medicine» — social medicine. — Bogomolets National Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, 2024.

The thesis is devoted to the problem of substantiating the modern model of motivation of general practitioners (GPs) with the aim of improving the quality of providing medical care to the population of Ukraine based on the analysis of GPs supply, research on the organization of internship training in GP specialty, determination of age and gender features of the leading factors of motivation of the indicated doctors, forecasting the risk of their dissatisfaction with work, research of the professional trajectory from an intern to a fully-qualified GP.

The information base of the research was made up of the results of our own research, which included a regional analysis of the dynamics of the supply of GPs and their full-time positions in Ukraine for the period 2008 - 2020. The sources of information for the research were reporting forms 17 «Report on medical personnel» and forms 20 «Report of a legal entity, regardless of its organizational and legal form, and a natural person - an entrepreneur who conducts economic activity from medical practice, for the year 20__» of the Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine, which presents data on doctors of health care facilities of the health care system of the Ministry of Health and all departments. An analysis of the impact of urbanization on the security of health care physicians, the average life expectancy and the mortality rate from diseases of the circulatory system was carried out. For this purpose, the data of form 17 «Report on medical personnel» of the Public Health Center of the Ministry of Health of Ukraine, in the amount of 650 units, were used. The satisfaction of internship training in three specialties (GP, IM, OBGYN) in the internship was studied, the readiness for independent work as a doctor was assessed, the trajectory of the professional

development of doctors was investigated based on the results of a survey of intern doctors in the specialties of GP, IM, OBGYN and the factors that it is influenced during the internship training program, and the leading motivational stimuli in the work of doctors in the opinion of intern doctors were determined (an analysis of 247 questionnaires was carried out). The satisfaction of GPs with their work in health care facilities, the leading motivating factors depending on the gender, age, and length of service of the doctors were studied, as well as the characteristics of the structure and the leading motivational factors according to the theory of F. Herzberg were determined among GPs (169 questionnaires were analyzed).

The scientific novelty of the obtained research lies in the fact that for the first time in Ukraine the substantiation of the modern model of GPs motivation was carried out, with the following essential differences:

1) The dynamics of the regional of the peculiarities of the provision of primary care physicians by general practitioners in Ukraine in 2008-2020 was analyzed, taking into account the impact of Russian aggression, and prognostic trends were identified;

2) The impact of urbanization on the availability of primary care physicians, as well as the availability of GPs on life expectancy and mortality from circulatory diseases in Ukraine was studied; the dynamics of provision and staffing of full-time positions of GPs in Ukraine by region in 2008-2020 were studied;

3) The dynamics of provision and staffing of staff positions of general practitioners in Ukraine by regions in 2008-2020 was studied;

4) Analyzed the peculiarities of interns' satisfaction with the organization of internship training in three specialties: general practice-family medicine, internal medicine, obstetrics and gynecology;

5) The factors that influence the formation of the trajectory of professional development of interns in the specialty of general practice-family medicine and the leading factors of motivation of interns are determined;

6) Multivariate models of logistic analysis were developed to predict dissatisfaction with internship training in general practice-family medicine and

internal medicine, to predict the risk of planning a change of specialty after completion of internship;

7) Identification of the leading incentives for motivation of general practitioners in family medicine, according to interns;

8) The age and gender peculiarities of the leading factors of motivation of GPs were studied and a model of logistic prediction of the risk of GPs' job dissatisfaction was developed;

9) A modern model of the system of motivation of general practitioners was developed to improve the quality of medical care based on an integrated approach, taking into account the satisfaction with the organization of internships in general practice and family medicine, the leading factors of motivation and prediction of the risk of dissatisfaction of GPs, to the formation of a professional trajectory from intern to GP.

We established that there is an uneven geographical distribution of the supply of GPs in Ukraine. The indicator ranges from 0.71 to 5.6 per 10,000 population. The lowest indicators of well-being are noted in the eastern regions, namely: Donetsk and Luhansk regions, 0.71 and 1.3 per 10,000 population, respectively. The highest indicators are in the western regions, namely: Vinnytsia, Zakarpattia, Lviv, Ternopil, Chernivtsi from 5.6 to 4.83 per 10,000 population.

We determined that in Ukraine in the period 2008-2021, the average staffing of full-time positions of GPs increased from $70.69 \pm 1.86\%$ to $76.39 \pm 1.6\%$ in 2021 (+8.37%) against the background of a decrease in the staffing rate full-time positions by individuals in four regions Lviv (-2.81%), Zakarpattia (-1.1%), Chernivtsi (-1.39%) regions and the city of Kyiv (-3.34%).

We proved that in the groups of regions with the highest level of urbanization, the lowest indicator of provision of GPs per 10,000 population (2.73 ± 1.45) and the highest level of gross regional product ($\$4289 \pm 3991$), as well as the relatively highest mortality rate from system diseases, were determined blood circulation per 1000 population (16.0 ± 2.5). At the same time, the highest provision of GPs per 10,000 population (4.71 ± 0.52), the lowest gross regional

product ($\$2,021 \pm 264$), and the significantly lowest mortality rate from diseases of the circulatory system per 1,000 population were determined in groups of regions with a low level of urbanization (14.1 ± 0.8).

As established, the largest share of those satisfied with the internship training in general was among the interns in the group with the OBGYN specialty (91.5%), followed by the GP specialty (75%). At the same time, the smallest share was in the group of intern doctors specializing in internal medicine (52.5%). The structure of evaluations of interns in the specialty of GPs was significantly different from the similar structure of evaluations of interns in the specialty of IM and OBGYN regarding satisfaction with internship training as a whole ($p < 0.05$).

We determined that in the group of GP interns, the largest share of high scores (4 and 5 points) in the evaluation structure was related to the presence of the support of the supervisor of the practical part of the internship (92.9%), and the smallest share was related to satisfaction with the organization of training in the educational part internships (66.1%). In the group of medical interns specializing in IM, the largest share of high marks was related to satisfaction with the organization of internship training in the practical part (78.4%), and the smallest share was related to readiness to work independently as a doctor after the end of the internship (44.2%). In the group of interns specializing in OBGYN, the largest share of high scores (4 and 5 points) in the evaluation structure was related to the presence of a feeling of support from the supervisor in the educational part (90.1%), and the smallest share was related to the presence of a feeling of support from health care physicians (32, 1%).

The groups of interns in the three specialties (GP, IM, and OBGYN) differed significantly in the structure of ratings regarding the factors that influenced the choice of specialty during the internship and regarding the presence of plans to change the specialty after the internship ($p < 0.05$). For the choice of the specialty of a GP and IM doctor, the distribution according to the budgetary form of education (58.7% and 68.2%, respectively) influenced, for GP doctors - the advice of parents

(48%). 81.7% of OBGYN doctors do not plan to change their specialty after internship, 37.5% of IM doctors plan to change, 50% of GPs are undecided.

The ranking of the leading motivational stimuli (score 6-7 points) according to GP interns is as follows: salary (82.2%), grateful patients (30.3%), opportunity for professional development (21.4%), good relationships in the team (17.9%), convenient work schedule (17.8%), work in a prestigious institution (14.2%), availability of modern equipment (12.5%); for OBGYN interns - salary (53.5%), grateful patients (49.3%), opportunity for professional development (40.8%), work in a prestigious institution (32.4%), good relationships (12.7%), availability of modern equipment (11.2%), convenient schedule (7%).

We determined that the multifactor logistic model for predicting the risk of dissatisfaction with the organization of internship training in the GP specialty (AUC=0.83 (95% CI 0.70 – 0.96)) included 2 factor characteristics, namely: the sufficiency of practical work in the internship at practical part of training (OR (95% CI 0.34 (0.16-0.71)) and readiness to work independently as a doctor after internship (OR (95% CI 0.41 (0.20-0.84)). The risk of dissatisfaction with internship training will be inversely proportional to the value of the specified factors.

We established that the share of GPs who are satisfied with their work is 76% of the total number of respondents, at the same time, only 63% of GPs are satisfied with their salary in health care facilities. Most of all, GPs are satisfied with the comfortable atmosphere in the team (93%), business relations with colleagues (other GPs) (91.5%), the feeling of support and respect from colleagues (90%), the possibility of professional development (88.7%), the work schedule (83%). GPs are least satisfied with business relationships with narrow specialists to whom they refer patients (42%), inappropriate work effort to salary (56%), salary (60.5%).

As we determined, female respondents among GPs feel more satisfied with their work compared to male respondents. For all GPs, regardless of gender, the support of management and respect from colleagues, patients, and the opportunity

to improve professional qualifications were most important. At the same time, female GPs have significantly higher scores on the answers to the questions about satisfaction with wages, the impact of bonuses on the quality of medical care, satisfaction with working conditions, working hours and the impact of war on the feeling of job satisfaction. In addition, women are less inclined to change majors and go abroad for work than men.

We also established that GPs' sense of satisfaction with their work increases with age. As noted, 76.4% of the respondents of the health care workers of the group over 60 years old are more satisfied with their relations with colleagues than in other age groups, the share of dissatisfied is 23.6%, in the group of 51-60 years - 61.5%, the share of dissatisfied - 38.5%. In addition, it was determined that among the respondents in the group younger than 30 years, the share of satisfied is only 35.7% and dissatisfied are 64.3%, in the group of 31-40 years 24.9% are satisfied and 75.1% - dissatisfied, in the group of 41-50 years 20% are satisfied and 80.1% are dissatisfied.

We determined that the level of dissatisfaction of GPs with work is reliably influenced by the feeling of pride in the chosen specialty and working conditions. The assessment of the quality of the logistic regression model is the area under the ROC curve is $AUC=0.88$ (95% CI 0.77 – 0.99), which indicates a very good relationship with the two-factor model for predicting the risk of dissatisfaction with the work of GPs.

For the first time, based on the results of the dissertation research, a modern GP motivation model was substantiated and developed, which consists of a motivation model of GP interns based on the analysis of the organization of the internship training program and the determination of requirements for the first place of employment, and a GP motivation model based on the determined age and gender characteristics of motivational factors (personnel management of healthcare institutions, feedback, autonomy in work).

Key words: density, primary healthcare, healthcare reform management, quality of care, organizational and management, healthcare reform, morbidity, mortality, patients, motivation, public health, satisfaction, healthcare sector, healthcare reform, internship.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ ДИСЕРТАЦІЇ

Наукові праці, в яких опубліковані основні наукові результати дисертації

1. Vezhnovets TA, Vozniuk VY, Gurianov VG, Korotkyi OV. Effect of urbanization on density of the general practitioners, average life expectancy and mortality from the diseases of circulatory system. *Wiad Lek.* 2023;76(4):811-816. doi: 10.36740/WLek202304117. PMID: 37226620. *(Дисертанту належить ідея написання статті, проведений аналіз даних наукової літератури, підготовлені висновки та матеріали до публікації статті).*

2. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації. В: Збірка матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2023, с. 69-70

3. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі. В: Збірка Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород: ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 28-30.

4. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. *Україна. Здоров'я нації.* 2023;1(71):10-18. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02> *(Дисертанту належить ідея написання статті, проведений аналіз даних наукової літератури, підготовлені висновки та матеріали до публікації статті).*

5. Vozniuk VY. Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers. VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain; 2023, p. 42. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10218395>

6. Вознюк ВЮ. Прогнозування траєкторії професійного розвитку

лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів. In: IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain;2024, p. 32-33. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10518980>

7. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):78-85 <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/12> *(Дисертанту належить ідея написання статті, проведений аналіз даних наукової літератури, підготовлені висновки та матеріали до публікації статті).*

8. Вознюк ВЮ. Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. In: V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy; 2023, p. 75-76. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10402992>

9. Вознюк ВЮ, Вежновець ТА. Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Clinical and Preventive Medicine. 2023;7:94–102. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13> *(Дисертанту належить ідея написання статті, проведений аналіз даних наукової літератури, підготовлені висновки та матеріали до публікації статті).*

Праці апробаційного характеру. Основні положення дисертації доповідались та були обговорені на:

- -науково-практичній конференції з міжнародною участю XII Міжнародного медичного форуму, секції школи керівника закладу охорони здоров'я «Інновації в медицині – здоров'я нації» (Київ, 2021). Тема доповіді: «Тенденції динаміки заробітної плати лікарів в країнах ЄС та в Україні у період 2003-2020 років»
- Науково-практична конференція з міжнародною участю

«Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 15 березня 2023 р.) Публікація тез «Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації».

- Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року) Ужгород: ДВНЗ «УжНУ». Публікація тез «Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі»

- VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain. Publication of theses «Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers»

- IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain. Публікація тез «Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів».

- V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy. Публікація тез «Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів».

ЗМІСТ

АНОТАЦІЯ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	22
ВСТУП	23
РОЗДІЛ 1. МОТИВАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ (аналітичний огляд літератури)	32
1.1. Провідна роль лікаря загальної практики-сімейного лікаря в організації надання первинної медичної допомоги населенню	32
1.2. Розвиток «сімейної медицини» та підготовки лікарів за спеціальністю ЗПСМ в Україні	37
1.3. Теоретичні засади мотивація лікарів ЗПСЛ закладів охорони здоров'я	44
1.4. Роль мотивації в управлінні персоналом та чинники задоволеності лікарів ЗПСЛ професійною діяльністю	47
РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	59
РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ЛІКАРЯМИ ЗПСЛ В УКРАЇНІ	68
3.1. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги та штатними посадами лікарів ЗПСЛ в Україні у період з 2008 по 2020 роки	68

3.2 Вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу	76
РОЗДІЛ 4. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПІДГОТОВКОЮ В ІНТЕРНАТУРІ, ТРАЄКТОРІЇ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ У МАЙБУТНЬОМУ ТА ПРОВІДНИХ ЧИННИКІВ МОТИВАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ.....	83
4.1. Дослідження задоволеності організацією підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями (загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія) за результатами опитування лікарів-інтернів.....	84
4.2. Дослідження майбутньої траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів.....	101
4.3. Визначення провідних стимулів мотивації лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів.....	110
РОЗДІЛ 5. ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЛІКАРІВ ЗПСЛ РОБОТОЮ В ЗОЗ ТА ПРОВІДНИХ МОТИВУЮЧИХ ЧИННИКІВ.....	122
5.1. Дослідження задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ в залежності від статті.....	122
5.2. Дослідження вікових та стажевих особливостей задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою	132
5.3. Визначення особливості структури та провідних факторів мотивації відповідно до теорії Ф. Герцберга у лікарів ЗПСЛ.....	153
РОЗДІЛ 6. ОБҐРУНТУВАННЯ СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ	165

6.1. Дефіцит лікарів ЗПСЛ – виклик для системи охорони здоров'я та управління ЗОЗ.....	165
6.2. Обґрунтування мотивуючого впливу якісної підготовки в інтернатурі на подальшу роботу лікарем ЗПСЛ	171
6.3. Обґрунтування провідних чинників задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ.....	176
6.4. Обґрунтування провідних чинників мотивації лікарів ЗПСЛ до роботи та системи мотивації в ЗОЗ	185
ВИСНОВКИ	194
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	198
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ.....	199
ДОДАТКИ.....	237

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

ЗПСМ — Загальна практика-сімейна медицина

ЗПСЛ — Загальна практика-сімейний лікар

ВХ — Внутрішні хвороби

АГ — Акушерство та гінекологія

БПР — Безперервний професійний розвиток

ВООЗ — Всесвітня організація охорони здоров'я

ЗОЗ — Заклад охорони здоров'я

КМ — Кабінет Міністрів

МОЗ — Міністерство охорони здоров'я

МОН — Міністерство освіти і науки

НСЗУ — Національна служба здоров'я України

ПМД — Первинна медична допомога

США — Сполучені Штати Америки

ШП — Штатні посади

OECD — Організації економічного співробітництва та розвитку

ROC-аналіз — Receiver Operating Characteristic — аналіз кривих помилок

CSQ — Consultation Satisfaction Questionnaire

WHO — World Health Organization

WONCA — the World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

ВСТУП

Обґрунтування вибору теми дослідження. Лікар загальної практики-сімейний лікар є основною фігурою в організації надання первинної медичної допомоги. Саме лікар загальної практики-сімейний лікар (ЗПСЛ) відіграє ключову роль у забезпеченні доступної, своєчасної, пацієнторієнтованої та якісної медичної допомоги. У світі первинна медична допомога стає все більш важливою для задоволення потреб пацієнтів і населення (Raab M., 2021) [223]. Відомо, що системи охорони здоров'я, які базуються на організації надання первинної медичної допомоги, є ефективними в зниженні рівня захворювань, смертності та сприяють справедливому доступу пацієнтів до надання медичної допомоги в усьому світі (Primary care - World Health Organization (WHO)) [262].

Сімейні лікарі щоденно виконують величезний обсяг роботи і мають велику кількість обов'язків. Вони проводять діагностику і лікування різних гострих захворювань, здійснюють тривалий нагляд і психологічну підтримку пацієнтів з різноманітними хронічними захворюваннями, консультують з приводу різних психоемоційних проблем, збирають величезну кількість інформації про різні чинники ризику, проводять профілактичні заходи щодо запобігання розвитку захворювань і здійснюють проведення скринінгових програм (Neimanis I., Woods A., Zizzo A., 2017) [178].

Однією зі стратегій поліпшення якості надання медичних послуг є продуктивність медичних працівників на основі ефективної системи мотивації. Вмотивовані медичні працівники відіграють важливу роль в забезпеченні якісної медичної допомоги та догляду за пацієнтами (Buljac-Samardzic M., 2020 [82]; Dyachuk D., 2023) [109]. Мотивація лікарів має прямий вплив на ефективність їхньої роботи і тільки вмотивовані співробітники можуть досягати найбільшого рівня продуктивності (Karafetis D., et al, 2022) [139]. Якість медичних послуг, безпека, ефективність,

доступність залежать від продуктивності медичних працівників, які надають ці послуги, тому важливо розглядати мотивацію персоналу як центральне питання політики охорони здоров'я (Weldegebriel Z, et al., 2016) [253].

Одним з найактуальніших напрямків у сфері управління персоналом є пошук найбільш ефективних та дієвих методів мотивації (Van der Burgt S.M.E., et al., 2018 [239]; Alrawahi S., et al, 2020) [62]. Успішний керівник закладу охорони здоров'я в управлінні персоналом повинен враховувати цінності, потреби працівників та базуватися на загально відомих теоретичних засадах мотивації працівників (Stobbe E.J., 2021) [224]. Тому питання мотивації лікарів до належної медичної практики є надзвичайно актуальним в управлінні персоналом закладу охорони здоров'я.

Низка наукових досліджень в Україні була спрямована на вивчення організації первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини в Україні (Вороненко Ю.В., 2016) [11], обґрунтування необхідності оптимізації системи первинної медико-санітарної допомоги населенню України (Матюха Л.Ф., 2011) [25], інформатизація лікаря первинної ланки (Грузева Т.С., 2015) [14], обґрунтування та створення національної системи охорони здоров'я щодо забезпечення населення України якісною, безпечною та доступною медичною допомогою на основі організаційних і клінічних технологій (Слабкий Г.О., 2014) [41], моделі надання первинної медичної допомоги міському населенню (Толстанов О.К., 2012) [47], реформування первинної медичної допомоги (Лехан В.М., Крячкова Л.В., 2018) [23], організація діяльності лікаря первинної ланки (Парій В.Д., Короткий О.В., 2020) [27] тощо. Проте, в Україні є лише фрагментарні дослідження особливостей мотивації медичних працівників, які присвячені цінностям та мотиваційним типам (Дячук Д.Д., 2017 [17]; Крячкова Л.В., Лехан В.М., 2015 [21]; Вежновець Т.А., 2017 [2]; Чорна В.В., 2020 [51]; Сміянов В.А., 2023 [221]).

Проте відсутні наукові дослідження, які були би присвячені комплексному вивченню особливостей мотивація лікарів загальної практики-

сімейних лікарів, визначенню провідних чинників мотивації, аналізу траєкторії професійного розвитку від лікаря-інтерна до лікаря ЗПСЛ.

Велике коло невирішених питань щодо сучасної моделі системи мотивації лікарів ЗПСЛ в закладах охорони здоров'я на засадах комплексного аналітичного підходу професійної траєкторії від лікаря-інтерна за спеціальністю загальна практика сімейна медицина до лікаря загальної практики-сімейного лікаря стало підґрунтям для проведення даного дослідження та обумовило його актуальність, постановку мети і завдань.

Зв'язок роботи з науковими програмами, планами, темами.

Дисертаційна робота стала фрагментом науково-дослідних робіт кафедри менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О. О. Богомольця Міністерства охорони здоров'я України: «Методологія формування механізму державного регулювання застосування технологій охорони здоров'я у медичних закладах» (№ державної реєстрації 0117U000270, термін виконання 2020-2022 рр.) в яких автор, як співвиконавець, брав безпосередню участь.

Мета дослідження: обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню України на основі аналізу забезпеченості лікарями загальної практики-сімейних лікарів, дослідження організації підготовки в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина, визначення вікових та статевих особливостей провідних чинників мотивації вказаних лікарів, прогнозування ризику їхньої незадоволеності роботою та дослідження професійної траєкторії від лікаря-інтерна до лікаря загальної практики-сімейного лікаря.

Досягнення поставленої мети дослідження передбачало виконання наступних завдань:

- провести системно-історичний аналіз ролі лікаря загальної практики-сімейного лікаря в організації надання первинної медичної допомоги населенню, розвитку «сімейної медицини», підготовки лікарів за

спеціальністю ЗПСМ в Україні, мотивації лікарів закладів охорони здоров'я та ролі мотивації в управлінні персоналом та чинники задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою;

- здійснити аналіз сучасного стану забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні;

- визначити рівень задоволеності підготовкою в інтернатурі, траєкторії професійного розвитку у майбутньому та провідних чинників мотивації у лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ;

- дослідити систему мотивації задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою в ЗОЗ та провідних мотивуючих чинників;

- здійснити обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів в центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Об'єкт дослідження: система мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Предмет дослідження: забезпеченість лікарями загальної практики-сімейними лікарями, чинники мотивації лікарів ЗПСЛ та лікарів-інтернів за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина», задоволеність підготовкою в інтернатурі лікарів-інтернів за спеціальностями ЗПСМ, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія, готовність лікарів-інтернів до самостійної роботи в ЗОЗ, траєкторія професійного розвитку лікарів ЗПСЛ, задоволеність працею лікарів ЗПСЛ в центрах первинної медико-санітарної допомоги.

З метою вирішення поставлених завдань використовувались наступні **методи дослідження:**

1. *Системний підхід та системний аналіз* — для проведення комплексного (кількісного та якісного) дослідження існуючої системи мотивації лікарів, визначення підходів до виявлення і аналізу проблем в її функціонуванні та обґрунтування моделі її удосконалення;

2. *Бібліосемантичний* — для вивчення та отримання результатів вітчизняних та міжнародних досліджень стосовно провідних факторів

мотивації лікарів, ролі мотивації в управлінні персоналом та чинників задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою;

3. *Історичний* — для вивчення розвитку «сімейної медицини», підготовку лікарів за спеціальністю ЗПСМ в Україні та якості наданні медичної допомоги лікарями ЗПСЛ;

4. *Соціологічний (анкетне опитування)* — з метою отримання інформації від лікарів-інтернів щодо задоволення підготовкою в інтернатурі, щодо провідних чинників мотивації лікарів-інтернів, лікарів ЗПСЛ, щодо задоволеності працею та забезпечення належних умов організації їх роботи;

5. *Концептуальне моделювання* — для обґрунтування моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури та моделі мотивації лікарів ЗПСЛ;

6. *Функціонально-структурне моделювання* — для розробки запропонованої моделі та її візуалізації;

7. *Медико-статистичний* — для математико-статистичної обробки отриманих кількісних даних;

8. *Експертні висновки* — для отримання незалежної оцінки запропонованої моделі висококваліфікованими експертами.

Наукова новизна одержаних результатів полягає у тому, що вперше в Україні здійснено обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів, суттєвими відмінностями якої стали:

1) Проаналізовано динаміку регіональних особливостей забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги, лікарів загальної практики-сімейних лікарів в Україні у 2008-2020 роках з урахуванням впливу російської агресії та визначені прогностичні тренди;

2) Вивчено вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, а також забезпеченості лікарів загальної практики- сімейних лікарів на середню тривалість життя населення та смертність від хвороб системи кровообігу в Україні;

3) Вивчено динаміку забезпеченості та укомплектованості штатних посад лікарів загальної практики-сімейних лікарів в Україні по областях у 2008-2020 роках;

4) Проаналізовано особливості задоволеності лікарів-інтернів організацією підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія;

5) Визначено фактори, які впливають на формування траєкторії професійного розвитку лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів;

6) Розроблено багатофакторні моделі логістичного аналізу прогнозування незадоволеності підготовкою в інтернатурі за спеціальностями загальна практика-сімейна медицина та внутрішні хвороби, прогнозування ризику планування зміни спеціальності після закінчення інтернатури;

7) Визначено провідні стимули мотивації лікарів загальної практики сімейних лікарів на думку лікарів-інтернів;

8) Вивчено вікові та статеві особливості провідних чинників мотивації лікарів ЗПСЛ та розроблена модель логістичного прогнозування ризику незадоволеності лікаря ЗПСЛ роботою;

9) Розроблено сучасну модель системи мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання медичної допомоги на основі комплексного підходу з урахуванням задоволеності організацією інтернатури за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина, провідних факторів мотивації та прогнозування ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ на формування професійної траєкторії від лікарі-інтерна до лікаря ЗПСЛ.

Практичне значення отриманих результатів дослідження полягає в тому, що вони стали науковим підґрунтям для розробки:

- навчальної програми циклу тематичного удосконалення «Ефективне управління персоналом ЗОЗ спроможної мережі госпітального округу» на кафедрі менеджменту охорони здоров'я НМУ імені О.О. Богомольця;
- лекцій та практичних занять з питань мотивації лікарів для циклу спеціалізації лікарів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина у ННЦ – Український тренінговий центр сімейної медицини;
- матеріалів для освітньої програми циклу тематичного удосконалення «Підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина на заочних базах навчання (для керівників інтернів на базах стажування)» на кафедрі терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика;
- в діяльності закладів ПМД м. Києва та Обухівського району Київської області, що підтверджено актами впровадження.

Особистий внесок здобувача. Автором самостійно визначено мету та завдання дослідження, розроблено його програму, дизайн, обрано методи дослідження, виконано заплановані заходи на усіх етапах дослідження, власноруч сформовано база даних з матеріалів дослідження, здійснено збір та аналіз статистичних даних форм звітності ЗОЗ, розроблено анкети для лікарів ЗПСЛ, лікарів-інтернів за спеціальностями «Загальна практика-сімейна медицина», «Внутрішні хвороби», «Акушерство та гінекологія», обґрунтовано та розроблено модель мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ та модель мотивації лікарів ЗПСЛ, обґрунтовано достовірність отриманих результатів. Здобувачем проведено статистична обробка, аналіз отриманих результатів, написані глави дисертаційної роботи, зроблено висновки та практичні рекомендації.

Апробація результатів дисертації. Основні положення та результати дисертаційного дослідження викладені в доповідях та тезах доповідей, представлених автором на наступних науково-практичних конференціях:

- науково-практичній конференції з міжнародною участю XII

Міжнародного медичного форуму, секції школи керівника закладу охорони здоров'я «Інновації в медицині – здоров'я нації» (Київ, 2021). Тема доповіді: «Тенденції динаміки заробітної плати лікарів в країнах ЄС та в Україні у період 2003-2020 років».

- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 15 березня 2023 р.) Публікація тез «Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації».

- Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року) – Ужгород: ДВНЗ «УжНУ». Публікація тез «Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі»

- VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain. Publication of theses «Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers»

- IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain. Публікація тез «Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів».

- V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy. Публікація тез «Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів».

Публікації. *Результати за темою дисертаційної роботи опубліковані 9 наукових праць, зокрема 2 статті опубліковані у наукових фахових виданнях України категорії «Б» та 2 публікації в іноземних наукових виданнях, які входять до наукометричних баз scopus, а також 5 тез у*

збірниках матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю (в одноосібному авторстві — 2).

Обсяг та структура дисертації. *Повний текст дисертаційної роботи викладена на 247 сторінках (основного тексту 198 сторінок, ілюстрована 21 рисунком, 42 таблицями, містить 9 додатків). Складається з анотації, вступу, шести розділів, висновків, списку використаних джерел, який включає 271 джерело, (з них 53 – кирилицею, 218 – латиницею).*

РОЗДІЛ 1. МОТИВАЦІЯ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ ДО ОРГАНІЗАЦІЇ НАДАННЯ ЯКІСНОЇ ПЕРВИННОЇ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В СУЧАСНИХ УМОВАХ

(аналітичний огляд літератури)

1.1. Провідна роль лікаря загальної практики-сімейного лікаря в організації надання первинної медичної допомоги населенню

Здоров'я – це найважливіше для людини та найбільша людська цінність, від якої залежить економічний, фізичний та духовний потенціал суспільства. Це показник соціального та культурного прогресу, один з головних елементів національного процвітання. Тому, кожна держава розглядає захист та зміцнення здоров'я своїх громадян як пріоритетне завдання [42, 46].

У 1978 році Алма-Атинська угода ВООЗ між 134 країнами визнала «здоров'я першочерговим правом людини» та визначила первинну медичну допомогу як основну для забезпечення здоров'я для всіх до 2000 року. Вона передбачалася як «перший рівень контакту між людьми, родиною та громада з національною системою охорони здоров'я, яка максимально наближає медичне обслуговування до місця, де люди живуть і працюють, і є першим елементом безперервного процесу охорони здоров'я». Алма-Атинська декларація підкреслила важливість первинної медичної допомоги для пацієнтів у всьому світі [68, 238].

За визначенням ВООЗ (Алма-Атинська декларація, 1978), первинна медико-санітарна допомога (ПМД) має забезпечити лікування найбільш поширених захворювань і травм, охорону здоров'я матері і дитини, імунізацію проти основних інфекційних хвороб, профілактику епідемічних хвороб і боротьбу з ними та сприяння організації раціонального харчування і використання доброякісної води, проведення санітарно-оздоровчих заходів і санітарної просвіти населення (ВООЗ, 2013) [77, 260, 261]. Тим не менш, навіть після 45 років з моменту ухвалення Алма-Атинської декларації,

первинна медична допомога не отримала того пріоритету, на який вона заслуговує, у багатьох частинах світу [204].

Системи охорони здоров'я, які базуються на організації надання первинної медичної допомоги, є ефективними в зниженні рівня захворювань, смертності та сприяють справедливому доступу пацієнтів до надання медичної допомоги в усьому світі [213]. Покращення показників здоров'я є обов'язковою умовою систем охорони здоров'я, дані результати включають збільшення тривалості життя, покращення якості та працездатності [187]. Потужної первинної медичної допомоги можна досягти лише за наявності компетентної робочої сили первинної медичної допомоги [134]. Головною функцією ПМД – є зменшення або усунення труднощів із доступом до необхідних медичних послуг [218].

Лікарі ЗПСЛ відіграють важливу роль у системі охорони здоров'я [260]. Доведено, що люди, які отримують допомогу від лікарів ЗПСЛ, покращують результати свого здоров'я, збільшуючи тривалість життя та знижуючи причини смертності [134, 197, 271]. Регулярний контакт з лікарем загальної практики-сімейним лікарем є важливою для пацієнтів [48, 55, 71, 194, 210]. Це пов'язано зі збільшенням задоволеності пацієнтів, більшою активністю щодо зміцнення здоров'я, більшою прихильністю до медичних порад і зменшенням використання лікарняних послуг [24, 73, 173]. Лікарі ЗПСЛ, які є кваліфікованими фахівцями широкого профілю, здатні не лише надавати комплексну первинну медичну допомогу, але й мають ключову перевагу в тому, що вони тісно пов'язані з родинами, яких вони обслуговують [116, 178, 195, 196].

Саме, рівень організації роботи первинної ланки багато в чому визначає такі ключові моменти як якість, доступність, своєчасність медичної допомоги, розвиток профілактичного напрямку, раціональність використання ресурсів галузі [52, 76, 187, 242]. Системи охорони здоров'я можуть запобігти 8,6 мільйонам смертей від інфекційних і хронічних захворювань щорічно лише в країнах з низьким і середнім рівнем доходу [77].

Впродовж останніх років було описано багато елементів якості і найбільш узгодженими характеристиками якісних послуг є безпека, ефективність та орієнтованість на пацієнта [146]. Крім того, щоб реалізувати переваги якісної медичної допомоги, медичні послуги повинні бути своєчасними, справедливими, інтегрованими та ефективними [46, 189, 232].

Усунення невідповідності між доступом до ресурсів охорони здоров'я та основними потребами населення є поліпшення організації надання медичної допомоги та посилення політики охорони здоров'я в світі [166].

На сьогодні важливим є те, щоб населення України зрозуміло, що вигідніше мати універсального, єдиного лікаря, ніж звертатися за допомогою до багатьох вузькоспеціалізованих лікарів. В той же час, лікарям ЗПСЛ також варто усвідомити їхню ключову роль у системі охорони здоров'я та бути налаштованим на лікування конкретного пацієнта і його сім'ю. Саме за таких умов, реалізація сімейної медицини принесе очікувані і позитивні результати [53]. Головними завданнями системи охорони здоров'я є збереження та зміцнення здоров'я громадян, забезпечення їх доступною та якісною медичною допомогою з метою подовження тривалості активного життя та поліпшення його якості [52].

Тривалий час у медичній системі нашої держави, як і в інших країнах світу, спостерігається негативна динаміка щодо кадрового забезпечення, що проявляється у зниженні забезпеченості лікарським та середнім медичним персоналом з відповідною медичною освітою та рівня укомплектованості посад лікарів і медичних сестер [1, 40]. Наростаючий дефіцит медичних кадрів у світі та Україні актуалізує проблему вивчення причин кадрових ризиків [141].

Протягом останнього десятиліття спостерігається зростання клінічного навантаження на первинну медичну допомогу, що вимірюється кількістю контактів з пацієнтами на одного лікаря загальної практики. Очікується подальше збільшення клінічного навантаження, оскільки населення похилого віку продовжує зростати, і все більше людей живуть з хронічними

захворюваннями [116, 136, 214]. Всесвітня організація охорони здоров'я попереджає, що світ стикається з величезним і зростаючим тягарем хронічних захворювань, які є одними з основних причин смертності та інвалідності у світі, і тенденції вказують на те, що вони, стануть ще більш гострими протягом наступного десятиліття [65, 136]. Проте до 80% усіх хронічних захворювань можна запобігти [146].

Так, первинна медична допомога залишається недооціненою в багатьох частинах світу [204]. Нерівномірний географічний розподіл медичних працівників створює проблеми з доступом до первинної медичної допомоги [54, 103, 251]. Усунення невідповідності між доступом до ресурсів охорони здоров'я та основними потребами населення в охороні здоров'я є основним напрямком поліпшення організації надання медичної допомоги та посилення політики охорони здоров'я в світі [166]. ВООЗ рекомендує на національному рівні серед різних індикаторів використовувати показник забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення (індикатор №27) для здійснення постійного моніторингу якості, справедливості та стійкості організації надання первинної медичної допомоги в країні для ухвалення необхідних управлінських рішень [252].

Відомо, що від навантаження на лікаря ЗПСЛ залежить якість надання медичної допомоги [108, 143, 212]. Збільшення робочого навантаження має важливі наслідки для пацієнтів. Робота лікарів ЗПСЛ в умовах дефіциту часу та перенавантаження негативно впливає на якість надання медичної допомоги [118, 212]. Ці фактори необхідно враховувати та стратегічно підвищити задоволеність лікарів роботою, що, у свою чергу, покращить якісні та кількісні клінічні результати [66]. Доведено, що модель планування персоналу, зосереджена на факторі робочого навантаження, є важливою для прогнозування необхідного персоналу [108].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) оголосила первинну медико-санітарну допомогу (ПМД) необхідною для всіх систем охорони здоров'я для надання справедливих та ефективних послуг у заяві 1978 року в

Алматі та звіті 2008 року в Астані [77, 111, 228]. ПМД є невід'ємною складовою систем охорони здоров'я [201]. За визначенням ВООЗ первинна медико-санітарна допомога – це комплекс лікувально-профілактичних послуг, що надаються на рівні місцевої громади зазвичай сімейними лікарями, патронажними медичними сестрами, персоналом місцевих амбулаторних установ або силами інших медичних працівників. (Європейське регіональне бюро ВООЗ) [262, 263].

На думку Sandro Galea та Margaret Kruk первинна медична допомога надає важливі профілактичні та лікувальні послуги, які безпосередньо рятують життя [77]. ПМД є одним із інструментів у вирішенні завдання досягнення населенням такого рівня здоров'я, який дозволить йому вести продуктивний в соціальному та економічному плані спосіб життя. Вона становить невід'ємну частину національної системи охорони здоров'я здійснюючи її головну функцію та надає економічно ефективні послуги, такі як охорона материнства і дитинства, охорона навколишнього середовища, професійне та психічне здоров'я, імунізація від інфекційних захворювань, лікування неінфекційних захворювань та інформування про здоровий спосіб життя [28, 201]. Надійні та доступні системи ПМД можуть забезпечити задовільні результати для здоров'я населення [201, 232, 247].

Ключову роль у забезпеченні громадського здоров'я відіграє ПМД організована на принципах загальної практики-сімейної медицини. Розбудова дієвої системи ПМД є провідним напрямом перетворень у багатьох країнах світу і в Україні. Задля досягнення позитивних результатів цей процес повинен спиратися не на інтуїтивні й емпіричні висновки, а на науково обґрунтовані, з доведеною ефективністю підходи до перетворень в системах первинної медичної допомоги та повинен проводитися з урахуванням національних особливостей і досвіду [22]. Первинна медична допомога, як пункт першого контакту зі службами охорони здоров'я, полегшує доступ до системи охорони здоров'я [115, 220].

Дані літературних джерел свідчать, що невідкладне лікування та короткострокове спостереження на первинній ланці медичної допомоги надається з такою ж якістю, як і в лікарнях, але з меншими витратами. Лише розвиток ПМД на засадах загальної практики-сімейної медицини дасть змогу поліпшити демографічну ситуацію, досягти справедливого розподілу і раціонального використання бюджетних коштів. ПМД є основною і найважливішою ланкою в організації охорони здоров'я населення [247, 257].

1.2. Розвиток «сімейної медицини» та підготовки лікарів за спеціальністю ЗПСМ в Україні

У всьому світі організація первинної медичної допомоги базується на сімейній медицині. У багатьох країнах світу лікарі ЗПСЛ — це єдині лікарі, що безпосередньо в першу чергу контактують з населенням. Слід зазначити, що терміни «сімейна медицина» і «сімейний лікар» — синоніми термінів «загальна практика» і «лікар загальної практики», що використовують в Європі, Австралії та Новій Зеландії [250].

У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн-учасників, що мали системи охорони здоров'я з пріоритетом на розвиток первинної медичної допомоги і сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД у світі (1981). Відтоді у більшості країн світу розпочався активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ [44].

У 2002 р. Європейська організація сімейних лікарів (Wonca Europe — World Organization of National Colleges, Academies and Academic Assotiations of General Practitioners / Family Physicians, або World Organization of Family Doctors) дала таке визначення загальної практики-сімейної медицини: «Загальна практика-сімейна медицина — це академічна і наукова дисципліна

зі своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю» (De Sutter A., 2020) [97].

Проблеми сімейної медицини досліджувались багатьма науковцями, зокрема: Т.А. Вежновець, Л.Ф. Матюхою, Г.О. Слабким, В.М. Лехан, В.І. Ткаченко, О.З. Децик, Л.В. Крячковою та інші. Проте залишилися питання, які потребують дослідження та розвитку.

В Україні зародження та розвиток сімейної медицини відбувався відповідно до Закону України. Зауважимо, що ще в 1987 році у місті Львові затверджено регіональний експеримент, у процесі якого розроблено ряд документів, які визначають посадові обов'язки сімейних лікарів, порядок їхньої роботи та систему переходу від лікарів дільничних до лікарів практичної сімейної медицини [53].

15 вересня 1988 року Міністерством охорони здоров'я УРСР був виданий наказ № 186 «Про заходи по дальшому поліпшенню охорони здоров'я населенню і зміцненню матеріально-технічної бази охорони здоров'я», яким на базі поліклініки №2 в м. Львова започатковано експеримент по переходу до надання населенню ПМД на засадах сімейної медицини [13].

1991р. у місті Львові перейшли до підготовки лікарів загальної практики з числа випускників інститутів у 3-річній інтернатурі за програмою, розробленою Львівським медінститутом і затвердженою МОЗ України [53].

У 1992 році створено першу амбулаторію сімейних лікарів у м. Дрогобичі [53].

З 1995 року на першій в Україні кафедрі сімейної медицини факультету післядипломної освіти (змінено назву кафедри терапії на кафедру терапії з курсом сімейної медицини) Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького розпочато постійну підготовку сімейних лікарів за затвердженим планом та програмою циклу спеціалізації з сімейної медицини МОЗ України [13, 44, 53]. В цьому ж році було затверджено посаду «лікар загальної практики–сімейний лікар» [44].

Спеціальність загальна практика-сімейна медицина є самостійною галуззю медицини, яку відрізняють цілісний та особистісний підхід до пацієнта з урахуванням його сімейного оточення, пріоритетність профілактики, інтеграція всіх проблем пацієнта з подальшим їх вирішенням [42].

У 1996 році почали створювати кафедри сімейної медицини у вищих медичних закладах України. Першою була створена кафедра сімейної медицини в Національній медичній академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика [44].

1997 р., Наказ МОЗ України від 19.12.97 до номенклатури лікарських спеціальностей включено спеціальність «загальна практика – сімейна медицина». Створено Українську асоціацію сімейної медицини [53].

Суттєвого розвитку ЗПСМ в Україні стала набувати коли відповідно до документів ВООЗ була прийнята Кабінетом Міністрів України постанови від 20 червня 2000 року № 989 «Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я» [36, 37, 44] та Указу Президента України від 7 грудня 2000 року № 1313/2000 «Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України» [38].

Реформування сфери охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві, започатковане у 2011 році, проводилося відповідно до Програми економічних реформ на 2010–2014 рр. «Заможне суспільство, конкурентоспроможна економіка, ефективна держава», Законів України «Про внесення змін до Основ законодавства України про охорону здоров'я щодо удосконалення надання медичної допомоги» та «Про порядок проведення реформування системи охорони здоров'я у Вінницькій, Дніпропетровській, Донецькій областях та м. Києві», наказів МОЗ України, спрямованих на реалізацію цих законів [28].

З прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про добровільне об'єднання територіальних громад» від 05.02.2015 №157-VIII в країні розпочався процес утворення нових об'єднаних територіальних

громад, які мають можливість отримувати прямі медичні субвенції з Державного бюджету України на видатки на ПМД [28].

Протягом останніх років в Україні відбувається масштабне реформування системи охорони здоров'я, розпочате з моменту ухвалення Закону про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення [30, 40]. Наступним кроком реформування системи охорони здоров'я було створення Національної служби здоров'я України — центрального органу виконавчої влади, який реалізує основний принцип медичної реформи «гроші йдуть за пацієнтом» — оплачує вартість реально наданих медичних послуг [26, 39, 53]. Тобто кожен пацієнт, який обрав свого сімейного лікаря, педіатра чи терапевта, має право безкоштовно отримати визначений перелік медичних послуг.

З прийняттям Верховною Радою України Закону України «Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення» розпочалася подальша трансформація системи охорони здоров'я. Відповідно до цього Закону держава гарантує повну оплату згідно з тарифом за рахунок коштів Державного бюджету України надання громадянам необхідних їм медичних послуг та лікарських засобів, що передбачені програмою медичних гарантій [30].

Важливе історичне значення для розвитку сімейної медицини мав наказ Міністерства охорони здоров'я України від 19.03.2018 № 503 «Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу». Відповідно до вказаного наказу всі пацієнти, які уклали декларації, можуть розраховувати на консультацію лікаря, спостереження за загальним станом здоров'я, проведення профілактичних заходів із запобігання виникнення неінфекційних захворювань. Цей наказ передбачає, що сімейний лікар надає первинну та невідкладну медичну допомогу, призначає лікування, виписує рецепти, за якими, у тому числі, можна отримати лікарські засоби за програмою «Доступні ліки», виписує медичний

висновок про тимчасову непрацездатність, довідки, забезпечує проведення 8 базових лабораторних і інструментальних досліджень, проводить вакцинацію, направляє до профільних спеціалістів [32].

Центри первинної медико-санітарної допомоги для фінансування у 2018-2019 роках повинні були заключити договори на обслуговування населення з Національною службою здоров'я України (НСЗУ). НСЗУ забезпечує прозору та пряму оплату за надані послуги медичним установам або лікарям, а також контролює якість наданих медичних послуг [40]. Якісні медичні послуги зміцнюють довіру пацієнтів до системи охорони здоров'я [228].

Однією з ключових вимог медичної реформи є забезпеченість медичних закладів необхідним медичним персоналом для того, щоб відповідний заклад охорони здоров'я зміг укласти договір із Національною службою здоров'я України й отримав достатній рівень фінансування [40]. Станом на кінець 2022 року за даними НСЗУ декларації з лікарями ПМД мають 78,8% населення, з них 74,6% саме з лікарями ЗПСЛ [44].

Лідуючі позиції європейських країн у рейтингу ВООЗ підтверджують ефективність такої організації медичної допомоги. У щорічній доповіді ВООЗ говориться про те, що у Канаді висока якість і ефективність канадської медицини пояснюється наявністю достатнього числа добре підготовлених сімейних лікарів. У системі охорони здоров'я Італії працює близько 60 000 сімейних лікарів. Медична реформа тут була проведена 10 років тому. Французька система охорони здоров'я, в якій зареєстровано понад 65 тис. сімейних лікарів, посідає перше місце у рейтингу ВООЗ [20].

Вивчивши світовий досвід, МОЗ України пропонує основні зусилля спрямувати на розвиток ПМД на засадах загальної практики-сімейної медицини, яка є одним із головних пріоритетів розбудови національних систем охорони здоров'я, особливо в умовах дефіциту фінансових ресурсів [28].

На жаль, сьогодні в ПМД в Україні властиві системні недоліки, що зумовлюють обмеженість її ролі в наданні медичної допомоги, недостатній вплив на здоров'я громадян, а відтак на недостатню ефективність системи охорони здоров'я в цілому [28, 239].

Аналіз наукових та аналітичних досліджень вітчизняних авторів дає підстави стверджувати, що деякі аспекти у рамках вивчення кадрового потенціалу галузі охорони здоров'я України потребують поглибленої уваги та подальшого аналізу. Особливу увагу слід звернути на порівняння стану кадрового забезпечення медичної галузі України та європейських країн, особливо Центральної та Східної Європи, адже саме їхній досвід лежить в основі реформування вітчизняної медичної системи [40].

В 2023 році в Україні був затверджений Примірний перелік індикаторів якості надання первинної медичної допомоги (наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716). Керівники закладів охорони здоров'я, які надають первинну медичну допомогу, повинні забезпечити використання Примірного переліку індикаторів якості надання первинної медичної допомоги для впровадження прозорої системи мотиваційних стимулів [35].

В Україні підготовка лікарів-інтернів в інтернатурі проводиться на підставі програм підготовки в інтернатурі, розроблених спільно закладом вищої освіти та базою стажування, затверджених Вченою радою закладу вищої освіти на основі Примірних програм МОЗ України [31].

Мета програми підготовки в інтернатурі полягає в формуванні професійних компетентностей лікаря загальної практики-сімейного лікаря, що базуються на відповідному рівні практичної та теоретичної підготовки лікарів-інтернів для забезпечення їх професійної готовності до самостійної лікарської діяльності відповідно до кваліфікації «лікар-спеціаліст» за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина» [33].

В різних країнах тривалість навчання в інтернатурі має від 2 до 3 років. Так, навчання сімейної медицини в Канаді має найкоротший період післядипломної підготовки (2 роки). Програми в США тривають 3 роки.

Наразі європейські програми тривають від 3 років у Великій Британії (після 2 «базових» років ротаційного стажування) до понад 5 років у Данії. Враховуючи прагнення до загалом вільного переміщення робочої сили через кордони, по всій Європі робляться спроби стандартизувати кваліфікацію та навчання лікарів загального профілю [69].

В Україні здійснюється підготовка лікарів після закінчення навчання упродовж 6 років в закладі вищої освіти [29]. Програма підготовки в інтернатурі складається з двох частин: освітньої та практичної. Освітня частина інтернатури проводиться в закладі вищої освіти, що здійснює підготовку лікарів-інтернів. Тривалість освітньої частини інтернатури складає три місяці за кожен рік навчання. Практична частина інтернатури проводиться на базі стажування лікарів-інтернів. Тривалість практичної частини інтернатури визначається наказом Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 року № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстроване в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за № 1081/36703 № 1254 зі змінами. Наказом МОЗ України від 28 червня 2022 р. № 1114 «Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі за спеціальностями «Анестезіологія та інтенсивна терапія», «Загальна практика-сімейна медицина», «Дерматовенерологія», «Радіологія», «Отоларингологія», «Патологічна анатомія», «Фізична та реабілітаційна медицина» [31, 33, 34].

Тривалість навчання в інтернатурі за спеціальністю «Лікар загальної практики-сімейної медицини» (ЗПСМ) 2 роки (3432 години, 114,4 кредитів ECTS), з яких освітня частина: 6 місяців разом за два роки (936 годин, 31,2 кредити ECTS), практична частина: 16 місяців (2496 годин, 83,2 кредити ECTS) [31, 33, 34].

Навчальна програма призначена для підготовки лікарів-спеціалістів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина», примірна програма створена з урахуванням вимог до післядипломної підготовки лікарів загальної практики-сімейних лікарів Всесвітньої Асоціації сімейних лікарів

(WONCA – World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) та Всесвітньої Федерації Медичної Освіти (WFME) 2013р., наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 року № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстроване в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за № 1081/36703 № 1254 зі змінами, Наказ Міністерства охорони здоров'я України 14 липня 2022 року № 1219 [29, 31, 33, 34].

За весь період навчання в інтернатурі лікар-інтерн повинен оволодіти певним переліком практичних навичок і маніпуляцій для формування професійних компетентностей. Передбачено чотири рівні опанування навичками/ компетентностями: А, В, С, D [33].

За останні кілька десятиліть сімейна медицина в усьому світі зайняла важливе місце в медичній програмі для студентів, а лікарні загальної практики стали навчальними центрами для студентів [203]. В світі очікується збільшення попиту на лікарів загальної практики в багатьох країнах, але лише меншість студентів-медиків розглядають кар'єру загальної практики [198]. Згідно даним ВООЗ в 2035 році в світі буде не вистачати 12,9 млн. працівників охорони здоров'я [205]. Однією з важливих проблем в охороні здоров'я України є недостатнє забезпечення лікарів ЗПСЛ.

1.3. Теоретичні засади мотивація лікарів ЗПСЛ закладів охорони здоров'я

Існує ряд відомих теорій мотивації, які визначають провідні фактори впливу на мотивацію працівників до роботи, серед яких теорія ієрархії потреб Маслоу, теорія самодетермінації Десі та Раєна, теорія МакЛеленда, двохфакторна теорія Ф. Герцберга тощо.

Ієрархія потреб Маслоу є однією з найвпливовіших теорій у психології мотивації та науці про особистість [180]. Маслоу запропонував п'ять потреб, що керують людською поведінкою. Розташованих в ієрархії від нижчого до вищого порядку, є важливими для оптимального існування людини. Потреби

нижчого порядку, які також називають «потребами дефіциту», включають фізіологічні потреби, потреби в безпеці та любові та приналежності. Потреби вищого порядку, або потреби зростання, включають потреби в повазі та самореалізації [113].

Теорія самодетермінації Deci and Ryan's - це емпірично заснована теорія людської мотивації, розвитку та благополуччя [144]. Теорія самодетермінації (СДТ) виділяє внутрішню та зовнішню мотивацію [99, 152]. Внутрішня мотивація базується на цінностях, інтересах та власному почутті моралі. Внутрішня мотивація - це залучення до діяльності через задоволення та інтерес, а не через наслідки чи стимули, пов'язані поведінкою. Зовнішню мотивацію, - це залучення до діяльності через наслідки поведінки [177]. СДТ пропонує континуум інтерналізації мотивації, в якому люди стають більш автономними (або самовизначеними) у своїй поведінці з часом, коли їхні зовнішні мотиви або причини стають більш інтерналізованими. Встановлено, що сприяння цьому процесу інтерналізації сприяє формуванню більш автономної мотивації з подальшим прогностичним впливом на адаптивні результати, такі як поведінкова активність/стійкість і благополуччя [99].

Теорія потреб, також відома як теорія трьох потреб, запропонована Девідом МакКлелландом, є мотиваційною моделлю, яка намагається пояснити, як потреби в досягненнях, приналежності та владі впливають на дії людей з управлінського контексту [202]. МакКлелланд у «Теорії потреб» виділив три основні потреби, які люди отримують зі свого життєвого досвіду: потреба в досягненні, потреба в приналежності та потреби у владі (Turabik & Baskan, 2015 [235]; Vero & Puka, 2017 [243]). Потреба в досягненні включає в себе бажання робити краще, вирішувати проблеми та опановувати складні завдання. Потреба в приналежності (афіліації) - це прагнення до дружніх і теплих стосунків з іншими людьми. Пасивні люди намагатимуться уникати міжособистісних конфліктів у будь-який час, навіть коли це може бути необхідним для виконання завдання. Потреба влади - це бажання

контролювати інших і впливати на їхню поведінку (Vero & Puka, 2017) [15, 243].

За теорією F. Herzberg's мотивація до роботи у працівників залежить від двох груп факторів. Відповідно до теорії існує два типи факторів мотивації: перша група це є безпосередньо мотивуючі фактори, які формують відчуття задоволеності роботою, друга група – гігієнічні фактори, які попереджують невдоволеність роботою. До групи мотивуючих факторів належить відчуття успіху (досягнень), просування по кар'єрі, визнання та схвалення результатів роботи, високий ступінь відповідальності (зміст роботи), можливість професійного розвитку, до групи гігієнічних факторів – система управління організацією, умови праці, заробітна плата, міжособистісні відносини, ступінь контролю [62, 139]. F. Herzberg використовував цю модель, щоб пояснити, що медичний працівник на роботі може бути задоволений і незадоволений одночасно, оскільки ці два набори факторів діють у різних послідовностях. Отже, фактори гігієни (незадоволення) не можуть підвищити чи зменшити задоволеність, вони можуть впливати лише на ступінь незадоволеності. В той же час фактори які впливають на задоволення (мотиваційні елементи) повинні бути узгоджені з гігієнічними факторами для досягнення задоволеності роботою. Керівники в організаціях охорони здоров'я повинні розуміти цей зв'язок [62].

Відповідно до теорії потреб Альдерфера ERG-модель (existence – існування, relatedness – взаємозв'язки, growth – зростання), серед усіх існуючих потреб людини завжди домінує незадоволена потреба. В даному випадку, в умовах недостатнього фінансування ЗОЗ можна припустити, що у медичних працівників незадоволеною потребою є низький рівень заробітної плати [90].

Для покращення задоволеності роботою була запропонована Вежновець Т.А. модель формування у медичних працівників задоволеності роботою та попередження розвитку у них невдоволеності на основі теорії F. Herzberg's [245]. В даній моделі запропоновано в управлінні персоналом в

ЗОЗ розрізняти поняття формування задоволеності та профілактики незадоволеності праці. Вважається, що на формування задоволеністю та попередження незадоволеністю працею впливають різні фактори.

На думку Вежновець Т.А., задоволеність формують мотивуючі внутрішні чинники, такі як, професійний розвиток, досвід, мотиви, перспективи кар'єри та мотивуючі зовнішні чинники, серед яких стиль управління та лідерства, клімат у колективі, ставлення пацієнтів. В той же час невдоволеність попереджають профілактичні чинники, а саме заробітна плата, умови та зміст праці. Тільки поєднання мотивуючих та профілактичних факторів в системі мотивації здатне поліпшити задоволеність та упередити невдоволеність роботою. Тому при створенні системи мотивації необхідно попередити формування невдоволеності через зрозумілий зміст роботи, хороші умови праці, адекватну заробітну плату та формування задоволеності шляхом адекватного стилю управління, створення сприятливого клімату у колективі, створення можливості професійного розвитку персоналу з урахуванням внутрішніх мотивів кожного працівника [59].

1.4. Роль мотивації в управлінні персоналом та чинники задоволеності лікарів ЗПСЛ професійною діяльністю

Дефіцит 17,4 мільйона медичних працівників прискорює глобальну кадрову кризу у сфері охорони здоров'я (Всесвітня організація охорони здоров'я (WHO), 2016). За прогнозами ВООЗ, до 2030 року не вистачатиме 10 мільйонів медичних працівників [215]. Близько 40% медичних працівників залишать роботу в охороні здоров'я протягом наступного десятиліття через низьку заробітну плату та недостатню кількість стимулів. Крім того, внутрішня та міжнародна міграція медичних працівників посилює регіональний дисбаланс медичних працівників [105, 135]. Системи охорони здоров'я європейських країн зазнають критичних факторів у забезпеченні безпечної та ефективної медичної допомоги [8, 171].

Лікарі, сестри медичні та інші медичні працівники на першому місці в кожній країні були героями при пандемії COVID-19, і значення систем охорони здоров'я та медичного персоналу для виживання суспільства ще ніколи не було очевидним. З іншого боку, пандемія COVID-19 показала, що суттєва нестача кадрів і, як наслідок, надмірне навантаження та втома медичних працівників становлять реальну загрозу для надання основних медичних послуг та ефективної боротьби з пандемією [78, 234, 255].

Мотивація та утримання робочої сили є важливими для функціональності та якості надання послуг у системах охорони здоров'я країн [58]. Без задоволених медичних працівників система охорони здоров'я не функціонуватиме, а національні та глобальні плани охорони здоров'я не будуть досягнуті [93]. Управління людськими ресурсами охорони здоров'я складається з добре підготовленої, мотивованої та рівномірно розподіленої робочої сили охорони здоров'я [58]. Однією з головних компетенцій менеджерів закладу охорони здоров'я, є вміння правильно визначати провідні мотиви та потреби персоналу [90]. Підвищення якості медичних послуг стало одним із найскладніших завдань систем охорони здоров'я в усьому світі [175, 265]. В останні роки різні спільні стратегії та плани європейських держав призвели до визначення трансформаційних кроків, необхідних для зміни систем охорони здоров'я в бік їхньої життєздатності, стійкості та ефективності [67, 171].

Серед лікарів загальної практики у кількох країнах існує широке невдоволення, і частка лікарів загальної практики у штаті лікарів зменшується, незважаючи на зростаючу важливість первинної медичної допомоги [224].

Проблема наміру залишити роботу серед медичних працівників є гострою в усьому світі [265]. Дефіцит лікарів у закладах ПМД створює робоче навантаження на лікарів та зменшує якість і доступність медичної допомоги пацієнтам. Система розподілу персоналу, зокрема щодо лікарів, яка зараз використовується, базується на співвідношенні штату до чисельності

населення, а іноді й на фіксованому штатному розкладі за типом закладу охорони здоров'я [118, 151].

Низький рівень мотивації праці медичних працівників є критичним викликом для систем охорони здоров'я країн. Опитування міністерств охорони здоров'я в багатьох країнах показало, що низька мотивація розглядається як друга найважливіша проблема кадрової сили охорони здоров'я після нестачі персоналу [139, 175].

За останні роки щорічно реєструються мільйони випадків захворюваності та смертності, яким можна було б запобігти в результаті своєчасної та кваліфікованої медичної допомоги [228]. Головною метою кожної держави є забезпечення високого рівня якості життя та збереження здоров'я населення [12, 18]. Людські ресурси є життєво важливими для надання послуг, а системи охорони здоров'я не можуть ефективно функціонувати без достатньої кількості кваліфікованих, мотивованих працівників охорони здоров'я, які мають належну підтримку [100]. Лікарі загальної практики повідомляють про зростання рівня вигорання, стресу та незадоволеності роботою [3]. F. Herzberg вважає, що незадоволеність лікарів може обумовлювати надання неякісних медичних послуг [231].

Однією з головних функцій управління персоналом в ЗОЗ є мотивація медичних працівників до належної роботи. Мотивація персоналу – це комплекс дій спрямованих на спонукання працівників робити те, що вони роблять, з вищою продуктивністю та ентузіазмом [190]. Мотивація - це сила, яка спонукає рухатись до мети та є ключовим елементом успішності у професійному розвитку [50]. За даними літератури мотивація медичних працівників має прямий вплив на організацію надання медичної допомоги, на продуктивність роботи, на відданість роботі в закладі, на задоволення від роботи [139, 175]. Вмотивовані медичні працівники відіграють важливу роль у наданні високоякісних та ефективних послуг в охороні здоров'я [90, 120, 143, 251].

Мотивація до роботи є одним із ключових питань у сфері управління людськими ресурсами [143, 261]. На сучасному етапі реформування в галузі медицини України мотивація медичного персоналу ЗОЗ набуває особливої актуальності [50].

Відомо, що низька вмотивованість медичних працівників до роботи обумовлює їхнє негативне ставлення до пацієнтів, запізнення та прогули, високу плинність кадрів та міграцію [62, 88, 147]. Негативні наслідки високої плинності включають витрати, пов'язані з наймом нових та втратою досвідчених медичних працівників, а також зі збільшенням несприятливих результатів для пацієнтів та зниження ефективності організації якісної медичної допомоги [57, 258]. Якщо в організації висока плинність кадрів, то організація не лише витрачає більше часу та коштів на підбір персоналу, але й обумовлює зниження морального духу працівників [107].

Якість медичної допомоги визначається як ступінь медичної допомоги, яка підвищує ймовірність сприятливих результатів для здоров'я окремих людей та груп населення і відповідає сучасним професійним знанням [175, 232]. Якість медичних послуг, їх дієвість, ефективність, доступність і життєздатність залежать від продуктивності медичних працівників, які надають ці послуги, тому важливо розглядати мотивацію та розвиток персоналу як центральне питання політики охорони здоров'я [253].

На мотивацію впливає багато факторів, таких як інтереси, уподобання, можливості, ситуації та соціальна підтримка [50]. Мотивація медичних працівників відображає взаємодію між медичними працівниками та їхнім робочим середовищем [253, 268]. Однак, лікарі ЗПСЛ описують свою роботу як надзвичайно вимогливе та стресове робоче середовище [3, 96].

Невдоволення робочим місцем сприяє виснаженню, високій плинності кадрів і значному неповній зайнятості в медичних закладах [160]. Лікарі проводять половину свого життя на робочому місці, тому умови праці відіграють дуже важливу роль в мотивації до роботи [50]. Забезпечення гарних умов праці для працівників стає головним у системі охорони здоров'я

[139]. Так як, невдоволення робочим місцем сприяє виснаженню, високій плинності кадрів і неповній зайнятості в медичних закладах [135, 265]. В середовищі, яке постійно змінюється, і суспільні вимоги, які вимагають постійної адаптації протягом робочого дня, є додатковим стресом для лікарів [237].

Низька мотивація медичних працівників характеризується поганою практикою, включаючи негативне ставлення до пацієнтів, запізнення та прогули, високу плинність кадрів та міграцію [139]. Тому питання мотивації вказаних лікарів до належної медичної практики є надзвичайно актуальним в управлінні персоналом закладу охорони здоров'я. Керівник закладу охорони здоров'я повинен враховувати цінності, потреби працівників та базуватися на загальновідомих теоретичних засадах мотивації працівників [84].

Мотивація та задоволеність роботою були визначені як ключові фактори утримання та плинності медичних працівників [132, 265]. Сучасні підходи в управлінні персоналом в закладі охорони здоров'я повинні базуватися на провідній ролі задоволеності працівників роботою. Кожна людина має унікальні потреби та бажання, які необхідно задовольнити. Мотивація працівників відображається на їхній поведінці на робочому місці та впливає на результат роботи системи охорони здоров'я [139]. Задоволеність медичних працівників роботою впливає на якість медичної допомоги [2, 129, 157, 193]. Задоволеність роботою серед медичних працівників все більше визнається важливим фактором, оскільки це безпосередньо впливає на систему охорони здоров'я будь-якої країни [132, 226].

Задоволення роботою — це емоційна реакція працівника на різні чинники, пов'язані з роботою, що призводить до отримання задоволення, комфорту, впевненості, винагороди, особистісного зростання та різноманітних позитивних можливостей, у тому числі підвищення мобільності, визнання та оцінювання за заслугами з грошовою компенсацією [230]. Це приємний позитивний стан, який виникає в результаті оцінки своєї

роботи або досвіду роботи [119, 145]. Висока задоволеність лікарів роботою сприяє їхньому фізичному, психічному здоров'ю та благополуччю [237].

Задоволеність роботою медичних працівників важлива для мотивації та ефективності, оскільки висока задоволеність роботою покращує як продуктивність працівників, так і задоволеність пацієнтів [91, 100]. Відомо, що зі збільшенням відчуття задоволеності роботою зростає продуктивність праці та зменшується плинність кадрів [9, 91, 130, 156].

Крім того, задоволеність роботою позитивно впливає на задоволеність пацієнтів, що є важливим суб'єктивним індикатором якості медичної допомоги [3, 56, 60]. Задоволеність роботою лікарів може призвести до кращих результатів лікування і задоволеності пацієнтів якістю отриманої допомоги [83, 88, 156].

Рівень задоволеності працівників роботою може коливатися від надзвичайного задоволення до надзвичайного незадоволення [117]. На жаль, в охороні здоров'я спостерігається низький рівень задоволеності роботою, спричинений низьким доходом, поганими умовами праці та обмеженими можливостями розвитку кар'єри в організаціях охорони здоров'я [166]. Протилежністю задоволення є не незадоволення, а «відсутність задоволення» [131].

Низький рівень задоволеності лікарів працею може обумовлювати проблеми в організації роботи закладу охорони здоров'я, такі як порушена комунікація та відсутність злагодженості роботи в команді, погіршення стану здоров'я лікарів внаслідок хронічного стресу та виснаження [94, 182, 224].

Незадоволення роботою пов'язане зі збільшенням конфліктів, прогулів, низьким рівнем догляду за пацієнтами та зниженням якості та обсягу роботи [7, 66, 91]. Причинами незадоволення роботою може бути низька заробітна плата, тривалий робочий день, хронічний стрес на роботі, не комфортне робоче середовище та невідповідні умови для виконання очікуваних завдань, відсутність додаткових пільг [147, 193, 265, 268].

Важливим аспектом незадоволеності роботою лікарів загальної практики через велике навантаження адміністративними завданнями [183, 208]. Високе адміністративне навантаження негативно впливає на психосоціальну робочу обстановку. Нелегітимні завдання (необґрунтовані та непотрібні завдання) є стресорами та потенційними факторами ризику вигорання та зниження задоволеності роботою серед лікарів загальної практики. Попередні дослідження показали, що нелегітимні завдання пов'язані з емоційним виснаженням і передчуттям хвороби [94, 182, 183].

Крім того, незадоволеність роботою сприяє розвитку у лікарів синдрому професійного вигорання, що негативно впливає на якість медичної допомоги [2, 7, 130]. Вигорання лікаря є наслідком накопиченого стресу на робочому місці [61, 72, 237, 268]. Рівень вигорання лікарів коливається від 30 до 65% у різних медичних спеціальностях, особливо це стосується лікарів первинної ланки та лікарів медицині невідкладних станів (Linzer та ін., 2014, 2015; Schrijver, 2016) [133]. Вигорання – це психологічний синдром, що включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження особистих досягнень [154, 256, 259].

Вигорання лікарів є серйозною проблемою, враховуючи його серйозні негативні наслідки для надання медичної допомоги пацієнтам та задоволеності лікарів власною кар'єрою [61, 154]. Вигорання лікарів характеризується емоційним виснаженням, втратою сенсу в роботі, відчуттям неефективності, зниженням ефективності роботи лікарів і зниженням задоволеності пацієнтів [72, 116, 248].

Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає безпеку пацієнтів як «запобігання помилкам і несприятливим наслідкам для пацієнтів, пов'язаним з наданням медичної допомоги» та «не заподіяння шкоди пацієнтам» [64, 114, 120, 150]. Крім того, медична недбалість визначається як професійна недбалість з боку медичного працівника, коли допомога, яку він надає пацієнту, не відповідає якості стандартам надання медичної допомоги і призводить до заподіяння шкоди або смерті пацієнта,

причому більшість випадків припадає на лікарські помилки [114, 120, 124]. Встановлено, що причинами медичних помилок є втомі через довгі робочі години, перевантаження, нестабільність графіку роботи, порушення сну та синдром професійного вигорання [85, 124, 207].

Доведено і те, що низький рівень задоволеності роботою серед лікарів може вплинути на стосунки між лікарем і пацієнтом та погіршити якість лікування та мати серйозні негативні наслідки, такі як незадоволені пацієнти, погані клінічні результати та неоптимальне надання медичної допомоги, а також проблеми зі здоров'ям для самих лікарів [72, 75, 108, 224].

На рівень задоволеність роботою лікарів впливає багато факторів, включаючи стать, вік, досвід роботи, умови праці, заробітна плата, години роботи та можливість просування по службі, лідерство [56, 57, 66, 231]. Робочий час, нічні чергування, негативно чи позитивно впливає на задоволеність разом із іншими факторами, такими як дохід, вислуга років і спосіб життя лікаря [56]. За даними дослідженнями лікарі ЗПСЛ які більш задоволені роботою, мають нижчу ймовірність вигорання, залишаються на своїй роботі довше і відчують менше стресу на роботі, більше беруть участь у прийнятті рішень, які впливають на роботу та сприймають свою роботу як цікаву [224, 245, 259]. Крім того, задоволеність лікаря пов'язана із задоволеністю пацієнтів і взаємодією з ними [182, 217].

В умовах недостатнього фінансування ЗОЗ та високих вимог до якості надання медичної допомоги особливого значення набуває створення ефективної система мотивації медичних працівників [90].

У багатьох країнах ОЕСД, окрім Великої Британії, розрив у доходах між лікарями загальної практики та лікарями-спеціалістами збільшився протягом останнього десятиліття не на користь лікарів ЗПСЛ, що сприяло підвищенню привабливості для майбутніх лікарів вузькопрофільних спеціальностей [104].

Дані літературних джерел свідчать, що є позитивний зв'язок між високим рівнем задоволеності лікаря та задоволеністю пацієнтів, а також

зв'язок між низьким рівнем задоволеності лікаря та низьким комплайенсом дотримання пацієнтом медичних процедур [106]. Високий рівень задоволеності роботою позитивно впливає на здоров'я та якість життя працівників, ефективність роботи, утримання на роботі, якість надання медичної допомоги та задоволення пацієнтів [93]. Задоволеність роботою є основним поняттям, на яке слід звертати увагу при плануванні організаційних заходів, спрямованих на утримання медичних працівників та зменшення плинності кадрів [153].

В багаточисленних дослідженнях доведено, що значну роль у підвищенні ефективності задоволеністю роботою медичних працівників охорони здоров'я пов'язана з умовами праці, робочим середовищем, соціального захисту, можливістю брати активну участь у процесі прийняття рішень, визнанням роботи, можливостями просування по службі, робочим навантаженням і відносинами працівників з їхніми керівниками [16, 93, 117, 147, 168, 265].

Доведено і те, що задоволеність медичних працівників пов'язана з можливістю особистого розвитку [93]. Безперервний професійний розвиток (БПР) є важливим, оскільки це може підвищити рівень знань та навичок працівників [240]. Різні дані свідчать про те, що ефективні програми навчання покращують утримання персоналу та підвищити їх моральний дух, створивши позитивний, мотивований та компетентний колектив це, в свою чергу, підвищує задоволеність пацієнтів і прибутковість організації [258]. Крім того, лікарі, які отримали міжнародне навчання, більш задоволені, ніж ті, хто пройшов підготовку на місці [174, 224].

Встановлено значний позитивний зв'язок між підтримкою керівництва та задоволеністю роботою працівника. Підтримка керівництва може полягати у винагороді, збагаченні кар'єри, винагородах, просуваннях по службі. Працівники, яких підтримує керівник, мають вищу задоволеність роботою та відчувають себе комфортніше у своїй роботі ніж ті, хто не має. Працівники,

які не отримують підтримку від керівника, можуть демонструвати емоційну поведінку, що призводить до виснаження та розчарування [138, 160, 265].

Дані літературних джерел свідчать, що здорове робоче середовище співробітників, також відоме як психологічний клімат значною мірою пов'язане із задоволеністю роботою [58, 70, 159, 181]. Робоче середовище - це простір, який створюється в колективі, в якому працівники збираються разом, щоб виконувати спільну роботу та досягати результатів [181]. До здорового робочого середовища відноситься: компетентні працівники, відповідне робоче навантаження, ефективна комунікація, співпраця та розширення прав і можливостей, що призводить до позитивних результатів для пацієнтів, працівників та організації [159, 181].

Підтримка колег на робочому місці значною мірою сприяє задоволеності роботою, зменшенню стресу, намірів звільнитися та зменшення плинності кадрів [138, 140, 164]. Крім того, низька підтримка колег, високі вимоги до роботи, нестачу персоналу та збільшення робочого навантаження негативно впливає на робоче середовище [107, 140]. Високі вимоги до роботи відносяться до психологічного стресу, який викликає напругу та включає такі аспекти, як робоче навантаження, дефіцит часу та конфлікти [161]. Розуміння факторів, що впливають на задоволеність лікаря, є важливим не лише для лікарів, але й для їхніх пацієнтів, керівників закладів охорони здоров'я та політиків у сфері охорони здоров'я [106].

Дбайливе робоче середовище може зіграти важливу роль в залученні й утриманні продуктивних та лояльних медичних працівників, що призводить до збільшення задоволеності отриманням медичної допомоги пацієнтів [142, 149].

Важливо відмітити, що перспективи розвитку, стабільність роботи, заробітна плата, винагорода, умови праці є основним впливом на задоволення лікарів роботою [172, 229]. Одним із факторів, що суттєво впливають на задоволеність працівників, є оплата праці [153]. Так, лікарі загальної практики хотіли отримувати розумну заробітну плату, щоб мати

баланс між роботою та особистим життям, який би їх задовольняв [104]. Це свідчить про те, що системи охорони здоров'я повинні забезпечувати відповідну схему оплати праці та додаткових пільг, щоб задовольнити потреби своїх працівників [89].

Мотивовані та задоволені медичні працівники припускають, що вони є невід'ємною частиною організації, можуть досягати своїх цілей, мають відчуття контролю над своєю роботою та беруть участь у діяльності, яка підтримує організацію [265]. Лікарі, які більше залучені до своєї роботи, отримують кращі результати лікування, а також вищу особисту задоволеність і задоволеність пацієнтів, ніж ті, хто менш мотивований [244].

Відомо, що задоволеність працею є результируючим критерієм ефективності управління персоналом через формування оптимальної системи мотивації в закладі (організації) [59].

Зважаючи на викладене вище, мотивація медичних працівників є невід'ємною частиною ефективного управління персоналом, результатом якого є задоволений працівник. Задоволеність роботою медичних працівників безпосередньо впливає на якість надання медичної допомоги пацієнтам та є прогностичним критерієм плинності медичних працівників.

Отже, проведений огляд доступних літературних джерел свідчить про надзвичайну роль лікарів ЗПСЛ в організації надання якісної, доступної, безпечної, справедливої медичної допомоги в умовах трансформації системи охорони здоров'я.

Висновки до розділу 1

1. На сьогодні відсутня інформація про задоволеність роботою лікарів ЗПСЛ, про особливості підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСЛ до належної медичної практики, про провідні фактори мотивації лікарів ЗПСЛ до якісного надання медичної допомоги, про ефективну систему мотивації лікарів ЗПСЛ в Україні, особливо в умовах надзвичайних ситуацій в країні.

2. В Україні фрагментарно представлені дані щодо системи мотивації лікарів ЗПСЛ. В основному роботи присвячені організації роботи лікарів, комунікації, професійному розвитку. Відсутні дані про вплив отриманого досвіду в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина на подальший професійний розвиток лікарів ЗПСЛ.

3. Зважаючи на дефіцит лікарів ЗПСЛ у світі, в Україні відсутня інформація про динаміку забезпеченості лікарів ЗПСЛ за 2008-2020 роки, особливо в період пандемії COVID-19 та в умовах воєнного стану. Відсутня інформація про вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ в ЗОЗ в Україні, особливості регіоналізації забезпеченості лікарів.

4. В сучасних умовах реформування медичної галузі, в умовах воєнного часу виникає нагальна потреба в створенні системи мотивації на засадах визначення ролі провідних чинників задоволеності та невдоволеності лікарів роботою на посадах лікарів ЗПСЛ. Велике коло невирішених питань у організації системі мотивації лікарів ЗПСЛ в ЗОЗ стало підґрунтям до проведеного дослідження.

РОЗДІЛ 2. ПРОГРАМА, МАТЕРІАЛИ, ОБСЯГ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

Для досягнення поставленої мети, дослідження проводилось за спеціально розробленою програмою, яка передбачала виконання дослідження в шість організаційних етапів та відповідала поставленій меті та завданням.

На першому етапі дослідження проаналізовано та вивчено світовий та вітчизняний досвід системи мотивації лікарів шляхом вивчення інформаційних ресурсів стосовно ролі лікаря ЗПСЛ в організації надання первинної медичної допомоги, чинників мотивації лікарів ЗОЗ, ролі мотивації в управлінні персоналом та чинники задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою. Крім того був проаналізований аспект історичного розвитку «сімейної медицини» та організації підготовки лікарів за спеціальністю ЗПСМ в Україні. За допомогою бібліосемантичного методу опрацьовано 271 наукове джерело, з них 218 — іноземною мовою. Отримані результати дали змогу конкретизувати напрям дослідження, об'єкт та предмет дослідження. Результати першого етапу дослідження представлені у першому розділі дисертаційної роботи.

На другому етапі сформульовано мету, об'єкт, предмет та завдання дослідження, обґрунтовано методи розробки й аналізу матеріалів. Розроблено 4 анкети для соціологічного опитування:

- Вивчення задоволеності організацією підготовки в інтернатурі та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина»;
- Вивчення задоволеності організацією підготовки в інтернатурі та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю «Внутрішні хвороби»;
- Вивчення задоволеності організацією підготовки в інтернатурі та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю «Акушерство та гінекологія»;

- Вивчення задоволеності працею лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейний лікар»

Анкети були розроблені на кафедрі менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, та були попередньо апробовані і для кожної з них був розрахований коефіцієнт Альфа Кронбаха. Зміст анкет представлений в додатках до дисертаційної роботи.

Для досягнення поставленої мети використані наступні методи наукового дослідження:

Методи, які були використані у продовж дослідження:

1. *Системний підхід та системний аналіз* — для проведення комплексного (кількісного та якісного) дослідження існуючої системи мотивації лікарів, визначення підходів до виявлення і аналізу проблем в її функціонуванні та обґрунтування моделі її удосконалення;

2. *Бібліосемантичний* — для вивчення та отримання результатів вітчизняних та міжнародних досліджень стосовно провідних факторів мотивації лікарів, ролі мотивації в управлінні персоналом та чинників задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою;

3. *Історичний* — для вивчення розвитку «сімейної медицини», підготовку лікарів за спеціальність ЗПСМ в Україні та якості наданні медичної допомоги лікарями ЗПСЛ;

4. *Соціологічний (анкетне опитування)* — з метою отримання інформації від лікарів-інтернів щодо задоволення підготовкою в інтернатурі, щодо провідних чинників мотивації лікарів-інтернів, лікарів ЗПСЛ, щодо задоволеності працею та забезпечення належних умов організації їх роботи;

5. *Концептуальне моделювання* — для обґрунтування моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури та моделі мотивації лікарів ЗПСЛ;

6. *Функціонально-структурне моделювання* — для розробки запропонованої моделі та її візуалізації;

Мета дослідження	Обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню України на основі аналізу забезпеченості лікарями ЗПСЛ, дослідження організації підготовки в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина, визначення вікових та статевих особливостей провідних чинників мотивації вказаних лікарів, прогнозування ризику їхньої незадоволеності роботою та дослідження професійної траєкторії від лікаря-інтерна до лікаря ЗПСЛ.	
I етап дослідження	Вивчення світового та вітчизняного досвіду системи мотивації лікарів ЗПСЛ для організації якісної первинної медичної допомоги в сучасних умовах	
	Аналіз наукової літератури та діючого законодавства у сфері охорони здоров'я	Всього джерел науково-медичної інформації 271, з них іноземних -218
II етап дослідження	Формування мети, об'єкту, предмету, визначення завдань, методів, бази наукового дослідження, структури, обґрунтування обсягів і методів дослідження. Розробка анкет для соціологічного опитування (4 анкети)	
III етап дослідження	Аналіз сучасного стану забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні у період з 2008 по 2021 роки: визначення регіональних особливостей та вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ. Дослідження впливу забезпеченості лікарями на середню тривалість життя та на смертність від серцево-судинних хвороб населення	
	Матеріали: дані Державної служби статистики України. Звітні форми Центру громадського здоров'я МОЗ України: ф.17, ф.20 (всього 650 од.)	
IV етап дослідження	Дослідження задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія. Вивчення траєкторії професійного розвитку лікарів за спеціальністю ЗПСЛ	
	Матеріали: анкети соціологічного опитування лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ, ВХ та АГ (всього 247 од)	
V етап дослідження	Вивчення задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою в ЗОЗ: в залежності від статі, стажу роботи та віку лікарів. Розробка моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ роботою	
	Анкети соціологічного опитування лікарів за теорією F. Herzberg - 80 од.	Анкети соціологічного опитування лікарів ЗПСЛ -89 од.
VI етап дослідження	Наукове обґрунтування удосконалення системи мотивації лікарів ЗПСЛ в системі надання первинної медичної допомоги.	
	Результати дослідження впроваджено: 1.Розробка навчальної програми для циклів спеціалізації для лікарів за спеціальністю ЗПСЛ у ННЦ УТЦСМ та лекційного матеріалу для циклу тематичного удосконалення на кафедрі менеджменту охорони здоров'я ІПО НМУ імені О.О. Богомольця. 2. Матеріалів для освітньої програми циклу тематичного удосконалення на кафедрі терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології НУОЗУ імені П.Л. Шупика. 3. В діяльності закладів ПМД м. Києва та Обухівського району Київської області, що підтверджено актами впровадження.	
Методи дослідження на етапах:	Системний підхід та системний аналіз — I-VI Бібліосемантичний — I Історичний — I Соціологічний (анкетне опитування) — III, IV, V Концептуальне моделювання — VI Медико-статистичний — II, III, IV, V Функціонально-структурне моделювання — VI Експертні висновки — VI	

Рис. 2.1 Програма, матеріали, обсяг і методи дослідження

Методи, які були використані у продовж дослідження:

7. *Медико-статистичний* — для математико-статистичної обробки отриманих кількісних даних;
8. *Експертні висновки* — для отримання незалежної оцінки запропонованої моделі висококваліфікованими експертами.

Об'єкт дослідження: система мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів.

Предмет дослідження: забезпеченість лікарями загальної практики-сімейними лікарями, чинники мотивації лікарів ЗПСЛ та лікарів-інтернів за спеціальністю «загальна практика-сімейна медицина», задоволеність підготовкою в інтернатурі лікарів-інтернів за спеціальностями ЗПСМ, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія, готовність лікарів-інтернів до самостійної роботи в ЗОЗ, траєкторія професійного розвитку лікарів ЗПСЛ, задоволеність працею лікарів ЗПСЛ в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Результати другого етапу дослідження представлені у другому розділі дисертаційної роботи.

Наступний, третій етап був присвячений аналізу сучасного стану забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні, був проведений регіональний аналіз динаміки забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги та штатними посадами лікарів ЗПСЛ в Україні за період 2008 – 2020 рр. До групи лікарів первинної медичної допомоги увійшли лікарі-терапевти, лікарі-педіатри та лікарі ЗПСЛ. Джерелами інформації для дослідження стали звітні форми 17 «Звіт про медичні кадри» та форми 20 «Звіт юридичної особи незалежно від її організаційно-правової форми та фізичної особи - підприємця, які провадять господарську діяльність із медичної практики, за 20__ рік» Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України, де представлені дані про лікарів ЗОЗ системи МОЗ та всіх відомств. Проведений аналіз впливу урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу. З цією метою були використані дані форми 17 «Звіт про

медичні кадри» Центру громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України. За даними Державної служби статистики України для кожної групи було розраховано середню очікувану тривалість життя та середнє значення коефіцієнта смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення. Для розрахунку середнього валового регіонального продукту (Per capita gross regional product) в групах використана інформація за 2020 рік з сайту Міністерства фінансів України. Для порівняння груп за середнім значенням та стандартним відхиленням (\pm SD) був використаний критерій Kruskal-Wallis. Апостеріорні порівняння проведені за критерієм Данна. Розрахований коефіцієнт Пірсона для кореляційної матриці між рівнем урбанізації та забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення в країнах OECD, між забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення та середньою очікуваною тривалістю життя в Україні. Статистичний аналіз проведений з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Результати дослідження представлені у третьому розділі дисертаційної роботи.

Під час виконання четвертого етапу дослідження за допомогою соціального опитування за 3 анкетами було вивчено задоволеність підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ, АГ), проведена оцінка готовності до самостійної роботи лікарем, досліджено траєкторію професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ, ВХ, АГ та визначенні фактори, які на неї впливають під час проходження програми підготовки в інтернатурі та визначено провідні стимули мотивації в роботі лікарів на погляд лікарів-інтернів. Анкети задоволеності підготовки в інтернатурі були перевірені за показником Альфа Кронбаха ($\alpha=0,87$). Для оцінки результатів опитування була використана шкала сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі-інтерни оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-ти бальною оцінкою.

Участь в опитуванні взяло 247 лікарів-інтернів (ЗПСМ- 56 лікарів-інтернів 1 та 2 року навчання, 120 лікарів-інтернів 1 та 2 року навчання зі спеціальності внутрішні хвороби та 71 лікарів-інтернів з акушерства та гінекології 1 та 3 року навчання).

Для порівняння результатів відповідей лікарів-інтернів за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ та АГ) була використана методика Kruskal-Wallis.

При порівнянні результатів відповідей респондентів за двома спеціальностями (ЗПСМ і ВХ та ЗПСМ і АГ) була використана методика Mann-Whitney.

Для визначення оцінки сили та напрямку впливу факторних ознак організації інтернатури, які значимо впливають на ризик незадоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі був застосований метод побудови і аналізу багатофакторних логістичних моделей регресії. Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Для оцінки якості логістичної моделі регресії - використаний (Receiver Operating Characteristic– ROC curve analysis). Зразки анкет представлені в додатках (Додатки Б, В, Г). Результати четвертого етапу дослідження представлені у четвертому розділі дисертації.

П'ятий етап присвячено вивченню задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою в ЗОЗ, вивченню провідних мотивуючих факторів: в залежності від статі, віку та стажу роботи лікарів, розробці моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ роботою, а також визначено особливості структури та провідних факторів мотивації відповідно до теорії Ф. Герцберга у лікарів ЗПСЛ. Опитування лікарів проводилось в м. Києві (Святошинський район) та м. Звягель Житомирської області.

Під час статистичної обробки розроблених нами анкет, дані проаналізовані методами дескриптивної статистики та ROC-аналізу. Описове одномоментне (cross-sectional) дослідження проводилось серед лікарів ЗПСЛ

центрів первинної медико-санітарної допомоги. З урахуванням прийнятних для даного дослідження рівнів похибки першого ($\alpha = 0,05$) та другого роду ($\beta = 0,2$) — розраховано з 80% потужністю та 5% рівнем значимості вибірку для достатнього визначення наявності ефекту за наступною формулою:

Розраховано обсяг вибірки:

$$n = \frac{t^2 pqN}{N\Delta^2 + t^2 pq}$$

n — обсяг вибіркової сукупності;

t — коефіцієнт унормованого відхилення ($t=2$);

p — ймовірність наявності ознаки ($p=0,5$);

q — ймовірність відсутності ознаки ($q=1-p$);

N — обсяг генеральної сукупності;

Δ — припустима помилка дослідження ($\Delta=0,05$)

Зважаючи на те, що загальна кількість лікарів ЗПСЛ у 2-х досліджуваних районах складає 197 осіб, розрахунок мінімальної вибірки лікарів ЗПСЛ для проведення дослідження становить ($N = 197$, при $\Delta \pm 5\%$ або $0,05$) [10]:

$$n = \frac{2^2 \times 0,5 \times 0,5 \times 197}{197 \times 0,05^2 + 2^2 \times 0,5 \times 0,5} \approx 139$$

З метою виконання даного етапу дослідження проведено опитування, 169 лікарів, з них 89 лікарів за спеціальністю ЗПСЛ за анкетною визначення задоволеності працею в ЗОЗ та проведено опитування 80 лікарів ЗПСЛ для визначення особливостей структури та провідних факторів мотивації відповідно до теорії Ф. Герцберга. На даному етапі використані методи: соціологічний (анкетне опитування), медико-статистичний, узагальнення результатів.

Анкета задоволеності працею в ЗОЗ була перевірена за показником Альфа Кронбаха ($\alpha = 0,82$). Кожне питання анкети респонденти мали можливість оцінити за шкали сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням

від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-бальною шкалою. Задоволеність роботою оцінювалася в 4 та 5 балів, незадоволеність – 1-3 бали.

Для побудови однофакторних та багатфакторних логістичних моделей прогнозування ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ роботою був застосований метод логістичного регресивного аналізу. Для порівняння груп був використаний U-критерій Манна-Уїтні. Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Для оцінки ступеню впливу кожної факторної ознаки в логістичній моделі регресії був розрахований показник відношення шансів (ВШ) та його 95% ДІ (довірчий інтервал). Для оцінки якості логістичної моделі регресії - використаний аналіз Receiver Operating Characteristic (ROC curve analysis). Зразок анкети «Вивчення задоволеності працею лікарів загальної практики-сімейних лікарів» представлені в додатках (Додаток Г).

Згідно з теорією мотивації Ф. Герцберга опитування за його методикою включало 30 тверджень, серед них з 1 по 14 твердження стосувалися оцінки факторів мотивуючої групи, що формують відчуття задоволеності роботою та з 15 по 30 твердження – факторів гігієнічної групи, що попереджають виникнення невдоволеності роботою [62]. Як модель шкали оцінки окремих тверджень анкети використано шкалу сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-бальною шкалою. Участь в анкетуванні лікарів за спеціальністю ЗПСЛ була добровільною.

Для аналізу та порівняння відповідей за статтю був використаний метод Mann-Whitney. Для порівняння відповідей за віком, загальним стажем роботи лікарів ЗПСЛ використовували методику Kruskal-Wallis. Статистичний аналіз був проведений з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc,

Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Результати п'ятого етапу дослідження представлені у п'ятому та шостому розділі дисертації.

Узагальненні результати попередніх етапів дослідження дозволили на шостому етапі здійснити науково обґрунтування моделі мотивації лікарів за спеціальністю ЗПСЛ.

На шостому заключному етапі проведено наукове обґрунтування мотивуючого впливу якісної підготовки в інтернатурі на подальшу роботу лікарем ЗПСЛ, обґрунтування провідних чинників задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ та обґрунтування провідних чинників мотивації лікарів ЗПСЛ до роботи та системи мотивації в ЗОЗ.

На основі аналізу отриманих результатів дослідження розроблено сучасну модель мотивації лікарів ЗПСЛ, яка складається з моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ на основі аналізу організації програми підготовки в інтернатурі та запиту до першого місця працевлаштування та з моделі мотивації лікарів ЗПСЛ на основі визначених вікових та статевих особливостей мотиваційних чинників (управління персоналом ЗОЗ, зворотній зв'язок, автономія в роботі).

Для оцінки доступності та обґрунтованості запропонованої моделі мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ та моделі мотивації лікарів ЗПСЛ було проведено експертне оцінювання обґрунтованості, доцільності, комплексності, інноваційності. Для цього була розроблена анкета експертної оцінки моделі, яка містила 6 тверджень з оцінкою за п'яти бальною шкалою (5 балів — максимальна оцінка) за кожне твердження. Отримані результати анкети експертів оцінювались на якість їх заповнення з наступною статистичною обробкою окремо по кожному питанню. В цілому, доступність та обґрунтованість моделей експертами була оцінена високо $4,67 \pm 0,15$ балів. Більшість експертів високо оцінили дані моделі (від 86,36% до 90,90%).

РОЗДІЛ 3. АНАЛІЗ СУЧАСНОГО СТАНУ ЗАБЕЗПЕЧЕНОСТІ ЛІКАРЯМИ ЗПСЛ В УКРАЇНІ

Лікарі первинної медичної допомоги є лікарями «першого контакту» пацієнтів з системою охорони здоров'я в будь-якій країні у світі, бо саме вони забезпечують доступність, неперервність, комплексність та координацію медичної допомоги населенню [260]. Вказані лікарі відіграють ключову роль у системах охорони здоров'я [200]. Системи охорони здоров'я, які базуються на організації надання первинної медичної допомоги, є ефективними в зниженні рівня захворювань, смертності та сприяють справедливому доступу пацієнтів до надання медичної допомоги в усьому світі [188].

Від навантаження на лікаря залежить якість надання медичної допомоги. У разі дефіциту в системі охорони здоров'я лікарів відбувається збільшення робочого навантаження на тих, хто продовжує працювати, що має негативні наслідки для пацієнтів [212].

Актуальним постає проблема здійснення комплексного аналізу забезпеченості лікарями первинної ланки в Україні (динаміка, регіональні особливості забезпеченості, укомплектованість штатних посад тощо) для удосконалення кадрової політики у сфері охорони здоров'я щодо організації надання первинної медичної допомоги населенню. Крім того, особливого значення набуває аналіз впливу урбанізації на доступність первинної медичної допомоги у лікаря ЗПСЛ та оцінки впливу вказаної доступності на середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу, як провідних показників стану здоров'я населення.

3.1. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги та штатними посадами лікарів ЗПСЛ в Україні у період з 2008 по 2020 роки

Мета дослідження полягає в аналізі забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги, зокрема лікарями ЗПСЛ з урахуванням регіональних особливостей в Україні.

У 2020 році забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги, в тому числі лікарями ЗПСЛ, лікарями-терапевтами та лікарями-педіатрами, в Україні становила 4,5 на 10000 населення, що на 5,99% менше, ніж у 2008 році. Вказаний показник був найменший серед країн Організації економічного співробітництва та розвитку у 2020 році (рис. 3.1) [233].

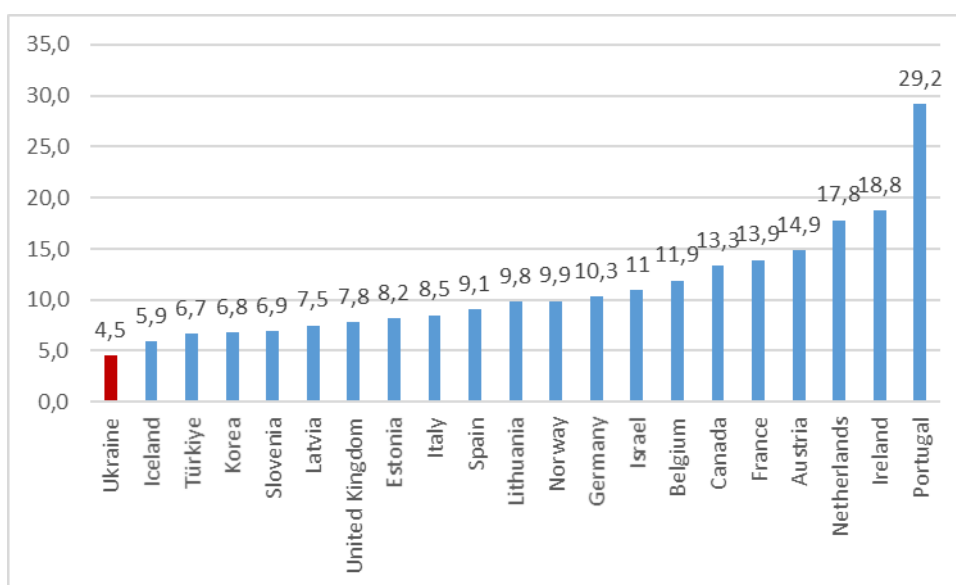


Рис. 3.1 Забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги в країнах OECD та в Україні у 2020 році на 10000 населення

У період з 2008 по 2020 рік в Україні спостерігалася тенденція до зниження забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги (з 4,82 до 4,5 на 10000, $p > 0,05$) та достовірне зростання забезпеченості лікарями ЗПСЛ (з 1,73 до 3,73 на 10000 населення ($p < 0,05$)) на тлі зменшення забезпеченості лікарями-терапевтами та лікарями-педіатрами ($p < 0,05$) (рис. 3.2). Позитивний тренд зростання забезпеченості лікарями ЗПСЛ з 2008 року по 2020 рік свідчить про зростання ролі лікаря ЗПСЛ в наданні первинної медичної допомоги в Україні.

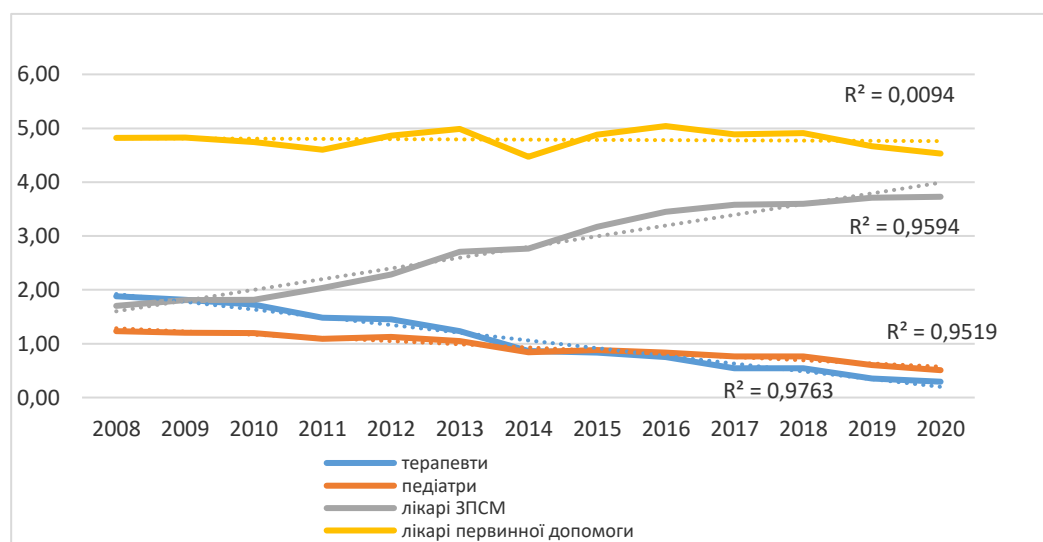


Рис. 3.2 Динаміка забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги в Україні на 10000 населення у період 2008-2020 роки

У 2020 році суттєва змінилася структура лікарів, які надають первинну медичну допомогу, у порівнянні з 2008 роком. У 2020 році у структурі лікарів первинної медичної допомоги переважали лікарі ЗПСЛ (82%), на другому місці були лікарі-педіатри (11%), на третьому – лікарі-терапевти (6,5%) (рис. 3.3). У 2008 році у вказаній структурі переважали лікарі-терапевти (39%), на другому місці лікарі ЗПСЛ (35,3%), на третьому місці – лікарі-педіатри (25,6%) (рис. 3.3). Порівняння структур лікарів первинної медичної допомоги за Хі-квадратом свідчить про наявність достовірної відмінності між ними ($p < 0,05$).

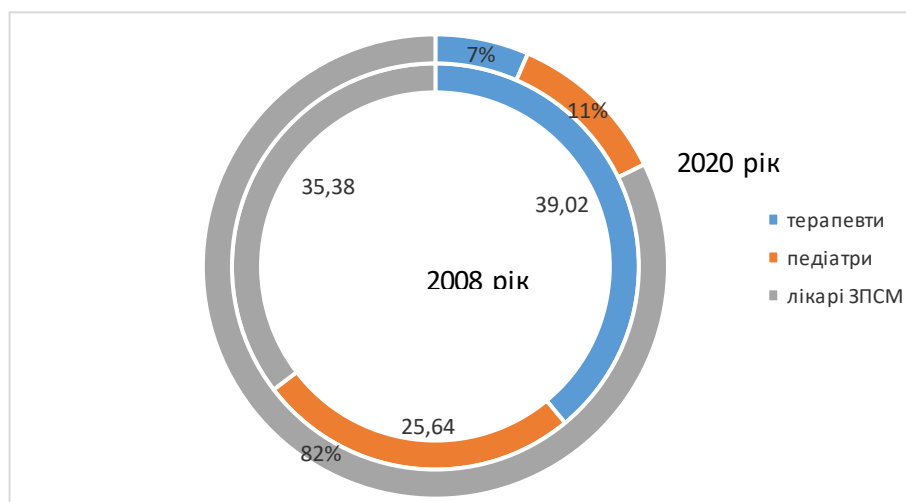


Рис. 3.3 Структура лікарів первинної медичної допомоги в Україні в 2008 та 2020 роках, %

В структурі всіх лікарів, які надають медичну допомогу за винятком лікарів-стоматологів, керівників ЗОЗ та лаборантів, в Україні частка лікарів первинної медичної допомоги найменша серед країн ОЕСД і становить 13,44% (рис. 3.4).

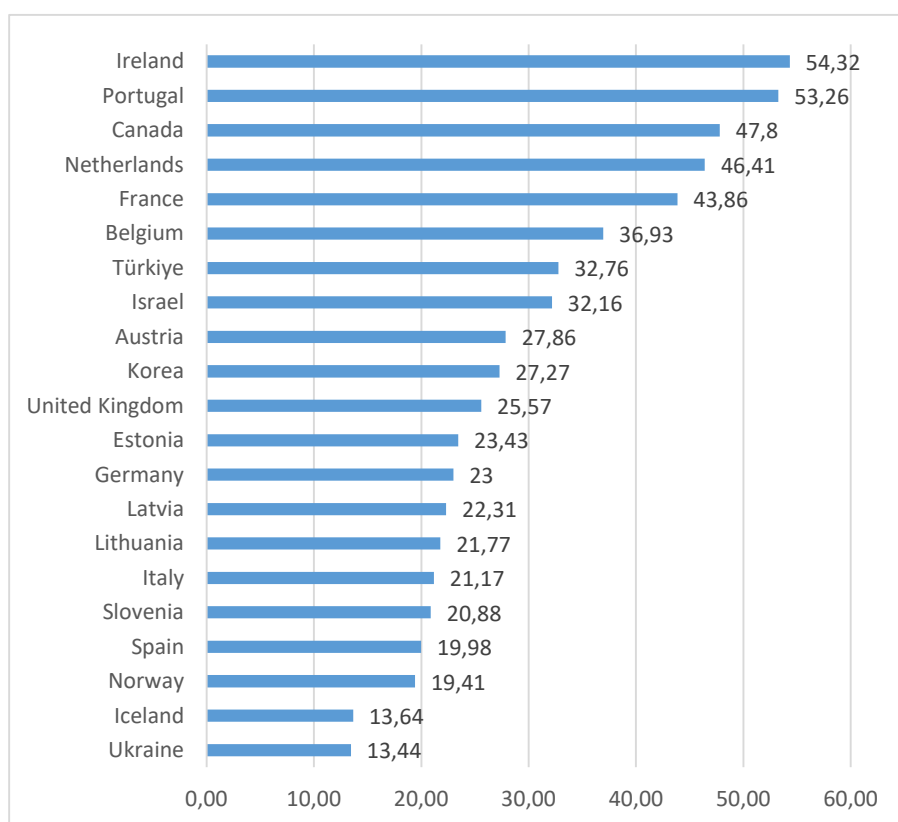


Рис. 3.4 Частка лікарів первинної медичної допомоги від усіх лікарів в Україні та країнах ОЕСД в 2020 році, %

Забезпеченість лікарями ЗПСЛ у 2020 році в Україні становила 3,73 на 10000 населення. В той же час, в Україні спостерігається нерівномірний географічний розподіл лікарів ЗПСЛ.

У 2020 року найбільша забезпеченість лікарями ЗПСЛ була встановлена у Вінницькій, Закарпатській, Львівській, Тернопільській, Чернівецькій областях від 5,6 до 4,83 на 10000 населення. В той же час, найменша забезпеченість вказаними лікарями була у Луганській, Донецькій, Херсонській, Харківській та Кіровоградській області від 0,71 до 2,88 на 10000 населення (рис. 3.5).

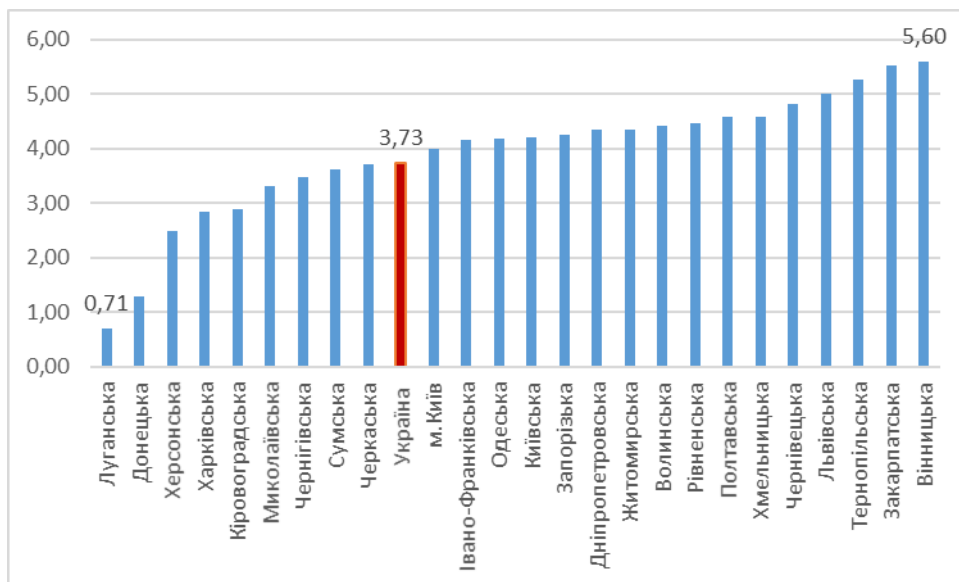


Рис. 3.5 Забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення по областям України у 2020 році

Упродовж 2008-2020 року спостерігалось достовірне зростання забезпеченості лікарями ЗПСЛ у всіх областях ($p < 0,05$), за винятком Донецької ($R^2 = 0,18$, $p > 0,05$), Луганської ($R^2 = 0,07$, $p > 0,05$), Харківської областей ($R^2 = 0,08$, $p > 0,05$). Крім того, в Житомирській, Одеській та Чернівецькій областях з 2016-2017 роках був досягнутий максимум в забезпеченості лікарями ЗПСЛ, після чого розпочалося зменшення вказаного показника (рис. 3.6).

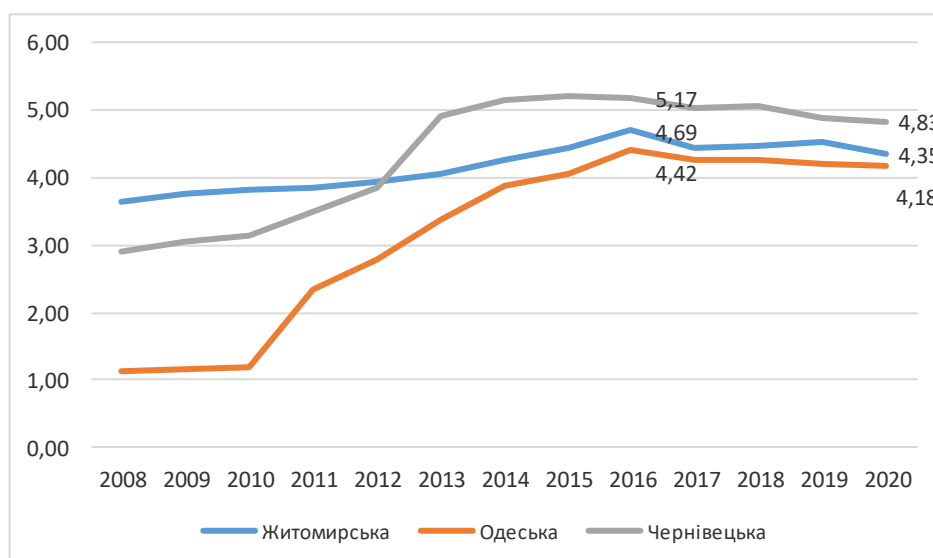


Рис. 3.6 Динаміка забезпеченості лікарів ЗПСЛ на 10000 населення в Житомирській, Одеській та Чернівецькій областях у період з 2008 по 2020 роки

В Донецькій та Луганській області у період з 2008 по 2013 рік відбувалося зростання показника забезпеченості лікарями (р<0,05), а після початку війни з Російською федерацією з 2014 року спостерігалось різке зменшення показника забезпеченості лікарями ЗПСЛ на 10000 населення (рис. 3.7).



Рис. 3.7 Динаміка забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Донецькій та Луганській області у період з 2008-2020 роки, на 10000

З 2013 по 2021 роки в Україні відбулося збільшення на 1394,75 штатних посад лікарів ЗПСЛ з 16611,75 до 18006,5 (+8,4%) (табл. 3.1). В цей період також збільшилася забезпеченість ШП лікарів ЗПСЛ на 10000 з 3,75 до 4,66. Найбільша забезпеченість вказаними посадами на 10000 населення спостерігалася в Вінницькій (6,16 на 10000), Закарпатській (5,94 на 10000) та Тернопільській областях (5,81 на 10000). Найменші забезпеченість штатними посадами лікарів ЗПСЛ була в Луганській (1,01 на 10000), Донецькій (1,64 на 10000) та Харківській (3,09 на 10000) областях.

Таблиця. 3.1

Інформація про кількість, забезпеченість ШП лікарів ЗПСЛ та укомплектованість фізичними особами по окремим рокам

Показники	Роки			
	2013	2018	2020	2021
Кількість ШП лікарів ЗПСЛ	16611,75	19174,5	18147,75	18006,5
Забезпеченість ШП лікарів ЗПСЛ на 10000	3,75	4,78	4,60	4,66
Укомплектованість ШП фізичними особами, %	70,69 \pm 1,86	73,4 \pm 1,9	77,92 \pm 1,62	76,39 \pm 1,6

З 2013 по 2021 роки зросла середня укомплектованість штатних посад вказаних лікарів фізичними особами з 70,69 \pm 1,86% у 2013 році до 76,39 \pm 1,6% у 2021 році (+8,37%). За цей період спостерігається зменшення показника укомплектованості штатних посад фізичними особами в чотирьох областях (Львівська (-2,81%), Закарпатська (-1,1%), Чернівецька (-1,39%) областях та м. Київ (-3,34%) (рис. 3.8).

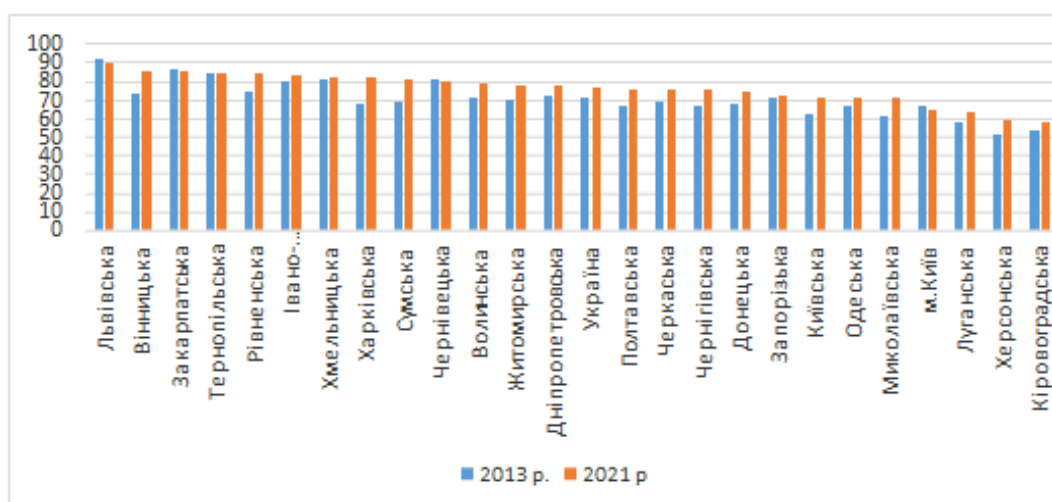


Рис. 3.8 Укомплектованість штатних посад лікарів ЗПСЛ фізичними особами по областях України в 2013 та 2021 роках

Укомплектованість штатних посад лікарів ЗПСЛ у 2021 році була найбільша в Львівській (89,4%), Вінницькій (85,89%), Закарпатській (85,7%), Тернопільській (84,8%) та Рівненській області (84%) (рис. 3.9). Найменша укомплектованість штатних посад була в Кіровоградській (58,64%), Херсонській (59,8%), Луганській (64,20%), Миколаївській областях (70,7%) та м. Києві (65,14%).

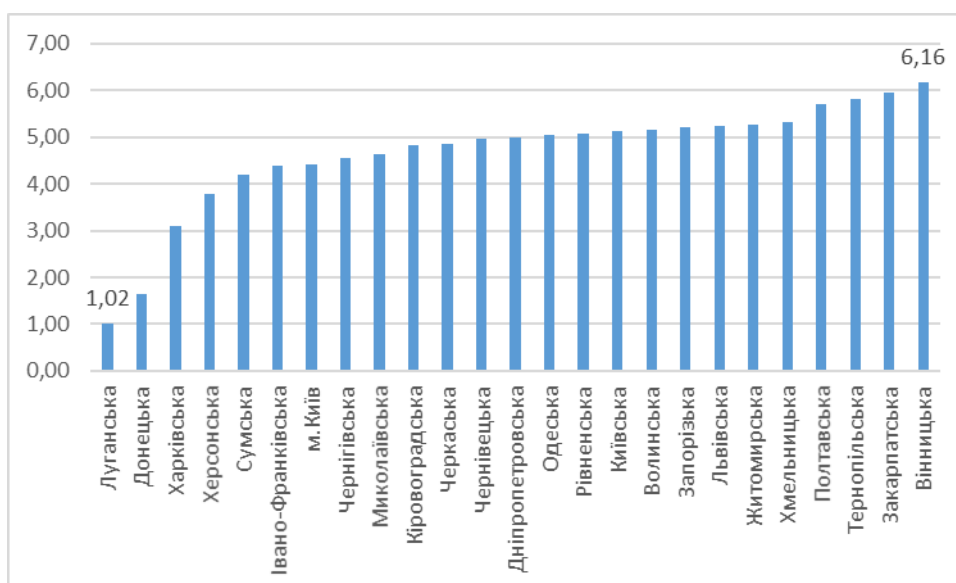


Рис. 3.9 Забезпеченість штатними посадами лікарів ЗПСЛ на 10000 населення по областях України у 2021 році

У 2021 році забезпеченість штатними посадами лікарів ЗПСЛ в Україні коливалася в залежності від області від 1,02 ШП на 10000 населення в Луганській області до 6,16 ШП на 10000 населення у Вінницькій області (рис. 3.9). По Україні забезпеченості лікарями ЗПСЛ становила 4,47 ШП на 10000 населення.

3.2 Вплив урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу

Мета дослідження полягала в порівнянні середньої очікуваної тривалості життя, коефіцієнта смертності від хвороб системи кровообігу, валового регіонального продукту на 1 особу, забезпеченості лікарями ЗПСЛ в регіонах з різним рівнем урбанізації.

За часткою міське населення у структурі населення у 2020 році області України розподілена на 3 групи за рівнем урбанізації [5, 6]. Перша група з низьким рівнем урбанізації включала до 50% міського населення в структурі населення, друга група з середнім рівнем урбанізації – від 50 до 70%, третя група з високим рівнем урбанізації – більше 70%.

В 2020 році Україні частка міського населення становила 69,6% від загальної кількості населення та коливалася по регіонам від 36,8% до 100%. В групі країн ОЕСД вказаний показник у 2020 році становив 81,0% та коливався від 55,1 до 98,1% (рис. 3.10).

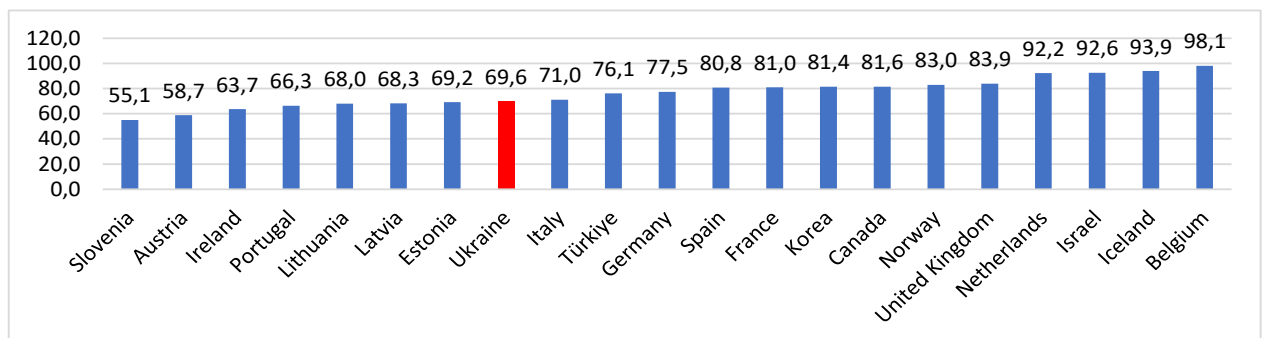


Рис. 3.10 Рівень урбанізації в Україні та світі (у %)

В Україні рівень урбанізації відповідає рівню урбанізації в Литві, Латвії, Естонії, Італії та вищий, ніж в Словенії, Австрії, Ірландії та Португалії.

У 2020 році в Україні забезпеченість лікарями ЗПСЛ становила 3,73 на 10000 населення (рис. 3.11). Це один з найменших показників у порівнянні з країнами ОЕСД.

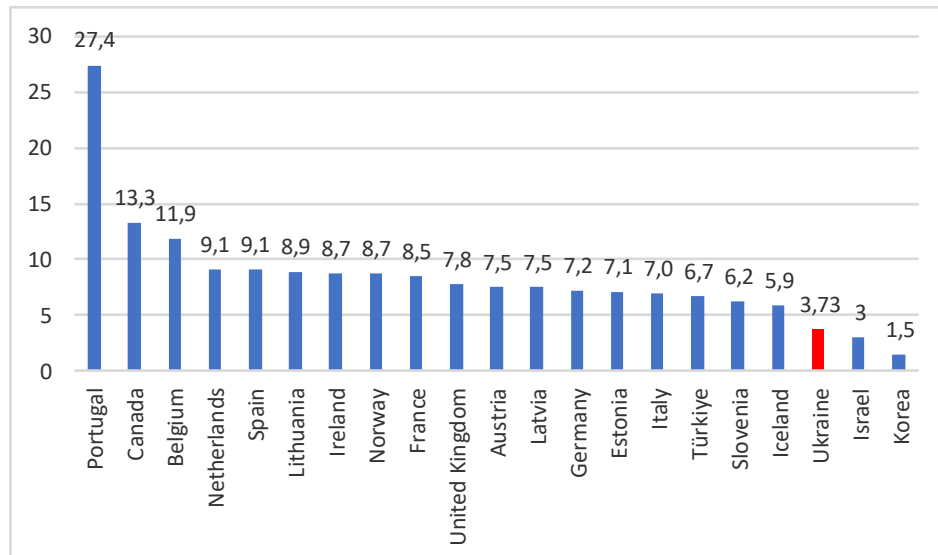


Рис. 3.11 Забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення в світі у 2020 році [188]

Кореляційна матриця між забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення та рівнем урбанізації країн вказує на відсутність достовірного кореляційного зв'язку ($r=-0,11$, $p>0.05$). Проте, в Україні кореляційна матриця між забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення та рівнем урбанізації регіону вказує на достовірний негативний зв'язок ($r=-0,67$, $p<0.05$). Виявлено, що чим більший рівень урбанізації області, тим менша забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення.

Для вивчення впливу рівня урбанізації на забезпеченість лікарями ЗПСЛ, середню очікувану тривалість життя, коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу, валовий регіональний продукт на 1 особу (\$), регіони України за рівнем урбанізації розподілені на три групи.

До першої групи з низьким рівнем урбанізації (до 50% міського населення) увійшли Закарпатська (36,8%), Чернівецька (42,9%), Івано-Франківська (44,0%), Тернопільська (45,3%), Рівненська (47,1%) області. До другої групи з середнім рівнем урбанізації (50%-70% міського населення) увійшли Вінницька (51,4%), Волинська (51,8%), Черкаська (56,6%), Хмельницька (57,1%), Житомирська (59,1%), Львівська (60,6%), Херсонська (61,2%), Київська (61,6%), Полтавська (62,0%), Кіровоградська (63,2%), Чернігівська (65,0%), Одеська (66,7%), Миколаївська (68,4%), Сумська (69,1%) області. До третьої групи з високим рівнем урбанізації (більше 70% міського населення) увійшли Запорізька (77,2%), Харківська (80,9%), Дніпропетровська (83,9%), Луганська (87,0%), Донецька (90,8%) області та м. Київ (100,0%).

Для кожної групи визначили забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення, валовий регіональний продукт, середню очікувану тривалість життя та коефіцієнт смертності через хвороби системи кровообігу на 1000 населення (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

Забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення, середня очікувана тривалість життя, коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення, валовий регіональний продукт на 1 особу в групах областей з різним рівнем урбанізації

Показник	Гр.1 (n=5)	Гр.2 (n=14)	Гр.3 (n=6)	p
Середня очікувана тривалість життя	72,1±1,2	71±0,9	71,4±1,5	0,217
Валовий регіональний продукт на 1 особу (\$)	2021±264	3158±734*	4289±3991*	0,017
Коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення	14,1±0,8	16,8±1,6*	16±2,5	0,023

Продовження таблиці 3.2

Забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення	4,71±0,52	3,90±0.84	2,73±1,45*	0,024
--	-----------	-----------	------------	-------

* - відмінність достовірна $p < 0,05$

Аналіз представлених показників в таблиці №3.2 свідчить про відсутність достовірних відмінностей за середньою очікуваною тривалістю життя в групах з різним рівнем урбанізації. В групі 1 з низьким рівнем урбанізації дещо більший показник середньої очікуваної тривалості життя ніж в 2 та 3 групах ($p > 0,05$).

За коефіцієнтом смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення 1 та 2 групи достовірно відрізняються між собою ($p < 0,05$). В 2 групі з середнім рівнем урбанізації виявлено найбільший показник смертності ($16,8 \pm 1,6$ на 1000 населення), а в 1 групі з низьким рівнем урбанізації – найменший ($14,1 \pm 0,8$ на 1000 населення).

Встановлено, що три групи достовірно відрізняються між собою за валовим регіональним продуктом на 1 особу ($p < 0,05$). Достовірно найбільший валовий регіональний продукт на 1 особу є в групі з високим рівнем урбанізації (4289 ± 3991 \$), а найменший – в групі з низьким рівнем урбанізації (2021 ± 264 \$) ($p < 0,05$).

Найменша забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення є в групі з високим рівнем урбанізації $2,73 \pm 1,45$ на 10000 населення, а найбільша забезпеченість в групі з низьким рівнем урбанізації ($p < 0,05$).

Кореляційна матриця вказує на наявність достовірного зв'язку між забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення та середньою очікуваною тривалістю життя ($r = 0,826$, $p < 0,05$). Встановлено, що чим більше забезпеченість лікарями ЗПСЛ в регіоні, тим вища середня очікувана тривалість життя. З іншими показниками достовірного зв'язку не виявлено ($p > 0,05$).

Проте, достовірного кореляційного зв'язку між показниками забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення та середньою очікуваною тривалістю життя в країнах ОЕСД не виявлено ($r=0,09$, $p>0,05$).

Висновки до розділу 3

1. Забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги в Україні (4,5 на 10000) залишається найменшою у порівнянні з аналогічним показником в країнах Організації економічного співробітництва та розвитку (ОЕСД) у світі на тлі достовірного зменшення вказаного показника упродовж з 2008 по 2020 роки (-5,99%). У порівнянні з країнами ОЕСД в Україні визначена найменша частка лікарів первинної медичної допомоги (13,44%) в структурі всіх лікарів без урахування забезпеченості лікарів-керівників, лікарів стоматологів та лікарів-лаборантів.

2. Зростання чисельності лікарів ЗПСЛ в Україні у період 2008-2020 років обумовила достовірну зміну структури лікарів первинної медичної допомоги за спеціальностями, а саме: у 2008 році в структурі переважали лікарі-терапевти (39%), у 2020 році – лікарів ЗПСЛ (82%).

3. Упродовж 2008-2020 року спостерігалось достовірне зростання забезпеченості лікарями ЗПСЛ у всіх областях ($p<0,05$), за винятком Донецької, Луганської, Харківської областей ($p>0,05$). В Україні вказаний показник становив 3,73 на 10000.

4. В Україні спостерігається нерівномірний географічний розподіл забезпеченості лікарями ЗПСЛ. Показник коливається від 0,71 до 5,6 на 10000 населення. Найнижчі показники забезпеченості відмічаються в східних областях, а саме: Донецькій та Луганських областях 0,71 та 1,3 на 10000 населення відповідно. Найвищі показники – в західних областях, а саме: Вінницька, Закарпатська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька від 5,6 до 4,83 на 10000 населення.

5. В Україні у період 2013-2021 роки відбулося збільшення кількості штатних посад лікарів ЗПСЛ з 16611,75 до 18006,5 (+8,4%) та забезпеченості

ШП лікарів ЗПСЛ на 10000 населення з 3,75 до 4,66. Найбільша забезпеченість вказаними посадами на 10000 населення спостерігалася в західних областях Вінницька (6,16 на 10000), Закарпатська (5,94 на 10000), а найменша забезпеченість в східних областях Луганська (1,01 на 10000), Донецька (1,64 на 10000). Найменша забезпеченість лікарями ЗПСЛ у вказаних східних областях обумовлена агресії російської федерації у 2014 році.

6. В Україні у період 2008-2021 роки зросла середня укомплектованість ШП лікарів ЗПСЛ з $70,69 \pm 1,86\%$ до $76,39 \pm 1,6\%$ у 2021 році (+8,37%) на тлі зменшення показника укомплектованості штатних посад фізичними особами в чотирьох областях (Львівська (-2,81%), Закарпатська (-1,1%), Чернівецька (-1,39%) областях та м. Київ (-3,34%).

7. В Україні рівень урбанізації відповідає рівню урбанізації в Литві, Латвії, Естонії, Італії та вищий, ніж в Словенії, Австрії, Ірландії та Португалії. В Україні в 2020 році частка міського населення становила 69,6%, в групі країн ОЕСД – 81,0%. В Україні визначено достовірний негативний кореляційний зв'язок між рівнем урбанізації областей та забезпеченістю лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($r = -0,67$, $p < 0,05$). Виявлено, що чим більший рівень урбанізації області, тим менша забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення у вказаній області.

8. Доведено, що в групах областей з найвищим рівнем урбанізації визначений достовірно найменший показник забезпеченості лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($2,73 \pm 1,45$) та найвищий рівень валового регіонального продукту (4289 ± 3991 \$), а також відносно найбільший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($16,0 \pm 2,5$). В той же час в групах областей з низьким рівнем урбанізації визначено найбільшу забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($4,71 \pm 0,52$), найменший валовий регіональний продукт (2021 ± 264 \$) та достовірно найменший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($14,1 \pm 0,8$).

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Vezhnovets TA, Vozniuk VY, Gurianov VG, Korotkyi OV. Effect of urbanization on density of the general practitioners, average life expectancy and mortality from the diseases of circulatory system. *Wiad Lek.* 2023;76(4):811-816. doi: 10.36740/WLek202304117. PMID: 37226620.
2. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації. В: Збірка матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2023, с. 69-70
3. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. Україна. Здоров'я нації. 2023;1(71):10-18. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>

РОЗДІЛ 4. ДОСЛІДЖЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ПІДГОТОВКОЮ В ІНТЕРНАТУРИ, ТРАЄКТОРІЇ ПРОФЕСІЙНОГО РОЗВИТКУ У МАЙБУТНЬОМУ ТА ПРОВІДНИХ ЧИННИКІВ МОТИВАЦІЇ У ЛІКАРІВ-ІНТЕРНІВ

Відповідно до наказу МОЗ України від 22 червня 2021 року № 1254 «Про затвердження Положення про інтернатуру», зареєстрованого в Міністерстві юстиції України 17 серпня 2021 року за № 1081/36703 зі змінами, та наказу МОЗ України від 28 червня 2022 р. № 1114 та від 14.07.2022 р. № 1219 «Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі» [31, 33, 34] в Україні запроваджена нова модель інтернатури, яка спрямована на збільшення практичної частини підготовки лікарів-інтернів [148]. Щороку лікарі-інтерни три місяці на рік мають освітню частину підготовки в інтернатурі на кафедрі закладу вищої освіти та 8 місяців - практичної частини підготовки на базі стажування закладу охорони здоров'я. Загальна тривалість підготовки в інтернатурі залежить від спеціальності, так, в Україні загальна тривалість підготовки в інтернатурі за спеціальністю загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ) та внутрішні хвороби (ВХ) становить 2 роки, за спеціальністю акушерство та гінекологія (АГ) – 3 роки. Від організації програми підготовки в інтернатурі залежить задоволеність лікарів-інтернів майбутньою спеціальністю та готовність лікарів-інтернів до самостійної медичної практики [31, 33, 34].

Сімейні лікарі є основним кадровим ресурсом в галузі охорони здоров'я, що обумовлює важливість якісної та ефективної підготовки їх до самостійної належної медичної практики [148]. Крім того, в інтернатурі закладається ставлення лікарів до майбутньої професійної діяльності та засади майбутнього професійного розвитку.

Актуальним постає питання зосередження уваги на організації підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ [218]. Зусилля закладів вищої (післядипломної) освіти повинні бути спрямовані на формування у

лікарів-інтернів пріоритетності гуманістичного підходу та важливості цінностей пацієнта [242].

4.1. Дослідження задоволеності організацією підготовки в інтернатурі за трьома спеціальностями (загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія) за результатами опитування лікарів-інтернів

Мета дослідження полягала в оцінці задоволеності організацією підготовки в інтернатурі за спеціальностями лікар загальної практики-сімейної медицини (ЗПСМ), внутрішні хвороби (ВХ), акушерство та гінекологія (АГ), а також в оцінці їхньої готовності до самостійної роботи лікарем.

Дослідження проведено серед лікарів-інтернів за 3-а спеціальностями (ЗПСМ, ВХ, АГ) шляхом опитування за розробленою анкетною з метою отримання достовірної інформації щодо задоволеності організацією підготовки в інтернатурі лікарями-інтернами за даними напрямками та їхньої готовності до самостійної роботи.

Участь в опитуванні взяли 257 лікарів-інтернів, серед них 56 лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ 1-го та 2-го року навчання, 120 лікарів-інтернів 1-го та 2-го року навчання зі спеціальності ВХ та 71 лікар-інтерн за спеціальністю АГ 1-го та 3-го року навчання. Опитування проводилось за анкетною, яка була розповсюджена серед лікарів-інтернів за трьома спеціальностями. Участь в анкетуванні лікарів-інтернів було добровільне. Відгук склав 96,2% (247 респондентів) від усіх опитаних лікарів-інтернів.

Опитування включало 10 питань, серед яких задоволеність організацією підготовкою на освітній частині інтернатури (питання №1) та на практичній частині інтернатури (№2), достатність роботи на практичній частині (№3), наявність відчуття підтримки лікарів ЗОЗ (№4) та керівника на освітній частині (№5), комфортність дистанційного навчання (№6) та задоволеність організацією дистанційного навчання на кафедрі під час

освітньої частини програми підготовки (№7), наявність бажання продовжувати навчання дистанційно (№8), задоволення від інтернатури в цілому (№9) та готовність до самостійної роботи лікарем після закінчення інтернатури (№10).

Для оцінки результатів опитування була використана шкала сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі-інтерни оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-ти бальною оцінкою. Оцінка 4 та 5 балів були оцінені як позитивна оцінка відповіді на питання, 1-3 бали – як негативна оцінка відповіді на питання.

Для аналізу використали методику Kruskal-Wallis, однофакторний та багатофакторний логістичний регресивний аналіз. Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Для оцінки ступеню впливу кожної факторної ознаки в логістичній моделі регресії був розрахований показник відношення шансів (ВШ) та його 95% ДІ (довірчий інтервал). Для оцінки якості логістичної моделі регресії - використана Receiver Operating Characteristic (ROC curve analysis).

Порівняння результатів відповідей респондентів за критерієм Kruskal-Wallis за 3-ма спеціальностями свідчать про те, що відповіді лікарів-інтернів на три питання анкети достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$), а саме: на питання №3 щодо достатньої практичної роботи в інтернатурі на базі стажування, на питання №4 щодо наявності підтримки лікарів-інтернів на базі стажування, на питання №7 стосовно задоволеності організацією дистанційного навчання. В трьох групах ці відповіді мали максимально високий бал за 5-бальною шкалою оцінки (табл. 4.1). Тобто лікарі-інтерни за трьома спеціальностями однаково високо оцінили програми підготовки в інтернатурі за достатністю практичної підготовки, за наявністю підтримки

інтернів лікарями ЗОЗ на базі стажування та за задоволеністю дистанційним навчанням.

Таблиця 4.1

Розподіл відповідей лікарів-інтернів за спеціальностями ВХ, ЗПСМ та АГ на питання №3, №4, №7 анкети

	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)								
	ВХ			ЗПСМ			АГ		
Бали	№3	№4	№7	№3	№4	№7	№3	№4	№7
1 б	1,7	1,7	5,8	3,6	0	1,8	0	0	1,4
2 б	4,2	0	5	5,4	1,8	5,4	5,6	4,2	8,5
3 б	15,8	15	18,3	16,1	5,4	7,1	15,5	7	18,3
4 б	36,7	32,5	32,5	32,1	25	39,3	33,8	31	32,4
5 б	41,7	50,8	38,5	42,9	67,9	46,4	45,1	57,7	39,4

В той же час, відповіді на інші 7 питань анкети (№1, №2, №5, №6, №8-10) в групах респондентів за спеціальностями достовірно відрізнялися ($p < 0,05$) Відповіді респондентів наведені у таблиці 4.2.

Таблиця 4.2

Розподіл відповідей лікарів-інтернів за спеціальностями ВХ, ЗПСМ та АГ на питання №1, №2, №5, №6, №8-10 анкети

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)						
	№1	№2	№5	№6	№8	№9	№10
ВХ							

Продовження таблиці 4.2

1 б	8,3	3,3	9,2	7,5	10,8	3,3	6,7
2 б	10,8	3,3	10	4,2	4,2	9,2	26,7
3 б	37,5	15	28,3	11,7	10	35	22,5
4 б	25,8	44,2	30	18,3	15	35	30
5 б	17,5	34,2	22,5	58,3	60	17,5	14,2
ЗПСМ							
1 б	3,6	0	0	1,8	8,9	1,8	5,4
2 б	7,1	5,4	1,8	5,4	7,1	10,7	8,9
3 б	23,2	16,1	12,5	14,3	7,1	12,5	12,5
4 б	26,8	32,1	16,1	17,9	28,6	39,3	53,6
5 б	39,3	46,4	69,6	60,7	48,2	35,7	19,6
АГ							
1 б	0	1,4	4,2	9,9	15,5	0	0
2 б	4,2	2,8	1,4	7	12,7	4,2	4,2
3 б	15,5	11,3	4,2	22,5	26,8	4,2	25,4
4 б	29,6	25,4	32,4	18,3	1,1	36,6	25,4
5 б	50,7	59,2	57,7	42,3	31	54,9	45,1

Оцінка задоволеності респондентів організацією підготовки в інтернатурі на освітній та практичній частині свідчить про те, що лікарі-інтерни за спеціальністю акушерство та гінекологія в переважній більшості (80,3% та 84,6% відповідно) задоволені організацією навчання як на освітній,

так і практичній частині (питання №1, №2). Частка задоволених респондентів організацією підготовки освітньої та практичної частини за спеціальністю ЗПСМ становить відповідно 66,1% та 78,5%. В той же час лише 43,3% та 78,4% респондентів з групи лікарів-інтернів за спеціальністю внутрішні хвороби позитивно оцінюють свою задоволеність від організації підготовки в інтернатурі на різних частинах програми підготовки. Слід звернути увагу, що частка задоволених підготовкою на практичній частині у всіх групах була дещо більша, ніж частка задоволених освітньою частиною інтернатури.

При порівнянні результатів відповідей щодо підтримки від керівника на освітній частині навчання частка задоволених респондентів за спеціальністю АГ складає 90,1% за спеціальністю ЗПСМ 85,7% та лише 52,5% серед респондентів в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (питання №5).

Аналіз відповідей респондентів щодо комфортності дистанційної форми навчання свідчить, що 78,6% лікарів-інтернів зі спеціальності ЗПСМ та 76,6% лікарів-інтернів зі спеціальності ВХ були більше задоволені, аніж лікарі-інтерни за спеціальністю АГ (60,6%) (питання №6). Крім того, визначено, що серед респондентів за спеціальностями ЗПСМ та ВХ була більша частка осіб, які хотіли би продовжити дистанційну форму навчання (відповідно 78,6% та 76,6%). В той же час, лише 41,1% респондентів зі спеціальності АГ хотіли би продовжити дистанційну форму навчання (питання №8).

При вивченні відповідей респондентів щодо отримання задоволення від підготовки в інтернатурі встановлено, що 91,5% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ були задоволені інтернатурою (питання №9). Проте серед лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ частка задоволених становила 75%, серед лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ – лише 52,5%.

Результати відповідей респондентів свідчать, що найбільш готовими до самостійної роботи вважають себе лікарі-інтерни за спеціальністю ЗПСМ

(73,2%), на другому місці лікарі-інтерни за спеціальністю АГ (70,5%), на третьому місці лікарі-інтерни за спеціальністю ВХ (44,2%) (питання №10).

Результати аналізу відповідей респондентів трьох груп демонструють наявність суттєвих відмінностей у відповідях лікарів-інтернів різних спеціальностей. Для з'ясування особливостей відповідей за спеціальністю ЗПСМ та наявність достовірних відмінностей з відповідями інших груп ми порівняли відповіді двох груп лікарів, а саме: групи лікарів-інтернів ЗПСМ та ВХ, групи лікарів-інтернів ЗПСМ та АГ.

При порівнянні результатів відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та ВХ за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді лікарів-інтернів достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) щодо задоволеності в підготовці на практичній частині навчання (питання №2), щодо достатньої практичної роботи в інтернатурі на практичному циклі навчання (питання №3), щодо комфортності навчання на дистанційній формі навчання на кафедрі (питання №6), стосовно задоволеності організацією дистанційного навчання на кафедрі та продовження навчання за дистанційною формою (питання №7 та №8) (табл. 4.3).

Таблиця 4.3

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та ВХ на питання №2, №3, №6, №7, №8.

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)										P
	ВХ					ЗПСМ					
	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	
№2	3,3	3,3	15	44,2	34,2	0	5,4	16,1	32,1	46,4	0,25
№3	1,7	4,2	15,8	36,7	41,7	3,6	5,4	16,1	32,1	42,9	0,86

Продовження таблиці 4.3

№6	7,5	4,2	11,7	18,3	58,3	1,8	5,4	14,3	17,9	60,7	0,65
№7	5,8	5	18,3	32,5	38,5	1,8	5,4	7,1	39,3	46,4	0,098
№8	10,8	4,2	10	15	60	8,9	7,1	7,1	28,6	48,2	0,33

Тобто більшість респондентів за вказаними спеціальностями цілком задоволені практичною роботою в інтернатурі, організацією навчання за дистанційною формою та хотіли би продовжити навчатись за дистанційною формою.

На інші питання анкети (№1, №2, №4, №5, №9, №10) за критерієм Mann-Whitney виявлено статистично значущі відмінності у відповідях двох груп ($p < 0,05$), (табл. 4.4).

Таблиця 4.4

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ВХ та ЗПСМ на питання №1, №4, №5, №9, №10.

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)										P
	ВХ					ЗПСМ					
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
№1	8,3	10,8	37,5	25,8	17,5	3,6	7,1	23,2	26,8	39,3	$p < 0,05$
№4	1,7	0	15	32,5	50,8	0	1,8	5,4	25	67,9	$p < 0,05$
№5	9,2	10	28,3	30	22,5	0	1,8	12,5	16,1	69,6	$p < 0,05$
№9	3,3	9,2	35	35	17,5	1,8	10,7	12,5	39,3	35,7	$p < 0,05$
№10	6,7	26,7	22,5	30	14,2	5,4	8,9	12,5	53,6	19,6	$p < 0,05$

Результати дослідження показали, що 66,1% лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ задоволені організацією підготовки в інтернатурі на освітній частині навчання. Частка задоволених лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ складає 43,3% (питання №1).

Відчуття підтримки лікарів-інтернів в інтернатурі на практичній частині навчання мали 92,9% респондентів за спеціальністю ЗПСМ та 83,3% респондентів за спеціальністю ВХ (питання №4). Водночас, частка задоволених підтримкою від керівника на освітній частині становила серед респондентів за спеціальністю ЗПСМ 85,7% та лише 52,5% серед респондентів в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (питання №5).

Оцінка результатів відповідей щодо задоволеності в цілому від організації підготовки в інтернатурі свідчить, що в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ така частка становила 75% респондентів. В той же час в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ така частка становила лише 52,5% (питання №9).

Стосовно готовності до самостійної роботи лікарем, то результати опитування показали, що більш готові до самостійної роботи лікарі-інтерни за спеціальністю ЗПСМ (73,2%), ніж лікарі-інтерни за спеціальністю ВХ. Серед останніх лише 44,2% готові до самостійної роботи (питання №10).

При порівнянні результатів відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та АГ за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді лікарів-інтернів достовірно не відрізнялися на питання №1 та №2 щодо задоволення підготовкою навчання в інтернатурі за обраною спеціальністю на освітній та практичній частині навчання, на питання №3 з приводу достатньої практичної роботи в інтернатурі на практичній частині програми, на питання №4 щодо відчуття підтримки лікарів на практичній частині навчання та щодо підтримки керівника на освітній частині підготовки в інтернатурі за вказаними спеціальностями (питання №5) та на питання № 7 щодо задоволеності організацією дистанційного навчання ($p > 0,05$). Тобто більшість лікарів-інтернів за вказаними спеціальностями цілком задоволені

організацією підготовки в інтернатурі на освітній та практичній частині навчання, достатнім об'ємом практичної роботи, підтримкою лікарів на практичній частині навчання та підтримкою керівника на освітній частині підготовки в інтернатурі. Вказані питання респонденти на максимально високо оцінили за 5-ти бальною шкалою оцінки (табл. 4.5).

Таблиця 4.5

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та АГ на питання №1-5, № 7 анкети

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)										P
	ЗПСМ					АГ					
	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	
№1	3,6	7,1	23,2	26,8	39,3	0	4,2	15,5	29,6	50,7	0,0798
№2	0	5,4	16,1	32,1	46,4	1,4	2,8	11,3	25,4	59,2	0,166
№3	3,6	5,4	16,1	32,1	42,9	0	5,6	15,5	33,8	45,1	0,64
№4	0	1,8	5,4	25	67,9	0	4,2	7	31	57,7	0,225
№5	0	1,8	12,5	16,1	69,6	4,2	1,4	4,2	32,4	57,7	0,283
№7	1,8	5,4	7,1	39,3	46,4	1,4	8,5	18,3	32,4	39,4	0,189

В той же час відповіді на питання (№6, №8, №9, №10.) респондентів суттєво відрізнялися, а саме: за критерієм Mann-Whitney виявлено статистично достовірні відмінності у двох групах ($p < 0,05$). Відповіді респондентів наведені у таблиці 4.6.

Таблиця 4.6

Розподіл відповідей лікарів-інтернів за спеціальностями ЗПСМ та АГ на питання №6, №8-№10

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)										P
	ЗПСМ					АГ					
	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	1 б	2 б	3 б	4 б	5 б	
№6	1,8	5,4	14,3	17,9	60,7	9,9	7	22,5	18,3	42,3	p<0,05
№8	8,9	7,1	7,1	28,6	48,2	15,5	12,7	26,8	14,1	31	p<0,05
№9	1,8	10,7	12,5	39,3	35,7	0	4,2	4,2	36,6	54,9	p<0,05
№10	5,4	8,9	12,5	53,6	19,6	0	4,2	25,4	25,4	45,1	p<0,05

Відповіді на №6 питання показали, що респондентам за спеціальністю ЗПСМ (78,6%) більш комфортно навчатись на дистанційній формі, ніж лікарям-інтернам за спеціальністю АГ (60,6%). Крім того, 76,8% лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ більш зацікавлені в продовженні дистанційної форми навчання, в той же час більшість респондентів (55%) за спеціальністю АГ навпаки не хотіли би продовження дистанційного навчання (питання №8).

Відповіді на питання №9 щодо отримання задоволення в цілому від підготовки в інтернатурі свідчать, що частка задоволених лікарів-інтернів за спеціальністю АГ складає 91,5% респондентів. В той же час частка задоволених лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ складає 75%.

Стосовно готовності до самостійної роботи (питання №10), то більшість лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ (73,2%) та АГ (70,5%) вважають себе готовими працювати самостійно. Проте, максимальну оцінку за 5 бальною шкалою надали лише 19,6% лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ та 45,1% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ.

Для визначення оцінки сили та напрямку впливу факторних ознак організації інтернатури, які значимо впливають на ризик незадоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ та ВХ був застосований метод побудови і аналізу багатofакторних логістичних моделей регресії. Вплив на результат відповіді на питання №9, яке стосувалося оцінки задоволеності в інтернатурі, ми оцінювали за відповідями на питання №3, №4, №5, №6, №10 анкети у респондентів двох груп.

Спочатку був проведений однофакторний аналіз впливу кожної окремої ознаки (відповіді на питання №3, №4, №5, №6 та №10) на ризик незадоволеності організацією підготовкою в інтернатурі (питання №9), а саме: достатність практичної роботи на практичній частині навчання, відчуття підтримки лікарів в інтернатурі на практичній частині, отримання підтримки від керівника освітньої частини навчання, комфортність навчання на дистанційній формі та готовність до самостійної роботи лікарем за обраною спеціальністю.

Для кожної групи респондентів в залежності від спеціальності ми побудували спеціальні логістичні однофакторні моделі. Отримані результати свідчать, що логістичні однофакторні моделі регресії для групи респондентів за спеціальністю ВХ адекватні ($p < 0,001$ за критерієм χ^2 -квадрат) і підтверджують наявність достовірного негативного зв'язку у респондентів (табл. 4.7).

Таблиця 4.7

**Коефіцієнти однофакторної логістичної моделі прогнозування ризику
незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності
ВХ за відповідями на 5 питань анкети**

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№3. Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	-0,84±0,24	<0,001	0,43(0,27-0,69)
№4 Чи відчували ви підтримку лікарів ЗОЗ на практичній частині в інтернатурі?	-1,40±0,31	<0,001	0,25(0,14-0,46)
№5 Чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури?	-0,83±0,19	<0,001	0,44 (0,30-0,64)
№6 Чи комфортно вам навчатись дистанційно?	-0,45±0,17	<0,001	0,64 (0,46-0,88)
№10. Чи готові Ви до самостійної роботи лікарем терапевтом після інтернатури?	-0,94±0,20	<0,001	0,39 (0,27-0,58)

Тобто ризик оцінки незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі за спеціальністю ВХ має визначений достовірний негативний зв'язок з достатністю практичної роботи на практичній частині навчання, з відчуттям підтримки лікарів в інтернатурі на практичній частині, з отриманням підтримки від керівника освітньої частини навчання, з комфортністю навчання на дистанційній формі та з готовністю до самостійної роботи лікарем за обраною спеціальністю.

Для оцінки багатофакторного впливу на ризик незадоволеності організацією підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ВХ, нами була побудована трифакторна модель логістичного аналізу. До вказаної моделі увійшли відповіді лише на три питання (№4, №5, №10), а саме: чи відчували ви підтримку лікарів на практичній частині підготовки в інтернатурі, чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури, чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем? (табл. 4.8).

Таблиця 4.8

Коефіцієнти трифакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності ВХ

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№4. Чи відчували ви підтримку лікарів ЗОЗ в інтернатурі на практичній частині навчання	-1,05±0,32	<0,001	0,35(0,18-0,66)
№5. Чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури?	-0,67±0,22	<0,001	0,51(0,33-0,78)
№10. Чи готові Ви до самостійної роботи лікарем терапевтом після інтернатури?	-0,63±0,22	<0,001	0,54(0,34-0,83)
AUC=0,86 (95% ДІ 0,79-0,93)			

Якість логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою становила $AUC=0,86$ (95% ДІ 0,79-0,93), що свідчить про високий зв'язок трифакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі за спеціальності ВХ. Тобто у лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ ризик незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі обернено пропорційний наявності підтримки лікарів на практичній частині інтернатури, наявності підтримки керівника інтернатури на освітній частині та від готовності до самостійної роботи лікарем ($P<0,001$, $ВШ<1$) (рис. 4.1).

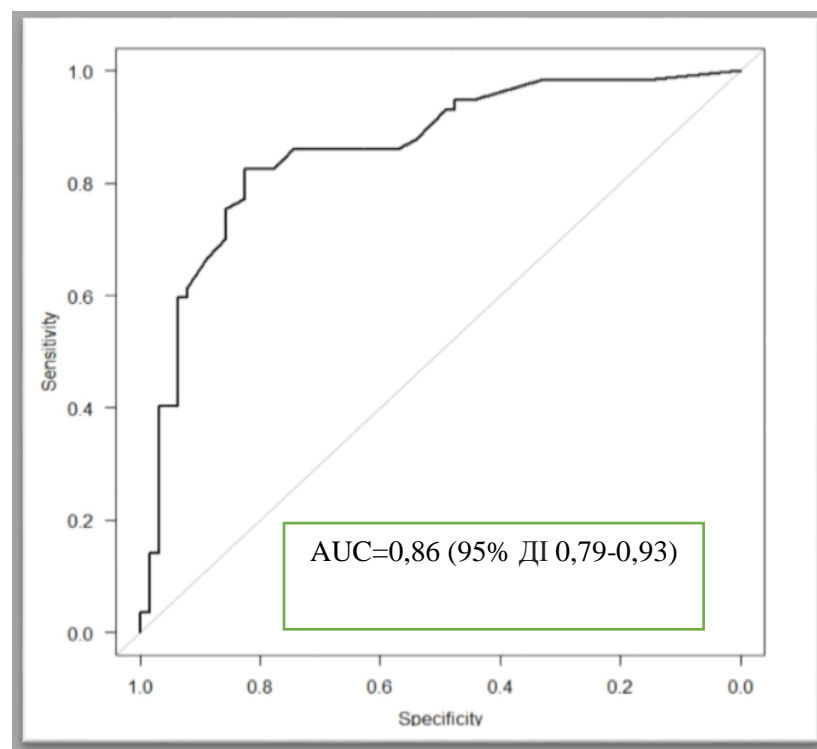


Рис. 4.1 ROC крива трифакторної моделі логістичної регресії за спеціальністю ВХ.

При аналізі відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ отримані результати свідчать, що логістичні однофакторні моделі регресії для групи респондентів за спеціальністю ЗПСМ адекватні ($p<0,001$ за критерієм χ^2 -квадрат) і підтверджують наявність достовірного негативного зв'язку у респондентів (табл. 4.9).

Таблиця 4.9

Коефіцієнти однофакторного аналізу логістичних моделей прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ за відповідями на 5 питань анкети

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№3. Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	-1,02 ±0,34	<0,001	0,36 (0,18-0,71)
№4 Чи відчували ви підтримку лікарів ЗОЗ на практичній частині в інтернатурі?	-0,61±0,43	<0,001	0,54(0,23-1,26)
№5 Чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури?	-0,92±0,39	<0,001	0,40 (0,19-0,85)
№6 Чи комфортно вам навчатись дистанційно?	-0,36±0,29	<0,001	0,70 (0,40-1,22)
№10. Чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури?	-0,78±0,31	<0,001	0,46 (0,25-0,84)

Тобто ризик незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ має визначений достовірний негативний зв'язок з

достатністю практичної роботи в інтернатурі, з відчуттям підтримки лікарів на практичній частині навчання, з відчуттям підтримки керівника на освітній частині інтернатури, з комфортністю навчання на дистанційній формі та готовністю до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури (табл. 4.9).

Для оцінки багатофакторного впливу на ризик незадоволеності організацією підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ, нами була побудована двофакторна модель логістичного аналізу. До вказаних вказаної моделі увійшли відповіді лише на два питання (№3, №10), а саме: чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання та чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури? (табл. 4.10).

Таблиця 4.10

Коефіцієнти двофакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності навчання в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№3. Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	-1,08±0,38	<0,001	0,34 (0,16-0,71)
№10. Чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури?	-0,90±0,37	<0,001	0,41 (0,20-0,84)
AUC=0,83 (95% ДІ 0,70 – 0,96)			

На думку респондентів за спеціальністю ЗПСМ ризик незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі обернено пропорційне достатності практичної роботи на практичній частині інтернатури та наявності відчуття готовності до самостійної роботи (табл. 4.10).

Якість логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою становила $AUC=0,83$ (95% ДІ 0,70 – 0,96), що свідчить про наявність високого зв'язку двофакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ (рис. 4.2). Тобто у лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ ризик незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі обернено пропорційний достатності практичної роботи на практичній частині інтернатури та наявності відчуття готовності до самостійної роботи ($P<0,001$, $VШ<1$).

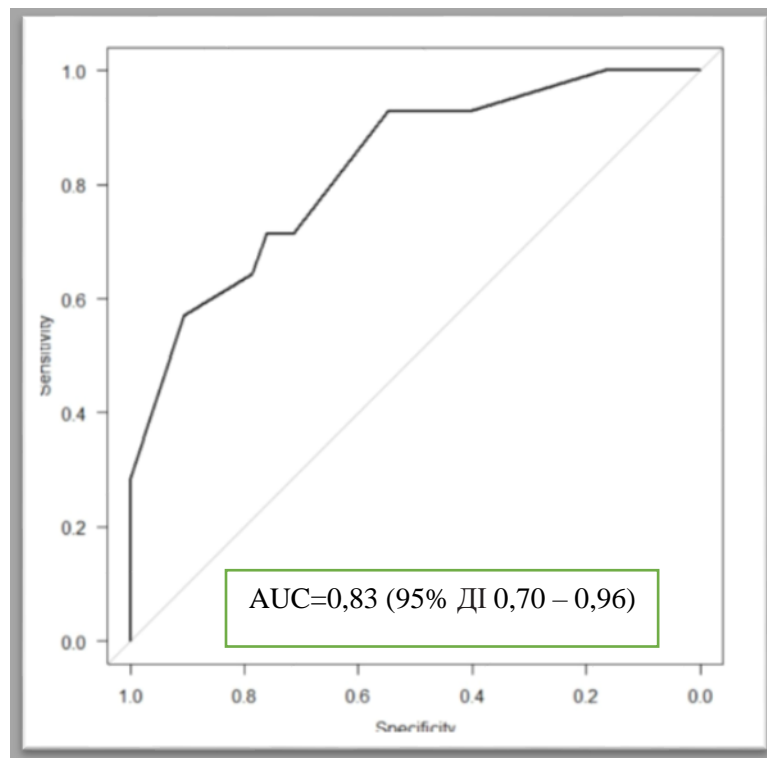


Рис. 4.2 ROC крива двофакторної логістичної моделі регресії за спеціальністю ЗПСМ.

4.2. Дослідження майбутньої траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів

Мета дослідження полягала в прогнозування майбутньої траєкторії професійного розвитку лікарів ЗПСЛ, ВХ та АГ та визначенні факторів, які на неї впливають під час проходження програми підготовки в інтернатурі.

Дослідження проведено шляхом соціологічного опитування лікарів-інтернів за 3-а спеціальностями: загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія.

Участь в опитуванні взяло 257 лікарів-інтернів, серед них 56 лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ 1-го та 2-го року навчання, 120 лікарів-інтернів 1-го та 2-го року навчання зі спеціальності ВХ та 71 лікар-інтерн за спеціальністю АГ 1-го та 3-го року навчання. Опитування проводилось за анкетною, яка була розповсюджена серед лікарів-інтернів за трьома спеціальностями. Участь в анкетуванні лікарів-інтернів було добровільне. Відгук склав 96,2% (247 респондентів) від усіх опитаних лікарів-інтернів.

Опитування включало 6 питань щодо траєкторії професійного розвитку лікарів, а саме: чи пишаються респонденти обраною спеціальністю лікаря в інтернатурі (питання №11), чи планують в майбутньому продовжувати працювати лікарем за обраною спеціальністю (питання №12), що вплинуло на вибір майбутньої професії (питання №13), чи планують лікарі-інтерни після закінчення інтернатури змінити спеціальність (питання №14), чи планують працювати лікарем в Україні (питання №15).

Опитування проводилось за власно розробленою анкетною, яка була розповсюджена серед лікарів-інтернів, за спеціальністю ЗПСМ, ВХ та АГ. Участь лікарів-інтернів в анкетуванні було добровільне. Відповіді на питання анкети були оцінені за шкалою сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale). Лікарі-інтерни оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним питанням від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-бальною оцінкою. Оцінка 4 та 5 балів були оцінені як позитивна оцінка відповіді на питання, 1-3 бали як негативна оцінка відповіді на питання.

Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020).

Порівняння результатів відповідей респондентів за критерієм Kruskal-Wallis за 3-ма спеціальностями свідчать про те, що відповіді лікарів-інтернів на питання анкети №11, №12, №13, №14 в групах респондентів в залежності від спеціальності суттєво відрізнялися ($p < 0,05$) (табл. 4.11, 4.12).

Таблиця 4.11

Розподіл відповідей лікарів-інтернів за спеціальностями ВХ, ЗПСМ та АГ на питання №11 «Чи пишаються респонденти обраною спеціальністю лікаря в інтернатурі?», на питання №12 «Чи планують в майбутньому продовжувати працювати лікарем за обраною спеціальністю?»

		Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями (%)				
№ питання	ВХ		ЗПСМ		АГ	
Бали	№11	№12	№11	№12	№11	№12
1 б	0,8	16,7	0	5,4	0	0
2 б	3,3	13,3	3,6	8,9	2,8	1,4
3 б	24,2	28,3	12,5	17,9	8,5	7
4 б	30,8	19,2	21,4	30,4	18,3	15,5
5 б	40,8	22,5	62,5	37,5	70,4	76,1
P	p<0,05					

Переважає більшість лікарів-інтернів пишаються обраною спеціальністю лікаря (АГ- 88,7% респондентів, ЗПСМ – 83,9%, ВХ - 71,6%). Проте майже третина лікарів за спеціальністю ВХ не пишаються своєю

обраною спеціальністю лікаря (28,3%) (питання №11). Цей показник у групі вказаних лікарів-інтернів є значно більшим, ніж аналогічний показник в інших групах лікарів-інтернів (АГ – 11,3%, ЗПСМ – 16,1%).

Аналіз відповідей на питання щодо планування працювати за обраною спеціальністю свідчать, що 91,6% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ планують працювати за обраною спеціальністю (питання №12). В той же час, лише майже половина опитаних лікарів-інтернів за спеціальностями ВХ (41,7%) та майже дві третини (67,9%) лікарів-інтернів ЗПСМ планують у подальшому працювати за обраною спеціальністю в інтернатурі.

Аналіз відповідей лікарів-інтернів на питання №13 щодо визначення факторів, які вплинули на вибір їхньої спеціальності показав, що майбутню спеціальність ЗПСМ та ВХ лікарі-інтерни в переважній більшості обрали завдяки розподілу за бюджетною формою навчання (відповідно 58,7% та 68,2%) (табл. 4.12). В той же час, для лікарів-інтернів за спеціальністю АГ важливим фактором, який вплинув на вибір майбутньої спеціальності, була порада батьків (48%) та інші фактори (власний досвід роботи в ЗОЗ, рекомендації друзів, вплив ЗМІ тощо) (32,3%). Структура відповідей на питання щодо факторів впливу на спеціальність лікарів-інтернів різних спеціальностей достовірно відрізнялася ($p=0,023$).

Таблиця 4.12

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ВХ, ЗПСМ та АГ на питання №13 «Що вплинуло на Ваш вибір щодо майбутньої професії?» та питання №14 «Чи плануєте Ви після закінчення інтернатури змінити спеціальність?»

Розподіл відповідей респондентів за спеціальностями на питання № 13 (%)				
Варіант відповідей	ВХ	ЗПСМ	АГ	P
Розподіл за бюджетною формою навчання	58,7	68,2	15,5	0,023

Продовження таблиці 4.12

Порада батьків	17,7	13,9	48	
Заробітна плата	3,4	1,8	4,2	
Інше (власний досвід роботи в ЗОЗ, рекомендації друзів, вплив ЗМІ тощо)	20,2	16,1	32,3	
Разом	100	100	100	
Розподіл відповідей на питання № 14 (%)				
Так	37,5	21,4	2,8	0,0044
Ні	34,2	28,6	81,7	
Не можу сказати	28,3	50	15,5	
Разом	100	100	100	

На питання №14 анкети щодо зміни спеціальності після закінчення інтернатури переважна більшість лікарів-інтернів за спеціальністю АГ (81,7%) вказала, що не планує змінювати спеціальність (табл. 4.12). Проте, половина лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ (50%) не можуть визначитися щодо зміни спеціальності в подальшому та лише 28,6% респондентів серед них вказали, що продовжать свій професійний шлях за обраною спеціальністю. В той же час більшість лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (37,5%) відповіли, що планують змінити спеціальність та лише 34,2% з них відповіли, що продовжать працювати за обраною спеціальністю (питання №14). Структури відповідей на питання №14 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,0044$).

Відповіді лікарів-інтернів за різними спеціальностями на питання №15 щодо планування своєї роботи в Україні на посаді лікаря свідчать, що дві

третини респондентів за спеціальністю ВХ та АГ, а також 80,4% за спеціальністю ЗПСМ планують залишитися працювати в Україні (табл. 4.13).

Таблиця 4.13

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ВХ, ЗПСМ та АГ на питання №15 «Чи плануєте Ви працювати лікарем в Україні?»

Розподіл відповідей за спеціальністю (%)				
Варіант відповідей	ВХ	ЗПСМ	АГ	Р
Так	70	80,4	71,8	0,46
Ні	7,5	0	11,3	
Не можу сказати	22,5	19,6	16,9	

Достовірної різниці у структурі відповідей респондентів 3-х груп за спеціальностями не було ($p > 0,05$). Тобто лікарі-інтерни в переважній більшості планують працювати на посадах лікарів в Україні. Проте близько 20-30% лікарів-інтернів не залежно від спеціальності планують виїхати працювати за кордон.

За результатами дослідження була побудована логістична однофакторна модель регресії для прогнозування ризику незадоволеності інтернатурою за відчуттям пишання обраною спеціальністю лікаря (табл 4.15). Модель була адекватна ($p < 0,001$ за критерієм χ^2 -квадрат) і підтверджує наявність достовірного негативного зв'язку між ризиком незадоволеності та відчуттям пишання обраною спеціальністю (табл. 4.15).

Таблиця 4.15

Коефіцієнти однофакторної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності навчання в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	-1,32±0,42	<0,001	0,27 (0,12-0,61)
AUC=0,79 (95% ДІ 0,65 – 0,92)			

Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає AUC=0,79 (95% ДІ 0,65 – 0,92) що свідчить про достовірний зв'язок в однофакторній моделі прогнозування ризику незадоволеності навчання в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ (рис. 4.3).

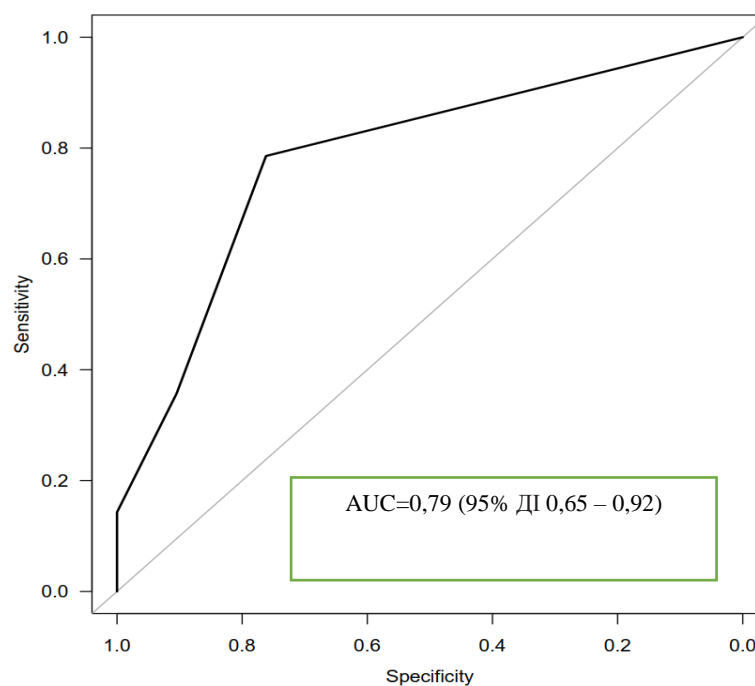


Рис. 4.3 ROC крива однофакторної логістичної моделі регресії за спеціальністю ЗПСМ.

Зважаючи, що реформування системи охорони здоров'я в Україні спрямованого на підвищення ролі первинної медичної допомоги, актуальним постає питання прогнозування професійної траєкторії лікарів-інтернів ЗПСМ після проходження інтернатури.

Для визначення факторів в інтернатурі, які ймовірно впливають на подальшу траєкторію професійного розвитку лікарів, нами проведений аналіз відповідей на 4 питання анкети за допомогою логістичних однофакторних моделей регресії (табл. №4.16). Вказані питання стосувалися достатності практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання (питання №3), задоволення від підготовки в інтернатурі в цілому (питання №9), готовності до самостійної роботи лікарем ЗПСМ (питання №10) та вибору спеціальності лікаря (питання №11).

Отримані результати свідчать, що вказані моделі регресії для групи респондентів за спеціальністю ЗПСМ були адекватні ($p < 0,001$ за критерієм χ^2 -квадрат) і підтверджують наявність достовірного негативного зв'язку з прогнозуванням ризику планування змінити спеціальність лікаря ЗПСЛ в майбутньому (табл. 4.16).

Таблиця 4.16

Коефіцієнти однофакторного аналізу логістичних моделей прогнозування ризику планування змінити спеціальність лікаря ЗПСЛ в майбутньому

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№3. Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	-0,74±0,30	<0,001	0,48 (0,26-0,86)

Продовження таблиці 4.16

№9 Чи в цілому отримуєте ви задоволення від підготовки в інтернатурі?	-0,64±0,29	<0,001	0,53 (0,30-0,93)
№ 10 Чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури?	-1,44±0,43	<0,001	0,24 (0,10-0,55)
№11 Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	-1,01±0,38	<0,001	0,36 (0,17-0,76)

Методом покрокового включення та виключення (stepwise) були визначені провідні фактори, які достовірно впливають на прогноз планування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ, а саме: чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання та чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури? Вказані фактори увійшли до двофакторної моделі прогнозування ризику планування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ в майбутньому (табл. 4.17).

Таблиця 4.17

Коефіцієнти двофакторної моделі прогнозування ризику планування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ в майбутньому

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№3. Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	-0,88±0,37	<0,001	0,42(0,20-0,86)

Продовження таблиці 4.17

№10 Чи готові Ви до самостійної роботи лікарем ЗПСЛ після інтернатури?	-1,53±0,46	<0,001	0,22(0,09-0,53)
AUC=0,87 (95% ДІ 0,76 – 0,99)			

Двофакторна модель свідчить, що прогноз зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ в майбутньому обернено пропорційний відсутності практичної роботи в інтернатурі на практичній частині підготовки та відчуттю готовності до самостійної роботи.

Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає AUC=0,87 (95% ДІ 0,76 – 0,99), що свідчить про достовірний зв'язок в двофакторній моделі прогнозування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ у майбутньому з відсутністю практичної роботи в інтернатурі на практичній частині підготовки та з відчуттям готовності до самостійної роботи після інтернатури (рис. 4.4.)

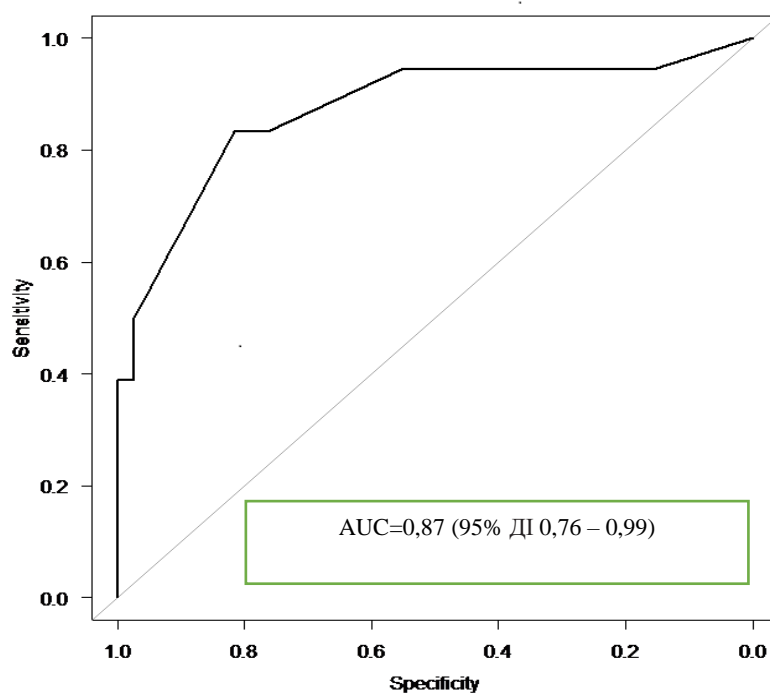


Рис. 4.4 ROC крива двофакторної логістичної моделі регресії за спеціальністю ЗПСМ.

4.3. Визначення провідних стимулів мотивації лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів

Мета дослідження полягала у визначенні провідних стимулів мотивації в роботі лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ, АГ).

Дослідження проведено серед лікарів-інтернів за 3-а спеціальностями: загальна практика-сімейна медицина, внутрішні хвороби, акушерство та гінекологія шляхом соціологічного опитування.

Участь в опитуванні взяло 257 лікарів-інтернів, серед них 56 лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ 1 та 2 року навчання, 120 лікарів-інтернів 1 та 2 року навчання зі спеціальності ВХ та 71 лікар-інтерна за спеціальністю АГ 1 та 3 року навчання. Опитування проводилось за анкетною, яка була розповсюджена серед лікарів-інтернів за трьома спеціальностями. Участь в анкетуванні лікарів-інтернів було добровільне. Відгук склав 96,2% (247 респондентів) від усіх опитаних лікарів-інтернів.

Для визначення провідних стимулів в роботі лікаря було запропоновано лікарям-інтернам за вказаними спеціальностями оцінити за рівнем впливу на мотивацію наступні 7 стимулів, а саме: заробітна плата, повага пацієнтів, робота в престижному закладі охорони здоров'я, доброзичливі стосунки в колективі, можливість професійного розвитку, наявність сучасного обладнання, зручний графік роботи. Кожний стимул необхідно було оцінити за 7 бальною шкалою (1 бал - найменший вплив, 7 балів - найбільший вплив).

Для порівняння структури відповідей трьох груп респондентів було використано методику Kruskal-Wallis, для порівняння структури відповідей двох груп респондентів було використано методику Mann-Whitney.

Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020).

Проведений аналіз результатів опитування, свідчить, що, на думку лікарів-інтернів трьох спеціальностей, за рівнем вираженості впливу на мотивацію на першому місці є заробітна плата, на другому місці – можливість професійного розвитку та на третьому місці – повага пацієнтів.(табл. 4.18).

Таблиця 4.18

Розподіл факторів впливу на вибір майбутньої професії серед респондентів за спеціальністю ВХ, ЗПСМ, АГ

№	Розподіл стимулів	Оцінка від 1 до 7 балів (1 бал найменший вплив, 7 найбільший вплив),%						
		1	2	3	4	5	6	7
За спеціальністю внутрішні хвороби								
1.	Заробітна плата	9,2	2,5	4,2	10,8	15	22,5	35,8
2.	Повага пацієнтів	17,5	17,5	17,5	7,5	13,3	18,3	8,3
3.	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	10,8	16,7	15	8,3	19,2	20,8	9,2
4.	Доброзичливі стосунки в колективі	21,7	21,7	12,5	17,5	10,8	9,2	6,7
5.	Можливість професійного розвитку	5,8	5,8	18,3	18,3	12,5	10	29,2
6.	Наявність сучасного обладнання	8,3	15	18,3	19,2	17,5	10	11,7
7.	Зручний графік роботи	24,2	17,5	16,7	12,5	11,7	8,3	9,2
За спеціальністю ЗПСМ.								
1.	Заробітна плата	1,8	1,8	5,4	1,8	7,1	26,8	55,4
2.	Повага пацієнтів	21,4	17,9	7,1	12,5	10,7	21,4	8,9
3.	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	28,6	17,9	17,9	10,7	10,7	7,1	7,1

Продовження таблиці 4.18

4.	Доброзичливі стосунки в колективі	7,1	21,4	8,9	25	19,6	12,5	5,4
5.	Можливість професійного розвитку	8,9	8,9	23,2	17,9	19,6	10,7	10,7
6.	Наявність сучасного обладнання	14,3	26,8	8,9	19,6	17,9	10,7	1,8
7.	Зручний графік роботи	17,9	10,7	28,6	12,5	12,5	8,9	8,9
За спеціальністю АГ								
1.	Заробітна плата	14,1	5,6	4,2	11,3	11,3	18,3	35,2
2.	Повага пацієнтів	7	14,1	9,9	7	12,7	29,6	19,7
3.	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	7	7	9,9	12,7	31	15,5	16,9
4.	Доброзичливі стосунки в колективі	7	8,5	21,1	32,4	18,3	9,9	2,8
5.	Можливість професійного розвитку	7	9,9	16,9	14,1	11,3	19,7	21,1
6.	Наявність сучасного обладнання	7	31	26,8	15,5	8,5	5,6	5,6
7.	Зручний графік роботи	50,7	21,1	8,5	5,6	7	4,2	2,8

Результати аналізу відповідей респондентів трьох груп демонструють наявність суттєвих відмінностей у відповідях лікарів-інтернів різних спеціальностей, за винятком оцінки впливу стимулу – «можливість професійного розвитку» ($P=0,0802$), (табл. 4.19). За оцінкою стимулу «можливість професійного розвитку» за рейтинговою оцінкою для всіх трьох груп респондентів має важливе значення та достовірно не відрізняється між групами ($p=0,0802$). Для лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ та АГ даний

стимул має дещо більше значення, ніж для лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ, проте відмінності в оцінці були недостовірними.

Таблиця 4.19

Результати порівняння відповідей трьох груп респондентів ВХ, ЗПСМ та АГ за методикою Kruskal-Wallis

№	Назва стимулу	P
	Заробітна плата	0,0026
	Повага пацієнтів	0,00202
	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	0,000033
	Доброзичливі стосунки в колективі	0,0156
	Можливість професійного розвитку	0,0802
	Наявність сучасного обладнання	0,0097
	Зручний графік роботи	0,000011

Слід звернути увагу, що частка респондентів за спеціальністю ЗПСМ які оцінили вплив заробітної плати на максимальні 7 балів, складає 55,4%. В той же час частка респондентів за спеціальністю ВХ, які також оцінили на максимальні 7 балів, складає 35,8% та за спеціальністю АГ - 35,2% відповідно. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,0026$).

Стосовно оцінки стимулу повага пацієнтів, то результати опитування показали, що для лікарів-інтернів за спеціальністю АГ має більший вплив ніж для лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ та ЗПСМ. Отже, 19,7% респондентів за спеціальністю АГ надали максимальну оцінку по 7 бальній шкалі. В той же час респонденти за спеціальністю ЗПСМ 8,9% та ВХ 8,3%. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p= 0,00202$).

Слід зазначити, що робота в престижному закладі охорони здоров'я також є важливим стимулом для респондентів. Лікарі-інтерни за спеціальністю ВХ (20,8%) надали оцінку 6 за 7 бальною шкалою. Для респондентів за спеціальністю АГ має середній вплив 31% надали оцінку 5 за 7 бальною шкалою. В той же час 28,6% респондентів за спеціальністю ЗПСМ надали оцінку 1 за 7 бальною шкалою, що свідчить про найменший вплив. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,000033$).

Такий стимул як доброзичливі стосунки в колективі незначно важливий для лікарів-інтернів за спеціальністю АГ та ЗПСМ. 32,4% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ та 25% ЗПСМ надали оцінку 4 за 7 бальною шкалою. Водночас для лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ доброзичливі стосунки в колективі має найменший вплив та був оцінений 21,7% лікарями-інтернами в 1 бал. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,0156$).

Стосовно наявності сучасного обладнання в ЗОЗ, то більшість респондентів за спеціальністю ВХ (19,2%) надали 4 бали за 7 бальною шкалою. Респонденти за спеціальністю ЗПСМ (26,8%) оцінили даний стимул в 2 бали та АГ (26,8%) оцінили в 3 бали за 7 бальною шкалою. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,0097$).

Слід зазначити, що зручний графік роботи для всіх трьох спеціальностях не має важливого значення. Отже, лікарі-інтерни за спеціальністю АГ (50,7%) та лікарі-інтерни за спеціальністю ВХ (24%) оцінили важливість зручного графіку роботи в 1 бал за 7 бальною шкалою, що свідчить про найменший вплив. В той же час оцінка в 1 бал лікарями-інтернами за спеціальністю ЗПСМ складає 19,7%, більшість респондентів (28,6%) надали оцінку 3 бали за 7 бальною шкалою. Структури відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,000011$).

Для з'ясування особливостей відповідей за спеціальністю ЗПСМ та наявність достовірних відмінностей з відповідями інших груп ми порівняли

відповіді двох груп лікарів, а саме: групи лікарів-інтернів ЗПСМ та ВХ, групи лікарів-інтернів ЗПСМ та АГ.

При порівнянні результатів відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та ВХ за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді лікарів-інтернів достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) щодо таких чинників як повага пацієнтів та зручний графік роботи (табл. 4.20). Тобто лікарі-інтерни за спеціальністю ЗПСМ та ВХ однаково оцінили данні стимули як такі, які мали низький рівень впливу на мотивацію.

Таблиця 4.20

Результати порівняння відповідей двох груп респондентів ЗПСМ та ВХ за методикою Mann-Whitney

№	Назва стимулу	P
1.	Заробітна плата	0,0026
2.	Повага пацієнтів	0,99
3.	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	0,0014
4.	Доброзичливі стосунки в колективі	0,0296
5.	Можливість професійного розвитку	0,027
6.	Наявність сучасного обладнання	0,048
7.	Зручний графік роботи	0,401

При вивченні результатів відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСМ та ВХ з приводу оцінки стимулу заробітна плата, то 55,4% респондентів за спеціальністю ЗПСМ та менше половини (35,8%) респондентів за спеціальністю ВХ відповіли, що заробітна плата є важливим стимулом для мотивацію роботи лікаря (табл. 4.18).

Щодо роботи в престижному закладі охорони здоров'я то для респондентів за спеціальністю ЗПСМ даний стимул не є важливим, більшість

лікарів-інтернів (28,6%) оцінили даний стимул в 1 бал за 7 бальною шкалою. В той же час, більшість респондентів за спеціальністю ВХ (20,8%) оцінили стимул в 6 балів за 7 бальною шкалою, що свідчить про більш важливий цей стимул для респондентів.

При вивченні відповідей респондентів з приводу важливості доброзичливих стосунків в колективі то більшість лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ (32,4%) надали оцінку 4 за 7 бальною шкалою. В той же час більшістю лікарями-інтернами за спеціальністю ВХ (21,7%) даний стимул був оцінений в 1 бал.

При аналізі відповідей респондентів щодо можливості професійного розвитку встановлено, що для лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (29,2%) даний стимул є важливим в мотивації та був оцінений максимальною оцінкою за 7 бальною шкалою. Проте серед лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ найбільша частка (23,2%) респондентів оцінили даний стимул в 3 бали за 7 бальною шкалою.

При порівнянні результатів відповідей групи респондентів за спеціальністю ЗПСМ та АГ за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді лікарів-інтернів достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) на стимули доброзичливі стосунки в колективі, можливість професійного розвитку та наявність сучасного обладнання. Для даної групи респондентів дані стимули не є важливі в мотивації до роботи та були оцінені низьким балом (табл. 4.21).

Таблиця 4.21

Результати порівняння відповідей двох груп респондентів ЗПСМ та АГ за методикою Mann-Whitney

№	Назва стимулу	P
1.	Заробітна плата	0,0016
2.	Повага пацієнтів	0,0072
3.	Робота в престижному закладі охорони здоров'я	0,0000073

Продовження таблиці 4.21

4.	Доброзичливі стосунки в колективі	0,95
5.	Можливість професійного розвитку	0,121
6.	Наявність сучасного обладнання	0,69
7.	Зручний графік роботи	0,000016

При вивченні відповідей респондентів щодо заробітної плати то для респондентів за спеціальністю ЗПСМ даний стимул є більш є важливим 55,4% респондентів надали максимальний бал за 7-бальною шкалою. В той же час частка респондентів за спеціальністю АГ складає лише 35,2%, які надали максимальний бал.

Слід зазначити, що стимул «повага пацієнтів» є важливим стимулом саме для респондентів за спеціальністю АГ, 29,6% надали оцінку 6 за 7-бальною шкалою та 19,6% надали 7 балів з 7 можливих балів. В той же час 21,4% респондентів за спеціальністю ЗПСМ надали оцінку 6 балів за 7 - бальною шкалою та лише 8,9% надали максимальний бал 7 балів по 7 - бальній шкалі.

Робота в престижному закладі охорони здоров'я більш важлива для лікарів-інтернів за спеціальністю АГ. Більшість респондентів цієї групи оцінили даний стимул в 5, 6,7 балів за 7- бальною шкалою та загальний бал складає 63,4%. В той же час більшість респондентів за спеціальністю ЗПСМ (28,6%) оцінили в 1 бал за 7- бальною шкалою, частка респондентів які оцінили даний стимул в 5,6 та 7 балів складає лише 24,9%.

Слід зазначити, що стимул зручний графік роботи був оцінений лікарями-інтернами за спеціальністю АГ (50,7%) в 1 бал за 7 бальною шкалою, що свідчить про найменший вплив на мотивацію. В той же час більшість лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ (28,6%) оцінили в 3 бали

за 7 бальною шкалою, що свідчить про певне значення даного стимулу в роботі лікаря.

Висновки до розділу 4

1. Найбільша частка задоволених в цілому підготовкою в інтернатурі була серед лікарів-інтернів в групі за спеціальністю АГ (91,5%), потім за спеціальністю ЗПСМ (75%). В той же час найменша частка була в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (52,5%). Структура оцінок лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ достовірно відрізнялася від аналогічної структури оцінок лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ та АГ щодо задоволеності підготовкою в інтернатурі в цілому ($p < 0,05$).

2. В групі лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ найбільша частка високих балів (4 та 5 балів) в структурі оцінок була щодо наявності підтримки керівника практичної частини інтернатури (92,9%), а найменша частка – щодо задоволеність організацією підготовкою на освітній частині інтернатури (66,1%). В групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ найбільша частка високих оцінок була щодо задоволеності організацією підготовки в інтернатурі на практичній частині (78,4%), а найменша частка – щодо готовність до самостійної роботи лікарем після закінчення інтернатури (44,2%). В групі лікарів-інтернів за спеціальністю АГ найбільша частка високих балів (4 та 5 балів) в структурі оцінок була щодо наявність відчуття підтримки керівника на освітній частині (90,1%), а найменша частка – щодо наявність відчуття підтримки лікарів ЗОЗ (32,1%).

3. При порівнянні структури оцінок відповідей на питання анкети лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ з аналогічною структурою оцінок відповідей лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ визначено достовірну відмінність в оцінках задоволеності організацією підготовкою на освітній частині інтернатури, наявності підтримки лікарів ЗОЗ та керівника на освітній частині в інтернатурі, а також в оцінці готовності до самостійної роботи лікарем після інтернатури ($p < 0,05$). Частка негативних оцінок (1-3 бали) в

загальній структурі була менше серед лікарів за спеціальністю ЗПСМ, ніж серед лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ.

4. До багатфакторної моделі логістичного прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ $AUC=0,83$ (95% ДІ 0,70 – 0,96) увійшло 2 факторні ознаки, а саме: достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання ВШ (95% ДІ 0,34 (0,16-0,71) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури ВШ (95% ДІ 0,41 (0,20-0,84)). Ризик незадоволеності підготовкою в інтернатурі буде обернено пропорційний значенню вказаних факторних ознак.

5. Група лікарів-інтернів за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ та АГ) достовірно відрізнялася за структурою оцінок щодо відчуття пишання обраною спеціальністю та планування в подальшому працювати за вказаною спеціальністю ($p<0,05$) Найбільша частка позитивних відповідей (4 та 5 балів) була в структурі оцінок лікарів за спеціальністю АГ щодо відчуття пишання та планування продовжувати працювати за вказаною спеціальністю (88,7% та 91,6%), в той час як найменша частка була у лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (71,6% та 41,7%). Відчуття пишання обраною спеціальністю у лікарів за спеціальністю ЗПСМ достовірно обернено пропорційне незадоволеності навчанням в інтернатурі ($p<0,001$, ВШ (95%ДІ (0,27 (0,12-0,61).

6. Групи лікарів-інтернів за трьома спеціальностями (ЗПСМ, ВХ та АГ) достовірно відрізнялися за структурою оцінок щодо факторів, які вплинули на обрання спеціальності в інтернатурі та щодо наявності планів змінити спеціальність після інтернатури ($p<0,05$). Для обрання спеціальності ЗПСМ та ВХ вплинув розподіл за бюджетною формою навчання (58,7% та 68,2% відповідно), для лікарів АГ – порада батьків (48%). Лікарі АГ у 81,7% не планують змінювати спеціальність після інтернатури, лікарі ВХ у 37,5% планують змінити, лікарі ЗПСМ у 50% не можуть визначитися.

7. Достовірної відмінності в плануванні працювати лікарем в Україні після закінчення інтернатури в залежності від спеціальності не виявлено ($p > 0,05$). Проте близько 20-30% лікарів-інтернів не залежно від спеціальності планують виїхати працювати за кордон.

8. До багатофакторної моделі прогнозування ризику планування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ в майбутньому ($AUC=0,87$ (95% ДІ 0,76-0,99)) увійшло 2 факторні ознаки, а саме: достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині (ВШ (95% ДІ) - 0,42 (0,20-0,86)) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури (ВШ (95% ДІ) – 0,22 (0,09-0,53)). Планування зміни спеціальності обернено пропорційне вказаним факторним ознакам ($p < 0,001$)

9. При порівнянні оцінок важливості стимулів для мотивації лікарів до роботи в трьох групах лікарів-інтернів визначено достовірні відмінності, а саме: заробітна плата ($p=0,0026$), повага пацієнтів ($p=0,00202$), роботи в престижному закладі ($p=0,000033$), доброзичливі стосунки і колективі ($p=0,0156$), наявність сучасного обладнання ($p=0,0097$) та зручний графік роботи ($p=0,000011$). Рейтинг провідних стимулів мотивації (оцінка 6-7 балів) на думку лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ наступний: заробітна плата (82,2% оцінок), повага пацієнтів (30,3% оцінок), можливість професійного розвитку (21,4% оцінок), доброзичливі стосунки в колективі (17,9% оцінок), зручний графік роботи (17,8% оцінок), робота в престижному закладі (14,2% оцінок), наявність сучасного обладнання (12,5% оцінок); для лікарів-інтернів АГ – заробітна плата (53,5%), повага пацієнтів (49,3%), можливість професійного розвитку (40,8%), робота в престижному закладі (32,4%), доброзичливі стосунки (12,7%), наявність сучасного обладнання (11,2%), зручний графік (7%); для лікарів ВХ – заробітна плата (58,3%), можливість професійного розвитку (39,2%), робота в престижному ЗОЗ (30%), повага пацієнтів (26,6%), наявність сучасного обладнання (21,7%), зручний графік роботи (17,5%), доброзичливі стосунки в колективі (15,9%).

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Vozniuk VY. Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers. VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain; 2023, p. 42. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10218395>
2. Вознюк ВЮ. Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів. In: IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain; 2024, p. 32-33. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10518980>
3. Вознюк ВЮ. Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. In: V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy; 2023, p. 75-76. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10402992>

РОЗДІЛ 5. ВИВЧЕННЯ ЗАДОВОЛЕНОСТІ ЛІКАРІВ ЗПСЛ РОБОТОЮ В ЗОЗ ТА ПРОВІДНИХ МОТИВУЮЧИХ ЧИННИКІВ

Низька задоволеність роботою лікарів загальної практики-сімейний лікарів обумовлює негативні впливи на організацію медичної допомоги та на управління закладом охорони здоров'я, що проявляються у збільшенні плінності кадрів, у виникненні проблем зі здоров'ям самих лікарів, у незадоволеності пацієнтів якістю медичної допомоги, в недоліках медичного обслуговування [224].

Саме від взаємодії з сімейним лікарем залежить поведінка пацієнта, прихильність його до профілактичних і лікувальних заходів та можливість контролю його стану здоров'я [191].

Сімейні лікарі щоденно виконують величезний обсяг роботи і різноманітних функцій [178]. Вони несуть відповідальність за надання цілісного пакету медичних послуг людям усіх вікових груп у суспільстві, починаючи від новонароджених до людей похилого віку [116].

Важливо, щоб сімейні лікарі отримували задоволення від своєї роботи, так як це впливає не лише на них самих, але й на їхніх пацієнтів і надання медичної допомоги в цілому [224].

В умовах реформування системи охорони здоров'я особливого значення набуває дослідження задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ в Україні та чинників впливу на неї.

5.1. Дослідження задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ в залежності від статті

Мета дослідження полягала в вивченні задоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів (ЗПСЛ) роботою у ЗОЗ.

Проведено опитування 89 лікарів за спеціальністю ЗПСЛ за анкетною визначення задоволеності роботою в ЗОЗ, яка була розроблена на кафедрі менеджменту охорони здоров'я Національного медичного університету імені

О.О. Богомольця та яка містила 20 запитань. Відгук склав 91,3% від усіх опитаних лікарів (81 особа). Розподіл за статтю включав 17 осіб чоловічої та 64 особи жіночої статі. Розподіл за віком наступний: осіб, молодших за 30 років — 15 осіб, у віці 31-40 років — 13 осіб, у віці 41-50 років — 16 осіб, у віці 51-60 років — 15 осіб, старших 60 років — 22 особи. Статтєво-вікова структура вибірки представлена в таблиці 5.1.

Таблиця 5.1

Розподіл вибірки за стетєво-віковою ознакою

Вік (роки)	Стать				Всього	
	Жінки		Чоловіки			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
<30	14	22	1	6	15	18,6
31-40	7	11	6	35,2	13	16
41-50	15	23,4	1	6	16	19,8
51-60	11	17,1	4	23,5	15	18,6
>60	17	26,5	5	29,3	22	27
Разом	64	100	17	100	81	100

У структурі лікарів за стажем роботи ЗПСЛ частка лікарів, які мали стаж до 10 років становила 30,9%, стаж роботи 11 – 20 років – 18,5% та більше 20 років – 50,6%.

Таблиця 5.2

Розподіл вибірки за загальним стажем роботи лікарів ЗПСЛ

Стаж роботи (роки)						Всього	
<10		10-20		>20			
Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
25	30,9	15	18,5	41	50,6	81	100

Анкета містила 20 питань:

1. «Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?»
2. «Чи задоволені Ви ставленням керівництва до себе?»
3. «Чи підвищується Ваша якість роботи у разі підтримки з боку Вашого керівника?»
4. «Чи комфортною є атмосфера в Вашому колективі?»
5. «Чи відчуваєте Ви підтримку та повагу від Ваших колег?»
6. «Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?»
7. «Чи комфортні в Вас ділові стосунки з лікарями-спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?»
8. «Чи відчуваєте Ви повагу від пацієнтів?»
9. «Чи маєте Ви можливість підвищувати кваліфікації?»
10. «Чи маєте Ви потребу у підвищенні кваліфікації?»
11. «Чи задоволені Ви своєю заробітною платою?»
12. «Ваша заробітна плата відповідає зусиллям, які Ви прикладаєте для її виконання?»
13. «Чи впливає додаткова грошова винагорода (премія) на якість надання медичної допомоги?»
14. «Чи задоволені Ви графіком роботи?»
15. «Чи задоволені Ви умовами праці?»
16. «Чи відобразилась війна на відчуття задоволеності роботою?»
17. «Чи війна відобразилась на відносинах в колективі?»
18. «Чи задоволені Ви своєю роботою?»
19. «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність?»
20. «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?»

Анкета заповнювалася анонімно, респонденти вказували лише вік, стать та стаж роботи. Достовірність анкети була перевірена за показником Альфа Кронбаха ($\alpha=0,82$).

Для оцінки результатів опитування була використана шкала сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі ЗПСЛ оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-ти бальною оцінкою. Оцінка 4 та 5 балів були оцінені як позитивна оцінка відповіді на питання, 1-3 бали як негативна оцінка відповіді на питання.

Для аналізу використали методику Mann-Whitney, однофакторний та багатофакторний логістичний регресивний аналіз. Аналіз результатів дослідження проводився з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020). Для оцінки ступеню впливу кожної факторної ознаки в логістичній моделі регресії був розрахований показник відношення шансів (ВШ) та його 95% ДІ (довірчий інтервал). Для оцінки якості логістичної моделі регресії був використаний аналіз Receiver Operating Characteristic (ROC curve analysis).

Результати відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСЛ щодо відчуття пишання обраною спеціальністю свідчать про наявність достовірних відмінностей у лікарів ЗПСЛ на питання №1 «Чи пишаетесь Ви тим, що обрали професію лікаря?» в залежності від статі ($p < 0,05$) (табл. 5.3).

Таблиця 5.3

Розподіл відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСЛ в залежності від статі на питання №1-18 (у%)

№ питання	Розподіл відповідей лікарів (жінок)					Розподіл відповідей лікарів (чоловіків)					P
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	
1.	0	0	8,8	17,5	73,7	0	7,1	14,3	35,7	42,9	$p < 0,05$
2.	0	5,3	14	33,3	47,4	14,3	7,1	7,1	21,4	50	$p > 0,05$

Продовження таблиці 5.3

3.	0	0	19,3	21,1	59,6	14,3	0	14,3	28,6	42,9	p>0,05
4.	0	0	3,5	47,4	49,1	0	7,1	14,3	21,4	57,2	p>0,05
5.	0	0	5,3	38,6	56,1	7,1	0	7,1	35,8	50	p>0,05
6.	0	1,8	1,8	29,7	66,7	0	7,1	7,1	35,8	50	p>0,05
7.	5,3	22,8	26,3	35,1	10,5	7,1	14,3	35,7	28,6	14,3	p>0,05
8.	0	1,8	21,1	47,4	29,8	0	0	35,7	50	14,3	p>0,05
9.	0	0	5,3	29,8	64,9	7,1	0	0	50	42,9	p>0,05
10.	1,8	0	12,3	29,8	56,1	7,1	0	21,4	21,4	50	p>0,05
11.	1,7	1,7	28,1	43,9	24,6	28,6	0	28,6	28,6	14,2	p<0,05
12.	5,3	0	31,5	42,1	21,1	21,5	0	35,7	21,4	21,4	p<0,05
13.	10,5	3,5	29,8	12,3	43,9	14,3	14,3	21,4	21,4	28,6	p<0,05
14.	0	0	10,5	35,1	54,4	0	14,3	7,1	42,9	35,7	p<0,05
15.	1,7	3,5	12,3	40,4	42,1	7,1	14,3	7,1	28,6	42,9	p<0,05
16.	8,8	8,8	22,7	21,1	38,6	35,7	7,1	21,4	14,3	21,5	p<0,05
17.	22,8	8,8	19,3	22,8	26,3	42,9	0	14,3	35,7	7,1	p<0,05
18.	0	1,8	19,2	38,6	40,4	0	7,1	28,6	35,7	28,6	p<0,05

Серед лікарів ЗПСЛ жіночої статі значно більша частка осіб, які пишаються обраною спеціальністю (91,2% проти 78,6%), ніж серед чоловіків. В той же час, серед лікарів ЗПСЛ чоловічої статті частка тих, хто не пишається значно більша, ніж серед жінок (8,8% проти 21%).

З метою оцінки ставлення керівництва до лікарів ЗПСЛ респондентам було запропоновано відповісти на наступні твердження: «Чи задоволені Ви

ставленням керівництва до себе?» (питання № 2), «Чи підвищується Ваша якість роботи у разі підтримки з боку Вашого керівника?» (питання №3).

Результати дослідження показали, що відповіді респондентів жіночої та чоловічої статі за спеціальністю ЗПСЛ достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) на питання №2 щодо задоволеності ставленням керівництва та на питання №3 щодо підвищення якості роботи при підтримці з боку керівника. Тобто 80,7% респондентів жіночої статі та 71,4% чоловічої статі цілком задоволені ставленням керівництва та відповідно 80,7% та 71,5% респондентів вказали, що їх якість роботи підвищується при підтримці керівництва.

З метою оцінки ставлення колег лікарям ЗПСЛ було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи комфортно є атмосфера в Вашому колективі?» (питання №4), «Чи відчуваєте Ви підтримку та повагу від Ваших колег?» (питання №5), «Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?» (питання №6), «Чи комфортні в Вас ділові стосунки з лікарями-спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?» (питання №7) (табл. 5.3). Результати дослідження показали, що відповіді на вказані питання респондентів жіночої та чоловічої статі за спеціальністю ЗПСЛ достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

При порівнянні результатів відповідей респондентів за спеціальністю ЗПСЛ серед жіночої та чоловічої статі за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$). 96,5% та 94,7% респондентів жіночої статі та 78,6% та 85,8% чоловічої статі відмітили, що вони мають комфортні стосунки з колегами та відчувають підтримку та повагу від колег (питання №4-5).

Звертає на себе увагу, що лікарі ЗПСЛ (96,4% жіночої та 85,5% чоловічої статі) високо оцінили наявність ділових стосунків з колегами сімейними лікарями (питання №6). В той же час, на питання №7 щодо комфортності ділових стосунків з лікарями-спеціалістами, до яких вони спрямовують пацієнтів, то лише 45,6% жіночої статі та 42,9% чоловічої статі високо оцінили рівень таких стосунків. В той же час, більше половини

респондентів оцінили вказані стосунки низьким балом (1-3 бали) (54,4% жіночої статі та 57,1% чоловічої статі) (питання №7) (табл. 5.3).

На питання №8 «Чи відчуваєте Ви повагу від пацієнтів?» 77,2% лікарів ЗПСЛ жіночої статі та 64,3% лікарів ЗПСЛ чоловічої статі відчувають повагу пацієнтів. Слід відзначити, що серед респондентів жіночої та чоловічої статі, не виявлено осіб, які зовсім не відчувають повагу пацієнтів. Відповіді на вказані питання за статтю достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$).

З метою оцінки можливості професійного розвитку лікарів нами було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи маєте Ви можливість підвищувати кваліфікацію?» (питання №9), «Чи маєте Ви потребу у підвищенні кваліфікації?» (питання №10).

Встановлено, що 94,7% лікарів ЗПСЛ жіночої статі та 92,9% чоловічої статі мають можливість підвищувати кваліфікацію та 85,9% жіночої статі і 71,4% чоловічої статі мають потребу у підвищенні кваліфікації. При порівнянні результатів відповідей респондентів серед жіночої та чоловічої статі за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді достовірно не відрізнялися ($p > 0,05$) (питання № 9-10). Це опосередковано вказує на те, що лікарі незалежно від статі мають можливість підвищувати кваліфікацію та мають в цьому потребу.

Для вивчення задоволеності заробітною платою, нами було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи задоволені Ви своєю заробітною платою?» (питання №11), «Ваша заробітна плата відповідає зусиллям, які Ви прикладаєте для її виконання?» (питання №12), «Чи впливає додаткова грошова винагорода (премія) на якість надання медичної допомоги?» (питання №13).

Аналіз результатів відповідей на питання №11 свідчить про наявність достовірної відмінності у відповідях на це питання серед лікарів в залежності від статі ($p < 0,05$). Серед лікарів ЗПСЛ третина (31,5%) респондентів жіночої статі та більше половини (57,2%) чоловічої статі невдоволених своєю заробітною платою. В той час, як 68,5% респондентів жіночої статі та лише

42,8% чоловічої статі задоволені своєю заробітною платою (відповіді достовірно відрізнялися ($p=0,04$).

Аналіз відповідей респондентів на питання №12 щодо відповідності заробітної плати прикладеним зусиллям свідчить, що 63,2% лікарів жіночої статі та лише 42,8% лікарів чоловічої статі вважають, що їхні зусилля відповідають заробітній платі. Проте треба зазначити, що 36,8% респондентів жіночої статі та 57,2% чоловічої статі вважають, що їх заробітна плата не відповідає зусиллям, які вони прикладають для її виконання. Відповіді на вказане питання достовірно не відрізняються у лікарів за статтю ($p>0,05$).

Відповіді лікарів ЗПСЛ на питання №13 щодо впливу додаткової грошової винагороди (премії) на якість надання медичної допомоги достовірно не відрізняються серед лікарів ЗПСЛ в залежності від статі ($p>0,05$). Майже половина лікарів жіночої статі (43,8%) та половина (50%) чоловічої статі вважають, що грошова винагорода не впливає на якість надання медичної допомоги.

З метою вивчення задоволеності умов праці, нами було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи задоволені Ви графіком роботи?» (питання №14) та «Чи задоволені Ви умовами праці?» (питання №15). При порівнянні результатів відповідей респондентів за критерієм Mann-Whitney було з'ясовано, що відповіді лікарів ЗПСЛ на вказані питання достовірно не відрізнялися в залежності від статі ($p>0,05$).

Серед лікарів жіночої статі частка задоволених графіком роботи була незначно більшою, ніж серед лікарів чоловічої статі (89,5% проти 78,6%) (питання №14). Крім того, більша частка лікарів ЗПСЛ була задоволена умовами праці серед респондентів жіночої статі, ніж серед лікарів чоловічої статі (82,5% проти 71,5%) (питання №15).

З метою визначення впливу війни на задоволеність роботою лікарями ЗПСЛ нами було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи відобразилась війна на відчуття задоволеності роботою?» та «Чи війна відобразилась на відносинах в колективі?» Структура відповідей за анкетною

достовірно відрізнялася ($p < 0,05$) за критерієм Mann-Whitney в залежності від статі. Половина лікарів жіночої статі (59,7%) та третина лікарів чоловічої статі (35,8%) вказали, що війна відобразилась на відчутті задоволеності роботою (питання №16).

Результати відповідей на питання №17 «Чи війна відобразилась на відносинах в колективі?» достовірно не відрізнялися ($p < 0,05$) за критерієм Mann-Whitney) за статтю. Більшість лікарів чоловічої статі (57,2%) та жіночої статі (50,9%) відповіли, що війна не відобразилась на стосунках в колективі.

З метою вивчення задоволеності працею в ЗОЗ було запропоновано відповісти на наступні питання анкети: «Чи задоволені Ви своєю роботою?» (питання №18), «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність?» (питання №19), «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?» (питання №20). Отримані відповіді на вказані питання №19-20 достовірно відрізнялися в залежності від статі ($p < 0,05$).

Серед лікарів ЗПСЛ 79% респондентів жіночої статі та 64,3% респондентів чоловічої статі задоволені своєю роботою. Слід звернути увагу, що частка зовсім незадоволених лікарів жіночої та чоловічої статі, які б оцінили відповідь в один бал по 5-ти бальній системі взагалі не було. Відповіді на вказане питання достовірно не відрізняються у лікарів за статтю ($p > 0,05$).

Виявлено достовірну відмінність у відповідях респондентів в залежності від статі щодо бажання змінити свою спеціальність лікаря ЗПСЛ на іншу спеціальність в залежності від статі ($p < 0,05$). 91,2% лікарів ЗПСЛ жіночої статі відповіли «ні» на вказане питання проти «8,8%» – «так». В той же час, тільки 64,3% лікарів чоловічої статі надали відповідь «так» та 35,7% – «ні» (питання №19). Тобто лікарі ЗПСЛ прагнуть в переважній більшості до зміни своєї спеціальності на відміну від лікарів ЗПСЛ жіночої статі (табл. 5.4).

Таблиця 5.4

Розподіл відповідей на питання №19 «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність» та на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?»

№ питання	Респонденти жіночої статі		Респонденти чоловічої статі		P
	так	ні	так	ні	
19.	8,8	91,2	35,7	64,3	0,01
20.	0	100	28,6	71,4	0,00004

Звертає на себе увагу різниця у відповідях респондентів ЗОЗ за статевою ознакою на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?». 100% респондентів жіночої статі вказали, що не планують працювати за кордоном. В той же час 28,6% респондентів чоловічої статі вказали, що планують працювати за кордоном. Структури відповідей на питання №20 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,00004$) за статевою ознакою.

Таким чином, можна зробити припущення, що респонденти жіночої статі серед лікарів ЗПСЛ відчувають більше задоволення від роботи в порівнянні з респондентами чоловічої статі. Всі лікарі ЗПСЛ незалежно від статі найбільш задоволені підтримкою керівництва та повагою від колег, пацієнтів, можливістю підвищувати професійну кваліфікацію. В той же час, лікарі ЗПСЛ жіночої статі мають достовірно вище оцінки на відповіді на питання щодо задоволеності заробітною платою, впливу премій на якість медичної допомоги, задоволеності умовами праці, графіком роботи та впливом війни на відчуття задоволеності роботою. Крім того, жінки менше схильні до зміни спеціальності та виїзду на роботу за кордон, ніж чоловіки.

5.2. Дослідження вікових та стажевих особливостей задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою

Наступним етапом нами був проведений аналіз результатів опитування лікарів ЗПСЛ за віком. Розподіл за віком наступний: молодших за 30 років — 15 осіб, у віці 31-40 років — 13 осіб, у віці 41-50 років — 16, у віці 51-60 років — 15, осіб, старших 60 років — 22.

Аналіз отриманих результатів свідчить, що структура відповідей респондентів за критерієм Kruskal-Wallis на питання анкети щодо задоволеності роботою в різних вікових групах свідчить про відсутність достовірних відмінностей ($p=0,08$). Частка задоволених в різних вікових групах коливалася від 64,3% (група до 30 років) до 94,1% (група старше 60 років). В групі 31-40 років вказаний показник становив 66,7%, в групі 41-50 років – 73,3%, в групі 51-60 років – 76,9%.

Крім того, не було виявлено достовірної відмінності на питання анкети, які надали лікарі ЗПСЛ в залежності від віку, ($p>0,05$), а саме: на питання №3 «Чи підвищується Ваша якість роботи у разі підтримки з боку Вашого керівника?», на питання №4 «Чи комфортно є атмосфера в Вашому колективі?», на питання №5 «Чи відчуваєте Ви підтримку та повагу від Ваших колег?», на питання №8 «Чи відчуваєте Ви повагу від пацієнтів?», на питання №9 «Чи маєте Ви можливість підвищувати кваліфікації?», на питання №10 «Чи маєте Ви потребу у підвищенні кваліфікації?», на питання №11 «Чи задоволені Ви своєю заробітною платою?», на питання №12 «Ваша заробітна плата відповідає зусиллям, які Ви прикладаєте для її виконання?», на питання №13 «Чи впливає додаткова грошова винагорода (премія) на якість надання медичної допомоги?», на питання №14 «Чи задоволені Ви графіком роботи?», на питання №15 «Чи задоволені Ви умовами праці?», на питання №16 «Чи відобразилась війна на відчуття задоволеності роботою?», на питання №17 «Чи війна відобразилась на відносинах в колективі?», на питання №18 «Чи задоволені Ви своєю роботою?». Відповіді респондентів наведені у таблиці 5.5

Таблиця 5.5

**Розподіл відповідей на питання №3-5, №8-18 за анкетною вивчення
задоволеності працею лікарів ЗПСЛ (у%)***

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за роками				
Молодших за 30 років (n=15)					
	16	26	36	46	56
3.	0	0	21,4	21,4	58,2
4.	0	0	14,3	42,9	42,9
5.	0	0	21,4	28,6	50
8.	0	7,1	42,9	35,7	14,3
9.	0	0	0	50	50
10.	0	0	28,6	35,7	35,7
11.	0	7,1	35,7	35,7	21,5
12.	7,1	0	28,6	35,7	28,6
13.	0	0	42,9	21,4	35,7
14.	0	0	14,3	35,7	50
15.	0	7,1	14,3	35,7	42,9
16.	7,1	7,1	14,3	28,6	42,9
17.	21,4	7,1	21,4	14,3	35,7
18.	0	0	35,7	35,7	28,6
31-40 років (n=13)					
3.	8,3	0	8,3	33,3	50

Продовження таблиці 5.5

4.	0	8,3	0	50	41,7
5.	8,3	0	0	50	41,7
8.	0	0	33,3	41,7	25
9.	8,3	0	8,3	41,7	41,7
10.	8,3	0	16,7	8,3	66,7
11.	25	0	25	41,7	8,3
12.	25	0	33,3	33,3	8,3
13.	25	8,3	0	16,7	50
14.	0	16,7	16,7	33,3	33,3
15.	8,3	8,3	8,3	50	25
16.	25	0	25	8,3	41,7
17.	41,7	0	16,7	33,3	8,3
18.	0	8,3	25	50	16,7
41-50 років (n=16)					
3.	0	0	20	20	60
4.	0	0	0	40	60
5.	0	0	6,6	46,7	46,7
8.	0	0	33,3	33,3	33,3
9.	0	0	6,7	33,3	60
10.	0	0	13,3	33,3	53,4
11.	0	0	33,3	26,7	40

Продовження таблиці 5.5

12.	0	0	33,3	40	26,7
13.	13,3	0	33,4	13,3	40
14.	0	0	13,3	13,3	73,4
15.	6,7	0	6,7	26,7	60
16.	6,7	6,7	20	13,3	53,3
17.	26,7	0	20	33,3	20
18.	0	6,7	20	20	53,3
51-60 років (n=15)					
3.	7,7	0	38,5	15,4	38,5
4.	0	0	15,3	38,5	46,2
5.	0	0	0	46,2	53,8
8.	0	0	15,4	69,2	15,4
9.	0	0	7,7	38,5	53,8
10.	0	0	7,7	38,5	53,8
11.	15,4	0	23,1	53,8	7,7
12.	15,4	0	38,5	38,5	7,7
13.	23,1	7,7	30,8	7,7	30,8
14.	0	0	7,7	53,8	38,5
15.	0	15,4	15,4	46,2	23
16.	15,4	15,4	23,1	38,5	7,6
17.	23,1	7,7	30,8	30,8	7,6

Продовження таблиці 5.5

18.	0	0	23,1	53,8	23,1
Старше 60 років (n=22)					
3.	0	0	5,9	23,5	70,6
4.	0	0	0	41,2	58,8
5.	0	0	0	23,5	76,5
8.	0	0	0	58,8	41,2
9.	0	0	0	11,8	88,2
10.	5,9	0	5,9	23,5	64,7
11.	0	0	23,5	47,1	29,4
12.	0	0	29,4	41,2	29,4
13.	0	11,7	29,4	11,8	47,1
14.	0	0	0	47,1	52,9
15.	0	0	11,8	35,3	52,9
16.	17,6	11,8	29,4	11,8	29,4
17.	23,5	17,6	5,9	17,6	35,4
18.	0	0	5,9	35,3	58,8

*В даних питаннях $p > 0,05$

В той же час, визначено достовірні відмінності в різних групах респондентів в залежності від віку на питання №1 «Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?», на питання №2 «Чи задоволені Ви ставленням керівництва до себе?», на питання №6 «Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?», на питання №7 «Чи комфортні в Вас ділові

стосунки з вузькими спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?», на питання №19 «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність?» та на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?»
Відповіді респондентів наведені у таблицях 5.6 та 5.7.

Таблиця 5.6

**Перелік питань, на які респонденти надали достовірно різні відповіді
($p < 0,05$)**

№ питання	P
1. Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	0,009
2. Чи задоволені Ви ставленням керівництва до себе?	0,028
6. Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?	0,017
7. Чи комфортні в Вас ділові стосунки з вузькими спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?	0,01

Таблиця 5.7

**Розподіл відповідей на питання №1, №2, №6, №7 за анкетною вивчення
задоволеності працею лікарів ЗПСЛ (у%)**

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за роками				
	Молодших за 30 років (n=15)				
	16	26	36	46	56
1.	0	0	28,6	28,6	42,8
2.	0	7,1	7,1	50	35,8
6.	0	0	14,3	35,7	50
7.	0	28,6	35,7	28,6	7,1

Продовження таблиці 5.7

31-40 років (n=13)					
1.	0	8,3	8,3	41,7	41,7
2.	8,3	8,3	8,3	33,3	41,8
6.	0	8,3	0	58,4	33,3
7.	16,7	16,7	41,7	16,6	8,3
41-50 років (n=16)					
1.	0	0	13,3	0	86,7
2.	0	6,7	26,7	13,3	53,3
6.	0	6,7	0	13,3	80
7.	6,7	46,7	26,7	13,3	6,7
51-60 років (n=15)					
1.	0	0	0	30,8	69,2
2.	0	6,7	26,7	13,3	53,3
6.	0	0	0	46,2	53,8
7.	0	0	38,5	53,8	7,7
Старше 60 років (n=22)					
1.	0	0	0	11,8	88,2
2.	0	0	0	23,5	76,5
6.	0	0	0	11,8	88,2
7.	5,9	11,8	5,9	52,9	23,5

Встановлено, що на питання №1 «Чи пишавесь Ви тим, що обрали професію лікаря?» виявлена суттєва різниця в структурі відповідей лікарів ЗПСЛ різного віку (табл. 5.7).

Переважає більшість лікарів ЗПСЛ пишавються обраною спеціальністю. Звертає на себе увагу відповіді респонденти групи віком 51-60 років та респонденти групи старше 60 років. Частка задоволених своїм вибором в даних групах щодо обраної професії становить 100% (4 та 5 балів). В той же час, частка респондентів задоволених обраною спеціальністю в групі до 30 років становить 71,4%, в групі 31-40 років – 83,4%, в групі 41-50 років – 86,7%. Структури відповідей на питання №1 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,009$).

Серед лікарів ЗПСЛ частка задоволених ставленням керівництва до себе (питання №2) була найбільша у групі респондентів старше 60 років та в групі молодших за 30 років у порівнянні з іншими групами. Серед респондентів старше 60 років 100% лікарів оцінили ставлення керівництво у 4 та 5 бали, серед респондентів молодших за 30 років та частка становила 85,8%. В той же час, серед інших груп частка задоволених ставленням керівництва коливалася від 66,6% (група 41-50 років, група 51-60 років) до 75,1% (група 31-40 років) (питання №2). Структури відповідей на питання №2 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,028$).

Аналіз відповідей респондентів на питання №6 щодо комфортності у ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями) показав, що всі групи респондентів в переважній більшості повністю задоволені (100%) або майже повністю задоволені (85,7%) вказаними стосунками. Частка задоволених респондентів була достовірно найвищою (100%) в групі 51-60 років та в групі старше 60 років. Частка задоволених респондентів з найменшим максимальним балом була визначена в групі лікарів ЗПСЛ молодших за 30 років (85,7%). Структури відповідей на питання №6 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,017$).

При порівнянні результатів відповідей щодо комфортних ділових стосунків з лікарями-спеціалістами, до яких направляють пацієнтів (питання №7), аналіз результатів свідчить, що структура відповідей достовірно відрізняються між групами респондентів ($p=0,01$). Звертає на себе увагу різниця відповідей респондентів ЗОЗ в різної вікової групи. Виявлено, що 76,4% респондентів ЗОЗ групи старше 60 років більш задоволені відносинами з колегами, ніж в інших вікових групах. Так, в групі 51-60 років частка задоволених стосунками з лікарями-спеціалістами становить 61,5%, в групі молодших за 30 років – 35,7%, в групі 31-40 років – 24,9%, в групі 41-50 років – 20%. Тобто чим молодше лікар, тим менше він задоволений відносинами з лікарями-спеціалістами.

На питання щодо бажання змінити спеціальність респонденти в переважній більшості відповіли, що не хочуть змінювати спеціальність. Особливо це стосується лікарів старше 60 років та молодших за 30 років. У групі лікарів ЗПСЛ старше 60 років 100% та у групі молодших за 30 років 92,9% респондентів вказали, що не хочуть змінювати спеціальність. Серед респонденти ЗОЗ в групі 41-50 років та в групі 51-60 років трохи менша частка осіб, які не планують змінити спеціальність (86,7% та 84,6%), ніж у вище вказаних групах. Найменша частка бажаючих, які не планують змінити спеціальність, була у віковій групі 31-40 років (58,3%). Тобто в цій групі 41,7% респондентів хочуть та планують змінити спеціальність. Слід зазначити, що в групі старше 60 років бажаючих змінити спеціальність не було взагалі, в групі до 30 років – 7,1%, групах 41-50 років та 51-60 років – відповідно 13,3% та 15,4%. Структури відповідей на вказане питання достовірно відрізнялася між групами респондентів ($p= 0,029$) (табл. 5.8).

Таблиця 5.8

Розподіл відповідей на питання №19 «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність» та на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?»

№ питання	Молодших за 30 років (n=15)		31-40 років (n=13)		41-50 років (n=16)		51-60 років (n=16)		Старше 60 років (n=22)		P
	так	ні	так	ні	так	ні	так	ні	так	ні	
19.	7,1	92,9	41,7	58,3	13,3	86,7	15,4	84,6	0	100	0,029
20.	0	100	41,7	58,3	0	100	7,7	92,3	0	100	0,024

Виявлена достовірна різниця у відповідях респондентів ЗОЗ на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?» ($p=0,024$). Серед респондентів в групі молодших за 30 років, в групі 41-50 років, в групі старше 60 років 100% лікарів ЗПСЛ не планують займатися медичною практикою за кордоном. Серед респондентів в групі 51-60 років 92,3% лікарів ЗПСЛ також не планують займатись медичною практикою за кордоном. Проте, в групі 31-40 років 41,7% респондентів бажають працювати за кордоном.

Для виявлення вікових особливостей задоволеності роботою, був проведений аналіз відповідей кожної групи респондентів на конкретні питання за рейтингом. У групі респондентів віком молодших за 30 років за рейтингом оцінок відповідей перше місце посіло питання щодо можливості підвищувати кваліфікацію (100% задоволених респондентів), друге місце – питання щодо ставлення керівництва до себе (85,8%), комфортної атмосфери в колективі (85,8%) та на третьому місці – щодо комфортності ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями) (85,7%) та задоволеності графіком роботи (85,7%). Крім того 92,9% респондентів вказаної групи

відмітили, що не хотіли б змінювати свою спеціальність та 100% лікарів не планують займатись медичною практикою за кордоном.

Слід зазначити, що в цій групі 64,3% респондентів були незадоволені комфортністю ділових стосунків з лікарями спеціалістами, до яких спрямовують пацієнтів та 50% респондентів були незадоволені відчуттям поваги від пацієнтів та 42,8% заробітною платою.

Аналіз отриманих даних в групі лікарів ЗПСЛ у віці 31-40 років свідчить, що у рейтингу за оцінкою задоволеності на першому місці були відповіді на питання щодо комфортності атмосфери в колективі (91,7%), відчуття підтримки та поваги від колег (91,7%), та ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями) (91,7%), на другому місці – відчуття пишання обраною професією лікаря (83,4%) та можливість підвищувати кваліфікацію (83,4%), на третьому місці – підвищення якості роботи у разі підтримки керівника (83,3%). Слід зазначити, що дві третини респонденти вказаної групи незадоволені комфортністю ділових стосунків з лікарями-спеціалістами, половина незадоволена своєю заробітною платою та трохи більше половини вважають, що зусилля до виконання роботи не відповідають їхній заробітній платі та 33,3% графіком роботи. Встановлено, що 41,7% респондентів в даній групі хотіли би змінити свою спеціальність та 41,7% лікарів планують займатись медичною практикою за кордоном.

Важливими особливостями отриманих результатів респондентів вікової групи 41-50 років свідчить, що у рейтингу за оцінкою задоволеності (4-5 балів по 5-ти бальній системі) на першому місці були відповіді на питання щодо комфортної атмосфери в колективі (100% задоволених респондентів), на другому місці посіло питання відносно відчуття підтримки та поваги з боку колег (93,3%), стосовно комфортності та ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями) (93,3%), щодо можливості підвищувати кваліфікацію (93,3%), на третьому місці – щодо задоволеності умовами праці (86,7%) та щодо відчуття задоволення графіком роботи (86,7%).

Слід відзначити, що 86,7% респондентів не хотіли би змінювати свою спеціальність та 100% лікарів не планують займатись медичною практикою за кордоном. Проте, 80% лікарів в цій групі оцінили низьким балом (1-3 бали) питання відносно ділових стосунків з лікарями спеціалістами, до яких спрямовують пацієнтів, 33,4% ставленням керівництва до себе, 33,3% заробітною платою та відчуттям поваги від пацієнтів.

При аналізі відповідей лікарів ЗПСЛ вікової групи 51-60 років за рейтингом оцінок відповідей перше місце займає три питання (100% респондентів надали високий бал (4-5 балів по 5-ти бальній системі), а саме, відносно відчуття пишання, що обрали професію лікаря, відчуття підтримки та поваги збоку колег та щодо комфортних ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями), на другому місці – питання щодо можливості та потреби у підвищенні кваліфікації (92,3%), задоволення графіком роботи (92,3%), на третьому місці – комфортна атмосфера в колективі (84,7%) та відчуття поваги від пацієнтів (84,6%).

Виявлено, що 84,6% респондентів в даній групі не хотіли би змінити свою спеціальність та 92,3% лікарів не планують займатись медичною практикою за кордоном. Слід зазначити, що респонденти оцінили низьким балом (1-3 бали) відносно того чи заробітна плата відповідає зусиллям, які прикладає лікар для її виконання (53,9%), вплив додаткової грошової винагороди (премії) на якість надання медичної допомоги (61,6%) та 38,5% комфортністю ділових стосунків з лікарями-спеціалістами та заробітною платою.

Важливими особливостями респондентів вікової групи старше 60 років, те що респонденти в даній групі більш задоволені та за рейтингом оцінок відповідей перше місце займає сім питань (100% респондентів надали високий бал) відчуття пишання, що обрали професію лікаря, ставлення керівництва до себе, щодо комфортної атмосфери в колективі, відчуття підтримки та поваги збоку колег, стосовно комфортних ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями), повагу пацієнтів та можливості у підвищенні

кваліфікації. Слід звернути увагу, що 100% респондентів оцінили високим балом питання стосовно заробітної плати яка відповідає зусиллям, які прикладає лікар, на другому місці – підвищення якості роботи при підтримки керівника (94,1%) та задоволення своєю роботою (94,1%), на третьому місці – потреба у підвищенні кваліфікації (88,2%) та задоволення умовами праці (88,2%). Виявлено, що 100% респондентів в даній групі не хотіли би змінити свою спеціальність та 100% лікарів не планують займатись медичною практикою за кордоном. В той же час, 23,6% лікарів в цій групі оцінили низьким балом (1-3 бали) питання відносно ділових стосунків з лікарями спеціалістами до яких спрямовують пацієнтів та 23,5% заробітною платою.

Отже, у лікарів ЗПСЛ з віком зростає відчуття задоволеності своєю працею. Найбільш потенційно задоволеною групою є група старше 60 років, незадоволеною групою лікарів своєю роботою є група у віці 31-40 років, серед якою найбільша частка осіб незадоволених заробітною платою, графіком роботи, бажуючих змінити спеціальність та мігрувати для роботи за кордоном.

Аналіз отриманих даних, вказує на те, що всі групи за віком оцінили низьким балом (1-3 бали) питання №7 «Чи комфортні у Вас ділові стосунки з лікарями спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?». Звертає на себе увагу різниця відповідей респондентів ЗОЗ в різній віковій групі. Виявлено, що 76,4% респондентів ЗОЗ групи старше 60 років більш задоволені відносинами з колегами ніж в інших вікових групах, частка незадоволених складає – 23,6%, в групі 51-60 років – 61,5% частка незадоволених – 38,5%.

Далі в роботі аналізували вплив стажу роботи лікарем ЗПСЛ на задоволення роботою. Розподіл за стажем роботи ЗПСЛ наступний: частка лікарів, які мали стаж до 10 років становила 25 осіб, стаж роботи 11 – 20 років – 15 осіб та більше 20 років – 41 осіб.

Отримані результати свідчать про те, що відповіді респондентів за критерієм Kruskal-Wallis достовірно відрізнялися ($p < 0,05$) лише на питання №1 «Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?». Результати

відповідей свідчать, про те що більшість респондентів задоволені тим, що обрали професію лікар. Слід відзначити, що група респондентів зі стажем роботи більше 20 років більш задоволена та складає 96,4% які оцінили в максимальний бал. Частка незадоволених вибором своєї професії складає 5,4%. В той же час, частка респондентів задоволених обраною спеціальністю в групі до 10 років стажу роботи складає 82,6%, незадоволених 17,4%, в групі 10-20 років – 81,8%, незадоволених – 18,2%. Структури відповідей на питання №1 достовірно відрізняються між групами респондентів ($p= 0,0189$) (табл. 5.9).

Таблиця 5.9

Розподіл відповідей на питання №1 за анкетною вивчення задоволеності працею лікарів за стажем роботи ЗПСЛ (у%)

№ питання	Розподіл відповідей респондентів за роками				
До 10 років (n=25)					
	16	26	36	46	56
1.	0	0	17,4	39,1	43,5
11 – 20 років (n=15)					
1.	0	9,1	9,1	0	81,8
Більше 20 років (n=41)					
1.	0	0	5,4	16,2	78,4

Слід відзначити, що відповіді респондентів на інші питання анкети (№2-20) в групах респондентів за спеціальностями достовірно не відрізнялися ($p>0,05$). Відповіді респондентів наведені у таблиці 5.10.

Таблиця 5.10

Розподіл відповідей на питання №2-20, за анкетною вивчення задоволеності працею лікарів за стажем роботи ЗПСЛ (у%) (p>0,05).

Розподіл відповідей респондентів за стажем роботи					
№	До 10 років (n=25)				
	16	26	36	46	56
2	4,3	8,7	8,7	30,4	47,9
3	0	0	17,4	21,7	60,9
4	0	0	8,7	43,5	47,8
5	0	0	13	34,8	52,2
6	0	0	8,7	43,5	47,8
7	4,3	21,7	43,5	21,7	8,7
8	0	4,3	39,1	34,8	21,8
9	4,3	0	4,3	43,5	47,9
10	0	0	21,7	21,7	56,6
11	8,7	4,3	26,1	39,1	21,8
12	13	0	26,1	39,2	21,7
13	8,7	4,3	26,1	17,4	43,5
14	0	4,3	17,4	30,4	47,8
15	4,4	8,7	8,7	39,1	39,1
16	13	4,3	21,7	17,4	43,6
17	30,5	4,3	21,7	13	30,5
18	0	0	30,4	47,8	21,8

Продовження таблиці 5.10

10-20 років (n=15)					
2	0	0	9,1	36,4	0
3	9,1	0	0	27,3	9,1
4	0	9,1	0	36,4	0
5	9,1	0	9,1	36,4	9,1
6	0	9,1	0	27,3	0
7	18,2	27,2	18,2	18,2	18,2
8	0	0	18,2	45,5	0
9	0	0	0	36,4	0
10	9,1	0	9,1	27,3	9,1
11	9,1	0	27,3	18,1	9,1
12	9,1	0	27,3	18,2	9,1
13	18,2	0	18,2	9,1	18,2
14	0	9,1	0	18,2	0
15	0	0	9,1	36,4	0
16	18,2	9,1	9,1	27,3	18,2
17	36,3	0	9,1	45,5	36,3
18	0	9,1	18,2	9,1	0
Більше 20 років (n=41)					
2	2,7	5,4	16,2	29,8	45,9
3	2,7	0	24,3	21,6	51,4

Продовження таблиці 5.10

4	0	0	5,4	43,2	51,4
5	0	0	0	40,5	59,5
6	0	2,7	0	24,3	73
7	2,7	18,9	21,6	45,9	10,9
8	0	0	16,2	56,8	27
9	0	0	5,4	27	67,6
10	2,7	0	10,8	32,4	54,1
11	5,4	0	29,7	48,7	16,2
12	5,4	0	37,8	43,2	13,5
13	10,8	8,1	32,4	13,5	35,2
14	0	0	8,2	45,9	45,9
15	2,7	5,5	13,5	37,8	40,5
16	13,5	10,8	27	18,9	29,8
17	21,6	10,8	18,9	27	21,6
18	2,7	5,4	16,2	29,8	45,9

Таблиця 5.11

Розподіл відповідей на питання №19 «Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність» та на питання №20 «Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?» за стажем роботи ЗПСЛ (у%)

№ питання	До 10 років (n=25)		10-20 років (n=15)		Більше 20 років (n=41)		P
	так	ні	так	ні	так	ні	
19.	26,1	73,9	9,1	90,9	8,1	91,9	0,135

Продовження таблиці 5.11

20.	8,7	91,3	9,1	90,9	2,7	97,3	0,54
-----	-----	------	-----	------	-----	------	------

Встановлено, що лікарі ЗПСЛ групи за стажем роботи більше 20 років більш задоволені тим, що обрали професію лікар.

Для визначення оцінки сили та напрямку впливу факторних ознак на задоволення від роботи, які значимо впливають на ризик незадоволеності лікарів ЗПСЛ був застосований метод побудови і аналізу багатфакторних логістичних моделей регресії. Вплив на результат відповіді на питання №18, яке стосувалося оцінки задоволеності від роботи, ми оцінювали за відповідями на питання №1-15 анкети.

Спочатку був проведений однофакторний аналіз впливу кожної окремої ознаки (відповіді на питання №1-15) на ризик незадоволеності роботою.

При аналізі відповідей лікарів ЗПСЛ отримані результати свідчать, що логістичні однофакторні моделі регресії є адекватні ($p < 0,001$ за критерієм χ^2 -квадрат) і підтверджують наявність достовірного негативного зв'язку у респондентів (табл. 5.12).

Таблиця 5.12

Коефіцієнти однофакторної логістичної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності роботою на питання №18 «Чи задоволені Ви своєю роботою?»

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВШ (95% ДІ)
№1 Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	-2,07±0,52	<0,001	0,13 (0,05-0,35)

Продовження таблиці 5.12

№2 Чи задоволені Ви ставленням керівництва до себе?	-0,72±0,27	<0,001	0,46 (0,28-0,83)
№3 Чи підвищується Ваша якість роботи у разі підтримки з боку Вашого керівника?	-0,54±0,28	<0,001	0,58 (0,33-1,01)
№4 Чи комфортно є атмосфера в Вашому колективі?	-1,49±0,50	<0,001	0,22 (0,08-0,60)
№5 Чи відчуваєте Ви підтримку та повагу від Ваших колег?	-1,33±0,47	<0,001	0,26 (0,10-0,67)
№6 Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?	-1,12±0,43	<0,001	0,33 (0,14-0,76)
№7 Чи комфортні в Вас ділові стосунки з вузькими спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?	-0,79±0,29	<0,001	0,46 (0,26-0,81)
№8 Чи відчуваєте Ви повагу від пацієнтів?	-0,86±0,40	<0,001	0,42 (0,19-0,93)
№9 Чи маєте Ви можливість підвищувати кваліфікації?	-1,02±0,44	<0,001	0,36 (0,15-0,85)
№10 Чи маєте Ви потребу у підвищенні кваліфікації?	-0,46±0,29	<0,001	0,63 (0,36-1,11)

Продовження таблиці 5.12

№11 Чи задоволені Ви своєю заробітною платою?	-0,92±0,31	<0,001	0,40 (0,22-0,73)
№12 Ваша заробітна плата відповідає зусиллям, які Ви прикладаєте для її виконання?	-0,95±0,31	<0,001	0,39 (0,21-0,71)
№13 Чи впливає додаткова грошова винагорода (премія) на якість надання медичної допомоги?	-0,06±0,20	<0,001	0,94 (0,63-1,40)
№14 Чи задоволені Ви графіком роботи?	-0,86±0,36	<0,001	0,42 (0,21-0,87)
№15 Чи задоволені Ви умовами праці?	-0,88±0,30	<0,001	0,41 (0,23-0,75)

На думку респондентів на задоволеність роботою достовірно впливає питання №1 «Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?» та питання №15 «Чи задоволені Ви умовами праці?» (табл. 5.13).

Таблиця 5.13

Коефіцієнти двофакторної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності роботою на питання №18 «Чи задоволені Ви своєю роботою?»

Факторна ознака	Значення коефіцієнту моделі, $b \pm m$	P (Рівень значущості відмінності коефіцієнту від 0)	ВІІ (95% ДІ)
№1 Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	-2,29±0,60	<0,001	0,10 (0,03-0,33)

Продовження таблиці 5.13

№15 Чи задоволені Ви умовами праці?	-1,14±0,44	<0,001	0,32 (0,14-0,75)
AUC=0,88 (95% ДІ: 0,77 – 0,99)			

Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає AUC=0,88 (95% ДІ: 0,77 – 0,99) що свідчить про дуже добрий зв'язок з двофакторної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ.

При виборі оптимального порогу чутливість моделі складає 76,5% (95% ДІ: 50,1% – 93,2%), специфічність 85,2% (95% ДІ: 72,9% – 93,4%), діагностична точність 83,1% (ДІ: 72,3% – 91%).

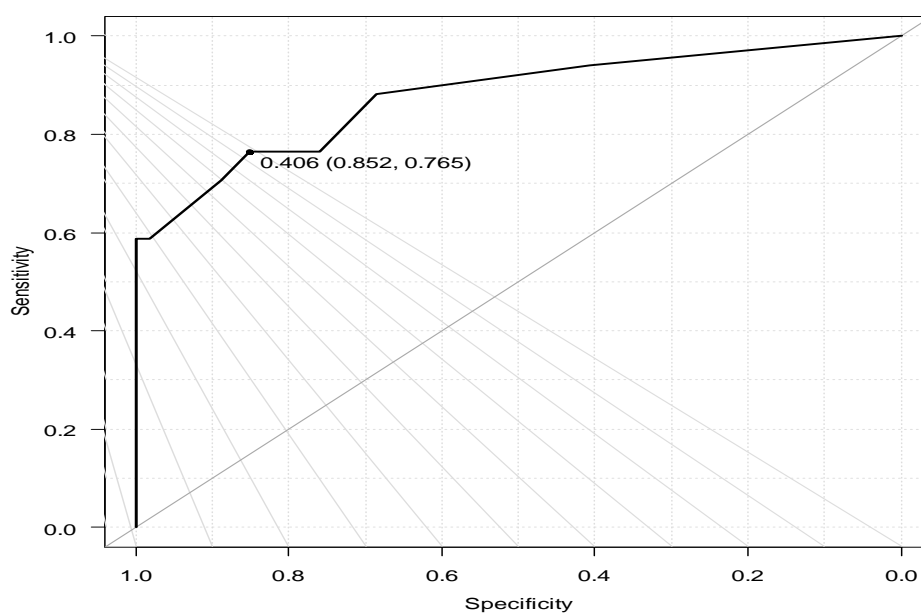


Рис. 5.1 Крива операційних характеристик моделі.

Отже, основними факторними ознаками для прогнозування задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ є відчуття пишання обраною професією лікаря та задоволення умовами праці.

5.3. Визначення особливості структури та провідних факторів мотивації відповідно до теорії Ф. Герцберга у лікарів ЗПСЛ

Дослідження проведено серед лікарів ЗПСЛ за методикою Ф. Герцберга. Участь у опитуванні прийняло 80 лікарів ЗПСЛ, серед яких 68 лікарів жіночої статі та 12 чоловічої статі. У віковій структурі лікарів, які приймали участь у анкетуванні, вікова група від 25 – 30 років становила 13,75%, від 31 – 40 років – 22,5%, від 41 – 50 років – 21,25%, 51 – 60 років – 17,5% та старше 60 років – 25%. У стажевій структурі частка лікарів зі стажем до 5 років становила 35%, зі стажем роботи 6-11 років – 23,75%, 12-17 років – 10%, 18-23 років – 12,5% та більше 24 років – 18,75%.

Згідно з теорією мотивації Ф. Герцберга опитування за його методикою включало 30 тверджень, серед них з 1 по 14 твердження стосувалися оцінки факторів мотивуючої групи, що формують відчуття задоволеності роботою та з 15 по 30 твердження – факторів гігієнічної групи, що попереджають виникнення невдоволеності роботою. Як модель шкали оцінки окремих тверджень анкети використано шкалу сумарних оцінок Лайкерта (англ. Likert scale), у якій лікарі оцінювали ступінь своєї згоди або незгоди з кожним судженням, від «повністю згоден» до «повністю не згоден» за 5-бальною шкалою. Участь в анкетуванні лікарів за спеціальністю ЗПСЛ була добровільною.

За використаною методикою до мотивуючих факторів відносяться наступні чинники: «досягнення в роботі» (№ 1-3 питання), «професійний розвиток» (№ 4-5 питання), «відповідальність у роботі» (№ 6-8 питання), «визнання успіху» (№ 9-11 питання), «просування по кар'єрі» (№ 12-14 питання). До гігієнічних факторів – «система управління в організації» (№ 15-17 питання), «визнання та ставлення колег» (№ 18-20), «впевненість та стабільність в роботі (гарантія зайнятості)» (№ 21-23), «визнання та ставлення керівництва» (№ 24-26), «заробітна плата» (№ 27-28), «умови праці» (№ 29-30).

Для аналізу та порівняння відповідей за статтю, віком, загальним стажем роботи лікарів ЗПСЛ використовували методику Kruskal-Wallis та Mann-Whitney. Статистичний аналіз був проведений з використанням ліцензійного пакету the statistical analysis package MedCalc v.19.4.1 (MedCalc Software Inc, Broekstraat, Belgium, 1993–2020).

Аналіз отриманих результатів свідчить про наявність достовірних відмінностей у лікарів ЗПСЛ в залежності від статі в оцінці гігієнічних факторів мотивації ($p < 0,05$) (табл. 5.14). У групі жінок достовірно вищі медіани оцінок всіх гігієнічних факторів мотивації (система управління, ставлення колег, впевненість та стабільність роботи, ставлення керівництва, заробітна плата, умови праці), ніж у групі чоловіків ($p < 0,05$).

Таблиця 5.14

Порівняння медіани оцінок мотивуючих та гігієнічних факторів у групах лікарів ЗПСЛ в залежності від статі (у балах)

Фактор мотивації	Медіани оцінок факторів (бали)		P
	Жінки (n=68)	Чоловіки (n=12)	
Мотивуючі фактори			
Досягнення в роботі	4,0 (3,67-4,67)	3,83 (3,25-4,08)	0,14
Професійний розвиток	3,5 (3,0-4,1)	3,25 (2,38-4,0)	0,13
Відповідальність у роботі	4,17 (4,0-5,0)	3,83 (3,33-4,17)	0,02
Визнання та схвалення результатів роботи	4,0 (3,58-5,0)	3,67 (2,58-3,75)	0,009
Кар'єра	4,0 (4,0-5,0)	3,67 (3,17-4,0)	0,003
Гігієнічні фактори			

Продовження таблиці 5.14

Система управління	4,3 (3,67-5,0)	3,5 (2,92-4,08)	0,007
Ставлення колег	5,0 (4,25-5,0)	4,0 (3,67-4,67)	0,005
Впевненість та стабільність в роботі	4,33 (4,0-5,0)	3,83 (3,17-4,08)	0,005
Ставлення керівництва	4,33 (3,67-5,0)	4,0 (2,5-4,0)	0,017
Заробітна плата	4,0 (3,0-4,5)	3,0 (2,38-3,63)	0,01
Умови праці	4,0 (3,0-5,0)	3,5 (3,38-3,63)	0,04

За рейтингом медіани оцінок гігієнічних факторів за 5-бальною шкалою в групі жінок на першому місці перебував фактор «ставлення колег» (5,0 (4,25-5,0)), останньому місці – фактор «заробітна плата» (4,0 (3,0-5,0)) та фактор «умови праці» (4,0 (3,0-4,5)). У групі чоловіків на першому місці – «ставлення колег» (4,0 (3,67-4,67)) та «ставлення керівництва» (4,0 (2,5-4,0)), а на останньому – «заробітна плата» (3,0 (2,38-3,63)). Тобто для жінок дуже важливим у попередженні формування відчуття невдоволеності роботою є «ставлення колег», а для чоловіків, крім цього фактору, ще і «ставлення керівництва». Фактор «заробітна плата» має достовірну вище оцінку в групі жінок, проте за рейтингом займає в двох групах останнє місце.

Медіани оцінок мотивуючих факторів за 5-бальною шкалою мають достовірні відмінності у групі жінок та групі чоловіків лише за медіанами оцінок факторів «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра» ($p < 0,05$). У групі жінок медіана вказаного фактору достовірно більша, ніж у чоловіків. За іншими показниками в групі жінок та в групі чоловіків достовірні відмінності відсутні («досягнення в роботі», «професійний розвиток», «відповідальність у роботі») ($p > 0,05$). Тобто для групи жінок достовірно найважливішим фактором мотивації, що формує відчуття

задоволеності роботою, є «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра».

За рейтингом медіани оцінок мотивуючих факторів, як в групі жінок, так і в групі чоловіків, перше місце посідає «відповідальність у роботі (зміст роботи)» (4,17 (4,0-5,0)) та (3,83 (3,33-4,17)) відповідно, на останньому місці - «професійний розвиток» (3,5 (3,0-4,1)) та 3,25 (2,38-4,0)) відповідно ($p > 0,05$). Тобто статеві особливості у пріоритетності факторів мотивації за рейтингом відсутні ($p > 0,05$).

Порівняння медіан оцінок мотивуючих факторів у лікарів ЗПСЛ за критерієм Kruskal-Wallis в залежності від віку свідчить про наявність достовірних вікових особливостей лише за медіаною оцінки фактору «відповідальність у роботі (зміст роботи)» ($p < 0,05$) (табл. 5.15).

Таблиця 5.15

Порівняння медіани оцінок мотивуючих та гігієнічних факторів в групах лікарів ЗПСЛ в залежності від віку (у балах)

Питання	25-30 років (n=11)	31-40 років (n=18)	41-50 років (n=17)	51-60 років (n=14)	61 та більше років (n=20)	P
Мотивуючі фактори						
Досягнення в роботі	4,33 (3,5-4,67)	3,66 (3,33-4,25)	4,0 (3,66-5,0)	3,83 (3,41-4,25)	4,33 (3,92-4,75)	0,098
Професійний розвиток	4,0 (3,25-4,5)	3,5 (3,13-4,5)	3,5 (3,0-4,0)	3,25 (3,0-3,5)	4,0 (3,0-4,5)	0,06
Відповідальність у роботі (зміст роботи)	4,0 (3,83-4,83)	4,16 (4,0-4,67)	4,0 (3,67-4,67)	4,0 (3,75-4,0)*	4,67 (4,0-5,0)*	0,04

Продовження таблиці 5.15

Визнання успіху	4,0 (3,5- 4,83)	4,17 (3,08- 4,58)	4,0 (3,67- 4,33)	3,33 (2,5- 4,25)	4,33 (3,92- 5,0)	0,133
Кар'єра	4,0 (4,0- 5,0)	4,0 (4,0- 4,92)	4,0 (3,67- 5,0)	3,83 (3,67- 4,0)	4,5 (3,92- 5,0)	0,36
Гігієнічні фактори						
Система управління	4,33 (4,0- 5,0)	4,0 (3,33- 4,83)	4,33 (3,33- 5,0)	3,5 (3,0- 4,25)*	4,83 (3,92- 5,0)*	0,03
Ставлення колег	5,0 (4,0- 5,0)	4,67 (4,0- 5,0)	4,67 (4,0- 5,0)	5,0 (4,42- 5,0)	4,83 (4,58-5)	0,56
Впевненість та стабільність в роботі (гарантія зайнятості)	4,0 (3,67- 4,0)	4,0 (3,75- 4,0)	4,33 (4,0- 5,0)	4,0 (4,0- 4,58)	5,0 (4,0- 5,0)	0,108
Ставлення керівництва	4,33 (3,5- 5,0)	4,17 (3,08- 4,58)	4,0 (3,67- 5,0)	3,83 (3,42- 4,25)	4,67 (4,0- 5,0)	0,09
Заробітна плата	4,0 (2,75- 4,5)	3,0 (2,63- 4,0)	4,0 (3,0- 4,0)	3,5 (3,0- 4,0)	4,0 (3,5- 4,63)	0,13
Умови праці	4,0 (3,25- 5,0)	3,5 (3,0- 4,0)	4,0 (3,5- 4,5)	4,0 (3,0- 4,75)	4,0 (3,38- 5,0)	0,26

Примітка: * - достовірна відмінність, $p < 0,05$

У групі 61 рік і більше оцінка вказаного мотивуючого фактору мала найвище значення (4,67 (4,0-5,0)) і достовірно відрізнялася від медіани в групах 51-60 років, де медіана була найменша у порівнянні з медіанами в

інших групах ($p < 0,05$). В той же час, за медіаною оцінки вказаного фактору в інших групах достовірної відмінності не виявлено ($p > 0,05$).

Оцінка інших мотивуючих факторів («досягнення в роботі», «професійний розвиток», «відповідальність у роботі (зміст роботи)», «визнання успіху», «кар'єра») не мала достовірних вікових особливостей ($p > 0,05$) у лікарів в залежності від віку.

Порівняння оцінок гігієнічних факторів у лікарів ЗПСЛ за критерієм Kruskal-Wallis в залежності від віку свідчить про наявність достовірних вікових особливостей лише за оцінкою фактору «система управління» ($p < 0,05$). У групі 61 рік і більше медіана оцінки вказаного фактору була достовірно найвищою у порівнянні з медіанами оцінок лікарів вікової групи 51-60 років, де медіана була найменшою у порівнянні з медіанами в інших групах ($p < 0,05$). В той же час достовірної відмінності за медіанами в інших групах не було виявлено.

За рейтингом медіани оцінок мотивуючих факторів в групі 25-30 років лідирує фактор «досягнення в роботі», в групі 31-40 років – «визнання успіху», в групі 51-60 років – «відповідальність у роботі», 61 і більше років – «відповідальність у роботі». Слід зазначити, що в групі 41-50 років всі фактори оцінені в 4 бали з певним коливанням медіани, за винятком оцінки фактору «професійний розвиток» (3,25 (3,0-3,5)). Крім того, фактор «професійний розвиток» у всіх вікових групах посідав останнє місце в рейтингу медіан оцінок факторів мотивації.

Для визначення структури мотивації в лікарському колективі лікарів ЗПСЛ, які брали участь в опитуванні, були розділені на 4 групи за результатами оцінки мотивуючих та гігієнічних факторів (рис. 5.2). Високі оцінки факторів були визначені у 4 і більше балів, низькі оцінки – менше 4 балів.

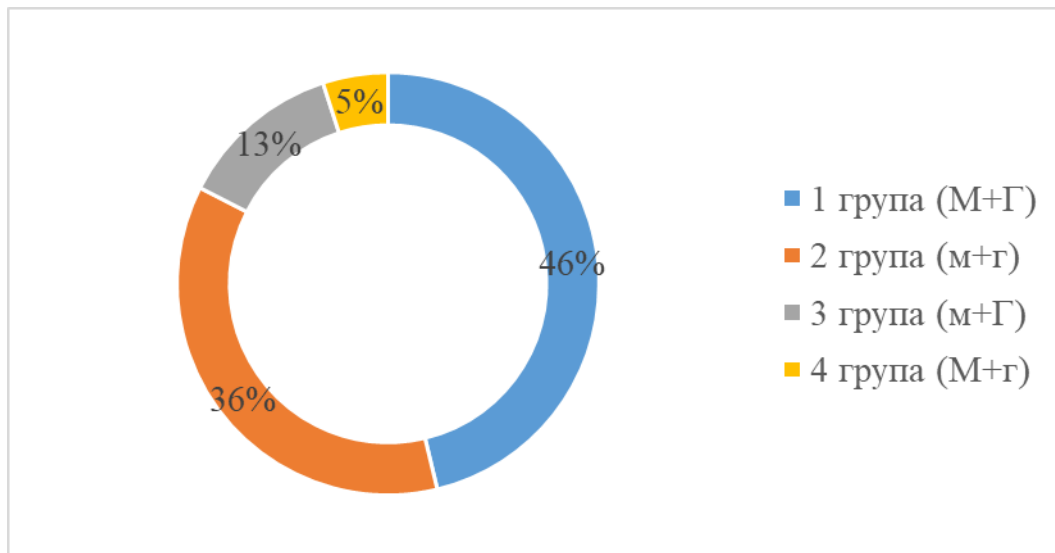


Рис. 5.2 Структура мотивації в колективі лікарів ЗПСЛ (%)

До 1 групи увійшло 46% лікарів ЗПСЛ, які мали високі оцінки мотивуючих факторів (М) та високі оцінки гігієнічних факторів (Г). Це є найчисельнішою групою лікарів ЗПСЛ в нашому дослідженні. Для цієї групи характерна потреба, як в забезпеченні на робочому місці мотивуючих факторів (досягнення в роботі, відповідальність у роботі, професійний розвиток, визнання успіху, просування по кар'єрі), так і гігієнічних факторів (система управління, ставлення колег, впевненість та стабільність в роботі, ставлення керівництва, заробітна плата, умови праці). Можна припустити, що перша група є найбільш вмотивованою до роботи і найбільш вимогливою до гігієнічних факторів. Для цієї групи стимулом будуть всі фактори за двофакторною теорією мотивації.

До 2 групи увійшло 36% лікарів ЗПСЛ, які мали низькі оцінки мотивуючих (м) та низькі оцінки гігієнічних факторів (г). Це друга за чисельністю група у дослідженні. Для цієї групи характерна відсутність потреби в будь-яких стимулах до роботи. Можна припустити, що вказана група є найбільш проблемною для керівників ЗОЗ щодо мотивації працівників. Ймовірно, у представників вказаної групи відсутня потреба в роботі та відсутні стимули до роботи, через які можна було б вплинути на них.

До 3 групи увійшло 13% лікарів, які мали низькі оцінки мотивуючих факторів (м) та високі оцінки гігієнічних факторів (Г). Для цієї групи характерна відсутність мотивації до роботи на основі мотивуючих факторів, для них головним стимулом до роботи можуть бути лише гігієнічні фактори (ставлення колег та керівництва, впевненість та стабільність в роботі, заробітна плата та умови праці). У разі незадоволення гігієнічних факторів, то лікарі вказаної групи можуть перейти до 2 групи з відсутністю будь-яких стимулів в роботі.

До 4 група увійшло лише 5% лікарів ЗПСЛ, які мали високі оцінки мотивуючих (М) та низькі оцінки гігієнічних факторів (г). Для цієї групи характерна потреба в мотивуючих факторах в роботі, проте у них незадоволена потреба в гігієнічних факторах на роботі. Вони оцінюють не належному рівні наявні гігієнічні фактори на роботі. На їхню думку, заробітна плата не відповідає їхнім зусиллям, умови праці, ставлення колег та керівництва не належне тощо.

В нашому дослідженні визначено достовірні відмінності в оцінці гігієнічних факторів мотивації за статтю лікарів ЗПСЛ ($p < 0,05$). Для жінок надзвичайно важливим є наявність оптимальної, на їхню думку, системи управління в ЗОЗ, адекватного ставлення колег в колективі та керівництва, впевненості та стабільності в роботі, заробітної плати, яка відповідає прикладеним зусиллям, та належні умови праці. Для чоловіків гігієнічні фактори мають менше значення в системі мотивації, ніж для жінок ($p < 0,05$). В той же час, серед гігієнічних факторів найбільше значення для всіх лікарів ЗПСЛ має фактор «ставлення колег», а для чоловіків – «ставлення колег та керівництва». Найменше значення серед гігієнічних факторів, як для жінок, так і для чоловіків має фактор «заробітна плата». Ймовірно, це обумовлено тим, що при наймі на роботу лікар усвідомлено приймає рішення щодо працевлаштування, знаючи розмір своєї заробітної плати. В той час, як з іншими гігієнічними факторами лікар стикається вже в процесі роботи.

Серед мотивуючих факторів вплив статевих особливостей був лише за оцінками факторів «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра» ($p < 0,05$). Тобто для жінок характерно більші значення за вказаними факторами, ніж для чоловіків. Для них фактори «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра» є провідними факторами мотивації, які ймовірно, впливають на внутрішню мотивацію. Керівникам необхідно таку особливість жінок-лікарів враховувати та посилювати шляхом обов'язкового запровадження зворотного зв'язку в діловій комунікації. Незалежно від статі лікарів ЗПСЛ перше місце в рейтингу мотивуючих факторів посідає «відповідальність у роботі (зміст роботи)», а останнє місце – «професійний розвиток». Ймовірно, що лікарі високо цінують зміст своєї роботи та недооцінюють, як важливий елемент мотивації до роботи, фактор «професійний розвиток».

Вікові особливості мотивації лікарів ЗПСЛ полягають у наявності відмінностей лікарів вікової групи 61 рік і більше в оцінці мотивуючих та гігієнічних факторів у порівнянні з групою 51-60 років. Вказані групи відрізняються за оцінкою мотивуючого фактору «відповідальність у роботі (зміст роботи)» та гігієнічного «система управління» ($p < 0,05$). Лікарі вікової групи 61 рік і більше вище оцінюють вказані фактори, ніж група лікарів 51-60 років. Ймовірно, така особливість обумовлена сприйняттям факторів мотивації з позиції особи передпенсійного та після пенсійного віку. Можливо, після досягнення пенсійного віку спостерігається переоцінка цінностей та факторів мотивації.

Крім того, в залежності від віку в групі лікарів визначається різний провідний мотивуючий фактор, а саме: в групі 25-30 років – «досягнення в роботі», в групі 31-40 років – «визнання успіху», в групах 51-60 та 61 рік і більше – «відповідальність у роботі». Останнє місце в рейтингу мотивуючих факторів у всіх вікових групах займає фактор «професійний розвиток».

В залежності від віку серед гігієнічних факторів мотивації лідирують фактор «система управління» в групі 25-30 років та у групі 61 рік і більше, а

також для всіх без винятку груп лідирує також фактор «ставлення колег». Фактор «заробітна плата» в рейтингу посідав майже у всіх групах останнє місце.

Нами було встановлено, що найчисельнішою групою (46%) по структурі мотивації є група з високими оцінками мотивуючих на гігієнічних факторів. Тобто це є ідеальна група для мотивації, для якої важливо всі фактори мотивації і для якої можна створити ідеальну систему мотивації в ЗОЗ. Друга група за чисельністю (36%) по структурі мотивації, навпаки, характеризується низькими оцінками всіх факторів мотивації, що вказує на проблемність побудови системи мотивації для таких працівників.

Висновки до розділу 5

1. Встановлено, що частка лікарів ЗПСЛ які задоволені своєю роботою складає 76% від загальної кількості опитаних, в той же час лише 63% лікарів ЗПСЛ задоволені своєю заробітною платою в ЗОЗ.

2. Визначено, що респонденти жіночої статі серед лікарів ЗПСЛ відчують більше задоволення від роботи в порівнянні з респондентами чоловічої статі. Для всіх лікарів ЗПСЛ незалежно від статі найбільше значення мала підтримка керівництва та повага від колег, пацієнтів, можливість підвищувати професійну кваліфікацію. В той же час, лікарі ЗПСЛ жіночої статі мають достовірно вище оцінки на відповіді на питання щодо задоволеності заробітною платою, впливу премій на якість медичної допомоги, задоволеності умовами праці, графіком роботи та впливом війни на відчуття задоволеності роботою. Крім того, жінки менше схильні до зміни спеціальності та виїзду на роботу за кордон, ніж чоловіки.

3. Виявлено, що найбільше, лікарі ЗПСЛ задоволені комфортною атмосферою в колективі (93%), діловими стосунками з колегами (лікарями ЗПСЛ) (91,5%), відчуття підтримки та поваги від колег (90%), можливість підвищувати кваліфікації (88,7%), графіком роботи (83%). Найменше, лікарі ЗПСЛ задоволені діловими стосунками з вузькими спеціалістами, до яких

спрямовуєте пацієнтів (42%), невідповідне зусилля роботи до заробітної плати (56%), заробітною платою (60,5%).

4. Встановлено, що у лікарів ЗПСЛ з віком зростає відчуття задоволеності своєю працею. Найбільш потенційно незадоволеною групою лікарів своєю роботою є група у віці 31-40 років, серед якою найбільша частка осіб бажаючих змінити спеціальність та мігрувати для роботи за кордоном.

5. Виявлено, що 76,4% респондентів ЗОЗ групи старше 60 років більш задоволені відносинами з колегами ніж в інших вікових групах, частка незадоволених складає – 23,6%, в групі 51-60 років – 61,5% частка незадоволених – 38,5%. Крім того, визначено, що серед респондентів ЗОЗ в групі молодших за 30 років частка задоволених складає всього 35,7% та незадоволених 64,3%, в групі 31-40 років – 24,9% та незадоволених – 75,1%, в групі 41-50 років – 20% та незадоволених -80,1%.

6. Визначено, що на задоволеність лікарів ЗПСЛ працею достовірно впливає відчуття пишання тим, що обрали професію лікаря та умови праці. Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC=0,88$ (95% ДІ 0,77 – 0,99) що свідчить про дуже добрий зв'язок з однофакторної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ.

7. Для створення оптимальної системи мотивації лікарів ЗПСЛ в центрах первинної медико-санітарної допомоги необхідно враховувати вікові та статеві особливості провідних факторів мотивації. Результати дослідження можуть бути корисними для формування стратегії управління персоналом на основі статево-вікових особливостей мотивації лікарів ЗПСЛ.

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):78-85 <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/12>

2. Вознюк ВЮ, Вежновець ТА. Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. *Clinical and Preventive Medicine*. 2023;7:94–102. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13>

РОЗДІЛ 6. ОБҐРУНТУВАННЯ СУЧАСНОЇ МОДЕЛІ МОТИВАЦІЇ ЛІКАРІВ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ-СІМЕЙНИХ ЛІКАРІВ

6.1. Дефіцит лікарів ЗПСЛ – виклик для системи охорони здоров'я та управління ЗОЗ

Лікарі первинної медичної допомоги є лікарями «першого контакту» пацієнтів з системою охорони здоров'я будь-якої країни у світі, бо саме вони забезпечують доступність, неперервність, комплексність та координацію медичної допомоги населенню [260, 261]. Забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги є індикатором якості системи охорони здоров'я [236].

За результатами нашого дослідження в країнах з високим рівнем валового національного доходу на душу населення, що входять до Організації економічного співробітництва та розвитку, частка лікарів первинної медичної допомоги становить третину чи навіть більше третини від усіх лікарів системи охорони здоров'я. Так, в Ірландії цей показник становить 54,4%, в Португалії – 53,26%, в Канаді 47,8%, в Нідерландах - 46,4%, Франції – 43,86%. В той же час, в Україні, яка має набагато менший валовий національний дохід на душу населення, забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги становить лише 13,44% від усіх лікарів, які надають медичну допомогу. Це свідчить про недостатнє забезпечення кадровими ресурсами системи охорони здоров'я в Україні, про відсутність доступності первинної медичної допомоги для населення, про пріоритетність спеціалізованої медичної допомоги над первинною медичною допомогою, навіть в умовах обмежених фінансових ресурсів. Крім того, пандемія COVID-19 у світі показала необхідність інвестувати саме в первинну медичну допомогу та забезпечувати її необхідними людськими, фінансовими та технологічними ресурсами та засобами [158].

Незважаючи на тривалу трансформацію системи охорони здоров'я, в Україні залишається найнижчий показник забезпеченості лікарями первинної медичної допомоги (4,5 на 10000 населення) серед країн Організації

економічного співробітництва та розвитку. Реформування охорони здоров'я в Україні, яке було спрямоване на розвиток первинної медичної допомоги та посилення її ролі в системі охорони здоров'я, сприяло зростанню в структурі лікарів первинної ланки частки лікарів загальної практики-сімейних лікарів (з 35,3% у 2008 році до 82% у 2020 році) [23, 170].

Проте в Україні залишається низьким показник забезпеченості лікарями ЗПСЛ. У 2020 році він становив 3,73 на 10000 населення. Крім того, в Україні спостерігається нерівномірний географічний розподіл забезпеченості лікарями ЗПСЛ. Найнижчі показники забезпеченості відмічаються в східних областях, а саме: Донецькій та Луганських областях 0,71 та 1,3 на 10000 населення відповідно. Такі низькі показники обумовлені війною з російською федерацією та окупацією частини територій цих областей.

Водночас, низькі показники забезпеченості в Херсонській, Харківській та Кіровоградській областях вірогідніше обумовлені відсутністю вмотивованих лікарів ЗПСЛ, які хочуть працювати в цих областях. За даним літератури у світі існує проблема з утриманням лікарів ЗПСЛ на роботі в первинній медичній допомозі [167]. Так, причини цього пов'язані з проблемами в навчанні, у збільшенні навантаження на практику, у зниженні заробітної плати [121, 126, 128, 137]. Так, у Великобританії, яка останні 7 років має кризу утримання лікарів ЗПСЛ на первинному медичному рівні, постійно на рівні політичних рішень шукають стратегії, спрямовані на максимальне утримання вказаних [92]. На думку вчених, однією з таких стратегій може бути система мотивації, яка передбачає створення відчуття задоволеності роботою, досягнення балансу між роботою та особистим життям, підтримку з боку колег [92, 167].

Отримані результати дослідження вказують на тенденцію до зниження забезпеченості лікарями ЗПСЛ за останні 5 років в Житомирській, Одеській та Чернівецькій областях, в яких максимальний показник забезпеченості вказаними лікарями був у період 2016-2017 роках. Негативний тренд

необхідно враховувати при розробці стратегії кадрового забезпечення первинної медичної допомоги в цих регіонах, в тому числі і системи мотивації.

Водночас у період з 2013 по 2021 рік в Україні продовжується зростання штатних посад лікарів ЗПСЛ (+8,4%, або на 1394,75 штатних посад). Одночасно по Україні відбувається збільшення середньої укомплектованості штатних посад вказаними лікарями фізичними особами з $70,69 \pm 1,86\%$ у 2013 році до $76,39 \pm 1,6\%$ у 2021 році (+8,37%). Відомо, що укомплектованість до 70% може становити ризик для якісного надання медичної допомоги населенню [3]. За даними нашого дослідження, в п'яти областях був визначений вказаний показник менше 70% (Кіровоградська область (60,19%), Херсонська область (62,97%), Луганська (66,12%), м. Київ (67,35%), Миколаївська область (68,95%). Це вказує на вірогідний ризик для якості медичної допомоги в цих регіонах.

Відомо, що існує проблема з забезпеченістю лікарями ЗПСЛ в сільській місцевості, що може негативно вплинути на здоров'я сільського населення у порівнянні з міськими [95, 192]. Тому виникає потреба у поліпшенні мотивації лікарів до роботи в сільській місцевості [162].

Україна має середній рівень урбанізації за часткою міського населення. В 2020 році Україні частка міського населення становила 69,6% від загальної кількості населення та коливалася по регіонам від 36,8% до 100%. В групі країн ОЕСД вказаний показник у 2020 році становив 81,0% та коливався від 55,1 до 98,1%. В Україні рівень урбанізації вище, ніж в Словенії, Австрії, Ірландії та Португалії. За рівнем урбанізації Україна наближена до Литви, Латвії, Естонії та Італії.

Результати нашого дослідження свідчать, про достовірний негативний зв'язок забезпеченості лікарів ЗПСЛ з рівнем урбанізації ($p < 0,05$). Тобто, чим більший рівень урбанізації, тим менша забезпеченість лікарями ЗПСЛ. Серед країн ОЕСД такої залежності не існує. В Україні в регіонах з високим

рівнем урбанізації достовірно менша забезпеченість населення лікарями ЗПСЛ у порівнянні з регіонами з низьким рівнем урбанізації.

Отримані дані суперечать даним ОЕСД щодо оберненої залежності забезпеченості лікарів ЗПСЛ та рівня урбанізації [188]. Навпаки, в країнах ОЕСД найбільша концентрація лікарів ЗПСЛ в містах, де є попит на медичну послугу та де лікар ЗПСЛ обов'язково виконує функції лікаря «першого контакту» в системі охорони здоров'я [101]. Відповідно до рішення Алма-Атинської декларації Всесвітньої організації охорони здоров'я лікарі ЗПСЛ мають статус провідної медичної спеціальності, «представники якої відповідають за надання медичної допомоги при першому контакті з пацієнтом та подальше спостереження за хворими, а також за питання зміцнення здоров'я та профілактики захворювань» [260]. В країнах ОЕСД значною проблемою є доступність медичної послуги у лікарів ЗПСЛ в сільській місцевості [162, 185]. За даними ОЕСД в багатьох країнах спостерігається особливо висока концентрація лікарів у національних столичних регіонах, зокрема, в Австрії, Чехії, Греції, Угорщині, Португалії, Словаччині та Німеччині [79, 185, 264].

Ймовірно, в Україні менша забезпеченість лікарями ЗПСЛ в регіонах з високим рівнем урбанізації обумовлена двома причинами. Перша причина полягає в тому, що не тільки лікарі ЗПСЛ, а й лікарі-спеціалісти в Україні виконують функції лікаря «першого контакту» в системі охорони здоров'я. Пацієнт самостійно може обрати для «першого контакту», як лікаря ЗПСЛ, так і лікаря-спеціаліста. В Україні є найменша частка лікарів первинної медичної допомоги серед усіх лікарів (13,45%) у порівнянні з країнами ОЕСД Португалія (53,26%), Канада (47,8%), Нідерланди (46,41%), Франція (43,86%), Бельгія (36,93%), Туреччина (32,76%), Австрія (27,86%) [188]. Друга причина полягає в наявності розгалуженої мережі закладів охорони здоров'я, що надають спеціалізовану допомогу, з високою забезпеченістю лікарями-спеціалістами в урбанізованих регіонах.

Доступність до лікарів-спеціалістів в регіонах з високою урбанізацією в Україні обумовлена економічною спроможністю пацієнтів. За нашими даними в високо урбанізованих регіонах достовірно більший валовий регіональний продукт на 1 особу, ніж в регіонах з низькою урбанізацією. Регіони з високою урбанізацією за рахунок високого валового регіонального продукту мають менше фінансових обмежень для системи охорони здоров'я.

Порівняння регіонів з різним рівнем урбанізації в Україні виявило відсутність достовірної залежності між рівнем урбанізації та середньою очікуваною тривалістю життя. Не виявлено залежності між рівнем урбанізації та середньою очікуваною тривалістю життя й серед країн ОЕСД ($p > 0,05$). Вказане обумовлено тим, що середня очікувана тривалість життя при народженні залежить від економічного розвитку і умов навколишнього середовища, способу життя, прогресу у сфері охорони здоров'я [101, 122, 260]. За даними Nakajima H, Yano K. основними компонентами математичного прогнозування середньої очікуваної тривалості життя є наявність значних медичних ресурсів, профілактика смертності від хвороб серця та профілактика впливу факторів ризику (вживання алкоголю, паління, ожиріння тощо) [176]. За даними Johan P Mackenbach et al. для середньої очікуваної тривалості життя факторами ризику є паління (19,8% серед чоловіків і 18,9% серед жінок), низький дохід (9,7% і 13,4%) і велика маса тіла (7,7% і 11,7%) [163]. В Україні виявлена найнижча середня очікувана тривалість життя в порівнянні з країнами ОЕСД (71,3 років).

В той же час, в Україні виявлено пряму залежність забезпеченості лікарями ЗПСЛ та середньою очікуваною тривалістю життя. Чим більша забезпеченість лікарями ЗПСЛ в Україні, тим більша середня очікувана тривалість життя незалежно від рівня урбанізації регіону. Для країн ОЕСД така залежність не характерна. Ймовірно, що залежність середньої очікуваної тривалості життя від забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні обумовлена тим, що тривалість життя в Україні є значно меншою, ніж в країнах ОЕСД, та

її зростання в значній мірі залежить від ресурсів системи охорони здоров'я, в тому числі кадрових та фінансових.

В нашому дослідженні виявлено, що в Україні урбанізація впливає на коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення. В регіонах з низькою урбанізацією достовірно менший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($p < 0,05$). Відомо, що урбанізація призводить до зростання кількості серцево-судинних захворювань через ожиріння та діабет 2-го типу [101, 122, 184, 222]. За даними літератури ожиріння та діабет є головними причинами смертності від хвороб системи кровообігу [112, 184]. Ймовірно, що в регіонах з низькою урбанізацією в Україні менша смертність від хвороб системи кровообігу обумовлена меншою захворюваністю на вказані хвороби через менший вплив факторів ризику.

В той же час, необхідно підкреслити, що в областях з меншою урбанізацією характерна краща забезпеченість лікарями ЗПСЛ, менше значення коефіцієнта смертності від хвороб системи кровообігу та довша середня очікувана тривалість життя.

Отже, забезпеченість лікарями первинної медичної допомоги в Україні (4,5 на 10000) залишається найменшою у порівнянні з аналогічним показником в країнах ОЕСД на тлі достовірного зменшення вказаного показника упродовж з 2008 по 2020 роки (-5,99%). Крім того, в Україні порівнянні з країнами ОЕСД визначена найменша частка лікарів первинної медичної допомоги (13,44%) в структурі всіх лікарів, що свідчить про неможливість в повній мірі забезпечити надання первинної медичної допомогою лікарями «першого контакту» в системі охорони здоров'я, якими є лікарі ЗПСЛ. Незважаючи на достовірний тренд до зростання, в Україні залишається низьким показник забезпеченості лікарями ЗПСЛ (3,73 на 10000 населення). Крім того, в Україні спостерігається суттєва географічна нерівномірність забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні, яка коливається від 0,71 до 5,6 на 10000 населення. На противагу країнам ОЕСД в Україні в

регіонах з високою та середньою урбанізацією спостерігається низька забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення на тлі найвищих показників смертності від хвороб системи кровообігу та найменшої середньої очікуваної тривалості життя. Укомплектованість штатних посад в Україні становить $76,39 \pm 1,6\%$, тобто третина всіх штатних посад є неуккомплектованою, що вказує на перевантаження лікарів. Вказані тенденції становлять виклик для всієї системи охорони здоров'я та, особливо, для системи управління персоналом в ЗОЗ. Одним з можливих шляхів вирішення вказаних проблем, обумовлених недостатністю лікарів ЗПСЛ в системі охорони здоров'я, є розробка сучасної системи мотивації для ефективного залучення та утримання лікарів ЗПСЛ в ЗОЗ.

6.2. Обґрунтування мотивуючого впливу якісної підготовки в інтернатурі на подальшу роботу лікарем ЗПСЛ

Траєкторія професійного розвитку лікарів ЗПСЛ розпочинається з інтернатури. Задоволеність підготовкою в інтернатурі формує у лікарів-інтернів впевненість в успішності медичної практики у подальшій роботі лікарем та позитивно впливає на професійну кар'єру [109, 155]. Крім того, якісна та безпечна медична допомога пацієнтам може бути забезпечена лише в тому випадку, якщо лікарі будуть належним чином підготовлені в інтернатурі (Van der Leeuw R.M. et al, 2012) [241].

З 2022 року в Україні запроваджена нова модель інтернатури, яка передбачає збільшення практичної частини підготовки в інтернатурі за спеціальностями «Загальна практика-сімейна медицина» (ЗПСМ) та «Внутрішні хвороби» (ВХ) до 16 місяців, для спеціальності «Акушерства та гінекології» до 24 місяців. Збільшення практичної частини підготовки в інтернатурі спрямоване на забезпечення готовності лікарів-інтернів до самостійної роботи.

У нашому дослідженні встановлено, що найбільша частка задоволених інтернатурою була визначена серед лікарів-інтернів за спеціальністю АГ

(91,5%). В той же час, серед лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ така частка становить 75%, серед лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ – лише 52,5%. За результатами опитування лікарі-інтерни за трьома спеціальностями високо оцінили підготовку в інтернатурі за достатністю практичної роботи, за наявністю підтримки інтернів лікарями ЗОЗ на базі стажування та за організацією дистанційного навчання на освітній частині програми.

Встановлено, що лікарі-інтерни за спеціальністю акушерство та гінекологія в переважній більшості (80,3% та 84,6% відповідно) задоволені організацією навчання як на освітній, так і практичній частині. Частка задоволених респондентів організацією підготовки освітньої та практичної частини за спеціальністю ЗПСМ становить відповідно 66,1% та 78,5%. В той же час, лише 43,3% та 78,4% респондентів з групи лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ позитивно оцінили свою задоволеність організацією підготовки в інтернатурі на різних частинах програми підготовки. Слід звернути увагу, що частка задоволених підготовкою на практичній частині у всіх групах була дещо більша, ніж частка задоволених освітньою частиною інтернатури.

Результати відповідей респондентів свідчать, що найбільш готові до самостійної роботи виявилися саме лікарі-інтерни за спеціальністю ЗПСМ (73,2%), на другому місці лікарі-інтерни за спеціальністю АГ (70,5%), на третьому місці лікарі-інтерни за спеціальністю ВХ (44,2%).

Для визначення факторів в інтернатурі, які ймовірно впливають на подальшу траєкторію професійного розвитку лікарів ЗПСЛ, нами проведений аналіз за допомогою логістичних однофакторних моделей регресії щодо достатності практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання (ВШ 95% ДІ 0,36 (0,18-0,71)), $p < 0,001$), підтримки лікарів ЗОЗ на практичній частині в інтернатурі (ВШ 95% ДІ 0,54 (0,23-1,26)), ($p < 0,001$), підтримка від керівника на освітній частині інтернатури (ВШ 95% ДІ 0,40 (0,19-0,85)), ($p < 0,001$), комфортність дистанційного навчання (ВШ 95% ДІ 0,70 (0,40-1,22)), ($p < 0,001$), готовності до самостійної роботи сімейним лікарем після

інтернатури (ВШ 95% ДІ 0,46 (0,25-0,84)), ($p < 0,001$). Вказані моделі були оберненопропорційні ризику незадоволеності.

Для визначення оцінки сили та напрямку впливу факторних ознак, які достовірно впливають на ризик незадоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ був застосований метод побудови і аналізу багатофакторних логістичних моделей регресії. До багатофакторної моделі логістичної регресії ризику незадоволеності інтернатурою для лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ увійшли 2 фактори, серед яких достатність практичної роботи на практичній частині інтернатури (ВШ (95% ДІ) 0,34 (0,16-0,71)), ($p < 0,001$) та готовність до самостійної роботи (ВШ (95% ДІ) 0,41 (0,20-0,84)), ($p < 0,001$). Залежність оберненопропорційна. Якість логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою становила $AUC = 0,83$ (95% ДІ 0,70 – 0,96), що свідчить про наявність високого зв'язку двофакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності підготовкою в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ.

Тобто для забезпечення задоволеністю підготовкою в інтернатурі лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ необхідно обов'язково створити умови для можливості практичної підготовки на базах стажування, що в свою чергу обумовить формування впевненості в готовності до самостійної роботи у подальшому на посаді лікаря. Це підтверджується даними інших наукових досліджень [155, 267].

За даними Patrick T. Ryan and Thomas H. Lee відчуття пишання (гордість) за свою роботу та відданість своїм колегам є найсильнішими чинниками, які достовірно прямопропорційно впливають на рішення лікарів продовжувати працювати в організації ($p < 0,05$) [209].

В нашому дослідженні визначено, що переважна більшість лікарів-інтернів пишається обраною спеціальністю (АГ- 88,7% респондентів, ЗПСМ – 83,9%, ВХ - 71,6%).

Проте, найбільша частка серед лікарів-інтернів, які не пишаються своєю спеціальністю, була визначена серед лікарів-інтернів за спеціальністю

ВХ (28,3%). Серед лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ вказаний показник становив 16,1%, за спеціальністю АГ лише 11,3%.

В нашому дослідженні до однофакторної логістичної моделі прогнозу ризику незадоволеності навчання в інтернатурі увійшла факторна ознака – вибрання обраною спеціальністю (ВШ (95% ДІ) 0,27 (0,12-0,61)), ($p < 0,001$). Залежність оберненопропорційна, а саме: чим більше пишається обраною спеціальністю лікар-інтерн, тим більше він буде задоволений навчанням в інтернатурі. Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC = 0,79$ (95% ДІ 0,65 – 0,92), що свідчить про достовірний зв'язок в однофакторній моделі прогнозування ризику незадоволеності навчання в інтернатурі за спеціальністю ЗПСМ.

Важливим аспектом у формуванні відчуття гордості за роботу є шлях обрання майбутньої спеціальності. В нашому дослідженні з'ясовано, що лікарі-інтерни ЗПСМ та ВХ в переважній більшості обрали свою спеціальністю завдяки розподілу за бюджетної формою навчання (відповідно 58,7% та 68,2%), а лікарі-інтерни за спеціальністю АГ - завдяки пораді батьків (48%) ($p = 0,023$).

За результатами нашого дослідження визначено, що планують працювати після закінчення інтернатури за обраною спеціальністю 91,6% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ, 41,7% за спеціальністю ВХ та 67,9% за спеціальністю ЗПСМ. В той же час не виключають можливість змінити свою професійну траєкторію у подальшій роботі лікарем лише 2,8% лікарів-інтернів за спеціальністю АГ, 21,4% за спеціальністю ЗПСМ та 37,5% за спеціальністю ВХ. Насторожує факт, що 50% лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ не можуть визначитися щодо своєї подальшої професійної траєкторії. Ця категорія може бути в групі ризику щодо зміни спеціальності.

В нашому дослідженні визначено, що не існує достовірної відмінності в прогнозуванні міграції за кордон в залежності від спеціальності в

інтернатури ($p > 0,05$). Проте близько 20-30% лікарів-інтернів не залежно від спеціальності планують виїхати працювати за кордон.

Для визначення факторів в інтернатурі, які ймовірно впливають на подальшу траєкторію професійного розвитку лікарів ЗПСЛ, нами проведений аналіз відповідей на питання анкети за допомогою логістичних однофакторних моделей регресії. Було визначено наявність обернено пропорційних достовірних однофакторних логістичних моделей прогнозування ризику зміни спеціальності в професійній траєкторії з такими факторними ознаками, як (1) пишання (гордість) щодо обраної професії лікаря, (2) достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання на базі стажування, (3) відчуття задоволеності підготовкою в інтернатурі, (4) готовність до самостійної роботи лікарем ЗПСМ ($p < 0,001$).

В той же час, до багатофакторної моделі прогнозування ризику зміни спеціальності ЗПСМ впродовж професійної траєкторії увійшло лише 2 факторні ознаки, а саме: відчуття достатності практичної роботи в інтернатурі на базі стажування (ВШ (95% ДІ) 0,42 (0,20-0,86)) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури (ВШ (95% ДІ) 0,22 (0,09-0,53)) ($p < 0,001$). Залежність оберненопропорційна. Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC = 0,87$ (95% ДІ 0,76 – 0,99), що свідчить про достовірний зв'язок в двофакторній моделі прогнозування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ.

При аналізі рейтингової оцінки стимулів в роботі лікаря на думку лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ найрейтинговішими стимулами, які були оцінені високими балами (6 та 7 балів) за 7-бальною шкалою за впливом на мотивацію до роботи були визначені заробітна плата (82,2% високих оцінок), повага від пацієнтів (30,3% високих оцінок), можливість професійного розвитку (21,4% високих оцінок), доброзичливі стосунки в колективі (17,9% високих оцінок), зручний графік роботи (17,8% високих оцінок), робота в престижному закладі охорони здоров'я (14,2% високих оцінок), наявність сучасного обладнання (12,5% високих оцінок).

Найвпливовіші стимули забезпечують мотивацію лікарів-інтернів до працевлаштування.

В рейтингу найменш впливових стимулів були розміщені стимули, які були оцінені лікарями-інтернами низькими балами (1 та 2 бали) за 7-бальною шкалою, в наступному порядку, а саме: робота в престижному закладі охорони здоров'я (46,5% низьких оцінок), наявність сучасного обладнання (41,1% низьких оцінок), повага пацієнтів (39,3% низьких оцінок), зручний графік роботи (28,6% низьких оцінок), доброзичливі стосунки в колективі (28,5% низьких оцінок), можливість професійного розвитку (17,8% низьких оцінок), заробітна плата (3,6% низьких оцінок). Найменш впливові стимули вказують, що для лікарів-інтернів не є мотивацією до працевлаштування до роботи. Це необхідно знати для ефективного рекламування першого місця роботи лікаря-інтерна за спеціальністю ЗПСМ.

Отже, професійна траєкторія лікаря ЗПСЛ закладається ще в інтернатурі, яка визначає подальшу професійну траєкторію лікаря. Задоволеність від підготовки в інтернатурі залежить подальше планування професійної траєкторії, в певній мірі міграція за кордон, мотивація працювати за обраною спеціальністю. Якісна організація підготовки в інтернатурі (належна підтримка лікарів та керівників, доступність до оволодіння практичними навичками), яка формує у лікарів-інтернів відчуття готовності до самостійної роботи та створює відчуття гордості за свою спеціальність лікаря, може бути одним з мотивуючих факторів до роботи за спеціальністю у майбутньому. Крім того, на основі визнаних провідних стимулів до роботи можна створювати ефективну систему залучення лікарів-інтернів на своє перше місце роботи.

6.3. Обґрунтування провідних чинників задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ

Відомо, що управління персоналом в ЗОЗ передбачає керування добре підготовленим та вмотивованим персоналом [93, 226]. Особливого значення

в досягненні продуктивності та ефективності має мотивація до роботи [93, 102]. В системі управління особливого значення набуває мотивація лікарів до роботи. Мотивація є ключовим елементом успішності у кар'єрному житті, мотивація є запорукою продуктивної роботи [239]. Мотивація спрямована на досягнення успіху працівників та отримання ними задоволеності від роботи.

Для ефективного управління персоналом необхідно створити систему мотивації, яка базується на формуванні відчуття задоволеності роботою та на попередженні незадоволеності роботою [62, 74, 84, 165, 199, 225]. Відомо, що задоволеність медичного персоналу прямопропорційно корелює з задоволеністю пацієнтів, з продуктивністю роботи, з якістю медичної допомоги та обернено пропорційно з плинністю кадрів та розвитком синдрому професійного вигорання [63, 74, 206, 254, 269]. В той же час плинність кадрів прямопропорційно корелює з незадоволеністю роботою [80, 62, 266]. Відомо, що певні соціо-демографічні характеристики працівників (вік, стаж, стать тощо) також впливають на мотивацію [269]. Так, серед лікарів ЗПСЛ в Китаї спостерігається більш виражена плинність, незадоволеність роботою та відчуття стресу на роботі, ніж серед лікарів ЗПСЛ жіночої статі [179, 219].

Розуміння факторів, що впливають на задоволеність лікаря, є важливим для лікарів, для пацієнтів, для керівників закладів охорони здоров'я та політиків у сфері охорони здоров'я для створення ефективною дієвою системи мотивації [106]. Тим паче, що неодноразово доведений вплив задоволеності роботою лікарів на якість надання медичної допомоги [104].

Для створення ефективною системи мотивації необхідно враховувати статеві, вікові, стажеві особливості формування задоволеності лікарів.

В Україні серед лікарів ЗПСЛ 63,9% становлять лікарі жіночої статі [49]. В нашому дослідженні визначено, що 79% лікарів ЗПСЛ жіночої статі та 64,3% лікарів чоловічої статі задоволені своєю роботою ($p < 0,05$). Отримані результати підтверджуються даними літератури проте, що лікарі жіночої статі завжди більше задоволені, ніж лікарі чоловічої статі [169].

В нашому дослідженні визначено, що жінки достовірно більше, ніж чоловіки, пишаються професією лікаря (91,2% проти 78,6% респонденти оцінили відповіді на 4 та 5 балів за 5-бальною шкалою), достовірно більше задоволені своєю заробітною платою (85,9% проти 71,4%), достовірно більше вважають, що заробітна плата відповідає прикладеним зусиллям (68,5% проти 42,8%), що додаткова винагорода впливає на якість надання медичної допомоги (56,2% проти 50,0%), достовірно більше задоволені графіком роботи (89,5% проти 78,6%), достовірно більше задоволені умовами праці (82,5% проти 71,5%) ($p < 0,05$).

В той же час, визначено відсутність достовірних відмінностей в залежності від статі щодо ставлення керівництва, впливу підтримки керівника на поліпшення якості роботи, комфортності атмосфери в колективі, відчуття підтримки та поваги від колег, комфортності ділових стосунків з колегами, комфортності ділових стосунків з лікарями-спеціалістами, відчуття поваги від пацієнтів, можливості підвищувати кваліфікацію, наявності потреби у підвищенні кваліфікації ($p < 0,05$).

З метою визначення впливу війни на задоволеність роботою лікарями ЗПСЛ в залежності від статі нами було запропоновано надати відповіді на такі питання: «Чи відобразилась війна на відчутті задоволеності роботою?» та «Чи війна відобразилась на стосунках в колективі?» Структура відповідей лікарів у жінок та чоловіків достовірно відрізнялася ($p < 0,05$) за критерієм Mann-Whitney. Половина лікарів жіночої статі (59,7%) та третина лікарів чоловічої статі (35,8%) вказали, що війна відобразилась на відчутті задоволеності роботою. В той же час, результати відповідей на питання «Чи війна відобразилась на стосунках в колективі?» достовірно не відрізнялися за статтю лікарів ($p < 0,05$). Більшість лікарів чоловічої статі (57,2%) та жіночої статі (50,9%) відповіли, що війна не відобразилась на стосунках в колективі.

Рейтинг провідних чинників задоволеності роботою за часткою високих оцінок (4 та 5 балів за 5- бальною шкалою) від усіх оцінок у лікарів ЗПСЛ в залежності від статі представлено в таблиці 6.1.

Таблиця 6.1

**Рейтинг провідних чинників задоволеності у лікарів ЗПСЛ
в залежності від статі**

Місце в рейтингу чинника (жінки)	Назва чиннику задоволеності	Місце в рейтингу чинника (чоловіки)	Назва чиннику задоволеності
1	Атмосфера в колективі	1	Підвищення кваліфікації
2	Підтримка та повага колег	2	Підтримка та повага колег
3	Підвищення кваліфікації	3	Атмосфера в колективі
4	Графік роботи	4	Графік роботи
5	Умови праці	5	Умови праці
6	Ставлення керівництва	6	Ставлення керівництва
7	Повага пацієнтів	7	Повага пацієнтів
8	Заробітна плата	8	Комунікації з лікарями-спеціалістами
9	Комунікації з лікарями-спеціалістами	9	Заробітна плата

У багатьох дослідженнях зазначено, що існує позитивний зв'язок між можливостями навчання, розвитком особистих навичок з мотивацією до роботи [139]. Крім того, відомо, що лікарі можуть надавати високоякісні медичні послуги пацієнтам, коли вони відчують повагу і задоволені своїм робочим середовищем [49]. Тобто можна зробити припущення, що вказані

фактори обумовлюють формування задоволеності працею лікарів ЗПСЛ [125].

В нашому дослідженні більше половини лікарів ЗПСЛ незадоволені комфортністю ділових стосунків з лікарями-спеціалістами, тобто комунікацією (54,92%). Тобто відсутня ефективна комунікація між лікарями ЗПСЛ та лікарями-спеціалістами. Ймовірно, зазначене обумовлено відсутністю налагодженої комунікації між лікарями первинної медичної допомоги та лікарями вторинної медичної допомоги [19, 110]. Зв'язки між лікарями вказаних видів допомоги знеособлені та заформалізовані в системі надання медичної допомоги. Відсутність налагодженої взаємодії лікарів первинної та вторинної медичної допомоги може негативно впливати на якість надання медичної допомоги конкретним пацієнтам. Тому керівникам ЗОЗ необхідно здійснювати низку заходів спрямованих на створення об'єднаної спільноти лікарів різних видів допомоги з активними комунікаціями в умовах госпітального округу для забезпечення якості медичної допомоги населенню.

Відомо, що фінансові стимули можуть бути важливими факторами мотивації лікарів, але самостійно вони не можуть вирішити всі проблеми мотивації працівників [211]. За даними науковців частка незадоволених своєю заробітною платою завжди буде значною [66]. За теорією Ф. Герцберга заробітна плата не належить до мотивуючих чинників, а належить до чинників профілактики невдоволеності [139]. Поєднання грошових і негрошових винагород є більш ефективним та кращим фактором впливу на рівень продуктивності працівників [270].

В нашому дослідженні значна частка лікарів ЗПСЛ незадоволена своїм фінансовим забезпеченням. Так, 36,61% лікарів ЗПСЛ незадоволені рівнем своєї заробітної плати, 40,84% лікарів ЗПСЛ вважають, що прикладені зусилля для виконання роботи не відповідають рівню заробітної плати. В той же час, 45,07% вважають, що додаткова грошова винагорода не впливає на якість надання ними медичної допомоги. За даними неокласичної теорії

зростання фінансових стимулів обумовлює поступове збільшення зусиль працівника та знижує їхню мотивуючу роль [87]. В першу чергу це стосується високого рівня заробітної плати. Низький рівень заробітної плати може зруйнувати внутрішню мотивацію працівника, тоді як високий рівень заробітної плати може спричинити «мимовільне збудження», що обумовлює зниження ефективності роботи [87]. Крім того, низький рівень заробітної плати має більший вплив на незадоволеність роботою, ніж високий рівень заробітної плати на задоволеність [87]. Тому в системі мотивації необхідно враховувати превалюючий характер низького рівня заробітної плати на формування незадоволеності працею.

Досліджуючи вікові особливості задоволеності лікарів ЗПСЛ нами встановлено, що не виявлені достовірні відмінності в загальній оцінці задоволеності роботою у лікарів ЗПСЛ в залежності від віку ($p=0,08$). Частка задоволених в різних вікових групах коливалася від 64,3% (група до 30 років) до 94,1% (група старше 60 років). В групі 31-40 років вказаний показник становив 66,7%, в групі 41-50 років – 73,3%, в групі 51-60 років – 76,9% (рис. 6.1). Можна лише зробити припущення, що з віком задоволеність роботою дещо зростає ($p>0,05$).

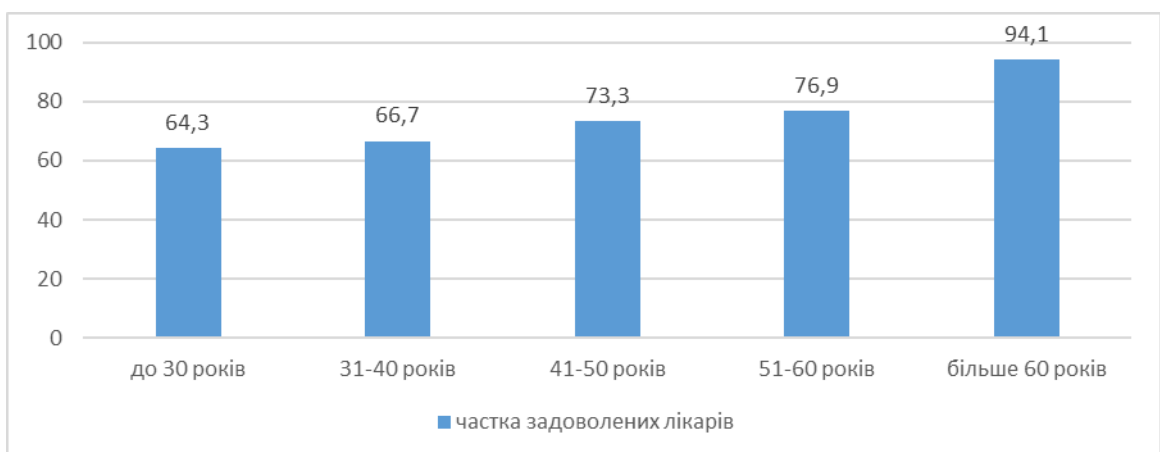


Рис. 6.1 Динаміка частки задоволених лікарів в залежності від віку (%)

У нашому дослідженні виявлена достовірна відмінність в структурі відповідей в залежності від віку щодо вибору професією лікаря, ставлення керівництва до себе, комфортності ділових стосунків з колегами (сімейними лікарями), комфортності ділових стосунків з лікарями-спеціалістами ($p < 0,05$). Як правило, найбільш потенційно задоволеною групою є група старше 60 років, незадоволеною своєю роботою є група лікарів у віці 31-40 років, серед якою найбільша частка осіб незадоволених заробітною платою, графіком роботи, бажаючих змінити спеціальність та мігрувати для роботи за кордоном. Рейтинг чинників задоволеності в цій групі лікарів наступний: комфортна атмосфера в колективі, підтримка колег, підвищення кваліфікації, підтримка керівника, умови праці, повага від пацієнтів, графік роботи та заробітна плата. Для лікарів у віці 31-40 років антирейтингу задоволеності лідирують «заробітна плата» та «графік роботи». В той же час у віці більше 60 років у лікарів антистимулів задоволеності взагалі не було.

Для лікарів у віці до 30 років у рейтингу стимулів, які формують задоволеність, на першому місці «підвищення кваліфікації» та на останньому – «повага пацієнтів»; у віці 31-40 років на першому місці в рейтингу – «комфортна атмосфера в колективі» та на останньому – «заробітна плата»; у віці 41-50 років на першому місці «комфортна атмосфера в колективі» та на останньому – «повага пацієнтів»; у віці 51-60 років – на першому місці «підтримка колег» та на останньому – «підтримка керівництва»; у віці старше 60 років - на першому місці «комфортна атмосфера в колективі» та на останньому «заробітна плата».

Зважаючи на тенденцію до постаріння кадрів у сфері охорони здоров'я, що відображає тенденцію постаріння населення в цілому у світі та в Україні, управління лікарями старше 60 років може бути демографічною неминучістю в умовах дефіциту лікарів [86]. Тому важливо розуміти особливості формування задоволеності вказаної категорії осіб до роботи [86]. За теорією характеристик роботи Hackman & Oldham (1976 р.) певні характеристики

роботи (значущість, цілісність, важливість) вмотивовують працівників через внутрішнє задоволення, яке вони отримують під час виконання робочих завдань [123]. Особливістю лікарів ЗПСЛ є те, що вони завжди мають роботу, яка є важливою, значущою та цілісною, бо вони надають медичну допомогу населенню. Крім того, отримуючи повагу пацієнтів, що є важливим стимулом до роботи.

Рейтинг чинників незадоволеності працею в різних вікових групах, який представлений в таблиці 6.2, свідчить про пріоритетність у формуванні незадоволеності працею для всіх вікових груп чинника «комунікації з лікарями-спеціалістами». Вказане потребує створення умов для поліпшення зовнішньої комунікації з вказаними лікарями шляхом запровадження спільних нарад з лікувальних та профілактичних питань.

Таблиця 6.2.

Інформація про рейтинг чинників незадоволеності в різних вікових групах лікарів ЗПСЛ (у%)

№	молодших за 30 років (n=15)	31-40 років (n=13)	41-50 років (n=16)	51-60 років (n=15)	старших 60 років (n=22)
1.	Комунікація з лікарями-спеціалістами (64,3%)	Комунікація з лікарями-спеціалістами (75,1%)	Комунікація з лікарями-спеціалістами (80,1%)	Комунікація з лікарями-спеціалістами (38,5%) Заробітна плата (38,5%)	Комунікація з лікарями-спеціалістами (23,6%)
2.	Повага пацієнтів (50%)	Заробітна плата (50%)	Ставлення керівництва (33,4%)	Ставлення керівництва (33,4%)	Заробітна плата (23,5%)

Продовження таблиці 6.2

3.	Заробітна плата (42,8%)	Графік роботи (33,3%)	Повага пацієнтів (33,3%) Заробітна плата (33,3%)	Умови праці (30,8%)	Умови праці (11,8%)
----	-------------------------------	-----------------------------	--	---------------------------	------------------------

Важливе значення для створення ефективної мотивації має особливість формування задоволеності в залежності від стажу роботи лікаря. В нашому дослідженні визначено, що група респондентів лікарів ЗПСЛ зі стажем роботи більше 20 років найбільш задоволена у порівнянні з іншими групами респондентів. Частка задоволених роботою серед вказаної групи осіб становить 96,4%, в групі до 10 років стажу роботи - 82,6%, в групі 10-20 років – 81,8%. Структури оцінок відповідей на питання щодо задоволеності роботою достовірно відрізняються між вказаними групами респондентів ($p=0,0189$). Достовірних відмінностей щодо чинників задоволеності в різних групах за стажем роботи не виявлено ($p>0,05$). Тому в даному випадку необхідно враховувати в першу чергу вік лікарів ЗПСЛ, а не стаж роботи при створенні ефективної системи мотивації.

На основі багатофакторного логістичного аналізу після проведення покрокового включення/виключення змінних до прогностичної моделі ризику незадоволеності лікарів ЗПСЛ увійшли лише два фактори, а саме: відчуття пишання (гордості) за свою професію ВШ (95% ДІ) 0,10 (0,03-0,33), ($p<0,001$) та умови праці ВШ (95% ДІ) 0,32 (0,14-0,75), ($p<0,001$). Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC=0,88$ (95% ДІ: 0,77 – 0,99), що свідчить про дуже добрий зв'язок з двофакторної моделі прогнозування ризику незадоволеності роботою лікарів ЗПСЛ. При виборі оптимального порогу чутливість моделі складає 76,5% (95% ДІ: 50,1% – 93,2%), специфічність 85,2% (95% ДІ: 72,9% – 93,4%), діагностична точність 83,1% (ДІ: 72,3% – 91%).

Встановлено, що чим більше пишається лікар своєю обраною професією та чим кращі умови праці у нього на роботі, тим він буде менше незадоволений своєю роботою. Два визначені фактори ознаки свідчать, що одна ознака (відчуття пишання) повністю залежить від особистості лікаря та від його попереднього досвіду, наприклад позитивного досвіду здобутого під час навчання в інтернатурі [87]. Друга ознака (умови праці) в значній мірі залежить від організації управління закладом охорони здоров'я.

6.4. Обґрунтування провідних чинників мотивації лікарів ЗПСЛ до роботи та системи мотивації в ЗОЗ

За теорією Ф. Герцберга мотивація до роботи у працівників залежить від двох груп факторів. Перша група це є безпосередньо мотивуючі фактори, які формують відчуття задоволеності роботою, друга група – гігієнічні фактори, які попереджують невдоволеність роботою [62]. До групи мотивуючих факторів належить відчуття успіху (досягнень), просування по кар'єрі, визнання та схвалення результатів роботи, високий ступінь відповідальності (зміст роботи), можливість професійного розвитку, до групи гігієнічних факторів – система управління організацією, умови праці, заробітна плата, міжособистісні відносини, ступінь контролю. Аналізуючи структуру мотивуючих та гігієнічних факторів персоналу з урахуванням вікових та гедерних особливостей можна визначити провідні чинники мотивації, які будуть відповідати потребам лікарів в закладі охорони здоров'я та посилювати внутрішню мотивацію до праці. На основі оцінки та аналізу вказаних факторів у лікарів ЗПСЛ можна розробити актуальну систему мотивації в управлінні персоналом в центрах первинної медико-санітарної допомоги, яка буде сприяти посиленню внутрішньої мотивації лікарів ЗПСЛ та забезпечувати надання якісних медичних послуг на належному рівні.

В нашому дослідженні визначено достовірні відмінності в оцінці гігієнічних факторів мотивації за статтю лікарів ЗПСЛ ($p < 0,05$). Для жінок надзвичайно важливим є наявність оптимальної, на їхню думку, системи

управління в ЗОЗ, адекватного ставлення колег в колективі та керівництва, впевненості та стабільності в роботі, заробітної плати, яка відповідає прикладеним зусиллям, та належні умови праці. Для чоловіків гігієнічні фактори мають менше значення в системі мотивації, ніж для жінок ($p < 0,05$). В той же час, серед гігієнічних факторів найбільше значення для всіх лікарів ЗПСЛ має фактор «ставлення колег», а для чоловіків – «ставлення колег та керівництва». Ставлення колег забезпечує відчуття єдиної команди однодумців, що сприяє мотивації до роботи [186, 216]. Найменше значення серед гігієнічних факторів, як для жінок, так і для чоловіків має фактор «заробітна плата». Ймовірно, це обумовлено тим, що при наймі на роботу лікар усвідомлено приймає рішення щодо працевлаштування, знаючи розмір своєї заробітної плати. В той час, як з іншими гігієнічними факторами лікар стикається вже в процесі роботи.

Серед мотивуючих факторів вплив статевих особливостей був лише за оцінками факторів «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра» ($p < 0,05$). Тобто для жінок характерно більші значення за вказаними факторами, ніж для чоловіків. Для них фактори «визнання та схвалення результатів роботи» та «кар'єра» є провідними факторами мотивації, які ймовірно, впливають на внутрішню мотивацію. Керівникам необхідно таку особливість жінок-лікарів враховувати та посилювати шляхом обов'язкового запровадження зворотного зв'язку в діловій комунікації. Незалежно від статі лікарів ЗПСЛ перше місце в рейтингу мотивуючих факторів посідає «відповідальність у роботі (зміст роботи)», а останнє місце – «професійний розвиток». Ймовірно, що лікарі високо цінують зміст своєї роботи та недооцінюють, як важливий елемент мотивації до роботи, фактор «професійний розвиток».

Вікові особливості мотивації лікарів ЗПСЛ полягають у наявності відмінностей лікарів вікової групи 61 рік і більше в оцінці мотивуючих та гігієнічних факторів у порівнянні з групою 51-60 років. Вказані групи відрізняються за оцінкою мотивуючого фактору «відповідальність у роботі».

(зміст роботи)» та гігієнічного «система управління» ($p < 0,05$). Лікарі вікової групи 61 рік і більше вище оцінюють вказані фактори, ніж група лікарів 51-60 років. Ймовірно, така особливість обумовлена сприйняттям факторів мотивації з позиції особи передпенсійного та після пенсійного віку. Можливо, після досягнення пенсійного віку спостерігається переоцінка цінностей та факторів мотивації.

Крім того, в залежності від віку в групі лікарів визначається різний провідний мотивуючих фактор, а саме: в групі 25-30 років – «досягнення в роботі», в групі 31-40 років – «визнання успіху», в групах 51-60 та 61 рік і більше – «відповідальність у роботі». Останнє місце в рейтингу мотивуючих факторів у всіх вікових групах займає фактор «професійний розвиток».

В залежності від віку серед гігієнічних факторів мотивації лідирують фактор «система управління» в групі 25-30 років та у групі 61 рік і більше, а також для всіх без винятку груп лідирує також фактор «ставлення колег». Фактор «заробітна плата» в рейтингу посідав майже у всіх групах останнє місце.

Нами було встановлено, що найчисельнішою групою серед лікарів ЗПСЛ (46%) по структурі мотивації є група з високими оцінками мотивуючих та гігієнічних факторів. Тобто це є ідеальна група для мотивації, для якої важливо всі фактори мотивації і для якої можна створити ідеальну систему мотивації в ЗОЗ. Друга група за чисельністю група лікарів ЗПСЛ (36%) по структурі мотивації, навпаки, характеризується низькими оцінками всіх факторів мотивації, що вказує на проблемність побудови системи мотивації для таких працівників.

На основі аналізу отриманих результатів дослідження ми розробили сучасну модель мотивації лікарів ЗПСЛ, яка складається з моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ (1) на основі аналізу організації програми підготовки в інтернатурі та запит до першого місця працевлаштування та з моделі мотивації лікарів ЗПСЛ (2) на основі визначених вікових та статевих

особливостей мотиваційних чинників (управління персоналом ЗОЗ, зворотній зв'язок, автономія в роботі) (рис. 6.2 та 6.3).



Рис. 6.2 Модель мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатурі



Рис. 6.3 Модель мотивації лікарів ЗПСЛ

Таблиця 6.3

Реалізація вказаної моделі передбачає певний алгоритм дій в системі управління персоналом

Назва чинника мотивації	Дія реалізації	Дія для забезпечення в рамках БПР
Управління персоналом ЗОЗ	Керівник закладу охорони здоров'я забезпечує ефективну та успішну систему управління персоналом на основі цінностей та мотивів працівників, створюючи впевненість та стабільність в роботі, можливість побудови кар'єри та розвитку професійної майстерності	Цикли підвищення кваліфікації з питань психологічних аспектів управління персоналом
Зворотній зв'язок	Керівник, колеги та пацієнти здійснюють оцінку компетентностей лікаря шляхом визнання та схвалення результатів його роботи. Керівник та колеги формують комфорту атмосферу в колективі та формують позитивні міжособистісні стосунки	Запровадження в ЗОЗ «групи рівних» з аналізу питань корпоративної культури та психологічного клімату
Автономія в роботі	Лікар бере на себе відповідальність у виконанні своєї роботи, досягаючи успіху	Цикли підвищення кваліфікації щодо формування лідерських якостей у лікарів

Вказані чинники мотивації в моделі мотивації лікарів ЗПСЛ будуть сприяти розвитку внутрішньої мотивації у лікарів, що за теорією самодетермінації Deci E. L. and R. Ryan M. є найефективнішим механізмом мотивації людей до праці [43, 98].

Для оцінки доступності та обґрунтованості запропонованої моделі мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури та моделі мотивації лікарів ЗПСЛ нами було проведено опитування 22-х експертів з них 10 науково-педагогічних працівників галузі охорони здоров'я, 5 — організаторів охорони здоров'я з вищою атестаційною категорією за спеціальністю «Організація і управління охороною здоров'я» та 7 лікарів ЗПСЛ з них 5 завідувачів амбулаторіями загальної практики-сімейної медицини за анкетною, яка містила 10 тверджень з оцінкою за п'яти бальною шкалою (5 балів — максимальна оцінка) за кожне твердження (табл. 6.4). В цілому, доступність та обґрунтованість моделей експертами була оцінена високо $4,67 \pm 0,15$ балів. Більшість експертів високо оцінили дані моделі (від 86,36% до 90,90%).

Таблиця 6.4

**Оцінка експертами розробленої моделі мотивації лікарів-інтернів
ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури та моделі мотивації
лікарів ЗПСЛ**

Критерії експертної оцінки	Розподіл за оцінками					
	4 і 5 балів		3 балів		1 і 2 балів	
	Абс.	% \pm Δ %	Абс.	% \pm Δ %	Абс.	% \pm Δ %
Необхідність удосконалення існуючої моделі мотивації лікарів ЗПСЛ	18	81,81 \pm 1,7	4	18,18 \pm 1,1	0	0

Продовження таблиці 6.4

Обґрунтованість моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури	22	100	0	0	0	0
Доцільність запровадження моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ до роботи після закінчення інтернатури	18	81,81 \pm 1,9	4	18,18 \pm 0,9	0	0
Обґрунтованість моделі мотивації лікарів ЗПСЛ	19	86,36 \pm 1,3	3	13,63 \pm 1,1	0	0
Доцільність запровадження моделі мотивації лікарів ЗПСЛ	22	100	0	0	0	0
Інноваційність запропонованої моделі мотивації лікарів ЗПСЛ з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню.	20	90,90 \pm 1,6		9,09 \pm 0,6	0	0
Середнє значення, %		90,15 \pm 1,6		9,85 \pm 0,9		
Середня оцінка, балів		4,67 \pm 0,15				

Отже, впровадження сучасної моделі мотивації лікарів ЗПСЛ, яка складається з моделі мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ та з моделі мотивації лікарів ЗПСЛ в закладах охорони здоров'я на основі аналізу організації програми підготовки в інтернатурі, запиту до першого місця працевлаштування та визначених вікових та статевих особливостей мотиваційних чинників (управління персоналом ЗОЗ, зворотній зв'язок, автономія в роботі) сприятиме підвищенню якості надання медичної допомоги населенню.

Матеріали даного розділу відображено в роботах:

1. Vezhnovets TA, Vozniuk VY, Gurianov VG, Korotkyi OV. Effect of urbanization on density of the general practitioners, average life expectancy and mortality from the diseases of circulatory system. *Wiad Lek.* 2023;76(4):811-816. doi: 10.36740/WLek202304117. PMID: 37226620.
2. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації. В: Збірка матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2023, с. 69-70
3. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі. В: Збірка Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород: ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 28-30.
4. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. *Україна. Здоров'я нації.* 2023;1(71):10-18. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>.
5. Vozniuk VY. Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers. VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain; 2023, p. 42. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10218395>
6. Вознюк ВЮ. Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів. In: IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain; 2024, p. 32-33. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10518980>
7. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів Україна. *Здоров'я нації.* 2023;4(74):78-85. doi: <https://doi.org/10.32782/2077->

[6594/2023.4/12](#) .

8. Вознюк ВЮ. Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. In: V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy; 2023, p. 75-76. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10402992>
9. Вознюк ВЮ, Вежновець ТА. Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Clinical and Preventive Medicine. 2023;7:94–102. doi: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13>

ВИСНОВКИ

В дисертаційній роботі вирішено актуальну наукову проблему соціальної медицини – обґрунтування сучасної моделі мотивації лікарів загальної-практики сімейних лікарів з метою поліпшення якості надання первинної медичної допомоги на основі комплексного аналізу сучасного стану забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні, дослідження задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі та траєкторії професійного розвитку лікарів, вивчення задоволеності лікарів ЗПСЛ роботою в ЗОЗ та вікових та статевих особливостей провідних мотивуючих чинників. Здійснено моделювання задоволеності підготовкою в інтернатурі, професійної траєкторії лікарів та задоволеності роботою. Доведено, що запровадження вказаної моделі в практику діяльності закладів охорони здоров'я в сучасних умовах позитивно вплине на управління персоналом в закладах охорони здоров'я та на якість первинної медичної допомоги населенню.

1. На підставі системного аналізу існуючих літературних джерел визначено вплив управління персоналом, системи мотивації медичних працівників, задоволеності роботою на якість надання медичної допомоги. Огляд доступних літературних джерел свідчить про надзвичайну роль лікарів ЗПСЛ в організації надання якісної, доступної, безпечної, справедливої медичної допомоги в умовах трансформації системи охорони здоров'я та про актуальність створення сучасних систем мотивації лікарів ЗПСЛ для поліпшення якості надання медичної допомоги населенню;

2. Виявлено в Україні низький показник забезпеченості лікарями ЗПСЛ (3,73 на 10000) у порівнянні з країнами OECD. В Україні частка лікарів первинної медичної допомоги найменша серед країн OECD та становить 13,44%. В Україні спостерігається нерівномірний географічний розподіл забезпеченості лікарями ЗПСЛ. Показник по областях коливається від 5,6 до 0,71 на 10000 населення. Найнижчі показники забезпеченості відмічаються в

східних областях, а саме: Донецькій та Луганських областях 0,71 та 1,3 на 10000 населення відповідно. Такі низькі показники обумовлені війною з російською федерацією та окупацією частини територій цих областей. Найвищі показники в західних областях, а саме: Вінницька, Закарпатська, Львівська, Тернопільська, Чернівецька від 5,6 до 4,83 на 10000 населення;

3. Доведено, що в групах областей з найвищим рівнем урбанізації визначена достовірно найменша забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($2,73 \pm 1,45$) та найвищий рівень валового регіонального продукту ($4289 \pm 3991\$$), а також відносно найбільший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($16,0 \pm 2,5$). В той же час в групах областей з низьким рівнем урбанізації визначено найбільшу забезпеченість лікарями ЗПСЛ на 10000 населення ($4,71 \pm 0,52$), найменший валовий регіональний продукт ($2021 \pm 264\$$) та достовірно найменший коефіцієнт смертності від хвороб системи кровообігу на 1000 населення ($14,1 \pm 0,8$);

4. Виявлено пряму залежність забезпеченості лікарями ЗПСЛ та середньою очікуваною тривалістю життя населення, а саме: чим більша забезпеченість лікарями ЗПСЛ в Україні, тим більша середня очікувана тривалість життя незалежно від рівня урбанізації регіону. Вказана залежність не характерна для країн ОЕСД. Ймовірно, що залежність середньої очікуваної тривалості життя від забезпеченості лікарями ЗПСЛ в Україні обумовлена тим, що тривалість життя в Україні є значно меншою, ніж в країнах ОЕСД та її зростання в значній мірі залежить від ресурсів системи охорони здоров'я, в тому числі кадрових та фінансових;

5. Встановлено, що найбільша частка задоволених в цілому підготовкою в інтернатурі була серед лікарів-інтернів в групі за спеціальністю АГ (91,5%), потім за спеціальністю ЗПСМ (75%). В той же час найменша частка була в групі лікарів-інтернів за спеціальністю ВХ (52,5%). Структура оцінок лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ достовірно відрізнялася від аналогічної структури оцінок лікарів-інтернів за

спеціальністю ВХ та АГ щодо задоволеності підготовкою в інтернатурі в цілому ($p < 0,05$);

6. До багатофакторної моделі логістичного прогнозування ризику незадоволеності організацією підготовки в інтернатурі зі спеціальності ЗПСМ ($AUC=0,83$ (95% ДІ 0,70 – 0,96)) увійшло 2 факторні ознаки, а саме: достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання (ВШ 95% ДІ 0,34 (0,16-0,71)) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури (ВШ 95% ДІ 0,41 (0,20-0,84)). Ризик незадоволеності підготовкою в інтернатурі також був обернено пропорційний відчуттю пишання (гордості) за обрану спеціальність ($AUC=0,79$ (95% ДІ 0,65 – 0,92));

7. До багатофакторної моделі прогнозування ризику планування зміни спеціальності лікаря ЗПСЛ в майбутньому ($AUC=0,87$ (95% ДІ 0,76-0,99)) увійшло 2 факторні ознаки, а саме: достатність практичної роботи в інтернатурі на практичній частині (ВШ 95% ДІ 0,42 (0,20-0,86)) та готовність до самостійної роботи лікарем після інтернатури (ВШ (95% ДІ) – 0,22 (0,09-0,53)). Планування зміни спеціальності обернено пропорційне вказаним факторним ознакам ($p < 0,001$);

8. Встановлено, що найрейтинговішими чинниками мотивації до роботи лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ були визначені заробітна плата (82,2% високих оцінок), повага пацієнтів (30,3% високих оцінок), можливість професійного розвитку (21,4% високих оцінок), доброзичливі стосунки в колективі (17,9% високих оцінок), зручний графік роботи (17,8% високих оцінок), робота в престижному закладі охорони здоров'я (14,2% високих оцінок), наявність сучасного обладнання (12,5% високих оцінок). Вказані чинники забезпечують мотивацію лікарів-інтернів до пошуку першого місця працевлаштування;

9. Встановлено статеві особливості мотивації лікарів ЗПСЛ до роботи, а саме: жінки достовірно більше, ніж чоловіки, пишаються професією лікаря (91,2% проти 78,6% респонденти оцінили відповіді на 4 та 5 балів за 5-бальною шкалою), достовірно більше задоволені своєю заробітною платою

(85,9% проти 71,4%), достовірно більше вважають, що заробітна плата відповідає прикладеним зусиллям (68,5% проти 42,8%), що додаткова винагорода впливає на якість надання медичної допомоги (56,2% проти 50,0%), достовірно більше задоволені графіком роботи (89,5% проти 78,6%), достовірно більше задоволені умовами праці (82,5% проти 71,5%) ($p < 0,05$);

10. Визначено, що на профілактику незадоволеності лікарів ЗПСЛ працею достовірно впливає відчуття пишання за обрану професію лікаря та умови праці. Оцінка якості логістичної моделі регресії то площа під ROC кривою складає $AUC = 0,88$ (95% ДІ 0,77 – 0,99), що свідчить про дуже добрий зв'язок з однофакторної моделі прогнозування ризику негативної оцінки рівня задоволеності роботою лікарів ЗПСЛ;

11. За результатами дисертаційного дослідження обґрунтовано та розроблено сучасну модель мотивації лікарів ЗПСЛ, яка складається з двох моделей, а саме: (1) модель мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ на основі аналізу організації програми підготовки в інтернатурі та запиту до першого місця працевлаштування; (2) модель мотивації лікарів ЗПСЛ на основі визначених вікових та статевих особливостей мотиваційних чинників (управління персоналом ЗОЗ, зворотній зв'язок, автономія в роботі). Запропонований алгоритм реалізації моделі мотивації Експерти позитивно оцінили запропоновану модель мотивації лікарів ЗПСЛ, а саме: максимальну кількість балів (4 та 5 балів) 86,36% мала «Обґрунтованість моделі мотивації лікарів ЗПСЛ», 100% «Доцільність запровадження моделі мотивації лікарів ЗПСЛ», 90,9% «Інноваційність запропонованої моделі мотивації лікарів ЗПСЛ з метою поліпшення якості надання медичної допомоги населенню».

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

Міністерству охорони здоров'я України:

- удосконалити організацію підготовки лікарів-інтернів за спеціальністю ЗПСМ на основі сучасних вимог до баз стажування та до підготовки керівників баз стажування;

Департаментам (Управлінням) охорони здоров'я:

- Організувати ефективний відбір баз стажування серед ЗОЗ, які здатні забезпечити лікарів-інтернів достатнім обсягом практичної роботи для формування готовності до самостійної роботи та належної медичної практики;

Керівникам ЗОЗ:

- запровадити модель мотивації лікарів-інтернів ЗПСМ після закінчення інтернатури до роботи на посаді лікаря ЗПСЛ на основі визначених запитів лікарів-інтернів до першого місця працевлаштування;

- запровадити модель мотивації лікарів ЗПСЛ на основі вікових, статевих особливостей з урахуванням вимог до системи управління, зворотного зв'язку та автономності;

- Організувати налагоджену комунікацію між лікарями первинної медичної допомоги та лікарями вторинної медичної допомоги;

- забезпечення можливості оволодіння лікарями-інтернами практичних навичок та належної підготовки керівників баз стажування (лікарів) навичкам ефективної підтримки лікарів-інтернів;

Закладам вищої (післядипломної освіти)

- розробити та запровадити курс підвищення кваліфікації лікарів (керівників баз стажування) на основі педагогічної майстерності.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Богдан Д, Бойко А, Василькова А, Вежновець Т, Звінчук О, Латипов А, Миронюк І. та ін. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ; 2019 133 с. Доступно з: <https://dspace.uzhnu.edu.ua/jspui/handle/lib/30196>
2. Вежновець ТА. Дослідження задоволеності працею та синдром вигорання у медичних працівників. ScienceRise. Medical science. 2017;2:36-40. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/texcsrm_2017_2_9.
3. Вежновець ТА. Соціально-психологічне моделювання кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я: автореф на здобуття наукового ступеня доктора медичних наук. Київ; 2017. 48 с.
4. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):78-85. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/12> .
5. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації. В: Збірка матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2023, с. 69-70.
6. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. Україна. Здоров'я нації. 2023;1(71):10-18. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>
7. Вежновець ТА, Парій ВД. Вплив віку, досвіду роботи та особистісних рис медичного персоналу на якість надання медичної допомоги. Україна. Здоров'я нації. 2015;4:81-86. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2015_4_17

8. Вежновець ТА, Парій ВД. Особливості мотиваційних типів медичних працівників закладів охорони здоров'я. Клінічна фармація, фармакотерапія та медична стандартизація. 2015;3/4:98-102. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Kff_2015_3-4_18
9. Вежновець ТА, Парій ВД. Синдром емоційного вигорання в медичних працівниках хірургічних відділень із позиції кадрового менеджменту. Україна. Здоров'я нації. 2016;1/2:41-47. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2016_1-2_11
10. Вознюк ВЮ, Вежновець ТА. Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Clinical and Preventive Medicine. 2023;7:94–102. doi:<https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13>
11. Вороненко ЮВ, Шекера ОГ. Сімейна медицина на чолі реформи охорони здоров'я України. Здоров'я суспільства. 2016;1-2:20-23.
12. Гойда НГ, Щербінська ОС. Медичні кадри та їхній професійний рівень – основна складова розвитку сімейної медицини. Сімейна медицина [інтернет]. 2016 [цитовано 2023 черв. 02];5:126-128. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2016_5_27
13. Грицько РЮ. Історія розвитку державного управління підготовкою сімейних лікарів. Університетські наукові записки. 2012;4:439-444. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Unzap_2012_4_65
14. Грузєва ТС, Мельник ВВ. Організація контролю за громадським здоров'ям у США та країнах Європейського регіону. Україна. Здоров'я нації [інтернет]. 2015 [цитовано 2023 черв. 02] ;2:96–103. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2015_2_20
15. Гур'янов ВГ, Лях ЮЄ, Парій ВД, Короткий ОВ, Чалий ОВ, Чалий КО, Цехмістер ЯВ. Посібник з біостатистики. Аналіз результатів медичних досліджень у пакеті EZR (R-statistics) : навч. посіб. Київ : Вістка, 2018. 208 с.

16. Дячук ДД, Гур'янов ВГ, Шевченко МВ, Яценко ЮБ. Задоволеність умовами та оплатою праці, системою мотивації медичних працівників багатoproфільного закладу охорони здоров'я. Укр. журн медицини, біології та спорту [інтернет]. 2016 [цитовано 2023 черв. 03];2(2):63–69. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/ujmbs_2016_2_16
17. Дячук ДД, Зюков ОЛ, Гідзинська ІМ, Мороз ГЗ, Безпрозванна ВМ, Ласиця ТС. Сучасні підходи щодо управління якістю медичної допомоги: переваги сертифікації за стандартом ISO 9001: 2009 (огляд літератури). Клінічна та профілактична медицина. 2017;3:130-137.
18. Керецман АО. Основні фактори впливу на професійну мотивацію лікарів у Закарпатській області. Україна. Здоров'я нації. 2022;1(1):88-91. doi: <https://doi.org/10.24144/2077-6594.1.1.2022.254645>
19. Короткий ОВ. Медико-соціальне обґрунтування організаційно-функціональної моделі діяльності лікаря загальної практики-сімейного лікаря в системі надання первинної медичної допомоги міському населенню (на прикладі міста Києва): автореф. дис. канд. мед. наук : 14.02.03; Національний медичний університет імені О. О. Богомольця. Київ; 2019. 22 с.
20. Кудря АВ. Основні показники моніторингу розвитку сімейної медицини в Україні. Україна. Здоров'я нації. 2015;2:123-127.
21. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ. Аналіз змін профілів діяльності лікарів первинної ланки. Семейная медицина. 2015;3:20-24. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_3_8
22. Лехан ВМ, Крячкова ВВ, Волчек ЛВ. Огляд систем первинної медико-санітарної допомоги різних країн Європи: навч. посібник. Дніпропетровськ, 2016. 30 с.
23. Лехан ВМ, Крячкова ЛВ, Заярський МІ. Аналіз реформ охорони здоров'я в Україні: від здобуття незалежності до сучасності. Україна. Здоров'я нації. 2018;4(52):5-11. Доступно з:

<https://repo.dma.dp.ua/4969/1/%D0%9B%D0%B5%D1%85%D0%B0%D0%BD.pdf>

24. Малеш С. Інноваційні методи підвищення мотивації працівників закладу охорони здоров'я. В: Августин РР, Васіна АЮ, Желюк ТЛ. [та ін.] (редкол.). Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали доп. Всеукр. наук.-практ. інтернет-конф. з міжнар. участю, [м. Тернопіль, 15 травня 2020 р.] [цитовано 2023 черв. 03]. Тернопіль: ТНЕУ; 2020. Ч. 2. с. 299-301. Доступно з: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/38890/1/299.pdf>
25. Матюха ЛФ. Характеристика нормативно-правового забезпечення, яке сприяє розвитку первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини. Україна. Здоров'я нації; 2011;2:145-151. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2011_2_26
26. Національна служба здоров'я України [сайт]. 2023 лип. 16. Доступно з: <https://nszu.gov.ua>
27. Парій В, Короткий О, Гур'янов В. Порівняння задоволеності пацієнтів отриманою первинною медико-санітарною допомогою в контексті процесу реформування галузі охорони здоров'я в Україні: крос-секційне дослідження (на прикладі центру первинної медико-санітарної допомоги в місті Києві). Мед. перспект. 2020;25(4):207-13. doi:<https://doi.org/10.26641/2307-0404.2020.4.221778>
28. Парій ВД, Короткий ОВ. Становлення та розвиток первинної медичної допомоги на засадах загальної практики-сімейної медицини в Україні: огляд літературних джерел. Україна. Здоров'я нації. 2018;2:48-53. Доступно з http://nbuv.gov.ua/UJRN/Uzn_2018_2_12
29. Про внесення змін до наказу Міністерства охорони здоров'я України від 22 червня 2021 року № 1254 : Наказ МОЗ України від 16.03.2022 № 493 Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0372-22#Text>

30. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України від 19.10.2017 № 2168-VIII [Із змінами]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19#Text>
31. Про затвердження Положення про інтернатуру : Наказ МОЗ України від 22.06.2021 № 1254 зі змінами [остання ред. від 14.06.2022]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1081-21#Text>
32. Про затвердження Порядку вибору лікаря, який надає первинну медичну допомогу, та форми декларації про вибір лікаря, який надає первинну медичну допомогу : Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 503 [Із змінами, внесеними згідно з Наказами Міністерства охорони здоров'я [№ 1023 від 29.05.2018](#), [№ 16 від 04.01.2023](#)] Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0347-18#n22>
33. Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі за спеціальностями "Анестезіологія та інтенсивна терапія"; "Загальна практика - сімейна медицина"; "Дерматовенерологія"; "Радіологія"; "Отоларингологія"; "Патологічна анатомія"; "Фізична та реабілітаційна медицина" : Наказ МОЗ України від 28 червня 2022 р. № 1114. Доступно з: <https://ips.ligazakon.net/document/MOZ33735>
34. Про затвердження примірних програм підготовки в інтернатурі за спеціальностями "Акушерство та гінекологія", "Внутрішні хвороби", "Дитяча хірургія", "Епідеміологія", "Неврологія", "Офтальмологія", "Ортопедія і травматологія", "Педіатрія", "Психіатрія", "Хірургія", "Стоматологія", "Медична психологія", "Медицина невідкладних станів", "Інфекційні хвороби": Наказ МОЗ України від 14.07.2022 р. № 1219. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v1219282-22#Text>
35. Про затвердження Примірного переліку індикаторів якості надання первинної медичної допомоги : Наказ МОЗ України від 17.04.2023 № 716 <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0716282-23#Text>

36. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : Постанова Кабінету Міністрів України від 20 червня 2000 р. № 989 : [Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ N 884 ([884-2020-п](#)) від 23.09.2020] Доступно з: <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF>
37. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я : Постанова КМ України від 20 червня 2000 р. № 989 [Із змінами, внесеними згідно з Постановою КМ № 884 ([884-2020-п](#)) від 23.09.2020]. Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/989-2000-%D0%BF#Text>
38. Про Концепцію розвитку охорони здоров'я населення України : Указ Президента України Л. Кучми від 7 грудня 2000 року № 1313/2000. Доступно з: <http://zakon3.rada.gov.ua/laws/show/1313/2000>
39. Про Національну службу здоров'я України : Постанова Кабінету Міністрів України від 27 грудня 2017 р. № 1101 [із змінами, внесеними згідно з Постановами КМ [№ 753 від 21.08.2019](#), [№ 1073 від 27.11.2019](#), [№ 1067 від 06.10.2021](#), [№ 653 від 30.06.2023](#)] Доступно з: <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1101-2017-п#n15>
40. Сабецька ТІ. Аналіз кадрового забезпечення галузі охорони здоров'я України. Економіка та суспільство. 2022;40:1-7. doi: <https://doi.org/10.32782/2524-0072/2022-40-26>
41. Слабкий ГО, Пархоменко ГЯ, Кондратюк НЮ, Торжевська ОМ. Характеристика мережі закладів охорони здоров'я, забезпеченості населення лікарняними ліжками та основні показники їх використання. Укр. мед. часопис. 2014;5:130-133. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/UMCh_2014_5_33
42. Стрільчук ЛМ, Шумлянський ІВ, Ільницька ЛА. Якісна підготовка лікаря загальної практики-сімейної медицини – запорука успішності медичної

- реформ: огляд. Практикуючий лікар. 2015;2:75-77. Доступно з: <https://plr.com.ua/index.php/journal/article/view/224/194>
- 43.Тадєєва ТВ. Теорія самодетермінації Дісі-Раяна і навчальна мотивація. Наукові записки Тернопільського національного педагогічного університету імені Володимира Гнатюка. Серія Педагогіка. 2012;3:213-221.
- 44.Ткаченко ВІ. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. Семейная медицина. 2015;3:12-17. Доступно : http://nbuv.gov.ua/UJRN/simmed_2015_3_6
- 45.Ткаченко ВІ. Система управління якістю: якість освіти, науки та клінічної практики в первинній медичній допомозі, законодавчо-нормативна база: Лекція дистанційного навчання. Сімейна медицина. Європейські практики. 2020;1/2:8-14. Доступно з: <http://family-medicine.com.ua/2412-8708/issue/view/1235220>
- 46.Товпига Д. Організація роботи сімейних лікарів в амбулаторіях загальної практики сімейної медицини. В: Августин РР, Васіна АЮ, Желюк ТЛ. [та ін.] (ред.). Актуальні проблеми менеджменту та публічного управління в умовах інноваційного розвитку економіки : матеріали допов. II Всеукр. наук.-практ. конф. з міжнар. участю [Тернопіль, 28 трав. 2021 р.]. Тернопіль : ЗУНУ; [цитовано: 2023 черв. 03.] 2021. Ч. 1. с. 389-391. Доступно з: <http://dspace.wunu.edu.ua/bitstream/316497/43111/1/%d0%a2%d0%9e%d0%92%d0%9f%d0%98%d0%93%d0%90.pdf>
- 47.Толстанов ОК, Данилов ОА, Русак ПС, Рибальченко ВФ, Шевчук ДВ, Заремба ВР, Волошин ЮЛ. Особливості лікування абдомінальної форми крипторхізму. Хірургія дит. віку. 2012;3:34-37. Доступно з: http://nbuv.gov.ua/UJRN/Khdv_2012_3_8

48. Харріс М, Солер ЖК, Беднар Я, Обасохан СО, Волосовець ОП, Величко ВІ, Хімїон ЛВ. Досвід закордонних колег у розвитку первинної медичної допомоги : [за матеріалами науково-практичної конференції «Первинна медична допомога в ракурсі світових практик», 6-7 червня, м. Київ]. Health-ua.com. [інтернет]. 2019; лип. 16. [цитовано 2023 черв. 05]. Доступно з: <https://health-ua.com/article/43334-dosvd-zakordonnih-koleg-urozvitku-pervinno-medichno-dopomogi>
49. Центр громадського здоров'я МОЗ України [сайт] [цитовано 2023 листоп. 26]. Доступно з: <http://medstat.gov.ua/ukr/main.html>
50. Чорна ВВ, Корольова НД, Серебреннікова ОА. та ін. (уклад.) Особливості мотиваційної діяльності медичних працівників охорони здоров'я, шляхи оптимізації : метод. рек. Вінниця: ТВОРИ; 2022. 44 с. Доступно з: <https://dspace.vnmu.edu.ua/bitstream/handle/123456789/5725/Методичні%20рекомендації.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
51. Чорна ВВ. Мотивація і працездатність медичних працівників сфери охорони психічного здоров'я як предиктор їхнього психологічного благополуччя. *Environment & Health*. 2020 Dec;4(97):53-62. doi: <https://doi.org/10.32402/dovkil2020.04.053>
52. Яковлева ОГ. Організація системи первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та роль медичної сестри. *Медсестринство* [інтернет]. 2019 [цитовано: 2023 черв. 04] ;3:24-26. Доступно з: <https://core.ac.uk/reader/276628900>
53. Яремчук ОВ. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. 2018;24:130-134. doi: [10.32702/2306-6814.2018.24.130](https://doi.org/10.32702/2306-6814.2018.24.130)
54. Abate M, Mulissa Z, Magge H, et al. Key factors influencing motivation among health extension workers and health care professionals in four regions of Ethiopia: A cross-sectional study. *PLoS One*. 2022;17(9):e0272551. Published 2022 Sep 30. doi:10.1371/journal.pone.0272551

55. AbdulRaheem Y. Unveiling the Significance and Challenges of Integrating Prevention Levels in Healthcare Practice. *J Prim Care Community Health*. 2023;14:21501319231186500. doi:10.1177/21501319231186500
56. Abdulrahman KB, Alnosian MY, Alshamrani AA, ALassaf HI, Aldayel AS, Alaskar YA, Alshehri MA. Job satisfaction among family medicine physicians in Saudi Arabia. *J Family Med Prim Care*. 2021 Aug;10(8):2952-2957. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_2476_20. Epub 2021 Aug 27. PMID: 34660430; PMCID: PMC8483137.
57. Abera A, Tolera A, Tusa BS, et al. Experiences, barriers, and facilitators of health data use among performance monitoring teams (PMT) of health facilities in Eastern Ethiopia: A qualitative study. *PLoS One*. 2023;18(5):e0285662. Published 2023 May 11. doi:10.1371/journal.pone.0285662
58. Al-Dabbagh SA, Sulaiman HM, Abdulkarim NA. Workload assessment of medical doctors at primary health care centers in the Duhok governorate. *Hum Resour Health*. 2022 Jan 28;19(Suppl 1):117. doi: 10.1186/s12960-021-00664-2. PMID: 35090488; PMCID: PMC8796551.
59. Alhassan RK, Spieker N, van Ostenberg P, Ogink A, Nketiah-Amponsah E, de Wit TF. Association between health worker motivation and healthcare quality efforts in Ghana. *Hum Resour Health*. 2013 Aug 14;11:37. doi: 10.1186/1478-4491-11-37. PMID: 23945073; PMCID: PMC3765920.
60. Allebdi AA, Ibrahim HM. Level and determinants of job satisfaction among Saudi physicians working in primary health-care facilities in Western Region, KSA. *J Family Med Prim Care*. 2020 Sep 30;9(9):4656-4661. doi: 10.4103/jfmprc.jfmprc_428_20. PMID: 33209779; PMCID: PMC7652182.
61. Alnazly E, Khraisat OM, Al-Bashaireh AM, Bryant CL. Anxiety, depression, stress, fear and social support during COVID-19 pandemic among Jordanian healthcare workers. *PLoS One*. 2021;16(3):e0247679. Published 2021 Mar 12. doi:10.1371/journal.pone.0247679
62. Alrawahi S, Sellgren SF, Altouby S, Alwahaibi N, Brommels M. The application of Herzberg's two-factor theory of motivation to job satisfaction in

- clinical laboratories in Omani hospitals. *Heliyon*. 2020 Sep 6;6(9):e04829. doi: 10.1016/j.heliyon.2020.e04829. PMID: 32954029; PMCID: PMC7486437.
63. Alrawashdeh HM, Al-Tammemi AB, Alzawahreh MK, Al-Tamimi A, Elkholy M, Al Sarireh F, Abusamak M, Elehamer NMK, Malkawi A, Al-Dolat W, Abu-Ismael L, Al-Far A, Ghoul I. Occupational burnout and job satisfaction among physicians in times of COVID-19 crisis: a convergent parallel mixed-method study. *BMC Public Health*. 2021 Apr 28;21(1):811. doi: 10.1186/s12889-021-10897-4. PMID: 33906619; PMCID: PMC8079229
64. Alzahrani KA, Kofiah Y, Taishan WS, Taishan SS, Alghamdi HA, Samargandi R. Patient Safety in the Surgical Field: A Cross-Sectional Study Among Al-Baha University Medical Students. *Cureus*. 2023;15(10):e47923. Published 2023 Oct 29. doi:10.7759/cureus.47923
65. Amirmahani M, Hasheminejad N, Tahernejad S, Reza Tohidi Nik H. Evaluation of work ability index and its association with job stress and musculoskeletal disorders among midwives during the Covid-19 pandemic. *Med Lav*. 2022;113(4):e2022031. Published 2022 Aug 25. doi:10.23749/mdl.v113i4.12834
66. Anand T, Kaur G, Gupta K, Thapliyal S, Lal P. Job satisfaction among medical officers working in Delhi. *J Family Med Prim Care*. 2022 Jan;11(1):155-161. doi: 10.4103/jfmpe.jfmpe_268_21. Epub 2022 Jan 31. PMID: 35309650; PMCID: PMC8930123.
67. Arnold C, Hennrich P, Peters-Klimm F, Wensing M. Influence of Cooperation Work on Management Continuity of Ambulatory Cardiovascular Care: A Cross-Sectional Exploratory Study in Germany. *Int J Integr Care*. 2023;23(4):14. Published 2023 Dec 6. doi:10.5334/ijic.7019
68. Arya N, Geurguis M, Vereecken-Smith C, Ponka D. Snapshot of family medicine around the world: Introducing the global family medicine website. *Can Fam Physician*. 2023 May;69(5):330-336. doi: 10.46747/cfp.6905330. PMID: 37172985; PMCID: PMC10177649.

69. Arya N, Gibson C, Ponka D, Haq C, Hansel S, Dahlman B, Rouleau K. Family medicine around the world: overview by region: The Besroul Papers: a series on the state of family medicine in the world. *Can Fam Physician*. 2017 Jun;63(6):436-441. PMID: 28615392; PMCID: PMC5471080.
70. Bagheri S, Kousha A, Janati A, Asghari-Jafarabadi M. Factors influencing the job satisfaction of health system employees in tabriz, iran. *Health Promot Perspect*. 2012;2(2):190-196. Published 2012 Dec 28. doi:10.5681/hpp.2012.022
71. Baker R, Freeman GK, Haggerty JL, Bankart MJ, Nockels KH. Primary medical care continuity and patient mortality: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2020;70(698):e600-e611. Published 2020 Aug 27. doi:10.3399/bjgp20X712289
72. Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change. *Pak J Med Sci*. 2016;32(3):523-528. doi:10.12669/pjms.323.9701
73. Barker I, Steventon A, Deeny SR. Association between continuity of care in general practice and hospital admissions for ambulatory care sensitive conditions: cross sectional study of routinely collected, person level data. *BMJ*. 2017 Feb 1;356:j84. doi: 10.1136/bmj.j84. PMID: 28148478.
74. Baron AN, Hemler JR, Sweeney SM, et al. Effects of Practice Turnover on Primary Care Quality Improvement Implementation. *American Journal of Medical Quality*. 2020;35(1):16-22. doi:10.1177/1062860619844001
75. Batarfi RF, Bakhsh AMA, Alghamdi ID, Alotaibi FA. Revealing the relation between job satisfaction and workload: a cross-sectional study in the emergency department. *Ann Med Surg (Lond)*. 2023 Apr 11;85(5):1667-1672. doi: 10.1097/MS9.0000000000000600. PMID: 37229009; PMCID: PMC10205282.
76. Behera BK, Prasad R, Shyambhavee. Primary health-care goal and principles. *Healthcare Strategies and Planning for Social Inclusion and Development*. 2022:221–39. doi: 10.1016/B978-0-323-90446-9.00008-3. Epub 2021 Nov 19. PMCID: PMC8607883.

77. Bharati R, Kovach KA, Bonnet JP, et al. Incorporating Lifestyle Medicine Into Primary Care Practice: Perceptions and Practices of Family Physicians. *Am J Lifestyle Med.* 2022;17(5):704-716. Published 2022 Mar 2. doi:10.1177/15598276211072506
78. Bhatnagar K, Srivastava K. Job satisfaction in health-care organizations. *Ind Psychiatry J.* 2012;21(1):75-78. doi:10.4103/0972-6748.110959
79. Blümel M, Spranger A, Achstetter K, Maresso A, Busse R. Germany: Health System Review. *Health Syst Transit.* 2020 Dec;22(6):1-272. PMID: 34232120.
80. Bohm J. Two-factor theory - at the intersection of health care management and patient satisfaction. *Clinicoecon Outcomes Res.* 2012;4:277-85. doi: 10.2147/CEOR.S29347. Epub 2012 Oct 4. PMID: 23055755; PMCID: PMC3468274.
81. Boniol M, Kunjumen T, Nair TS, Siyam A, Campbell J, Diallo K. The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health.* 2022;7(6):e009316. doi:10.1136/bmjgh-2022-009316
82. Buljac-Samardzic M, Doekhie KD, van Wijngaarden JDH. Interventions to improve team effectiveness within health care: a systematic review of the past decade. *Hum Resour Health.* 2020;18:2. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-019-0411-3>
83. Burney IA, Al Sabei SD, Al-Rawajfah O, Labrague LJ, AbuAlrub R. Determinants of Physicians' Job Satisfaction: A national multi-centre study from the Sultanate of Oman. *Sultan Qaboos Univ Med J.* 2023 May;23(2):198-205. doi: 10.18295/squmj.8.2022.050. Epub 2023 May 31. PMID: 37377833; PMCID: PMC10292585.
84. Campbell N, McAllister L, Eley D. The influence of motivation in recruitment and retention of rural and remote allied health professionals: a literature review. *Rural Remote Health.* 2012;12:1900. Epub 2012 Jun 21. PMID: 22845190.

85. Carver N, Gupta V, Hipskind JE. Medical Errors. [Updated 2023 May 7]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK430763/>
86. Cavanagh TM, Kraiger K, L Henry K. Age-Related Changes on the Effects of Job Characteristics on Job Satisfaction: A Longitudinal Analysis. *Int J Aging Hum Dev.* 2020 Jul;91(1):60-84. doi: 10.1177/0091415019837996. Epub 2019 Mar 22. PMID: 30897924.
87. Charness G, Cooper M, Reddinger JL. Wage Policies, Incentive Schemes, and Motivation. In: Zimmermann K (eds). *Handbook of Labor, Human Resources and Population Economics.* Springer; 2020. Cham. pp. 1-33. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-57365-6_125-1
88. Chen X, Liu M, Liu C, Ruan F, Yuan Y, Xiong C. Job Satisfaction and Hospital Performance Rated by Physicians in China: A Moderated Mediation Analysis on the Role of Income and Person-Organization Fit. *Int J Environ Res Public Health.* 2020;17(16):5846. Published 2020 Aug 12. doi:10.3390/ijerph17165846
89. Chernysh T, Opitz L, Riabtseva N, Raab M, Pavlova M. Experience with the Implementation of Continuous Medical Education among Mother-and-Child Healthcare Providers in Ukraine: A Case Study Based on Two International Collaboration Initiatives. *Healthcare (Basel).* 2023;11(13):1964. Published 2023 Jul 7. doi:10.3390/healthcare11131964
90. Cheshire A, Hughes J, Lewith G, et al. GPs' perceptions of resilience training: a qualitative study. *Br J Gen Pract.* 2017;67(663):e709-e715. doi:10.3399/bjgp17X692561
91. Cheshire A, Ridge D, Hughes J, Peters D, Panagioti M, Simon C, Lewith G. Influences on GP coping and resilience: a qualitative study in primary care. *Br J Gen Pract.* 2017 Jun;67(659):e428-e436. doi: 10.3399/bjgp17X690893. Epub 2017 May 8. PMID: 28483822; PMCID: PMC5442958.
92. Chilvers R, Richards SH, Fletcher E, Aylward A, Dean S, Salisbury C, Campbell J. Identifying policies and strategies for general practitioner retention

- in direct patient care in the United Kingdom: a RAND/UCLA appropriateness method panel study. *BMC Fam Pract.* 2019 Sep 12;20(1):130. doi: 10.1186/s12875-019-1020-x. PMID: 31514728; PMCID: PMC6743144.
93. Chmielewska M, Stokwiszewski J, Filip J, Hermanowski T. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. *BMC Health Serv Res.* 2020 Jul 29;20(1):701. doi: 10.1186/s12913-020-05573-z. PMID: 32727454; PMCID: PMC7391589.
94. Cohidon C, Wild P, Senn N. Practice Organization Characteristics Related to Job Satisfaction Among General Practitioners in 11 Countries. *Ann Fam Med.* 2019;17(6):510-517. doi:10.1370/afm.2449
95. Cross SH, Mehra MR, Bhatt DL, Nasir K, O'Donnell CJ, Califf RM, Warraich HJ. Rural-Urban Differences in Cardiovascular Mortality in the US, 1999-2017. *JAMA.* 2020 May 12;323(18):1852-1854. doi: 10.1001/jama.2020.2047. PMID: 32396176; PMCID: PMC7218488.
96. de Oliveira Vasconcelos Filho P, de Souza MR, Elias PE, D'Ávila Viana AL. Physicians' job satisfaction and motivation in a public academic hospital. *Hum Resour Health.* 2016 Dec 7;14(1):75. doi: <https://doi.org/10.1186/s12960-016-0169-9>
97. de Sutter A, Llor C, Maier M, Mallen C, Tatsioni A, van Weert H, Windak A, Stoffers J; Editorial Board, Jelle Stoffers, Editor-in-Chief, the European Journal of General Practice. Family medicine in times of 'COVID-19': A generalists' voice. *Eur J Gen Pract.* 2020 Dec;26(1):58-60. doi: 10.1080/13814788.2020.1757312. PMID: 32349550; PMCID: PMC7241505.
98. Deci EL, Ryan RM. A motivational approach to self: integration in personality. *Nebr Symp Motiv.* 1990;38:237-88. PMID: 2130258.
99. Deci EL, Ryan RM. Self-determination theory: A macrotheory of human motivation, development, and health. *Can Psychol.* 2008;49(3):182-185. doi: <https://doi.org/10.1037/a0012801>

100. Deriba BK, Sinke SO, Ereso BM, Badacho AS. Health professionals' job satisfaction and associated factors at public health centers in West Ethiopia. *Hum Resour Health*. 2017 May 30;15(1):36. doi: 10.1186/s12960-017-0206-3. PMID: 28558840; PMCID: PMC5450336.
101. Dev A, Brite J, Heiland FW, Balk D. Built environment as a risk factor for adult overweight and obesity: Evidence from a longitudinal geospatial analysis in Indonesia. *PLOS Glob Public Health*. 2022 Oct 5;2(10):e0000481. doi: 10.1371/journal.pgph.0000481. PMID: 36962501; PMCID: PMC10021279.
102. DeVoe JE, Bazemore AW, Cottrell EK, Likumahuwa-Ackman S, Grandmont J, Spach N, Gold R. Perspectives in Primary Care: A Conceptual Framework and Path for Integrating Social Determinants of Health Into Primary Care Practice. *Ann Fam Med*. 2016 Mar;14(2):104-8. doi: 10.1370/afm.1903. PMID: 26951584; PMCID: PMC4781512.
103. Distribution of the U.S. Primary Care Workforce. *AHRQ* 2012 Jan;12-P001-4-EF. Available from: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/publications/files/pcwork3.pdf>
104. Domagała A, Bała MM, Storman D, Peña-Sánchez JN, Świerz MJ, Kaczmarczyk M, Storman M. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov 13;15(11):2546. doi: <https://doi.org/10.3390/ijerph15112546>
105. Domagała A, Kautsch M, Kulbat A, Parzonka K. Exploration of Estimated Emigration Trends of Polish Health Professionals. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Jan 14;19(2):940. doi: 10.3390/ijerph19020940. PMID: 35055762; PMCID: PMC8776200.
106. Domagała A, Peña-Sánchez JN, Dubas-Jakóbczyk K. Satisfaction of Physicians Working in Polish Hospitals-A Cross-Sectional Study. *Int J Environ Res Public Health*. 2018 Nov 25;15(12):2640. doi: 10.3390/ijerph15122640. PMID: 30477273; PMCID: PMC6313796.

107. Donley J. The Impact of Work Environment on Job Satisfaction: Pre-COVID Research to Inform the Future. *Nurse Lead*. 2021;19(6):585-589. doi:10.1016/j.mnl.2021.08.009
108. Dyachuk D, Moroz GZ, Hidzynska I, Kravchenko A. Implementation of patient-centered care and medical care improvement: current state (review). *Clinical and Preventive Medicine*. 2023;(1):67-77. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.1\(23\).2023.10](https://doi.org/10.31612/2616-4868.1(23).2023.10)
109. Dyachuk D, Zyukov O, Oshivalova O, Biloshitska O. Current issues of the organization of the correspondence part of the internship process on the clinical base of internship. *Clinical and Preventive Medicine*. 2022;(4):12-18. [https://doi.org/10.31612/2616-4868.4\(22\).2022.02](https://doi.org/10.31612/2616-4868.4(22).2022.02)
110. Esteve-Matalí L, Vargas I, Sánchez E, Ramon I, Plaja P, Vázquez ML. Do primary and secondary care doctors have a different experience and perception of cross-level clinical coordination? Results of a cross-sectional study in the Catalan National Health System (Spain). *BMC Fam Pract*. 2020 Jul 8;21(1):135. doi: 10.1186/s12875-020-01207-9. PMID: 32640991; PMCID: PMC7346358.
111. Farrokhi P, Zarei E, Bagherzadeh R, Irannejad B, Hashjin AA. Development and validation of primary health care quality assessment tool. *BMC Health Serv Res*. 2023 Oct 26;23(1):1156. doi: 10.1186/s12913-023-10162-x. PMID: 37885033; PMCID: PMC10601108.
112. Feigin VL, Roth GA, Naghavi M, Parmar P, Krishnamurthi R, Chugh S, Mensah GA, Norrving B, Shiue I, Ng M, Estep K, Cercy K, Murray CJL, Forouzanfar MH; Global Burden of Diseases, Injuries and Risk Factors Study 2013 and Stroke Experts Writing Group. Global burden of stroke and risk factors in 188 countries, during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet Neurol*. 2016 Aug;15(9):913-924. doi: 10.1016/S1474-4422(16)30073-4. Epub 2016 Jun 9. PMID: 27291521.
113. Fortier MS, Duda JL, Guerin E, Teixeira PJ. Promoting physical activity: development and testing of self-determination theory-based interventions. *Int J*

- Behav Nutr Phys Act. 2012 Mar 2;9:20. doi: 10.1186/1479-5868-9-20. PMID: 22385751; PMCID: PMC3353256.
114. Gaal S, Verstappen W, Wensing M. What do primary care physicians and researchers consider the most important patient safety improvement strategies?. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:102. Published 2011 May 16. doi:10.1186/1472-6963-11-102
115. Galea S, Kruk ME. Forty Years After Alma-Ata: At the Intersection of Primary Care and Population Health. *Milbank Q*. 2019;97(2):383-386. doi:10.1111/1468-0009.12381
116. Garg S, Engtipi K, Kumar R, Garg A. Role of family physicians in providing primary healthcare during COVID-19 pandemic. *J Family Med Prim Care*. 2022 Nov;11(11):6687-6689. doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_2209_20. Epub 2022 Dec 16. PMID: 36993123; PMCID: PMC10041227.
117. Garg S, Girma B, Nigussie J, Molla A, Mareg M. Health professional's job satisfaction and its determinants in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *Arch Public Health*. 2021 Aug 5;79(1):141. doi: 10.1186/s13690-021-00664-7. PMID: 34353375; PMCID: PMC8340440.
118. Gauld R, Horsburgh S. What motivates doctors to leave the UK NHS for a "life in the sun" in New Zealand; and, once there, why don't they stay?. *Hum Resour Health*. 2015;13:75. Published 2015 Sep 8. doi:10.1186/s12960-015-0069-4
119. Geta A, Biks GA, Dellie E, Yazachew L. Job Satisfaction and Associated Factors among Health Professionals Working at Public and Private Hospitals in Bahir Dar City, Northwest Ethiopia: A Comparative Cross-Sectional Study. *Biomed Res Int*. 2021 Aug 26;2021:6632585. doi: 10.1155/2021/6632585. PMID: 34493980; PMCID: PMC8418930.
120. Ghahramanian A, Rezaei T, Abdullahzadeh F, Sheikhalipour Z, Dianat I. Quality of healthcare services and its relationship with patient safety culture and nurse-physician professional communication. *Health Promot Perspect*. 2017;7(3):168-174. Published 2017 Jun 14. doi:10.15171/hpp.2017.30

121. Gillam S, Siriwardena AN. Evidence-based healthcare and quality improvement. *Qual Prim Care*. 2014;22(3):125-32. PMID: 24865339.
122. Goryakin Y, Suhrcke M. Economic development, urbanization, technological change and overweight: what do we learn from 244 Demographic and Health Surveys? *Econ Hum Biol*. 2014 Jul;14:109-27. doi: 10.1016/j.ehb.2013.11.003. Epub 2013 Dec 19. PMID: 24457038; PMCID: PMC4330986.
123. Hackman JR, Oldham GR. Development of the job diagnostic survey. *J Appl Psychol*. 1975;60:159–170. doi: <https://doi.org/10.1037/h0076546>
124. Hamid SA, Azim MR, Rahman MM, Islam MS. Working conditions of the clinical health workforce in the public health facilities in Bangladesh. *PLoS One*. 2023;18(11):e0294224. Published 2023 Nov 20. doi:10.1371/journal.pone.0294224
125. Hanlon HR, Prihodova L, Russell T, Donegan D, O'Shaughnessy A, Hoey H. Doctors' engagement with a formal system of continuing professional development in Ireland: a qualitative study in perceived benefits, barriers and potential improvements. *BMJ Open*. 2021 Nov 24;11(11):e049204. doi: 10.1136/bmjopen-2021-049204. PMID: 34819279; PMCID: PMC8614143
126. Harding A, Rosenthal J, Al-Seaidy M, Gray DP, McKinley RK; Society for Academic Primary Care (SAPC) Heads of Teaching Group. Provision of medical student teaching in UK general practices: a cross-sectional questionnaire study. *Br J Gen Pract*. 2015 Jun;65(635):e409-17. doi: 10.3399/bjgp15X685321. PMID: 26009536; PMCID: PMC4439831.
127. Health workforce - Figure 8.8. Physician density, urban vs. rural areas, 2019 (or nearest year) Version 1 - Last updated: 09-Nov-2021. Available from: [Disclaimer: http://oe.cd/disclaimer](http://oe.cd/disclaimer)
128. Hobbs FDR, Bankhead C, Mukhtar T, Stevens S, Perera-Salazar R, Holt T, Salisbury C; National Institute for Health Research School for Primary Care Research. Clinical workload in UK primary care: a retrospective analysis of 100 million consultations in England, 2007-14. *Lancet*. 2016 Jun

- 4;387(10035):2323-2330. doi: 10.1016/S0140-6736(16)00620-6. Epub 2016 Apr 5. Erratum in: *Lancet*. 2016 Jun 4;387(10035):2292. PMID: 27059888; PMCID: PMC4899422.
129. Hoboubi N, Choobineh A, Kamari Ghanavati F, Keshavarzi S, Akbar Hosseini A. The Impact of Job Stress and Job Satisfaction on Workforce Productivity in an Iranian Petrochemical Industry. *Saf Health Work*. 2017;8(1):67-71. doi:10.1016/j.shaw.2016.07.002
130. Hodkinson A, Zhou A, Johnson J, Geraghty K, Riley R, Zhou A, Panagopoulou E, Chew-Graham CA, Peters D, Esmail A, Panagioti M. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2022 Sep 14;378:e070442. doi: 10.1136/bmj-2022-070442. PMID: 36104064; PMCID: PMC9472104.
131. Hotchkiss DR, Banteyerga H, Tharaney M. Job satisfaction and motivation among public sector health workers: evidence from Ethiopia. *Hum Resour Health*. 2015;13:83. Published 2015 Oct 29. doi:10.1186/s12960-015-0083-6
132. Idaiani S, Waris L. Depression and Psychological Stress Among Health Workers in Remote Areas in Indonesia. *Front Public Health*. 2022;10:743053. Published 2022 Apr 27. doi:10.3389/fpubh.2022.743053
133. Ihara Y, Son D, Nochi M, Takizawa R. Work-related stressors among hospital physicians: a qualitative interview study in the Tokyo metropolitan area. *BMJ Open*. 2020;10(9):e034848. Published 2020 Sep 24. doi:10.1136/bmjopen-2019-034848
134. Ilori T, Awoonidanla KT, Adetunji AA. The contribution of family physicians to primary health care: Experiences from southwest Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;13(1):e1-e3. Published 2021 Dec 17. doi:10.4102/phcfm.v13i1.3218
135. Jalal M, Bardhan KD, Sanders D, Illing J. INTERNATIONAL: Overseas doctors of the NHS: migration, transition, challenges and towards resolution.

- Future Healthc J. 2019 Feb;6(1):76-81. doi: 10.7861/futurehosp.6-1-76. PMID: 31098591; PMCID: PMC6520089.
136. Johnsson L, Nordgren L. The voice of the self: a typology of general practitioners' emotional responses to situational and contextual stressors. *Scand J Prim Health Care*. 2022 Jun;40(2):289-304. doi: 10.1080/02813432.2022.2097616. Epub 2022 Jul 13. PMID: 35822622; PMCID: PMC9397474.
137. Jones D. GP recruitment and retention. *Br J Gen Pract*. 2015 May;65(634):230. doi: 10.3399/bjgp15X684721. PMID: 25918310; PMCID: PMC4408528.
138. Kalinowska P, Marcinowicz L. Job satisfaction among family nurses in Poland: A questionnaire-based study. *Nurs Open*. 2020;7(6):1680-1690. Published 2020 Jul 9. doi:10.1002/nop2.550
139. Karaferis D, Aletras V, Raikou M, Niakas D. Factors Influencing Motivation and Work Engagement of Healthcare Professionals. *Mater Sociomed*. 2022 Sep;34(3):216-224. doi: 10.5455/msm.2022.34.216-224. PMID: 36310751; PMCID: PMC9559882.
140. Kevin DG, Lawong BD, Dixon R, Woode ME, Agboraw E, Ozano K, Dean L, Forrer A, Isiyaku S, Thomson R, Worrall E. Job satisfaction among community drug distributors in the Mass Drug Administration programme in Nigeria: a cross-sectional study. *Int Health*. 2023 Mar 24;15(Suppl 1):i52-i62. doi: 10.1093/inthealth/ihac079. PMID: 36960803; PMCID: PMC10037268.
141. Khamlub S, Harun-Or-Rashid M, Sarker MA, Hirosawa T, Outavong P, Sakamoto J. Job satisfaction of health-care workers at health centers in Vientiane Capital and Bolikhamsai Province, Lao PDR. *Nagoya J Med Sci*. 2013 Aug;75(3-4):233-41. PMID: 24640179; PMCID: PMC4345678.
142. Kieft RA, de Brouwer BB, Francke AL, Delnoij DM. How nurses and their work environment affect patient experiences of the quality of care: a qualitative study. *BMC Health Serv Res*. 2014 Jun 13;14:249. doi: 10.1186/1472-6963-14-249. PMID: 24923663; PMCID: PMC4064111.

143. Koopmans L, Damen N, Wagner C. Does diverse staff and skill mix of teams impact quality of care in long-term elderly health care? An exploratory case study. *BMC Health Serv Res.* 2018;18(1):988. Published 2018 Dec 20. doi:10.1186/s12913-018-3812-4
144. Kotsani M, Kravvariti E, Avgerinou C, Panagiotakis S, Bograkou Tzanetakou K, Antoniadou E, Karamanof G, Karampeazis A, Koutsouri A, Panagiotopoulou K, Soulis G, Stolakis K, Georgiopoulos I, Benetos A. The Relevance and Added Value of Geriatric Medicine (GM): Introducing GM to Non-Geriatricians. *J Clin Med.* 2021 Jul 7;10(14):3018. doi: 10.3390/jcm10143018. PMID: 34300184; PMCID: PMC8304813.
145. Kravitz RL. Physician job satisfaction as a public health issue. *Isr J Health Policy Res.* 2012;1(1):51. Published 2012 Dec 14. doi:10.1186/2045-4015-1-51
146. Kruk ME, Gage AD, Arsenault C, Jordan K, Leslie HH, Roder-DeWan S, Adeyi O, Barker P, Daelmans B, et al. High-quality health systems in the Sustainable Development Goals era: time for a revolution. *Lancet Glob Health.* 2018 Nov;6(11):e1196-e1252. doi: 10.1016/S2214-109X(18)30386-3. Epub 2018 Sep 5. Erratum in: *Lancet Glob Health.* 2018 Sep 18;; Erratum in: *Lancet Glob Health.* 2018 Nov;6(11):e1162. Erratum in: *Lancet Glob Health.* 2021 Aug;9(8):e1067. PMID: 30196093; PMCID: PMC7734391.
147. Kumar R, Ahmed J, Shaikh BT, Hafeez R, Hafeez A. Job satisfaction among public health professionals working in public sector: a cross sectional study from Pakistan. *Hum Resour Health.* 2013 Jan 9;11:2. doi: 10.1186/1478-4491-11-2. PMID: 23298253; PMCID: PMC3554587.
148. Lacasse M, Théorêt J, Skalenda P, Lee S. Challenging learning situations in medical education: innovative and structured tools for assessment, educational diagnosis, and intervention. Part 2: objective examination, assessment, and plan. *Can Fam Physician.* 2012 Jul;58(7):802-3, e418-20. PMID: 22798468; PMCID: PMC3395530.
149. Lautamatti E, Mattila KJ, Suominen S, Sillanmäki L, Sumanen M. A named General Practitioner (GP) is associated with an increase of hospital days in a

- single predictor analysis: a follow-up of 15 years. *BMC Health Serv Res.* 2023 Oct 28;23(1):1178. doi: 10.1186/s12913-023-10184-5. PMID: 37898748; PMCID: PMC10613364.
150. Lawati MHA, Dennis S, Short SD, Abdulhadi NN. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review. *BMC Fam Pract.* 2018;19(1):104. Published 2018 Jun 30. doi:10.1186/s12875-018-0793-7
151. Le Floch B, Bastiaens H, Le Reste JY, Lingner H, Hoffman R, Czachowski S, Assenova R, Koskela TH, Klemenc-Ketis Z, Nabbe P, Sowinska A, Montier T, Peremans L. Which positive factors give general practitioners job satisfaction and make general practice a rewarding career? A European multicentric qualitative research by the European general practice research network. *BMC Fam Pract.* 2019 Aug 9;20(1):96. doi: 10.1186/s12875-019-0985-9. PMID: 31395016; PMCID: PMC6688263.
152. Legault L. Self-Determination Theory. In: Zeigler-Hill V, Shackelford T (Eds.), *Encyclopedia of Personality and Individual Differences*. Springer; 2017. doi:https://doi.org/10.1007/978-3-319-28099-8_1162-1
153. Lin X, Sivarak O, Chou TH, et al. Exploring the Effect of Team-Environment Fit in the Relationship Between Team Personality, Job Satisfaction, and Performance. *Front Public Health.* 2022;10:897482. Published 2022 Jun 20. doi:10.3389/fpubh.2022.89748
154. Linzer M, Poplau S, Babbott S, et al. Worklife and Wellness in Academic General Internal Medicine: Results from a National Survey. *J Gen Intern Med.* 2016;31(9):1004-1010. doi:10.1007/s11606-016-3720-4
155. Liu C, Ouyang W, Wu J. A Survey on the Satisfaction of Standardized Residency Training in Chongqing. *Open Journal of Social Sciences.* 2020;8:39-50. doi: [10.4236/jss.2020.82004](https://doi.org/10.4236/jss.2020.82004).
156. Liu J, Yu W, Ding T, Li M, Zhang L. Cross-sectional survey on job satisfaction and its associated factors among doctors in tertiary public hospitals in Shanghai, China. *BMJ Open.* 2019;9(3):e023823. Published 2019 Mar 1. doi:10.1136/bmjopen-2018-023823

157. Liu W, Zhao S, Shi L, et al. Workplace violence, job satisfaction, burnout, perceived organisational support and their effects on turnover intention among Chinese nurses in tertiary hospitals: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2018;8(6):e019525. Published 2018 Jun 9. doi:10.1136/bmjopen-2017-019525
158. Lopes H, McCallum A, Martin-Moreno JM, Middleton J. Invest in primary healthcare and public health for the pandemic and beyond. *BMJ*. 2022 Feb 18;376:o425. doi: 10.1136/bmj.o425. PMID: 35181642.
159. Lozano-Lozano JA, Chacón-Moscoso S, Sanduvete-Chaves S, Holgado-Tello FP. Work Climate Scale in Emergency Services: Abridged Version. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(12):6495. Published 2021 Jun 16. doi:10.3390/ijerph18126495
160. Lu Y, Hu XM, Huang XL, Zhuang XD, Guo P, Feng LF, Hu W, Chen L, Hao YT. Job satisfaction and associated factors among healthcare staff: a cross-sectional study in Guangdong Province, China. *BMJ Open*. 2016 Jul 19;6(7):e011388. doi: 10.1136/bmjopen-2016-011388. PMID: 27436667; PMCID: PMC4964254.
161. Maassen SM, van Oostveen C, Vermeulen H, Weggelaar AM. Defining a positive work environment for hospital healthcare professionals: A Delphi study. *PLoS One*. 2021;16(2):e0247530. Published 2021 Feb 25. doi:10.1371/journal.pone.0247530
162. Machado SR, Jayawardana S, Mossialos E, Vaduganathan M. Physician Density by Specialty Type in Urban and Rural Counties in the US, 2010 to 2017. *JAMA Netw Open*. 2021 Jan 4;4(1):e2033994. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.33994. PMID: 33481030; PMCID: PMC7823223.
163. Mackenbach JP, Valverde JR, Bopp M, Brønnum-Hansen H, Deboosere P, Kalediene R, Kovács K, Leinsalu M, Martikainen P, Menvielle G, Regidor E, Nusselder WJ. Determinants of inequalities in life expectancy: an international comparative study of eight risk factors. *Lancet Public Health*. 2019 Oct;4(10):e529-e537. doi: 10.1016/S2468-2667(19)30147-1. PMID: 31578987.

164. Mahdavi A, Atlasi R, Ebrahimi M, Azimian E, Naemi R. Human resource management (HRM) strategies of medical staff during the COVID-19 pandemic. *Heliyon*. 2023;9(10):e20355. Published 2023 Sep 21. doi:10.1016/j.heliyon.2023.e20355
165. Malik AA, Yamamoto SS, Haque A, Butt NS, Baig M, Sauerborn R. Developing and assessing a tool to measure motivation among physicians in Lahore, Pakistan. *PLoS One*. 2018 Dec 31;13(12):e0209546. doi: 10.1371/journal.pone.0209546. PMID: 30596679; PMCID: PMC6312213.
166. Mannie C, Strydom S, Kharrazi H. Measuring the geographic disparity of comorbidity in commercially insured individuals compared to the distribution of physicians in South Africa. *BMC Prim Care*. 2022 Nov 17;23(1):286. doi: 10.1186/s12875-022-01899-1. PMID: 36397001; PMCID: PMC9673280.
167. Marchand C, Peckham S. Addressing the crisis of GP recruitment and retention: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2017 Apr;67(657):e227-e237. doi: 10.3399/bjgp17X689929. Epub 2017 Mar 13. PMID: 28289014; PMCID: PMC5565821
168. Marzocchi I, Ghezzi V, Di Tecco C, Ronchetti M, Ciampa V, Olivo I, Barbaranelli C. Demand-Resource Profiles and Job Satisfaction in the Healthcare Sector: A Person-Centered Examination Using Bayesian Informative Hypothesis Testing. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Jan 5;20(2):967. doi: 10.3390/ijerph20020967. PMID: 36673725; PMCID: PMC9858661.
169. Mast MS, Kadji KK. How female and male physicians' communication is perceived differently. *Patient Educ Couns*. 2018 Sep;101(9):1697-1701. doi: 10.1016/j.pec.2018.06.003. Epub 2018 Jun 7. PMID: 29903628.
170. Matviyiv V. Analysis of provision of medical services to the population by primary medical care doctors in the conditions of health system reform: regional level. *Екон. простір*. 2020;164:147-151. doi: <https://doi.org/10.32782/2224-6282/164-27>

171. Merga H, Fufa T. Impacts of working environment and benefits packages on the health professionals' job satisfaction in selected public health facilities in eastern Ethiopia: using principal component analysis. *BMC Health Serv Res.* 2019 Jul 16;19(1):494. doi: 10.1186/s12913-019-4317-5. PMID: 31311540; PMCID: PMC6636107.
172. Miseda MH, Were SO, Murianki CA, Mutuku MP, Mutwiwa SN. The implication of the shortage of health workforce specialist on universal health coverage in Kenya. *Hum Resour Health.* 2017;15(1):80. Published 2017 Dec 1. doi:10.1186/s12960-017-0253-9
173. Montag C, Sindermann C, Lester D, Davis KL. Linking individual differences in satisfaction with each of Maslow's needs to the Big Five personality traits and Panksepp's primary emotional systems. *Heliyon.* 2020;6(7):e04325. Published 2020 Jul 23. doi:10.1016/j.heliyon.2020.e04325
174. Morishita K, Katase K, Ishikane M, Otomo Y. Motivating factors for frontline healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A survey in Japan. *Curr Psychol.* Published online December 31, 2022. doi:10.1007/s12144-022-04177-6
175. Mutale W, Ayles H, Bond V, Mwanamwenge MT, Balabanova D. Measuring health workers' motivation in rural health facilities: baseline results from three study districts in Zambia. *Hum Resour Health.* 2013;11:8. Published 2013 Feb 21. doi:10.1186/1478-4491-11-8
176. Nakajima H, Yano K. [Examination of Factors Affecting Life Expectancy by Prefecture Based on the Criteria of the Organisation for Economic Co-operation and Development]. *Nihon Eiseigaku Zasshi.* 2020;75(0). Japanese. doi: 10.1265/jjh.20001. PMID: 32612010.
177. Need theory. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Need_theory
178. Neimanis I, Woods A, Zizzo A, Dickson R, Levy R, Goebel C, Corsini J, Burns S, Gaebel K. Role of family physicians in an urban hospital: Tracking

- changes between 1977, 1997, and 2014. *Can Fam Physician*. 2017 Mar;63(3):221-227. PMID: 28292802; PMCID: PMC5349725.
179. Ning L, Jia H, Gao S, Liu M, Xu J, Ge S, Li M, Yu X. The mediating role of job satisfaction and presenteeism on the relationship between job stress and turnover intention among primary health care workers. *Int J Equity Health*. 2023 Aug 15;22(1):155. doi: 10.1186/s12939-023-01971-x. PMID: 37582742; PMCID: PMC10428580
180. Noltemeyer A, Bush K, Patton J, Bergen D. The relationship among deficiency needs and growth needs: an empirical investigation of Maslow's theory. *Child. Youth Serv. Rev.* 2012 34(9):1862–1867 doi:[10.1016/j.childyouth.2012.05.021](https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.05.021)
181. Norling LR, Chopik WJ. The Association Between Coworker Support and Work-Family Interference: A Test of Work Environment and Burnout as Mediators. *Front Psychol*. 2020;11:819. Published 2020 May 5. doi:10.3389/fpsyg.2020.00819
182. Nørøxe KB, Pedersen AF, Bro F, Vedsted P. Mental well-being and job satisfaction among general practitioners: a nationwide cross-sectional survey in Denmark. *BMC Fam Pract*. 2018 Jul 28;19(1):130. doi: 10.1186/s12875-018-0809-3. PMID: 30055571; PMCID: PMC6064618.
183. Nørøxe KB, Vedsted P, Bro F, Carlsen AH, Pedersen AF. Mental well-being and job satisfaction in general practitioners in Denmark and their patients' change of general practitioner: a cohort study combining survey data and register data. *BMJ Open*. 2019 Nov 5;9(11):e030142. doi: 10.1136/bmjopen-2019-030142. PMID: 31694846; PMCID: PMC6858117
184. OECD. Cardiovascular Disease and Diabetes: Policies for Better Health and Quality of Care, OECD Publishing, Paris; 2015 <http://dx.doi.org/10.1787/9789264233010-en>
185. OECD Regional Statistics Database 2021. Available from: <https://stat.link/qt6e5w>

186. Okello DR, Gilson L. Exploring the influence of trust relationships on motivation in the health sector: a systematic review. *Hum Resour Health*. 2015 Mar 31;13:16. doi: 10.1186/s12960-015-0007-5. PMID: 25889952; PMCID: PMC4384237.
187. O'Malley AS, Rich EC, Shang L, et al. New approaches to measuring the comprehensiveness of primary care physicians. *Health Serv Res*. 2019;54(2):356-366. doi:10.1111/1475-6773.13101
188. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD)
Available from: <https://stats.oecd.org>
189. Oseni TIA, Salam TO, Fatusin AJ. Contributions of family physicians to health care services in Nigeria. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2021;13(1):e1-e3. Published 2021 May 19. doi:10.4102/phcfm.v13i1.2943
190. Özkeser B. Impact of training on employee motivation in human resources management. *Procedia Computer Science*. 2019;158:802-810. doi:[10.1016/j.procs.2019.09.117](https://doi.org/10.1016/j.procs.2019.09.117)
191. Panahi S, Rathi N, Hurley J, Sundrud J, Lucero M, Kamimura A. Patient Adherence to Health Care Provider Recommendations and Medication among Free Clinic Patients. *J Patient Exp*. 2022 Feb 9;9:23743735221077523. doi: 10.1177/23743735221077523. PMID: 35155751; PMCID: PMC8832560.
192. Patrick SW, Faherty LJ, Dick AW, Scott TA, Dudley J, Stein BD. Association among county-level economic factors, clinician supply, metropolitan or rural location, and neonatal abstinence syndrome. *JAMA*. 2019;321(4):385-393. doi: 10.1001/jama.2018.20851
193. Pedrazza M, Berlanda S, Trifiletti E, Bressan F. Exploring Physicians' Dissatisfaction and Work-Related Stress: Development of the PhyDis Scale. *Front Psychol*. 2016;7:1238. Published 2016 Aug 18. doi:10.3389/fpsyg.2016.01238
194. Pereira Gray DJ, Sidaway-Lee K, White E, Thorne A, Evans PH. Continuity of care with doctors-a matter of life and death? A systematic review of

- continuity of care and mortality. *BMJ Open*. 2018;8(6):e021161. Published 2018 Jun 28. doi:10.1136/bmjopen-2017-021161
195. Phillips RL Jr, Brundgardt S, Lesko SE, Kittle N, Marker JE, Tuggy ML, Lefevre ML, Borkan JM, Degruy FV, Loomis GA, Krug N. The future role of the family physician in the United States: a rigorous exercise in definition. *Ann Fam Med*. 2014 May-Jun;12(3):250-5. doi: 10.1370/afm.1651. Erratum in: *Ann Fam Med*. 2015 Jul-Aug;13(4):311. PMID: 24821896; PMCID: PMC4018373.
196. Phillips WR, Herbert CP. What makes family doctors the leaders we need in health care?. *Can Fam Physician*. 2022;68(11):801-802. doi:10.46747/cfp.6811801
197. Pisco L, Pinto LF. From Alma-Ata to Astana: the path of primary health care in Portugal, 1978–2018 and the genesis of family medicine. *Ciência & Saúde Coletiva*. 2020;25:1197–204.
198. Pols DHJ, Kamps A, Runhaar J, Elshout G, van Halewijn KF, Bindels PJE, Stegers-Jager KM. Medical students' perception of general practice: a cross-sectional survey. *BMC Med Educ*. 2023 Feb 9;23(1):103. doi: 10.1186/s12909-023-04064-z. PMID: 36759816; PMCID: PMC9912627.
199. Poon YR, Lin YP, Griffiths P, Yong KK, Seah B, Liaw SY. A global overview of healthcare workers' turnover intention amid COVID-19 pandemic: a systematic review with future directions. *Hum Resour Health*. 2022 Sep 24;20(1):70. doi: 10.1186/s12960-022-00764-7. PMID: 36153534; PMCID: PMC9509627.
200. Primary care. WHA72.2: Seventy-second World Health Assembly; Agenda item 11.5. WHO; 24 May 2019. Available from: https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_R2-en.pdf
201. Rahman SPM, Harika N, Kumar V, Jebaraj A. Patient stories: Integrated learning for family physicians and primary health care teams. *J Family Med Prim Care*. 2023;12(9):2172-2175. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_2090_22
202. Rahmat NH, Siok TH, Mok SS. Motivation to Learn Online: An Analysis From McClelland's Theory of Needs. *International Journal of Academic*

- Research in Business and Social Sciences. 2023;13:215-234. doi: 10.6007/IJARBSS/v13-i3/16471.
203. Ramanayake RP, De Silva AH, Perera DP, Sumanasekera RD, Athukorala LA, Fernando KA. Training medical students in general practice: a qualitative study among general practitioner trainers in Sri Lanka. *J Family Med Prim Care*. 2015 Apr-Jun;4(2):168-73. doi: 10.4103/2249-4863.154623. PMID: 25949960; PMCID: PMC4408694.
204. Rao M, Pilot E. The missing link--the role of primary care in global health. *Glob Health Action*. 2014 Feb 13;7:23693. doi: 10.3402/gha.v7.23693. PMID: 24560266; PMCID: PMC3926992.
205. Raza A, Jauhar J, Abdul Rahim NF, Memon U, Matloob S. Unveiling the obstacles encountered by women doctors in the Pakistani healthcare system: A qualitative investigation. *PLoS One*. 2023;18(10):e0288527. Published 2023 Oct 5. doi:10.1371/journal.pone.0288527
206. Robbins B, Davidhizar R. Transformational Leadership in Health Care Today. *Health Care Manag (Frederick)*. 2020 Jul/Sep;39(3):117-121. doi: 10.1097/HCM.0000000000000296. PMID: 32701607.
207. Rodziewicz TL, Houseman B, Hipskind JE. Medical Error Reduction and Prevention. 2023 May 2. In: *StatPearls [Internet]*. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan-. PMID: 29763131.
208. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, et al. Prevalence of Burnout Among Physicians: A Systematic Review. *JAMA*. 2018;320(11):1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777
209. Ryan PT, Lee TH. (eds). What Makes Health Care Workers Stay in Their Jobs? 2023 March 02. Available from: <https://hbr.org/2023/03/what-makes-health-care-workers-stay-in-their-jobs>
210. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, Hunskaar S. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. *Br J Gen Pract*. 2022;72(715):e84-e90. Published 2022 Jan 27. doi:10.3399/BJGP.2021.0340

211. Sapienza M, Furia G, La Regina DP, Grimaldi V, Tarsitano MG, Patrizi C, Capelli G; Rome OMCeO Group; Damiani G. Primary care pediatricians and job satisfaction: a cross sectional study in the Lazio region. *Ital J Pediatr.* 2023 Aug 25;49(1):104. doi: 10.1186/s13052-023-01511-x. PMID: 37626394; PMCID: PMC10463623.
212. Schäfer WLA, van den Berg MJ, Groenewegen PP. The association between the workload of general practitioners and patient experiences with care: results of a cross-sectional study in 33 countries. *Hum Resour Health.* 2020 Oct 16;18(1):76. doi: 10.1186/s12960-020-00520-9. PMID: 33066776; PMCID: PMC7565810.
213. Schäfer, WLA Organization (WHO). Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
214. Self-determination theory. Available from: https://en.wikipedia.org/wiki/Self-determination_theory
215. Shah SM, Zaidi S, Ahmed J, Rehman SU. Motivation and Retention of Physicians in Primary Healthcare Facilities: A Qualitative Study From Abbottabad, Pakistan. *Int J Health Policy Manag.* 2016 Aug 1;5(8):467-475. doi: 10.15171/ijhpm.2016.38. PMID: 27694660; PMCID: PMC4968250.
216. Shannon EA. Motivating the workforce: beyond the 'two-factor' model. *Aust Health Rev.* 2019 Feb;43(1):98-102. doi: 10.1071/AH16279. PMID: 29046214.
217. Sheikh MM, Qayyum R, Panda M. Relationship of Physicians' Rapport with Patients' Satisfaction and Psychological Well-being During Hospitalization. *Cureus.* 2019;11(6):e4991. Published 2019 Jun 25. doi:10.7759/cureus.4991
218. Shi L. The impact of primary care: a focused review. *Scientifica (Cairo).* 2012;2012:432892. doi: 10.6064/2012/432 892. Epub 2012 Dec 31. PMID: 24278694; PMCID: PMC3820521.

219. Shi X, Xiong D, Zhang X, Han M, Liu L, Wang J. Analysis of factors influencing the job satisfaction of medical staff in tertiary public hospitals, China: A cross-sectional study. *Front Psychol.* 2023 Feb 2;14:1048146. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1048146. PMID: 36818068; PMCID: PMC9932040.
220. Slabkiy GO, Mironyuk IS, Kabatsiy NO, Levko LV. Modern organizational and methodical approaches to providing population with special needs for medico-social services. *Modern Medical Technology*, 2020;(2), 59–64. [https://doi.org/10.34287/MMT.2\(45\).2020.11](https://doi.org/10.34287/MMT.2(45).2020.11)
221. Smiiianov VA, Dryha NO, Potseluiev VI, Shuba VV, Hornostaieva PO. A medical and sociological study among doctors on the motivational component of ensuring the quality of medical care in health care facilities. *Pol Merkur Lekarski.* 2023;51(6):598-602. doi: 10.36740/Merkur202306103. PMID: 38207059.
222. Sorensen TB, Wilson R, Gregson J, Shankar B, Dangour AD, Kinra S. Is night-time light intensity associated with cardiovascular disease risk factors among adults in early-stage urbanisation in South India? A cross-sectional study of the Andhra Pradesh Children and Parents Study. *BMJ Open.* 2020 Nov 19;10(11):e036213. doi: 10.1136/bmjopen-2019-036213. PMID: 33444171; PMCID: PMC7678398.
223. Stepurko T, Raab M. et al. The role of nurses in primary health care provision: modern models: policy brief. 2021. Available from: <https://mededu.org.ua/wp-content/uploads/2022/10/policy-brief-eng-web.pdf>
224. Stobbe EJ, Groenewegen PP, Schäfer W. Job satisfaction of general practitioners: a cross-sectional survey in 34 countries. *Hum Resour Health.* 2021 Apr 27;19(1):57. doi: 10.1186/s12960-021-00604-0. PMID: 33906679; PMCID: PMC8077953.
225. Storman M, Storman D, Maciąg J. Quality of work-life among young medical doctors in Poland. *Int J Occup Saf Ergon.* 2022 Sep;28(3):1611-1617. doi: 10.1080/10803548.2021.1917201. Epub 2021 May 15. PMID: 33944696

226. Sun W, Huang X, Chen X, Wu Y, Huang Z, Pang Y, Peng C, Zhang Y, Zhang H. The effects of positive leadership on quality of work and life of family doctors: The moderated role of culture. *Front Psychol.* 2023 Mar 20;14:1139341. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1139341. PMID: 37020909; PMCID: PMC10067620.
227. Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Laversanne M, Soerjomataram I, Jemal A, Bray F. Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021 May;71(3):209-249. doi: 10.3322/caac.21660. Epub 2021 Feb 4. PMID: 33538338.
228. Tabrizi JS, As'habi A, Nazari M, Ebrahimi Tavani M, Haghi M, Gharibi F. Impacts of accreditation on the performance of primary health care centres: A systematic review. *Malays Fam Physician.* 2023;18:63. Published 2023 Oct 27. doi:10.51866/rv.274
229. Țăran AM, Mustea L, Vătavu S, Lobonț OR, Luca MM. Challenges and Drawbacks of the EU Medical System Generated by the COVID-19 Pandemic in the Field of Health Systems' Digitalization. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(9):4950. Published 2022 Apr 19. doi:10.3390/ijerph19094950
230. Temesgen K, Aycheh MW, Leshargie CT. Job satisfaction and associated factors among health professionals working at Western Amhara Region, Ethiopia. *Health Qual Life Outcomes.* 2018 Apr 17;16(1):65. doi: 10.1186/s12955-018-0898-7. PMID: 29665856; PMCID: PMC5905160.
231. Thomas H, Best M, Mitchell G. Whole-person care in general practice: The doctor-patient relationship. *Aust J Gen Pract.* 2020 Mar;49(3):139-144. doi: 10.31128/AJGP-05-19-49502. PMID: 32113208.
232. Thomas H, Lynch J, Burch E, et al. Where the joy comes from: a qualitative exploration of deep GP-patient relationships. *BMC Prim Care.* 2023;24(1):268. Published 2023 Dec 13. doi:10.1186/s12875-023-02224-0

233. Timonina M. (edited by). Population of Ukraine: Demographic Yearbook 2021. Kyiv: State Statistics Service of Ukraine; 2022. 187 p. https://ukrstat.gov.ua/druk/publicat/kat_u/publnasel_u.htm
234. Tudor Car L, Teng YS, How JW, Nazri NNBM, Tan ALX, Quah J, Peckham S, Smith H. Priorities for family physician and general practitioner recruitment and retention in Singapore: a PRIORITIZE study. *BMC Fam Pract.* 2021 Nov 16;22(1):229. doi: 10.1186/s12875-021-01570-1. PMID: 34784892; PMCID: PMC8596925.
235. Turabik T, Baskan GA. The Importance of Motivation Theories in Terms Of Education Systems. *Procedia - Social and Behavioral Sciences.* 2015;186:1055-63 doi:[10.1016/j.sbspro.2015.04.006](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2015.04.006)
236. 2018 Global Reference List of 100 Core Health Indicators (plus health-related SDGs). Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
237. Urbanaviciute I, Massoudi K, Toscanelli C, De Witte H. On the Dynamics of the Psychosocial Work Environment and Employee Well-Being: A Latent Transition Approach. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Apr 29;18(9):4744. doi: 10.3390/ijerph18094744. PMID: 33946832; PMCID: PMC8125186.
238. Vabo S, Kjerstad E, Hunskaar S, Steen K, Brudvik C, Morken T. Acute management of fractures in primary care - a cost minimisation analysis. *BMC Health Serv Res.* 2023;23(1):1291. Published 2023 Nov 23. doi:10.1186/s12913-023-10297-x
239. van der Burgt SME, Kusurkar RA, Croiset G, Peerdeman SM. Exploring the situational motivation of medical specialists: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2018 Feb 26;9:57-63. doi: 10.5116/ijme.5a83.6025. PMID: 29485972; PMCID: PMC5834819.
240. van der Burgt SME, Nauta K, Croiset G, Kusurkar RA, Peerdeman SM. A qualitative study on factors influencing the situational and contextual

- motivation of medical specialists. *Int J Med Educ.* 2020 Jun 19;11:111-119. doi: 10.5116/ijme.5e88.b9ff. PMID: 32562535; PMCID: PMC7870455.
241. van der Leeuw RM, Lombarts KM, Arah OA, Heineman MJ. A systematic review of the effects of residency training on patient outcomes. *BMC Med.* 2012 Jun 28;10:65. doi: 10.1186/1741-7015-10-65. PMID: 22742521; PMCID: PMC3391170.
242. Van Weel C, Kidd MR. Why strengthening primary health care is essential to achieving universal health coverage. *CMAJ.* 2018 Apr 16;190(15):E463-E466. doi: 10.1503/cmaj.170784. PMID: 29661815; PMCID: PMC5903888.
243. Vero E, Puka E. The Importance of Motivation in an Educational Environment. *Formazione & Insegnamento.* 2017;15(1):57–66. Available from: <https://ojs.pensamultimedia.it/index.php/siref/article/view/2164>
244. Vevoda J, Navratilova D, Machaczka O, Ambroz P, Vevodova S, Tomietto M. Nurses job satisfaction identified by personal preferences and perceived saturation divergence: a comparative cross-sectional study in Czech hospitals between 2011 and 2021. *BMC Nurs.* 2023;22(1):422. Published 2023 Nov 10. doi:10.1186/s12912-023-01586-1
245. Vezhnovets T, Pariy V, Vyshnyvetskyi I, Moskalenko M. Predicators of satisfaction and dissatisfaction of medical workers with their work in medical institution. *Wiadomości lekarskie,* 2017;3:443-449. doi: 10.21303/2504-5679.2017.00332
246. Vezhnovets TA, Vozniuk VY, Gurianov VG, Korotkyi OV. Effect of urbanization on density of the general practitioners, average life expectancy and mortality from the diseases of circulatory system. *Wiad Lek.* 2023;76(4):811-816. doi: 10.36740/WLek202304117. PMID: 37226620.
247. Vibeto JH, Vallersnes OM, Dobloug A, Brekke M, Jacobsen D, Ekeberg Ø, Wangen KR. Treating patients with opioid overdose at a primary care emergency outpatient clinic: a cost-minimization analysis. *Cost Eff Resour*

- Alloc. 2021 Aug 4;19(1):48. doi: 10.1186/s12962-021-00303-6. PMID: 34348747; PMCID: PMC8335998.
248. von dem Knesebeck O, Koens S, Marx G, Scherer M. Perceptions of time constraints among primary care physicians in Germany. *BMC Fam Pract.* 2019 Oct 22;20(1):142. doi: 10.1186/s12875-019-1033-5. PMID: 31640573; PMCID: PMC6805618.
249. Vozniuk VY. Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers. VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain; 2023, p. 42. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10218395>
250. Wang Y, Cao X, Xu Z, Fang H. Features and development trends of primary care research conducted by practice-based research networks from 1991 to 2023: a scoping review protocol. *Syst Rev.* 2023 Dec 13;12(1):229. doi: 10.1186/s13643-023-02395-y. PMID: 38087315; PMCID: PMC10717402.
251. Wang YH, Li HC, Liao KY, Chen TJ, Hwang SJ. Family Physicians Working at Hospitals: A 20-Year Nationwide Trend Analysis in Taiwan. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18(17):9097. Published 2021 Aug 28. doi:10.3390/ijerph18179097
252. Web Annex. Technical specifications In: Primary health care measurement framework and indicators: monitoring health systems through a primary health care lens. Geneva: World Health Organization and the United Nations Children's Fund (UNICEF), 2022. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Cataloguing-in-Publication (CIP) data. Available from: <http://apps.who.int/iris>
253. Weldegebriel Z, Ejigu Y, Weldegebreal F, Woldie M. Motivation of health workers and associated factors in public hospitals of West Amhara, Northwest Ethiopia. *Patient Prefer Adherence.* 2016 Feb 15;10:159-69. doi: 10.2147/PPA.S90323. PMID: 26929608; PMCID: PMC4760664.
254. Wen T, Zhang Y, Wang X, Tang G. Factors influencing turnover intention among primary care doctors: a cross-sectional study in Chongqing, China. *Hum*

- Resour Health. 2018 Feb 13;16(1):10. doi: 10.1186/s12960-018-0274-z. PMID: 29433519; PMCID: PMC5809822.
255. Werdecker L, Esch T. Burnout, satisfaction and happiness among German general practitioners (GPs): A cross-sectional survey on health resources and stressors. *PLoS One*. 2021;16(6):e0253447. Published 2021 Jun 18. doi:10.1371/journal.pone.0253447
256. Weziak-Bialowolska D, Bialowolski P, Leon C, Koosed T, McNeely E. Psychological Climate for Caring and Work Outcomes: A Virtuous Cycle. *Int J Environ Res Public Health*. 2020;17(19):7035. Published 2020 Sep 25. doi:10.3390/ijerph17197035
257. Windle A, Javanparast S, Freeman T, Baum F. Evaluating local primary health care actions to address health inequities: analysis of Australia's Primary Health Networks. *Int J Equity Health*. 2023;22(1):243. Published 2023 Nov 21. doi:10.1186/s12939-023-02053-8
258. Woldekiros AN, Getye E, Abdo ZA. Magnitude of job satisfaction and intention to leave their present job among nurses in selected federal hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *PLoS One*. 2022;17(6):e0269540. Published 2022 Jun 7. doi:10.1371/journal.pone.0269540
259. Wolfshohl JA, Bradley K, Bell C, et al. Association Between Empathy and Burnout Among Emergency Medicine Physicians. *J Clin Med Res*. 2019;11(7):532-538. doi:10.14740/jocmr3878
260. World Health Organisation. Declaration of Alma-Ata International Conference on primary health care, Alma-Ata, USSR, 6–12 September 1978. Geneva: WHO; 1978. Available from: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/almaata-declaration-en.pdf?sfvrsn=7b3c2167_2
261. World Health Organization. Global Conference on Primary Health Care, 25–26 October 2018-Astana, Kazakhstan. Accessed March 10th, 2021. <https://www.who.int/teams/primary-health-care/conference> .
262. World Health Organization. Primary health care. Available from: https://www.who.int/health-topics/primary-health-care#tab=tab_1

263. World Health Organization. Primary health care Clinical Services and Systems. Available from: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/clinical-services-and-systems/primary-care>
264. World Health Organization. Regional Office for Europe, European Observatory on Health Systems and Policies, Busse, Reinhard & Blümel, Miriam. Germany: health system review. World Health Organization. Regional Office for Europe. Health Systems in Transition. 2014;16(2):296 Available from: <https://iris.who.int/handle/10665/130246>
265. Xu X, Zhou L, Ampon-Wireko S, Quansah PE. Assessing the mediating role of motivation in the relationship between perceived management support and perceived job satisfaction among family doctors in Jiangsu province, China. Hum Resour Health. 2023 Aug 28;21(1):71. doi: 10.1186/s12960-023-00849-x. PMID: 37641138; PMCID: PMC10463484.
266. Yanchus NJ, Periard D, Osatuke K. Further examination of predictors of turnover intention among mental health professionals. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2017 Feb;24(1):41-56. doi: 10.1111/jpm.12354. Epub 2016 Dec 8. PMID: 27928857.
267. Zhang H, Chen D, Cui N, Zou P, Shao J, Wang X, Zhang Y, Du J, Du C, Zhou G, Zheng D. Explaining Job Satisfaction Among Residents in Standardized Residency Training Programs: A Serial Multiple Mediation Model. Risk Manag Healthc Policy. 2021 Sep 29;14:4073-4081. doi: 10.2147/RMHP.S330217. PMID: 34616194; PMCID: PMC8488039.
268. Zhang M, Yan F, Wang W, Li G. Is the effect of person-organisation fit on turnover intention mediated by job satisfaction? A survey of community health workers in China. BMJ Open. 2017;7(2):e013872. Published 2017 Feb 22. doi:10.1136/bmjopen-2016-013872
269. Zhang Y, Yuan Z, Cheng T, Wang C, Li J. Intrinsic drive of medical staff: a survey of employee representatives from 22 hospitals in China. Front Psychol. 2023 Apr 27;14:1157823. doi: 10.3389/fpsyg.2023.1157823. PMID: 37179890; PMCID: PMC10172483.

270. Zhenjing G, Chupradit S, Ku KY, Nassani AA, Haffar M. Impact of Employees' Workplace Environment on Employees' Performance: A Multi-Mediation Model. *Front Public Health*. 2022 May 13;10:890400. doi: 10.3389/fpubh.2022.890400. PMID: 35646787; PMCID: PMC9136218.
271. Zomahoun HTV, Samson I, Sawadogo J, Massougbojji J, Gogovor A, Diendéré E, Turgeon F, Légaré F. Effects of the scope of practice on family physicians: a systematic review. *BMC Fam Pract*. 2021 Jan 8;22(1):12. doi: 10.1186/s12875-020-01328-1. PMID: 33419398; PMCID: PMC7796628.

ДОДАТКИ

ДОДАТОК А

Список публікацій здобувача за темою дисертації

1. Vezhnovets TA, Vozniuk VY, Gurianov VG, Korotkyi OV. Effect of urbanization on density of the general practitioners, average life expectancy and mortality from the diseases of circulatory system. *Wiad Lek.* 2023;76(4):811-816. doi: 10.36740/WLek202304117. PMID: 37226620.
2. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації. В: Збірка матеріалів науково-практичної конференції з міжнародною участю. 2023, с. 69-70
3. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі. В: Збірка Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року). Ужгород: ДВНЗ «УжНУ»; 2023, с. 28-30.
4. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Регіональний аналіз забезпеченості лікарями загальної практики-сімейними лікарями в Україні у період з 2008 по 2020 роки. Україна. Здоров'я нації. 2023;1(71):10-18. doi: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.1/02>.
5. Vozniuk VY. Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers. VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain; 2023, p. 42. doi: <https://doi.org/10.5281/zenodo.10218395>
6. Вознюк ВЮ. Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів. In: IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January

09-10, 2024, Madrid. Spain;2024, p. 32-33. doi:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10518980>

7. Вежновець ТА, Вознюк ВЮ. Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів Україна. Здоров'я нації. 2023;4(74):78-85 <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.4/12>.
8. Вознюк ВЮ. Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. In: V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy; 2023, p. 75-76. doi:
<https://doi.org/10.5281/zenodo.10402992>
9. Вознюк ВЮ, Вежновець ТА. Моделі прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги. Clinical and Preventive Medicine. 2023;7:94–102. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.7.2023.13>

Праці апробаційного характеру.

Основні положення дисертації доповідались та були обговорені на:

- -науково-практичній конференції з міжнародною участю XII Міжнародного медичного форуму, секції школи керівника закладу охорони здоров'я «Інновації в медицині – здоров'я нації» (Київ, 2021). Тема доповіді: «Тенденції динаміки заробітної плати лікарів в країнах ЄС та в Україні у період 2003-2020 років»
- Науково-практична конференція з міжнародною участю «Екологічні та гігієнічні проблеми сфери життєдіяльності людини» (Київ, 15 березня 2023 р.) Публікація тез «Забезпеченість лікарями загальної практики сімейної медицини в регіонах з різним рівнем урбанізації».
- Всеукраїнська наукова конференція з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року) – Ужгород: ДВНЗ «УжНУ». Публікація тез «Прогностична модель задоволеності лікарів-

інтернів підготовкою в інтернатурі»

- VIII International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», November 21-22, 2023, Madrid. Spain. Publication of theses «Age characteristics of satisfaction of general practitioners with work in primary health care centers»

- IX International Scientific and Practical Conference «Modern science: theoretical and practical view», January 09-10, 2024, Madrid. Spain. Публікація тез «Прогнозування траєкторії професійного розвитку лікарів за результатами опитування лікарів-інтернів».

- V International Scientific and Practical Conference «Modern science: fundamental and applied aspects», December 12-13, 2023, Rome. Italy. Публікація тез «Гендерні особливості провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів».

ДОДАТОК В

**НМУ імені О.О. Богомольця
кафедра менеджменту охорони здоров'я
АНКЕТА**

Вивчення задоволеності організацією підготовки в інтернатурі та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю «Загальна практика-сімейна медицина»

Шановні інтерни, проводиться опитування для вивчення задоволеності на мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина. Результати отримані в процесі опитування допоможуть нам покращити навчання в інтернатурі. Опитування є анонімним та займе не більше 5-7 хв

Ваш вік _____ Рік навчання в інтернатурі _____

Стать : 1) чоловіча 2) жіноча

Будь ласка, оцініть свої враження (по п'яти бальній системі)

№	Запитання	Оцініть за шкалою від 1 до 5 де 1- дуже погано, 5-це дуже добре				
		1	2	3	4	5
1.	Чи задоволені підготовкою навчання в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина на освітній частині?	1	2	3	4	5
2.	Чи задоволені підготовкою навчання в інтернатурі за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина на практичній частині?	1	2	3	4	5
3.	Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	1	2	3	4	5
4.	Чи відчували ви підтримку лікарів ЗОЗ на практичній частині в інтернатурі?	1	2	3	4	5
5.	Чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури?	1	2	3	4	5
6.	Чи комфортно вам навчатись дистанційно?	1	2	3	4	5
7.	Чи задоволені ви організацією дистанційного навчання?	1	2	3	4	5
8.	Чи хотіли би ви продовжити дистанційне навчання?	1	2	3	4	5
9.	Чи в цілому отримуєте ви задоволення від підготовки в інтернатурі?	1	2	3	4	5
10.	Чи готові Ви до самостійної роботи сімейним лікарем після інтернатури?	1	2	3	4	5
11.	Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	1	2	3	4	5
12.	Чи плануєте Ви в майбутньому продовжувати працювати сімейним лікарем?	1	2	3	4	5

13. Що вплинуло на Ваш вибір щодо майбутньої професії?

- А) розподіл за бюджетною формою навчання Б) порада батьків
В) заробітна плата Г) Інше (власний досвід роботи в ЗОЗ, рекомендації друзів, вплив ЗМІ тощо)

14. Чи плануєте Ви після закінчення інтернатури змінити спеціальність?

- А) так Б) ні В) не можу сказати

15. Чи плануєте Ви працювати лікарем в Україні?

- А) так Б) ні В) не можу сказати

16. Просимо оцінити кожний стимул в роботі лікаря за його важливістю від 1 до 7 балів (1 бал найменший вплив, 7 найбільший вплив). **Бали не повинні повторюватися.**

А) заробітна плата - ____

Б) повага пацієнтів - ____

В) робота в престижному закладі охорони здоров'я - ____

Д) доброзичливі стосунки в колективі - ____

Є) можливість професійного розвитку - ____

Ж) наявність сучасного обладнання - ____

З) зручний графік роботи - ____

Дякую за ваші відповіді!

ДОДАТОК Г

**НМУ імені О.О. Богомольця
кафедра менеджменту охорони здоров'я
АНКЕТА**

Вивчення задоволеності організацією підготовки в інтернатурі та провідних чинників мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю «Внутрішні хвороби»

Шановні інтерни, проводиться опитування для вивчення мотивації лікарів-інтернів за спеціальністю внутрішні хвороби. Результати отримані в процесі опитування допоможуть нам покращити навчання в інтернатурі. Опитування є анонімним та займе не більше 5-7 хв

Ваш вік _____ Рік навчання в інтернатурі _____

Стать : 1) чоловіча 2) жіноча

Будь ласка, оцініть свої враження (по п'яти бальній системі)

№	Запитання	Оцініть за шкалою від 1 до 5 де 1- дуже погано, 5-це дуже добре				
		1	2	3	4	5
1.	Чи задоволені підготовкою навчання в інтернатурі за спеціальністю внутрішні хвороби на освітній частині?	1	2	3	4	5
2.	Чи задоволені підготовкою навчання в інтернатурі за спеціальністю внутрішні хвороби на практичній частині?	1	2	3	4	5
3.	Чи достатньо Вам практичної роботи в інтернатурі на практичній частині навчання?	1	2	3	4	5
4.	Чи відчували ви підтримку лікарів ЗОЗ на практичній частині в інтернатурі?	1	2	3	4	5
5.	Чи отримуєте підтримку від керівника на освітній частині інтернатури?	1	2	3	4	5
6.	Чи комфортно вам навчатись дистанційно?	1	2	3	4	5
7.	Чи задоволені ви організацією дистанційного навчання?	1	2	3	4	5
8.	Чи хотіли би ви продовжити дистанційне навчання?	1	2	3	4	5
9.	Чи в цілому отримуєте ви задоволення від підготовки в інтернатурі?	1	2	3	4	5
10.	Чи готові Ви до самостійної роботи лікарем терапевтом?	1	2	3	4	5
11.	Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?	1	2	3	4	5
12.	Чи плануєте Ви в майбутньому продовжувати працювати лікарем терапевтом?	1	2	3	4	5

13.Що вплинуло на Ваш вибір щодо майбутньої професії?

- А) розподіл за бюджетною формою навчання Б) порада батьків
В) заробітна плата Г) Інше (власний досвід роботи в ЗОЗ, рекомендації друзів, вплив ЗМІ тощо)
Г) Інше (власний досвід роботи в ЗОЗ, рекомендації друзів, вплив ЗМІ тощо)

14. Чи плануєте Ви після закінчення інтернатури змінити спеціальність?

- А) так Б) ні В) не можу сказати

15. Чи плануєте Ви працювати лікарем в Україні?

- А) так Б) ні В) не можу сказати

16. Просимо оцінити кожний стимул в роботі лікаря за його важливістю від 1 до 7 балів (1 бал найменший вплив, 7 найбільший вплив). **Бали не повинні повторюватися.**

- А) заробітна плата - ____
Б) повага пацієнтів - ____
В) робота в престижному закладі охорони здоров'я - ____
Д) доброзичливі стосунки в колективі - ____
Є) можливість професійного розвитку - ____
Ж) наявність сучасного обладнання - ____
З) зручний графік роботи - ____

Дякую за ваші відповіді!

ДОДАТОК Г

**НМУ імені О.О. Богомольця
кафедра менеджменту охорони здоров'я
АНКЕТА**

Вивчення задоволеності працею лікарів за спеціальністю «Загальна практика-сімейний лікар»

Шановний лікарю, нам важлива Ваша думка про задоволеність роботою. Опитування є анонімним та займе не більше 5-7 хв

Вкажіть:

Ваш вік: до 30 років, 31-40 років, 41-50 років, 51-60 років, більше 60 років

Стать : 1) чоловіча 2) жіноча

Вкажіть стаж роботи в даному закладі на посаді лікаря ЗПСЛ: _____р.

Будь ласка, оцініть свої враження (по п'яти бальній системі)

№	Запитання	Оцініть за шкалою від 1 до 5, де 1- не дуже, 5- дуже				
		1	2	3	4	5
1.	Чи пишаєтесь Ви тим, що обрали професію лікаря?					
2.	Чи задоволені Ви ставленням керівництва до себе?					
3.	Чи підвищується Ваша якість роботи у разі підтримки з боку Вашого керівника?					
4.	Чи комфортною є атмосфера в Вашому колективі?					
5.	Чи відчуваєте Ви підтримку та повагу від Ваших колег?					
6.	Чи комфортні у Вас ділові стосунки з колегами (сімейними лікарями)?					
7.	Чи комфортні в Вас ділові стосунки з лікарями-спеціалістами, до яких спрямовуєте пацієнтів?					
8.	Чи відчуваєте Ви повагу від пацієнтів?					
9.	Чи маєте Ви можливість підвищувати кваліфікації?					
10.	Чи маєте Ви потребу у підвищенні кваліфікації?					
11.	Чи задоволені Ви своєю заробітною платою?					
12.	Ваша заробітна плата відповідає зусиллям, які Ви прикладаєте для її виконання?					
13.	Чи впливає додаткова грошова винагорода (премія) на якість надання медичної допомоги?					
14.	Чи задоволені Ви графіком роботи?					
15.	Чи задоволені Ви умовами праці?					
16.	Чи відобразилась війна на відчуття задоволеності роботою?					
17.	Чи війна відобразилась на відносинах в колективі?					
18.	Чи задоволені Ви своєю роботою?					

19. Чи хотіли б Ви змінити свою спеціальність?

-так

-ні

20. Чи плануєте Ви займатись медичною практикою за кордоном?

-так

-ні

Дякую за Вашу відповідь! Бажаємо здоров'я та миру!

ДОДАТОК Д



ЗАТВЕРДЖУЮ
Перший проректор
Національного університету охорони здоров'я
України імені П.Л. Шупика
член-кор. НАМН України, д.мед.н., професор

Юрій ВДОВИЧЕНКО

«29» грудня 2023 року

АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

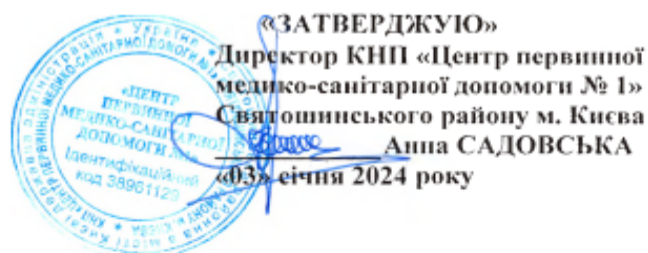
1. **Назва пропозиції для провадження:** «Модель та алгоритм удосконаленої системи мотивації лікарів-інтернів та лікарів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина»
2. **Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Шевченка, 13.
- Винахідники:** професор Вежновець Т.А., аспірантка Вознюк В.Ю.
3. **Джерела інформації:**
 1. Вознюк В.Ю., Вежновець Т.А. «Прогнозування ризику незадоволеності лікарів загальної практики-сімейних лікарів роботою в центрах первинної медико-санітарної допомоги». Clinical and Preventive Medicine, 2023 (7), стр.94–102;
 2. Вежновець Т.А., Вознюк В.Ю., Прогностична модель задоволеності лікарів-інтернів підготовкою в інтернатурі. Збірка Всеукраїнської наукової конференції з міжнародною участю «Розвиток системи громадського здоров'я України в умовах війни та післявоєнної відбудови»: (м. Ужгород, 5-6 жовтня 2023 року) – Ужгород: ДВНЗ «УЖНУ». С. 28-30.
4. **Де і коли було впроваджено:** кафедра терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика на циклі ТУ «Підготовка лікарів-інтернів за спеціальністю загальна практика – сімейна медицина на заочних базах навчання (для керівників інтернів на базах стажування)»
5. **Строки впровадження:** з 10.05.2023 по 24.05.2023; з 15.12.2023 по 29.12.2023
6. **Загальна кількість спостережень:** 32
7. **Результати використання впровадження:** з 10.05.2023 по 29.12.2023 позитивні (кількість спостережень) - 32; негативні (кількість спостережень) - 0; невизначені (кількість спостережень) - 0.
8. **Ефективність впровадження:** застосування удосконаленої системи мотивації лікарів-інтернів та лікарів-керівників за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина сприяло поліпшенню системи організації програми підготовки лікарів-інтернів на основі формування підтримки лікарями-керівниками баз стажування, та зростанню частки лікарів-інтернів, які були задоволені організацією інтернатури на базі стажування, на 15%.
9. **Відмітки і пропозиції:** продовжити впроваджувати в освітній процес та практичну діяльність модель та алгоритм удосконаленої системи мотивації лікарів-інтернів та лікарів за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина.

Професор кафедри терапії, сімейної медицини,
гематології і трансфузіології
Національного університету охорони
здоров'я України імені П.Л. Шупика
д.мед.н., професор

Вікторія ТКАЧЕНКО

29.12.2023 року

ДОДАТОК Е



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для провадження: **«Модель мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів»**
2. Ким запропоновано, адреса виконавця: кафедра менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Шевченка, 13.
Винахідники: д.мед.н., професор Вежновець Т.А., аспірантка Вознюк В.Ю.
3. Джерела інформації: інформаційний лист
4. Де і коли було впроваджено: КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги № 1» Святошинського району м. Києва, 2023 рік
5. Строки впровадження: з 01.11.2023 по 31.12.2023
6. Загальна кількість спостережень: 7
7. Результати використання впровадження: з 01.11.2023 по 31.12.2023 позитивні (кількість спостережень) - 7; негативні (кількість спостережень) - 0; невизначені (кількість спостережень) - 0.
8. Ефективність впровадження: поліпшена система мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів в КНП «Центр первинної медико-санітарної допомоги №1» Святошинського району м. Києва, покращена система відбору лікарів загальної практики-сімейних лікарів на вакантні посади вказаних лікарів.
9. Відмітки і пропозиції: рекомендовано до впровадження моделі мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів в центрах первинної медико-санітарної допомоги.

Завідувач інформаційно-аналітичним відділом, к.мед.н.

Олександр КОРОТКИЙ



«ЗАТВЕРДЖУЮ»
 Медичний директор
 КНП
 «Медичний центр Феодосіївської сільської ради»
 Обухівського району Київської області
 СИНИЦЬКИЙ Сергій
 «03» січня 2024 року

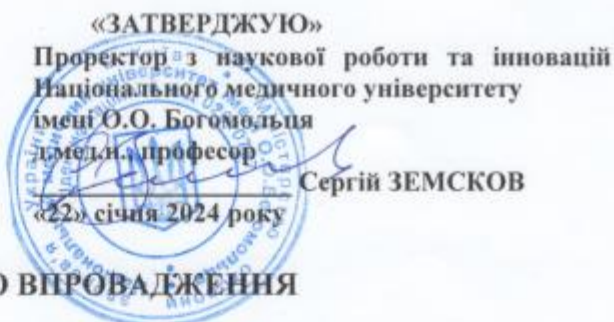
АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. Назва пропозиції для провадження: **Модель мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів**
2. Ким запропоновано, адреса виконавця: кафедра менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Шевченка, 13.
 Винахідники: професор Вежновець Т.А., аспірантка Вознюк В.Ю.
3. Джерела інформації: інформаційний лист
4. Де і коли було впроваджено: КНП «Медичний центр Феодосіївської ради» Обухівського району Київської області, 2023 рік
5. Строки впровадження: з 1.11.2023 по 31.12.2023
6. Загальна кількість спостережень: 8
7. Результати використання впровадження: з 1.11.2023 по 31.12.2023
 позитивні (кількість спостережень)-8; негативні (кількість спостережень)-0;
 невизначені (кількість спостережень)-0.
8. Ефективність впровадження: поліпшена система мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів в КНП «Медичний центр Феодосіївської ради» Обухівського району Київської області, покращена система відбору лікарів загальної практики-сімейних лікарів на вакантні посади вказаних лікарів
9. Відмітки і пропозиції: впровадити модель мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів в центрах первинної медико-санітарної допомоги

03.01.2024 року



Сергій СИНИЦЬКИЙ



АКТ ПРО ВПРОВАДЖЕННЯ

1. **Назва пропозиції для провадження:** модель мотивації лікарів загальної практики – сімейних лікарів
2. **Ким запропоновано, адреса виконавця:** кафедра менеджменту охорони здоров'я Інституту післядипломної освіти Національного медичного університету імені О.О. Богомольця, бульвар Шевченка, 13.

Винахідники: професор Вежновець Т.А., аспірантка Вознюк В.Ю.

3. **Джерела інформації:** Вежновець Т.А., Вознюк В.Ю., Дослідження особливостей структури та провідних факторів мотивації у лікарів загальної практики-сімейних лікарів. Україна. Здоров'я нації, 2023. №4 (74) С. 78-85

4. **Де і коли було впроваджено:** навчально-науковий центр – Український тренінговий центр сімейної медицини НМУ імені О.О. Богомольця

5. **Строки впровадження:** 26.05.2023-26.10.2023

6. **Загальна кількість спостережень:** 9

7. **Результати використання впровадження:** позитивні (кількість спостережень)-9; негативні (кількість спостережень)-0; невизначені (кількість спостережень)-0.

8. **Ефективність впровадження:** поліпшено освітній процес на циклі спеціалізації щодо мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів до роботи в центрах первинної медико-санітарної допомоги на основі визначених провідних чинників

9. **Відмітки і пропозиції:** продовжити впровадження в освітній процес циклів спеціалізації за спеціальністю загальна практика-сімейна медицина основних засад формування системи мотивації лікарів загальної практики-сімейних лікарів до роботи в центрах первинної медико-санітарної допомоги

В.о. директора
 Навчально-наукового центру – Українського
 тренінгового центру сімейної медицини
 НМУ імені О.О. Богомольця

Наталія ГРЕЧКІВСЬКА