

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

Жибіка Ольга Василівна

На правах рукопису

УДК: 614.2:614.2253.5(477.54)

Магістерська робота

Оцінка навантаженості медичних сестер різних відділень
КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської
Богоматері» з метою розробки заходів для її оптимізації.

2230.1 – науковий співробітник
(сестринська справа, акушерство)

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

Тернопіль -2021

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ.	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. (огляд літератури).	8
РОЗДІЛ 2. Матеріали і методи дослідження	16
РОЗДІЛ 3.РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ	20
<hr/>	
3.1. Вивчення навантаженості медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».	21
3.2. Шляхи підвищення мотивації медичних сестер КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».....	30
ВИСНОВКИ	44
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	46
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	47
<hr/>	

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

ВООЗ - Всесвітня організація охорони здоров'я

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЄС – Європейське співтовариство

КНП – комунальне некомерційне підприємство

ЛПЗ – лікувально-профілактичний заклад

МОЗ – Міністерство охорони здоров'я

ЗОЗ – заклад охорони здоров'я

КРОЗ - кадрові ресурси системи охорони здоров'я

ВАІТ – відділення анестезіології та інтенсивної терапії

ЦМЛ – центральна міська лікарня

ВСТУП

В умовах реформування системи медичного обслуговування населення в Україні і зростання ролі медичних працівників активно розглядається питання підвищення якості надання медичної допомоги населенню. В умовах розширення функцій та впровадження нових медичних технологій в практичну діяльність медичних працівників зростає увага до порядку розподілу та використання робочого часу лікарів різних спеціальностей та медичних сестер. Проте питання затрат робочого часу для надання медичних послуг медичними сестрами давно не вивчалися, хоча саме хронометражі окремих медичних послуг є основою для розрахунку нормативів навантаження на медичного працівника [1, 2, 3].

За останні роки в охороні здоров'я відбуваються динамічні зміни, націлені на перегляд кадрових стратегій медичних закладів у бік забезпечення високих показників ефективності діяльності, підвищення якості наданих медичних послуг населенню та оптимального розподілу наявних кадрових ресурсів, раціоналізацію робочого часу співробітників. Головним інструментом для вирішення цього завдання є обґрунтування норм праці лікаря та середнього медичного персоналу та раціональна розстановка і використання кадрів [4, 5].

Підвищення якості медичної допомоги населенню вимагає не тільки нарощування матеріальної і кадрової бази охорони здоров'я, а й подальшого вдосконалення стилю і методів роботи, організаторської діяльності на всіх рівнях з урахуванням економічної ефективності проведених заходів

В даний час середній медичний персонал, від якого багато в чому залежить якість і ефективність медичних послуг, відіграє одну з провідних ролей у вирішенні завдань з надання первинної лікарської та первинної спеціалізованої медико-санітарної допомоги значної частини населення [6]. Раціональний розподіл і використання робочого часу - один з ключових моментів в забезпеченні результатів праці, доступності та належної якості наданої медичної послуги [7, 8, 9].

Актуальність дослідження визначена, з одного боку – зростом важливості сестринського персоналу в забезпеченні ефективного лікування хворих, а з іншого боку - відсутністю науково обґрунтованих нормативів навантаження на медсестринський персонал у нових соціально-економічних умовах.

Мета дослідження: Проаналізувати навантаженість медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері» з метою розробки рекомендацій з її оптимізації.

Об'єкт дослідження: діяльність медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Предмет дослідження:

- хронометраж робочого часу медичних сестер різних відділень, навантаженість медичних сестер різних відділень,
- методи стимулювання медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Завдання наукового дослідження:

1. Проаналізувати навантаженість медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Для цього необхідно:

а) Дослідження хронометражу робочого часу медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

б) Вивчення факторів, що впливають на якість роботи медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

в) Опрацювання пропозицій по вдосконаленню організації роботи медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

2. Вивчити ступінь важливості мотиваційних чинників в роботі медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Методи дослідження.

Дослідження проводилося в КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

У дослідженні взяли участь: медичні сестри (палатні, процедурні, перев'язочні).

За одиницю спостереження при вивченні витрат робочого часу медичних сестер узята одна робоча зміна; при проведенні експертної оцінки якості сестринської допомоги - кожен елемент праці медичних сестер.

Основним методом, що застосовувався при нормуванні праці є хронометраж.

Хронометраж - метод вивчення витрат часу за допомогою фіксації і замірів тривалості виконання окремих трудових операцій.

У роботі використалися методи дослідження:

- соціологічний,
- порівняльний,
- описовий,
- аналітичний,
- хронометражу,
- математичний.

-статистичний метод:

- збір і реєстрація матеріалу,
- обробка й угруповання зібраних даних,
- зведення їх у таблиці
- наступний аналіз.
- вивчення відповідної літератури, читання й аналіз статей з періодичних видань медичного профілю (див. список використаної літератури).

Практична значимість дослідження полягає в його її результатах, що дозволили розробити й науково обґрунтувати пропозиції по впровадженню

інноваційних технологій організації роботи середнього медичного персоналу КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Отримані дані можуть бути використані з метою оптимізації праці середніх медичних працівників стаціонарних. Запропоновані заходи дозволять підвищити продуктивність роботи медичного персоналу, поліпшити професійні характеристики й умови праці середніх медпрацівників, підвищити рівень виконаної роботи, а, отже й збільшити якість медичної допомоги, що вплине на обслуговування пацієнтів.

Місце проведення дослідження: КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Наукова новизна одержаних результатів, полягає в тому, що проведено наукове обґрунтування для змін використання робочого часу та зменшення навантаження на медичну сестру різних відділень. Практичне значення роботи. Запропоновано зміни в організації використання робочого часу та заходи щодо зменшення навантаження на медичну сестру різних відділень.

Апробація результатів дослідження. Матеріали роботи знайшли відображення у двох наукових статтях, опублікованих в журналі «Медсестринство».

Структура та обсяг магістерської роботи: Робота складається із вступу, трьох розділів, висновків, практичних рекомендацій та списку використаних джерел (58 найменувань). Загальний обсяг складає - 52 сторінок друкованого тексту.

РОЗДІЛ 1.

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

Робочий час є основою для розрахунку норм навантаження, нормативів чисельності та інших норм праці медичних працівників. Вивчити середні витрати часу на окрему технологічну операцію з урахуванням фактичного коефіцієнта повторюваності операції можливо за допомогою фотохронометражу [10, 11].

При науковій організації праці в медичних організаціях можна підвищити продуктивність праці, поліпшити результативність діяльності і зробити так, щоб середній медичний персонал ефективно виконував свої посадові обов'язки [6 - 15].

Рационалізація робочого часу в медичній організації має на увазі не тільки оптимальний розподіл загального тимчасового трудового циклу, але і виділення "тимчасового коридору" для окремих видів робочої діяльності, що, безумовно, впливає на планування і організацію робочих процесів в цілому. Однак існуючі базові нормативи часу для здійснення медичних маніпуляцій не завжди відповідають реальним потребам і не сприяють підвищенню якості медичної допомоги [4, 11, 13].

Таким чином, існує необхідність проведення локального об'єктивного вивчення робочого часу середніх медичних працівників, його розподілу і використання з метою перегляду базових нормативів часу для здійснення медичних маніпуляцій, що дозволить розширити ресурси для поліпшення забезпеченості населення доступними та належної якості медичними послугами.

Хронометраж - вид спостереження, який дозволяє отримати дані про структуру і величину витрат робочого часу на трудові операції, види діяльності, робочий процес, послідовності виконання елементів роботи; встановити чивиконуються персоналом невластиві функції, виявити непродуктивні витрати робочого часу.

Хронометраж робочого часу краще проводити у медичних сестер з однаковою посадою. Отримані дані про витрати часу медичного персоналу заносити в лист спостережень, де фіксується порядок і найменування трудових операцій, витрати праці за поточним часом.

Дослідження краще проводити згідно класифікації трудових витрат середнього медичного персоналу таких видів діяльності [15]: основну, допоміжну, іншу діяльність, роботу з документацією, службові розмови, приватний час і незавантажений час.

В системі вітчизняної охорони здоров'я хронометражні дослідження показали високу ефективність [10].

Репрезентативність, наочність і відносна простота, а також невисока вартість проведеного методу хронометражу сприяють розширенню застосування даної методики для вивчення розподілу робочого часу сестринського персоналу ЗОЗ. Однак хронометраж тимчасових трудовитрат сестринського персоналу медичних організацій до теперішнього моменту не отримав належного застосування. Разом з тим, беручи до уваги, що саме сестринський персонал складає 2/3 від загального числа працівників ЗОЗ, даний напрямок досліджень має широкі перспективи.

Безумовно, для керівника медичної організації оптимальним є раціональна організація робочого процесу, що відповідає вимогам часу і рівню розвитку сучасної медицини, що дозволяє мінімізувати ризик вимушеного простою, очікування співробітником моменту, коли можна буде приступити до виконання наступної трудової операції і уникнути повторення проведених пацієнту медичних послуг. Однак, не менш важливим управлінським завданням керівника є створення позитивної соціально-психологічної обстановки в колективі. Цьому може сприяти підвищення залученості персоналу в процес прийняття управлінських рішень, пов'язаних з питаннями організаційних змін, підвищення якості та ефективності роботи, а також планомірна робота з вибудовування системи двосторонніх внутрішніх комунікацій для оперативного інформування колективу про цілі змін і зворотного зв'язку з керівництвом за результатами реформ і досягнутим успіхам [7, 9, 10, 11].

Сучасна медицина критичних станів не тільки високотехнологічна і наукомістка галузь охорони здоров'я, а й найбільш витратна [16]. За даними більшості авторів частка витрат на відділення реанімації становить не менше 10% від бюджету лікарні і з року в рік тільки збільшується [16, 17]. Величезне значення для медицини критичних станів має якість підготовки та забезпеченість кадрами [16 - 18].

При цьому фахівець охорони здоров'я, який проводить найбільшу кількість часу з хворим - це, безумовно, медсестра [19]. Одним з важливих індикаторів якості медичної допомоги є забезпеченість середнім медичним персоналом [16, 20].

Робота медичного персоналу в умовах перевантажень здатна привести до зниження якості медичної допомоги, піддає пацієнтів небезпеки в зв'язку зі збільшенням ризику помилок і інших небажаних явищ [19]. І в зв'язку з вищезгаданими причинами, ставлення хворий: медична сестра повинна бути, на думку зарубіжних авторів, в оптимальних умовах 1: 1, що недосяжно в дійсності [21].

Медсестринство України - найчисленніша ланка спеціалістів охорони здоров'я, яка об'єднує понад 465000 медичних працівників, завданням яких є надання кваліфікованого догляду і допомоги всім людям, які її потребують [22, 23]. Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: Сестринська справа - це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа поєднує в собі діяльність по зміцненню здоров'я, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатним усіх вікових груп [24]. Українські медсестри роблять значний внесок у збереження здоров'я населення, але сьогодні рівень медсестринської служби в Україні набагато нижчий від аналогічних служб у розвинених країнах світу. Однією з основних причин, які гальмували розвиток освіти медичних

сестер, а в подальшому і розвиток медсестринства в Україні загалом, була вузькофахова спеціалізація при організації роботи за традиційною для радянської системи охорони здоров'я «медичною моделлю» діяльності як фахівців, так і функціонування системи медичної допомоги з орієнтацією на лікування хворих. У спадщину системі охорони здоров'я незалежної України дісталася традиційно сформоване в колишньому СРСР уявлення про медичну сестру лише як технічного помічника лікаря. Сьогодні в час стрімкого розвитку медичної галузі, підвищуються вимоги до медичної науки постійно розвивається і зростає роль медичної сестри, значення її діяльності. На даний час для догляду за хворими вона повинна володіти все більш складними фундаментальними, медичними, а також технічними знаннями і навичками. Кожній медсестрі необхідно ретельно вивчати саму себе, особливості своєї особистості, власний стиль роботи, щоб знати, як вона впливає на хворого. Аналіз діяльності медичної сестри свідчить про те, що вона повинна бути передусім всебічно розвиненою особистістю і мати високі моральні якості, знати в чому полягає сутність психічних явищ, особливості прояву психіки у здорової і хворої людини, структуру особистості, умови її формування, психологічні основи спілкування. Медична сестра зобов'язана добре розбиратися в патологічних процесах, що відбуваються в організмі людини, знати основи фізіології і анатомію людини, а також основні причини, симптоми і особливості профілактики захворювань, правила заповнення і ведення медичної документації, розумітися на застосуванні лікарських засобів, а також особливостях їх зберігання, додержуватись правил асептики і антисептики основних принципів санітарної гігієни, протиепідемічного режиму в лікувальнопрофілактичних закладах. Реформи в охороні здоров'я вимагають відповідного кадрового супроводу, що ставить перед системою підготовки медпрацівників завдання коректування освітніх програм з урахуванням сучасних змін, а перед системою охорони здоров'я в цілому - завдання найбільш ефективного використання кваліфікованої праці. У той же час, досвід роботи вітчизняних ЛПЗ показує, що при досить високій клінічній ефективності медичних послуг, наданих у цих закладах, економічна ефективність

виявляється низькою; медичний персонал використовується не завжди раціонально. Проблема кадрового забезпечення охорони здоров'я присвячений ряд наукових досліджень останніх років. Однак дотепер бракує комплексних досліджень по вивченню інноваційних технологій організації роботи середнього медперсоналу в багатoproфільному стаціонарі [22, 25]. На думку багатьох авторів, зміни в сестринській справі повинні здійснюватися на основі аналізу сучасного стану якості сестринської допомоги й визначення як сильних, так і слабких сторін діяльності медичних сестер різних спеціальностей, що працюють у різних установах охорони здоров'я з різними категоріями пацієнтів. Багато авторів [26 - 38], указують на те, що досягнення високої якості медичної допомоги можливо лише при зміні ролі сестринського персоналу, підвищення ефективності його роботи. Актуальність дослідження визначена, з одного боку - зростом важливості сестринського персоналу в забезпеченні ефективного лікування хворих, а з іншого боку - відсутністю науково обґрунтованих підходів до керування сестринською службою закладів у нових соціально-економічних умовах.

Медсестринство у будь-якій країні світу, в тому числі і в Україні, є найчисельнішим загоном медичної спільноти, завданням яких є надання кваліфікованого догляду і допомоги всім людям, які її потребують [24, 28, 39]. На сьогодні у галузі охорони здоров'я, працює понад 592 тисячі спеціалістів з медичною освітою, понад 403 тисячі з яких — молодші спеціалісти з медичною освітою, бакалаври та магістри сестринської справи. Майже 73 відсотки молодших спеціалістів з медичною освітою - це медичні сестри. Сучасне трактування ВООЗ сестринської справи містить у собі не лише визначення її місця і завдань у системі охорони здоров'я, а й чітко окреслює коло функціональних обов'язків: «Сестринська справа - це складова частина системи охорони здоров'я, яка направлена на вирішення проблем індивідуального та громадського здоров'я населення в мінливих умовах навколишнього середовища. Сестринська справа поєднує в собі діяльність по зміцненню здоров'я, профілактику захворювань, надання психосоціальної допомоги особам, які мають фізичні та психічні захворювання, а також непрацездатним

усіх вікових груп. Постійна присутність сестри і її контакт з пацієнтом роблять сестру основною ланкою між пацієнтом і зовнішнім світом [25]. Медсестри роблять значний внесок у збереження здоров'я населення, але сьогодні рівень медсестринської служби в Україні набагато нижчий від аналогічних служб у розвинених країнах світу. Сьогодні в час стрімкого розвитку медичної галузі, підвищуються вимоги до професійності та фахових знань медичних сестер. З розвитком медичної науки постійно розвивається і зростає роль медичної сестри, значення її діяльності. На даний час для догляду за хворими вона повинна володіти все більш складними фундаментальними, медичними, а також технічними знаннями і навичками. Кожній медсестрі необхідно ретельно вивчати саму себе, особливості своєї особистості, власний стиль роботи, щоб знати, як вона впливає на хворого. Кожна медсестра повинна пройти довгий шлях самопізнання і самовиховання [31]. Аналіз діяльності медичної сестри свідчить про те, що вона повинна бути передусім всебічно розвиненою особистістю і мати високі моральні якості, знати в чому полягає сутність психічних явищ, особливості прояву психіки у здорової і хворої людини, структуру особистості, умови її формування, психологічні основи спілкування. Медична сестра зобов'язана добре розбиратися в патологічних процесах, що відбуваються в організмі людини, знати основи фізіології і анатомію людини, а також основні причини, симптоми і особливості профілактики захворювань, правила заповнення і ведення медичної документації, розумітися на застосуванні лікарських засобів, а також особливостях їх зберігання, додержуватись правил асептики і антисептики основних принципів санітарної гігієни, протиепідемічного режиму в лікувальнопрофілактичних закладах. Одними із складових цих заходів є відповідна структура хірургічного відділення, організація роботи медичного персоналу, дотримання працівниками відділення особистої гігієни. Важливим компонентом лікування хворого є щадіння психіки хворого. Психічний стан хворого має суттєвий вплив на результат лікування. В своїй роботі працівники хірургічного відділення не повинні негативно впливати на стан психіки хворого. Хворий довіряє нам своє здоров'я та життя, тому необхідно знати

основні принципи медичної етики та деонтології в хірургічній клініці [37, 39].

Реформи в охороні здоров'я вимагають відповідного кадрового супроводу, що ставить перед системою підготовки медпрацівників завдання коректування освітніх програм з урахуванням сучасних змін, а перед системою охорони здоров'я в цілому - завдання найбільш ефективного використання кваліфікованої праці. У той же час, досвід роботи вітчизняних ЛПЗ показує, що при досить високій клінічній ефективності медичних послуг, наданих у цих закладах, економічна ефективність виявляється низькою; медичний персонал використовується не завжди раціонально. Проблемам кадрового забезпечення охорони здоров'я присвячений ряд наукових досліджень останніх років. Однак дотепер бракує комплексних досліджень по вивченню інноваційних технологій організації роботи середнього медперсоналу в багатопрофільному стаціонарі. При аналізі деяких авторів [22, 38], зміни в сестринській справі повинні здійснюватися на основі аналізу сучасного стану якості сестринської допомоги й визначення як сильних, так і слабких сторін діяльності медичних сестер різних спеціальностей, що працюють у різних установах охорони здоров'я з різними категоріями пацієнтів. Більшість авторів [22, 38, 40 - 51], указують на те, що досягнення високої якості медичної допомоги можливо лише при зміні ролі сестринського персоналу, підвищення ефективності його роботи.

На сьогодні роль молодшого та середнього медичного персоналу в діяльності закладів охорони здоров'я України суттєво недооцінена. Часто та багато говорять про лікарів, їх відповідальність, кваліфікацію, правильність організації роботи з пацієнтами, але на той факт, що пацієнт, який перебуває у стаціонарі клініки, здебільшого контактує з медичними сестрами, не звертають належної уваги. Медичні сестри завершують цикл лікування хворого. Вони є провідниками інформації між лікарем і пацієнтом та основними ланками у ланцюжку, що забезпечує виконання призначень лікарів. Середній та молодший медичний персонал бере на себе виконавчу роль у лікарні. Основні процеси в клініці - госпіталізація, транспортування хворих, підготовка їх до маніпуляцій, моніторинг стану пацієнта, виконання призначень лікарів - реалізують медичні сестри. До обов'язків медичних сестер входять складні та комплексні

завдання, бо вони, по-перше, працюють з великим обсягом інформації як з боку пацієнта, так і з боку лікаря, а по-друге, повинні виконувати свої обов'язки у чітко визначений час [52, 53].

Що стосується побажань пацієнтів щодо поліпшення якості роботи медичних сестер, то окрім основного, фінансового, питання вони торкаються досить широкого кола проблем. Це — зменшення кількості пацієнтів на одну медичну сестру, збільшення штатних одиниць медичних сестер, зменшення об'єму документації або раціоналізація її, у тому числі і за рахунок комп'ютеризації, оволодіння медичними сестрами основами психологічних знань, забезпечення медичних сестер спецодягом та засобами захисту (важлива ланка системи інфекційної безпеки) тощо.

У досить довгому списку статистичної звітності закладів охорони здоров'я практично відсутні показники, які б відображали результати медсестринської діяльності, її вплив на якість та терміни лікування. Тому деякі головні лікарі не зацікавлені в реформах медсестринства. Упроваджувати те, що напрацьовано в освітній галузі, надзвичайно важко, а інколи і неможливо, якщо в практичній охороні здоров'я не сформоване підґрунтя для сприйняття фахівців сестринської справи нової формації. І якщо головний лікар, його заступники, лікарі не розуміють і не хочуть розуміти, що таке медсестринський процес, то неможливо тільки наказом, примусово його реформувати. Медичні сестри відчують нагальну потребу в змінах — справа за лікарським та адміністративним персоналом. Стереотипи ламати нелегко, але треба [58].

РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.

Дослідження проводилося в КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

У дослідженні взяли участь медичні сестри (палатні, процедурні, перев'язочні). За одиницю спостереження при вивченні витрат робочого часу медичних сестер узята одна робоча зміна; при проведенні експертної оцінки якості сестринської допомоги - кожен елемент праці медичних сестер.

Метою роботи було вивчення повного обсягу медсестринських навантажень з наступною мотивацією оптимального співвідношення лікар-медсестра та медсестра-пацієнти, визначення найважливіших складових змісту стандарту роботи медсестри. Листок медсестринського процесу включав 5 розділів, які являли собою 5 етапів медсестринського процесу:

- 1) медсестринське обстеження;
- 2) медсестринський діагноз;
- 3) планування медсестринських втручань;
- 4) реалізацію плану медсестринських втручань (підготовку пацієнта до лабораторних та інструментальних методів обстеження, спостереження за пацієнтом, вирішення дійсних та супутніх проблем і потреб пацієнта, виконання призначень лікаря, навчання пацієнта та його оточуючих само- та взаємодогляду);
- 5) оцінку результатів медсестринських втручань.

Основним методом, що застосовувався при нормуванні праці є хронометраж.

Хронометраж - метод вивчення витрат часу за допомогою фіксації і замірів тривалості виконання окремих трудових операцій.

У хронометраж часу включали запропоновані нами 13 видів активної діяльності медичної сестри:

- 1) виконання лікувальних (лікарських) призначень;
- 2) самостійне виконання сестринських маніпуляцій;

- 3) самостійне виконання перев'язок;
- 4) виконання заходів догляду за хворим;
- 5) проведення моніторингу вітальних функцій;
- 6) виконання заходів при прийомі або переведенні хворого;
- 7) виконання заходів поводження з тілом померлого хворого;
- 8) асистування лікарю при виконанні маніпуляцій, перев'язок;
- 9) транспортування хворого на дослідження;
- 10) робота поза відділеннями (виклик в інші відділення);
- 11) робота з документами;
- 12) адміністративна діяльність;
- 13) підтримка санітарно-епідеміологічного благополуччя.

В роботі окремо враховували денну і вечірню (чергову) зміну. Кожен вид діяльності враховувався в хвилинах, в подальшому проводився розрахунок частки кожного виду в загальному хронометражі.

Окрім того, було проведено анкетування медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері» з питань оцінювання факторів трудової мотивації. . 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.

Для вивчення мотивації роботи респондентам було запропоновано відповіді, яким необхідно дати оцінку за 5-бальною шкалою, де 1– мінімальний бал, а 5 – максимальний.

Нами запропоновані спеціальні анкети опитувальники.

Таблиця 2.1.

Результати оцінювання факторів трудової мотивації

Основний мотив роботи	Бал (1-5)
Потреба матеріального забезпечення	
Бажання підвищити рівень матеріального комфорту	
Цікавість до роботи	

Професійний обов'язок	
Цікавість, потреба заслужити повагу	
Відчуття задоволення від роботи	
Контроль із боку адміністрації	
Робота заради визнання	
Відчуття можливості досягнення успіху в роботі	
Моральне задоволення	

Таблиця 2.2.

Стимули, що сприяють утриманню медичних кадрів на роботі.

Основний мотив роботи	Бал (1-5)
Гарантована заробітна плата	
Цікава робота	
Особистість керівника	
Визнання особистих заслуг	
Стабільність	
Професійне зростання	
Соціальні пільги	
Службове зростання	
Психологічний клімат у колективі	
Наявність традицій у колективі	

У роботі використовувалися також такі методи дослідження:

- соціологічний,
- порівняльний,
- описовий,
- аналітичний,
- фотохронометражу,
- математичний.
- статистичний метод:

- збір і реєстрація матеріалу,
 - обробка й угруповання зібраних даних,
 - зведення їх у таблиці
 - наступний аналіз.
- вивчення відповідної літератури, читання й аналіз статей з періодичних видань медичного профілю (див. список використаної літератури).

РОЗДІЛ III. РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ,

3.1. Вивчення навантаженості медичних сестер різних відділень КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

Нами проведено дослідження кількості медичних сестер та пацієнтів у різних відділеннях КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері», числа проведених медсестринських втручань на добу, кількості медсестринських втручань на одного пацієнта за добу та числа медсестринських маніпуляцій, виконаних за добу однією медичною сестрою.

Результати дослідження наведені в таблиці 3.1.1.

Таблиця 3.1.1.

Кількість пацієнтів у відділеннях КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

№ з/п	Відділення	Кількість ліжок	Число пацієнтів
1	Хірургічне	50	49
2	Анестезіологічне	10	9
3	Акушерсько-гінекологічне	20	18
4	Терапевтичне	60	60
5	Інфекційне	20	18
6	Педіатричне	20	20
7	Екстреної (невідкладної) медичної допомоги	10	8
8	Офтальмологічне	10	10
9	Травматологічне	30	29

Нами проведений підрахунок числа проведених медсестринських втручань на добу. Результати наведені на рис. 3.1.1.

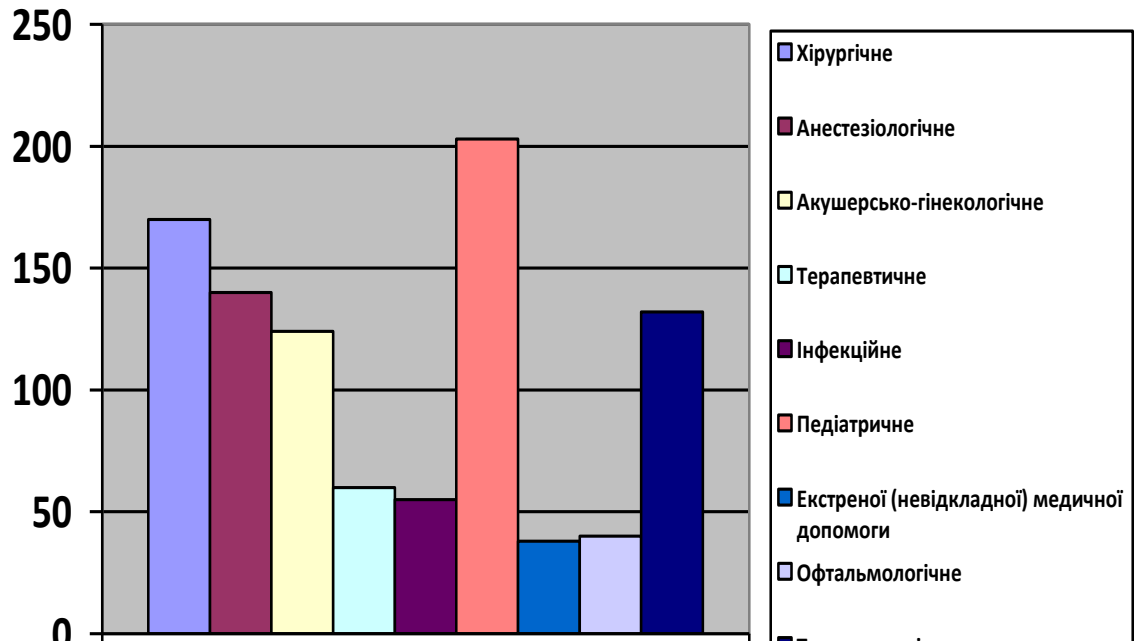


Рисунок 3.1.1. Число проведених медсестринських втручань на добу.

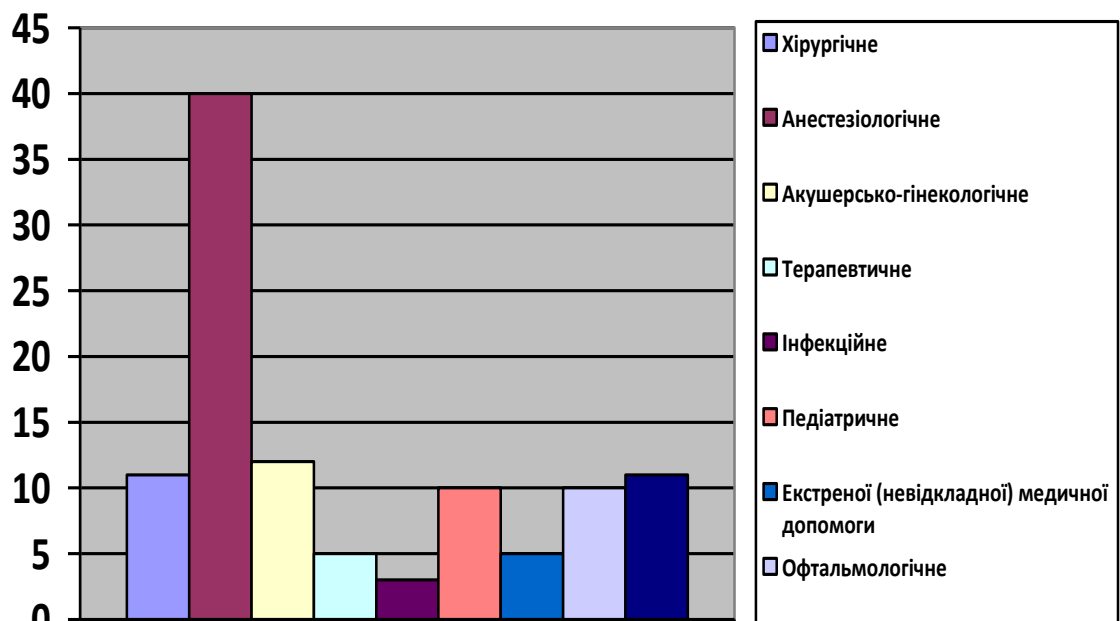


Рисунок 3.1.2. Число проведених медсестринських втручань на одного пацієнта за добу.

Як видно із рисунку 3.1.1, найбільше число медсестринських маніпуляцій виконувалось у педіатричному, хірургічному, анестезіологічному, травматологічному та акушерсько-гінекологічному відділеннях, що

підтверджує дані раніше виконаних досліджень, про велику навантаженість медсестер відділень ВАІТ та відділень хірургічного профілю. Ця навантаженість пояснюється важкістю стану пацієнтів і пов'язану з цим велику кількість лікарських призначень, а також втрату пацієнтом можливостей для самообслуговування. Велика кількість медсестринських маніпуляцій у педіатричному відділенні пояснюється особливостями догляду за хворими дітьми, зокрема, налагодженням контакту з маленькими пацієнтами, потребою в спостереженні за дитиною протягом всього часу проведення процедури та виконанням безпосередньо у відділенні найпростіших фізіотерапевтичних процедур.

Як видно із рисунку 3.1.2, найбільше число проведених медсестринських втручань на одного пацієнта за добу виконувалось у, анестезіологічному відділенні, пояснюється важкістю стану пацієнтів і пов'язану з цим велику кількість лікарських призначень. Також число проведених медсестринських втручань на одного пацієнта за добу у відділеннях хірургічного профілю значно перевищує таке у відділеннях терапевтичного профілю, що пояснюється особливостями післяопераційного догляду за хворими та частою втратою можливості для пересування.

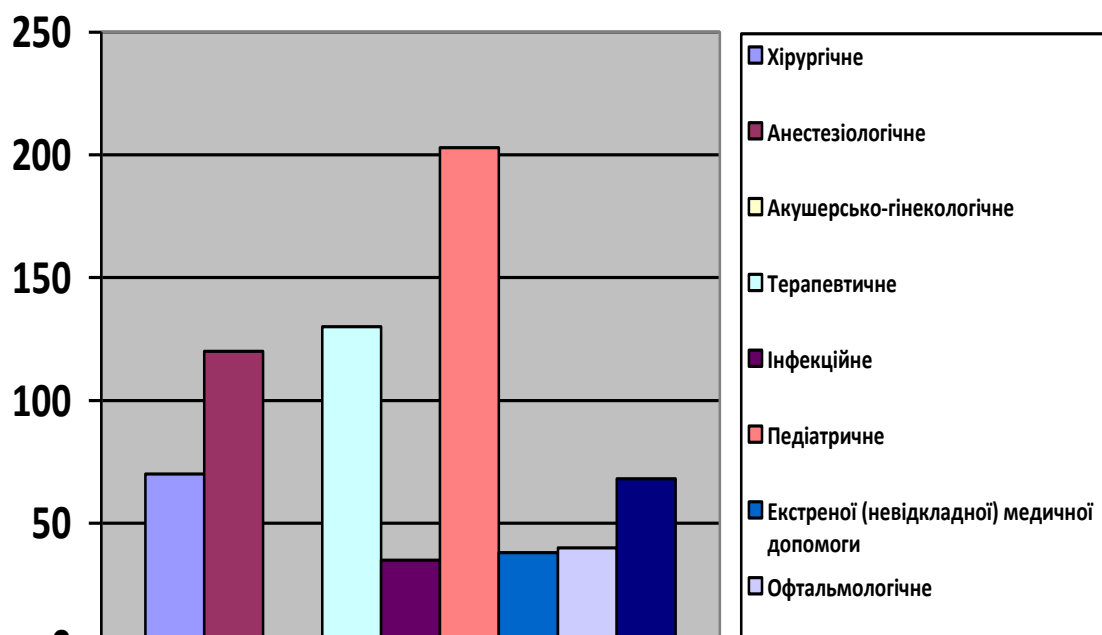


Рисунок 3.1.3. Число проведених медсестринських втручань на одну медичну сестру за добу.

При аналізі числа проведених медсестринських втручань на одну медичну сестру за добу (рис. 3.1.3) виявлено, що найбільша навантаженість спостерігалася у медичних сестер педіатричного відділення, що пояснюється особливостями догляду за хворими дітьми та великої кількості сестринських процедур саме цього профілю.

Ми вважаємо, що важкість роботи медичних сестер педіатричного відділення на сьогодні недооцінена, і це вимагає негайних дій.

Проведений аналіз показав, що на професійну діяльність медичної сестри, куди входять: медсестринське обстеження, підготовка пацієнта до лабораторних та інструментальних методів обстеження, спостереження за пацієнтом, виконання призначень лікаря, вирішення супутніх потреб і проблем пацієнта, навчання пацієнта та його оточуючих само- та взаємодогляду, робота з документацією (не враховуючи господарської діяльності, службового спілкування, особисто необхідного часу) встановлено, що на весь об'єм роботи, яку медсестра виконує за 12 год, згідно з Стандартами необхідно від 17 до 24 год. Тоді виникає питання в якості та повноті медсестринського обстеження, виконання маніпуляцій, догляді за пацієнтами та впровадженні медсестринського процесу в практичну охорону здоров'я, де медсестра повинна заповнити на кожного пацієнта листок медсестринського процесу (листок лікарських призначень не відображає повноту медсестринських втручань, які виконує медична сестра під час чергування), скласти план медсестринських втручань, визначити проблеми пацієнта та вирішувати їх, коли вона ледь встигає виконати призначення лікаря, виписати направлення на обстеження та ін. Це ще раз доводить, що штат медичних сестер у стаціонарах необхідно збільшувати. Потрібно ввести 2-ступеневу опіку над пацієнтами, яку би проводили медсестри-молодші бакалаври та сестри-бакалаври, при цьому необхідно провести розподіл обов'язків між медичними сестрами-молодшими бакалаврами та медичними сестрами - бакалаврами. Догляд за пацієнтом такий, як він має бути, відповідно до професійних стандартів у наших стаціонарах втрачений. Все це перейшло на руки молодших медсестер, які не мають медичної освіти та родичів, які не можуть надати його професійно. А саме

догляд та опіка над пацієнтом мають велике значення у лікуванні та одужанні пацієнта [54, 55].

Нами було проведено хронометраж робочого дня (протягом зміни) в стаціонарних відділеннях КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері». Результати дослідження наведені в табл. 3.1.2.

Як видно із даних таблиці, спектр виконуваних медсестринських маніпуляцій у різних відділеннях відрізняється між собою. Також відмічається різний ступінь завантаженості медичних сестер різних відділень.

Таблиця 3.1.2.

Хронометраж виконання медсестринських маніпуляцій

№ з/п	Вид маніпуляції	Відділення / Тривалість виконання, хв.								
		Хірургічне	Анестезіологічне	Акушерсько-гінекологічне	Терапевтичне	Інфекційне	Педіатричне	Екстреної (невідкладної) медичної допомоги	Офтальмологічне	Травматологічне
1.	Допомога лікареві при огляді хворих	15	15	72	15	15	100	72	15	25
2.	Вимірювання температури тіла	10	3	114	15	60	100	114	30	300
3.	Вимірювання пульсу	5	3	-	5	2	5	-	3	40
4.	Вимірювання артеріального тиску	10	10	190	3	10	30	190	5	40
5.	Спостереження за диханням	10	5	-	2	5	-	-	-	40
6.	Вимірювання	-	-	114	1	5	-	114	-	-

	зросту									
7.	Вимірювання обводу грудної клітки	-	-	-	1	-	-	-	-	-
8.	Зважування хворих	-	-	114	1	5	30	114	-	-
9.	Підрахунок випитої і виділеної рідини	15	15	-	5	-	-	-	-	-
10.	Ведення листка харчування	10	-	-	2	20	5	-	3	10
11.	Годування хворих	20	20	-	30	-	-	-	20	300
12.	Гігієна хворих	25	25	40	15	60	100	40	10	130
13.	Допомога пацієнту, що блює	20	10	20	15	30	-	20	-	10
14.	Подача судна	15	10	10	5	10	-	10	-	350
15.	Постановка клізм	20	20	10	20	40	10	10	-	20
16.	Постановка газовідвідної трубки	15	10	-	15	20	-	-	-	10
17.	Отримання медикаментів	30	10	10	30	30	60	15	30	10
18.	Роздача ліків згідно з листком призначень	-	5	-	45	30	100	-	10	-
19.	Розведення антибіотиків	15	5	10	30	120	-	10	30	100
20.	Підшкірні ін'єкції	7	15	10	5	15	-	10	50	30

21.	Дом'язові ін'єкції	10	30	50	10	30	-	50	50	600
22.	Довенні ін'єкції	15	30	45	10	60	60	45	30	70
23.	Катетеризація вени	15	20	-	15	50	-	-	15	45
24.	Проведення інфузійної терапії	20	25	-	60	60	-	-	30	1500
25.	Введення трансфузійних препаратів крові	30	25	-	120	-	5	-	-	120
26.	Післяопераційний догляд за хворими	1200	1200	-	-	-	5	-	10	300
27.	Укладка біксів	20	15	10	10	20	-	10	30	30
28.	Накриття стерильного лотка	6	10	5	5	-	-	5	5	20
29.	Накриття стерильного столу	30	20	-	10	-	10	-	15	20
30.	Перев'язка хворих	25	25	-	-	-	10	-	10	225
31.	Підготовка хворих до обстежень	30	15	30	10	20	5	30	5	50
32.	Забір крові на біохімічні обстеження	7	15	20	10	10	8	20	10	25
33.	Забір харкотиння	15	20	-	15	15	8	-	-	45
34.	Забір сечі	10	10	15	5	20	-	15	5	50
35.	Забір калу	10	10	-	5	20	20	-	5	50

36.	Забір матеріалу для бакдосліджень	15	15	-	5	30	-	-	5	-
37.	Супроводження хворого	30	30	60	10	-	20	60	30	50
38.	Визначення групи крові	-	-	-	30	-	-	-	-	30
39.	Транспортування хворих в операційну	10	5	-	-	-	-	-	5	60
40.	Прийом і передача зміни	30	30	15	30	20	20	15	15	60
41.	Опромінювання палат	20	5	60	15	60	60	60	2	600
42.	Проведення дезінфекційних заходів	40	20	1140	30	2	20	1140	30	60
43.	Робота з документацією	15	90	266	60	20	30	266	2	180
44.	Прийом хворих у відділення	20	15	15	30	15	40	15	20	100
45.	Робота з історіями хвороби	40	-	15	120	-	60	15	15	150
46.	Робота з листочками призначення	80	30	15	40	20	60	15	20	150
47.	Журнал контролю стерильності	-	-	-	5	-	-	-	-	-

48.	Температурний журнал	40	-	-	10	10	10	-	15	10
49.	Санітарно-просвітня робота	15	-	40	15	10	50	40	15	60
50.	Інша робота	-	-	30	30	-	400	30	20	-

Як видно з таблиці, найбільша частка робочого дня медсестер хірургічного і анестезіологічного відділень припадає на проведення догляду за післяопераційними хворими. Також у цих відділеннях медичні сестри витрачають багато часу на проведення ін'єкцій та інфузій, що пояснюється вапжкістю стану пацієнтів.

У анестезіологічному і хірургічному відділеннях вечірньої пори кількість лікарських призначень, виконуваних медичними сестрами дещо знижується. Однак в цей період на чергову медичну сестру доводиться додаткове навантаження: виконання перев'язок і допомогу лікаря при виконанні ургентних маніпуляцій. Збільшення витрат часу на зазначені вище види діяльності призводило до того, що істотно знизилося час, що витрачається на здійснення догляду за хворим і відповідно створило передумови для зниження задоволеності якістю наданої медичної допомоги.

Безумовно, навантаження на середній медичний персонал може істотно варіювати в залежності від тяжкості пацієнтів, яким доводилося надавати медичну допомогу. У реанімаційних відділеннях 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, але і безпеку і результат отримується інтенсивної терапії [56]. У таких умовах важливу роль в оптимізації роботи може грати саме вплив на такі ресурсомісткі частини діяльності середнього медичного персоналу як виконання лікарських призначень в аспекті їх спрощення, усунення поліпрагмазії та іншого. Використання в програмі інфузійної терапії розчинів великої місткості істотно скоротить витрати часу і ресурсів на зміну флаконів. Розумним слід вважати оснащення відділень

реанімації сучасної стежить апаратурою, в тому числі централізованими станціями, що дозволить зменшити час, що витрачається на моніторинг вітальних функцій хворого. Важливим напрямком для оптимізації діяльності відділень реанімації слід вважати збільшення часу, який буде припадати на догляд за хворим. У світлі тенденції до відкритості відділень слід розглянути можливість залучення родичів пацієнтів до догляду за хворим, що не тільки «розвантажить» медичних сестер, а й дозволить близьким пацієнта отримати навички, які можуть бути корисними в разі його тривалої залежності від стороннього догляду.

Щодо травматологічного відділення, то у ньому, порівняно з іншими відділеннями витрачають відносно більше часу на прийом хворих у відділення, що пояснюється потребою в транспортуванні пацієнтів на каталці та перекладання їх на каталку і з каталки на ліжку. Також, у цьому відділенні витрачається багато часу на інфузії. Тому доцільно було б збільшити кількість штативів для проведення інфузій, хоча актуальною і далі залишається проблема спостереження медичною сестрою за пацієнтом під час інфузії. Також багато часу у травматології тратиться на перев'язку хворих, на проведення гігієнічних процедур (що зрозуміло, оскільки пацієнти у зв'язку із травмою втрачають здатність до пересування та самообслуговування) та на проведення догляду за післяопераційними хворими. Також у цьому відділенні багато часу тратиться на кварцування палат, що пояснюється потребою усунення від впливу УФО пацієнтів, що втратили здатність до пересування. Враховуючи також той момент, що медичні сестри тратять багато часу на термометрію пацієнтів у відділенні, рекомендовано оснастити травматологію інфрачервоними термометрами, що значно полегшить роботу медперсоналу. Однак, залишається актуальною проблема годування пацієнтів, які втратили здатність до пересування. Слід відмітити значно вищу питому частку дом'язових інфекцій, порівняно з іншими відділеннями, що пояснюється призначенням анальгетичних препаратів кілька разів на добу, оскільки практично у всіх пацієнтів є виражений больовий синдром.

У педіатричному відділенні, порівняно з іншими, значно більше часу витрачається на проведення гігієнічних процедур маленьким пацієнтам, і це зрозуміло. Також тривалість роздавання ліків пацієнтом значно довша, ніж у інших відділеннях, тому що із зрозумілих міркувань медична сестра повинна до кінця простежити за пероральним прийомом ліків дітьми. Також у відділенні велика питома частка рубрики «інша робота», яка в даному випадку включає проведення інгаляційної терапії пацієнтам медичними сестрами безпосередньо у відділенні. Тому, слід переглянути штатний розпис відділення, особливо враховуючи дані рис. 3.1.3, який ілюструє число проведених медсестринських втручань на одну медичну сестру за добу.

Щодо акушерсько-гінекологічного відділення, то значна частина робочого часу медичної сестри витрачається на асистування лікарю при проведенні огляду пацієнтів. Також багато часу забирає проведення дезінфекційних заходів, що пояснюється специфікою відділення. Але, як виявилось, медичні сестри потерпають від засилля медичної документації, і витрачають найбільше часу на її заповнення серед усіх відділень. Враховуючи це, слід переглянути кількість медсестринської документації у відділенні, з метою її зменшення і оптимізації заповнення.

3.2. Шляхи підвищення мотивації медичних сестер КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері».

З метою пошуку шляхів підвищення мотивації медичних сестер лікарні нами було проведене їх анкетування щодо виявлення основних факторів трудової мотивації, стимулів, що сприяють утриманню медичних кадрів на роботі та факторів, які заважають досягненню потрібного результату в роботі.

Анонімне анкетування було проведене серед 100 працівників КНП Ізюмської міської ради Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері». Вибірка вміщувала 92 % 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.

Для вивчення мотивації роботи респондентам було запропоновано відповіді, яким необхідно дати оцінку за 5-бальною шкалою, де 1 – мінімальний бал, а 5 – максимальний.

Результат анонімного анкетування показав, що провідними стимулами трудової мотивації, які були оцінені 5 балами є моральне задоволення (70 %), успіх у роботі (61 %), професійний обов'язок (61 %), цікавість, потреба заслужити повагу (54 %). Потреба матеріального забезпечення мала максимальне значення лише для 29 % респондентів. Мінімальними балами оцінені відповіді, в яких трудовими мотивами були: робота заради визнання (50 %), контроль з боку адміністрації (47 %), бажання підвищити рівень матеріального комфорту та відчуття задоволення від роботи були на одному рівні (46 %) (рис. 3.2.1).

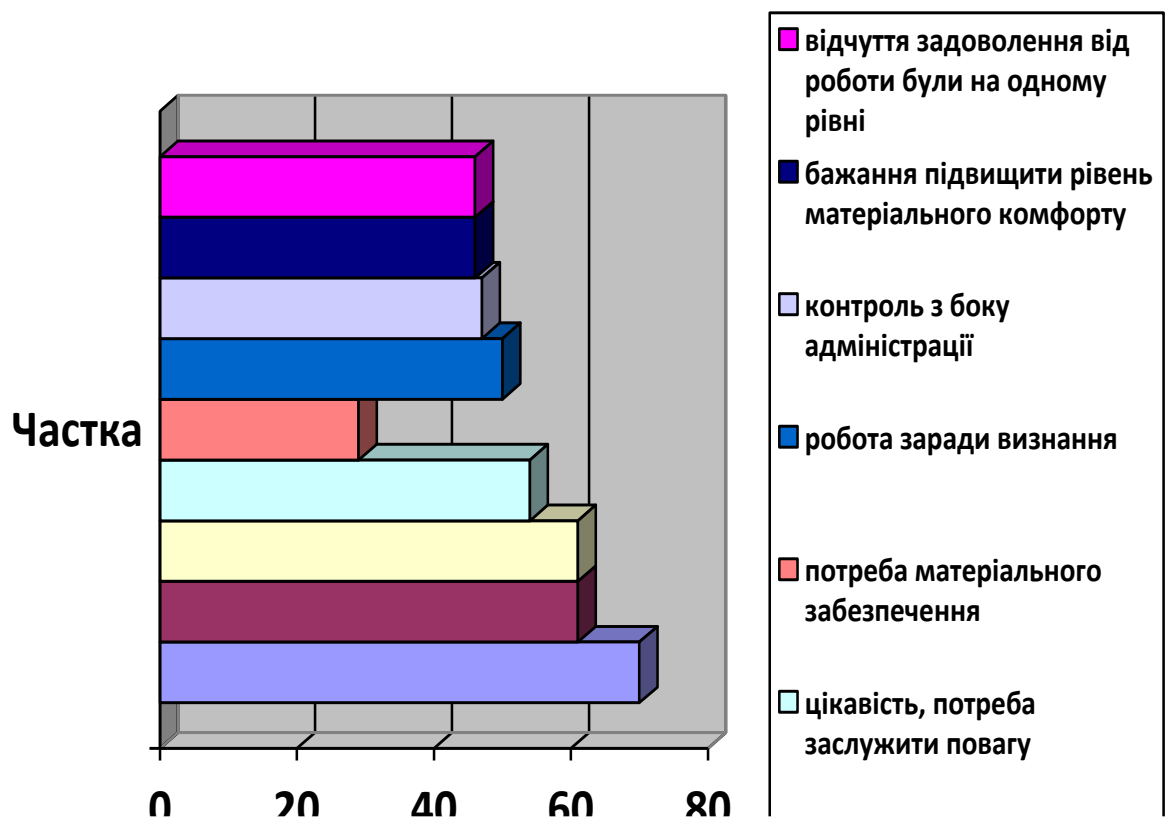


Рисунок 3.2.1. Результати оцінювання факторів трудової мотивації

Результати оцінювання вираженості факторів трудової мотивації наведені в таблиці 3.2.1.

Таблиця 3.2.1.

Результати оцінювання факторів трудової мотивації

Основний мотив роботи	Середній бал
Потреба матеріального забезпечення	3,9
Бажання підвищити рівень матеріального комфорту	3,5
Цікавість до роботи	4,0
Професійний обов'язок	4,1
Цікавість, потреба заслужити повагу	4,2
Відчуття задоволення від роботи	3,3
Контроль із боку адміністрації	3,4
Робота заради визнання	3,1
Відчуття можливості досягнення успіху в роботі	4,1
Моральне задоволення	4,2

Наше опитування містило блок запитань, які дозволяли уточнити стимули, що сприяють утриманню медичних кадрів на роботі (рис. 3.2.2, табл.3.2.2). Для 72 % респондентів, які поставили 5 балів із 5 можливих, основною причиною стала гарантована заробітна плата. Оцінили максимально стабільність 41 % співробітників. Аналіз інших сприятливих роботі мотивів засвідчив, що також важливими для працівників є наявність традицій у колективі (37 %), професійне зростання (22 %) та психологічний клімат у колективі (28 %).

Найменш значущим фактором була наявність пільг, 86 % респондентів оцінили цю причину мінімально – 1 бал. Для 51 % опитаних жодного значення не мало і службове зростання. Виявили також цікавий факт, що на противагу 88 % анкетованих, для яких велике значення мав психологічний клімат у колективі, було також 22 % осіб, яким не було справи до цього.

Серед інших причин низько були оцінені й особистість керівника, і визнання особистих заслуг, і цікава робота.

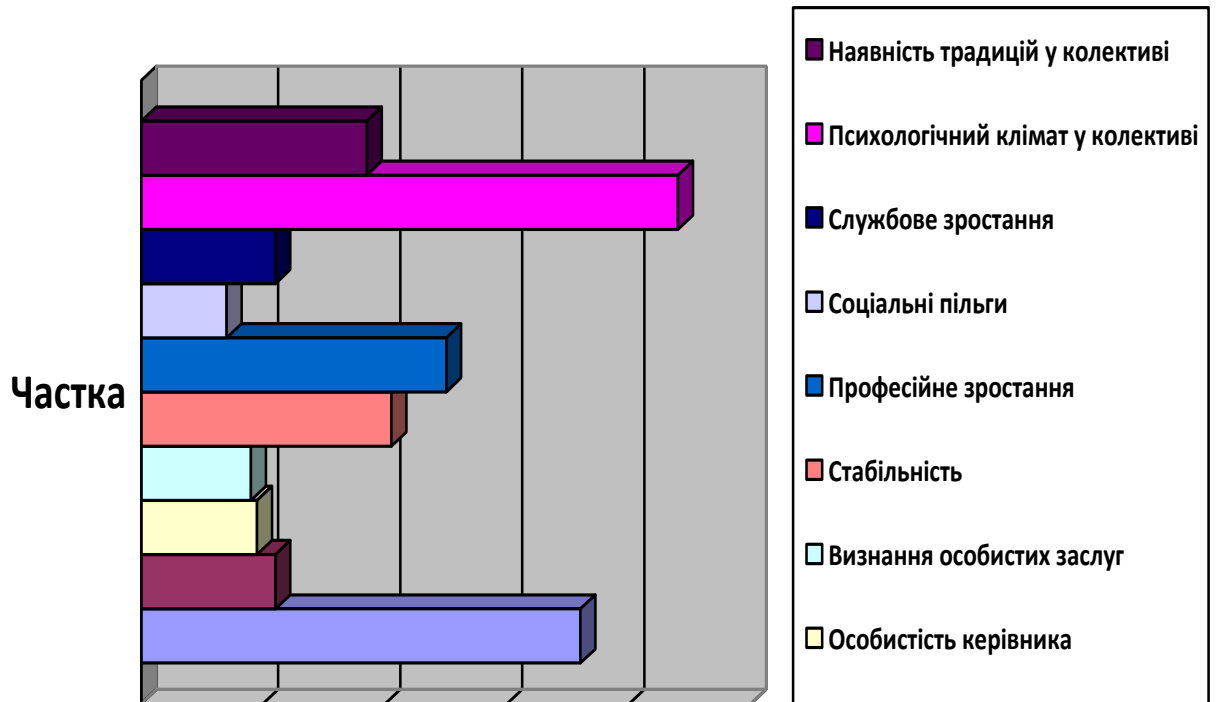


Рисунок 3.2.2. Результати оцінювання стимулів, що сприяють утриманню медичних кадрів на роботі

Таблиця 3.2.2.

Стимули, що сприяють утриманню медичних кадрів на роботі.

Основний мотив роботи	Середній бал
Гарантована заробітна плата	4,1
Цікава робота	3,2
Особистість керівника	3,6
Визнання особистих заслуг	3,1
Стабільність	3,7
Професійне зростання	2,8
Соціальні пільги	1,2
Службове зростання	2,8
Психологічний клімат у колективі	3,9
Найявність традицій у колективі	3,8

Медичним персоналом високо оцінені були стабільність (3,7 бала), гарантована заробітна плата (4,1 бала), психологічний клімат у колективі (3,9

бала) та особистість керівника (3,6 бала). На противагу цьому найменшу оцінку одержали такі фактори, як соціальні пільги (1,2 бала), службове зростання (2,8 бала), визнання особистих заслуг (3,1 балів) та цікава робота (3,2 бала).

Проведений аналіз теоретичних та методичних підходів щодо мотивації медичного персоналу виявив, що найбільшій ефективності праці можливо досягти при поєднанні як нематеріальних, так і матеріальних мотивуючих агентів. Водночас максимальне задоволення лише однієї з цих складових не призведе до бажаного результату.

Анкетування колективу медичних сестер КНП Ізюмської міської ради «Центральна міська лікарня Піщанської Богоматері» показало, що потреба матеріального забезпечення є суттєвим мотивуючим фактором. Однак, серйозними нематеріальними стимулами для співробітників є моральне задоволення, успіх у роботі та професійний обов'язок. Водночас основною причиною утримання на роботі у даному відділенні стала гарантована заробітна плата та стабільність (рис.3.2.2).

Залежно від значущості обставин мотивації для співробітників у відділенні лідируючі позиції займали такі відповіді: цікавість, потреба заслужити повагу, професійний обов'язок; відчуття можливості досягнення успіху в роботі. Моральне задоволення та цікавість до роботи мали дещо нижчі значення. Найменш значущими трудовими стимулами були робота заради визнання та бажання підвищити рівень матеріального комфорту.

Наступний блок запитань анкети дозволив оцінити фактори, що заважають досягненню потрібного результату в роботі. Однаковою мірою вплинули на досягнення потрібного результату для 25 % респондентів великий обсяг роботи та стресові ситуації. Для 20 % опитаних однакове значення також мали як негативний вплив роботи на здоров'я, так і уважне ставлення керівника до пропозицій співробітників. Найбільше значення для медичного персоналу серед факторів, що заважають роботі, мали конфлікти з безпосереднім керівником (89 %), конфлікти з пацієнтами (83 %), конфлікти з родичами

пацієнтів (79 %), погані умови праці (74 %) та неможливість упроваджувати новітні технології (59 %) (рис. 3.2.3).

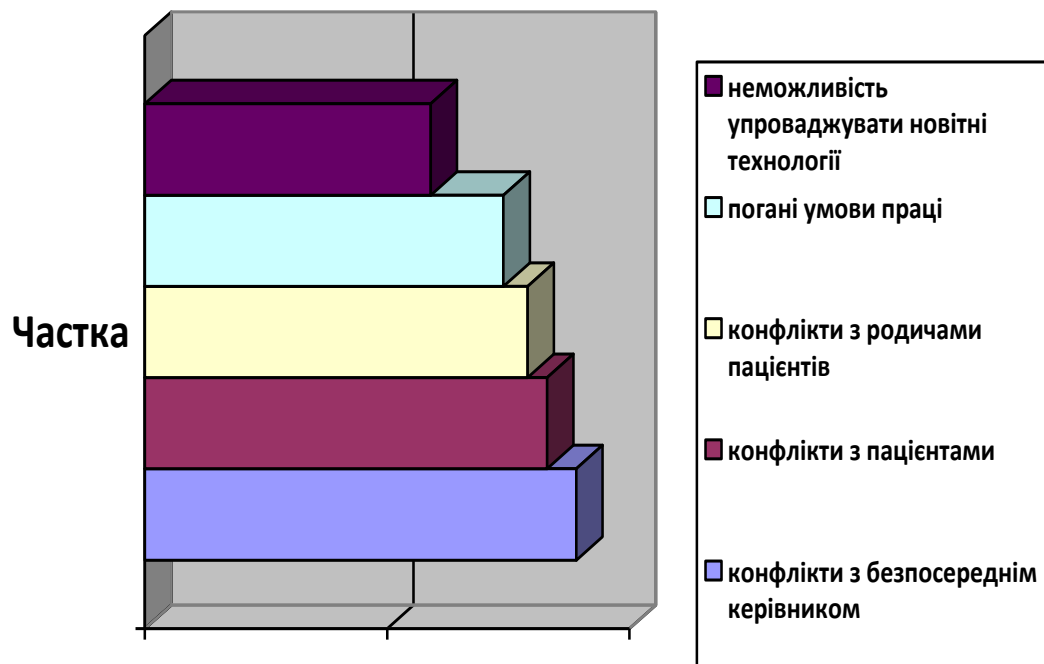


Рисунок 3.2.3. Результати оцінювання факторів, що заважають досягненню потрібного результату в роботі.

У діяльності закладу в цілому та окремо в структурному підрозділі важливими умовами ефективного менеджменту є особисті якості й роль керівника. Опитування співробітників відділення виявило, що 71 % медичних працівників задоволені спілкуванням із головним лікарем, а 85 % – задоволені спілкуванням із безпосереднім керівником. На запитання «Чи бажаєте Ви й надалі працювати в цьому структурному підрозділі?» 81 % опитаних дали позитивну відповідь. Не було отержано жодної негативної відповіді, проте 19% важко було відповісти на поставлене запитання (рис.3.2.4).

Наступний блок запитань виявив, що для 84 % працюючих психологічний мікроклімат у відділенні був сприятливим. Водночас 16 % опитаних було важко відповісти на це запитання. Для 51 % респондентів зміна керівника покращила б психологічний мікроклімат, 39 % було важко відповісти на це запитання. І лише для 10 % співробітників зміна керівництва не привела до покращання емоційної атмосфери в колективі.

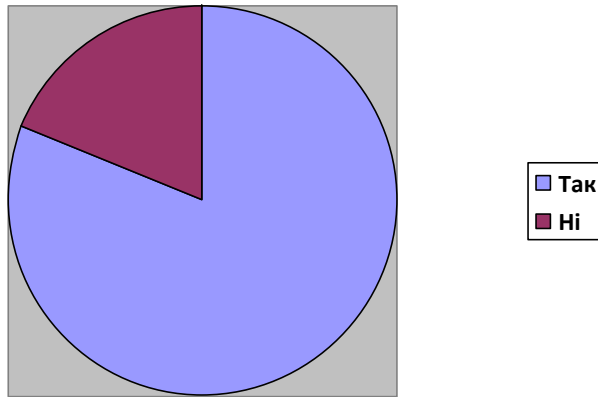


Рисунок 3.2.4. Результати відповіді на запитання «Чи бажаєте Ви й надалі працювати в цьому структурному підрозділі?»

У процесі опитування щодо задоволення заробітною платою було виявлено що незадоволених було 95 %, а 5% було важко відповісти на питання (рис. 3.2.5.)

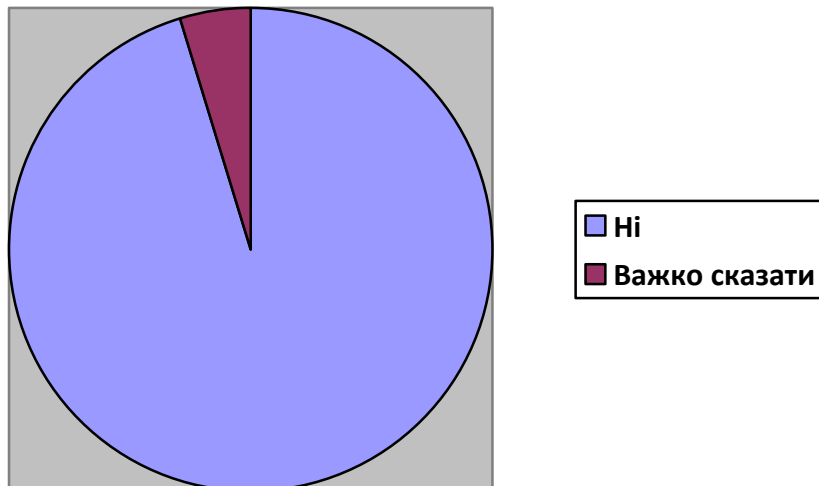


Рисунок 3.2.5. Результати відповіді на запитання щодо задоволення заробітною платою.

Щодо факторів, що заважають досягненню потрібного результату в роботі, то лише стрес та великий обсяг роботи негативно впливають на співробітників. Для основної маси працівників психологічний клімат у колективі є сприятливим, а спілкування з безпосереднім керівником є позитивним. Незважаючи на тотальне (95 %) незадоволення заробітною платою більшість опитаних бажають й надалі працювати в цьому відділенні. Саме незадоволення економічної складової мотивації працівників охорони здоров'я, попри збереження на достатньому рівні нематеріальних факторів, є основною причиною низької мотивації співробітників.

Важливою складовою частиною грошових доходів населення є заробітна плата, яка є основним мотиватором до праці. Доведено, що якщо не приділяти належної уваги впровадженню прогресивних форм і систем оплати праці, то це спричиняє велику плинність кадрів. Установлено, що своєчасна оцінка забезпеченості закладу трудовими ресурсами і ефективності їх використання сприяє успішній мотивації персоналу. Невелика заробітна плата спричинює низький рівень морального задоволення від роботи. Велике невдоволення розмірами заробітної плати спортерігається у середнього та молодшого медичного персоналу. Вона фактично є мінімально допустимою в Україні. Середній медичний персонал сьогодні відчуває значні фінансові проблеми. Зокрема у 71% медсестер доходів вистачає тільки на придбання продуктів харчування та частково на здійснення оплати рахунків за комунальні послуги, проте коштів не вистачає для придбання одягу та взуття. Зауважимо, що за таких обставин не варто очікувати високих результатів та якості роботи від медичних працівників. Низька оплата праці є головним чинником, що викликає погіршення результатів роботи медичного персоналу.

Результати опитування також показали, що найбільш ефективним чинниками, які змушують медичних працівників гарно працювати, є усвідомлення важливості своєї роботи та інтерес до своєї справи (30%). Велику стимулюючу дію має належна реалізація медичним персоналом своїх професійних знань та вмінь (14%), очікування подяки з боку пацієнтів та перспектива отримання премії від керівника, наявність можливостей

подальшого кар'єрного росту. Отримані результати показують, що важливість моральних стимулів для медичних працівників зростає паралельно із підвищенням рівня їх доходів. Якщо встановити зв'язок між результатами роботи та розмірами її оплати, то можна добитися кращого рівня ефективності роботи у медичній галузі.

Необхідно запроваджувати стимули організаційного характеру:

- забезпечення належних умов роботи;
- надання оплачуваних додаткових відпусток на час участі в конференціях, наукових заходах;
- проведення навчань, тренінгів локального характеру не лише з медичної тематики, а й з просвітницької, вирішення конфліктів;
- проведення конкурсів, змагань з професійної діяльності з достойними нагородами [39].

В умовах реформування медичної галузі, коли саме конкурентоспроможні колективи з високим рівнем мотивації матимуть змогу повноцінно функціонувати, практика регулярного проведення командоутворюючих тренінгів надасть змогу створити та підтримувати на належному рівні командний дух колективу

Головними чинниками покращення мотивації медичних сестер має стати освоєння побудова потужної команди, вдосконалення системи матеріальних заохочень відповідно до досягнутих результатів, оцінка якості та ефективності праці, створення належного кадрового резерву, посилення корпоративної культури, запровадження новітніх форм підвищення кваліфікації співробітників, можливості довгострокової стабільної зайнятості. Інновації у системі мотивації повинні впроваджуватися шляхом оптимізації робочого графіку з прозорою системою відгулів, створення умов для всебічного розвитку співробітників, творчого використання нематеріальних стимулів у поєднанні з традиційними методами заохочення.

Медична індустрія сьогодення має високий темп перетворення і змін, та чим він вищий, тим сильніший попит на розвиток інтелектуального потенціалу людини та загальний розвиток медичного підприємства. Поглибленню

інтелектуального потенціалу сприяє використання сучасних методів та форм навчання, забезпечення удосконалення знань медсестер із залученням висококваліфікованих кадрів, створення цілісної системи передачі знань та навичок персоналу, залучення актуальної бази знань, відкритий доступ до неї, активна профорієнтаційна робота у навчальних закладах, створення оптимальних умов для адаптації нових кадрів.

Система охорони здоров'я має сьогодні шалений темп оновлення інформації. Тому якість надання медичних послуг прямо пропорційно корелює з вмінням застосовувати цю інформацію на практиці. Навчання співробітників повинне бути як персональним, так і комплексним, на рівні структурного підрозділу і закладу в цілому. Потрібно створити комфортні умови для працівників, аби мотивувати їх до безперервного розвитку, тим самим забезпечуючи продуктивність праці. Одним з таких чинників є сприятливий психологічний клімат на роботі та командний дух колективу. Практика тренінгів командоутворення має позитивний вплив на взаємовідносини у колективі, що підвищує ефективність організації праці. Завдяки цьому методу у співробітників активуються кращі якості, творчі здібності, формуються навички колективного вирішення проблем та завдань, підвищується згуртованість, формуються та зростають навички ефективної комунікації.

Існує кілька видів командоутворення:

- корпоративні психологічні тренінги;
- навчальні рольові ігри;
- спільний активний відпочинок, ігри [39].

Структура тренінгу має складатися за таким принципом: вирішити поставлену задачу можна лише за умов командної взаємодопомоги. Стандартний розподіл колективу на керівників та підлеглих також не зберігається – протягом всієї програми всі члени команди працюють на однакових засадах. Це сприяє мінімізації напруження у спілкуванні, бо лідером команди може бути кожен. При цьому, якщо ж лідером команди буде безпосередній керівник, то довіра та прихильність до нього тільки зросте. Потрібно враховувати індивідуальні та характерологічні особливості

співробітників та взаємовідносини в колективі. Бажано чітко розуміти, який саме результат ви очікуєте від проведеного тренінгу.

Актуальними в період пандемії є тренінги у форматі корпоративного відпочинку на природі, але це не корпоратив у звичному для нас понятті. По-перше, це відповідає профілактичним заходам в період пандемії, по-друге, у новому, навіть можна сказати, у екстремальному середовищі покращуються комунікативні навички, пришвидшуються психічні процеси, що значно прискорює та полегшує процес командоутворення. Загальна мета дає змогу учасникам більш чітко зрозуміти свою у колективі та сприйняти себе невід'ємною часткою єдиного цілого. Участь у таких заходах дозволяє співробітникам краще пізнати один одного, викрити свої сильні та слабкі сторони, розробити доцільнішу програму досягнення відповідної мети.

Організувати командоутворення можна двома способами: власними силами та із залученням організацій, які спеціалізуються на цьому виді діяльності.

Проведений аналіз теоретичних та методичних підходів щодо мотивації медичного персоналу виявив, що найбільшій ефективності праці можливо досягти при поєднанні як психологічних, так і матеріальних мотивуючих агентів. Водночас максимальне задоволення лише однієї з цих складових не призведе до бажаного результату.

Медичні працівники повинні мати доступ до сучасних наукових досягнень, наукової літератури, участі в наукових заходах, а не лише отримувати середню зарплату по Україні. Ці аспекти становлять суть мотивації, що повинна бути впроваджена українською владою. На жаль, на сьогодні ці пропозиції не отримали достатньої фінансової підтримки.

У період реформування галузі охорони здоров'я середній медичний персонал все частіше розцінюють як ключовий ресурс реформування медичної галузі. Будучи найчисельнішою категорією працівників медичної допомоги і працюючи в найрізноманітніших умовах, медичні сестри роблять значний внесок у виконання всіх поставлених завдань щодо покращення здоров'я населення шляхом виконання системних завдань діагностики, лікування та

реабілітації. В європейських країнах сестра медична є повністю самостійна, вона має право прийняти ті рішення, які стосуються сестринського персоналу, їм доступна вища освіта за своєю спеціальністю, тисячі наших колег займаються не тільки педагогічною, але й науковою діяльністю, результати їх праці лягають в основу більш удосконалених принципів організації медичної допомоги. Здійснюються певні кроки щодо престижу професії та освіти сестри медичної як найбільш потрібної та масової в практичній охороні здоров'я. Запровадження ступеневої неперервної вищої медсестринської освіти підносить її на один рівень з лікарською. Але в цьому питанні є ще багато проблем. У функції медсестри в Європі входить більше повноважень, вищий рівень освіти, дещо інша структура підготовки і діяльність прирівнюються практично до рівня лікаря, звідки і роль медичної сестри набагато вища, ніж в Україні. На жаль, в Україні, роль сестри медичної ще й досі зведена до виконання обов'язків помічника лікаря – і пацієнти, і лікарі сприймають її здебільшого як сестру милосердя, що, разом із мізерною заробітною платнею зумовлює низький соціальний статус наших медичних сестер. Норми навантажень на сестер медичних і нормативи оснащення їх робочих місць не відповідають сучасним вимогам. Сьогодні медсестра в Україні опікується 20–30 пацієнтами, її колега в Європі – 5. Тож необхідно переглянути нормативи штатів медсестринських кадрів (у бік збільшення) та кількість пацієнтів (у бік зменшення), які обслуговує одна медична сестра, особливо в тяжких відділеннях (відділення реанімації, хірургії, кардіології). Необхідно звернути увагу на засилля нетипових для медсестер функцій, які в розвинених країнах виконують санітари. Сьогодні на наших сестер медичних покладено функції, пов'язані з транспортуванням, підніманням, переміщенням пацієнтів, біксів з операційним інструментарієм тощо [39].

Важливим і, на жаль, невирішеним є питання безпеки сестри медичної на робочому місці. Це і відсутність належного протиепідемічного захисту, і постійна робота з дезінфекційними та лікарськими засобами, і нестача спеціального одягу, інколи бувають напади на сестер медичних із боку пацієнтів. Відсутність засобів індивідуального захисту є причиною масової

алергізації, а незахищеність перед агресією деяких пацієнтів виражено знижує мотивацію освоєння такого фаху, як сестра медична.

Надмірна завантаженість медсестер призводить до раннього професійного вигорання.

У процесі реформування галузі виникли нові умови праці, зокрема перехід на електронний документообіг, що зобов'язує медичних працівників освоювати комп'ютерну техніку, роботу з програмними продуктами, вивчати нові класифікаційні норми тощо. Тривала робота за монітором вимагає іншого нормативного регламентування робочого часу, перерозподілу обов'язків тощо.

Вже сьогодні можна сказати, що ситуація з кадровим забезпеченням медичними сестрами катастрофічна. Держава недостатньо мотивує сестер медичних до професійної діяльності, що спричиняє масову трудову міграцію. На жаль, в Україні престижність професії сестри медичної є значно меншою, ніж у розвинених країнах світу. І одним із головних факторів, що спричиняє уже масову трудову еміграцію, є мізерна заробітна плата. Щорічно Україну залишає велика кількість медичних працівників. Саме держава повинна стати гарантом у забезпеченні зростання ролі сестри медичної в житті кожного громадянина. Низька заробітна плата, відсутність належних умов праці, завантаженість рутинною роботою, соціальна і професійна незахищеність, необхідність працювати за себе й за колег, яких катастрофічно не вистачає, перебування у «тіні лікаря» – це основні фактори зниження ролі медичної сестри в Україні та проблеми всього вітчизняного медсестринства, які повинні вирішуватися на державному рівні.

Слід негайно запровадити заходи, які б підняли престиж медсестринської професії, зокрема:

- 1) врегулювати правову і матеріальну підтримку медичних сестер з вищою освітою;
- 2) створити відповідні умови праці й систему адекватної її оплати;
- 3) у тарифікаційному переліку необхідно визначити наявність рівня освіти, порядок обіймання посад спеціалістами (медсестра-молодший спеціаліст, медсестра-бакалавр, медсестра-магістр);

6) запровадити двоступеневу опіку над пацієнтами, яку б проводили медичні сестри-молодші спеціалісти та медсестри-бакалаври (обов'язки між ними необхідно розподілити);

7) переглянути норми навантажень на медичних сестер і нормативи оснащення їх робочих місць, які б відповідали сучасним вимогам;

8) підвищити заробітну плату та запровадити диференціацію заробітної плати для медичних сестер - молодших спеціалістів, медичних сестер-бакалаврів і медичних сестер-магістрів [39, 57].

ВИСНОВКИ

1. Затверджена на сьогодні штатна структура медсестринського 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.
2. Практична значимість дослідження полягає в науковому обґрунтуванні пропозиції по змінах нормативів навантаження середнього медичного персоналу різних відділень. Отримані дані можуть бути використані з метою оптимізації праці середніх медичних працівників стаціонарних ЛПЗ.
3. Запропоновані заходи дозволять підвищити продуктивність роботи медичного персоналу різних відділень, поліпшити професійні характеристики медичних сестер, рівень виконуваної роботи та умови праці середніх медпрацівників, а, отже й збільшити якість медичної допомоги пацієнтам.
4. Аналіз часу, яке витрачають медичні сестри на різні види діяльності, показує, що найбільш ресурсномісткими є виконання лікарських призначень, моніторинг вітальних функцій пацієнта, догляд за хворим і дії, що виконуються при прийомі хворого у відділення.
5. Сьогодні існує низка проблем в організації роботи медичних сестер, які повинні вирішуватися на державному рівні:
 - а) врегулювати правову і матеріальну підтримку молодших спеціалістів з медичною освітою;
 - б) створити відповідні умови праці й систему адекватної її оплати;
 - в) у тарифікаційному переліку необхідно визначити наявність рівня освіти, порядок обіймання посад спеціалістами (медсестра - молодший бакалавр, медсестра-бакалавр, медсестра-магістр);

- г) запровадити двоступеневу опіку над пацієнтами, яку б проводили медичні сестри молодші бакалаври та сестри-бакалаври (обов'язки між ними необхідно розподілити);
- д) переглянути норми навантажень на медичних сестер і нормативи оснащення їх робочих місць, які б відповідали сучасним вимогам;
- е) підвищити заробітну плату та запровадити диференціацію заробітної плати для медичних сестер - молодших бакалаврів, медичних сестер-бакалаврів і медичних сестер-магістрів.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Специфіка пацієнтів, особливості перебігу хірургічних хвороб вимагає від медичного персоналу високої професійної майстерності в роботі з хірургічними пацієнтами. Необхідно внести зміни в роботу медичних сестер відділень хірургічного профілю, зокрема:

а) потрібно внести зміни в структуру медичної документації хірургічного відділення з метою зменшення затрат на її ведення,

б). зменшити навантаження на медичну сестру хірургічного відділення та внести зміни щодо використання робочого часу медичних сестер відділень хірургічного профілю.

2. У реанімаційних відділеннях 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, але і безпеку і результат отримується інтенсивної терапії. У таких умовах важливу роль в оптимізації роботи може грати саме вплив на такі ресурсомісткі частини діяльності середнього медичного персоналу як виконання лікарських призначень в аспекті їх спрощення, усунення поліпрагмазії та іншого. Зокрема, рекомендовано:

а) використання в програмі інфузійної терапії розчинів великої місткості істотно скоротить витрати часу і ресурсів на зміну флаконів.

б) слід оснащувати відділення сучасної реанімації апаратурою, що дозволить зменшити час, що витрачається на моніторинг вітальних функцій хворого,

в) важливим напрямком для оптимізації діяльності відділень реанімації слід вважати збільшення часу, який буде припадати на догляд за хворим. У світлі тенденції до відкритості відділень слід розглянути можливість залучення родичів пацієнтів до догляду за хворим, що не тільки «розвантажить» медичних сестер, а й дозволить близьким пацієнта отримати навички, які можуть бути корисними в разі його тривалої залежності від стороннього догляду.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Результати хронометражу послуги консультування і тестування на ВІЛ з ініціативи медичного працівника в практиці сімейного лікаря. І. С. Миронюк, І. Б. Перегінєць Здобутки клінічної і експериментальної медицини. 2014. № 1 с.73-75.
2. Самоходський В. М. До методики визначення вартості працевитрат сімейного лікаря при виконанні профілактичних оглядів / В. М. Самоходський / / Вісник соціальної гігієни та організації охорони здоров'я України. — 2011. — № 1. — С. 73—78.
3. Шинкарьова І. М. Дослідження розподілу робочого часу лікарів і середнього персоналу загальної практики - сімейної медицини / І. М. Шинкарьова // Україна. Здоров'я нації. — 2007. — №1. — С.104— 108.
4. Шевченко В.В. Норматив затрат на выполнение государственного (муниципального) задания как инструмент повышения финансовой эффективности учреждений здравоохранения. - Часть 2. *Менеджер здравоохранения*. 2014; (1). - 37-41.
5. Вечорко В.И. распределение рабочего времени медицинских сестер, работающих на амбулаторном приеме с врачом-терапевтом, в поликлинике ... / Вечорко В.И. // Социальные аспекты здоровья населения». - электронный научный журнал. - №2 (54) ,- 2017.
6. Богатырева М.Р., Хатмуллина А.Ф. Нормирование труда медицинских работников // Экономика и менеджмент инновационных технологий. - 2014; (5). [Электронный научный журнал]. URL: <http://ekonomika.snauka.ru/2014/05/5107>.
7. Голева О.П., Федорова Г.В., Тасова З.Б., Смержаник Е.Ю., Дулева И.В., Черникова Т.М. Мотивирующие факторы в повышении качества сестринской помощи // Здравоохранение РФ. 2015; (4):38-40.
8. Садраддинова Н.О. Научное обоснование системы повышения качества и эффективности труда медицинских сестёр городских поликлиник: автореф. дис. канд. мед. наук. М., 2006. 26 с.

9. Стрельченко О.В., Орлова Е.Ю., Наумова Л.Н. Стандарты и технологии практической деятельности медицинских сестер // Методические рекомендации профессиональной деятельности старшей медицинской сестры. - О.В. Стрельченко, редактор. - Новосибирск. - 2013. - 66 с.

10. Зайцева Н.В., Присяжная Н.В., Богачанская Н.Н., Павлов С.В., Шурупова Р.В., Дубограй Е.В., Воробьева Г.Ю. Хронометраж рабочего времени как инструмент оценки и формирования организационной культуры в медицинской организации // Социология медицины. - 2015; 14 (2). – С. 35-40.

11. Труханова И.Н., Бухалова Т.В., Лапик С.В. Анализ затрат рабочего времени медицинской сестры стационара по данным хронометража // Главная медицинская сестра. - 2008; (1). – С. 90-96.

12. Попович В.К., Шикина И.Б., Турчиев А.Г., Бакланова Т.Н. Роль медицинских кадров при реализации политики в области качества медицинской помощи // Социальные аспекты здоровья населения. [Сетевое издание]. - 2011;(17).

13. Шильникова Н.Ф., Карпова И.П. Методика оценки деятельности среднего медицинского персонала. Методическое пособие. - Чита. - 2010. - 30 с.

14. Шикина И.Б., Вардосанидзе С.Л., Сорокина Н.В. Роль кадрового потенциала при управлении качеством в медицинской практике // Бюллетень национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2006;(6). – С. 71-74.

15. Шипова В.М. Нормирование труда среднего и младшего медицинского персонала // Главная медицинская сестра. - 2008; (8). – С. - 37-59.

16. Фаршатов Р.С., Вильданов Т.Р., Булатова Л.А. Объективная картина нагрузки на средний медицинский персонал отделения хирургической реанимации // Современные проблемы науки и образования. – 2017. – № 5. - URL: <http://www.science-education.ru/ru/article/view?id=27010>

17. Halpern N.A. Critical care medicine beds, use, occupancy, and costs in the United States. A methodological review/ N.A. Halpern, S.M. Pastores // Critical Care Medicine. – 2015. – Vol. 43 (11). – P. 2452–2459. doi:10.1097/CCM.0000000000001227.

18. Lim C.-M. Critical care in Korea. Present and Future/C.-M. Lim; S.-H. Kwak, G. Suh, Y. Koh Y. // Journal of Korean Medical Science. – 2015. – Vol. 30 (11). – P. 1540–1544. doi:10.3346/jkms.2015.30.11.1540.
19. Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study/A. Lee [et al.] // Ann Intensive Care. – 2017. – Vol. 7 (1). – P.46. doi:10.1186/s13613-017-0269-2.
20. Miranda D.R. Nursing activities score/D.R. Miranda, R. Nap, A. de Rijk, W. Schaufeli, G. Iapichino // Critical Care Medicine. – 2003. – Vol. 31 (2). – P. 374–382. doi:10.1097/01.CCM.0000045567.78801.CC.
21. Левит А.Л. Организация работы реанимационно-анестезиологической службы Свердловской области в XXI веке. Проблемы решенные и нерешенные (часть 1) /А.Л. Левит // Интенсивная терапия. – 2005. – № 1. – С. 5–11
22. Авдійчук О.Я. Нормативи навантаження на медичну сестру в спеціалізованому ендокринологічному відділенні // Вісник Житомирського інституту медсестринства. - № 1(7). - 2015. – С. 3-9.
23. Антюшко Т.Д. Уход за пациентом - сестринские компетентности/ Т. Д. Антюшко // Головна медична сестра. - 2013. - № 2. - С. 9-10., Бессонов Ю. О. Стереотипы в восприятии медсестер // Медицинская сестра. — 2010. — N 4. — С. 43.
24. Біловол О. М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / О. М. Біловол // Головна медична сестра.- 2007. -№11.- С. 14- 17.
25. Бессонов Ю. О. Стереотипы в восприятии медсестер // Медицинская сестра. — 2010. — N 4. — С. 43.
26. Воробьева, П. А. Стандартизация сестринских услуг // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2007. - № 12. - С. 7-15.
27. Бабійчук О.М. Нормативно-правова база паліативної допомоги, як напрямок медичного права. Стан та перспективи розвитку в Україні / О. М. Бабійчук // Головна медична сестра. - 2014. - №1. - С. 17 - 19.

28. Біловол О. М. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / О. М. Біловол //Буковинський медичний вісник (Спеціальний випуск). - Чернівці, 2007. - С. 3-6.

29. Васильева А. З. Инновационные методы подготовки специалистов здравоохранения среднего звена для обеспечения высокотехнологичной медицинской помощи // Главная медицинская сестра. - 2010. - N 9. - С. 139-145.

30. Гилазетдинова Л. И. Профессиограммы: научно-методические основы использования в управлении различными категориями медицинских работников: Дис. д-ра мед.наук. - Казань, 2010. - 151 с.

31. Голенков А. В. Что влияет на удовлетворенность медсестер работой/ А. В. Голенков // Медицинская сестра. -2011 .-N3.- С. 50-53.

32. Зюков О. Л. Сучасні інформаційні технології в охороні здоров'я та медсестринстві як провідний вектор розвитку галузі / О. Л. Зюков, В. Н. Кубатко // Головна медична сестра. - 2014. -№5. - С. 19 - 24.

33. Касевич Н. М. Охорона праці та безпека життєдіяльності медичних працівників: Підручник / Н. М. Касевич, К. І. Шаповал. - К. : Медицина, 2010. - 186 - 228 с.

34. Климчук Т.В. Профессиональная деятельность сестринского профессионала в условиях модернизации здравоохранения/ Т. В. Климчук // Головна медична сестра. - 2013. - № 2. - С. 20-21.

35. Лісовий В. М. основи медсестринства: підручник / В. М. Лісовий, Л. П. Ольховська, В. А. Капустник. -2-е вид., переробл. та доп. - К.: Медицина, 2013. - 792 с.

36. Маркович О. В. Сучасний стан підготовки медичної сестри в Україні і шляхи його покращання /О.В. Маркович, В.О. Рижковський // Клінічна та експериментальна патологія - 2011.- Том X, №3 - С.25-28.

37. Менеджмент у медсестринстві: Всеукраїнська науково-практична конференція приурочена до 135 -ї річниці заснування Житомирського інституту медсестринства, Житомир 22 жовтня 2010 р./ За ред. В. Й. Шатила. - Житомир : [б. и.], 2010. - 326 с.

38. Менеджмент і лідерство в медсестринстві: підручник / За ред. В. Й. Шатила. - К.: Медицина, 2013. -304 с.
39. Нормативи навантаження на медичну сестру в лікарнях вторинного рівня. Остапчук А.О. // Вісник Житомирського інституту медсестринства. - № 1(7). - 2015. – С. 151-159.
40. Островская И. В. К вопросу о профессиональной оценке квалификации сестринского персонала / И. В. Островская Н. В. Хан // Медицинская сестра. - 2012.-N 1. - С. 31-35.
41. Пензина О.П. Результаты анкетирования медицинских сестёр в разработке критериев качества сестринской помощи / Пензина О.П., Лысов Н.А., Девяткин А.А. // Мед науки. - 2011. -№10. - С. 545-547.
42. Перелік нормативно - правових актів, що регламентують роботу у лабораторіях медичних закладів // Головна медична сестра. - 2012. - №10.-С. 19-25.
43. Про затвердження Методичних рекомендацій визначення нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я, які надають вторинну (спеціалізовану) та третинну (високоспеціалізовану) медичну допомогу: Наказ МОЗ України від 28 березня 2013 р. №249// Главный врач. - 2013. - №4. С. 14-42.
44. Про затвердження протоколів медичної сестри (фельдшера, акушерки) з догляду за пацієнтом та виконання основних медичних процедур та маніпуляцій: Наказ МОЗ України №460 від 01.06.2013р. Витяг // Збірник нормативно - директивних документів з охорони здоров'я. -2013. - №10. - С 34.
45. Самойленко В.В. Профессиональная деятельность медицинской сестры: структурное наполнение, законодательное регулирование, научнообоснованная оценка/ В. В. Самойленко // Головна медична сестра. - 2013.-№2.- С. 7 - 9.
46. Филатова К. С. Нормирование работы старших медсестер в стационаре / К. С. Филатова // Медицинская сестра. - 2012. - №3. - С. 22 - 24.

47. Черемисина Ж. Г. Оценка профессиональных компетенций сестринского персонала/ Ж. Г. Черемисина // Медицинская сестра. - 2013.-N5.- С. 44-46

48. Berbarie, T.L. (2010). Charge nurse program builder: Tools for developing unit leaders. Danvers, MA: HCPro Inc. Bederka, M. (2009). Asthma studies you shouldn't miss: A look back at important research developments from 2008-2009. Advance for Nurse Practitioners. [electronic version] <http://nurse-practitioners.advancweb.com/>.

49. Johansen, M. (2012). Keeping the peace: Conflict management strategies for nurse managers. *Nursing Management*, 43(2), 50-54.

50. Gillis A., Jackson W. *Research for nurses: Methods and interpretation.*— Philadelphia: F. A. Davis, 2001. -344 p.

51. Birgitta Bisholt. Nursing students' assessment of the learning environment in different clinical settings/Teaching Strategies for Nurse Educators / S.De Young //Nurse Education in Practise. -2013. -Vol. 12. - P. 242-256.

52. Абашиник Н. М. Роль медичної сестри в Україні та у світі / Медсестринство. 2019. № 4 С. 7-10.

53. Галапац Н. Б. Стандартизація діяльності медсестринської служби Львівської області /Медсестринство 2015 №4 С. 58-62.

54. Stromberg A. Nurse-led heart failure clinics in Sweden / A. Stromberg, J. Martensson, B. Fridlund // *Eur. J. Heart Fail.* – 2001. – Vol. 3. – P. 139–144.

55. Банчук М. В. Стратегія розвитку та реформування медсестринства в Україні / М. В. Банчук, О. П. Волосовець, Т. І. Чернишенко // Магістр медсестринства. – 2008. – № 1. – С. 18–21.

56. Are high nurse workload/staffing ratios associated with decreased survival in critically ill patients? A cohort study/A. Lee [et al.] // *Ann Intensive Care.* – 2017. – Vol. 7 (1). – P.46. doi:10.1186/s13613-017-0269-2.

57. Про зміни до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників : наказ МОЗ України від 10.04.2019 р. № 805.

58. Електронний ресурс: <https://health-ua.com/article/19082-otcenka-patcientami-raboty-meditsinskih-sester-ukr>.