

Кононов О.Є.

Механізми інтеграції отоларингологічної допомоги в діяльності сімейних лікарів

Національний університет охорони здоров'я України
імені П.Л. Шупика, м. Київ, Україна

Kononov O.Ye.

Mechanisms of integration of otolaryngology care in the activities of family doctors

Shupyk National Healthcare University of Ukraine,
Kyiv, Ukraineuadoctorkononov@gmail.com

Вступ

Інтеграція як концептуальний підхід до забезпечення якості медичної допомоги сьогодні є предметом уваги урядів і систем охорони здоров'я багатьох країн світу. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) визначає інтеграцію як «управління та надання медичних послуг таким чином, щоб люди отримували безперервний комплекс послуг зі зміцнення здоров'я, профілактики захворювань, діагностики, лікування, управління захворюваннями, реабілітації та паліативної допомоги на різних рівнях та в різних місцях системи охорони здоров'я, а також відповідно до своїх потреб протягом усього життя» [1].

Одним із важливих завдань інтеграції медичних послуг визначено досягнення сталої системи охорони здоров'я, орієнтованої на потреби пацієнта, оскільки фрагментовані послуги, погана координація медичної допомоги часто стають основними перешкодами для пацієнтів та знижують її якість [2].

У цьому контексті, передусім, висуваються вимоги до запровадження механізмів інтеграції у первинній медичній допомозі, яка спроможна та в межах якої гарантується максимальний усебічний доступ більшості населення до комплексних медичних послуг із профілактичних утручань та з приводу різних захворювань органів і систем, без прив'язки до якоїсь конкретної медичної спеціальності, як окремим особам різного віку та статі, так і їхнім сім'ям упродовж усього життя.

В умовах первинної медичної допомоги, якій в Україні, як і в європейських системах охорони здоров'я, надається пріоритетний розвиток, надаються, перш за все, послуги з профілактики, діагностики, лікування найбільш поширених захворювань, якими є, зокрема, інфекції верхніх дихальних шляхів, гострі хвороби вуха, горла, носа. Вони є органами-мішенями для респіраторних інфекцій у всіх вікових групах обох статей, а також для порушення слуху у дітей та дорослих, особливо в осіб старших вікових груп [3; 4], і формують необхідність володіння лікарями загальної практики вмінь, знань і навичок отоларингологічної допомоги.

Загалом близько 70,0% ЛОР-захворювань можна вилікувати в умовах первинної медичної допомоги, і її значимість зростає за значного дефіциту ЛОР-спеціалістів, які працюють переважно в умовах клінік. Тому інтеграція отоларингологічної допомоги в практику роботи лікаря загальної практики розглядається науковцями та організаторами охорони здоров'я як революційний підхід, якому потрібно сприяти [5].

В Україні, як і в усьому світі, захворюваність на хвороби вуха, горла, носа, особливо в період епідемічних підйомів, за даними Центру Громадського здоров'я МОЗ України, висока [6]. Тому проблема якісної медичної допомоги пацієнтам із цими хворобами в умовах первинної медичної допомоги є актуальною. У роботах вітчизняних авторів представлено дослідження інтегрованої системи первинної медичної допомоги [7], механізмів інтеграції на нормативному рівні [8]. Механізми інтеграції у практику роботи лікаря загальної практики з урахуванням особливостей отоларингологічної допомоги потребують додаткових досліджень.

Мета дослідження: дослідити механізми інтеграції отоларингологічної допомоги в діяльності лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЗП – СЛ), та надати їм оцінку.

Об'єкт, матеріали і методи дослідження

Об'єкт дослідження: механізми інтеграції отоларингологічної допомоги в діяльності лікаря ЗП – СЛ. **Предмет дослідження:** координація дій у командах працівників закладу первинної медичної допомоги (ПМСД), співпраця лікарів ЗП – СМ із лікарями-отоларингологами та зацікавленими особами громади (соціальними працівниками, постачальниками медичних виробів, працівниками аптек, лікарями приватних медичних закладів); орієнтованість лікаря ЗП – СМ на пацієнта з хворобами вуха, горла, носа.

Матеріали дослідження: основним ресурсом опитування слугувала чотирифакторна модель стандартизованого опитувальника Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC, 2019) для первинної медичної допомоги [9], адаптована під контекст надання

отоларингологічної допомоги лікарями ЗП – СЛ. Фактор 1 анкети «Команди та безперервність догляду» містив запитання щодо скоординованого функціонування команд лікарів, медичних сестер та інших працівників закладу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД); Фактор 2 «Орієнтованість на пацієнта» складався із запитань щодо врахування інтересів пацієнтів із хворобами вуха, горла, носа під час складання планів догляду, використання лікарями ЗП – СЛ протоколів надання медичної допомоги та навчання пацієнтів навичкам самоконтролю свого стану і самопомоги; Фактор 3 «Координація із зовнішніми постачальниками» включав запитання, відповіді на які передбачали отримання інформації про співпрацю з лікарями-спеціалістами отоларингологічних амбулаторних кабінетів і отоларингологічних відділень лікарень; відповіді на запитання Фактору 4 «Координація з ресурсами громади» дали змогу оцінити, як лікарі закладу ПМСД взаємодіють із зацікавленими представниками громади (соціальними працівниками, постачальниками медичних виробів, працівниками аптек, лікарями приватних медичних закладів).

В опитуванні взяли участь 97 лікарів ЗП – СЛ м. Київ, що становило 10,7% із 905 осіб загальної кількості фізичних осіб лікарів загальної практики, які працювали у Центрах ПМСД м. Київ у 2023 р. Кожне запитання було оцінено респондентами за 5-бальною шкалою відповідей Лайкерта (Зовсім не згоден = 1, Не згоден = 2, Скоріше не згоден, аніж згоден = 3, Згоден = 4 і Повністю згоден = 5).

Структура анкети для лікарів була класичною і складалася зі вступу зі зверненням до респондента з поясненнями, ким і з якою метою проводиться дослідження, яким чином будуть використані його результати, зобов'язання автора дослідження щодо нерозголошення персональної інформації та короткої інструкції щодо використання шкали вимірювань; основної частини із цільовими запитаннями; соціально-демографічного складника.

Усі учасники опитування надали добровільну поінформовану згоду на участь в опитуванні.

Методи дослідження: соціологічний, медико-статистичний, аналітичний, узагальнення результатів.

Результати дослідження

Деякі демографічні та професійні дані учасників дослідження наведено в табл. 1.

Аналіз отриманих даних показав значне переважання жінок у вибірці – 84 (86,6%) проти 13 (13,4%) чоловіків, високий віковий ценз респондентів – $50,81 \pm 10,89$ року, зокрема у чоловіків $47,30 \pm 10,53$ року, у жінок – $51,35 \pm 10,91$ року, та відповідно достатньо значний стаж лікарської практики – $25,70 \pm 10,60$ року по всій вибірці, $22,53 \pm 10,78$ року у чоловіків та $26,19 \pm 10,55$ року у жінок.

Вік та стаж зумовили і високий професійний рівень лікарів: 78 (80,4%) осіб мали вищу лікарську категорію, 12 (12,4%) – першу, 5 (5,2%) – другу. Без категорії було лише 2 (2,0%) респонденти. Чоловіків із вищою категорією було 10 (76,9%) осіб, із першою – 2 (15,4%) особи, без категорії – одна особа. Мали вищу категорію 68 (81,0%) жінок, першу – 10 (11,9%) жінок, другу – 5 (6,0%) жінок, одна особа категорії ще не мала за стажем роботи.

Середні оцінки механізмів інтеграції отоларингологічної допомоги за даними опитування лікарів ЗП – СЛ наведено в табл. 2.

Аналіз отриманих даних опитування показав високий рівень оцінок респондентами координації членів команд у складі лікарів, медичних сестер та інших працівників закладів ПМСД. Однак відповідями респондентів виявлено, що щирості та відкритості у спілкуванні між учасниками команд замало, оскільки ця позиція оцінена лікарями в середньому в $3,58 \pm 0,55$ бали, і це може бути бар'єром для ефективної командної роботи.

Оцінка активного спілкування з пацієнтами щодо регулярності їх спостереження й залучення до профілактичних заходів була найнижчою за цією позицією шкали – $3,49 \pm 0,50$ бали, як і оцінка щодо недостатнього рівня активних контактів із пацієнтами, виражена через повідомлення пацієнтів про відхилення результатів лабораторних досліджень, – $3,38 \pm 0,48$ бали. Вочевидь, пацієнти дізнаються про відхилення лабораторних даних лише в разі особистого відвідування лікаря в закладі ПМСД, і не виключено, що це відбувається із запізненням.

Водночас інші позиції щодо пацієнторієнтованості показали достатньо високий рівень оцінки лікарями виконання функцій із залучення пацієнтів до розроблення плану лікування, навчання контролю і самооцінки свого клінічного стану в домашніх умовах, спілкування з пацієнтом на зрозумілій для нього мові, урахування його вподобань та побудови партнерських стосунків. Високими виявилися й оцінки використання

Таблиця 1

Деякі демографічні та професійні дані учасників дослідження

Кількість учасників дослідження		Середній вік (років)	Середній стаж роботи лікарем (років)	Лікарська категорія (осіб, абс)		
				В	І	ІІ
Усього, у т. ч.	97	$50,81 \pm 10,89$	$25,70 \pm 10,60$	78	12	5
- чоловіків	13	$47,30 \pm 10,53$	$22,53 \pm 10,78$	10	2	–
- жінок	84	$51,35 \pm 10,91$	$26,19 \pm 10,55$	68	10	5

Таблиця 2

Середні оцінки механізмів інтеграції отоларингологічної допомоги за даними опитування лікарів ЗП – СЛ

№	Зміст запитання	Середній бал за шкалою Лайкерта М±m
Фактор 1. Координація догляду за пацієнтами з хворобами вуха, горла, носа всередині закладу ПМСД		
1	Догляд добре скоординований між лікарями ЗП – СЛ, медсестрами та персоналом	4,01±0,74
2	Лікарі ЗП – СЛ та персонал часто зустрічаються, щоб спланувати відвідування пацієнтів	3,81±0,46
3	Між лікарями ЗП – СЛ та іншим персоналом існує щире та відкрите спілкування	3,58±0,55
4	Лікарі ЗП – СЛ та персонал добре інформовані під час кожного візиту пацієнта про історію хвороб вуха, горла, носа, поточне лікування та соціальні умови пацієнтів	3,82±0,38
5	Пацієнти відвідують одну й ту саму команду та лікаря ЗП – СЛ	3,94±0,22
6	Команда та лікар ЗП – СЛ регулярно контактують із пацієнтами з хронічними захворюваннями вуха, горла, носа, щоб допомогти їм упоратися зі своїми захворюваннями	3,68±0,46
7	Команда та лікар ЗП – СЛ регулярно спілкуються з пацієнтами, щоб нагадати їм про подальші профілактичні або подальші візити (наприклад, вакцинацію проти грипу або звичайні лабораторні тести)	3,49±0,50
Фактор 2. Орієнтованість на пацієнта з хворобами вуха, горла, носа		
8	Лікарі ЗП – СЛ та персонал регулярно зв'язуються з пацієнтами, щоб повідомити їм про відхилення від норми лабораторних результатів	3,38±0,48
9	План догляду розроблено з урахуванням уподобань пацієнтів та їхніх родин	4,16±0,58
10	Лікарі ЗП – СЛ і персонал регулярно використовують відгуки пацієнтів та їхніх сімей для поліпшення послуг	4,18±0,54
11	Лікарі ЗП – СЛ та персонал спілкуються з пацієнтами зрозумілим для них способом (наприклад, відповідна мова та грамотність)	4,22±0,48
12	Лікарі ЗП – СЛ та персонал розглядають пацієнтів як рівноправних партнерів у лікуванні	4,03±0,46
13	Лікарі ЗП – СЛ та персонал регулярно заохочують пацієнтів брати активну участь у розробленні плану лікування	3,95±0,47
14	Лікарі ЗП – СЛ та персонал регулярно працюють із пацієнтами, щоб розвинути навички самоконтролю для управління станом свого здоров'я	3,98±0,44
15	Лікарі ЗП – СЛ регулярно використовують клінічні настанови та уніфіковані протоколи медичної допомоги пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа в частині, яка стосується лікаря ПМСД	4,27±0,53
Фактор 3. Координація із зовнішніми провайдерами		
16	Догляд за пацієнтами добре скоординований із лікарями-отоларингологами амбулаторних закладів та відділеннями лікарень шляхом використання спільних протоколів медичної допомоги	2,84±0,44
17	У нас є хороші наскрізні інформаційні системи для відстеження направлень до зовнішніх постачальників	2,62±0,48
18	Ми регулярно отримуємо виписку від лікаря-отоларинголога після госпіталізації наших пацієнтів	2,94±0,46
Фактор 4. Координація з ресурсами громади		
19	Догляд за пацієнтами добре координується із зацікавленими представниками громади (соціальними працівниками, постачальниками медичних виробів, працівниками аптек, лікарями приватних медичних закладів)	3,76±0,42
20	Лікарі ЗП – СЛ та персонал добре поінформовані про доступні громадські ресурси для пацієнтів із хворобами вуха, горла, носа	3,89±0,30
21	Наш заклад налагодив відносини з громадськими організаціями («Товариство глухих»), щоб полегшити наше направлення пацієнтів із патологією слуху до них	3,58±0,49

лікарями ЗП – СЛ протоколів медичної допомоги пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа – 4,27±0,53 бали. Отже, оцінки за Фактором 2 загалом були високими і коливалися за цими складниками від 3,95±0,47 до 4,27±0,53 бали.

Варіанти оцінок відповідей на запитання Фактору 3 «Координація із зовнішніми провайдерами» виявилися найнижчими серед усіх інших відповідей на анкету: координація дій із лікарями-отоларингологами амбулаторних закладів та відділеннями лікарень

оцінена в 2,84±0,44 бали, при цьому був указаний механізм координації – використання спільних протоколів медичної допомоги, яких вочевидь не розроблено; наявність наскрізних інформаційних систем для відстеження направлень до зовнішніх постачальників оцінена у 2,62±0,48 бали, а регулярність отримання виписок після госпіталізації пацієнтів отримала оцінку 2,94±0,46 бали. Отже, таку ситуацію не можна назвати сприятливою для забезпечення послідовного і безперервного догляду за пацієнтами

за переміщення їх з одного рівня медичної допомоги на інший.

Невисокими виявилися й оцінки на запитання Фактору 4 «Координація з ресурсами громади». Респонденти більше коливалися у чітких відповідях на запитання за цим розділом опитувальника, оскільки оцінки мали діапазон від $3,58 \pm 0,49$ бали на запитання із взаємодією з громадськими організаціями пацієнтів, які займаються підтримкою людей із проблемами слуху, до $3,89 \pm 0,30$ бал щодо поінформованості лікарів про зацікавлених представників громади (соціальних працівників, постачальників медичних виробів, працівників аптек, лікарів приватних медичних закладів), які можуть долучатися до профілактичних, лікувально-діагностичних і реабілітаційних заходів пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа. Координація догляду за пацієнтами з ресурсами громади оцінена у $3,76 \pm 0,42$ бали.

Обговорення результатів дослідження

Наше дослідження показало високий рівень координації діяльності між працівниками закладів ПМСД, що є значним здобутком в інтеграції послуг, зокрема пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа. Це підтверджується міжнародними дослідженнями, які доводять, що покращення координації догляду сприяє зменшенню кількості госпіталізацій серед пацієнтів із хронічними захворюваннями, забезпечує безперервність догляду та підвищення безпеки пацієнтів [10; 11]. Командна первинна медична допомога формується чітким визначенням ролей членів команди на основі взаємозалежності завдань під час візиту або між візитами пацієнта і тим підвищує якість первинної медичної допомоги [12].

Орієнтованість на пацієнта як важливий складник інтеграції медичної допомоги також високо оцінена респондентами авторського дослідження та знаходить своє висвітлення у міжнародних та вітчизняних публікаціях. За даними досліджень А. Ахмед, М.Е.Т.К. ван ден Муйсенберг, Х.Дж.М. Врійхоф, Т.В. Ємець [13; 14], медичні працівники повинні володіти навичками ефективного спілкування з пацієнтами з урахуванням їхніх побажань, потреб і можливостей. У такому разі пацієнт буде активно залучений до процесу спільного прийняття рішень під час розроблення плану лікування та краще засвоювати навички самоконтролю. Пацієнторієнтований догляд у дослідженні [15] суттєво корелював із фізичним та соціальним благополуччям пацієнтів і задоволеністю доглядом (усі $p \leq 0,001$).

Міжнародними дослідниками виявлено труднощі в налагодженні координації між лікарями первинної і спеціалізованої медичної допомоги, що виявлено й у відповідях наших респондентів. Проблеми стосуються обміну інформацією щодо проведеної діагностики, лікування, результатів досліджень. Більшість медичних спеціалістів не направляє пацієнтів на подальші консультації після завершення лікування

в клініці до первинної медичної допомоги та не надає рекомендацій лікарям загальної практики. Лікарі не знають один одного особисто, а фахівці не вважають лікарів загальної практики координаторами медичної допомоги [16]. Інструменти зворотного зв'язку, такі як направлення та виписка зі стаціонару, широко відомі лікарям, але вони не використовуються регулярно [17]. Водночас дослідженням [18] доведено, що лікарі загальної практики, які надають комплексну допомогу без консультацій спеціаліста своїм пацієнтам, мали нижчі показники використання відділень невідкладної допомоги, ніж ті, хто координує догляд зі спеціалістами.

Співпрацю лікарів загальної практики з ресурсами громади висвітлено у світових наукових дослідженнях як складник інтеграції в умовах первинної медичної допомоги і включає декілька напрямів, зокрема реабілітацію пацієнтів із хронічними хворобами, якими є в тому числі пацієнти з порушеннями слуху, а терапевти з реабілітації у громадах працюють у приватних закладах або самостійно. Доведено, що постійна співпраця сприяє формуванню спільних підходів до лікування, накопиченню й обміну досвідом та знаннями, встановленню довіри між лікарями ПМСД і фахівцями з реабілітації та пацієнтами [19].

Дослідження, присвячені співпраці лікарів загальної практики і фахівців закладів соціального забезпечення, на основі аналізу даних 10 802 сімейних лікарів, показали значну різницю у взаємодії залежно від місцевості, що підкреслило необхідність вирішення проблем нерівності у використанні ресурсів охорони здоров'я та закладів соціальної підтримки населення місцевих громад [20].

Важливим складником інтеграції є співпраця лікарів ЗП – СЛ з аптечними закладами. Міжнародні дослідження показали велике значення у формуванні ефективних стосунків освіту та клінічний досвід фармацевтів і розширену сферу їх практики з додаткових повноважень щодо призначення ліків та надання прийнятних рекомендацій із медикаментозної терапії, особливо пацієнтам із хронічними захворюваннями [21; 22].

Таким чином, міжнародний досвід інтеграції в умовах первинної медичної допомоги показав досягнення і проблеми за окремими складниками, які простежені й у проведеному авторському дослідженні.

Перспективи подальших досліджень

Перспективи подальших досліджень полягають у подальшому моніторингу використання механізмів інтеграції як у межах вітчизняних закладів ПМСД, так і в їх зовнішніх взаємодіях, з огляду на міжнародні підходи до проведення таких досліджень.

Висновки

1. Результатами дослідження встановлено, що лікарями загальної практики – сімейними лікарями

м. Київ застосовуються основні механізми інтеграції як сучасної стратегії підвищення якості медичної допомоги під час надання медичної допомоги пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа. Разом із тим вони отримали різні оцінки за даними соціологічного дослідження.

2. Показано, що за оцінками респондентів, лікарі загальної практики – сімейні лікарі добре оволоділи механізмами пацієнт-орієнтованості (середні оцінки за шкалою Лайкерта – $3,95 \pm 0,47$ – $4,27 \pm 0,53$ бали) та скоординованої роботи з медичними сестрами та іншими працівниками в командах закладів первинної медичної допомоги (середній бал – $3,94 \pm 0,22$ – $4,01 \pm 0,74$). Утім, рівень профілактичних заходів та спостереження за пацієнтами з хронічними хворобами недостатній, оскільки середні оцінки становлять відповідно $3,49 \pm 0,50$ та $3,68 \pm 0,46$ бали.

3. Учасники опитування надали низькі оцінки щирості та відкритості в спілкуванні між учасниками команд закладу ПМСД ($3,58 \pm 0,55$ бали), що засвідчило необхідність побудови більш довірливих стосунків, які позитивно впливатимуть на якість і ефективність співпраці в команді. Доцільна більш активна співпраця лікарів загальної практики із соціальними працівниками, постачальниками медичних виробів, працівниками аптек, лікарями приватних медичних закладів (оцінка – $3,58 \pm 0,49$ бали), громадськими організаціями ($3,76 \pm 0,42$ бали).

4. Найбільш проблемною позицією у використанні механізмів інтеграції виявилася координація

діяльності між лікарями загальної практики та лікарями-отоларингологами (середні оцінки – $2,62 \pm 0,48$ – $2,94 \pm 0,46$ бали), що свідчить про збереження фрагментації медичної допомоги пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа та загрозу її якості за переміщення пацієнта в заклади спеціалізованої медичної допомоги та у зворотному напрямку.

5. Забезпечення якісної медичної допомоги пацієнтам із хворобами вуха, горла, носа на основі механізмів інтеграції потребує управлінських рішень керівників закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги зі збалансованого запровадження цих механізмів у повсякденну діяльність закладів охорони здоров'я території госпітального округу.

Дотримання етичних норм

Під час підготовки статті дотримано принципи біоетики відповідно до вимог Гельсінської декларації та законодавства України.

Фінансування та конфлікт інтересів

Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів у зв'язку з одноосібним авторством і відсутністю претендентів на співавторство.

Фінансування дослідження здійснювалося за власні кошти автора.

Література

1. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016–2026 Executive Summary [Internet]. 2015. [cited 2025 May 6]. 18 p. Доступно на: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>
2. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care: la strada giusta per il futuro? [Integrated care: the right way for the future?]. *Recenti Prog Med*. 2021 Oct;112(10):615–618. Доступно на: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:238860190>. (in Italian).
3. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018 Jun;51(3):515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016. PMID: 29773124.
4. GBD 2021 Upper Respiratory Infections Otitis Media Collaborators, Ahinkorah BO, Ali SS, Gebremeskel TG, Kandel H, Naik GR et al. Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Infectious Diseases*, 2025 Jan;25(1):36–51. Epub 2024 Sept 9. DOI: 10.1016/S1473-3099(24)00430-4.
5. Sacko Hamidou Baba. Community ENT Health Promotion: Concepts and Perspectives in Mali. *IRJPMS*, 2023; 6(2):38–40. Доступно на: <https://irjpms.com/wp-content/uploads/2023/02/IRJPMS-V6N2P110Y23.pdf>
6. Центр Громадського здоров'я МОЗ України. Захворюваність на грип та ГРВІ в Україні [Internet]. [Цитовано 2025 Трав 8]. Доступно на: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/zakhvoryuvanist-na-grip-ta-grvi-v-ukraini>
7. Лехан ВМ, Гриценко ЛО. Обґрунтування моделі інтегрованої системи первинної медико-санітарної допомоги. *Україна. Здоров'я нації*, 2023;3(73):72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12>.
8. Дячук МД. Нормативна інтеграція в сфері охорони здоров'я України. Клінічна та профілактична медицина, 2025;1(39):153–160. URL: <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2025.18>
9. Derrett S, Gunter KE, Samaranayaka A, Singer SJ, Nocon RS, Quinn MT, Breheny M, Campbell A, Schaefer CT, Heuer LJ, Chin MH. Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev*. 2019 Dec;76(6):807–829. DOI: 10.1177/1077558717745936.
10. Misra V, Sedig K, Dixon DR, Sibbald SL. Prioritizing coordination of primary health care. *Can Fam Physician*. 2020 Jun;66(6):399–403. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. Доступно на: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32532718/>
11. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Assefa Y. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*, 2023 Jul 13;23(1):750. DOI: 10.1186/s12913-023-09718-8.

12. Everett CM, Docherty SL, Matheson E, Morgan PA, Price A, Christy J, et al. Teaming up in primary care: Membership boundaries, interdependence, and coordination. *JAAPA*. 2022 Feb 1;35(2):1–10. DOI: 10.1097/01.JAA.0000805840.00477.58.
13. Ahmed A, van den Muijsenbergh METC, Vrijhoef HJM. Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health Soc Care Community*. 2022 Nov;30(6):e3328–e3341. DOI: 10.1111/hsc.13913.
14. Smilianov V, Yemets T. Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*. 2023;11(1):83–89 DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89).
15. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan 8;19(1):13. DOI: 10.1186/s12913-018-3818-y.
16. Mendes LDS, Almeida PF, Santos AMD, Samico IC, Porto JP, Vázquez ML. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. *Cad Saude Publica*. 2021 May 17;37(5):e00149520. English, Portuguese. DOI: 10.1590/0102-311X00149520.
17. Mendes LDS, Almeida PF. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Rev Saude Publica*. 2020 Nov 23;54:121. DOI:10.11606/s1518-8787.2020054002475.
18. She Z, Gaglioti AH, Baltrus P, Li C, Moore MA, Immergluck LC et al. Primary Care Comprehensiveness and Care Coordination in Robust Specialist Networks Results in Lower Emergency Department Utilization: A Network Analysis of Medicaid Physician Networks. *J Prim Care Community Health*. 2020; 11:2150132720924432. DOI: 10.1177/2150132720924432.
19. Ohta R, Yoshioka K, Sano C. Evolution of the roles of family physicians through collaboration with rehabilitation therapists in rural community hospitals: a grounded theory approach. *BMC Prim Care*. 2024 Aug 3;25(1):283. DOI: 10.1186/s12875-024-02540-z.
20. Brillakis H, Fleischer S, Hogg-Graham R, Peterson LE. Rural Family Physicians Are More Likely to Collaborate with Multisector Community Organizations. *J Am Board Fam Med*. 2024 Nov-Dec;37(6):1167–1169. DOI: 10.3122/jabfm.2024.240104R1.
21. Hoehns JD, Witry M, McDonald M, Kadura S, O'Brien E, Nichols R et al. Community Pharmacist and Family Medicine Collaboration for Pre-Visit Planning for Shared Patients Receiving Chronic Care Management Services. *J Pharm Pract*. 2024 Jun;37(3):571–577. DOI: 10.1177/08971900221148042.
22. Banh HL, Cave AJ. A De Novo Pharmacist-Family Physician Collaboration Model in a Family Medicine Clinic in Alberta, Canada. *Pharmacy (Basel)*. 2021 May 28;9(2):107. DOI: 10.3390/pharmacy9020107.

References

1. World Health Organization. WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 Executive Summary [Internet]. 2015. [cited 2025 May 6]. 18 p. Available from: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>
2. Garattini L, Badinella Martini M, Nobili A. Integrated care: la strada giusta per il futuro? [Integrated care: the right way for the future?]. *Recenti Prog Med*. 2021 Oct;112(10):615–618. Available from: <https://api.semanticscholar.org/CorpusID:238860190>. (in Italian).
3. Saunders JE, Rankin Z, Noonan KY. Otolaryngology and the Global Burden of Disease. *Otolaryngol Clin North Am*. 2018 Jun;51(3):515–534. DOI: 10.1016/j.otc.2018.01.016. PMID: 29773124.
4. GBD 2021 Upper Respiratory Infections Otitis Media Collaborators, Ahinkorah BO, Ali SS, Gebremeskel TG, Kandel H, Naik GR et al. Global, regional, and national burden of upper respiratory infections and otitis media, 1990–2021: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2021. *The Lancet Infectious Diseases*. 2025 Jan;25(1):36–51. Epub 2024 Sept 9. DOI: 10.1016/S1473-3099(24)00430-4.
5. Sacko Hamidou Baba. Community ENT Health Promotion: Concepts and Perspectives in Mali. *IRJPMS*, 2023;6(2):38–40. Available from: <https://irjpms.com/wp-content/uploads/2023/02/IRJPMS-V6N2P110Y23.pdf>
6. Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine. Incidence of influenza and acute respiratory viral infections in Ukraine [Internet]. [Cite 2025 May 8]. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/inshi-infekciyni-zakhvoryuvannya/zakhvoryuvannist-na-grip-ta-grvi-v-ukraini>
7. Lekhan VM, Hrytsenko LO. Obgruntuvannia modeli intehrovanoi systemy pervynnoi medyko-sanitarnoi dopomohy [Substantiation of the integrated system of primary health care model]. *Ukraine. Nation's Health*, 2023;3(73):72–79. DOI: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2023.3/12> (in Ukrainian).
8. Diachuk MD. Normatyvna intehratsiia v sferi okhorony zdorovia Ukrainy [Regulatory integration in the healthcare sector of Ukraine.]. *Clinical and preventive medicine*, 2025;1(39):153–160. <https://doi.org/10.31612/2616-4868.1.2025.18>. (in Ukrainian).
9. Derrett S, Gunter KE, Samaranayaka A, Singer SJ, Nocon RS, Quinn MT, Breheny M, Campbell A, Schaefer CT, Heuer LJ, Chin MH. Development and Testing of the Provider and Staff Perceptions of Integrated Care (PSPIC) Survey. *Med Care Res Rev*. 2019 Dec;76(6):807–829. DOI: 10.1177/1077558717745936.
10. Misra V, Sedig K, Dixon DR, Sibbald SL. Prioritizing coordination of primary health care. *Can Fam Physician*. 2020 Jun;66(6):399–403. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. Erratum in: *Can Fam Physician*. 2020 Aug;66(8):554. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32532718/>
11. Khatri R, Endalamaw A, Erku D, Wolka E, Nigatu F, Zewdie A, Assefa Y. Continuity and care coordination of primary health care: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2023 Jul 13;23(1):750. DOI: 10.1186/s12913-023-09718-8.
12. Everett CM, Docherty SL, Matheson E, Morgan PA, Price A, Christy J, et al. Teaming up in primary care: Membership boundaries, interdependence, and coordination. *JAAPA*. 2022 Feb 1;35(2):1–10. DOI: 10.1097/01.JAA.0000805840.00477.58.
13. Ahmed A, van den Muijsenbergh METC, Vrijhoef HJM. Person-centred care in primary care: What works for whom, how and in what circumstances? *Health Soc Care Community*. 2022 Nov;30(6):e3328–e3341. DOI: 10.1111/hsc.13913.

14. Smiianov V, Yemets T. Theoretical and special practical competencies of general practice doctors-family physicians in providing medical assistance for diseases of the ear, throat, and nose. *EUMJ*. 2023;11(1):83–89 DOI: [https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11\(1\):83-89](https://doi.org/10.21272/eumj.2023;11(1):83-89).
15. Kuipers SJ, Cramm JM, Nieboer AP. The importance of patient-centered care and co-creation of care for satisfaction with care and physical and social well-being of patients with multi-morbidity in the primary care setting. *BMC Health Serv Res*. 2019 Jan 8;19(1):13. DOI: 10.1186/s12913-018-3818-y.
16. Mendes LDS, Almeida PF, Santos AMD, Samico IC, Porto JP, Vázquez ML. Experience with coordination of care between primary care physicians and specialists and related factors. *Cad Saude Publica*. 2021 May 17;37(5):e00149520. English, Portuguese. DOI: 10.1590/0102-311X00149520.
17. Mendes LDS, Almeida PF. Do primary and specialized care physicians know and use coordination mechanisms? *Rev Saude Publica*. 2020 Nov 23;54:121. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054002475.
18. She Z, Gaglioti AH, Baltrus P, Li C, Moore MA, Immergluck LC et al. Primary Care Comprehensiveness and Care Coordination in Robust Specialist Networks Results in Lower Emergency Department Utilization: A Network Analysis of Medicaid Physician Networks. *J Prim Care Community Health*. 2020; 11:2150132720924432. DOI: 10.1177/2150132720924432.
19. Ohta R, Yoshioka K, Sano C. Evolution of the roles of family physicians through collaboration with rehabilitation therapists in rural community hospitals: a grounded theory approach. *BMC Prim Care*. 2024 Aug 3;25(1):283. DOI: 10.1186/s12875-024-02540-z.
20. Brillakis H, Fleischer S, Hogg-Graham R, Peterson LE. Rural Family Physicians Are More Likely to Collaborate with Multisector Community Organizations. *J Am Board Fam Med*. 2024 Nov-Dec;37(6):1167–1169. DOI: 10.3122/jabfm.2024.240104R1.
21. Hoehns JD, Witry M, McDonald M, Kadura S, O'Brien E, Nichols R et al. Community Pharmacist and Family Medicine Collaboration for Pre-Visit Planning for Shared Patients Receiving Chronic Care Management Services. *J Pharm Pract*. 2024 Jun;37(3):571–577. DOI: 10.1177/08971900221148042.
22. Banh HL, Cave AJ. A De Novo Pharmacist-Family Physician Collaboration Model in a Family Medicine Clinic in Alberta, Canada. *Pharmacy (Basel)*. 2021 May 28;9(2):107. DOI: 10.3390/pharmacy9020107.

Інтеграція визнана концептуальним підходом до забезпечення якості медичної допомоги в сучасних умовах.

Мета дослідження: дослідити, які механізми інтеграції отоларингологічної допомоги впроваджено в діяльність лікаря загальної практики – сімейного лікаря (ЗП – СЛ). Об'єкт дослідження: механізми інтеграції отоларингологічної допомоги в діяльності лікаря ЗП – СЛ.

Матеріали та методи. Предмет дослідження: координація дій у командах працівників закладу первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), співпраця лікарів ЗП – СМ із лікарями-отоларингологами та зацікавленими представниками громади (соціальними працівниками, постачальниками медичних виробів, працівниками аптек, лікарями приватних медичних закладів); орієнтованість лікаря ЗП – СМ на пацієнта з хворобами вуха, горла, носа.

Методи дослідження: соціологічний (за стандартизованою анкетною PSPIC, 2019), медико-статистичний, аналітичний, узагальнення результатів.

Результати. Виявлено, що лікарі ЗП – СЛ активно використовують механізми пацієнт-орієнтованості (середні оцінки за шкалою Лайкерта – $3,95 \pm 0,47$ – $4,27 \pm 0,53$ бали) та скоординованої роботи з медичними працівниками в командах закладу ПМСД (середній бал – $3,94 \pm 0,22$ – $4,01 \pm 0,74$). Потребують удосконалення механізми координації під час профілактичних заходів, спостереження за пацієнтами з хронічними хворобами (середні оцінки відповідно $3,49 \pm 0,50$ та $3,68 \pm 0,46$ бали), стосунки між учасниками команд закладу ПМСД ($3,58 \pm 0,55$ бали), співпраця з лікарями-отоларингологами (середні оцінки – $2,62 \pm 0,48$ – $2,94 \pm 0,46$ бали) та зацікавленими представниками громади (середні оцінки – $3,58 \pm 0,49$ та $3,76 \pm 0,42$ бали).

Висновки. Використання механізмів інтеграції потребує управлінських рішень керівників закладів первинної та спеціалізованої медичної допомоги зі збалансованого їх запровадження в діяльність закладів охорони здоров'я території госпітального округу.

Ключові слова: пацієнти з хворобами вуха, горла, носа, механізми інтеграції, якість медичної допомоги, первинна медична допомога, координація, пацієнторієнтованість, команда.

Integration is a conceptual approach to ensuring the quality of medical care in modern conditions. One of the most important tasks of the medical services integration is the achievement of a sustainable health care system focused on the of the patient's needs, since fragmented services, poor coordination of medical care often become the main obstacle for patients and reduce its quality. In general, about 70.0% of ENT diseases can be cured in primary care, and its importance increases with a significant shortage of ENT specialists who work mainly in clinics. Therefore, the integration of otolaryngological care into the practice of a general practitioner is considered by scientists and health care organizers as a revolutionary approach that needs to be promoted. In Ukraine, as in the whole world, the incidence of diseases of the ear, throat, and nose, especially during epidemics, according to the Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine, is high. Therefore, the problem of high-quality medical care for patients with these diseases in primary care is relevant, and the mechanisms for integrating otolaryngological care into the practice of a general practitioner have not been sufficiently studied.

The purpose of the study: to investigate what mechanisms for integrating medical care for patients with ear, throat, and nose diseases are implemented in the activities of a general practitioner.

Materials and methods. The object of the study: mechanisms of integration of otolaryngological care in the activities of a general practitioner. The subject of the study: coordination of actions in teams of employees of a primary health care institution, cooperation of general practitioners with otolaryngologists and interested community representatives, namely social workers, suppliers of medical products, pharmacy employees, doctors of private medical institutions; the orientation of a general practitioner to a patient with ear, throat, and nose diseases.

Research methods: sociological (based on the standardized questionnaire PSPIC, 2019), medical and statistical, analytical, generalization of results.

Results. The results of the study showed that integration as a modern strategy for improving the quality of medical care is used by general practitioners-family doctors in Kyiv for patients with ear, throat, and nose diseases. However, integration mechanisms are used unevenly both within primary care institutions and in their external interactions. According to the respondents, coordination mechanisms for preventive measures and monitoring patients with chronic diseases need to be improved (average scores of 3.49 ± 0.50 and 3.68 ± 0.46 points, respectively). The survey participants gave low scores for sincerity and openness in communication between members of the teams of the primary health care institution (score of 3.58 ± 0.55 points), which indicated the need to build more trusting relationships that will positively affect the quality and effectiveness of cooperation in the team. The most problematic position in using integration mechanisms was the coordination of activities between general practitioners and otolaryngologists (average scores of 2.62 ± 0.48 – 2.94 ± 0.46 points), which indicates the continued fragmentation of medical care for patients with ear, throat, and nose diseases and the threat to its quality when transferring the patient to specialized medical care institutions. More active cooperation between general practitioners and social workers, suppliers of medical devices, pharmacy employees, doctors of private medical institutions, and interested community representatives is advisable (average scores 3.58 ± 0.49 and 3.76 ± 0.42 points).

Conclusions. The use of integration mechanisms requires management decisions by the heads of primary and specialized medical care institutions for their balanced implementation in the activities of health care institutions in the hospital district. Prospects for further research lie in further monitoring of the integration mechanisms used both within domestic primary health care institutions and in their external interactions, considering international approaches to conducting such research.

Key words: patients with ear, throat, and nose diseases, integration mechanisms, quality of medical care, primary medical care, coordination, patient-centeredness, team.

Відомості про автора

Кононов Олександр Євгенович – кандидат медичних наук, доцент кафедри терапії, сімейної медицини, гематології і трансфузіології Національного університету охорони здоров'я України імені П.Л. Шупика; вул. Дорогожицька, 9, м. Київ, Україна, 04112.

uadoctorkononov@gmail.com, ORCID ID: 0000-0003-0505-0296

Стаття надійшла до редакції 16.06.2025

Дата першого рішення 02.09.2025

Стаття подана до друку 30.09.2025