

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
ІМЕНІ І. Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО
МІНІСТЕРСТВА ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

Карась Марія Петрівна

На правах рукопису

УДК: 616.1/4-082:614.253.56

Магістерська робота

**Особливості роботи медичної сестри первинної медико-санітарної
допомоги - сімейної медицини**

спеціальність

223 «Медсестринство»

Науковий керівник:

кандидат медичних наук, асистент кафедри
клінічної імунології, алергології
та загального догляду за хворими
Тернопільського національного медичного
університету імені І. Я. Горбачевського
Коцаба Ю.Я.

Тернопіль – 2021

ЗМІСТ

| | |
|---|----|
| ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ..... | 3 |
| ВСТУП..... | 4 |
| РОЗДІЛ 1 Огляд літератури..... | 8 |
| 1.1. Основні принципи роботи первинної медико-санітарної допомоги... | 8 |
| 1.2. Сімейна медицина в Україні..... | 10 |
| 1.3. Медсестра загальної практики — сімейної медицини..... | 12 |
| 1.4. Аналіз роботи медсестри первинної ланки в Польщі..... | 19 |
| РОЗДІЛ 2 Методи і об'єкт дослідження..... | 25 |
| 2.1. Методика вивчення рівня професійної самореалізації сімейної медсестри..... | 26 |
| 2.2 Методи статистичної обробки отриманих результатів..... | 30 |
| РОЗДІЛ 3 | 31 |
| ВИСНОВКИ..... | 36 |
| ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ..... | 38 |
| СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ..... | 35 |
| ДОДАТКИ..... | 40 |

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ПМСД - первинна медико-санітарна допомога

СМ – сімейна медицина

ВСТУП

Актуальність теми. Основним завданням системи охорони здоров'я в цілому, а також окремих ланок, служб і фахівців є збереження і зміцнення здоров'я населення. Ключову роль у забезпеченні громадського здоров'я відіграє первинна медико-санітарна допомога (ПМСД) організована на принципах загальної практики/сімейної медицини (СМ). Розбудова дієвої системи ПМСД є провідним напрямом перетворень у багатьох країнах світу і в Україні також. 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. Частиною успішного процесу розбудови ПМСД є достатня інформованість фахівців усіх спеціальностей та осіб повноважних приймати управлінські рішення щодо підходів до організації та розвитку ПМСД, які довели свою ефективність.

У 2017 році влада в Україні розпочала реформу системи охорони здоров'я та зміну її фінансування на всіх ланках медичної допомоги. Якщо уряд буде послідовно реалізовувати реформу, медичні послуги стануть більш доступними для пацієнтів та якісними.

Попри те, що Україна намагається реформувати галузь, будуючи страхову медицину за угорським та іспанським сценаріями, варто придивитися до досвіду інших країн, зокрема сусідньої Польщі. Система охорони здоров'я в українській сусідки не є зразковою, але багато елементів, які тільки зараз намагаються запровадити в Україні, вже давно функціонують, і досить ефективно, в Польщі.

Щоб пацієнти краще відчули це, потрібні трансформації у підходах до медсестринської допомоги. Саме медичні сестри та брати частіше контактують з пацієнтами, організують взаємодію між ними,

забезпечують дотримання норм інфекційної безпеки будь-якого медичного закладу.

Майже жодна медична послуга не надається без залучення медичної сестри або брата. Коли людина звертається до сімейного лікаря чи до лікарні та потребує лікування, проведення обстеження, інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій, догляду тощо - вона завжди спілкується з медсестрою. Більш того, частина пацієнтів не мали б потреби звертатися до лікаря, якщо б мали доступ до якісної медсестринської допомоги (*Катерина Балабанова, Центр розвитку медсестринства Міністерства охорони здоров'я України 27 травня 2020 року*).

На сьогоднішній день наукові роботи, що стосуються ПМСД аналізують, в основному, якість та ефективність надання первинної медичної допомоги, а також її доступності для пацієнтів. Але немає досліджень, які б вивчали ПМСД з іншого боку: з боку задоволеності умовами своєї праці та можливостями професійної реалізації медичного персоналу, що надають первинну допомогу населенню, зокрема сімейних медичних сестер.

Тому **метою** нашої роботи було проаналізувати систему надання первинної медико-санітарної допомоги медичними сестрами в Україні (виявити переваги та недоліки в умовах реформування) та порівняти її з системою надання первинної медико-санітарної допомоги в Польщі, а також вивчити рівень можливостей професійної самореалізації вітчизняних сімейних медичних сестер на основі проведеного опитування.

Завдання:

1. Проаналізувати підхід щодо надання первинної медико-санітарної допомоги медичними сестрами в Україні
2. Проаналізувати принципи організації надання первинної медико-санітарної допомоги медичними сестрами в Польщі

3. Порівняти обидві системи, виявивши недоліки та переваги тої чи іншої системи
4. Вивчити рівень професійної самореалізації та можливості кар'єрного зростання сімейних медичних сестер в Україні

Об'єкт дослідження: медичні сестри амбулаторій сімейної медицини, що надають первинну медико-санітарну допомогу населенню.

Предмет дослідження: система надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні та Польщі.

Методи дослідження: аналіз та узагальнення літературних даних; аналіз та узагальнення науково-методичної бази основних міжнародних організацій та національних інституцій; соціологічні дослідження відповідно до розробленого опитувальника, аналіз статистичної звітності.

Наукова новизна. Автор вперше проаналізувала та порівняла систему надання первинної медико-санітарної допомоги в Україні та Польщі не з боку ефективності та доступності для населення, а з боку професійних можливостей самих сімейних медичних сестер. Також вперше було проаналізовано результати опитування практичних сімейних медсестер щодо можливостей їхнього професійного розвитку.

Практичне значення одержаних результатів. Проведені дослідження допомогли проаналізувати та запропонувати нові методи щодо проведення професійного вдосконалення та самореалізації сімейних медичних сестер.

Апробація результатів роботи. Результати досліджень, що включені до магістерської роботи, оприлюднені на підсумковій науково-практичній конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини», 11.06.2021, ТНМУ, м. Тернопіль.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 1 стаття у фаховому науковому журналі «Медсестринство» та тези в матеріалах підсумкової науково-практичної конференції «Здобутки клінічної та експериментальної медицини».

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 42 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, списку використаної літератури. Робота містить 4 рисунка та 2 таблиці.

РОЗДІЛ 1. Огляд літератури

1.1. Основні принципи роботи первинної медико-санітарної допомоги

Усі люди, скрізь, заслуговують на належну турботу, саме у своїй громаді. Це основна передумова первинної медико-санітарної допомоги.

Первинна медична допомога (ПМСД) задовольняє більшість потреб здоров'я людини протягом усього життя. Поняття «здоров'я» включає фізичне, психічне та соціальне благополуччя, і воно орієнтоване на людей, а не на захворювання. ПМСД - це підхід цілого суспільства, що включає зміцнення здоров'я, профілактику захворювань, лікування, реабілітацію та паліативну допомогу [23].

Підхід до первинної медичної допомоги включає три компоненти:

- задоволення потреб здоров'я людей протягом усього життя;
- вирішення ширших факторів, що визначають стан здоров'я, за допомогою багатогалузевої політики та дій;
- надання можливості людям, сім'ям та громадам самостійно брати на себе відповідальність за своє здоров'я.

Всесвітня організація охорони здоров'я прийняла для всіх країн визначення первинно-медико-санітарної допомоги з такими основними функціями:

- здійснення санітарно-гігієнічних заходів;
- охорона здоров'я матері і дитини включно з плануванням сім'ї;
- щеплення проти основних інфекційних захворювань;
- профілактика вогнищевих епідемічних захворювань та боротьба з ними;
- санітарна просвіта населення.

Надаючи допомогу в громаді, а також допомогу через громаду, ПМСД вирішує не лише індивідуальні та сімейні потреби у здоров'ї, а й ширшу проблему охорони здоров'я та потреб певного населення.

Принципи ПМСД були вперше викладені в Декларації Алма-Ати 1978 р., що є основою віхою у світовому здоров'ї. Сорок років по тому світові лідери ратифікували Декларацію Астани на Всесвітній конференції з первинної медико-санітарної допомоги, яка відбулася в Астані, Казахстан, у жовтні 2018 року.

ПМСД, оскільки мова йде про те, як найкраще надати медичну допомогу та послуги кожному та скрізь, є найефективнішим та найефективнішим способом досягнення здоров'я для всіх [24].

1.2. Сімейна медицина в Україні

ПМСД ґрунтується на засадах сімейної медицини, впровадження якої визначається низкою передумов. Насамперед, це потреба в економії коштів держави і пацієнта.

Сімейна медицина (СМ) в Україні перебуває на етапі свого становлення, але вже давно розповсюджена у світі [28].

Сімейний лікар, працюючи тривалий час з постійним контингентом, може враховувати вплив на їх здоров'я різноманітних чинників, зокрема такого важливого як спосіб життя.

Він детально вивчає особистість, її сімейне та соціальне оточення, враховуючи медичні, психологічні та соціальні аспекти стану здоров'я.

Сімейний лікар, допомагаючи пацієнтам при захворюванні, у вирішенні певних проблем соціального плану стає авторитетною людиною і до його порад прислухаються, він може впливати на різні сторони життя населення.

Так історично склалося, що вітчизняна клінічна школа, на відміну від зарубіжних, завжди відзначалася вмінням лікувати саме хворого, а не його хворобу. Дільничні лікарі багато в чому виконували роль сімейних.

Організаційні форми сімейної медицини в країнах світу різні, проте їх принципи суттєво не відрізняються [29].

Нелегкою є і праця сімейної медичної сестри. Вона повинна спостерігати свого пацієнта від народження протягом усього його життя, володіючи основами профілактики захворювань, догляду за пацієнтами різного віку, деонтологічними навичками спілкування з членами його родин.

Роль медичної сестри у системі охорони здоров'я є надзвичайно важливою. Вона – рівноправний учасник лікувально-профілактичного процесу, перш за все, у діяльності сімейної амбулаторії. Розуміючи, що їхні пацієнти – унікальні особистості, медсестра допомагає лікарю у

попередженні захворювань, своєчасному виявленні проблем у стані їхнього здоров'я, координації надання медичної допомоги.

Спільна, дружна робота тандему: лікар і медсестра загальної практики – запорука профілактики та зниження захворюваності. Тому команда медпрацівників загальної практики повинна налагодити комплаєнс зі своїми пацієнтами [37].

1.3. Медсестра загальної практики — сімейної медицини

Відповідно до наказу МОЗ України № 1574 від 18.08.2020 р. «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників» до номенклатури спеціальностей середніх медпрацівників внесли спеціальність «Медична сестра (брат медичний) загальної практики — сімейної медицини» [32].

Сімейна медсестра — це перший помічник лікаря у сімейній медицині. На посаду сімейної медсестри призначають фельдшера або медсестру, яка закінчила вищий медичний навчальний заклад I—IV рівнів акредитації, курси за фахом «Загальна практика — сімейна медицина» і має відповідне посвідчення.

Сімейна медсестра повинна мати високу теоретичну і практичну підготовку, адже їй доводиться працювати з дітьми різних вікових груп, дорослим населенням, вагітними. Вона повинна вміти надавати невідкладну допомогу, володіти навичками операційної сестри, організовувати належний догляд за хворими, проводити санітарно-просвітню роботу, вести документацію, забезпечувати амбулаторний прийом сімейного лікаря, бути обізнаною в організації денних стаціонарів і стаціонарів удома. Сімейна медсестра допомагає пацієнту долати усі труднощі медичного «сервісу». Надаючи допомогу кільком поколінням пацієнтів з однієї сім'ї, вона стає свідком внутрішніх проблем родини, тісно стикається з ними. Медсестра має постійно контролювати ставлення сім'ї до питань здоров'я, харчування, їхні шкідливі звички тощо. Це дасть змогу передбачити перехід окремих членів родини в групу ризику і скласти план превентивних заходів [33].

Лише на дільниці сімейної медицини є вмотивована потреба посправжньому займатися профілактикою, оскільки медичні працівники цієї дільниці безпосередньо зацікавлені в зниженні захворюваності закріпленого за нею населення.

В Україні число жителів на 1 сімейного лікаря, а відтак і медичну сестру, що з ним працює в містах становить 1500 осіб і 1200 – в сільській місцевості. Для лікарів та медичних сестер сімейної практики встановлюється 38-годинне навантаження на тиждень (6,5 годин на день за шестиденного робочого тижня) [39].

В Україні проведено реформування первинної медико-санітарної допомоги, що передбачає:

- організацію кваліфікованої ПМСД і забезпечення її медичної, соціальної і економічної ефективності;
- забезпечення наступності первинної медико-санітарної допомоги зі спеціалізованою поліклінічною, стаціонарною і санаторно-курортною допомогою;
- проведення експертизи непрацездатності і своєчасне направлення хворих на МСЕК;
- надання пацієнтам швидкої і невідкладної допомоги;
- профілактичні щеплення, раннє виявлення, ізоляція або госпіталізація інфекційних хворих, а також організація дезінфекційних і карантинних заходів;
- проведення санітарно-просвітньої роботи;
- надання консультативної допомоги сім'ям з питань харчування і виховання дітей, підготовки їх до дитячих дошкільних закладів і шкіл, планування сім'ї;
- організація разом з органами соціального захисту і служби милосердя медико-соціальної допомоги особам похилого віку, інвалідам, хронічно хворим;
- участь в реалізації цільових комплексних програм;
- ведення облікової і звітної документації;
- виконання санітарних норм і правил щодо техніки безпеки, охорони праці і протипожежної безпеки;

- забезпечення постійного удосконалення медичного і допоміжного персоналу.

Головною метою амбулаторії лікаря загальної практики (сімейного лікаря) є надання первинної медико-санітарної допомоги жителям сімейної ділянки незалежно від їхнього віку.

Амбулаторія сімейної медицини може існувати:

- як самостійний заклад, що підлягає державному органу охорони здоров'я;
- як підрозділ державного поліклінічного закладу;
- як приватний медичний заклад;
- в одній амбулаторії можуть працювати декілька сімейних лікарів, об'єднуючи і координуючи свої зусилля;
- приміщення амбулаторії може бути в комунальній власності, приватним, орендованим або у складі іншого медичного закладу.

Основні завдання амбулаторії:

— постійний медичний догляд за станом здоров'я сімей, гігієнічне виховання дітей і підлітків, впровадження навичок зміцнення здоров'я і попередження захворювань, профілактичні заходи (імунізація, психофармопрофілактика) тощо;

- діагностика захворювань та їхнє лікування;
- долікування і реабілітація хворих;
- спрямування хворих у разі потреби до вузьких фахівців;
- диспансеризація хворих;
- надання хворим швидкої і невідкладної допомоги;
- лікування хворих в денних стаціонарах, стаціонарах удома і стаціонарах лікувальних закладів;
- експертиза тимчасової і стійкої втрати працездатності;
- аналіз стану здоров'я своїх пацієнтів і планування заходів щодо його поліпшення.

Число лікарів сімейної амбулаторії залежить від числа пацієнтів та існуючих нормативів. Крім сімейного лікаря, можуть бути лікар-стоматолог, акушерка, лаборант, медичні сестри.

- керує амбулаторією завідувач, досвідчений лікар, він ще займається фінансово-господарчою діяльністю;
- фінансується амбулаторія із державного або місцевого бюджетів, за рахунок страхових внесків і внесків пацієнтів;
- амбулаторія користується правом юридичної особи, має круглу печатку, штамп, рахунок в банку;
- амбулаторія має майно і автотранспорт;
- амбулаторія веде облікову і звітну документацію встановленого зразка.

Сімейний лікар надає кваліфіковану первинну лікувально-профілактичну допомогу пацієнтам своєї дільниці або тим, що його вільно обрали [30,38].

Сімейний лікар зобов'язаний:

- надавати кваліфіковану планову і невідкладну медичну допомогу в амбулаторії і вдома;
- у разі потреби направляти хворих на консультацію до вузьких фахівців і разом з ними надавати відповідну допомогу;
- направляти хворих, у разі потреби, на шпиталізацію і вести спостереження за хворими під час стаціонарного лікування;
- забезпечити належний рівень профілактики, діагностики, лікування і реабілітації хворих;
- знати фактори ризику захворювань з метою їхнього раннього виявлення;
- забезпечити санітарно-протиепідемічні заходи;
- займатись експертизою працездатності хворих;
- підвищувати свою кваліфікацію;

- консультувати населення з медико-соціальних питань та планування сім'ї;

- надавати допомогу в екстремальних ситуаціях;
- керувати персоналом амбулаторії;
- вести звітно-облікову документацію;
- проводити санітарно-просвітню роботу [34].

Сімейна медична сестра – фахівець із середньою медичною освітою, яка допомагає сімейному лікарю надавати первинну медико-санітарну допомогу.

На посаду сімейної медичної сестри призначається фахівець, який має досвід практичної роботи на терапевтичній або педіатричній дільниці, пройшов відповідну підготовку і має належну кваліфікацію.

Сімейна медична сестра безпосередньо підпорядковується сімейному лікарю, однак вона може працювати не лише з одним, а й з групою сімейних лікарів. Або з одним сімейним лікарем може працювати кілька медичних сестер.

Сімейна медична сестра допомагає лікарю здійснювати профілактичні, діагностичні, оздоровчі і реабілітаційні заходи, забезпечувати медико-соціальний захист сім'ї, надавати невідкладну долікарську медичну допомогу тощо.

В своїй роботі вона керується положеннями, законодавчими і нормативними документами. Приймається або звільняється з роботи згідно законодавства і умов контракту [35].

Обов'язки медичної сестри такі:

- підготовка амбулаторного прийому і допомога лікарю в його проведенні;
- вимірювання артеріального тиску, проведення антропометричних та інших досліджень згідно кваліфікаційних даних;
- заповнення медичних документів;

- підготовка хворих до лабораторних, інструментальних і апаратних досліджень;
- забір матеріалу для клінічних, біохімічних і бактеріологічних досліджень;
- проведення допологового і післяпологового патронажу вагітних, патронажу дітей, ведення школи батьків;
- участь в динамічному спостереженні за здоровими і хворими;
- проведення профілактичних щеплень;
- санітарно-просвітня робота і пропаганда здорового способу життя, планування сім'ї;
- своєчасне виявлення туберкульозу, злоякісних новоутворень, шкірно-венеричних захворювань;
- участь у проведенні протиепідемічних заходів;
- контроль за виконанням хворими лікувальних і оздоровчих заходів;
- ведення медичної документації;
- підготовка даних для написання статистичного звіту;
- підвищення кваліфікації шляхом самопідготовки, на курсах вдосконалення, вивчення передового досвіду, участь в конференціях і семінарах.

Права сімейної медичної сестри:

- вимагати від адміністрації закладу і сімейного лікаря необхідних умов для праці;
- отримувати додаткову платню за позаконтрактні види медичних послуг;
- піднімати питання покращення медичної допомоги пацієнтам;
- брати участь у науково-практичних конференціях і семінарах;
- бути членом різноманітних професійних і громадських організацій.

Виконуючи свої обов'язки, медична сестра вступає у стосунки:

- з сімейним лікарем з питань медичної допомоги;
- зі старшою медичною сестрою (якщо вони знаходяться у складі комунальної лікарні) для звіту про свою роботу;
- з працівниками Червоного Хреста, відділу соціального забезпечення, територіальної СЕС з питань, що стосуються здоров'я пацієнтів.

Медичні працівники сімейної амбулаторії несуть відповідальність за невиконання своїх обов'язків, за бездіяльність або шкоду, нанесену здоров'ю людей, згідно чинного законодавства [31, 36].

1.4. Аналіз роботи медсестри первинної ланки в Польщі

Державна система охорони здоров'я у Польщі не безкоштовна. Кожна людина працездатного віку сплачує обов'язкову страховку у розмірі приблизно 9% від своїх доходів, що перераховується до Національного фонду здоров'я. При цьому, достатньо, щоб страховку мав один член сім'ї, через якого вона автоматично розповсюджуватиметься на всіх.

Система охорони здоров'я Польщі завжди вважалася проблемною ланкою в системі життєзабезпечення Польщі, і попри всі видимі успіхи реформування, такою її часто називають і сьогодні. Чергові польські уряди понад два десятиліття намагалися реформувати медицину, але це не до кінця їм вдалося.

У рейтингу Європейського індексу здоров'я пацієнта за 2016 рік Польща зайняла 31 місце серед 34 країн, які оцінювалися. Це свідчить про серйозні прогалини у системі. Низький рейтинг, як правило, мають ті країни, які витрачають на медицину великі кошти, але коефіцієнт корисної дії від цього є доволі низьким.

Міжнародна рада медсестер прийняла таке визначення медсестри первинної ланки: це "зареєстрована медсестра з відповідними знаннями, навичками прийняття рішень та клінічними компетенціями. Їх обсяг залежить від ситуації та умов країни, в якому зацікавлена особа отримує право здійснювати професійну діяльність. Рекомендується, щоб кандидати на стажування мали ступінь магістра» [6, 7].

Медсестра первинної медичної допомоги забезпечує комплексну допомогу догляд за людиною, сім'єю та громадою в середовищі проживання. До її обов'язків належить турбота про здорових людей та хворих людей, незалежно від статі та віку (крім новонароджених та немовлят до 2-місячного віку) [12]. Під опікою однієї медсестри має бути не більше 2750 пацієнтів [13].

В Польщі сімейна медсестра доглядає за пацієнтом і виконує ряд медичних заходів в рамках своїх обов'язків. Вона може проводити діагностику та лікувати обмежено. В їх завдання входить також навчання пацієнта, щоб він міг навчитися жити зі своєю хворобою та навчитися діяти, щоб не захворіти [5, 17].

Іншими словами, медсестра первинної медико-санітарної допомоги - це медична сестра, з якою кожен можете заключити декларацію. Вона надає медичні послуги у медичному закладі, який працює з понеділка по п'ятницю з 8:00 до 18:00, за винятком святкових днів [8].

Робочий час сімейної медсестри мінливий, і вона також виконує покладені на них обов'язки вдома у пацієнта, за винятком державних свят. Якщо необхідно робити ін'єкції або доглядати за ранами по суботах та неділях або у святкові дні, тоді лікар або медсестра повідомляють про таку необхідність в клініку, яка буде виконувати їх у режимі нічного та святкового медичного обслуговування на тій чи іншій території [18, 19].

Пацієнт може змінити сімейну медсестру - безкоштовно, але не частіше двох разів на календарний рік. За кожен наступну зміну в даному році необхідно платити.

Доглядаючи за пацієнтами, медична сестра тісно співпрацює з іншими працівниками команди первинної допомоги:

- сімейний лікар
- сімейна акушерка
- шкільна медсестра [20].

Завдання, які виконує медсестра сімейної медицини в Польщі:

1. Послуги в галузі зміцнення здоров'я та профілактики захворювань, які включають: визначення, оцінку та запобігання ризикам для здоров'я; визначення сестринських потреб пацієнтів; консультування щодо ведення здорового способу життя; реалізація програм охорони здоров'я; проведення профілактичного лікування у людей із груп ризику для здоров'я; організація

груп підтримки; моніторинг розвитку дитини; профілактика захворювань та освіта у галузі профілактичних щеплень.

2. Сестринські послуги, тобто догляд за здоровими пацієнтами та за людьми із різними захворюваннями; проведення косметичних процедур; допомога та навчання самообслуговування при захворюваннях та інвалідності.

3. Діагностичні послуги, включаючи проведення екологічних інтерв'ю; медичний огляд; проведення вимірювань діагностичних показників та їх інтерпретація; оцінка загального стану хворого; оцінка якості життя; виявлення відхилень від норми розвитку; проведення діагностичних тестів; збір матеріалу для діагностичних досліджень; оцінка та моніторинг болю; оцінка ефективності догляду опікунів.

4. Медичні послуги, що надаються відповідно до окремих нормативних актів, включають надання першої допомоги у ситуаціях, що загрожують життю; введення препарату, призначеного лікарем; надягання пов'язок; катетеризація сечового міхура у жінок; промивання сечового міхура; клізми; зняття швів; інгаляції; процедури з використанням тепла і холоду; постановка банок; встановлення дієти в харчуванні хронічно хворих; підбір техніки годування залежно від стану здоров'я пацієнта; екстрена модифікація дози знеболюючих за консультацією з лікарем.

5. Реабілітаційні послуги включають реабілітацію біля ліжка хворого, фізичне вдосконалення, позиціонування та переміщення пацієнта в ліжку, постуральний дренаж, дихальна гімнастика та загальні фітнес-вправи [10, 21].

Профілактична діяльність медсестер первинної ланки полягає у проведенні комплексу заходів задля профілактики та раннього виявлення раку та системних захворювань [9].

Дослідження, проведене на північному сході Польщі показує, що мета візитів медсестер первинної ланки додому до пацієнта є наступні: ін'єкції, заміна пов'язок тощо.

Поради щодо збереження здоров'я та ведення здорового способу життя, необхідність у проведенні діагностичних вимірювання артеріального тиску, вимірювання цукру в крові та допомога у заповненні рецептів [20].

Згідно статистичних звітів сімейні медсестри, які брали участь у навчанні в галузі онкології, частіше надавали інструкції щодо самообстеження молочних залоз, частіше інформували жінок про необхідність регулярного проходження гінекологічних оглядів та навчали їх щодо гігієни статевого життя та продовження роду [22].

Медсестра первинної ланки відіграє особливу роль у догляді людей похилого віку. Найчастіше, на думку медсестер послуги, що надаються людям похилого віку, - це терапевтичні та діагностичні послуги. З іншого боку, опитування соціальної ситуації, виплат по догляду та освіти пацієнтів рідше вказували опитувані медсестри [1, 11].

На основі якісних досліджень щодо інтерв'ю у фокус-групах, здається, що особливо важливим завданням медсестри є надання інформаційної та емоційної підтримки людям похилого віку та їхнім сім'ям [2].

Медсестра також відіграє певну роль у концепції шкільного життя. Як частина шкільної команди зі зміцнення здоров'я їй було призначено роль консультанта з питань охорони здоров'я та зв'язку між школою та закладами охорони здоров'я в районі [3].

Забезпечення якості в первинному догляді - це безпека послуг, адаптація догляду до потреб одержувачів, доступності послуг, суб'єктивності пацієнта та безперервності догляду. Безпека послуги вимагають відповідної кваліфікації медсестер, застосовуючи сучасні методи догляду та використовуючи стандарти поведінки [14].

Сучасні професійні труднощі в роботі медичної сестри

Із заяв сімейних медсестер на сторінках журнал "Służba Zdrowia" вказано, що їх основна проблема полягає в широкому колі відповідальності перед великими кількість підопічних. Потреба у виконанні нових завдань, закріплених у правових актах, проте без встановлення додаткової винагороди за це. Наслідком такої ситуації є скорочення робочого часу для домашнього обслуговування пацієнта. Заради забезпечення найкращої якості медсестри постулюють розподіл завдань на два:

медсестра, яка працює в офісі, і медсестра, яка працює в домашніх умовах пацієнта. Крім того, вони очікують додаткового фінансування деяких процедур (наприклад, лікування ран) [14, 16].

Ще одна проблема, яка може вплинути на роботу є професійною і стосується всіх медсестер - збільшення середнього віку людей, що працюють за цими професіями.

Аналіз Вищої палати медсестер та акушерок показує, що у 2008 році середній вік медсестер був 44,19, а акушеркам - 43,23 року, тоді як у 2013р відповідно: 48,69 та 47,69 років [15].

Перелік проблем польської медицини, попри повільне, але доволі ефективне реформування, лишається значним.

Найбільше пацієнти, як і самі лікарі, нарікають на дуже довгі черги, у першу чергу до лікарів-спеціалістів. Час очікування може сягати кількох місяців і навіть більше року.

Нестача кваліфікованих фахівців давно відчутна у всіх галузях польської медицини, а кількість практикуючих сімейних лікарів у співвідношенні з кількістю населення тут одна з найнижчих в ЄС.

Якщо різниця в оплаті праці польських лікарів у порівнянні з іншими європейськими країнами за останні 10 років суттєво зменшилася, то медичні сестри заробляють в кілька разів менше, ніж їхні колеги, наприклад, в Німеччині або Нідерландах.

Тому польські медсестри воліють знайти роботу в лікарнях Західної Європи.

Брак медичних сестер первинної ланки обчислюється тисячами. А через 3-4 роки в Польщі на пенсію піде ще 56 000 медсестер – 20% від усієї кількості.

РОЗДІЛ 2

Методи і об'єкт дослідження

Оскільки в основі цього дослідження було закладено вивчення ролі сімейної медичної сестри в системі організації медичної допомоги та догляду за пацієнтами в Україні та Польщі, а також можливості вітчизняної сімейної медичної сестри здійснювати професійний ріст та самореалізацію в умовах сучасних реформ галузі. То об'єктом нашого дослідження стали медичні сестри амбулаторій сімейної медицини, що надають первинну медико-санітарну допомогу населенню.

На основі цього основними методами нашого дослідження були обрані наступні:

- вивчення та аналіз наукової літератури;
- виявлення основних потреб та проблем в професійній самореалізації сімейної медичної сестри за допомогою використання спеціального професійного опитувальника;
- статистичний аналіз;
- аналіз і узагальнення отриманої інформації;
- формування висновків.

2.1. Методика вивчення рівня професійної самореалізації сімейної медсестри

Методика оцінки професійної самореалізації включала [25, 26, 27]:

- а) розробку протоколу дослідження;
- б) вибір інструмента дослідження (опитування);
- в) опитування (інтерв'ювання) досліджуваних;
- г) шкалювання опитувальника і формування бази даних;
- д) статистичну обробку, аналіз та інтерпретацію результатів дослідження.

Професійна самореалізація - одна із найважливіших форм життєвої реалізації, що характеризується високим рівнем розкриття особистісного потенціалу фахівця у обраній професії, розвитком його здібностей та затребуваністю його професійної кваліфікації, широким використанням його професійного досвіду та здобутків іншими фахівцями [26]

Професійна реалізація може відбуватися у двох загальних *формах (способах)*:

- зовнішньопрофесійна (досягнення значущих здобутків у різних аспектах професійної діяльності);
- внутрішньопрофесійна (професійне самовдосконалення, спрямоване на підвищення професійної компетентності та розвиток професійно-важливих якостей).

На основі аналізу провідних фахівців в галузі психології праці, виділяють *10 ознак професійної самореалізації*:

1. *Внутрішньопрофесійні*:

- 1.1. Потреба у професійному вдосконаленні.
- 1.2. Наявність проекту власного професійного розвитку.
- 1.3. Переважаюче задоволення власними професійними досягненнями.

- 1.4. Постійна постановка нових професійних цілей.
- 1.5. Формування власного «життєвого-професійного простору».

2. *Зовнішньо-професійні:*

- 2.1. Досягнення поставлених професійних цілей.
- 2.2. Визнання досягнень фахівця професійним співтовариством.
- 2.3. Використання професійного досвіду та здобутків іншими фахівцями.
- 2.4. Розкриття особистісного потенціалу і здібностей у професії.
- 2.5. Вияв високого рівня творчості у професійній діяльності.

Опитувальник професійної самореалізації було розроблено на основі відповідно до вищенаведених 10 ознак (по 5 на кожен форму самореалізації).

Перша частина опитувальника призначена для з'ясування *загального рівня професійної самореалізації* фахівця, а також для визначення ступеня вираженості окремих його складових.

У другій частині опитувальника досліджуваному пропонується у вільній формі описати, яким чином його робота (професійна діяльність) створює можливості для особистісної самореалізації [25].

I частина містить 30 запитань, на кожне з яких пропонується 5 варіантів відповіді, розташованих за порядковою шкалою зростання вираженості ознаки зліва направо (від 0 до 4 балів).

Опрацювання результатів. Згідно з ключем (таб.2.1) підраховуються суми балів за 10-ма ознаками професійної самореалізації, поєднаними за двома його формами, а також визначається сумарний результат, який характеризує *загальний рівень професійної самореалізації фахівця*.

Таблиця 2.1. - Ключ

| № | Форми – 2 / Ознаки – 10 | №№ питань |
|------|--------------------------------------|-----------|
| 1. | Внутрішньо-професійні | |
| 1.1. | Потреба у професійному вдосконаленні | 1, 11, 21 |

| | | |
|------|---|------------|
| 1.2. | Наявність проекту власного професійного розвитку | 2, 12, 22 |
| 1.3. | Переважаюче задоволення власними професійними досягненнями | 3, 13, 23 |
| 1.4. | Постійна постановка нових професійних цілей | 4, 14, 24 |
| 1.5. | Формування власного «життєво-професійного простору» | 5, 15, 25 |
| 2. | Зовнішньо-професійні | |
| 2.1. | Досягнення поставлених професійних цілей | 6, 16, 26 |
| 2.2. | Визнання досягнень фахівця професійним співтовариством | 7, 17, 27 |
| 2.3. | Використання професійного досвіду та здобутків іншими фахівцями | 8, 18, 28 |
| 2.4. | Розкриття особистісного потенціалу і здібностей у професії | 9, 19, 29 |
| 2.5. | Вияв високого рівня творчості у професійній діяльності | 10, 20, 30 |

Дані другої частини опитувальника опрацьовуються й узагальнюються на основі контент-аналізу висловлювань досліджуваних.

Таблиця 2.2. - Нормативні дані показників професійного самореалізації (у балах)

| № | Рівень професійного | Загальний | Внутрішньо-професійного | Зовнішньо-професійного |
|---|---------------------|------------|-------------------------|------------------------|
| 1 | Низький | ≥ 45 | ≥ 21 | ≥ 19 |
| 2 | Нижчий за середній | 46 – 63 | 22 – 32 | 20 – 30 |
| 3 | Середній | 64 – 81 | 33 – 42 | 31 – 40 |
| 4 | Вищий за середній | 82 – 99 | 43 – 51 | 41 – 49 |
| 5 | Високий | ≤ 100 | ≤ 52 | ≤ 50 |

Показники, наведені у таблиці 2.2., це середні сумарні значення даних з опитувальника професійної самореалізації для визначення рівня загальної, внутрішньої та зовнішньопрофесійної самореалізації працівника [25].

2.2 Методи статистичної обробки отриманих результатів

Усі розрахунки проводилися на персональному комп'ютері Asus X 51 L за допомогою електронних таблиць Microsoft Excel версії 2010 в середовищі Windows 10 Professional.

Статистичне опрацювання показників з нормальним розподілом даних проводили методом варіаційної статистики Fisher-Student з визначенням середнього арифметичного (M), середньоквадратичного відхилення (σ), похибку середньоарифметичного (m). Середні величини представлені як $M \pm m$.

Проте, оскільки, розподіл більшості обчислювальних показників не відповідав нормальному розподілу, що могло спричинити помилки при параметричному аналізі даних. Тому також використовували непараметричні критерії, що не потребують жодних припущень щодо характеру розподілу генеральної сукупності, з якої взято вибірку. Оптимальним тестом для порівняння відносно невеликої кількості спостережень (<60) у незалежних вибірках виявився U-критерій Манна-Уїтні. Цей метод визначає, чи досить мала зона значень, що перехрещуються, між двома рядами (ранжованим рядом значень параметра в першій вибірці і таким же в другій вибірці). Чим менше значення критерію, тим вірогідніше, що відмінності між значеннями параметра у вибірках достовірні (uk.wikipedia.org).

Показник p-value – шукана достовірність кожної ознаки експериментальної групи у порівнянні з іншою. Достовірною вважали імовірність P, яка була рівною або більшою 95,0 % (0,95), тобто ризик похибки становив менше 5,0 % (0,05).

РОЗДІЛ 3

В ході виконання дослідження нами було проведено опитування 21 медичної сестри амбулаторій сімейної медицини м. Тернопіль та Тернопільської області.

Середній вік опитуваних становив $48,95 \pm 2,00$ роки, середня тривалість роботи за спеціальністю $20,10 \pm 1,95$ роки, усі опитуванні – жінки.

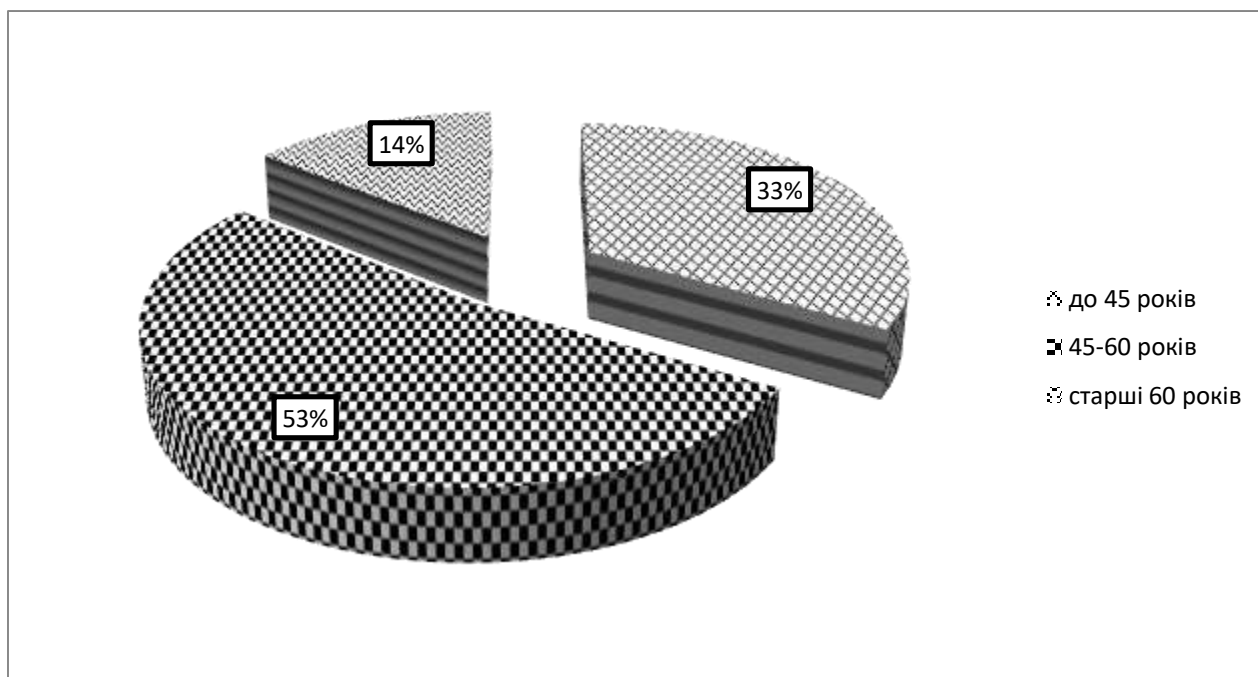


Рисунок 3.1. – Структурний розподіл опитуваних за віком

Як видно із наведених даних (рис. 3.1), найбільшу частку опитуваних 53 % склали люди середнього (45-60 років), а отже працездатного віку. Наступна за кількістю була група молодих (до 45 років) медичних сестер. Вони складають 33 %. Частка людей старших 60 років була найменшою – 14 %. А це означає, що професія сімейної медичної сестри є цікавою для молодих та людей середнього віку і найближчим часом у галузі не буде дефіциту кадрів.

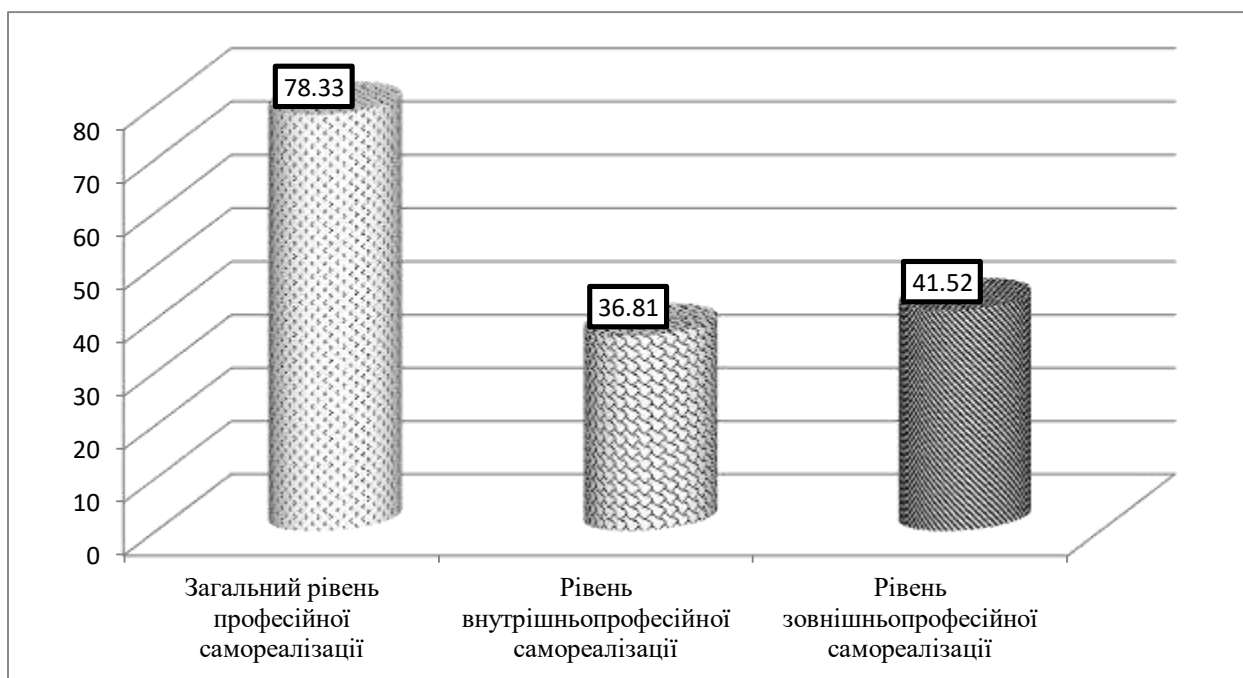


Рисунок 3.2. – Показники загального рівня професійної самореалізації медичних сестер

За результатами опитування (рис. 3.2.) було встановлено, що загальний рівень професійної самореалізації опитуваних нами сімейних медичних сестер сягав $(78,33 \pm 1,02)$ %, що відповідає середньому рівню (64% – 81%) професійної самореалізації фахівців. Рівень внутрішньопрофесійної самореалізації склав $(36,81 \pm 0,84)$ %, що теж відповідає середньому рівню (33% – 42%) професійної самореалізації фахівців. Але рівень зовнішньопрофесійної самореалізації був вищим – $(41,52 \pm 0,76)$ %, що відповідало рівню професійної самореалізації фахівців – вище середнього (41% – 49%).

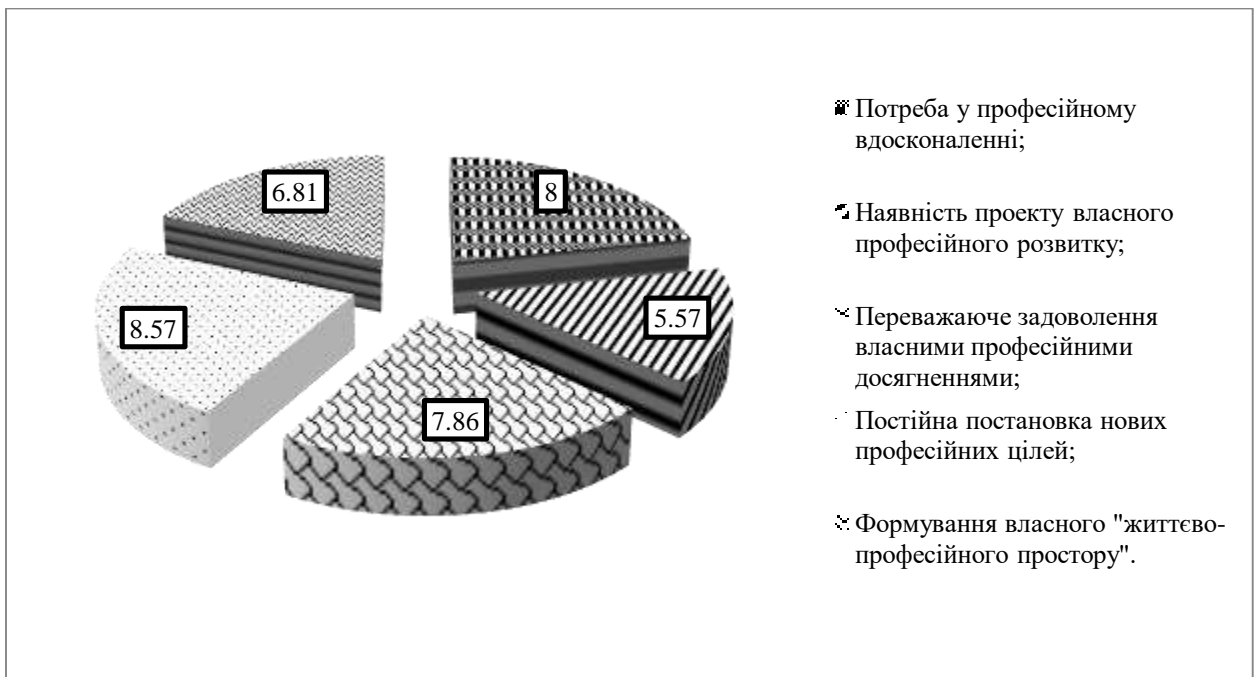


Рисунок 3.3. – Структура розподілу показників внутрішньо професійної самореалізації

Провівши аналіз результатів опитування показників внутрішньо професійної самореалізації (рис. 3.3.), встановили, що найвищі значення були за шкалою «Постійна постановка нових професійних цілей» $8,57 \pm 0,58$ бала та за шкалою «Потреба у професійному вдосконаленні» $8,00 \pm 0,50$ бала. Вони знаходились на рівні вище середнього професійної самореалізації. Значення шкал «Наявність проекту власного професійного розвитку» становило $5,57 \pm 0,61$ бала, «Переважаюче задоволення власними професійними досягненнями» склало $7,86 \pm 0,45$ бала та «Формування власного "життєво-професійного простору"» сягало значення $6,81 \pm 0,61$ бала. Ці показники були також досить високими і відповідали середньому рівню професійної самореалізації.

Отже, за результатами опитування можна сказати, що українські сімейні медичні сестри постійно займаються своїм професійним саморозвитком та докладають чимало зусиль для свого професійного самовдосконалення,

спрямованого на підвищення професійної компетентності та розвиток професійно-важливих якостей.

Далі провели аналіз наступної частини досліджуваного опитувальника, результати представлено на рис. 3.4.

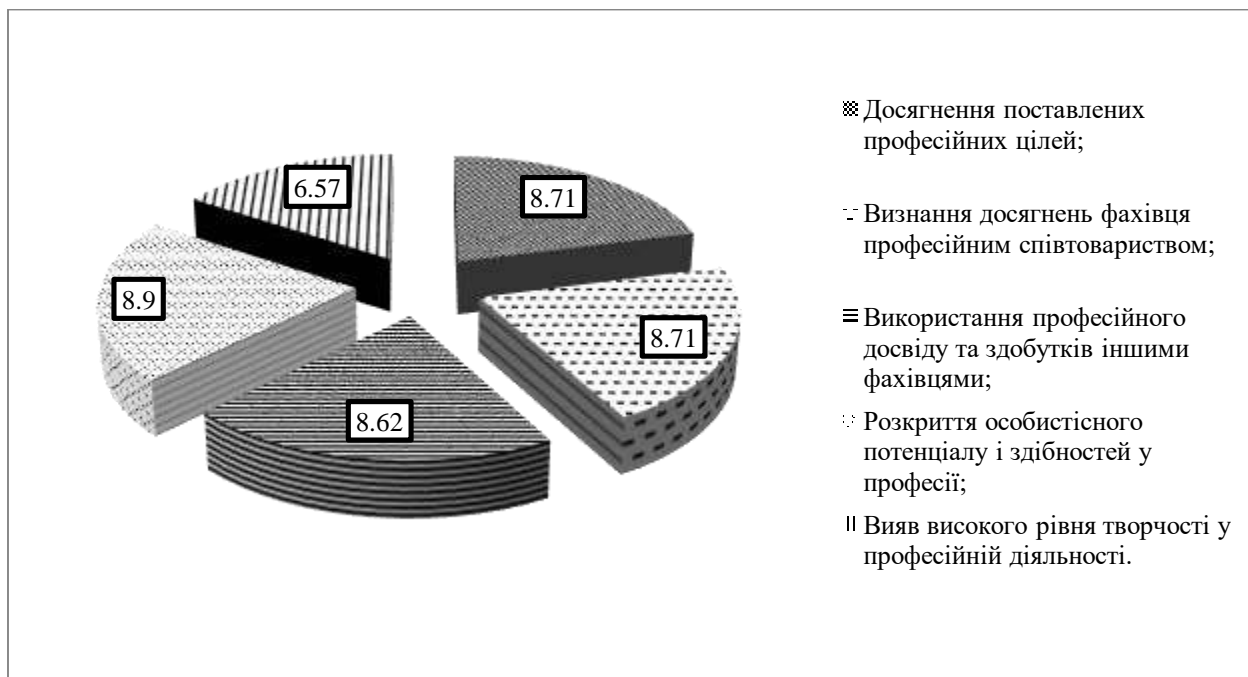


Рисунок 3.4. – Структура розподілу показників зовнішньопрофесійної самореалізації

Показники більшості шкал цієї частини опитувальника знаходились на рівні вище середнього: наприклад, шкала «Розкриття особистісного потенціалу і здібностей у професії» склала $8,90 \pm 0,41$ бала, шкала «Досягнення поставлених професійних цілей» - $8,71 \pm 0,36$ бала, шкала «Визнання досягнень фахівця професійним співтовариством» - $8,71 \pm 0,43$ бала, шкала «Використання професійного досвіду та здобутків іншими фахівцями» - $8,62 \pm 0,44$ бала, а значення шкали «Вияв високого рівня творчості у професійній діяльності» було на середньому рівні $6,57 \pm 0,43$ бала.

Отже, проаналізувавши отримані результати, можна сказати, що середні показники зовнішньопрофесійного саморозвитку були дещо вищими ніж середні показники внутрішньопрофесійної самореалізації. Отримані дані

свідчать, що опитані нами сімейні медичні сестри займаються не лише особистісним професійним саморозвитком, але також розвивають свою зовнішньопрофесійну самореалізацію для досягнення значущих здобутків у різних аспектах своєї професії.

ВИСНОВКИ

1. За результатами проведеного аналізу літературних джерел встановили, що сімейна медична сестра в Україні є першим помічником сімейного лікаря і займає ключову роль в наданні первинної медико-санітарної допомоги. Саме медичні сестри частіше контактують з пацієнтами, організують взаємодію між ними та лікарем.

2. Сімейна медсестра в Польщі є основною медсестрою охорони здоров'я. На відміну від України сімейна медсестра в Польщі є більш самостійною в плані здійснення своїх професійних обов'язків і забезпечує комплексну сестринську та акушерсько-гінекологічну допомогу застрахованій особі, її сім'ї та громаді в середовищі проживання та навчання.

Одним з основних недоліків роботи сімейної медичної сестри – це занадто широкий спектр обов'язків і порівняно невисока оплата праці. Що призводить до відтоку професійних кадрів на Захід.

Крім того, польський уряд визнає, що вік медсестер, які працюють у первинній медичній допомозі, стає проблемою і намагається створювати більш привабливі умови роботи. Чим часто користуються висококваліфіковані медичні сестри з України.

3. За результатами проведеного опитування можна сказати, що українські сімейні медичні сестри постійно займаються своїм професійним саморозвитком та докладають чимало зусиль для свого професійного самовдосконалення, спрямованого на підвищення професійної компетентності та розвиток професійно-важливих якостей.

Крім того, отримані дані свідчать, що вони займаються не лише особистісним професійним саморозвитком, але також займаються

своєю зовнішньопрофесійною самореалізацією для досягнення значущих здобутків у різних аспектах своєї професії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ ЛІТЕРАТУРИ

1. Doroszkiewicz H., Bień B., Community nursing care of the elderly during transformation of the primary health care system. „Rocz. Akad. Med. Białymst.” 2005; 50(Suppl. 1): 102–106.
2. Zaczyk I., Brzyska M., Stypuła A., Tobiasz-Adamczyk B., Zadania pielęgniarstwa środowiskowego związane z potrzebami ludzi starszych na podstawie wyników grup fokusowych przeprowadzonych w ramach projektu europejskiego PROGRESS: „Zwiększenie dostępu do środowiskowych form opieki dla osób starszych, mieszkających we własnych gospodarstwach domowych”. „Probl. Pielęg.” 2011; 19: 239–243.
3. Woynarowska B. (red.), Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia w szkole. Zeszyt 10–11. Wydanie specjalne. Centrum Metodyczne Pomocy Psychologiczno-Pedagogicznej, Warszawa 2006.
4. Lurka K., Pani od wszystkiego. „Służba Zdrowia” 2014; 34–42: 60–63.
5. Szcześniak A., Jędrzyk P., Wzrasta średnia wieku pielęgniarek i położnych. Naczelna Izba Pielęgniarek i Położnych. <http://www.nipip.pl/index.php/samorzad/stat/2730>; dostęp: 15.12.2014.
6. Building primary care in a changing Europe: case studies / [D. S. Kringos, W. G. W. Boerma, A. Hutchinson, R. B. Saltman]. - World Health Organization: European Observatory on Health Systems and Policies, 2015. – 315 p.
7. Family Medicine Report of a Regional Scientific Working Group Meeting on Core Curriculum Colombo, Sri Lanka, 9-13 July 2003
8. Kilańska D. (red.), Pielęgniarstwo w podstawowej opiece zdrowotnej. Wydawnictwo Makmed, Lublin 2010: 141–142.
9. Marcinowicz L., Chlabicz S., Konstantynowicz J., Gugnowski Z., Involvement of family nurses in home visits during an 8-year period encompassing

primary healthcare reforms in Poland. „Health Soc. Care Community” 2009; 17: 327–334.

10. Rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 29 marca 1999 r. w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej

11. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 roku w sprawie zakresu zadań lekarza, pielęgniarki i położnej podstawowej opieki zdrowotnej. Dz.U. Nr 214, poz. 1816. Załącznik nr 2.

12. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 22 kwietnia 2005 w sprawie szkodliwych czynników biologicznych dla zdrowia w środowisku pracy oraz ochrony zdrowia pracowników zawodowo narażonych na te czynniki

13. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 7 listopada 2007r. w sprawie rodzaju i zakresu świadczeń zapobiegawczych, diagnostycznych, leczniczych i rehabilitacyjnych udzielanych przez pielęgniarkę albo położną samodzielnie bez zlecenia lekarskiego (Dz. U. z 2007r. Nr 210, poz. 1540).

14. Rozporządzenie MPiPS z 14 marca 2000 r. w sprawie bezpieczeństwa i higieny pracy przy ręcznych pracach transportowych (Dz. U. nr 26, poz. 313 z późn. zm.).

15. Rozporządzenie MPiPS z 26 września 1997 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny pracy (t.j. Dz. U z 2003 r., Nr 169, poz. 1650 z późn.zm);

16. Rozporządzenie MPiPS z dnia 27 kwietnia 2010 r. w sprawie klasyfikacji zawodów i specjalności na potrzeby rynku pracy oraz zakresu jej stosowania (Dz. U. Nr.82, poz. 537);

17. Rozporządzenie MZiOS z 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy. (Dz. U. Nr 69, poz.332 z późn.zm);

18. Rozporządzenie RM z 10 września 1996 r. w sprawie wykazu prac szczególnie uciążliwych lub szkodliwych dla zdrowia kobiet (Dz. U. Nr 114, poz. 545 z póź.zm);

19. Stefanowicz A., Kulik T.B., Żołnierczuk-Kieliszek D., Pacian A., Janiszewska M., Czy uczestnictwo pielęgniarek środowiskowych w szkoleniach onkologicznych ma wpływ na podejmowanie działań z zakresu profilaktyki nowotworów złośliwych w podstawowej opiece zdrowotnej?. „Probl. Pielęg.” 2011; 19: 365–371.

20. Ustawa z dn. 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2009r. Nr 151, poz. 1217 z późn. zm.).

21. Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

22. Zarządzenie Nr 72/2009/DSOZ Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 3 listopada 2009 roku w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów o udzielanie świadczeń w rodzaju: podstawowa opieka zdrowotna.

23. Заємба С.Ф. Медсестринство в сімейній медицині. — К.: Здоров'я, 2001.

24. Казаков Ю.М., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Чекаліна Н.І. Особливості організації амбулаторної терапевтичної допомоги в практиці сімейного лікаря: навчальний посібник для студентів вищих медичних закладів III-IV рівня акредитації / Казаков Ю.М., Шуть С.В., Трибрат Т.А., Чекаліна Н.І. – Полтава: ТОВ «Фірма «Техсервіс», 2012. – 246 с.

25. Коқун О.М. Життєве та професійне самоздійснення як предмет дослідження сучасної психології / О.М. Коқун // Практична психологія та соціальна робота. - 2013. - № 9. - С. 1 - 5.

26. Коқун О.М. Опитувальник професійного самоздійснення / О.М. Коқун // Практична психологія та соціальна робота. - 2014. - № 7. - С. 35 - 39.

27. Кокун О.М. Теоретико-методологічні та практичні засади дистанційної психодіагностики в професійній сфері // Практична психологія та соціальна робота. - 2010. - № 7. - С. 65 - 68.

28. Кохен М.М. Общепрактическая и семейная медицина. — Минск: Беларусь, 1997.

29. Лехан В.М. Аналіз результатів реформування системи охорони здоров'я в пілотних регіонах: позитивні наслідки, проблеми та можливі шляхи їх вирішення/ В.М. Лехан, Г.О. Слабкий, М.В. Шевченко // Україна. Здоров'я нації. - 2015. - № 3. - С. 67-86.

30. Лехан В.М. Перетворення в системах первинної медичної допомоги (порівняльний аналіз підходів в країнах Європи та в Україні): навчальний посібник / В. М. Лехан, Л. В. Крячкова, В. В. Волчек. – Дніпропетровськ, 2016. - 30 с.

31. Медсестринство в сімейній медицині: підручник / Антропова Т.О. — К.: Медицина, 2010. — 488 с.

32. Наказ МОЗ України № 1574 від 18.08.2020 р. «Про внесення доповнень до номенклатури спеціальностей середніх медичних працівників»

33. Наказ МОЗ України від 19.03.2018 № 504 "Про затвердження Порядку надання первинної медичної допомоги"

34. Наказ МОЗ України від 04.11.2011 №756 «Про затвердження Порядку вибору та зміни лікаря первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та форм первинної облікової документації»

35. Наказ МОЗ України від 08.01.2004 №1 «Про удосконалення моніторингу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини та уніфікації відповідної облікової медичної документації».

36. Наказ МОЗ України від 27.12.2013 № 1150 “Про затвердження Примірного табеля матеріально-технічного оснащення Центру первинної медичної (медико-санітарної) допомоги та його підрозділів”

37. Організація роботи лікаря загальної практики (сімейного лікаря) / В. М. Лехан, А. В. Іпатов, Е. В. Борвінко [та ін.]; під ред. В.М.Лехан. - 2-ге вид., доп. - Дніпропетровськ, АРТ-ПРЕС, 2002.-367 с.

38. Первинна медико-санітарно допомога/сімейна медицина. За ред. В.М. Князевича;Міністерство охорони здоров'я України.- К., 2010. – с.404.

39. Первичная медико-санитарная помощь: сегодня актуальнее, чем когда-либо. Доклад о состоянии здравоохранения в мире / [Всемирная организация здравоохранения]. – Женева: ВОЗ, 2008. – 125 с.