

Тернопільський національний медичний університет
імені І.Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України

Коноп Вікторія Юріївна

На правах рукопису

УДК: 614.253.5:164.212(477.62)

Магістерська робота

Проблеми і перспективи кадрового забезпечення медичними
сестрами КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь

2230.1 – науковий співробітник
(сестринська справа, акушерство)

Науковий керівник:
Канд. мед. наук, доц. Рега Н.І.

Тернопіль -2021

ЗМІСТ	2
ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. Сучасні проблеми кадрового забезпечення медичними сестрами в Україні (огляд літератури).	8
РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи дослідження	23
РОЗДІЛ 3.РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	23
3.1. Динаміка забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.	28
<hr/>	
3.2. Дослідження самооцінки медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.	32
3.3. Вивчення мотиваційних чинників медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь	47
ВИСНОВКИ.	51
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	52
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	53
<hr/>	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

ВАІТ – відділення анестезіології і інтенсивної терапії

ЄС – Європейське співтовариство

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КНП – комунальне некомерційне підприємство

КРОЗ - Кадрові ресурси системи охорони здоров'я

ЛПЗ – лікувально-профілактичні заклади

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

НДР – науково дослідницька робота

ВСТУП

Для впровадження в Україні європейських стандартів життя та її виходу на провідні позиції у світі, задекларованих у “Стратегії сталого розвитку “Україна – 2020”, важлива роль належить реформі системи охорони здоров’я, направленої на створення системи, орієнтованої на пацієнта, здатної забезпечити медичне обслуговування для всіх громадян України на рівні розвинутих європейських держав [1]. Сучасне реформування в Україні системи охорони здоров’я узгоджується з положеннями програми Європейського Союзу “Європейська стратегія здоров’я – 2020” [2] у напрямках підвищення особистої відповідальності громадян за власне здоров’я, забезпечення для них вільного вибору постачальників медичних послуг належної якості, надання для цього адресної допомоги найбільш соціально незахищеним верствам населення, створення бізнес-дружньої обстановки на ринку охорони здоров’я і має корелюватись із процесами: децентралізації, розширення прав та відповідальності територіальних громад щодо самостійного вирішення питань у сфері охорони здоров’я; реформування державного управління; реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні.

У площині реалізації зазначених стратегічних пріоритетів у реформуванні системи охорони здоров’я потребує всебічного розвитку галузь медсестринства як комплексу заходів із надання медсестринської допомоги і догляду, здійснення медсестринського процесу в усіх напрямках основ сестринської справи. З огляду на процеси децентралізації, регіональний аспект удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства набуває особливої актуальності. Саме з огляду на ці обставини є необхідним дослідження питання удосконалення механізмів реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства.

Проте наявні наукові напрацювання, з огляду на виклики сьогодення та стратегічні завдання (передусім визначені положеннями Законів України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [3] та “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення

законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я" [4]), на сьогодні не повністю застосовані у процесі розробки заходів із удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні.

На базі здійсненого структурно-функціонального аналізу державної політики в галузі медсестринства [5] та внаслідок використання розробленої загальної моделі комплексного аналізу державної політики в галузі медсестринства [6] обґрунтовано, що пріоритетними шляхами удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні є комплексність правового, організаційного, фінансового та кадрового забезпечення реалізації зазначеної політики, направленої на зміну "ролі і місця сестринської справи" у зв'язку з реформуванням системи охорони здоров'я та адаптації її до ринкових умов; створення додаткових можливостей отримання медичних послуг; втілення європейських форм медсестринської допомоги та діяльності відповідно до міжнародних зразків [7, 8]. Однак, реаліями нашого сьогодення є недостатня політика як державного, так і місцевого керівництва щодо підвищення ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я і в суспільстві в цілому. Як наслідок, виникли суттєві проблеми в медсестринських кадрах у лікувально-профілактичних закладах.

Мета дослідження.

Враховуючи вищевикладне, метою нашої роботи стало вивчення показників забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. та розробка рекомендацій щодо підвищення ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я і в суспільстві в цілому.

Об'єкт дослідження.

Об'єктом дослідження стали:

- Динаміка показників забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.
- Аналіз нематеріальних і матеріальних стимулів для медсестринських кадрів КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Завдання дослідження:

1. Вивчити динаміку показників забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.
2. Вивчити нематеріальні і матеріальні методи стимулювання для медсестринських кадрів КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.
3. Розробити ефективні заходи щодо підвищення ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я і в суспільстві в цілому.

Методи дослідження:

1. Соціологічні методи (аналіз спеціальної літератури, аналіз статистичних показників).
2. Математично-статистичні.
3. Описові.

Матеріал дослідження: Проведено аналіз показників забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. згідно статистичних звітів. Вивчено причини звільнення медичних сестер у різних відділеннях КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. Проаналізовано нематеріальні і матеріальні методи стимулювання для медсестринських кадрів КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Наукова новизна: Вперше проведено аналіз показників забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. Вивчено причини звільнення медичних сестер у КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр., вивчено роль нематеріальних і матеріальних методів стимулювання для медсестринських кадрів КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь

Практичне значення одержаних результатів: полягає у розробці практичних рекомендації для підвищення ролі медичної сестри в системі охорони здоров'я і в суспільстві в цілому, що приведе до покращення

забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Апробація результатів дослідження: результати роботи доповідалися на підсумкових науково-практичних конференціях ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського МОЗ України» та публікувалися у науково-практичному журналі «Медсестринство».

Структура та обсяг. Робота викладена на 58 сторінках, складається зі вступу, трьох розділів, загальних висновків, практичних рекомендацій і списку використаних джерел, містить рисунки і таблиці.

РОЗДІЛ 1.

СУЧАСНІ ПРОБЛЕМИ КАДРОВОГО ЗАБЕЗПЕЧЕННЯ МЕДИЧНИМИ СЕСТРАМИ В УКРАЇНІ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ).

Необхідність реалізації на державному рівні таких заходів, як: належна державна підтримка реформування системи охорони здоров'я і сестринської справи як складної але цілісної системи; удосконалення нормативно-правової бази галузі охорони здоров'я в частині медсестринства; пріоритетне фінансування програми розвитку медсестринства; адекватна кадрова політика щодо забезпечення номенклатури медсестринських посад, досягнення оптимального співвідношення “лікар – медична сестра”; формування спеціалістів якісно нового типу – від медсестри-помічника до високопрофесійного фахівця, спроможного діяти самостійно; активна діяльність професійних медсестринських організацій [9], а в галузі наукових досліджень медсестринства виокремлює такі питання, як: проблеми медсестринської освіти, розробка перспективних напрямів підвищення рівня підготовки медичних сестер; наукова розробка медсестринського процесу, теоретичних та організаційних основ медсестринства, стандартів надання медсестринських послуг; наукове обґрунтування розмежування функцій медичної сестри залежно від рівня освіти та рівнів надання медичної допомоги; розробка науково обґрунтованих критеріїв забезпечення населення оптимальним рівнем кваліфікованої, загальнодоступної медсестринської допомоги при здійсненні профілактичних, лікувальних та реабілітаційних заходів; наукове обґрунтування та розробка методології опрацювання уніфікованого класифікатора для індикаторів якості мед сестринських послуг; наукове обґрунтування та розробка методології впровадження та оцінки ефективності клінічних протоколів за спеціальністю сестринська справа; науково-методичне обґрунтування підходів до управління якістю медсестринської допомоги на сучасному етапі реформування системи охорони

здоров'я України; обґрунтування обсягів та методів профілактичної роботи помічника лікаря загальної практики-сімейної медсестри [10, 11, 12].

Комплекс заходів щодо удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства на регіональному рівні у площині сучасного реформування в Україні системи охорони здоров'я має бути скерованим на реалізацію завдань і вимог “Національної стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років”, Законів України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я”, “Про підвищення доступності та якості медичного обслуговування у сільській місцевості” та “Концепції реформування місцевого самоврядування та територіальної організації влади в Україні”.

У “Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років” [13] зазначено, що система охорони здоров'я в Україні має значні недоліки, вона, зокрема: є державною власністю та орієнтована на лікарні, з дуже фрагментованим управлінням та послугами, зосередженими на лікуванні гострих випадків при мінімальній профілактиці; ігнорує міжнародні тенденції модернізації та поліпшення; характеризується неефективним використанням коштів, архаїчним станом закладів охорони здоров'я, які фактично не орієнтовані на пацієнта та неспроможні надавати ефективні, якісні послуги; має фундаментальні організаційні, правові, фінансові, управлінські, економічні, структурні, кадрові, інформаційні та інші помилки; структурно неефективна; приватний сектор перебуває на ранній стадії розвитку.

Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення” [14], розширює функції медичних сестер, а тому потребує відповідних завчасних управлінських дій. Необхідним є навчання медичних сестер навикам внесення та оперування медичними записами – інформацією щодо медичного обслуговування пацієнта або його результатів, викладених в уніфікованій формі відповідно до вимог, встановлених

законодавством; підвищення оплати праці медичних працівників (програми “місцевих стимулів”) за рахунок фінансових ресурсів органів місцевого самоврядування в межах їх компетенції; забезпечення адекватної реалізації основних принципів програми медичних гарантій в частині надання медсестринської допомоги і догляду (здійснення медсестринського процесу) зокрема, щодо: гарантій для реалізації пацієнтами права на охорону здоров’я незалежно від віку, раси, кольору шкіри, політичних, релігійних та інших переконань, статі, етнічного та соціального походження, майнового стану, зареєстрованого місця проживання, за ознакою мови або іншими ознаками; надання медичних послуг та лікарських засобів належної якості; забезпечення відповідного обсягу медичних послуг та лікарських засобів. Однак загалом у цьому законі недостатньо унормовано здійснення медсестринського процесу в медичному обслуговуванні населення на засадах державних фінансових гарантій. У цьому сенсі показовим є таке формулювання у згаданому законі: “Первинну медичну допомогу надають лікарі загальної практики – сімейні лікарі, лікарі інших спеціальностей, та інші медичні працівники, які працюють під їх керівництвом”. Із огляду на це, питання забезпечення розвитку медсестринства засобами управлінського впливу різних суб’єктів влади (державної, самоврядної, громадської) набуває особливої актуальності.

Законом України “Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я” [15] передбачена реорганізація їх як бюджетних установ у комунальні некомерційні підприємства або комунальні установи, що має розширити можливості їх менеджменту щодо самостійного (без узгодження з районною радою чи з районним, обласним управлінням охорони здоров’я) визначення та затвердження штатного розкладу, найму або скорочення працівників, встановлення їм розміру заробітної платні.

Досліджуючи роль медсестри, багато держав ширше дивляться на їх функціональні обов’язки та можливості. Так, в Європі та інших країнах медсестра сприймається не тільки як "права рука" лікаря, а й як абсолютно автономний медичний працівник, який в змозі та в праві самостійно приймати

рішення стосовно діагностування, лікування, а також відновлення працездатності та реабілітації хворого [16 - 21].

Сьогодні в Україні роль медсестринства та престижність цієї професії є набагато меншою ніж у світі. І одним із головних факторів є заробітна плата. Саме держава повинна стати гарантом в забезпеченні зростання ролі медичної сестри в житті кожного громадянина. Однак, на превеликий жаль, наші урядовці абсолютно не цікавляться цією категорією медичних працівників. Проте, якщо Україна не може прийняти участь в зростанні ролі медсестри та наближення її до європейського рівня, в світі залишається безліч країн, які готові це зробити. Мабуть саме це зумовлює те, що за неофіційними даними, щорічно Україну залишає до 7 тис. медпрацівників. Представники галузі вже сьогодні говорять, що ситуація катастрофічна. Держава не хоче звертати увагу на проблеми медичних сестер, а ті, не маючи жодних варіантів впливу на ситуацію вдаються до тихої акції протесту — просто звільняються з лікувальних закладів. Низька заробітна плата, відсутність належних умов праці, перевантаженість роботою, приреченість на перебування "у тіні" лікаря, соціальна і професійна незахищеність, необхідність працювати за себе й за колег, яких катастрофічно не вистачає — це основні фактори зниження ролі медичної сестри в Україні та проблеми всього вітчизняного медсестринства, які повинні вирішувати держава [22].

Протягом останніх десятиліть у світовій практиці ознаменовані принциповими і корінними змінами системи мотивації у забезпеченні якості медичних послуг – спостерігається перехід від пошуку і покарання винних до стимулювання виявлення та вирішення існуючих проблем. Перспективним є не покарання, а активне стимулювання постачальників медичних послуг для пошуку і визнання власних помилок процесі лікувально-діагностичної допомоги, що дозволяє їм самим оперативно приймати рішення. Значний прогрес у медицині в промислово розвинених країнах, досягнутий протягом останніх десятиліть, багато в чому пояснюється впровадженням нових підходів до управління у сфері охорони здоров'я, заснованих на концепції безперервного підвищення якості. Якість сестринського обслуговування – найважливіший

аспект якості медичної допомоги населенню, що характеризує діяльність галузі як системи за результатами аналізу комплексу різних параметрів, що визначають можливості організації з позиції ресурсного забезпечення, ефективності інноваційних методів управління, функціональних властивостей, оцінки результатів діяльності. З точки зору установи охорони здоров'я, якість сестринської допомоги – виконання функціональних обов'язків у суворій відповідності з нормативно-правовою документацією, що означає професійну компетентність медичних сестер, вміння працювати в команді, створювати і підтримувати позитивне виробниче середовище та забезпечувати інфекційну безпеку. Таким чином, структура поняття «якість» включає внутрішню і зовнішню складові. Внутрішня складова якості – характеристики, внутрішньо властиві послугі. Зовнішня складова якості – відповідність потреби і сприйняття послуги. Різні автори пропонують різну кількість характеристик. Часом, розрізняючись за назвою, вони по суті відображають одні і ті ж властивості:

- дієвість (здатність покращити здоров'я);
- результативність (досягнутий рівень здоров'я);
- ефективність (співвідношення між отриманим результатом і витратами);
- оптимальність (збалансованість ціни та якості);
- прийнятність для пацієнта (у фізичному, психологічному, матеріальному сенсі).

Контроль за якістю – процес досягнення цілей якості під час надання сестринської допомоги. Включає такі елементи:

- оцінка стану і використання кадрових та матеріально-технічних ресурсів закладів охорони здоров'я;
- розрахунок та аналіз показників, що характеризують якість і ефективність сестринської допомоги;
- експертиза процесу надання сестринської допомоги конкретним пацієнтам;
- вивчення задоволеності пацієнтів від їх взаємодії із системою охорони здоров'я;

– виявлення й обґрунтування дефектів, лікарських помилок та інших факторів, що мають негативний вплив і спричинили зниження якості та ефективності сестринської допомоги;

Поліпшення якості – процес переходу до безпрецедентних умов надання сестринської допомоги. Включає такі елементи:

– вибір найбільш раціональних управлінських рішень і проведення оперативних коригувальних впливів;

– підготовка рекомендацій, що спрямовані на попередження дефектів у роботі та сприяють підвищенню якості й ефективності медичної допомоги;

– контроль за виконанням і оцінка ефективності управлінських рішень;

– кінцевий результат – ведення операцій на рівні якості сестринської допомоги вище планованого виконання.

Види стандартів, що застосовуються у практичній діяльності закладів охорони здоров'я:

– ресурсні стандарти;

– організаційні стандарти;

– технологічні стандарти;

– медико-економічні стандарти;

– стандарти програм сестринської допомоги;

– комплексні стандарти.

В повсякденній роботі медичної сестри закладено протиріччя: з одного боку, необхідно забезпечити індивідуальний підхід до пацієнта, з іншого – щоб уникнути помилок і ускладнень, строго дотримуватися стандартизованих принципів і правил.

З метою визначення рівня задоволеності пацієнтів і їх родичів результатом і процесом сестринської допомоги необхідно проводити анкетування останніх з обов'язковим аналізом відповідей респондентів. Дані аналізу результатів опитування нададуть безсумнівну допомогу в коригуванні роботи сестринської служби. Крім того, велике значення в оцінці задоволеності пацієнтів результатами сестринської допомоги надається бесідам з пацієнтами, публікаціям у засобах масової інформації, виступам у програмах телебачення і

радіо. Однак необхідно враховувати, що пацієнти не завжди в змозі адекватно оцінити надану їм сестринську допомогу і професійну компетентність персоналу. Пацієнт сприймає сестринське втручання як якісне, якщо воно задовольняє або перевершує його очікування. Очікування пацієнта формуються на основі вже наявного досвіду або одержуваної з різних джерел інформації. Таким чином, споживче сприйняття сестринського втручання визначається такими відповідностями: між очікуванням пацієнта і його сприйняттям керівництвом медичного закладу (керівництво повинно чітко уявляти, чого хочуть пацієнти); між наданими послугами і зовнішньою інформацією про послуги (якість послуги в такому випадку залежить від достовірності наданої пацієнту і його родичам інформації). Задоволеність медичних працівників визначається тими умовами, в яких організовано сестринське втручання, наявністю коштів організації догляду, ергономічних посібників, засобів і методів забезпечення інфекційної і психологічної безпеки пацієнта і персоналу, розміром і формою оплати праці, практикою моральних заохочень. Чимале значення має можливість професійного росту, участі в реалізації різних програм із подальшим обміном досвідом і спілкуванням з колегами з інших ЛПУ або регіонів, вирішення питань соціальної захищеності. Таким чином, підвищення якості сестринської допомоги можливе при ефективній взаємодії професійно компетентної медичної сестри і пацієнта (його родичів) у позитивних соціально-психологічних, матеріально-технічних і організаційно-економічних умовах єдиного правового простору за наявності стійкої позитивної мотивації пацієнта (родичів) на одужання (збереження здоров'я) [23 - 29].

Робота головної медичної сестри з мотивації підлеглих.

Основними напрямками роботи головної медичної сестри з підвищення мотивації можуть бути: підвищення престижу та пропаганда суспільної значущості професії; популяризація місії медичної сестри; з'ясування потреб і напрямів додаткового матеріального стимулювання працівників (премії, харчування і проїзд, пільгове обслуговування членів сім'ї тощо); вклад у розвиток організаційної культури: роз'яснення етичних принципів роботи,

сприяння поліпшенню комунікації працівників; створення програм адаптації молодих спеціалістів, вивчення трудової мотивації персоналу методами письмових і усних опитувань, розгалуження посадових обов'язків з можливістю поетапного кар'єрного зростання; підвищення самооцінки медичних працівників шляхом усних і письмових подяк, схвалення проявленого професіоналізму, підвищення конкурентоспроможності працівників; профілактика професійного стресу та синдрому професійного вигорання: створення балінтовської групи для медичних сестер, роз'яснення ефективності психологічних консультацій і психотерапевтичної роботи, навчання персоналу навичкам антистресової поведінки, проведення соціально-психологічних тренінгів; створення комфортних умов праці, контроль за дотриманням правил охорони праці, пожежної безпеки, впровадження здоров'язберезувальних технологій.

Основні напрямки діяльності керівників охорони здоров'я на різних рівнях управління, спрямовані на підтримку і підвищення трудової мотивації медичних сестер

Основні напрямки підвищення трудової мотивації медичних сестер.

I. На рівні державного управління.

1. Підвищення престижу і широка пропаганда суспільної значимості професії медичної сестри. Надання визнання працівникам і ветеранам професії.

2. Встановлення гідного рівня оплати праці медичних сестер.

3. Оснащення медичних установ сучасним обладнанням і впровадження сучасних технологій.

4. Популяризація середнього і вищого рівня сестринської освіти.

5. Розширення ієрархічної структури закладів охорони здоров'я, створення можливості кар'єрного росту і більш диференційованої оплати праці медичних сестер.

6. Розробка нормативів навантаження і стандартів надання медичної допомоги. Введення в штат ЛПЗ посади психолога.

7. Введення в програми підвищення кваліфікації середніх медичних працівників обов'язкових соціально-психологічних тренінгів.

II. На рівні місцевого управління

1. Організація семінарів, конференцій, конкурсів на міських, районних, обласних рівнях, обмін досвідом між різними медичними установами.
2. Виділення додаткових коштів на технічне і технологічне оснащення медичних установ.
3. Залучення школярів і студентів медичних коледжів до науково-дослідної роботи і популяризації медичних знань, встановлення іменних стипендій.
4. Широке залучення висококваліфікованих медсестринських кадрів до викладацької діяльності на додипломній та післядипломній освіті.

III. На рівні керівництва ЛПЗ.

1. Розвиток системи додаткового матеріального стимулювання працівників, створення можливості для пільгового медичного обслуговування працівників та членів їх сімей.
2. Увага до кадрової роботи: створення програм адаптації молодих фахівців, створення мотиваційних програм.
3. Профілактика та синдрому професійного вигорання: введення посади психолога, проведення соціально-психологічних тренінгів.
4. Створення комфортних умов на роботі. Контроль за дотриманням техніки безпеки.
5. Розвиток сестринського процесу як основний моделі надання сестринської допомоги [31-36].

Сутнісний зміст професійної етики медичних сестер адекватно розкривають чотири компоненти: мотиваційно-ціннісний, когнітивний, особистісний і діяльнісний.

Мотиваційно-ціннісний компонент професійної етики медичних сестер відображає сформованість професійно-етичної позиції, особистісного ставлення до етичних норм професійної діяльності, орієнтацію на цінності гуманізму, милосердя і збереження життя та здоров'я пацієнтів.

Когнітивний компонент характеризує компетентність

медичних сестер у галузі професійної етики, розуміння норм і принципів медичної деонтології, обізнаність з особливостями регулювання професійної діяльності на основі приписів медичної етики, здатність аналізувати моральний зміст ситуацій професійної взаємодії і визначати на цій основі способи та стратегії власної поведінки.

Особистісний компонент професійної етики представлений професійно важливими якостями особистості (емпатія, толерантність, тактовність, відповідальність, доброзичливість, самокритичність, впевненість у собі, цілеспрямованість та ін.), що визначають гуманістичну спрямованість медичної діяльності і забезпечують реалізацію етичних норм у міжособистісній взаємодії з суб'єктами лікувального процесу.

Діяльнісний компонент професійної етики медичних сестер знаходить вияв у сформованості практичних умінь налагоджувати конструктивні стосунки з пацієнтами, лікарями та іншими суб'єктами лікувального процесу на основі норм і цінностей медичної етики та деонтології.

Існують показники, що дають змогу оцінити рівень сформованості професійної етики у медичних сестер.

Показниками мотиваційно-ціннісного критерію професійної етики визначено: інтерес до професії; усвідомлення цінності здоров'я та життя людини; професійно-етична орієнтація на цінності гуманізму, поваги до прав і свобод особистості, служіння людям; гуманістична спрямованість діяльності; почуття значущості етичних норм спілкування для успішної професійної діяльності медичної сестри; врахування інтересів усіх суб'єктів лікувального процесу.

Показниками когнітивного критерію є: обізнаність з етичними нормами професійного спілкування медиків; усвідомлення гуманізму як основного етичного принципу спрямованості особистості медичного працівника; знання у галузі професійного спілкування; уявлення про професійно важливі якості медичної сестри; розуміння значущості гуманістичної спрямованості у професійній етиці медичної сестри; гнучкість і критичність мислення у

невідкладних медичних ситуаціях; вміння прогнозувати наслідки різних способів професійної поведінки.

Особистісний критерій характеризується такими показниками: емпатія; толерантність; відповідальність за виконання професійних обов'язків; здатність до самоаналізу; адекватна самооцінка, впевненість у собі; розуміння власної ролі в лікувально-діагностичному процесі; здатність об'єктивно оцінювати результати власної діяльності; цілеспрямованість; ініціативність; дисциплінованість; доброзичливість; дбайливість; справедливість, неупередженість; безкорисливість; здатність самовдосконалюватися.

Як показники діяльнісного критерію розглядаються вміння прогнозувати і коригувати відносини, що складаються у професійній практиці медичної сестри; вміння конструктивно вирішувати професійні конфлікти; вміння відстоювати власну позицію, не погіршуючи стосунків з колегами; вміння налагоджувати конструктивні міжособистісні стосунки; володіння прийомами вербального та невербального спілкування; рефлексивні вміння; вміння створювати емоційнокомфортні умови для колективної діяльності; вміння саморегуляції [37-56].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Матеріалом дослідження слугували показники забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. згідно статистичних звітів та результати опитувальників медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Також були розроблені спеціальні опитувальники для медичних сестер, зокрема, анкета-опитувальник самооцінки медичної сестри

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

самооцінки медичної сестри

№ п/п	Мої знання	Ступінь знань			
		Не знаю	розумію	знаю	можу сформулювати та пояснити
1	посадові інструкції посад середнього медичного персоналу				
2	стандарты і вимоги до професійної майстерності				
3	звітні статистичні форми у ЛПЗ				
4	психологію особистості				
5	медичні препарати				
6	комплектацію робочих місць медсестринського персоналу та їх атестацію				
7	проведення конкурсів професійної майстерності медичних сестер				
8	медсестринське				

	адміністрування, шляхи забезпечення виконання управлінських рішень та їх контроль				
9	способи розв'язування конфліктних ситуацій				
10	правила зберігання й виписування медикаментів для ЛПЗ				
11	заповнення статистичних форм ЛПЗ				
12	маркетинг у медсестринстві				
13	підходи до вивчення й аналіз ринку медичних послуг				
14	розробку реклами на медичні послуги				
15	протипожежну безпеку				
16	протиепідемічний режим, виробничу санітарію й безпечне лікарняне середовище в ЛПЗ				
17	види медсестринської документації				
18	правила ведення медсестринської документації				
19	способи встановлення медсестринського діагнозу				
20	методику догляду за хворими				
21	долікарську невідкладну допомогу				
22	методику підвищення				

	кваліфікації медсестринських кадрів та їх атестацію				
23	методологію НДР в галузі медсестринства				

Нами також була розроблені анкети-опитувальники основних нефінансових стимулів та мотиваторів, на думку медичних працівників бюджетного сектору та нефінансових чинників утримання медсестринських кадрів в конкретному медичному закладі.

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

Основні нефінансові стимули та мотиватори, на думку медичних працівників бюджетного сектору

Нефінансові чинники утримання у бюджетному секторі медицини

Назва чинника утримання кадрів у бюджетному секторі медицини	Ступінь вираженості чинника			
	Відсутній	Наявний		
		Незначно	помірно	виражено
Гарантія зайнятості				
Тривала відпустка				
Постійна наявність пацієнтів				
Наявність вільного часу після роботи				
Можливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості				
Можливість приносити користь людям				
Приємний колектив				
Хороше (лояльне) керівництво				

АНКЕТА-ОПИТУВАЛЬНИК

Нефінансові чинники утримання в конкретному медичному закладі

Назва чинника утримання кадрів у бюджетному секторі медицини	Ступінь вираженості чинника			
	Відсутній	Наявний		
		Наявний незначно	Наявний помірно	Наявний виражено
Набутий авторитет, значущість у колективі				
Можливість розвиватись, набувати досвіду				
Хороші умови праці В т.ч. - Добре обладнане місце роботи				
- Гарний ремонт				
Зручне розташування закладу				
Можливість додаткового сумісництва				

В роботі також використані такі методи наукового дослідження:

- теоретичні (аналіз, синтез, систематизація, узагальнення, моделювання, класифікація, прогнозування);

- епідеміологічний,

- демографічний,

- математичної статистики – для обробки результатів експериментальної роботи, перевірки їх валідності та достовірності.

У ході дослідження була проаналізована науково-методична література з теми роботи.

Статистичну обробку отриманих результатів проводили згідно методу варіаційної статистики, а також за допомогою ліцензованої програми Microsoft Office 2019.

РОЗДІЛ 3. РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.

3.1. Динаміка забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

Перед проведенням нашого дослідження нами було опрацьовано ситуаційний аналіз кадрових ресурсів системи охорони здоров'я в Україні [29].

Згідно нього, для України характерний такий статистичний профіль медичних працівників

- Більшість лікарів та середнього медичного персоналу працює в закладах, які належать до бюджетного сектору, тобто перебувають у сфері управління МОЗ України або інших міністерств і відомств. Тільки десята частина лікарів та 4% середнього медичного персоналу працюють у приватних структурах за основним місцем роботи. Водночас, упродовж 2014–2018 рр. частка медичних кадрів приватного сектору має тренд до зростання.
- Кадрова криза здебільшого стосується середнього медичного персоналу, а не лікарів. Щорічні темпи приросту медичних сестер є переважно негативними. 2018 рік є переламним у динаміці медичних кадрів, оскільки прискорюються темпи скорочення лікарів, медичних сестер, фельдшерів та акушерів.
- Співвідношення кількості медичних сестер до лікарів в Україні має тенденцію до зниження, зокрема через негативні темпи приросту кількості медичних сестер, і є нижчим за середньоєвропейський показник.
- Географічний розподіл щільності лікарів та медичних сестер є нерівномірним. Низьку щільність як лікарів, так і медичних сестер зафіксовано в Закарпатській, Київській, Миколаївській, Херсонській, Донецькій та Луганській областях.
- Є дисбаланс стаціонарних та амбулаторно-поліклінічних посад. Тільки третина штатних посад лікарів та близько чверті штатних посад середнього медичного персоналу належать до амбулаторно-поліклінічних закладів, решта посад – до стаціонарів. У ЄС співвідношення стаціонарних і амбулаторно-

поліклінічних посад лікарів та медичних сестер є більш рівномірним (близько половини посад – у стаціонарах).

- Гендерний дисбаланс є характерним як для лікарів (дві третини – жінки), так і середнього медичного персоналу (понад 90% – жінки). Серед медичного персоналу поширеною є практика продовжувати працювати після досягнення пенсійного віку. Чверть лікарів та понад 10% середнього медичного персоналу є працюючими пенсіонерами. Станом на початок 2019 р. тільки 5% лікарів та 12% середнього медичного персоналу працювали в сільській місцевості, хоча в селах мешкає в середньому близько третини населення. Частка осіб пенсійного віку серед лікарів та середнього медичного персоналу зростала до 2011 р., після чого стабілізувалася.

- Укомплектованість лікарів є нижчою порівняно з середнім медичним персоналом (88% проти 92.6%). Водночас статистичні показники неуккомплектованості медичних працівників у нинішній, ще не повністю реформованій системі надання медичної допомоги не є об'єктивним відображенням дефіциту медичних працівників, оскільки ця система планування штатів ЗОЗ бюджетного сектору (які не є КНП) не дозволяє здійснювати раціоналізацію КРОЗ відповідно до потреб пацієнтів.

- Є обернений зв'язок між рівнем укомплектованості та коефіцієнтом суміщення посад як у регіональному вимірі, так і за спеціальністю. Це свідчить про те, що проблема неуккомплектованості посад часто вирішується внутрішнім сумісництвом, а не залученням нових КРОЗ.

- Кадровий резерв студентів спеціальностей «Медицина» та «Медсестринство» є недостатнім для того, щоб замінити медичний персонал пенсійного віку. На одного вступника медичних університетів та академій припадає приблизно три лікарі пенсійного віку, а на одного вступника на спеціальність «Медсестринство» – чотири працюючі пенсіонери з числа середнього медичного персоналу. Впродовж 2015–2018 рр. щільність вступників на спеціальність «Медсестринство», яка включає програми підготовки медичних сестер, фельдшерів та акушерів, щороку скорочувалася.

- Відповідність характеристик КРОЗ потребам населення

- В Україні не здійснювалася національна оцінка потреб та попиту на медичні кадри, зокрема на лікарів та медичних сестер. Це ускладнює стратегічне планування КРОЗ.
- Основний тягар захворюваності в Україні пов'язаний з неінфекційними захворюваннями та поведінковими ризиками, що зумовлює необхідність збільшення кількості лікарів та медичних сестер первинного рівня медичної допомоги та розширення їхніх функцій.
- Якість медичної допомоги оцінюється гірше, ніж задоволеність медичним персоналом. І в рамках амбулаторної, і стаціонарної допомоги основні аспекти незадоволеності – це переважно проблеми інфраструктури, а не медичного персоналу. Дуже низьким є рівень довіри населення до професійної компетентності медперсоналу. За даними національних соціологічних досліджень (КМІС, СГ «Рейтинг»), у 2019 р. вперше за останні п'ять років зростає рівень задоволеності державними медичними послугами. Кожен п'ятий вважає, що якість державних медичних послуг в Україні впродовж останніх двох років покращилася, раніше таку думку висловлював кожен десятий.

Нами проведено аналіз динаміки забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. (рисунок 3.1.1.)

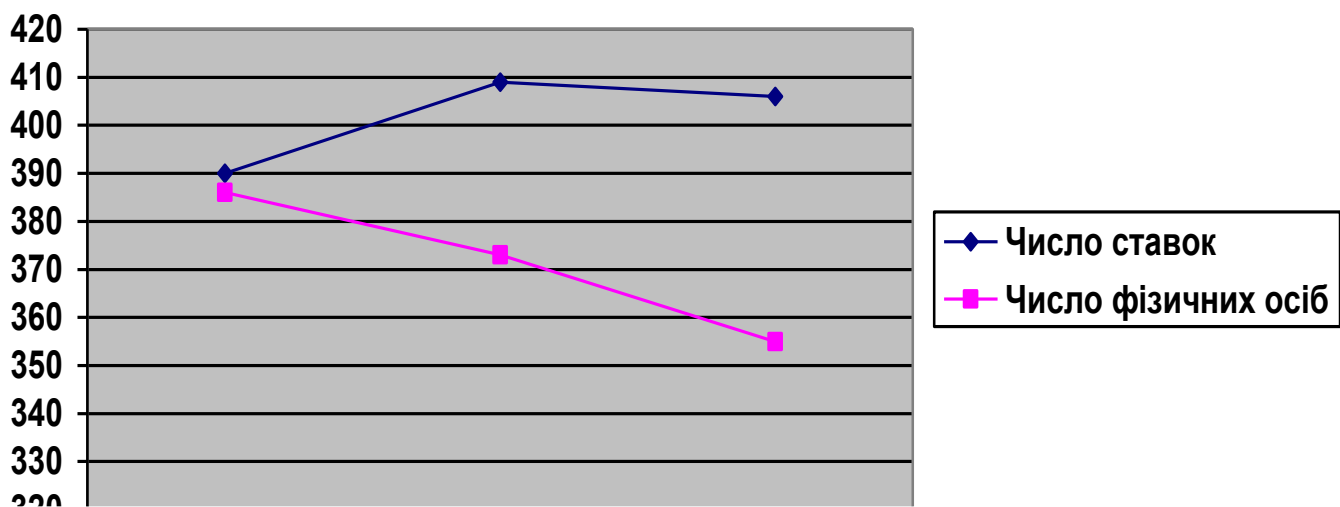


Рисунок 3.1.1. Динаміка забезпеченості медичними сестрами відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

Як видно із рис. 3.1.1., спостерігається різке зниження числа медичних сестер протягом 2017-2019 рр., що корелює із статистичними даними по Україні за 2019 р., які вказують на низьку щільність медичних сестер в Донецькій області (рис. 3.1.2) [29].

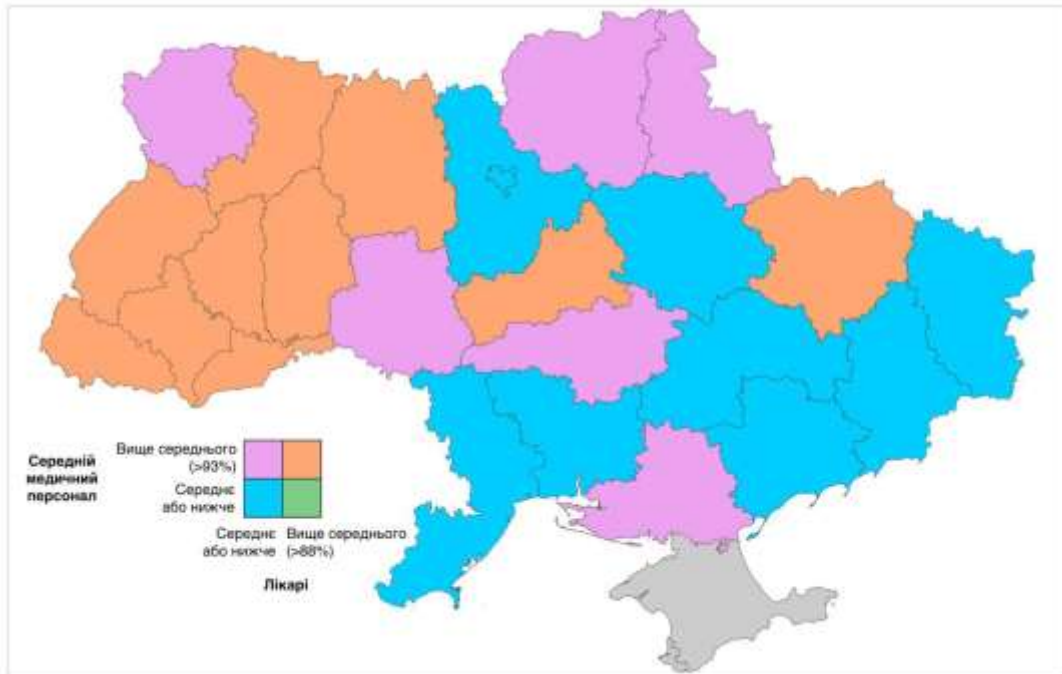


Рисунок 3.1.2. Географічний розподіл частки укомплектованих посад лікарів та середнього медичного персоналу, 2018 р., % [29].

Частково дефіцит медсестринських кадрів компенсується за рахунок внутрішнього сумісництва, однак, тенденція в цілому невтішна. Має місце постійний відтік середніх медичних кадрів із медичних закладів бюджетного сектору. Очевидно, таке явище пов'язане із недооцінкою суспільства в цілому роботи медичної сестри.

З метою вивчення такої проблеми в розрізі різних відділень, а отже, для вивчення тих місць роботи медичних сестер, де є найбільша нестача кадрів, нами проведено аналіз динаміки забезпеченості медичними сестрами в розрізі різних відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр. (рисунки 3.1.3 – 3.1.12).

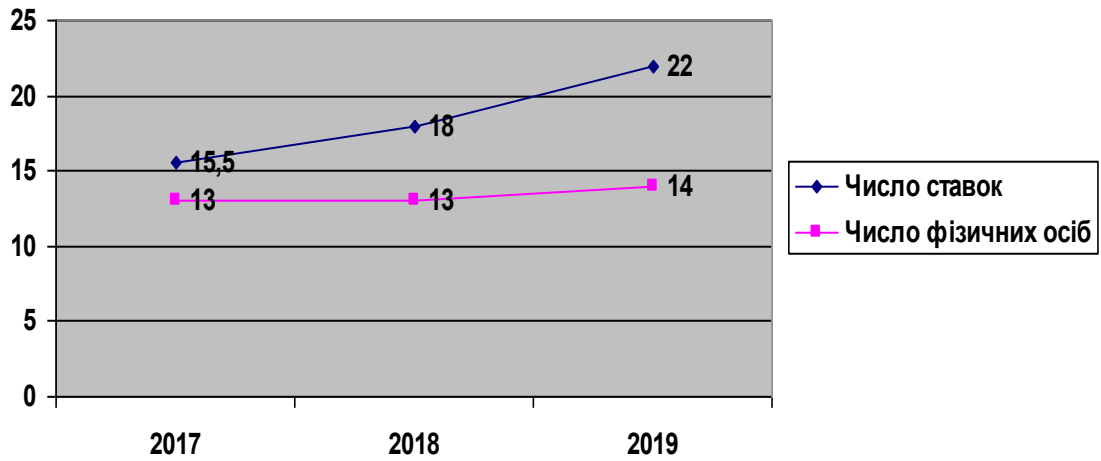


Рисунок 3.1.3. Динаміка забезпеченості медичними сестрами відділення ВАІТ КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

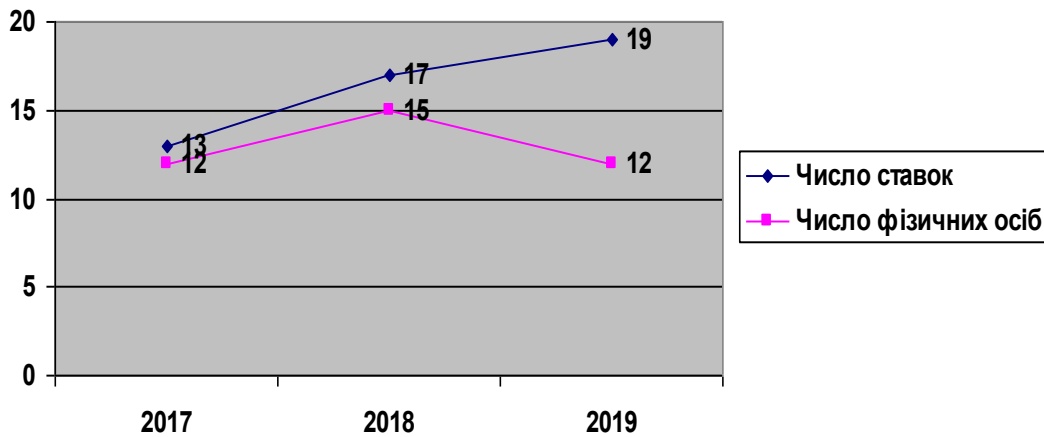


Рисунок 3.1.4. Динаміка забезпеченості медичними сестрами гінекологічного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

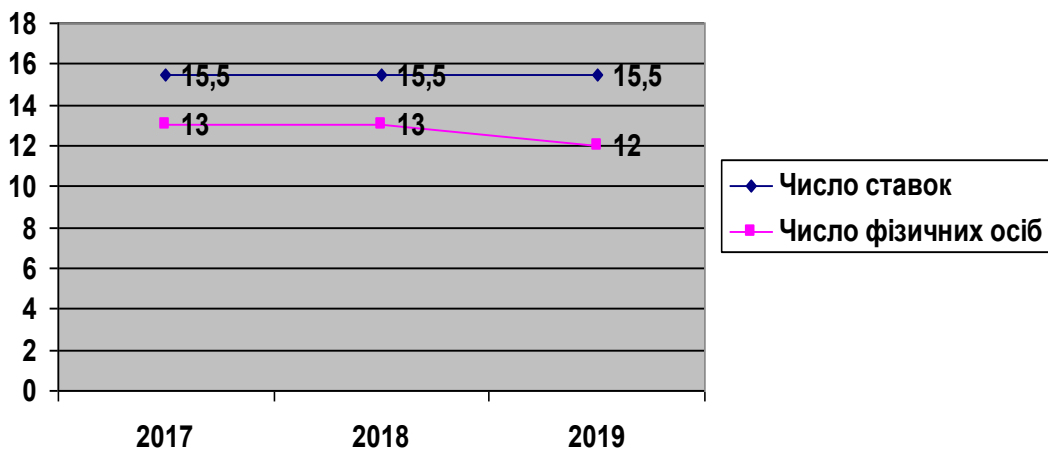


Рисунок 3.1.5. Динаміка забезпеченості медичними сестрами кардіологічного

відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

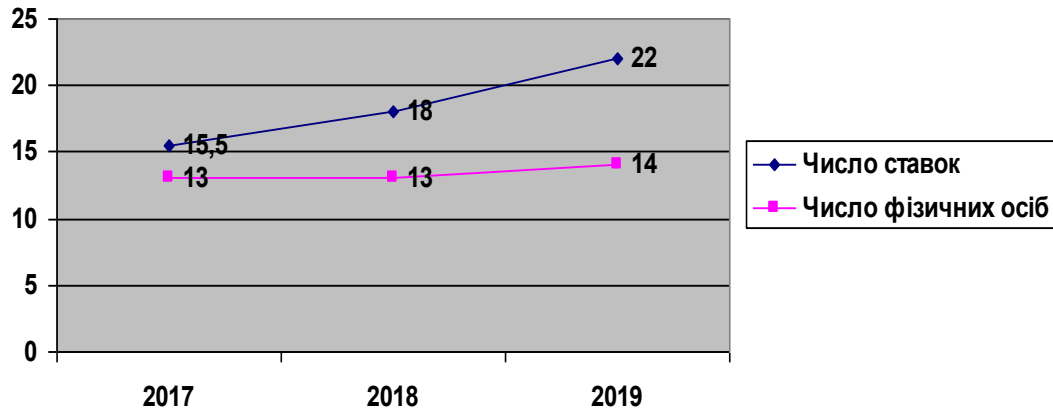


Рисунок 3.1.6. Динаміка забезпеченості медичними сестрами клініко-діагностичної лабораторії КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

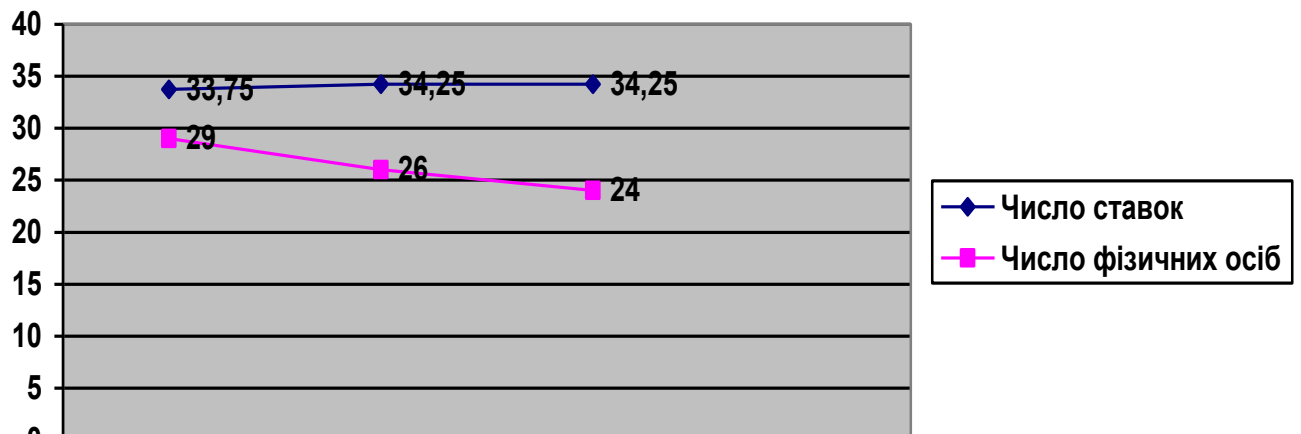


Рисунок 3.1.7. Динаміка забезпеченості медичними сестрами нейрохірургічного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

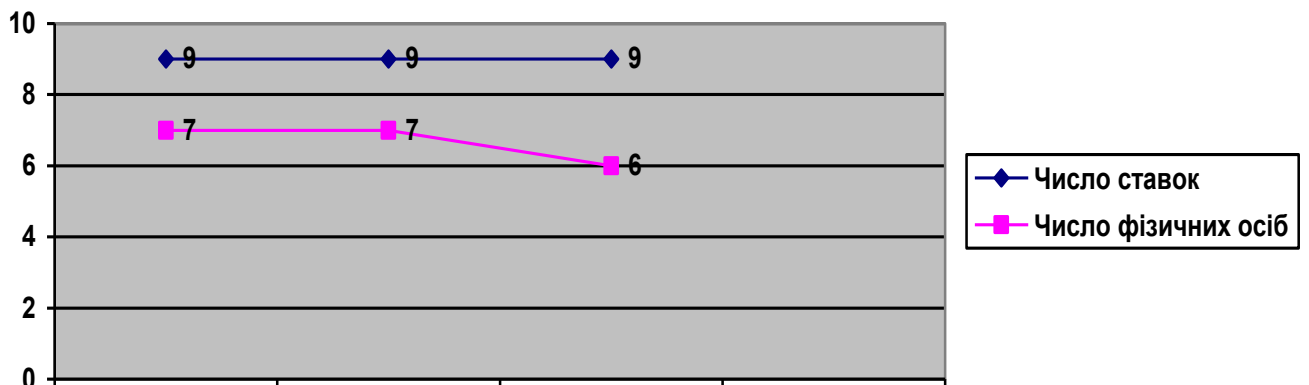


Рисунок 3.1.8. Динаміка забезпеченості медичними сестрами патанатомічного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

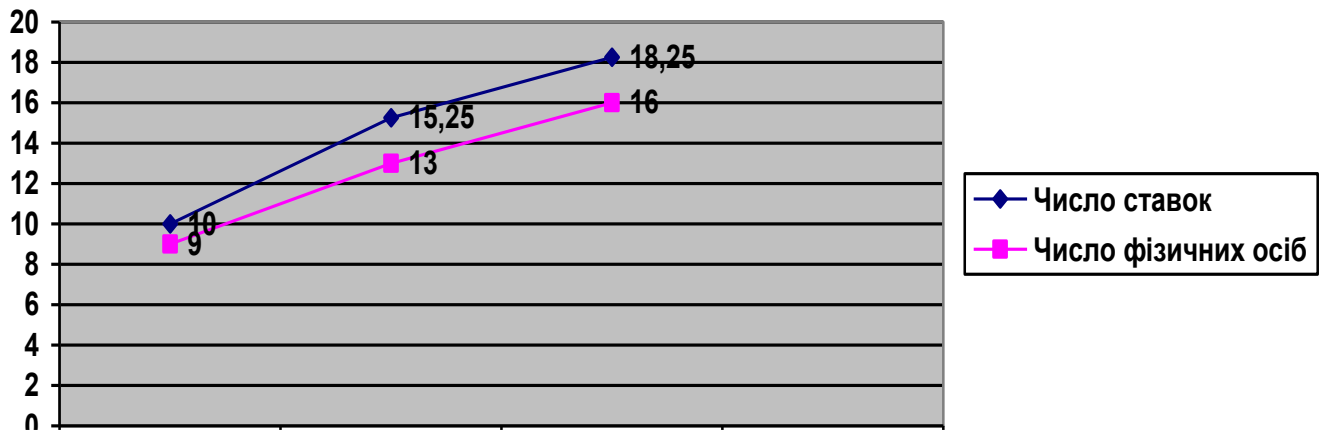


Рисунок 3.1.9. Динаміка забезпеченості медичними сестрами відділення променевої діагностики КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

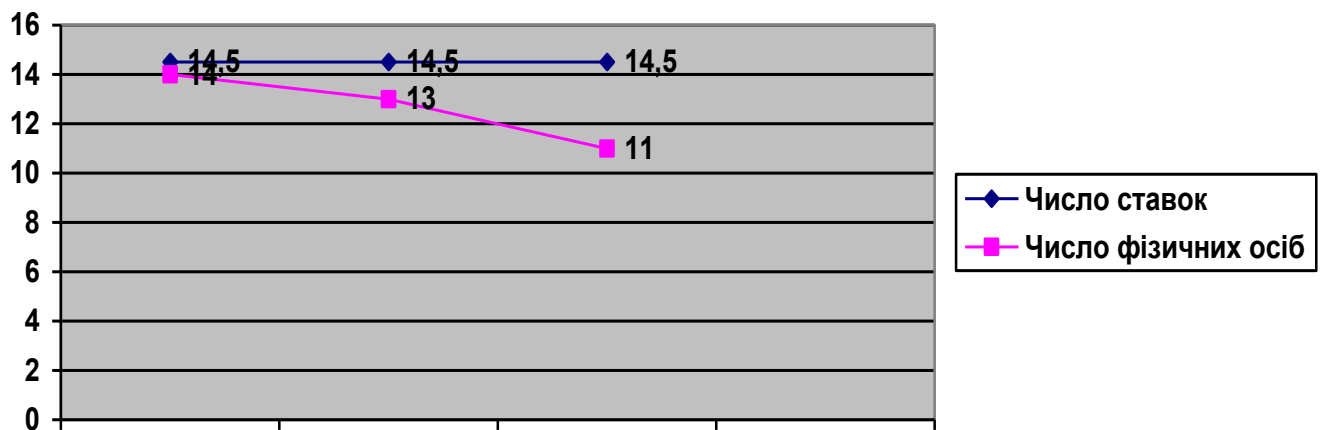


Рисунок 3.1.10. Динаміка забезпеченості медичними сестрами хірургічного відділення №1 КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

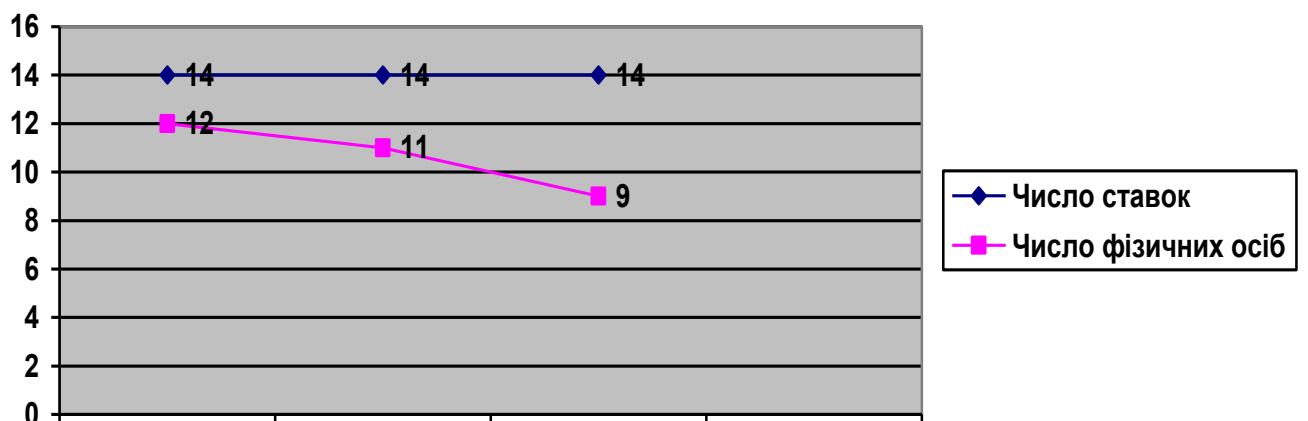


Рисунок 3.1.11. Динаміка забезпеченості медичними сестрами хірургічного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

відділення №2 КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь
за 2017-2019 рр.

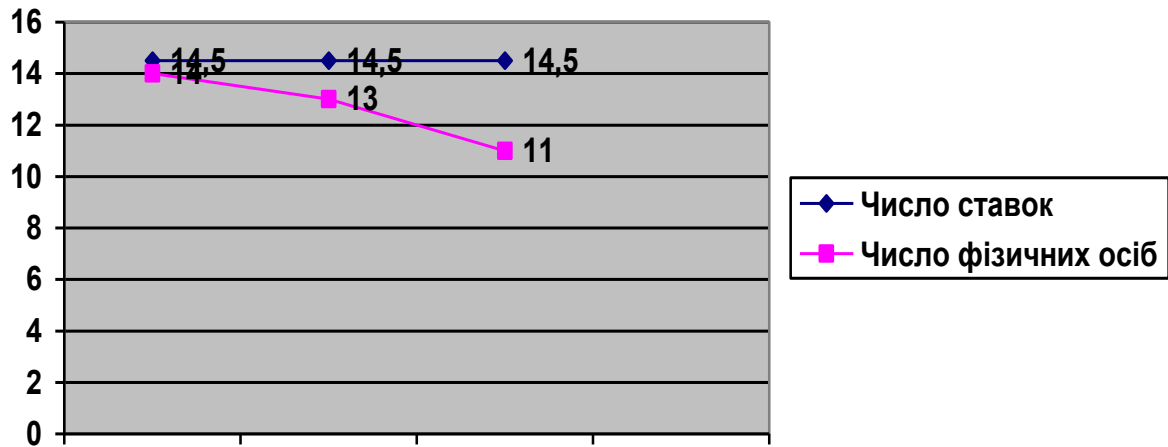


Рисунок 3.1.12. Динаміка забезпеченості медичними сестрами терапевтичного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

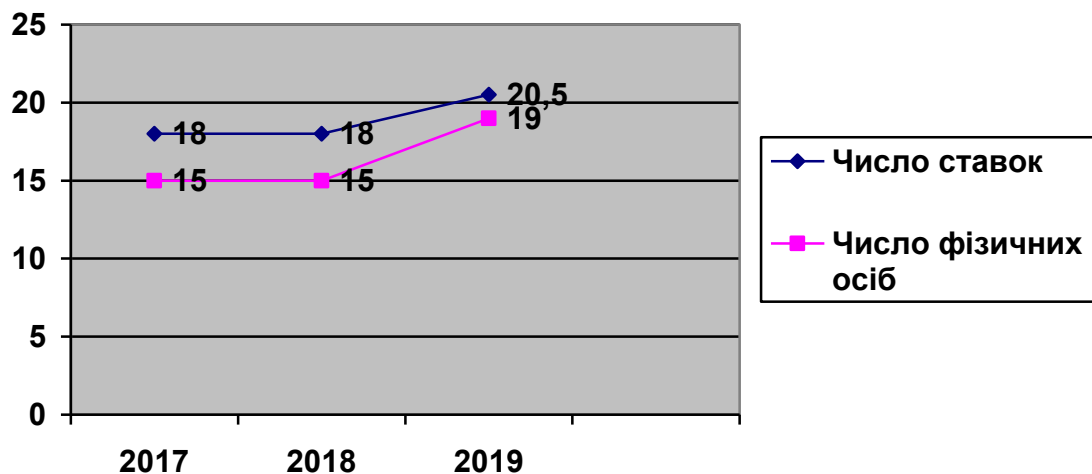


Рисунок 3.1.13. Динаміка забезпеченості медичними сестрами урологічного відділення КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за 2017-2019 рр.

Як видно із наведеної інформації, достатня укомплектованість медсестринськими кадрами спостерігалась у відділеннях невідкладної оперативної ендоскопії, консультативній поліклініці, ЛОР, неврологічному, ВІТ №1, ВІТ №2, мікрохірургії ока, функціональної діагностики, екстреної допомоги, травматологічному, фізіотерапевтичному, гастроентерологічному,

гіпербаричної оксигенації, централізованому стерилізаційному відділенні. Але спостерігається різне зниження забезпечення медичними сестрами хірургічних відділень (хірургічне №1, №2, гінекологічне) та підрозділів, де працівники наражають себе на біонебезпеку (клініко-діагностична лабораторія, патологоанатомічне відділення).

Специфіка пацієнтів, особливості перебігу хірургічних хвороб вимагають від медичного персоналу високої професійної майстерності в роботі з хірургічними пацієнтами. Зрозуміло, що у відділеннях хірургічного профілю лікування отримує найбільш важка категорія пацієнтів, що вимагає високої концентрації сил і засобів. На плечі середнього медичного персоналу покладаються серйозні завдання, від яких залежить не тільки якість лікування, але і безпека пацієнта. Тому є актуальними розробка заходів щодо покращення організації роботи медичних сестер відділень хірургічного профілю та збільшення їх мотивації.

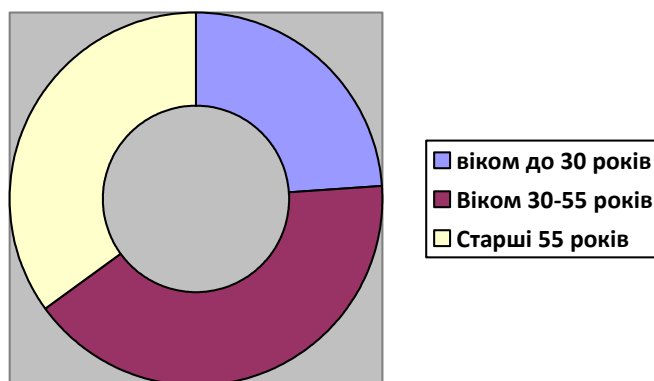


Рисунок 3.1.14. Розподіл медичних сестер за віком.

Щодо вікових особливостей, то привертає увагу те, що кількість осіб перед- та пенсійного віку перевищує третину всього медсестринського персоналу та становить 35 %. Водночас співробітників до 30 років було 24 %.

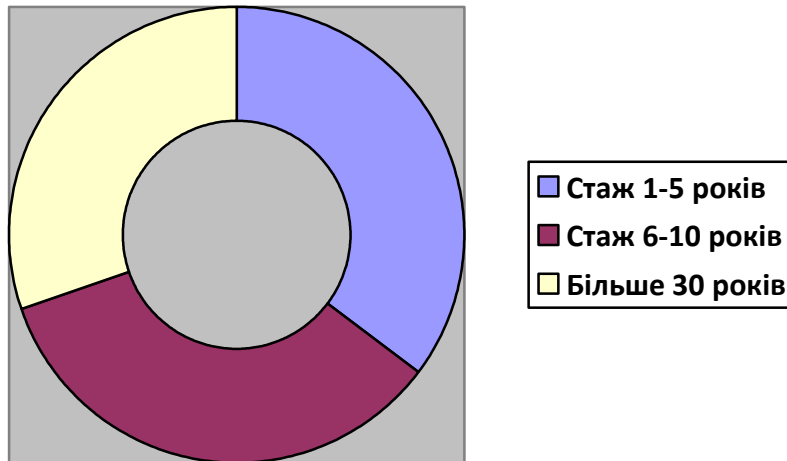


Рисунок 3.1.15. Розподіл медичних сестер за стажем роботи.

Щодо загального медичного стажу, серед опитаних майже половина (42 %) працівників були зі стажем 1–5 років, 22 % мали стаж 6–10 років та 36 % – більше 30 років.

3.2. Дослідження самооцінки медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Багато медичних сестер вказували на неспівпадіння оцінки їх діяльності з боку керівництва та самооцінкою. Також були думки про те, що теми навчання часто розкривають інформацію, яка вже добре відома, а існують такі моменти в роботі, підготовці до яких не приділялося достатньо уваги на додипломному і післядипломному рівні. Тому нами була розроблена анкета-опитувальник самооцінки, яку було запропоновано анонімно заповнити старшим медичним сестрам відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь. Метою опитування було виявити рівень володіння різними складовими роботи старших медичних сестер для наступної розробки навчальних тренінгів із проблемних питань.

Нами проведено аналіз самооцінки 19 старших медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь за анкетую-опитувальником. Зведені результати оцінки наведені у таблиці 3.2.1.

Результати самооцінки 19 старших медичних сестер відділень КНП
«Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь

№ п/п	Мої знання	Ступінь знань			
		Не знаю, %	Розумію, %	Знаю, %	можу сформулюва ти та пояснити, %
1	посадові інструкції посад середнього медичного персоналу	0	5,2	58,0	36,8
2	стандарти і вимоги до професійної майстерності	5,2	0	52,7	42,1
3	звітні статистичні форми у ЛПЗ	5,2	5,2	58,1	31,5
4	психологію особистості	0	10,4	68,8	20,8
5	медичні препарати	0	15,7	52,8	31,5
6	комплектацію робочих місць медсестринського персоналу та їх атестацію	5,2	10,4	58,1	26,3
7	проведення конкурсів професійної майстерності медичних сестер	10,4	26,3	42,5	20,8
8	медсестринське адміністрування, шляхи забезпечення виконання управлінських рішень та їх контроль	5,2	26,3	58,1	10,4
9	способи розв'язування конфліктних ситуацій	0	26,3	42,2	31,5
10	правила зберігання й виписування медикаментів для ЛПЗ	5,2	0	63,3	31,5

11	заповнення статистичних форм ЛПЗ	5,2	20,8	53,2	20,8
12	маркетинг у медсестринстві	10,4	0	79,2	10,4
13	підходи до вивчення й аналіз ринку медичних послуг	20,8	52,6	10,9	15,7
14	розробку реклами на медичні послуги	5,2	31,5	52,9	10,4
15	протипожежну безпеку	0	0	68,5	31,5
16	протиепідемічний режим, виробничу санітарію й безпечне лікарняне середовище в ЛПЗ	0	0	47,4	52,6
17	види медсестринської документації	0	0	57,9	42,1
18	правила ведення медсестринської документації	0	0	57,9	42,1
19	способи встановлення медсестринського діагнозу	10,4	5,2	63,6	20,8
20	методику догляду за хворими	10,4	0	52,8	36,8
21	долікарську невідкладну допомогу	0	0	68,5	31,5
22	методику підвищення кваліфікації медсестринських кадрів та їх атестацію	5,2	15,7	58,3	20,8
23	методологію НДР в галузі медсестринства	20,8	36,8	37,2	5,2

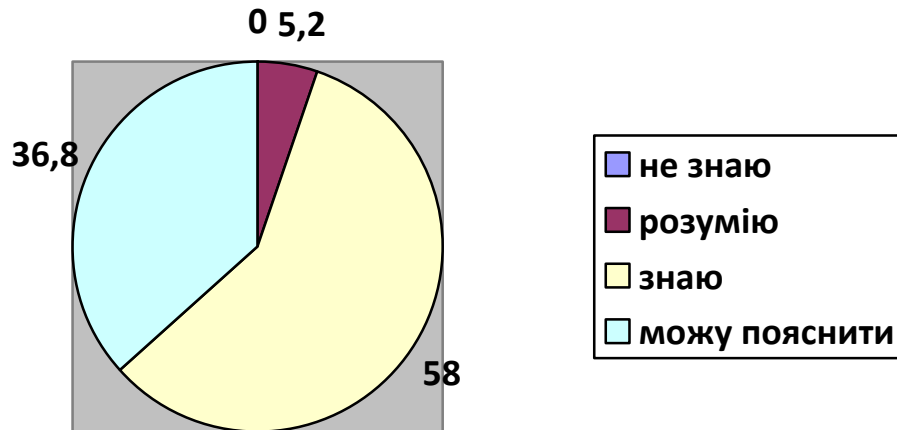


Рисунок 3.2.1. Знання посадових інструкцій посад середнього медичного персоналу.

В цілому більшість старших медичних сестер демонструють добре знання посадових інструкцій посад середнього медичного персоналу, однак 5,2% респондентів вказують на те, що цю інформацію розуміють, але не знають досконало. Ці дані рекомендують внести до тематичного плану безперервного навчання персоналу перегляд посадових інструкцій посад середнього медичного персоналу.

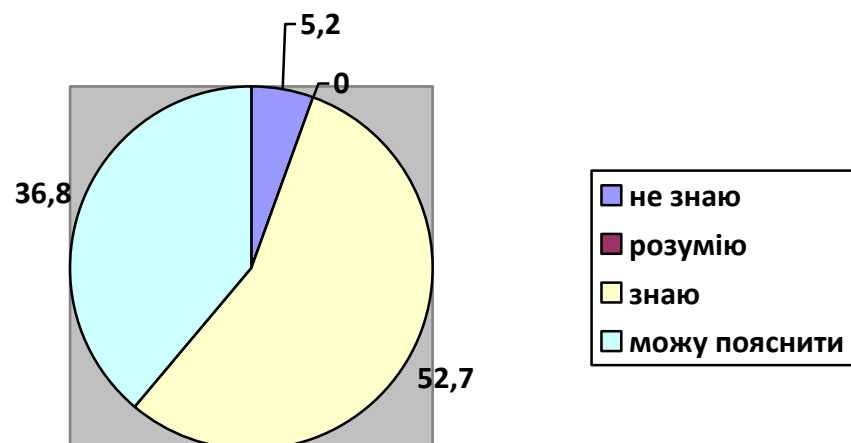


Рисунок 3.2.2. Рівень знань стандартів і вимог до професійної майстерності середнього медичного персоналу.

В цілому більшість старших медичних сестер демонструють добре знання стандартів і вимог до професійної майстерності, однак 5,2% респондентів вказують на те, що цією інформацією не володіють. Ці дані рекомендують внести до тематичного плану безперервного навчання персоналу вивчення стандартів і вимог до професійної майстерності середнього медичного персоналу.

Як демонструє рис. 3.2.3, більшість старших медичних сестер демонструють добре знання звітних статистичних форм у ЛПЗ, однак в цілому 10,4% респондентів досконало їх не знають. Рекомендується внести до тематичного плану безперервного навчання персоналу вивчення звітних статистичних форм у ЛПЗ.

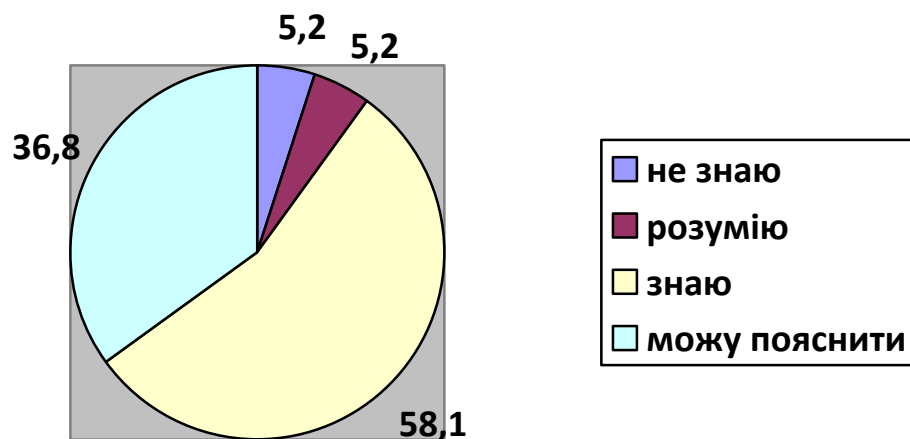


Рисунок 3.2.3. Рівень знань звітних статистичних форм у ЛПЗ.

Щодо знань із основ психології особистості, то ними не володіє кожна десята старша медична сестра (рис. 3.2.4). Рекомендується до тематичного плану безперервного навчання персоналу теми з вивчення психології особистості та запросити до їх проведення психолога.

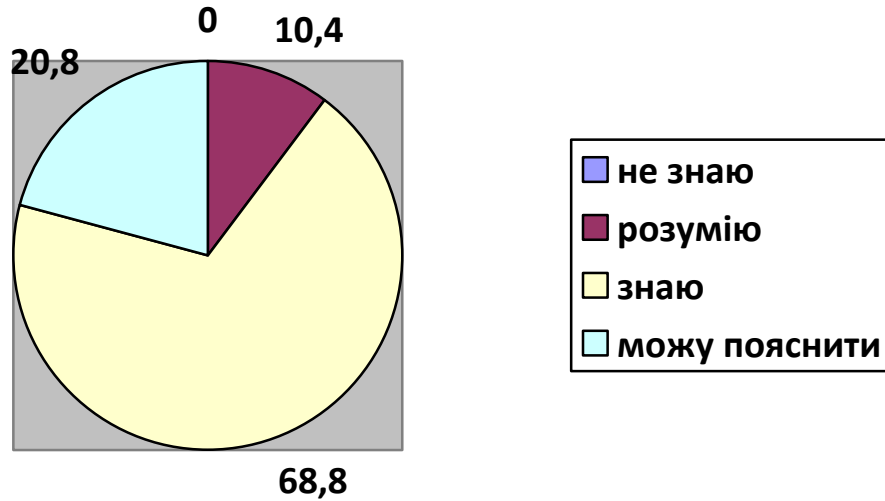


Рисунок 3.2.4. Рівень знань з психології особистості.

Також кожна десята старша медична сестра (рис. 3.2.5). не володіє знаннями про сучасні медичні препарати. Рекомендується на післядипломній освіті ввести теми з вивчення нових медичних препаратів.

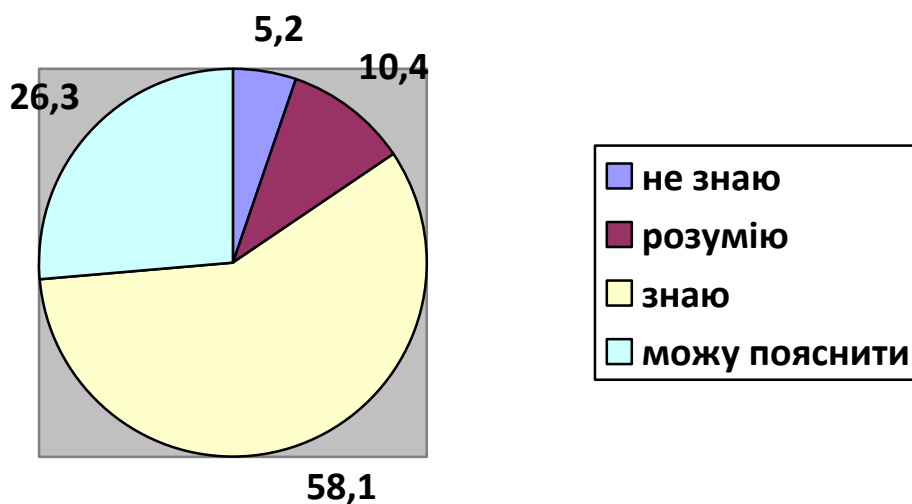


Рисунок 3.2.5. Рівень знань про медичні препарати.

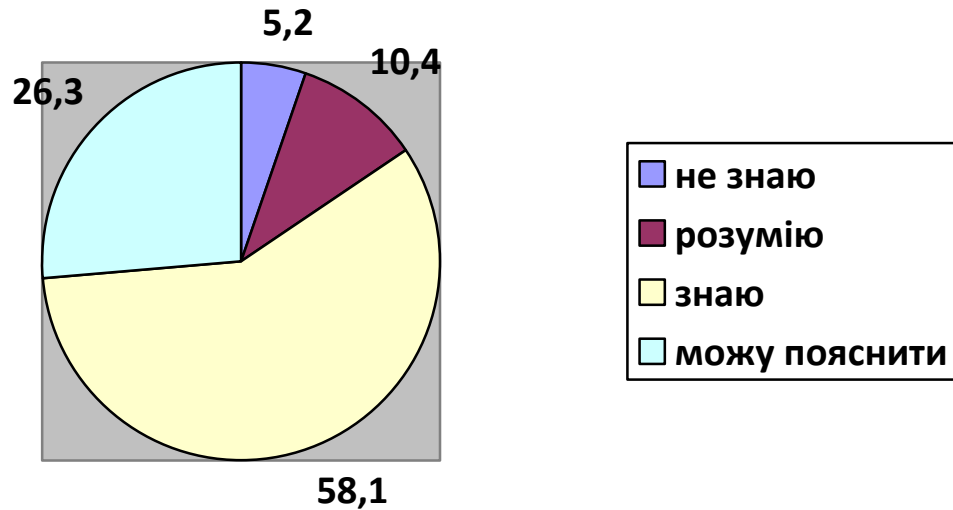


Рисунок 3.2.6. Рівень знань про комплектацію робочих місць медсестринського персоналу та їх атестацію.

Як свідчить рис. 3.2.6, більшість старших медичних сестер мають достатні знання про комплектацію робочих місць медсестринського персоналу та їх атестацію. Однак, частина їх володіє інформацією недостатньо. Рекомендується більше звертати увагу на ці питання на післядипломній освіті.

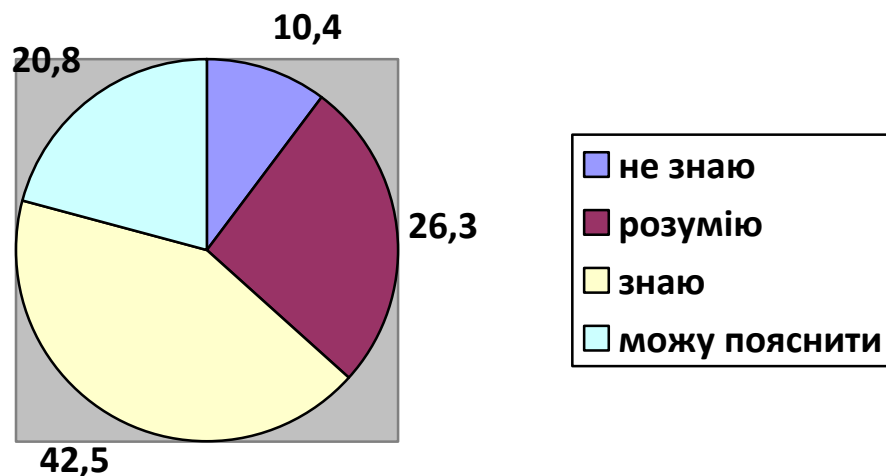


Рисунок 3.2.7. Рівень знань про проведення конкурсів професійної майстерності медичних сестер.

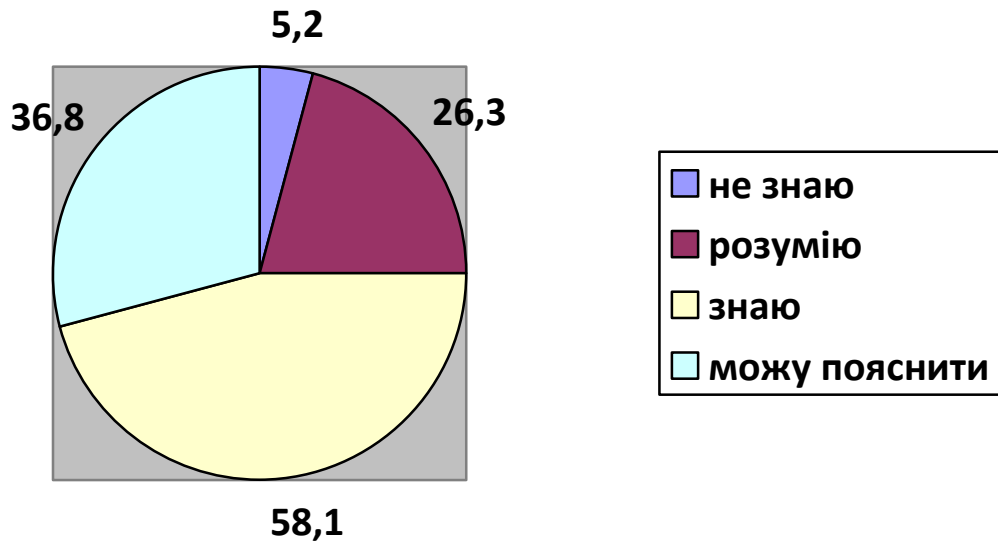


Рисунок 3.2.8. Рівень знань про медсестринське адміністрування, шляхи забезпечення виконання управлінських рішень та їх контроль.

Стало неприємною несподіванкою те, що більше третини опитаних не знають методики проведення конкурсів професійної майстерності медичних сестер (рис. 3.2.7). Дану проблему можна пов'язати із значною завантаженістю персоналу.

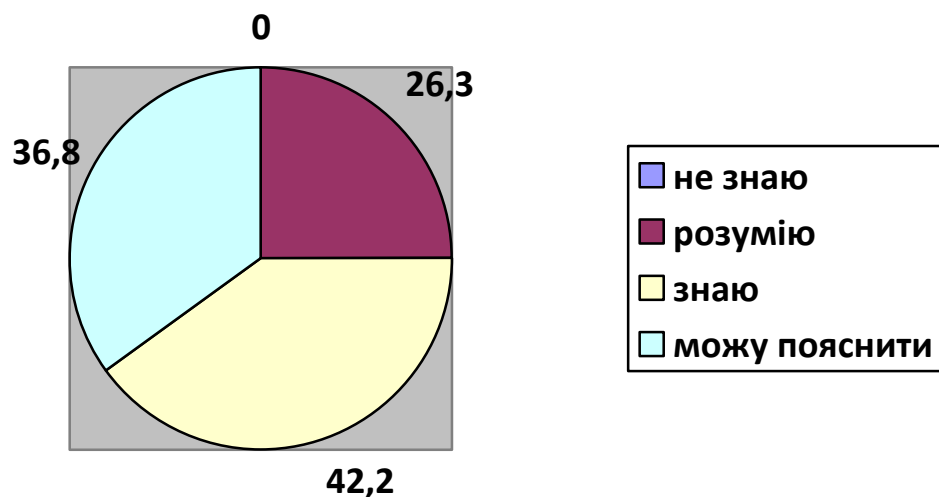


Рисунок 3.2.9. Рівень знань про способи розв'язування конфліктних ситуацій.

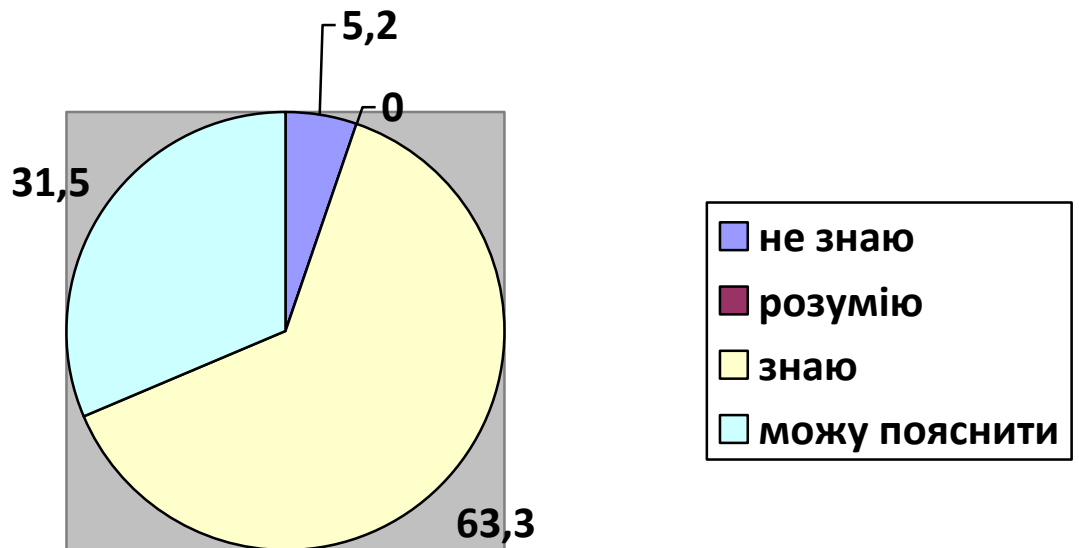


Рисунок 3.2.10. Рівень знань про правила зберігання й виписування медикаментів для ЛПЗ.

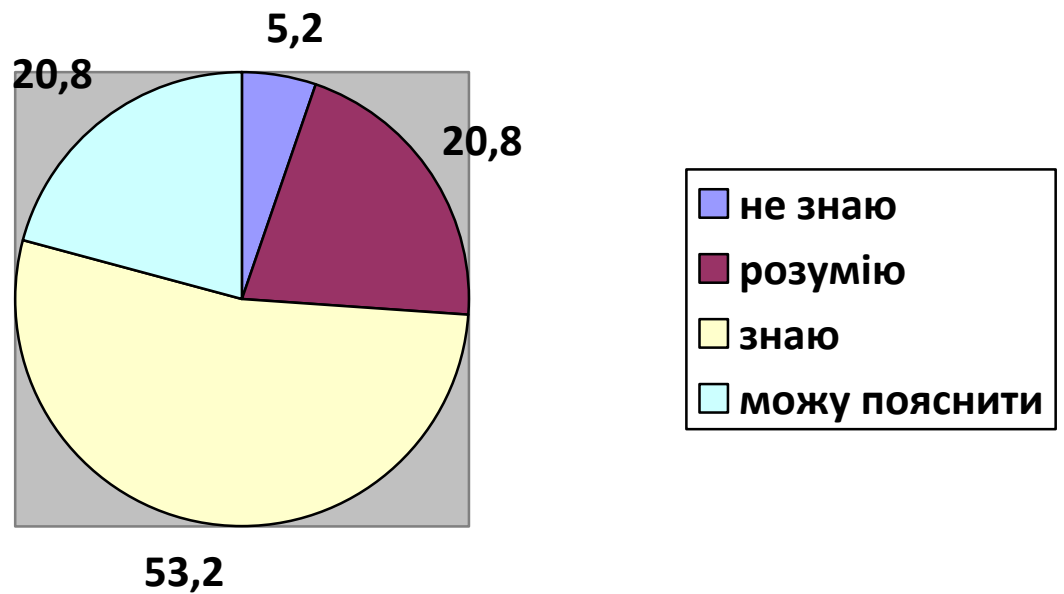


Рисунок 3.2.11. Рівень знань про заповнення статистичних форм ЛПЗ

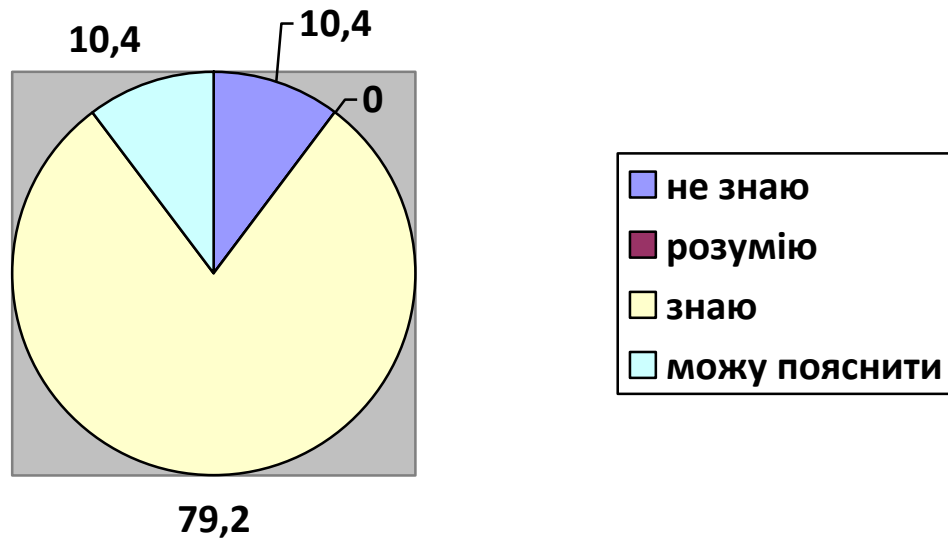


Рисунок 3.2.12. Рівень знань про маркетинг у медсестринстві.

Нами встановлено, що старші медичні сестри в цілому добре орієнтуються в питаннях розв'язування конфліктних ситуацій, правилах зберігання й виписування медикаментів для ЛПЗ, правилах заповнення статистичних форм ЛПЗ та принципах маркетингу у медсестринстві та розробки реклами на медичні послуги.

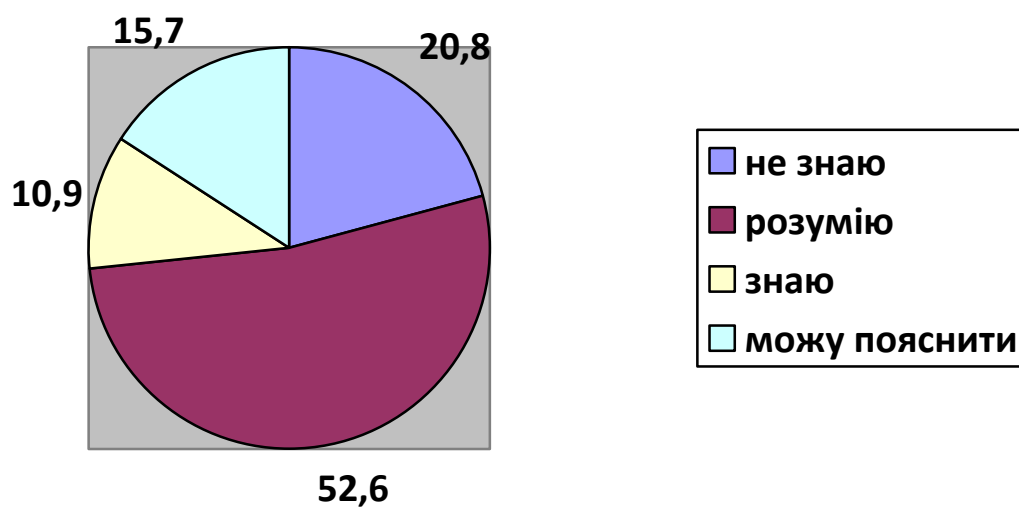


Рисунок 3.2.13. Рівень знань про підходи до вивчення й аналіз ринку медичних послуг.

Разом з тим, згідно із результатами опитування, кожна 5-а старша медична сестра не володіє підходами до вивчення й аналізу ринку медичних послуг. Очевидно, слід проводити спеціальні тренінги із цих питань на післядипломній освіті.

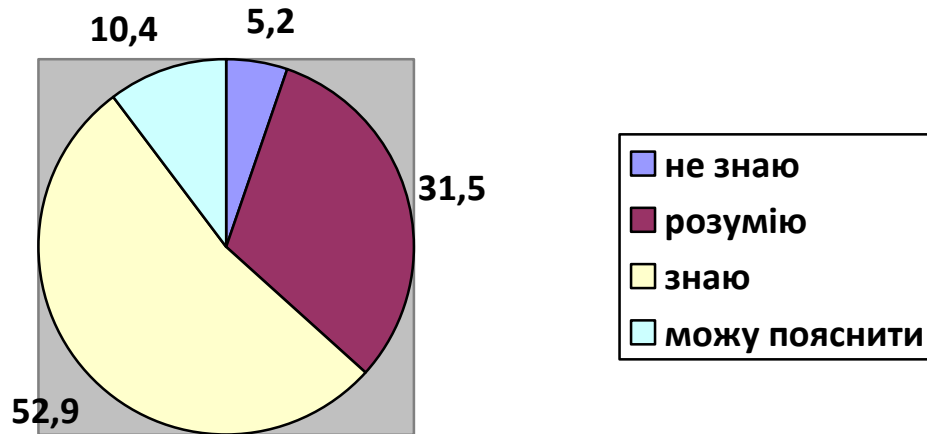


Рисунок 3.2.14. Рівень знань про розробку реклами на медичні послуги.

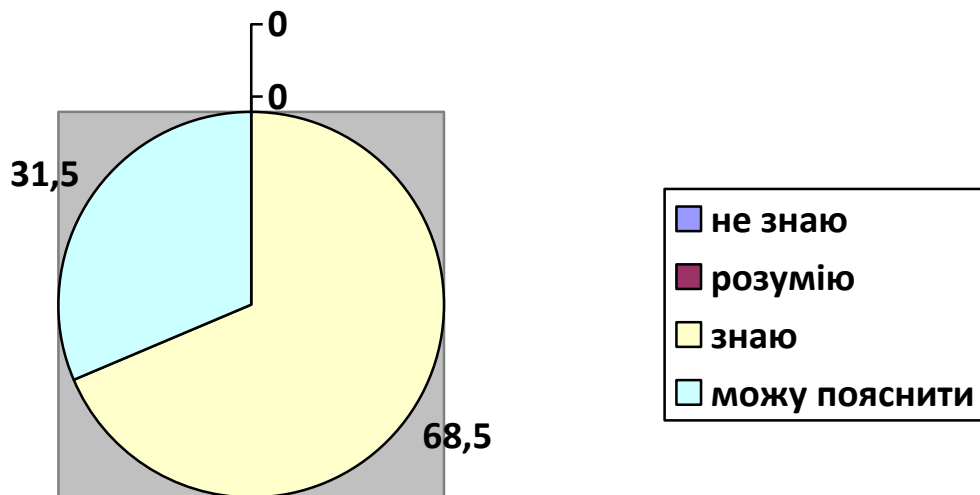


Рисунок 3.2.15. Рівень знань про протипожежну безпеку.

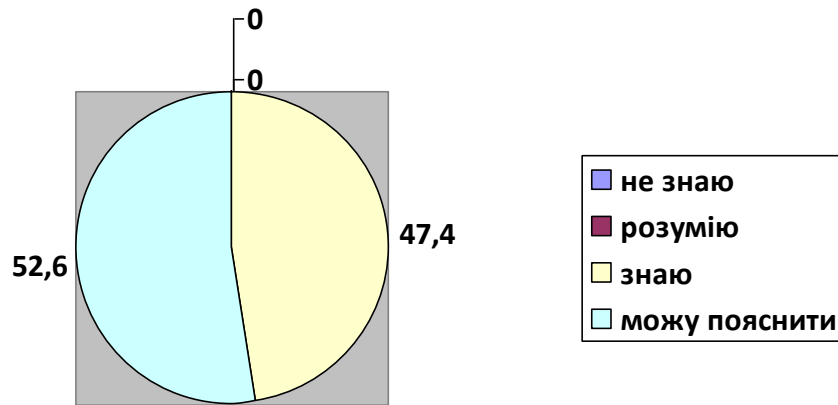


Рисунок 3.2.16. Рівень знань про протиепідемічний режим, виробничу санітарію й безпечне лікарняне середовище в ЛПЗ.

І найкращими були знання медичних сестер про протипожежну безпеку та протиепідемічний режим, виробничу санітарію й безпечне лікарняне середовище в ЛПЗ

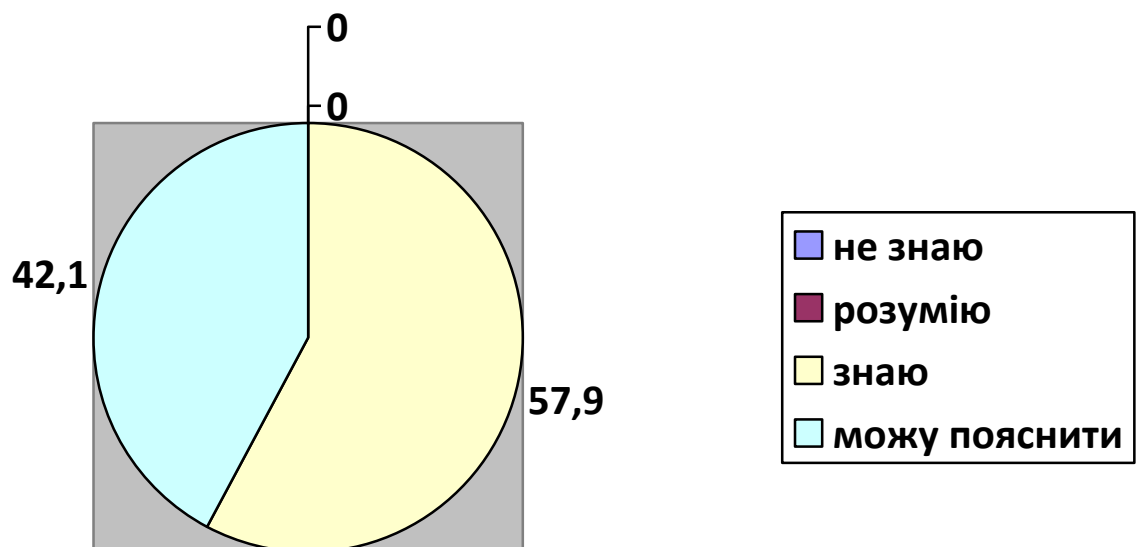


Рисунок 3.2.17. Рівень знань про види медсестринської документації.

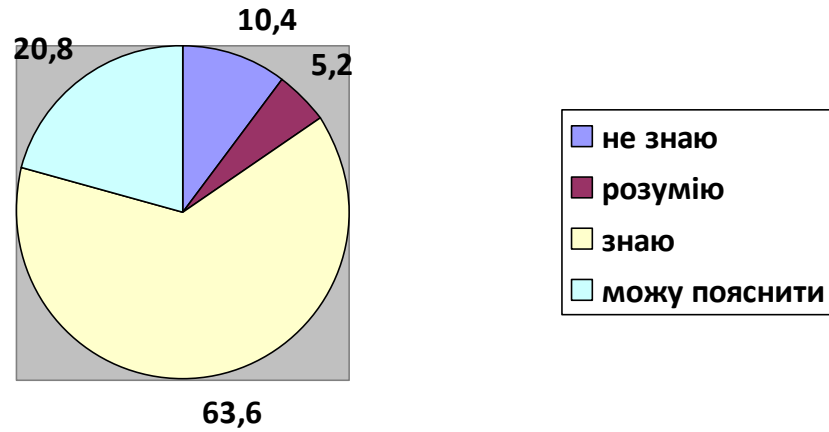


Рисунок 3.2.18. Рівень знань про правила ведення медсестринської документації.

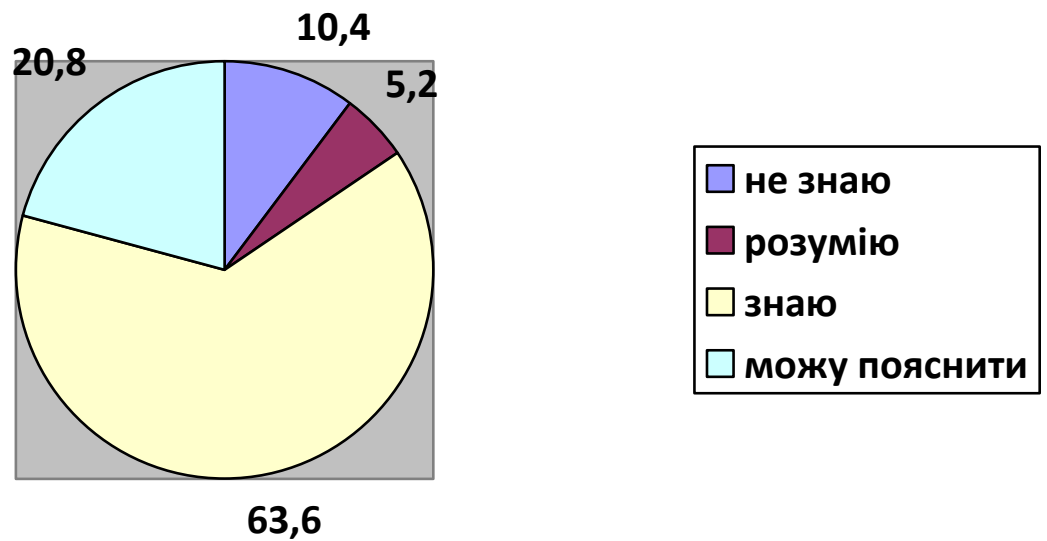


Рисунок 3.2.19. Рівень знань про способи встановлення медсестринського діагнозу

Також, на жаль, кожна десята медична сестра не знала багатьох правил ведення медсестринської документації, а також не володіла навичками

встановлення медсестринського діагнозу, що вказує на прогалини у додипломній та післядипломній освіті і потребує їх корекції.

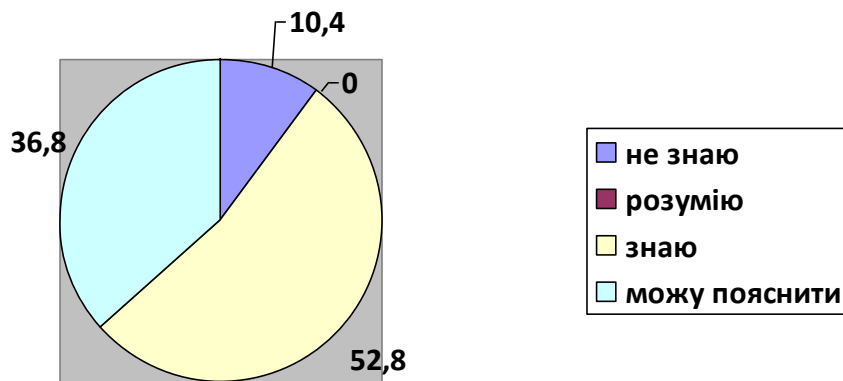


Рисунок 3.2.20. Рівень знань про методику догляду за хворими.

Неприємною несподіванкою стало те, що 10,4% опитаних старших медичних сестер мали недостатній рівень знань щодо знань про методики догляду за хворими, що свідчить про формалізацію їх роботи і переважання її складової адміністративної частини.

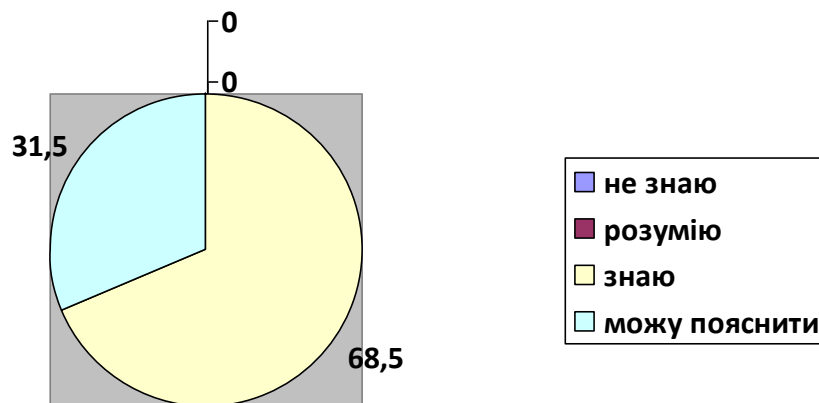


Рисунок 3.2.21. Рівень знань про долікарську невідкладну допомогу.

Однак, всі опитані старші медичні сестри показали добрі знання про долікарську невідкладну допомогу, що підтверджує їхні якості менеджера сестринського персоналу.

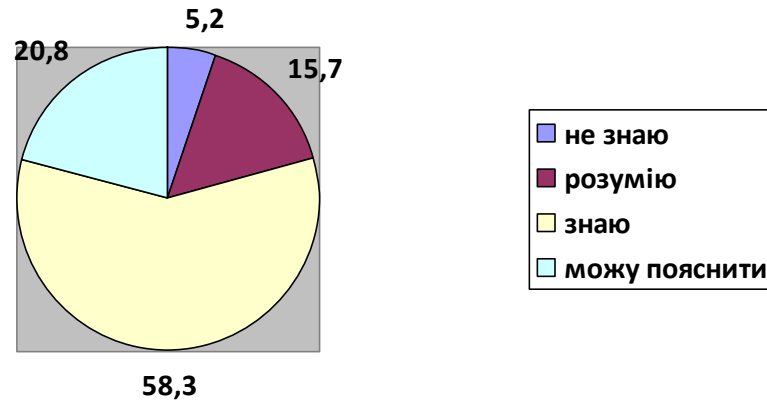


Рисунок 3.2.22. Рівень знань про методику підвищення кваліфікації медсестринських кадрів та їх атестацію.

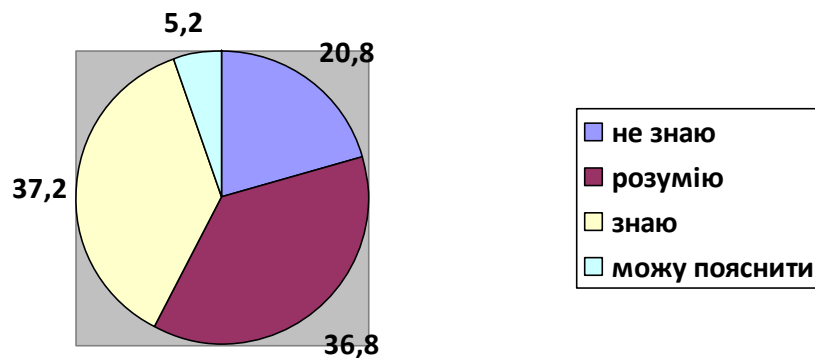


Рисунок 3.2.22. Рівень знань про методологію НДР в галузі медсестринства

Рівень знань про методику підвищення кваліфікації медсестринських кадрів та їх атестацію був достатнім, однак, насторожує те, що старші медичні сестри мають погані знання про методологію НДР в галузі медсестринства (у

20,8% ці знання відсутні і тільки 5,2% знає ці питання на рівні можливості їх пояснення).

Виявлені недоліки повинні стати основою для складання плану післядипломної підготовки медичних сестер.

3.3. Вивчення мотиваційних чинників медичних сестер відділень КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь.

Анонімне анкетування було проведене серед працівників КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь. Було опитано 136 медичних сестри. Вибірка вміщувала 95 % медсестринських кадрів від загальної кількості, що свідчить про її репрезентативність. Опитування складалося з декількох блоків запитань, які дозволили вивчити мотиви роботи, причини, що утримують на роботі та заважають досягненню потрібного результату в роботі, оцінити умови праці.

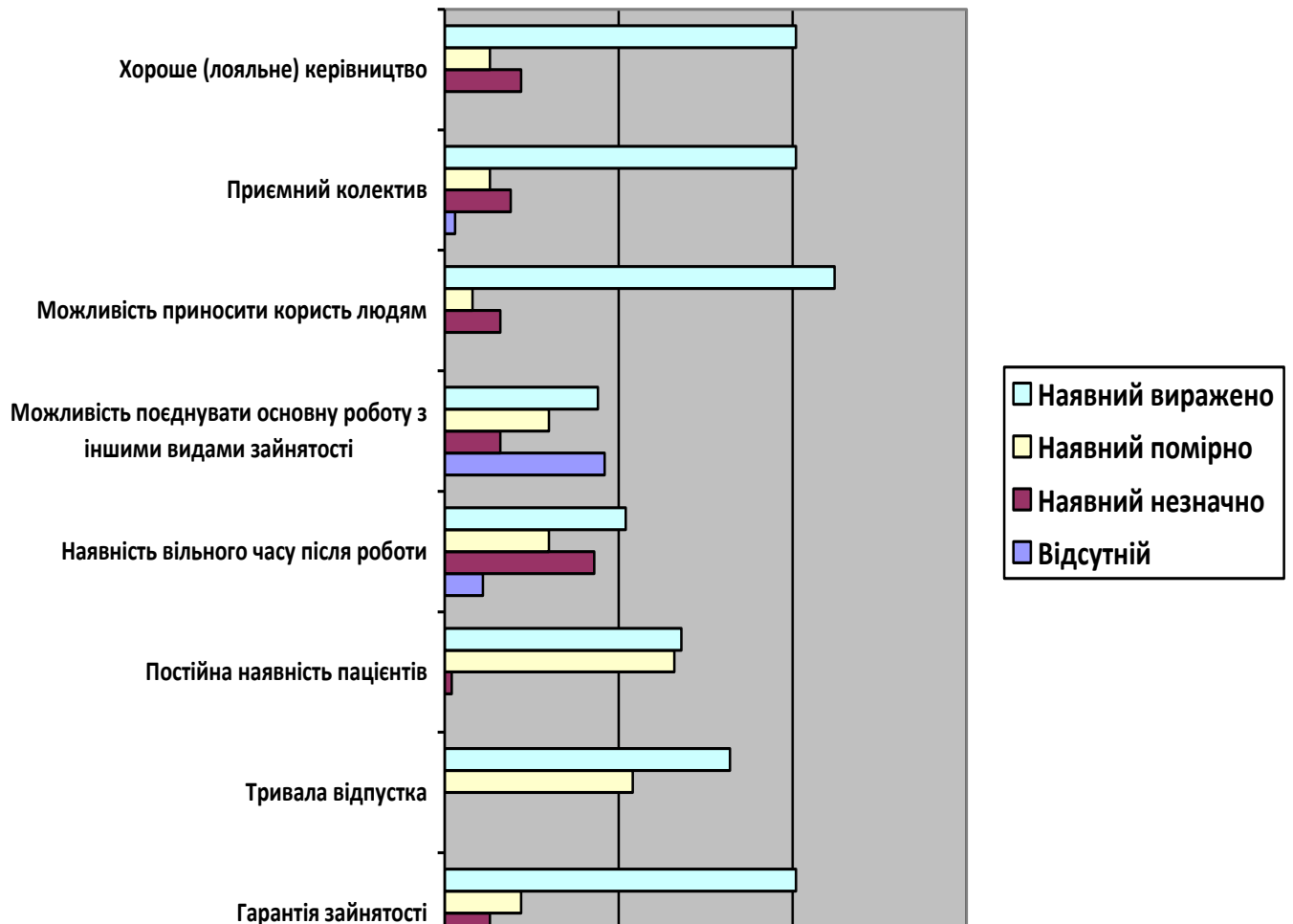
Результати опитування наведені в таблицях 3.3.1 та рис. 3.3.1.

Таблиця 3.3.1.

Результати анкетування «Основні нефінансові стимули та мотиватори, на думку медичних працівників бюджетного сектору:

Назва чинника утримання кадрів у бюджетному секторі медицини	Ступінь вираженості чинника			
	Відсутній	Наявний		
		Наявний незначно	Наявний помірно	Наявний виражено
Гарантія зайнятості	-	13	22	101
Тривала відпустка	-	-	54	82
Постійна наявність пацієнтів	-	2	66	68
Наявність вільного часу після роботи	11	43	30	52
Можливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості	46	16	30	44

Можливість приносити користь людям	-	16	8	112
Приємний колектив	3	19	13	101
Хороше (лояльне) керівництво	-	22	13	101



Рисунк 3.3.1. Результати анкетування «Основні нефінансові стимули та мотиватори, на думку медичних працівників бюджетного сектору.

Як видно із наведених даних, найбільшу питому вагу серед нефінансових стимулів та мотиваторів медичні працівники бюджетного сектору віддають можливості приносити користь людям, хорошому (лояльному) керівництву, наявності приємного колективу та гарантії зайнятості.

Багато респондентів, однак, вказують на неможливість поєднувати основну роботу з іншими видами зайнятості.

Нами також було проведене опитування для виявлення головних нефінансових чинники утримання медичних сестер в конкретному нашому.

медичному закладі. серед працівників КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь. Було опитано 136 медичних сестри. Результати опитування наведені в таблицях 3.3.1 та рис. 3.3.1.

Таблиця 3.3.1.

Результати анкетування оцінки нефінансових чинників утримання медичних сестер в конкретному медичному закладі.

Назва чинника утримання кадрів у бюджетному секторі медицини	Ступінь вираженості чинника			
	Відсутній	Наявний		
		Незначно	помірно	виражено
Набутий авторитет, значущість у колективі	3	27	62	44
Можливість розвиватись, набувати досвіду	0	30	51	55
Хороші умови праці В т.ч.				
- Добре обладнане місце роботи	3	46	27	60
- Гарний ремонт	29	38	16	53
Зручне розташування закладу	11	53	30	42
Можливість додаткового сумісництва	16	24	33	27

Як видно із наведених даних, найбільшу питому вагу серед нефінансових чинників утримання медичних сестер в конкретному медичному закладі мають набутий авторитет, значущість у колективі, можливість розвиватись, набувати досвіду та хороші умови праці (добре обладнане місце роботи). На противагу цьому, найменше значення мають гарний ремонт, зручне розташування закладу і навіть можливість додаткового сумісництва.

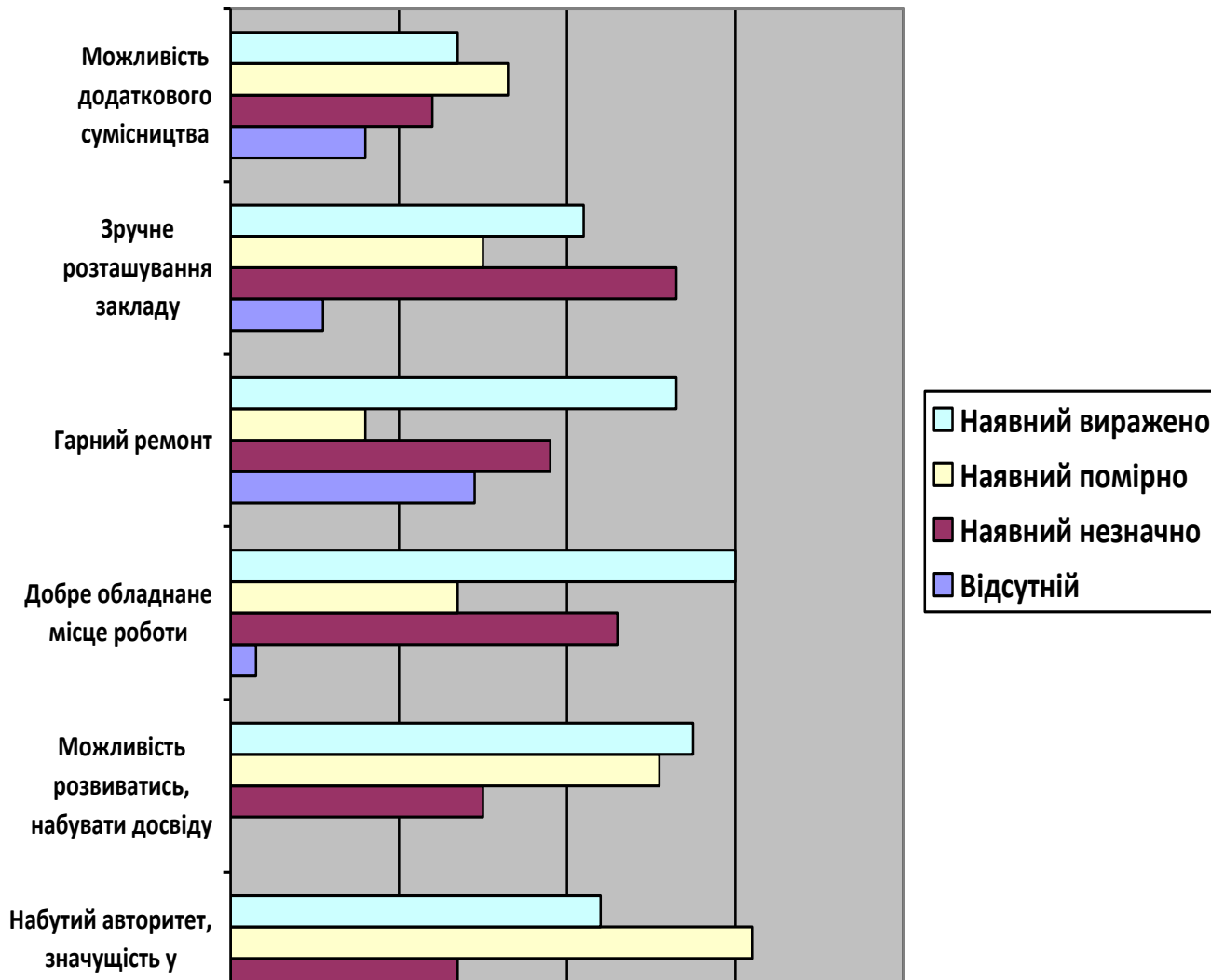


Рисунок 3.3.1. Результати анкетування оцінки нефінансових чинників утримання медичних сестер в конкретному медичному закладі.

Отже, для вирішення кадрових проблем серед медичних сестер адміністрація закладу повинна стимулювати їх за рахунок вдалого менеджменту, оцінки авторитету медичної сестри та його прилюдного визнання та створенням хороших умов праці.

Отже, як видно із результатів дослідження, для вирішення кадрових проблем серед медичних сестер адміністрація КНП «Обласна лікарня інтенсивного лікування» м. Маріуполь повинна стимулювати їх за рахунок вдалого менеджменту, оцінки авторитету медичної сестри та його прилюдного визнання та створенням хороших умов праці.

ВИСНОВКИ

1. Спостерігається різне зниження забезпечення медичними сестрами хірургічних відділень (хірургічне №1, №2, гінекологічне) та підрозділів, де працівники наражають себе на біонебезпеку (клініко-діагностична лабораторія, патологоанатомічне відділення).
2. Затверджена штатна структура сестринського персоналу не відповідає об'єму професійних обов'язків, який виконує сестринський персонал, що призводить до перезавантаження медсестер, відходу від стандартів виконання процедур і маніпуляцій, професійного вигорання, зниження якості медичної допомоги.
3. Специфіка пацієнтів, особливості перебігу хірургічних хвороб вимагають від медичного персоналу високої професійної майстерності в роботі з хірургічними пацієнтами. Зрозуміло, що у відділеннях хірургічного профілю лікування отримує найбільш важка категорія пацієнтів, що вимагає високої концентрації сил і засобів. На плечі середнього медичного персоналу покладаються серйозні завдання, від яких залежить не тільки якість лікування, але і безпека пацієнта. Тому є актуальними розробка заходів щодо покращення організації роботи медичних сестер відділень хірургічного профілю та збільшення їх мотивації. Потрібно внести зміни щодо використання робочого часу медичних сестер та зменшити навантаження на медичну сестру хірургічного відділення.
4. Слід розробити мотиваційні заходи, які б сприяли припливу кадрів на посади медичних сестер в цілому і, зокрема, для роботи в хірургічних відділеннях, які ґрунтуються на засадах професійної етики у медичних сестер та матеріального і нематеріального стимулювання.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Для вирішення кадрових проблем серед медичних сестер адміністрація закладу повинна стимулювати їх за рахунок:

- вдалого менеджменту,
- оцінки авторитету медичної сестри та його прилюдного визнання
- створення хороших умов праці.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Стратегія сталого розвитку “Україна – 2020” : схвалена Указом Президента України № 5/2015 від 12.01.2015 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/laws/show/5/2015>.
2. “Здоров’я-2020”: Основи Європейської стратегії у підтримку дій всієї держави і суспільства в інтересах здоров’я і благополуччя. Копенгаген : ЄРБ ВООЗ, 2012. С. 6.
3. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.11.2017 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/las/show/2168-19>.
4. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров’я : Закон України № 21 від 2017 р. Ст. 245. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#n50>.
5. Шегедин Я. Ю. Державна політика в галузі медсестринства: структурно-функціональний аспект // Демократичне врядування : наук. вісн. / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. 2017. Вип. 18/19. Львів : ЛРІДУ НАДУ. URL : http://www.lvivacademy.com/vidavnitstvo_1/visnyk18_19/index.html.
6. Шегедин Я. Методи комплексного аналізу державної політики в галузі медсестринства // Ефективність державного управління [Текст] : зб. наук. пр. Вип. 3 (52) / за заг. ред. чл.-кор. НАН України В. С. Загорського, доц. А. В. Ліпенцева. Львів : ЛРІДУ НАДУ, 2017. С. 185—191.
7. Діденко О. Д. Сестринська справа як складова частина системи охорони здоров’я // Медсестринство. 2014. № 4. С. 46, 47.
8. Я. Шегедин шляхи удосконалення механізмів реалізації державної політики в галузі медсестринства На регіональному рівні // Ефективність державного управління. 2017. Вип. 4 (53). Ч. 1. С. 112-120.
9. Кузьмінський П. Й. Державне управління системою підготовки медичних сестер в Україні: вступ до проблеми // Державне управління:

удосконалення та розвиток : ел. вісн. / за заг. ред. Присяжнюк В. К. 2013. Вип.

3. URL : <http://www.dy.nauka.com.ua>.

10. Кузьмінський П. Й. Державне управління системою підготовки медичних сестер в Україні // Державне управління: удосконалення та розвиток : ел. наук. фах. вид. 2012. № 5. URL : <http://www.dy.nauka.com.ua/?op=1&z=519>.

11. Дудка В. В. Розвиток державного управління охороною здоров'я України на місцевому рівні : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.02 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2013. 20 с.

12. Торбас О. М. Організація діяльності органів місцевого самоврядування у сфері охорони громадського здоров'я : автореф. дис. ... канд. наук з держ. упр. : 25.00.04 / Нац. акад. держ. упр. при Президентові України. К., 2012. 22 с.

13. Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. URL : <HTTP://WWW.APTEKA.UA/ARTICLE/327094>.

14. Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення : Закон України № 2168-VIII від 19.11.2017 р. URL : <http://zakon5.rada.gov.ua/las/show/2168-19>.

15. Про внесення змін до деяких законодавчих актів України щодо удосконалення законодавства з питань діяльності закладів охорони здоров'я : Закону України № 21 від 2017. Ст. 245. URL : <http://zakon2.rada.gov.ua/laws/show/2002-19#n50>.

16. Авраменко Т.П. Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. / Т.П. Авраменко. — К.: НІСД, 2012. — 35 с.

17. Банчук М.В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / М.В. Банчук, О.П. Волосовець, Т.І. Чернишенко // Український науково-практичний журнал // Магістр медсестринства. — Житомир: Полісся. — 2008. Вип. 1. — С. 18—21.

18. Доклад "Мировая статистика здравоохранения" [Электронный ресурс]. — Режим доступа: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/EN_WHS2012_Full.pdf

19. Buchan J. and Calman L. Skillmix and Policy Change in the Health Workforce: Nurses in Advanced Roles. — Paris: OECD, 2005. 63 p.
20. Karlberg, I. et al. Managing Chronic Conditions: Experience in Eight Countries. — Copenhagen: European Observatory on Health Systems and Policies, 2008. — 181 p.
21. Petro W., Schulenburg J., Greiner W. et al./ Effizienz eines Disease Management Programmes bei Asthma // Pneumologie. — 59. — 10167.2005.
22. У. Ю. Безкоровайна. Порівняльний аналіз ролі медичної сестри в Україні та у світі // Інвестиції: практика та досвід № 15/2016. С. 88-91.
23. О.В. Перепада. Методичні підходи до оцінки якості сестринської допомоги. Актуальні проблеми клінічної та профілактичної медицини. 2018. Т. 2, № 4. С. 25-32.
24. Толстанов О.К. Організація контролю якості медичної допомоги в закладах охорони здоров'я: методичні рекомендації МОЗ від 2013 р.
25. Бойко А.Т. Качество медицинской помощи. Проблемы обеспечения / А.Т. Бойко // Мир медицины. — 2001. — № 1-2.
26. Мартиненко Л.В. Якість медичної допомоги пацієнту – якість життя медика / Л.В. Мартиненко // Жіночий лікар. – 2006. – № 1. – С. 36.
27. Краснокутський Н.С. Потенціал підприємства: формування та оцінка: навч. посіб. / Н.С. Краснокутський. – К.: Центр навчальної літератури, 2005. – 352 с.
28. Сабадишин Р. Процес реформування медколеджів в інститути сестринської освіти має бути поступовим [Електронний ресурс] / Р. Сабадишин // Медичний вісник. – 2008. – Режим доступу: medvisnyk.org.ua.
29. Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз / Д. Богдан, А. Бойко, А. Василькова та ін. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
30. Електронний ресурс: : <https://www.medsprava.com.ua/article/488-motivatsya-medichnogo-personalu-na-praktits>.

31. Алексєєва О.Д., Соловійова О.В. Роль керівника сестринської служби в створенні «мотиваційної» середовища установи // Медична сестра. - 2008. - № 4 2.

32, Антипова І.М., Шликова І.М., Матвєєва О.В. Управління мотивацією трудової діяльності медичних сестер ЛПЗ // Головна медична сестра. - 2010. - № 6.

33. Бутенко Т.В. Психічне вигорання і трудова мотивація середнього медичного персоналу [Текст] // Молодий учений. 2010. № 11. - С. 157 - 161.

34. Дроздова Г.Ю. Проблеми мотивації трудової діяльності медичних сестер [Текст] // Головна медична сестра. - 2007. - №.1. - С. 54 - 62.

35. Загороднова Г.А., Павлов Ю.І. Характеристика задоволеності працею і виробнича мотивація медичних сестер // Головна медична сестра. - 2008. - № 3.

36. ШЛЯХИ ПОКРАЩЕННЯ РОБОТИ МЕДСЕСТРИ МАНІПУЛЯЦІЙНОГО КАБІНЕТУ О. В. Андрієвська, О. П. Мялюк, І. Я. Криницька / Медсестринство. - 2018. - № 2. – С. 60-62.

37. Bilichenko O. Theoretical Approaches to Determine the Nature of Medical Ethics. Dyskursy o kulturze. Discourses on Culture. Łódź, 2017. № 7. S. 249–259.

38. Біліченко О. В. Структура професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 54. С. 32–37.

39. Біліченко О. В. Аналіз змісту компонентів професійної етики майбутніх медичних сестер. Сучасні інформаційні технології та інноваційні методики навчання у підготовці фахівців: методологія, теорія, досвід, проблеми / редкол. Р. С. Гуревич та ін. Київ ; Вінниця, 2018. Вип. 52. С. 168–172.

40. Біліченко О. В. Сутність і зміст професійної етики майбутніх медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутніх фахівців соціономічних професій в умовах трансформації суспільства: монографія / В. І. Шахов, В. М. Галузяк та ін. Вінниця, 2018. С. 65–81.

41. Біліченко О. В. Модель формування професійної етики студентів медичного коледжу Наукові записки Вінницького державного педагогічного

університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 55. С. 49–54.

42. Біліченко О. В. Забезпечення суб'єктної позиції студентів в освітньому процесі медичного коледжу. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2018. Вип. 56. С. 75 – 80.

43. Біліченко О. В. Критерії та показники сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Науковий вісник Ізмаїльського державного гуманітарного університету. Серія: Педагогічні науки. Ізмаїл, 2019. Вип. 42. С. 41– 49.

44. Біліченко О. В. Етапи реалізації методики формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2019. Вип. 57. С. 61–66.

45. Біліченко О. В. Аналіз результатів сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Наукові записки Вінницького державного педагогічного університету імені Михайла Коцюбинського. Серія: Педагогіка і психологія. Вінниця, 2019. Вип. 58. С. 35–42. Праці апробаційного характеру:

46. Біліченко О. В. Виховна система медичного коледжу як чинник формування професійної етики майбутніх медичних працівників. Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень: 6-а Всеукраїнська конференція молодих учених і студентів: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (гол.) та ін. Вінниця, 2018. Вип. 10(13). С. 14–17.

47. Біліченко О. В. Правовий аспект професійної етики майбутніх медичних працівників. Актуальні проблеми сучасної науки і наукових досліджень: зб. наук. пр. / редкол.: Р. С. Гуревич (гол.) та ін. ; Вінницький державний педагогічний університет імені Михайла Коцюбинського. Вінниця, 2017. Вип. 7(10). С. 68–70. 9

48. Біліченко О. В. Вимоги до професійно-етичного аспекту підготовки та діяльності медичних сестер. Особистісно-професійний розвиток майбутнього

вчителя : матеріали всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції (м. Вінниця, 29–30 листопада 2017 р.). Вінниця, 2017. С. 5–10.

49. Біліченко О. В. Моральні якості особистості медика як складова професійної етики. Теоретико-методологічні основи розвитку освіти та управління навчальними закладами : матеріали III Всеукраїнської (з міжнародною участю) науковометодичної конференції (5 грудня 2017 року, м. Херсон): у 3 ч. / за ред. В. В. Кузьменка, Н. В. Слюсаренко. Херсон, 2017. Ч. 1. С. 59–64.

50. Біліченко О. В. Проблеми морально-етичного становлення майбутніх медичних сестер. Педагогічний пошук : зб. наук. пр. студентів і молодих вчених. Вінниця, 2018. Вип. 9. С. 12–16.

51. Біліченко О. В. Критерії сформованості професійної етики майбутніх медичних сестер. Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін : матеріали Міжнародної науково-практичної інтернет-конференції «Інноваційні технології навчання в епоху цивілізаційних змін», Вінниця, 30–31 жовтня 2018 р. ВДПУ ім. М. Коцюбинського / ред. кол.: Р. С. Гуревич та ін. Вінниця, 2018. С. 51–53.

52. Біліченко О. В. Педагогічні умови формування професійної етики майбутніх медичних сестер. Освіта в міждисциплінарному вимірі : матеріали науковопрактичної конференції студентів і молодих вчених (м. Вінниця, 5–6 грудня 2018 р.). Вінниця, 2018. С. 17–20.

53. Біліченко О. В. Шляхи підвищення ефективності етичної підготовки майбутніх медичних сестер. International Scientific Conference Scientific Development of New Eastern Europe : Conference Proceedings, Part I, April 6th. Riga, 2019 P. 24–27.

54. Біліченко О. В. Формування професійної етики майбутніх медичних сестер у 10 процесі фахової підготовки: методичні рекомендації. Вінниця, 2019. 80 с. 20. Біліченко О. В. Основи професійної етики медичних працівників: навчальний посібник. Вінниця, 2019. 224 с.