

ТЕРНОПІЛЬСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ імені
І.Я. ГОРБАЧЕВСЬКОГО МОЗ УКРАЇНИ

Коморна Яна Вікторівна

На правах рукопису
УДК

Магістерська робота

**ІННОВАЦІЇ У МЕДСЕСТРИНСЬКОМУ ПРОЦЕСІ НА РІВНІ ЦЕНТРІВ
ПЕРВИННОЇ МЕДИКО-САНІТАРНОЇ ДОПОМОГИ**

2230.1 – науковий співробітник
(сестринська справа)

Науковий керівник:

доктор медичних наук,
професор кафедри
функціональної і лабораторної діагностики
Тернопільського національного
медичного університету імені
І.Я. Горбачевського МОЗ України
проф. Криницька І.Я.

Тернопіль – 2021

Зміст

Вступ	3-6
Розділ 1. Огляд літератури	7-20
1.1. Розвиток загальної практики – сімейної медицини у світі та Україні	7-12
1.2. Пацієнт-орієнтована модель надання ПМД	13-16
1.3. Посилення ролі медичної сестри	16-20
Розділ 2. Матеріали і методи дослідження.....	21-41
Розділ 3. Результати власних досліджень.....	42-61
3.1. Готовність медичних сестер загальної практики до самостійного виконання інноваційних сестринських компетенцій	42-45
3.2. Думка лікарів про роль сучасної медичної сестри	45-53
3.3. Думка пацієнтів про впровадження нових сестринських технологій.....	54-61
Розділ 4. Аналіз і узагальнення результатів	62-65
Висновки.....	66
Практичні рекомендації	67-68
Список літератури	69-74

В С Т У П

Актуальність теми. Медична сестра є важливим важелем, який формує здоров'я населення, впливає на перебіг захворювань, відновлює стан здоров'я людини, пропагує здоровий спосіб життя, долучається до розробки заходів, спрямованих на фактори, що можуть негативно позначитись на здоров'ї, забезпечивши тим самим попередження і зниження захворюваності, поліпшення спадковості, гармонійний розвиток населення України [1-5].

Основні засади в діяльності медичної сестри загальної практики - сімейної медицини (ЗПСМ) регламентує наказ МОЗ України від 23.02.01 за № 72. Згідно його положень медична сестра ЗПСМ є помічником лікаря у наданні первинної лікувально-профілактичної допомоги прикріпленому за сімейно-територіальним принципом населенню в обсязі спеціальності "загальна практика – сімейна медицина" в умовах амбулаторно-поліклінічного закладу і вдома.

Медична сестра ЗПСМ зобов'язана виконувати діагностичні та лікувальні призначення лікаря в обсязі своєї кваліфікаційної характеристики, надавати долікарську допомогу хворим при невідкладних станах, травмах і отруєннях, брати участь у проведенні диспансеризації населення дільниці, у профілактичній та санітарно-протиепідемічній роботі на дільниці (в тому числі проведення щеплень, участь у ранньому виявленні СНІДу, туберкульозу, онкозахворювань), проводити санітарно-освітню роботу та пропаганду здорового способу життя серед населення дільниці, консультування серед населення з медико-соціальних та медико-психологічних питань, планування сім'ї, надавати медичну допомогу в екстремальних ситуаціях, заповнювати відповідні обліково-звітні статистичні форми, підвищувати свій кваліфікаційний рівень [6-8].

Функції сімейної медсестри мають свою специфіку і дещо відмінні від роботи медичної сестри стаціонару, адже її робота самостійніша і

відповідальніша. Знаючи основні принципи сімейної медицини, володіючи основами методик оцінювання здорової, нездорової сім'ї або сім'ї з медичними ризиками, сімейна медсестра повинна своєчасно повідомляти лікаря про взаємини в них, ставленні до здоров'я та життя, умови праці та проживання, часові зміни у родині та проблеми, пов'язані з вагітністю, народженням, безробіттям, виходом на пенсію, старінням, самотністю тощо [9-13].

Важливо враховувати різносторонні аспекти життя сім'ї (соціальні, економічні, релігійні, культурні, поведінкові та ін.). Ось чому так потрібне бездоганне оволодіння знаннями основ організації охорони здоров'я, медичної психології, етики, деонтології, медичної педагогіки, медичної інформатики, загальної гігієни, фахових знань клінічного медсестринства та маніпуляційної техніки в потрібному обсязі, питань диспансерізації, санітарно-освітньої та профілактичної роботи [14]. Сімейна медсестра допомагає пацієнту та його родині долати всі труднощі та перешкоди на шляху до одужання, залучаючи до цього процесу всю родину, формуючи їх ставлення до власного здоров'я та профілактики захворювань [15-22].

Проте, стало очевидним, що в медсестринській галузі теж існують певні проблеми, відбитком яких є зміни в суспільстві. Низький соціальний статус медсестри спонукає відтоку кваліфікованих медсестринських кадрів в інші галузі народного господарства, що збільшує навантаження на середній медичний персонал і породжує невдоволеність медичного персоналу та викликає соціальну напругу, а, відтак, існує дисбаланс між лікарями і середнім медичним персоналом. Медичні сестри не беруть активної участі в розвитку своєї професії. Підготовка і післядипломна освіта медичних сестер не відповідає рівню європейських стандартів. Потребує кардинальних змін атестація середнього медичного персоналу. Відсутність системи розробки та запровадження професійних стандартів діяльності медичних сестер не сприяє покращанню надання безпечного та кваліфікованого медсестринського догляду населенню [23-26].

Об'єкт дослідження – медико-соціальні технології в сестринській практиці на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

Предмет дослідження – діяльність сестринського персоналу КНП Броварської міської ради Броварського району Київської області «Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги», м. Бровари.

Мета дослідження – дослідити сучасні інноваційні медико-соціальні технології в сестринській практиці на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати готовність сімейних медичних сестер до виконання інноваційних медико-соціальних технологій в сестринській практиці на рівні ПМСД.
2. Вивчити відношення лікарів до ролі сучасної медичної сестри в наданні медико-соціальної допомоги.
3. Вивчити відношення пацієнтів до нових сестринських технологій.

Методи дослідження: аналіз спеціальної науково-методичної літератури; соціологічні методи (анкетування) та методи математичної статистики.

Наукова новизна. В рамках дослідження вперше проаналізовано готовність середніх медичних працівників до виконання інноваційних медичних компетенцій; з'ясовано ставлення лікарів до ролі сучасної медсестри в наданні медико-соціальної допомоги населенню; з'ясовано думку населення про впровадження нових сестринських технологій.

Практичне значення одержаних результатів. Запропоновані інноваційні медико-соціальні технології в сестринській справі на рівні первинної ланки охорони здоров'я можуть бути використані в практиці організацій ПМСД, в розробці нормативно-правових документів по сестринській справі, як навчально-методичний матеріал для розробки програм підготовки медичних сестер, а також для перепідготовки та

підвищення кваліфікації медичних сестер.

Особистий внесок здобувача. Автор магістерської роботи є основним розробником усіх викладених у роботі положень. Автором безпосередньо проведено аналіз літературних джерел, проведено анкетування, здійснено статистичний аналіз і узагальнення результатів дослідження, розроблено практичні рекомендації.

Оприлюднення результатів магістерської роботи. Основні положення і результати дослідження оприлюднені на XXV Міжнародному медичному конгресі студентів і молодих вчених, що відбувся в м. Тернополі 12-14 квітня 2021 року.

Публікації. За матеріалами магістерської роботи опубліковано 2 наукових статті та 1 тези.

Обсяг та структура магістерської роботи. Магістерська робота викладена на 74 сторінках і складається із вступу, огляду літератури, розділу власних досліджень, аналізу результатів дослідження, висновків, практичних рекомендацій, списку використаної літератури. Робота містить 20 рисунків і 1 таблицю. Список використаних джерел налічує 47 найменувань.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Розвиток загальної практики – сімейної медицини у світі та Україні

У більшості держав світу на первинну медико-санітарну допомогу припадає до 90 % загального обсягу медичних послуг. За визначенням Європейської асоціації сімейної медицини (European Wonca, 2002, 2005) «загальна практика–сімейна медицина» (ЗПСМ) – це академічна і наукова дисципліна з своєю власною метою, завданнями, методами дослідження, доказовою базою і клінічною діяльністю. Сімейна медицина – це окрема дисципліна, а не сукупність частин інших дисциплін, тому їй необхідна своя наукова база. Наукові дослідження – це невід’ємна частина будь-якої наукової дисципліни, і саме тому вони є також і частиною сімейної медицини» [27, 28].

Кваліфікаційні характеристики ЗПСМ (за European Wonca, 2002, 2005, 2011):

1. Доступна для всього населення первинна медична допомога.
2. Забезпечує ефективне використання ресурсів всієї системи охорони здоров’я.
3. Надає індивідуальну допомогу пацієнту, але з урахуванням особливостей сімейного і соціального оточення.
4. Має унікальну можливість консультування всіх членів родини незалежно від віку, досліджує стан здоров’я сім’ї у декількох поколіннях. Базується на ефективних взаємодовірчих стосунках між лікарем (медичною сестрою) і родиною.
5. Відповідає за послідовність та наступність медичної допомоги згідно з потребами пацієнта.

6. Має власний своєрідний тип клінічного мислення та шлях прийняття рішень, який визначається статистичними та епідеміологічними показниками здоров'я і захворюваності.

7. Вирішує проблеми захворювань на доклінічній, часто недиференційованій стадії.

8. Вирішує проблеми як гострих, так і хронічних захворювань.

9. Навчає здорового способу життя.

10. Несе відповідальність за якість та ефективність наданої допомоги як перед особою, так і перед суспільством.

11. Вирішує проблеми здоров'я в їхньому фізичному, психологічному, соціальному, культурологічному та екзистенціальному визначеннях.

12. Взаємодія лікар – пацієнт, медична сестра – пацієнт.

Зародки сімейної медицини у світі фіксують з V-X століття нашої ери, коли виникла лікарська діяльність, подібна до роботи лікаря загальної практики–сімейного лікаря (ЗПСЛ). У подальшому надання медичної допомоги в XI–XIX ст. здійснювалось переважно особистими, сімейними, приватно практикуючими лікарями. З 1864 року в Росії після введення земського самоврядування почалась діяльність земських лікарів, які є прототипом сучасного лікаря ЗПСЛ.

У кінці XIX ст. та початку XX ст. в Росії та надалі у республіках Радянського Союзу відбувався процес розвитку спеціалізації в медицині, в перші десятиріччя існування Радянського Союзу було обрано шлях розвитку системи охорони здоров'я за багаторівневою системою М.О. Семашко, ідея якої – наблизити різнопрофільних спеціалістів до населення [29]. Система Семашко характеризується фінансуванням галузі з державного бюджету при строгому централізованому управлінні та контролі з боку держави. Фінансування медичного обслуговування відбувається виключно з держбюджету, що не залежить від надходжень із регіонів, тобто існує система єдиного замовника медичної допомоги в особі держави. У цій системі взаємодія лікарів та пацієнтів регламентована в усіх аспектах та

підпорядкована принципам планово-розподільчої організації господарства. Не потребує окремої незалежної структури замовника, що відповідає за збір коштів, та представляє інтереси населення в кожному регіоні. Вона фактично представлена вертикаллю виконавця, що включає державний (Міністерство охорони здоров'я), територіальні (у СРСР – республіканські міністерства охорони здоров'я, у незалежній Україні – обласні управління охорони здоров'я) та місцеві органи управління охорони здоров'я.

Недоліками цієї системи стало нівелювання ролі дільничного терапевта як координатора медичної допомоги, безвідповідальність лікарів-спеціалістів за здоров'я пацієнта та населення в цілому, значні витрати системи охорони здоров'я, низький рівень заробітної платні медичних працівників [29-31].

У країнах світу на той час системи охорони здоров'я були побудовані за різними моделями, найбільш відомі з них – система Бевериджа, система Бісмарка, приватна система охорони здоров'я [32, 33]. Система Бісмарка (модель соціального страхування) ґрунтується на фінансуванні галузі переважно за рахунок обов'язкового соціального страхування на випадок хвороби. Ця система була вперше запроваджена в Німеччині Отто фон Бісмарком у 1881 р. Лікарі є вільними суб'єктами, які пропонують свої послуги на ринку медичних послуг. Працедавці оплачують тільки частину вартості медичної допомоги, що була надана працівникам. Другу частину вартості медичної допомоги сплачують самі працівники.

Переваги системи Бісмарка: принцип солідарної оплати медичної допомоги; доступність медичної допомоги для всього населення країни. Недоліки системи Бісмарка: великий адміністративний апарат; складна система розрахунків із лікувально-профілактичними закладами; високі витрати на утримання страхової інфраструктури. За системою Бісмарка організована система охорони здоров'я в Австрії, Бельгії, Люксембурзі, Німеччині, Нідерландах, Франції та Швейцарії [34].

Система Беверіджа (універсалістська) – система організації охорони здоров'я, яка характеризується суттєвим обмеженням ринкових відносин між лікарем та пацієнтом. Уперше ця модель була запроваджена у Великобританії в 1942 р. Медична допомога гарантується державою і надається всім громадянам незалежно від соціального та майнового становища. В її основу покладено трансфертну систему звичайних принципів страхування. Держава поширює трансфертні виплати тільки на людей, які не можуть забезпечити себе медичною допомогою (діти). На відміну від системи Бісмарка, лікарі перестають бути суб'єктами на ринку медичних послуг, а виступають як наймані працівники. Система Беверіджа зберігає конкуренцію між лікарями, проте це конкуренція не за кошти громадян, а за кошти держави. Пацієнти обмежені у виборі варіантів медичного обслуговування. Переваги системи Беверіджа: – доступність медичної допомоги для всього населення країни; відносно проста технологія фінансування лікувально-профілактичних закладів; – відносна проста система оплати праці в галузі. Недоліки системи Беверіджа: відсутність ринкових стимулів економічної ефективності; – слабка мотивація підвищення якості надання медичних послуг; необхідність значних фінансових ресурсів із державного бюджету на розвиток галузі охорони здоров'я. Система Беверіджа запроваджена у Великобританії, Греції, Данії, Ірландії, Італії, Іспанії, Канаді, Норвегії, Португалії та Фінляндії [34].

У 60–70х роках ХХ ст. у країнах світу почався перехід до моделей системи охорони здоров'я, заснованих на принципах ЗПСМ [29]. У 1972 році була створена Всесвітня асоціація сімейних лікарів WONCA, яка об'єднала 8 країн-учасників, що мали системи охорони здоров'я з пріоритетом на розвиток первинної медичної допомоги (ПМД) і сімейної медицини. У 1978 році відбулась Алма-Атинська конференція, резолюцією якої стало затвердження декларації щодо визначення ролі і розвитку ПМД. Після цього ВООЗ затвердила Алма-Атинську декларацію (1979), визначила глобальну стратегію досягнення здоров'я для всіх за допомогою ПМД у світі (1981).

Відтоді у більшості країн світу розпочався активний перехід систем охорони здоров'я з орієнтацією на ПМД та розвиток ЗПСМ. У 1996 році на конференції ВООЗ у Любляні була проголошена «орієнтація на ПМД», підготовлений проект Хартії ЗПСМ, у 1998 р. прийнята Всесвітня декларація ВООЗ з охорони здоров'я населення, заснована на зміцненні і розвитку ПМД, та запроваджено Програму ВООЗ «Здоров'я для всіх у ХХІ ст.», суть якої до 2010 року забезпечити кращий доступ до ПМД населенню Європейського регіону [35].

В Україні прийнято вважати початок розвитку ЗПСМ в сучасному її розумінні з 1987–1988 років, коли було запроваджено регіональний експеримент у Львові, розроблені моделі поступового переходу терапевтів і педіатрів від дільничного до сімейного принципу обслуговування. Великий внесок у започаткування сімейної медицини в Україні та запровадження сімейної медицини на Львівщині зроблено колективом ентузіастів під керівництвом проф. Є.Х. Заремби. У 1992 році Основами законодавства України про охорону здоров'я, прийнятими Верховною Радою, визначено пріоритетний розвиток ПМД. З тих пір почала розвиватися нормативна база для широкого впровадження ПМД в Україні, продовжило впровадження сімейної медицини у м. Комсомольськ, м. Вознесенськ, Запорізькій, Хмельницькій, Харківській областях та інших регіонах. Виникла потреба у підготовці кадрів ЗПСМ, створення кафедр сімейної медицини, громадської організації та розвитку нової лікарської спеціальності – «загальна практика–сімейна медицина». Так, у 1995 році змінено назву кафедри терапії на кафедру терапії з курсом сімейної медицини у Львівському національному медичному університеті імені Данила Галицького, створено асоціацію сімейних лікарів Львівщини. У 1996 році почали створюватися кафедри сімейної медицини в медичних вишах України. Першою була створена кафедра сімейної медицини в Національній медичній академії післядипломної освіти (НМАПО) імені П.Л. Шупика, яку очолив проф. Г.І. Лисенко.

Сумісними зусиллями проф. Є.Х. Заремби та проф. Г.І. Лисенка у 1997 році засновано Українську асоціацію сімейної медицини, яка у 1999 році стала членом Всесвітньої асоціації сімейних лікарів WONCA та територіально увійшла до Європейського регіону. Першим президентом Української асоціації сімейної медицини став проф. Г.І. Лисенко. З тих пір основні історичні події розвитку сімейної медицини відбувались на Київщині і за його сприяння. На сьогодні проф. Г.І. Лисенка (02.07.1947 – 09.10.2013) прийнято вважати засновником сімейної медицини в Україні. За його сприяння в Україні створено перший фаховий науково-практичний журнал «Сімейна медицина» (1999 р.), головним редактором якого був проф. Г.І. Лисенко; у 2005 році створено перший в Україні факультет «Загальна практика–сімейна медицина» в Національній медичній академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, деканом якого було обрано проф. Г.І. Лисенка. Факультет наприкінці 2009 року був реорганізований в Інститут сімейної медицини НМАПО імені П.Л. Шупика, першим директором якого обрано проф. Г.І. Лисенка.

За сприяння проф. Г.І. Лисенка в Україні була затверджена академічна спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» та вперше в Україні у 2010 році відкрито нову наукову спеціальність «Загальна практика–сімейна медицина» (14.01.38), що була затверджена наказом ВАК України від 29 квітня 2010 р. № 237, зареєстрованим в Міністерстві юстиції України за № 315/17610 від 5 травня 2010 р., і рішенням ДАК України було відкрито вперше спеціалізовану вчену раду Д 26.613.06 із захисту докторських і кандидатських дисертацій зі спеціальностей 14.01.02 – внутрішні хвороби, 14.01.38 – загальна практика–сімейна медицина при НМАПО імені П.Л. Шупика, головою ради призначено проф. Г.І. Лисенка, який створив одну з найпотужніших наукових шкіл з сімейної медицини в Україні [35].

1.2. Пацієнт-орієнтована модель надання ПМД

Реформа фінансування медичної допомоги, яка з 2017 року втілюється в Україні, змінила парадигму взаємозв'язків у системі: «гроші пішли за пацієнтом», і пацієнт опинився в центрі уваги. Як наслідок, перед медичними закладами постало завдання налагодити процес надання медичних послуг, орієнтованих на потреби й побажання пацієнта. Для цього медичний заклад і його персонал мають стати пацієнт-орієнтованими, тобто такими, які узгоджують клінічні рішення з інтересами та побажаннями своїх пацієнтів у щоденній діяльності.

Уперше пацієнт-орієнтовану (пацієнт-центровану) модель надання медичної допомоги було описано Інститутом Пікера у 80-х роках ХХ століття (неприбуткова організація, заснована у 1986 році Харві Пікером у США. Організація сприяє проведенню досліджень і навчання у сфері пацієнт-центрованої медичної допомоги; офіційний сайт організації: <http://pickerinstitute.ipfcc.org/>.) на основі зібраних даних аналізу численних фокус груп і телефонних інтерв'ю з пацієнтами та їхніми родинами щодо їхнього досвіду отримання медичних послуг. Тож в основу моделі лягло бачення пацієнтами та їхніми родинами того, як має виглядати система обслуговування (догляду), щоб відповідати очікуванням та потребам (як фізичним, так і психологічним).

Ключові концепти пацієнт-орієнтованості:

- Гідність і повага
- Обмін інформацією
- Залученість
- Співпраця

Пацієнт-орієнтована модель полягає в особливому підході до організації надання медичної допомоги, зміні парадигми взаємодії між пацієнтами, медичним персоналом та іншими сторонами, залученими до процесу лікування та одужання. Вона знаходить відгук у медичній спільноті, адже більшість медичних працівників обрали цю професію за покликанням,

відчуваючи бажання допомагати іншим. Може здатися, що надання медичної допомоги, орієнтованої на пацієнта, потребує значних фінансових ресурсів. Адже новітнє обладнання, велика кількість персоналу й гарні ремонти приміщень як орієнтація на потреби пацієнта вимагають фінансування. Проте пацієнт-орієнтованість – це про взаємодію між людьми. Тут ідеться про ставлення кожного співробітника медичного закладу до пацієнта і його родини. Це про доброту, співчуття, емпатію, про бажання й готовність діяти в інтересах пацієнта. А це абсолютно безкоштовно! Надання персоналізованої медичної допомоги не вимагає збільшення кількості персоналу або дорогих технологій діагностики чи лікування. Натомість дані міжнародних досліджень свідчать про те, що запровадження пацієнт-орієнтованої моделі позитивно впливає на задоволеність пацієнтів, дозволяє оптимізувати витрати, покращити якість, підвищити безпеку та сприяти популярності медичного закладу [36].

В Україні для запровадження пацієнт-орієнтованої моделі на рівні ПМД слід розвивати нову організаційну культуру. Вона має базуватися на повазі до всіх залучених сторін, ефективному обміні інформацією, участі пацієнтів та їхніх родин у процесі лікування та прийнятті рішень, справжніх партнерських стосунках між пацієнтами, їхніми сім'ями та всім персоналом закладу ПМД. Пацієнт-орієнтована модель включає вісім принципів:

1. Повага до цінностей, переконань та озвучених потреб пацієнта. Залучення пацієнтів до прийняття рішень, визнання того, що це особи, які мають свої унікальні цінності та переконання.

2. Координація та інтеграція догляду. Пацієнти часто почуваються вразливими та безсилими перед хворобою. Правильна координація догляду може полегшити ці неприємні відчуття. Пацієнти визначили три сфери, в яких координація догляду може зменшити відчуття вразливості: координація клінічної допомоги; координація із службами соціальної допомоги; координація безпосереднього догляду за пацієнтами.

3. Інформація, комунікація, навчання. Пацієнти занепокоєнні, якщо не повністю поінформовані про свій стан або прогноз перебігу хвороби. Для зменшення цього страху необхідно зосередитися на трьох видах комунікації: інформування про клінічний стан пацієнта, прогрес захворювання/одужання і прогноз; інформування про процеси лікування/допомоги; інформування для збільшення самостійності, самодопомоги та зміцнення здоров'я.

4. Фізичний комфорт і зменшення болю. Рівень фізичного комфорту має важливе значення для пацієнтів. Вони визначили три сфери як особливо важливі: управління болем; допомога в повсякденній діяльності й забезпеченні щоденних життєвих потреб; медичний заклад і його атмосфера.

5. Емоційна підтримка та зменшення страху. Страх і тривожність, пов'язані з хворобою, можуть бути такими ж виснажливими, як і її фізичні наслідки. Медичні працівники повинні звертати особливу увагу на: тривогу пацієнтів щодо їх фізичного стану, лікування та прогнозу; занепокоєння пацієнта щодо впливу хвороби на нього і його сім'ю; занепокоєння фінансовим наслідком хвороби та її лікування.

6. Залучення сім'ї та друзів. Цей принцип стосується ролі сім'ї та друзів у досвіді пацієнта. В контексті сім'ї догляд за пацієнтом було визначено так: надання житла для сім'ї та друзів при госпіталізації пацієнта; залучення сім'ї та близьких до прийняття рішень; підтримка членів сім'ї як доглядачів; визначення потреб сім'ї та друзів.

7. Безперервність і наступність догляду. Пацієнти висловлюють стурбованість при переходах між різними надавачами медичної допомоги. Для задоволення потреб пацієнтів у цій сфері потрібні: зрозуміла, детальна інформація щодо ліків, фізичних обмежень, дієтичних потреб тощо; координація і планування поточного лікування та послуг після виписки зі стаціонару; надання на постійній основі інформації про доступ до клінічної, соціальної, фізичної та фінансової підтримки.

8. Своєчасний та безбар'єрний доступ. Пацієнти повинні знати, що вони можуть отримати доступ до допомоги, коли це необхідно:

безперешкодний доступ до місця розташування амбулаторій та лікарень; наявність транспорту; спрощення планування візитів; спрощення запису на прийом, коли виникає проблема; доступність направлень до спеціалістів або спеціалізованих служб; чіткі інструкції щодо отримання допомоги за направленням.

1.3. Посилення ролі медичної сестри

Медичні сестри є основою будь-якої ефективної системи охорони здоров'я. Вони відіграють важливу роль у наданні своєчасних та якісних медичних послуг, що має особливе значення в час змін, яких нині зазнає галузь. У багатьох країнах середній медичний персонал (медичні сестри/брати, акушери) – це висококваліфіковані фахівці, які вирішують поточні та майбутні проблеми пацієнтів пліч-о-пліч і на рівні з лікарями загальної практики, і це вітається пацієнтами. Зокрема у Великій Британії довіра до медичних сестер навіть більша (94%), ніж до лікарів (91%). ВООЗ також приділяє велику увагу ролі медсестринства в системі охорони здоров'я та стандартизації освіти для середнього медичного персоналу. У світовій практиці виділяють десять компетенцій медичної сестри/брата [37].

У центрі всіх компетенцій є професійні знання – медична освіта і навички надання медичних послуг, які доповнюються ще десятьма компетенціями, такими як: пацієнт-орієнтованість, професіоналізм, лідерство, системний підхід до надання послуг, інформаційні системи та технології, комунікація, командна робота, безпека, покращення якості, використання доказових методів лікування у своїй практиці. За всіма цими компетенціями у медичних сестер/ братів повинні бути знання, відповідне ставлення і навички.

В Україні професія медичної сестри вже вийшла за рамки «молодшого спеціаліста з медичною освітою» – в країні вже давно готують фахівців з медсестринства рівня повної вищої освіти (бакалавра і магістра). Проте неможливо заперечувати наявність системних проблем, серед яких: суттєве

зменшення кількості медичних сестер, які працюють у лікувальних закладах: щорічно темпи приросту медичних сестер негативні; структурні та гендерні диспропорції в розподілі медичних кадрів: лише 12% медичних сестер працюють у сільській місцевості, понад 90% середнього медичного персоналу – жінки; мала роль медичних сестер у наданні медичних послуг: нормативні документи щодо посадових інструкцій обмежують перерозподіл обов'язків від лікарів до медичних сестер; відсутність чітких стандартів медсестринства, визначення та розподілу функціональних обов'язків між медсестрами різних рівнів освіти (спеціаліст, бакалавр, магістр).

Для забезпечення якісного надання ПМД та ефективного використання ресурсів у край важливо посилити роль медичних сестер, зробити їх рівноправними учасниками команди «сімейний лікар – медична сестра» [38-41]. Зокрема, доцільно запроваджувати роздільний прийом пацієнтів лікарем та медичною сестрою. Це дозволить забезпечити конфіденційність консультацій, більш ефективно використання часу лікаря, розвантаження його від обов'язків, які може виконувати медична сестра самостійно.

Якою є медична сестра нової генерації?

1. Кваліфікований практик з автономними функціями, яка є членом команди амбулаторії сімейної медицини
2. Планує свою роботу і несе відповідальність за її якість
3. Проводить долікарське консультування
4. Надає допомогу пацієнтові та його сім'ї відповідно до своїх компетенцій
5. Бере участь в профілактичній роботі, лікувально-діагностичному процесі, організації та наданні паліативної допомоги та в реабілітації.

Професійні особливості в роботі медичної сестри ЗПМС:

1. Широкий погляд на клінічні проблеми пацієнта
2. Медичне обслуговування в контексті сім'ї.
3. Індивідуальний підхід до кожного члена родини.

4. Психологічний мікроклімат в родині (особисте ставлення пацієнта до своїх проблем, вплив цих проблем на родину та ставлення родини безпосередньо до проблем хворого).

Структура I етапу

медсестринського процесу

Сестринське обстеження пацієнта

- Суб'єктивне обстеження

Бесіда з пацієнтом, бесіда з родичами пацієнта, ознайомлення з медичною документацією пацієнта (витяги, довідки, медична карта амбулаторного хворого)

- Об'єктивне обстеження

Зовнішній огляд, огляд органів та систем за схемою, визначення функціональних показників: температури тіла, АТ, ЧСС, ЧДР, зріст, маса тіла, ЖЄЛ тощо

- Додаткове обстеження

Дослідження: лабораторні, інструментальні, рентгенологічні, ендоскопічні, УЗД

II. Планування

сестринських втручань

1. Встановити пріоритети
2. Визначити необхідні ресурси
3. Встановити можливі результати роботи з пацієнтом (*кінцевий результат*)
4. Скласти план роботи та погодити план дій з пацієнтом і його сім'єю (*стандарти медсестринських технологій, письмове керівництво по догляду*).

Визначення термінів сестринських втручання:

Короткотермінова мета (повинна бути досягнута за 1-2 тижні).

Довготермінова мета спрямована на запобігання рецидивам захворювань, ускладнень, їх профілактику, реабілітацію і соціальну адаптацію, а також здобуття знань про здоров'я.

III. Впровадження плану в дію

Це та стадія медсестринського процесу, на якій думки стають словами і реалізуються в план.

Метою медсестринських втручань є ліквідувати, змінити чи відвернути проблеми пацієнта з тим щоб задовольнити його потреби і сподівання.

Категорії сестринських втручань

1. Незалежне сестринське втручання - передбачає дії, які здійснює медична сестра за власною ініціативою без вказівок лікаря (навчання пацієнта навичкам самоогляду, навчання членів сім'ї елементам догляду за пацієнтом).
2. Залежне сестринське втручання – виконують на підставі письмових розпоряджень лікаря і під його спостереженням.
3. Взаємозалежне сестринське втручання передбачає спільні дії медичної сестри й лікаря та інших фахівців.

IV. Оцінка ефективності сестринських втручань

1. Особиста оцінка дій медичної сестри.
2. Думка пацієнта і його сім'ї з приводу дій медичної сестри.
3. Оцінка дій медичної сестри керівниками (старшою медичною сестрою, лікарем).

Сьогодні потрібно змінювати старі практики відносин «медична сестра – лікар» у наданні ПМД та запровадити роздільний прийом лікарем та медичною сестрою, оскільки вже зараз медична сестра може робити самостійно (після попереднього проходження навчання з удосконалення необхідних навичок) такі види роботи, як консультування з різних тем, скринінговий огляд перед візитом до лікаря та повторний огляд – перевірка стану пацієнта через певний проміжок часу [42].

Необхідно запровадити зміни в законодавстві та нормативних актах з урахуванням міжнародних підходів та світових практик для повноцінної реалізації нової моделі надання медичних послуг медичною сестрою/ братом, а саме: стандартизувати функції та обов'язки медсестр з урахуванням рівня освіти; провести реформу освіти медсестринства (з акцентом на розширення

клінічної та практичної підготовки); посилити роль медичної сестри через суттєве розширення її повноважень; покращити умови праці, формування сучасного та безпечного робочого простору; розробити і впровадити ефективну державну політику із залученням медичних сестер до процесів прийняття рішень.

РОЗДІЛ 2

Матеріали та методи досліджень

У дослідженні взяли участь 100 пацієнтів, 30 медичних сестер, 30 лікарів загальної практики - сімейної медицини Комунального некомерційного підприємства Броварської міської ради "Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги" створений рішенням Броварської міської ради Київської області.

Опитувальник для вивчення ролі медичної сестри при наданні медико-соціальної допомоги в амбулаторно-поліклінічних закладах

Анкета анонімна. Для відповіді на запитання необхідно уважно ознайомитися з усіма варіантами відповідей і вибрати той, який, на Ваш погляд, є відповідним. Цифру обраного варіанта відповіді відзначте галочкою. Якщо зустрічаються питання в формі таблиць, то потрібно дати одну відповідь по кожному рядку, відзначивши його галочкою. Заздалегідь дякуємо Вам!

1. П.І.Б. (_____)

2. Вік

3. Стать: *чол., жін.*

4. Освіта *(назва навчального закладу)*

5. Посада

6. Медичний заклад *(місце роботи)*

7. Місто

8. Професійний досвід роботи *(стаж)*

9. Кваліфікація *(категорія, якщо є)*

10. Напишіть, будь ласка, якщо є дату проходження останнього стажування, курсів підвищення кваліфікації або додаткову освіту._____

11. Скільки годин (ставка) Ви працюєте:

1. 0,25 ст.

2. 0,5 ст.

3. 1,0 ст.

4. 1,25

5. 1,5 ст.

12. Чи працюєте Ви ще де-небудь додатково?

1. Так

2. Ні

3. Інше

13. Чи відчуваєте Ви брак фінансових коштів?

1. Так
2. Ні
- 3.

Інше _____

14. Навички володіння комп'ютером:

1. Володію вільно
2. Володію добре
3. Маю загальне уявлення

15. На якому прийомі пацієнтів Ви працюєте?

1. Традиційний прийом (спільний прийом лікаря і медсестри)
2. Роздільний прийом (самостійний прийом лікаря і самостійний прийом медсестри)

16. Яке середня кількість пацієнтів, що обслуговуються Вами під час робочої зміни?

1. До 10-ти
2. 11-20
3. 21-30
4. Більше 30-ти

17. Скільки часу в середньому Ви приділяєте кожному пацієнту на прийомі?

1. До 10-ти хв.
2. 11-20 хв.
3. 21-30 хв.
4. Більше 30-ти хв.

18. Ви вважаєте, що Ваше навантаження на роботі:

1. Недостатнє
2. Надмірне
3. Задовільно оптимальне
4. Важко відповісти

19. Якщо Ви вважаєте Ваше навантаження незадовільним, то з чим, по Вашому, це пов'язано?

1. неправильний розподіл робочого часу
2. брак кадрів
3. виконання невласливих Вашій посаді обов'язків
4. недостатня технічна оснащеність
5. інше

20. Чи проводяться у Вашій організації будь-які семінари, зустрічі, конференції спеціально для медичних сестер?

1. Так
2. Ні

21. Чи берете Ви участь в проведенні цих заходів (конференції, семінари і т.д.)

1. Так, мені цікаво

2. Ні, мені не цікаво
3. Ніколи

22. Чи задоволені Ви оснащенням Вашого робочого місця в повному обсязі?

1. Так
2. Ні
- 3.

Коментарі _____

23. Чи виникали у Вас на роботі конфліктні ситуації (проблеми)

1. Ні
2. якщо так, то з ким: (із нижче перерахованих)
 - з керівництвом
 - з колегами
 - з пацієнтами
 - з родичами або представниками пацієнтів
 - інше

24. Чи є можливості професійного зростання?

1. Так
2. Ні
- 3.

Коментарі _____

25. Чи відчуваєте ви себе членом мультидисциплінарної команди?

1. Так
2. Ні (вказіть причину)

26. Чи оплачує Ваш керівник Вам курси з підвищення кваліфікації, лікарняні листи?

1. Так
2. Ні
3. Не знаю
- 4.

Інше _____

27. Ваші враження від Вашої роботи?

1. Вважаю свою роботу цікавою
2. Дуже завищені вимоги
3. Нічого не подобається
4. Люблю свою професію, але працювати складно
5. Немає певної відповіді
6. Інші _____

28. Галузь знань, в якій Ви б хотіли вдосконалитися?

1. Психологія
2. Соціальний захист населення
3. Свій варіант відповіді

29. Наскільки важливо медсестрі володіти такими якостями? Оцініть за 5-бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

№	Якості особистості	Бали від 1 до 5
1	Чуйність	
2	Доброзичливість	
3	Уміння налагодити контакт з людьми	
4	Строгість, стриманість	
5	Професіоналізм	
6	Моральна культура	
7	Знання основ психології спілкування	
8	Охайний зовнішній вигляд	
9	Великий практичний досвід	
10	Почуття гумору	
11	Впевненість в собі	
12	Любов до професії	
13	Авторитетність	
14	Милосердя	
15	Відповідальність	

30. Що б Ви змінили в програмі навчання медичних сестер? (Не більше 2-х відповідей)

1. Більше звертати увагу на практичні навички
2. Більше навчати комп'ютерної грамотності
3. Комунікативні навички
4. Ввести в програму основи доказової медицини
5. Переглянути програму підготовки та перепідготовки, використовуючи міжнародний досвід і міжнародні вимоги до медсестер різного рівня
6. Свій
варіант _____

31. Чи доводиться Вам виконувати обов'язки, невластиві Вашій посаді?

1. Ні
 2. Так, рідко
 3. Так, регулярно
 4. _____
- Інше _____

32. Як Ви думаєте, які види робіт Ви б могли виконувати самотійно без лікаря?

1. Патронаж здорових дітей до 1 року вдома
2. Активний патронаж диспансерних хворих з хронічними захворюваннями вдома
3. Самостійний прийом по медико-соціальним питанням
4. Виписування рецептів хворим, які перебувають на «Д» обліку

5. Проведення бесід з населенням з питань пропаганди і формування здорового способу життя
 6. Імунопрофілактика
 7. Проведення скринінгу
 8. Навчання пацієнтів в школах здоров'я
 9. Не знаю
 10. Я думаю, що це не можливо
 11. Свій варіант
- відповіді _____

33. Чому Ви вибрали саме цю професію?

1. Актуальність і затребуваність професії
2. Мої родичі - медики
3. Не вступив (ла) в медичний інститут
4. Легкість вступу до навчального закладу
5. Мене змусили вибрати цю професію
6. Бажання допомагати людям
7. Не знаю
- 8.

Інше _____

34. Які Ваші професійні плани на найближчий час і як Ви збираєтеся їх досягти?

1. Я хочу працювати тільки в цьому медичному закладі
2. Я хочу далі підвищувати кваліфікацію в обраній сфері медицини
3. Я хочу змінити медичну спеціальність
4. Планую продовжити навчання в магістратурі
5. Я не планую працювати далі в цій сфері
6. Я не замислювалася
- 7.

Інше _____

35. Якими джерелами Ви користуєтеся, підвищуючи рівень професійної компетенції?

1. Засоби масової інформації
2. Довідники і підручники
3. Інтернет
4. Журнальні статті
5. Доказові бази даних
6. Конференції
7. Від колег
8. Свій варіант

відповіді _____

36. Як на ваш погляд, оцінюється професія медичної сестри в суспільстві?

1. Не цінується
2. Престижна
3. Не затребувана
4. Свій варіант відповіді

37. Чи задоволені Ви громадським статусом?

1. Так
2. Скоріше так
3. Скоріше ні
4. Немає
5. Важко відповісти

38. Роль лікаря і Ваша роль медичної сестри в наданні медичної допомоги пацієнту? (Покажіть в% співвідношенні :)

- Скільки _____% залежить від лікаря,
-Скільки _____% залежить від медсестри

39. Де ви самі отримуєте медичну допомогу і консультування?

1. Поліклініка за місцем проживання
2. Приватна поліклініка
3. В своєму медичному закладі
4. Я не потребую медичної допомоги
5. Інші

40. Ваші зауваження та пропозиції щодо поліпшення якості медичного обслуговування населення? _____

41. Що б Ви запропонували змінити в медичній службі України? _____

Анкета для вивчення особливостей різних моделей надання первинної медико-санітарної допомоги

Пропонуємо Вам відповісти на запитання нашої анкети, в якій піднімаються проблеми ролі сучасної медсестри в наданні медико-соціальної допомоги населенню. Анкета анонімна. Ваші відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді. Для відповіді на запитання необхідно уважно ознайомитися з усіма варіантами відповідей і вибрати той, який, на Ваш погляд, є вірним. Цифру обраного варіанта відповіді відзначте галочкою. Якщо зустрічаються питання в формі таблиць, то потрібно дати одну відповідь по кожному рядку, зазначивши його галочкою. Заздалегідь дякуємо Вам!

1. Які чинники, на Ваш погляд, впливають на здоров'я людини більшою мірою? Не більше трьох відповідей

1. Спосіб життя (хронічний стрес, низька фізична активність, безладні статеві зв'язки, харчування, режим праці та відпочинку і т.д.).
2. Вживання шкідливих речовин (тютюн, алкоголь, наркотики).
3. Екологічне середовище (забруднення навколишнього середовища, радіація і т.д.).
4. Соціальне середовище (низький прожитковий мінімум, безробіття і т.д.).
5. Спадковість.
6. Якість медичних послуг.
7. Доступність послуг з консультування та інформування з проблем здоров'я.
8. Активна позиція людини щодо збереження власного здоров'я.
9. Інша
(уточніть) _____

2. Наскільки важливо лікарю володіти такими якостями? Оцініть за 5-ти бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

№	Якості особистості	Бали від 1 до 5
1.	Чуйність	
2.	Доброзичливість	
3.	Уміння налагодити контакт з людьми	
4.	Строгість, стриманість	
5.	Професіоналізм	
6.	Моральна культура	
7.	Знання основ психології спілкування	
8.	Охайний зовнішній вигляд	
9.	Великий практичний досвід	
10.	Почуття гумору	
11.	Впевненість в собі	
12.	Любов до професії	
13.	Авторитетність	
14.	Милосердя	

3. Наскільки важливо медсестрі володіти такими якостями? Оцініть за 5-бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

№	Якості особистості	Бали від 1 до 5
1.	Чуйність	
2.	Доброзичливість	
3.	Вміння налагодити контакт з людьми	
4.	Строгість, стриманість	
5.	Професіоналізм	
6.	Моральна культура	
7.	Знання основ психології спілкування	
8.	Охайний зовнішній вигляд	
9.	Великий практичний досвід	
10.	Почуття гумору	

11.	Впевненість в собі	
12.	Любов до професії	
13.	Авторитетність	
14.	Милосердя	
15.	Відповідальність	

4. На Вашу думку, від чийх зусиль більшою мірою залежить успішність оздоровлення пацієнта?

1. Від особистості і зусиль пацієнта
2. Від особистості і зусиль медсестри
3. Від особистості і зусиль лікаря
4. Від спільних зусиль медсестри і лікаря
5. Від спільних зусиль лікаря і пацієнта
6. Від спільних зусиль лікаря, медсестри, пацієнта і його найближчого оточення

5. Якою мірою, на Вашу думку, впливають на ефективність лікування пацієнтів такі чинники? Оцініть за 5-бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

№		Бали від 1 до 5
1.	Методи лікування, якість лікарських засобів	
2.	Рівень професійної підготовки лікаря	
3.	Застосування новітніх технологій	
4.	Людські якості лікаря	
5.	Практичний досвід лікаря	
6.	Рівень професійної підготовки медсестри	
7.	Людські якості медсестри	
8.	Практичний досвід медсестри	
9.	Умови догляду	
10.	Самозберігаюча здоров'я поведінка пацієнта	
11.	Підтримка родини	
12.	Інші фактори (вказіть які)	

6. На якому прийомі пацієнтів Ви працюєте?

1. Традиційний прийом (спільний прийом лікаря і медсестри)
2. Роздільний прийом (самостійний прийом лікаря і самостійний прийом медсестри)

7. Скільки пацієнтів в середньому Ви приймаєте щодня? _____

8. Скільки часу в середньому Ви приділяєте кожному пацієнту на прийомі? _____

9. Яку модель прийому пацієнтів Ви вважаєте ефективною? _____

1. Традиційний прийом (спільний прийом лікаря і медсестри)
2. Роздільний прийом (самостійний прийом лікаря і самостійний прийом медсестри)

10. Просимо Вас назвати основні переваги та недоліки традиційної моделі прийому пацієнтів (спільного прийому лікаря і медсестри) Оцініть за 5-бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

Переваги	Бали від 1 до 5	Недоліки	Бали від 1 до 5
1. Розширення професійних обов'язків лікаря		1. Придушення професійного потенціалу середнього медичного персоналу	
2. Високий соціальний статус і провідна професійна роль		2. Низький соціальний статус і допоміжна професійна роль медичної сестри	
3. Незаперечний авторитет лікаря		3. Інтенсивний характер трудової діяльності лікаря	
4. Високий рівень очікувань пацієнтів по відношенню до лікарів		4. Психологічна напруженість у відносинах лікар - медсестра	
5. Високий рівень зростання відповідальності лікарів		5. Зростання професійних ризиків для лікарів	
6. Орієнтованості лікарів на підвищення професійної майстерності		6. Відсутність умов для професійної мобільності та адекватної матеріальної	

		винагороди для медсестер	
7. Чітке розмежування функціональних обов'язків лікаря і медсестри		7. Психоемоційні перевантаження лікарів	
		8. Зростаючі вимоги з боку лікарів щодо медсестер	
		9. Падіння престижу професії медсестри	
		10. Сформований стереотип щодо допоміжної ролі медичної сестри в системі медико-соціальної допомоги, що визначає характер професійної взаємодії лікаря і медичної сестри	
		11. Нестача або відсутність у лікарів інформації і знань щодо змісту та призначення сестринського процесу	
		12. Пасивна роль пацієнта	

11. Просимо Вас назвати основні переваги та недоліки моделі самотійного медсестринського прийому (роздільного прийому лікаря і медсестри) Оцініть за 5-бальною шкалою, де «5 балів» - найвища оцінка, а «1» бал - найнижча оцінка

Переваги	Бали від 1 до 5	Недоліки	Бали від 1 до 5
----------	-----------------	----------	-----------------

1. Перерозподіл функцій між лікарями і медичними сестрами		1. Відсутність стандартів самотійної сестринської допомоги	
2. Посилення позицій медсестринського персоналу на всіх рівнях медичного обслуговування		2. Підвищення інтенсивності трудової діяльності медсестринського персоналу	
3. Збільшення частки середніх медичних працівників в кадровій структурі галузі		3. Зростання професійних ризиків для медсестер	
4. Реструктуризація медичних установ		4. Психоемоційні перевантаження медсестер	
5. Розвиток первинної медико-санітарної допомоги, спрямованої на профілактику захворювань і зміцнення здоров'я, гігієнічне навчання та прищеплення солідарної відповідальності пацієнта за своє здоров'я		5. Підвищення рівня очікувань пацієнтів по відношенню до медсестер	
6. Розширення обсягів допомоги вдома з використанням нових технологій догляду та сестринського процесу		6. Недостатня правова база практики самотійного прийому медичних сестер	

7. Вдосконалення системи, форм і етапів реабілітаційних заходів		7. Зростаючий рівень відповідальності медичних сестер	
8. Активізація професійного потенціалу сестринського персоналу		8. Диференціація і ускладнення професійних сестринських практик	
9. Підвищення соціального статусу і професійної ролі медичної сестри		9. Консерватизм поглядів медичних сестер на необхідність трансформації своєї діяльності	
10. Зниження інтенсивності трудової діяльності лікаря		10. Негативізм з боку керівників медичних організацій, лікарів, населення в зв'язку з розширенням функціональних обов'язків медичних сестер	
11. Розвиток партнерських відносин між лікарем і медсестрою		11. Низький рівень інформованості керівників медичних організацій, лікарів, самих медсестер і населення про нові форми організації сестринської допомоги	
12. Зниження професійних ризиків для лікарів		12. Неготовність медичних сестер до прийняття нової ролі медичної сестри	

13. Формування умов для професійної мобільності та адекватного матеріальної винагороди для медсестер		13. Відсутність мотивації медсестер до трансформації через відсутність матеріального і морального стимулювання	
14. Підвищення кількості населення, що обслуговується		14. Недостатній рівень підготовки сестринських кадрів в освіті	
15. Зростання задоволеності пацієнтів			
16. Зростання доступності лікарської допомоги			
17. Зростання доступності лікаря за часом (очікування прийому і час на прийомі)			
18. Зростання доступності медсестринської допомоги			
19. Зростання доступності медико-соціальної допомоги для пацієнтів			
20. Зростання доступності медсестри за часом (Очікування прийому і час на прийомі)			
21. Прагнення медсестер до професійного і			

особистісного росту			
22. Розширення функціональних обов'язків медсестер			
23. Оптимізація професійного навантаження лікаря (перехід від кількості до якості наданої допомоги)			
24. Соціально- психологічний комфорт для пацієнтів			
25. Посилення соціальної орієнтованості наданої допомоги			
26. Посилення профілактичної спрямованості наданої допомоги			
27. Ефективність медико-соціальної допомоги			
28. Зростання інформування пацієнтів про стан їх здоров'я і лікування захворювань			
29. Підвищення авторитету медсестер при обговоренні професійних і питань			
30. Активна роль пацієнта			
31. Залучення сім'ї в медико- соціальний процес			

оздоровлення			
--------------	--	--	--

ДЕЯКІ ДАНІ ПРО ВАС

12. Ваша оцінка наступних аспектів у Вашому житті? (Одна відповідь по кожному рядку)

№	Сфери життя	Оцінка		
		Добре	Задовільно	Погано
1.	Матеріальна забезпеченість			
2.	Харчування			
3.	Житлові умови			
4.	Ситуація на роботі			
5.	Рівень Вашої особистої безпеки			
6.	Стан Вашого здоров'я			
7.	Стосунки у сім'ї			
8.	Можливості проведення дозвілля			

13. Який Ваш сімейний стан?

1. Неодружений / незаміжня і не були
2. Одружений / заміжня
3. Живемо разом, але офіційно не в шлюбі
4. Живемо окремо, але не розлучені
5. Розлучений / розлучена
6. Вдівець / вдова

14. Рівень Вашої освіти?

1. Початкова
2. Неповна середня
3. Загальна середня
4. Середня спеціальна
5. Незакінчена вища
6. Вища

15. Скажіть, будь ласка, скільки Вам років?

1. Менше 18 років
2. 18 - 30 років
3. 31 - 44 роки
4. 45 - 59 років
5. 60 років і більше років

16. Ваша стать?

1. Чол
2. Жін

17. Ваша кваліфікація?

1. Лікар вищої категорії
2. Лікар першої категорії
3. Лікар другої категорії
4. Наявність сертифіката

18. Загальний стаж роботи в медицині?

Скільки

років _____

19. Стаж роботи в даній організації? _____

Скільки

років _____

20. Ваші пропозиції щодо поліпшення сестринського процесу в ПМСД _____

Дякуємо Вам за участь у нашому опитуванні!

«Анкета для пацієнтів амбулаторно-поліклінічної допомоги»

Шановні пацієнти, анкета анонімна. Ваші відповіді будуть використані лише в узагальненому вигляді. Тому переконливо просимо вас для поліпшення якості роботи медичних організацій, персоналу і для виявлення організаційних недоліків, відповісти на питання: (вказати обраний відповідь)

Заздалегідь дякуємо Вам!

1. Вік (повних років):	
<input type="checkbox"/>	18-30
<input type="checkbox"/>	31-45
<input type="checkbox"/>	46-60
<input type="checkbox"/>	61 і старше.
2. Ваша стать:	
<input type="checkbox"/>	Чоловіча
<input type="checkbox"/>	Жіноча

3. Сімейний стан:	
	Одружений / заміжня
	Розлучений/а
	Неодружений / незаміжня
4. Освіта:	
	Середня
	Середня спеціальна
	Незакінчена вища
	Вища
5. Соціальний статус:	
	Працюючий пенсіонер за віком
	Інвалід
	Студент
	Тимчасово не працюючий
	Інше
6. Рівень матеріального доходу сім'ї:	
	Не вистачає навіть на харчування
	Грошей досить, щоб купити їжу, але не новий одяг
	Грошей досить для купівлі їжі та одягу
	Грошей досить для купівлі більш дорогих товарів
	Важко відповісти
7. До якої поліклініки (ПМСД) Ви прикріплені? № _____	
8. Чи задоволені Ви роботою реєстратури? (Термін очікування, обслуговування)	
	Так
	Ні
	Інше
9. Яким чином Ви записалися на прийом до лікаря?	
	По телефону
	При особистому зверненні в реєстратуру
	Через лікуючого лікаря
	Через інтернет
	Через медичну сестру
11. Чи легко Вам вдалося записатися обраним вище способами?	
	Так
	Ні
	Інше
12. Як часто Ви відвідуєте медичний заклад?	
	Один раз на тиждень
	Два рази на місяць
	Три рази на місяць
	Один раз на півроку

	Один раз на рік
	Свій варіант відповіді _____
13. Чи задоволені Ви ставленням до Вас з боку медичного персоналу?	
	Так
	Ні
	Інше
14. Чи вважаєте Ви достатнім час обслуговування?	
	Так
	Ні
	Інше
15. Чи задоволені Ви оснащенням та станом приміщень?	
	Так
	Ні
	Інше
16. Чому Ви звернулися за медичною допомогою саме в цю поліклініку?	
	За рекомендацією друзів,
	Сім'ї
	З реклами
	За рекомендацією іншого лікаря
	Розташована близько від дому
	Я не можу згадати
	У неї багаторічна практика
	Інше
17. Чи задоволені Ви якістю медичного обслуговування на дому дільничним лікарем / медичною сестрою?	
	Так
	Ні
	Не в повній мірі
18. Чи задоволені Ви результатами надання медичної допомоги?	
	Так
	Ні
	Інше
19. Можли б Ви рекомендувати своїм близьким, знайомим звертатися за медичними послугами до нас?	
	Так
	Ні
	Інше
20. З яких джерел Ви отримуєте відомості про профілактичні огляди: (Можливий вибір кількох відповідей)	
	Від сімейного лікаря
	Від лікаря іншої спеціальності (від знайомого лікаря)
	Від медичної сестри

	Від сусідів
	Від родичів
	Із ЗМІ
	З Інтернету
	З плакатів, листівок, брошур
	Інше

21. Яким джерелам інформації про стан Вашого здоров'я (захворювання), методам профілактики і / або лікування Ви довіряєте і на скільки?

Оцініть кожне джерело від 0 до 100 балів

Сімейний лікар	
Приватний лікар	
Лікар іншої спеціальності	
Знайомий лікар	
Медична сестра	
Лікар / медична сестра	
Народний цілитель	
Не медичні працівники:	
Подруги	
Сусіди	
Колеги	
Знайомі	
Телебачення	
Радіо	
Газети	
Журнали	
Інтернет	
Листівки	
Плакати	
Диски	
Інше	

22. Чи були у Вас випадки, коли медсестра могла вирішити Вашу проблему без жодних консультацій з лікарем?

	Так
	Ні
	Інше

23. Які з перерахованих маніпуляцій Вам (або Вашим родичам) робила медсестра?

	Вимірювання артеріального тиску, пульсу
	Вимірювання зросту, маси тіла
	Реєстрація ЕКГ
	Щеплення

	Виписка рецептів, направлення до вузького спеціаліста
	Обслуговування на дому
	Обслуговування по телефону
	Перев'язки
	Гінекологічний огляд
	Ін'єкції (підшкірні, внутрішньом'язові, внутрішньовенні)
	Направлення в денний стаціонар
	Вимір рівня цукру, рівня холестерину в крові
	Допомога психологічного характеру (бесіда, роз'яснення)
24. З проблемами якого характеру Ви звертаєтесь до медсестри?	
	Особисті
	Організаційного характеру
	Лікувально-профілактичні
	Інше
25. Чи відвідували Ви в поліклініці будь-які види шкіл здоров'я?	
	Так
	Ні
	У нашій поліклініці немає таких шкіл
	Перший раз про це чую
	Немає необхідності
	Інше
26. Чи згодні Ви на впровадження самостійного сестринського прийому у вашій поліклініці?	
	Так
	Ні
	Інше
27. Чи можете Ви довірити медсестрі свої проблеми, пов'язані зі здоров'ям, стосунками в сім'ї, з дітьми, з близькими родичами і т. д.?	
	Так
	Ні
	Інше

<p>28. Чи впливають такі чинники на ефективність і успішність лікування пацієнтів? Оцініть ступінь Вашої згоди з нижче наведеними твердженнями: (Поставте будь-яку позначку на перетині твердження і Вашого варіанту відповіді)</p>	<p>Абсолютно згодний</p>	<p>Швидше згодний, ніж не згодний</p>	<p>Не маю чіткої думки</p>	<p>Скоріше не згодний, ніж згодний</p>	<p>Абсолютно не згодний</p>
--	---------------------------------	--	-----------------------------------	---	------------------------------------

1. Рівень професійної підготовки медсестри					
2. Людські якості медсестри					
3. Практичний досвід медсестри					
4. Умови догляду					
5. Спосіб життя (хронічний стрес, низька фізична активність, безладні статеві зв'язки)					
6. Підтримка сім'ї, відносини в родині					
7. Матеріальна забезпеченість					
8. Створення партнерської взаємодії пацієнта і кожного медичного працівника					
9. Важливим є своєчасне проходження профілактичних оглядів та раннє виявлення захворювань					
10. Ситуація на роботі					
11. Інші фактори (які, назвіть _____ – _____)					

29. Які у Вас є побажання або пропозиції щодо поліпшення надання медичної допомоги _____

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ВЛАСНИХ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Готовність медичних сестер загальної практики до самостійного виконання інноваційних сестринських компетенцій

Роль середнього медичного працівника в пропаганді формування здорового способу життя серед населення є однією з найголовніших складових в роботі середнього медичного персоналу первинної ланки охорони здоров'я. Медична сестра спільно з хворим і з його родичами, а не тільки з лікарем, планує заходи, які необхідно провести для досягнення конкретно поставленої мети.

Однією з основних функцій соціально - орієнтованих медсестер є самостійний сестринський прийом пацієнтів, в ході якого збирається первинний анамнез (скарги, рівень артеріального тиску, температура тіла і інше), антропометричні дані пацієнта, складається соціальний паспорт сім'ї, визначаються критерії неблагополуччя в сім'ї. Будучи координатором маршруту пацієнта, медсестра приймає рішення про подальший рух пацієнта, а сама починає працювати з наступним пацієнтом.

Для визначення готовності середніх медичних працівників до самостійного виконання медичних компетенцій, нами було проведено дослідження шляхом анкетування 30 медичних сестер загальної практики Комунального некомерційного підприємства Броварської міської ради "Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги" створений рішенням Броварської міської ради Київської області від 07.07.2013 р. № 972-36-06, який розпочав свою роботу з 01.01.2014 р.

Основною метою діяльності Центру є забезпечення організації кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги населенню міста Бровари, проведення комплексу профілактичних заходів з попередження і зниження захворюваності, інвалідності і смертності, раннього виявлення захворювань, надання прикріпленому за сімейно-

територіальним принципом населенню кваліфікованої первинної лікувально-профілактичної допомоги, здійснення його диспансеризації та моніторингу за станом здоров'я, забезпечення дотримання прав і обов'язків пацієнтів.

Основними параметрами дослідження були готовність виконання наступних функціональних обов'язків: патронаж здорових дітей до 1 року на дому, активний патронаж диспансерних хворих з хронічними захворюваннями на дому, долікарське обстеження пацієнта, самостійний прийом щодо медико-соціальних питань, виписка рецептів хворим, які перебувають на диспансерному обліку, проведення бесід з населенням з питань пропаганди і формування здорового способу життя, імунопрофілактика, проведення скринінгу, навчання пацієнтів у школах здоров'я.

Таблиця 3.1. Оцінка готовності медичних сестер загальної практики до самостійного виконання медичних компетенцій.

Функція	Готовність виконання	
	Так	Ні
Патронаж здорових дітей до 1 року на дому	23,3 % (n=7)	76,7 % (n=23)
Активний патронаж хворих з хронічними захворюваннями на дому	50,0 % (n=15)	50,0 % (n=15)
Самостійний прийом щодо медико-соціальних питань	66,7 % (n=20)	33,3 % (n=10)
Долікарське обстеження пацієнта	56,7 % (n=17)	43,3 % (n=13)
Виписка рецептів хворим	90,0 % (n=27)	10,0 % (n=3)
Проведення бесід з населенням з питань пропаганди і формування здорового способу життя	93,3 % (n=28)	6,7 % (n=2)
Імунопрофілактика	30,0 % (n=9)	70,0 % (n=21)

Проведення скринінгу загального (анкетування)	76,7 % (n=23)	23,3 % (n=7)
Проведення скринінгу цільового (вимірювання артеріального тиску, визначення експрес-методом глюкози, холестеролу, протеїну, білірубіну та ін., офтальмотонометрія, спірометрія, ЕКГ)	93,3 % (n=28)	6,7 % (n=2)
Навчання пацієнтів у школах здоров'я	86,7 % (n=26)	13,3 % (n=4)

За результатами опитування медичних сестер встановлено найвищу готовність до виконання наступних функціональних обов'язків: виписки рецептів хворим, проведення бесід з населенням з питань пропаганди і формування здорового способу життя, навчання пацієнтів у школах здоров'я (рис. 3.1).



Рис. 3.1 Найвища готовність до виконання наступних функціональних обов'язків.

Найнижчу готовність до виконання функціональних обов'язків встановлено для: патронажу здорових дітей до 1 року на дому, імунопрофілактики, долікарського обстеження пацієнта, активного патронажу хворих з хронічними захворюваннями на дому (рис. 3.2).

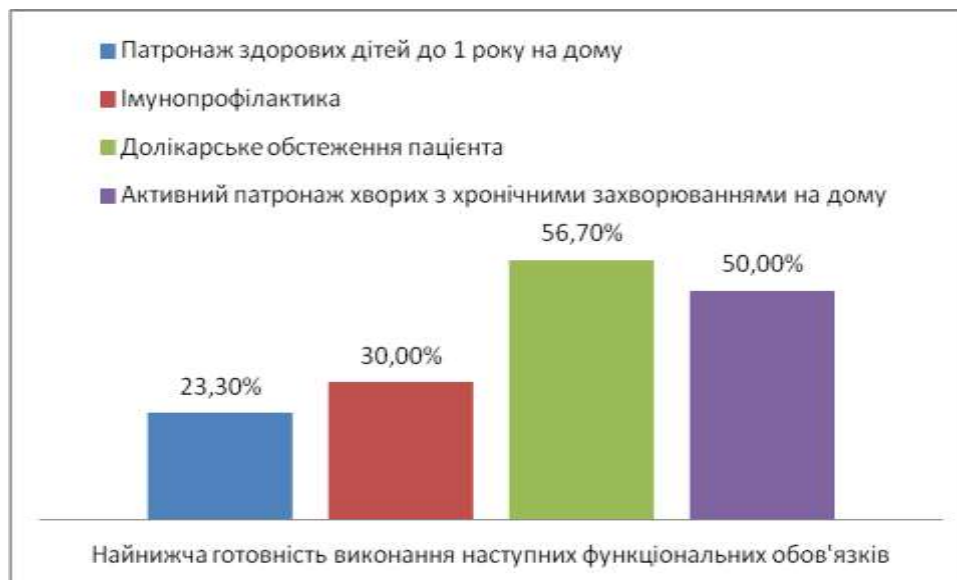


Рис. 3.2 Найнижча готовність виконання наступних функціональних обов'язків.

Таким чином, згідно з даними нашого дослідження, середні медичні працівники, які беруть участь в традиційному вигляді прийому (лікар + медична сестра), не зовсім готові до самостійного виконання інноваційних сестринських компетенцій. Швидше за все, це пов'язано з тим, що медичні сестри, які беруть участь в традиційному вигляді прийому, не навчені стандартам з надання самостійної сестринської допомоги. Можливо, це також пов'язано з недостатньою законодавчою базою практики самостійного прийому медичних сестер, консерватизмом поглядів медичних працівників на необхідність зміни своєї діяльності. Крім того, важливим фактором є недостатня укомплектованість середнім медичним персоналом.

3.2. Думка лікарів про роль сучасної медичної сестри

Основними носіями профілактичної інформації є медичні працівники. У нашому дослідженні ми запропонували лікарям оцінити ступінь впливу

тих чи інших факторів на здоров'я людини, при цьому респонденти мали можливість вибрати три варіанти відповіді. Такий фактор як спосіб життя (хронічний стрес, низька фізична активність, безладні статеві зв'язки, харчування, режим праці та відпочинку і т.д.) був відзначений в 83,3 % (n=25) відповідях. Цікаво, що вживання шкідливих речовин (тютюн, алкоголь, наркотики) було відзначено лише в 50,0 % (n=15) відповідях. Екологічне середовище (забруднення навколишнього середовища, радіація і т.д.) – 33,3 % (n=10). Соціальне середовище (низький прожитковий мінімум, безробіття і т.д.) – 43,3 % (n=13). Спадковість – 30,0 % (n=9). Якість медичних послуг – 20,0 % (n=6). Доступність послуг з консультування та інформування з проблем здоров'я – 10,0 % (n=3). Такий фактор як активна позиція людини щодо збереження власного здоров'я був відзначений лише в 16,7 % (n=5) відповідях (рис. 3.3).

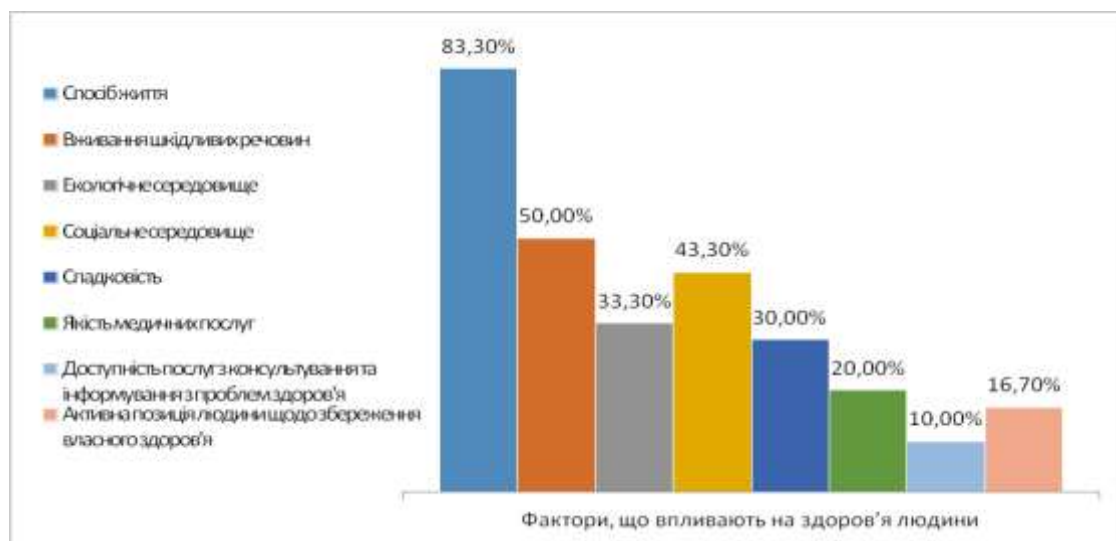


Рис. 3.3. Фактори, що впливають на здоров'я людини.

Наступний пункт нашого опитувальника стосувався думки лікарів про важливі особистісні якості середніх медичних працівників. Ми запропонували оцінити за п'ятибальною шкалою наступні критерії: чуйність, доброзичливість, вміння налагодити контакт з людьми, строгість, стриманість, професіоналізм, моральну культуру, знання основ психології спілкування, охайний зовнішній вигляд, великий практичний досвід, почуття гумору, впевненість в собі, любов до професії, авторитетність, милосердя,

відповідальність. При цьому 5 балів характеризували найвищу позитивну оцінку, відповідно 1 бал характеризував негативну оцінку.

Як представлено на рис. 3.4, «чуйність» була оцінена на п'ять балів 73,3 % (n=22) респондентів; «милосердя» було оцінено на п'ять балів 76,7 % (n=23) респондентів. Майже однакова кількість учасників дослідження оцінила на п'ять балів такі якості особистості як, «доброзичливість» – 80,0 % (n=24), «вміння налагодити контакт з людьми» – 86,7 % (n=26), «любов до професії» – 83,3 % (n=25), «відповідальність» – 83,3 % (n=25). Такі якості як «професіоналізм», «охайний зовнішній вигляд» отримали вищу оцінку у 73,3 % (n=22) і 66,7 % (n=20) опитаних відповідно. Близько половина опитаних оцінили такі якості на п'ять балів: «моральна культура» – 46,7 % (n=14), «знання основ психології спілкування» – 53,3 % (n=16), «великий практичний досвід» – 56,7 % (n=17), «впевненість у собі» – 53,3 (n=16). Майже однаково були оцінені на п'ять балів наступні якості, «авторитетність» – 40,0 % (n=12), «суворість, стриманість» – 36,7% (n=11). Цікаво, що почуття гумору було оцінено на п'ять балів лише у 26,7% (n=8) опитаних.

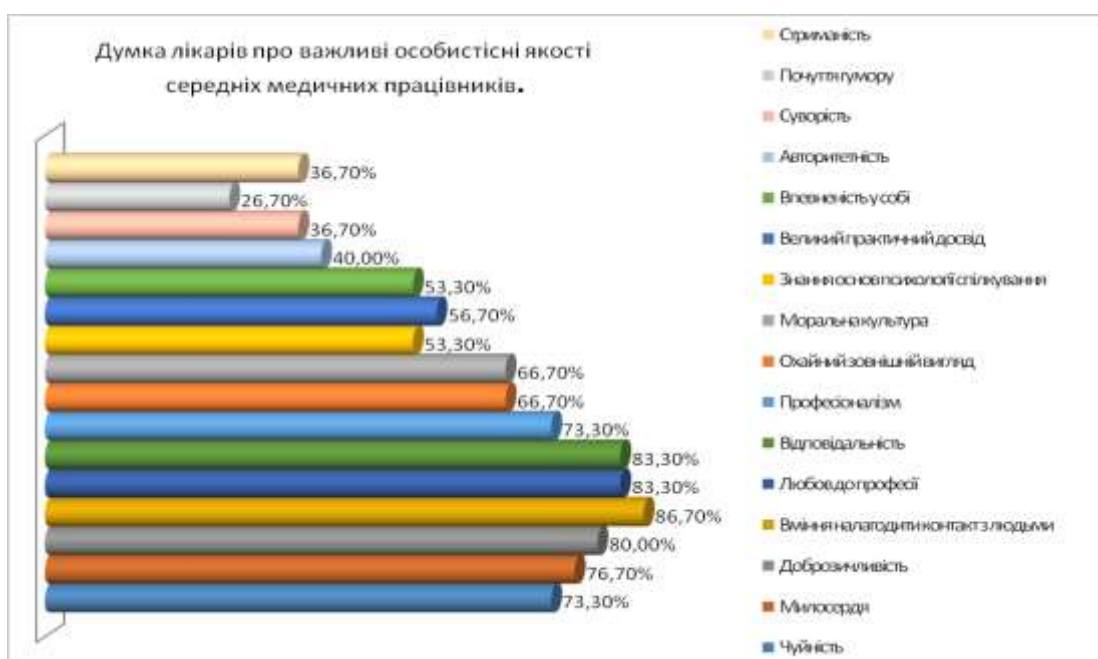


Рис. 3.4 Думка лікарів про важливі особистісні якості середніх медичних працівників.

На запитання: «Від чийх зусиль більшою мірою залежить успішність оздоровлення пацієнта?» були отримані такі відповіді: «від особистості і зусиль пацієнта» – 16,7 % (n=5), «від особистості і зусиль лікаря» – 6,7 % (n=2), «від спільних зусиль медсестри і лікаря» – 10,0 % (n=3), «від спільних зусиль лікаря і пацієнта» – 6,7 % (n=2), «від спільних зусиль лікаря, медсестри, пацієнта і його найближчого оточення» – 60,0 % (n=18) (рис. 3.5).

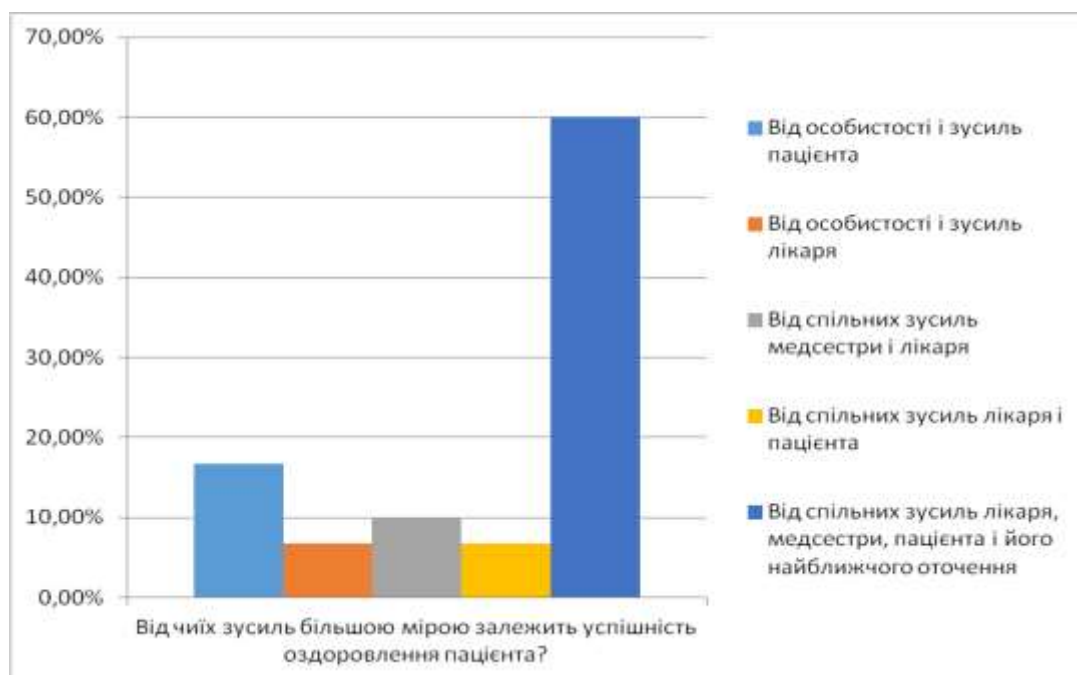


Рис. 3.5. Від чийх зусиль більшою мірою залежить успішність оздоровлення пацієнта?

Ми запропонували лікарям оцінити за п'ятибальною шкалою вплив наступних факторів на ефективність лікування пацієнтів: «методи лікування, якість лікарських засобів», «рівень професійної підготовки лікаря», «застосування новітніх технологій», «людські якості лікаря», «практичний досвід лікаря», «рівень професійної підготовки медсестри», «людські якості медсестри», «практичний досвід медсестри», «умови догляду», «самозберігаюча здоров'я поведінка пацієнта», «підтримка сім'ї».

Майже половина опитаних оцінили на п'ять балів наступні фактори: «методи лікування, якість лікарських засобів» – 53,3 % (n=16), «людські якості лікаря» – 46,7 % (n=14), «людські якості медсестри» – 50,0 % (n=15), «практичний досвід медсестри» – 56,7 % (n=17). Такі фактори як, «рівень

професійної підготовки медсестри», «умови догляду», «підтримка сім'ї» були оцінені на п'ять балів у 60,0 % (n=18) опитаних. При цьому такий фактор як «рівень професійної підготовки лікаря» був оцінений на п'ять балів 76,7 % (n=23) респондентами. «Самозберігаючу здоров'я поведінку пацієнта» оцінено на п'ять балів у 66,7 % (n=20) опитаних. «Практичний досвід лікаря» був оцінений на п'ять балів 83,3 % (n=25) респондентами. «Застосування новітніх технологій» оцінено на п'ять балів лише у 40,0 % (n=12) опитаних (рис. 3.6).

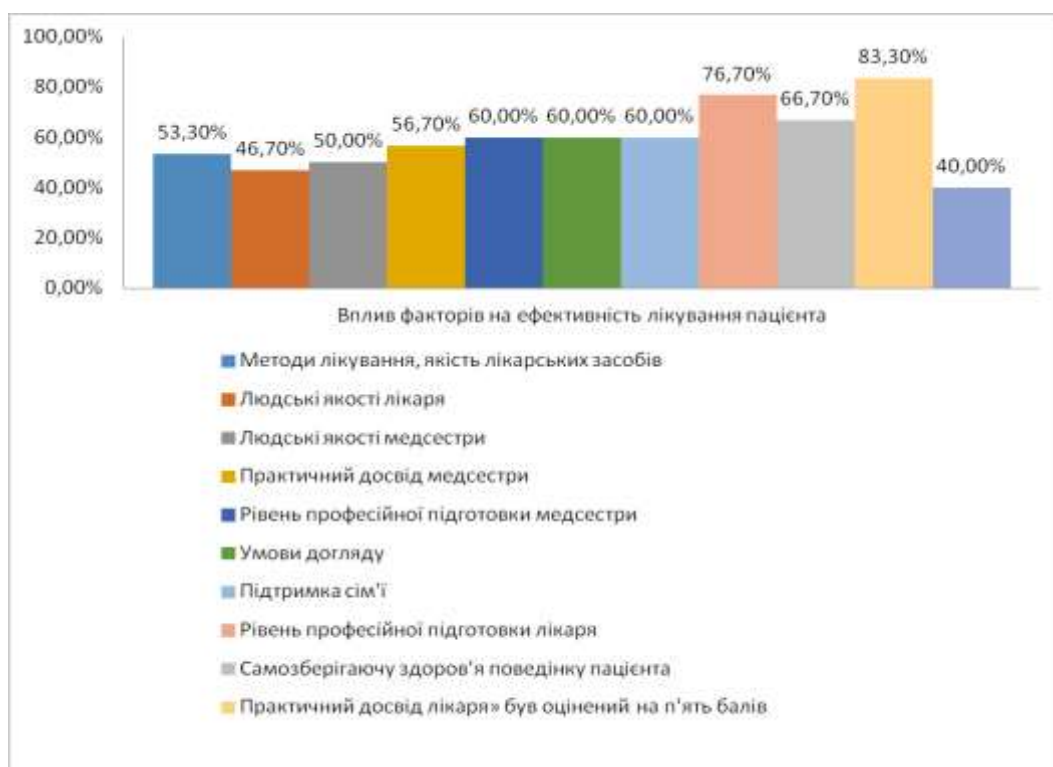


Рис. 3.6. Вплив факторів на ефективність лікування пацієнта

Наступне питання нашої анкети стосувалося думки лікарів про ефективність традиційної або самостійної моделі прийому. Так 66,7 % (n=20) лікарів вважають ефективною традиційну модель прийому, а інші 33,3 % (n=10) опитаних вважали ефективним роздільний вид прийому (самостійний прийом лікаря і самостійний прийом медсестри) (рис. 3.7).

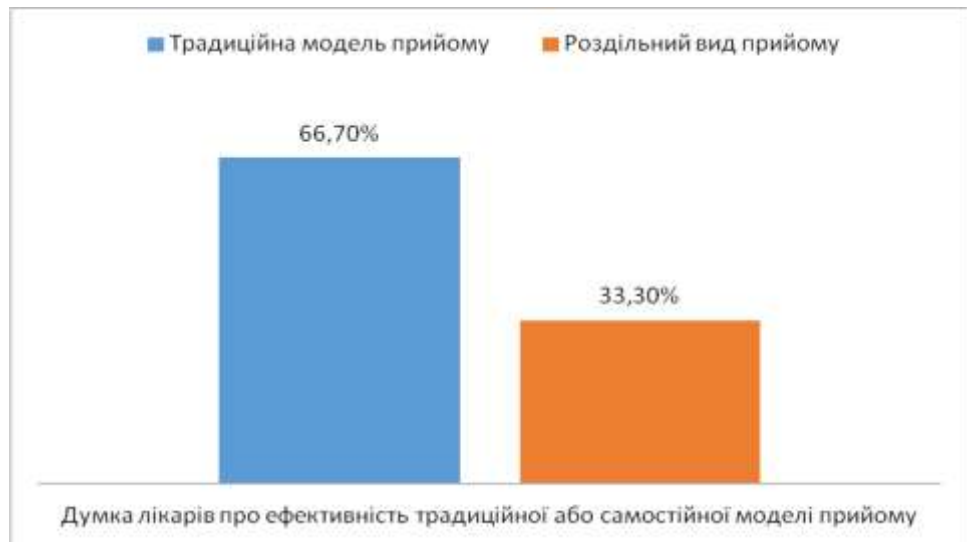


Рис. 3.7. Думка лікарів про ефективність традиційної або самостійної моделі прийому.

Ми попросили респондентів оцінити основні переваги та недоліки самостійної моделі прийому пацієнтів. Оцінка проводилася також за п'ятибальною шкалою, найвища оцінка – 5 балів, найменша – 1 бал. При цьому найбільша оцінка означала згоду респондента із запропонованими варіантами відповідей і розглядалася як позитивна оцінка.

Майже половина респондентів оцінили на п'ять балів багато параметрів. Так «перерозподіл функцій між лікарями та медичними сестрами» було оцінено на п'ять балів у 46,7 % (n=14) опитаних, «посилення позицій медсестринського персоналу на всіх рівнях медичного обслуговування» – 40,0 % (n=12), «підвищення соціального статусу і професійної ролі медичної сестри» – 43,3 % (n=13), «підвищення авторитету сестер при обговоренні професійних і виробничих питань» – 40,0 % (n=12). Менше п'ятірок поставили таким поняттям як «прагнення медсестер до професійного та особистісного зростання» – 36,7 % (n=11), «посилення профілактичної спрямованості наданої допомоги» – 33,3 % (n=10), «посилення соціальної орієнтованості наданої допомоги» – 36,7 % (n=11), «активізація професійного потенціалу сестринського персоналу» – 40,0 % (n=12), «зростання інформування пацієнтів про стан його здоров'я і лікування

захворювань» – 36,7 % (n=11), «розширення функціональних обов'язків медсестер» – 40,0 % (n=12), «розширення обсягів допомоги на дому з використанням нових технологій догляду та сестринського процесу» – 31,6 % (n=2), «ефективність медико-соціальної допомоги» – 32,9 % (n=2). При цьому «Включення сім'ї та спільноти в медико-соціальний процес оздоровлення» оцінили на п'ять балів лише 30,0 % (n=9) осіб.

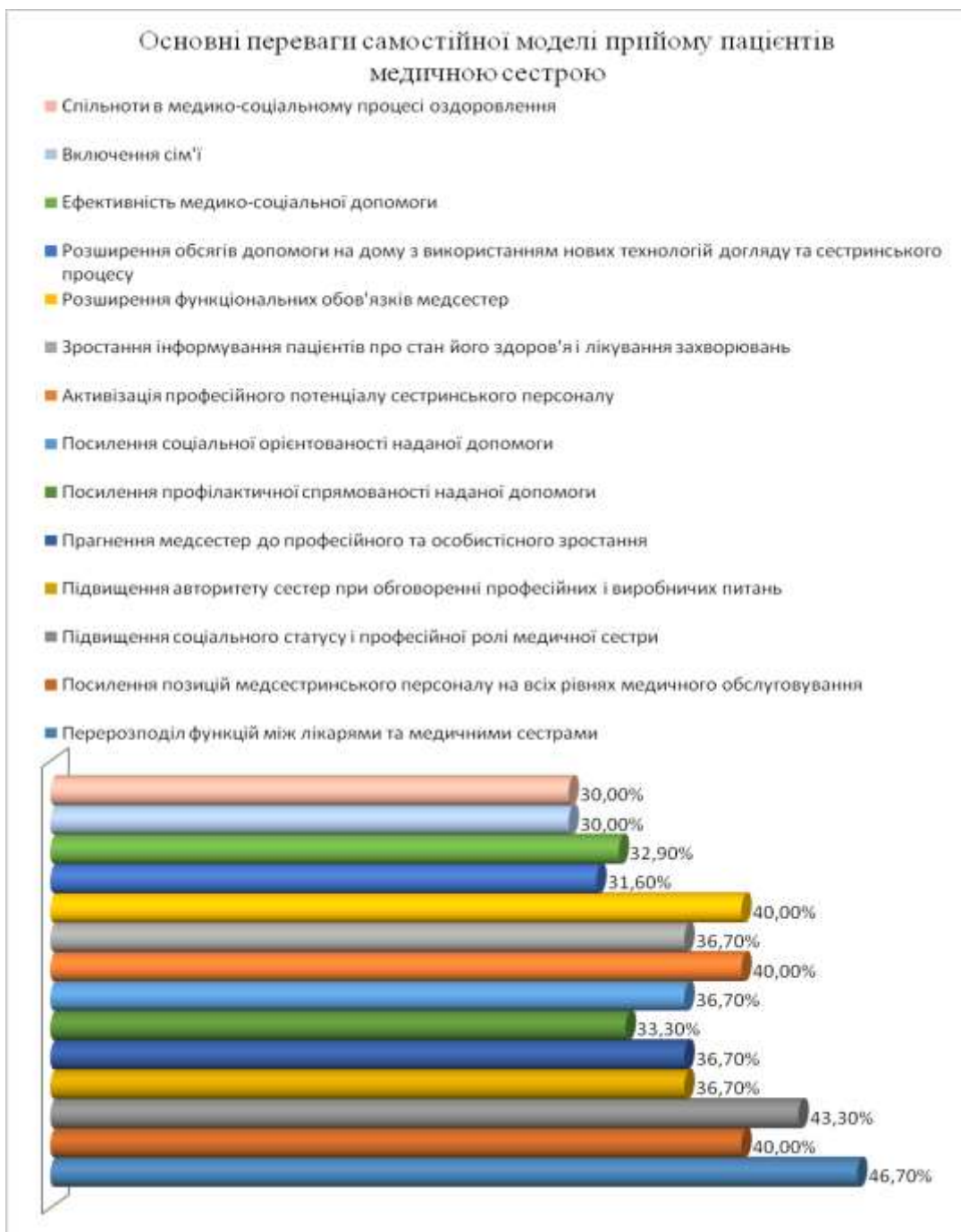


Рис. 3.8. Основні переваги самостійної моделі прийому пацієнтів медичною сестрою

Що стосується недоліків самостійної моделі прийому, ми також запропонували оцінити за п'ятибальною шкалою запропоновані параметри, при цьому максимальна оцінка становила 5 балів і приймалася як повна згода респондента з тим чи іншим критерієм. «Відсутність стандартів самостійної сестринської допомоги» максимально оцінили на 5 балів 26,7 % (n=8) опитаних. «Підвищення інтенсивності трудової діяльності медсестринського персоналу» максимально була оцінена на 5 балів у 23,3 % (n=7) опитаних. «Зростання професійних ризиків для медсестер» максимально було оцінено на п'ять балів у 33,3 % (n=10) респондентів. Найвища оцінка «психоемоційним перевантаженням медсестер» була дана у 30,0 % (n=9) лікарів. «Підвищенню рівня очікувань пацієнтів по відношенню до медичних сестер» максимальну оцінку поставили 23,3 % (n=7) респондентів. «Недостатня правова база практики самостійного прийому медичних сестер» була оцінена на п'ять балів у 20,0 % (n=6) опитаних. Найвища оцінка «зростаючому рівню відповідальності медичних сестер» була поставлена 30,0% (n=9) респондентами. «Диференціація та ускладнення професійних сестринських практик» також максимально була оцінена у 36,7 % (n=11) опитаних. «Консерватизм поглядів медичних сестер на необхідність трансформації своєї діяльності» та «негативізм з боку керівників медичних організацій, лікарів, населення в зв'язку з розширенням функціональних обов'язків медичних сестер» максимально оцінена у 16,7 % (n=5) осіб. «Низький рівень інформованості керівників медичних організацій, лікарів, самих медсестер і населення про нові форми організації сестринської допомоги» максимально оцінили 46,7 % (n=14) лікарі. «Неготовність медичних сестер до прийняття нової ролі медичної сестри» було оцінено на п'ять балів у 73,3 % (n=22) опитаних. «Відсутність мотивації медсестер до трансформації через відсутність матеріального і морального стимулювання» максимально оцінили 80,0 % (n=24) респондентів. «Недостатній рівень підготовки сестринських кадрів в освіті» був оцінений максимально на п'ять балів у 70,0 % (n=21) опитаних.

Основні недоліки самостійної моделі прийому пацієнтів медичною сестрою

- Недостатній рівень підготовки сестринських кадрів в освіті
- Відсутність мотивації медсестер до трансформації через відсутність матеріального і морального стимулювання» максимально оцінили
- Неготовність медичних сестер до прийняття нової ролі медичної сестри
- Низький рівень інформованості керівників медичних організацій, лікарів, самих медсестер і населення про нові форми організації сестринської допомоги
- Негативізм з боку керівників медичних організацій, лікарів, населення в зв'язку з розширенням функціональних обов'язків медичних сестер
- Консерватизм поглядів медичних сестер на необхідність трансформації своєї діяльності
- Диференціація та ускладнення професійних сестринських практик
- Зростаючому рівню відповідальності медичних сестер
- Недостатня правова база практики самостійного прийому медичних сестер
- Підвищенню рівня очікувань пацієнтів по відношенню до медичних сестер
- Психоемоційним перевантаженням медсестер
- Зростання професійних ризиків для медсестер
- Підвищення інтенсивності трудової діяльності медсестринського персоналу
- Відсутність стандартів самостійної сестринської допомоги

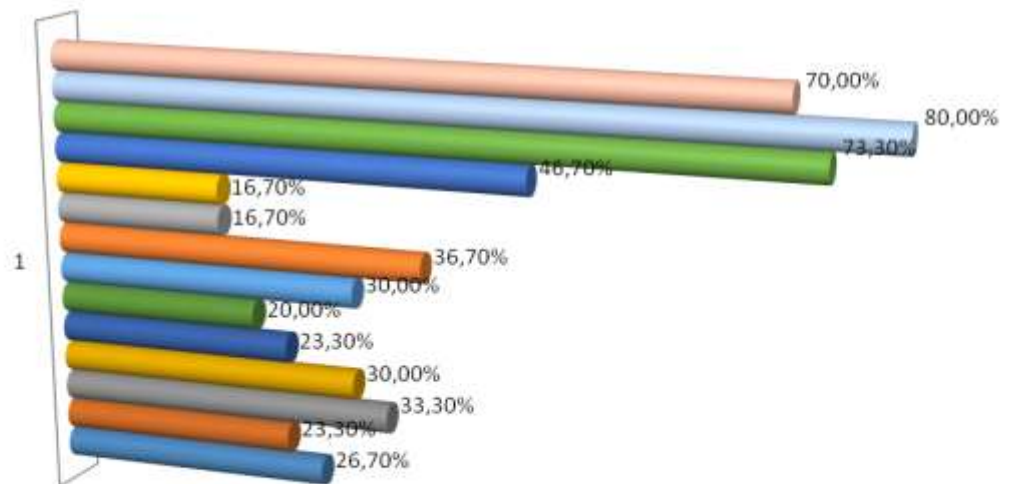


Рис. 3.9. Основні недоліки самостійної моделі прийому пацієнтів медичною сестрою

3.3. Думка пацієнтів про впровадження нових сестринських технологій

На сучасному етапі інноваційний процес у всіх галузях є основною рушійною силою. Розширення меж сестринської практики може сприяти підвищенню доступності та поліпшенню якості медичної допомоги населенню, регулюванню навантаження лікаря, зростанню професійного статусу медичних сестер, підвищенню відповідальності за пацієнта. Досягнення в цій області можливі лише за допомогою подальшого інтенсивного розвитку інновацій в сестринському процесі.

Для з'ясування думки населення про впровадження нових сестринських технологій, ми провели анкетування 100 пацієнтів, які отримували первинну медико-санітарну допомогу в Комунальному некомерційному підприємстві Броварської міської ради "Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги".

За віком усі респонденти були розподілені на 4 категорії: 18-30 – 15,0 %; 31-45 – 21,0 %; 46-60 – 29,0 %; 61 і старше – 35,0 %. За статтю серед опитаних чоловіків виявилось 43,0 %, жінок – 57,0 % (рис. 3.10).

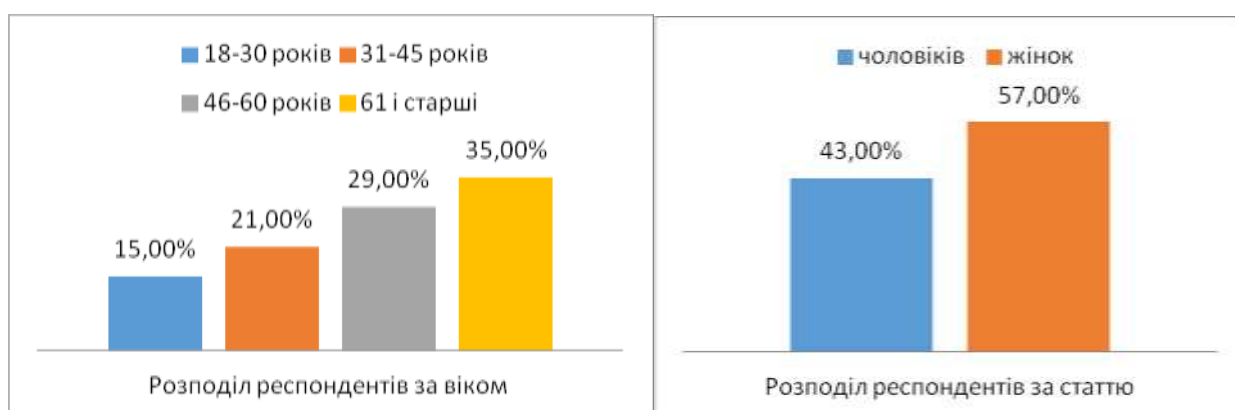


Рис. 3.10. Розподіл респондентів за віком і статтю.

За сімейним станом респонденти були розподілені на наступні категорії: одружений/заміжня – 60,0 %, розлучений/розлучена – 15,0 %, неодружений/незаміжня 25,0 % (рис. 3.11).

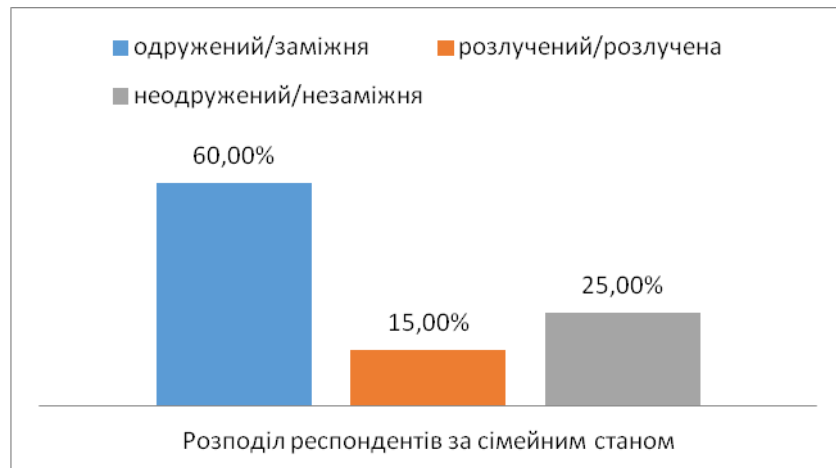


Рис. 3.11. Розподіл респондентів за віком і статтю.

За рівнем освіти усі респонденти були розподілені на 4 категорії: особи із середньою освітою – 17,0 %, особи із середньою спеціальною освітою – 24,0 % опитаних, особи із незакінченою вищою освітою вищу – 15,0 %, вища у 39,7% учасників дослідження (рис. 3.12).



Рис. 3.12. Розподіл респондентів за рівнем освіти.

За соціальним статусом учасники дослідження були розподілені на наступні категорії: особи, що працюють склали 50,0 %, пенсіонери за віком – 31,0 %, інваліди – 9,0 %, студенти – 11,0 %, тимчасово не працюють – 8,0 % (рис. 3.13).

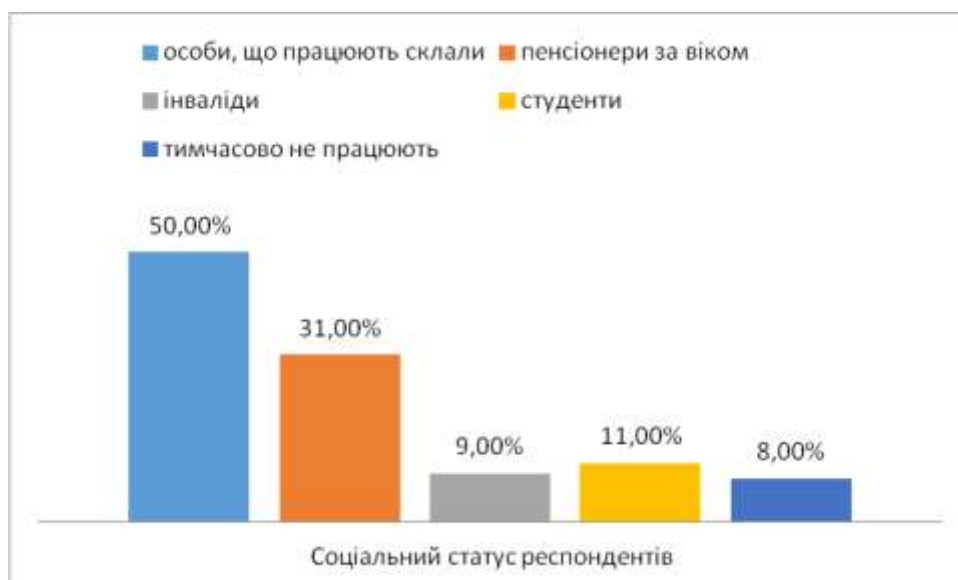


Рис. 3.13. Соціальний статус респондентів

За рівнем матеріального доходу респонденти були розділені на наступні категорії: «не вистачає навіть на харчування» – 12,0 %, «грошей досить, щоб купити їжу, але не новий одяг» – 20,0%, «грошей досить для купівлі їжі та одягу» – 45,0 %, «грошей досить для купівлі більш дорогих товарів» – 15,0 %, не знали, що відповісти – 8,0 % (рис. 3.14).



Рис. 3.14. Матеріальний дохід учасників дослідження

Реєстратура є основним структурним підрозділом по організації прийому пацієнтів в центрі ПМСД. Реєстратура регулює потік відвідувачів,

інформує про час роботи лікарів і допоміжних діагностичних кабінетів. Від організації роботи реєстратури залежить в значній мірі ритмічність роботи всіх підрозділів центру ПМСД, забезпечення найбільш оптимального розподілу потоків пацієнтів, зменшення витрат часу пацієнтів на відвідування поліклініки. Тому один з пунктів опитувальника стосувався задоволеності респондентів роботою реєстратури. Частка респондентів, що задоволені роботою реєстратури становила – 70,0 %; частка незадоволених – 30,0 %.

Важливим елементом роботи реєстратури є запис пацієнтів на прийом до лікаря. Ми запитали в учасників дослідження, яким чином вони записувалися на прийом до лікаря. Були отримані такі відповіді: по телефону – 25,0 %; при особистому зверненні в реєстратуру – 50,0 %; через лікуючого лікаря – 15,0%; через Інтернет – 3,0 %; через медичну сестру – 7,0 % (рис. 3.15).



Рис. 3.15. Розподіл учасників дослідження за варіантом запису до лікаря.

Одним з важливих аспектів інноваційних медико-соціальних технологій в сестринській справі на рівні первинної ланки охорони здоров'я є навчання населення основним питанням здорового способу життя. Середній медичний персонал повинен старатися встановити довірчі відносини з пацієнтом і домагатися, щоб пацієнти були активними учасниками

планування і збереження своєї здорового життя. Один з пунктів нашого опитувальника стосувався джерела отримання інформації про профілактичні огляди, при цьому респонденти мали можливість вибрати декілька варіантів відповіді. Нами були отримані такі варіанти відповідей: від сімейного лікаря – 45,0 %; від лікаря іншої спеціальності – 5,0 %; від знайомого лікаря – 10,0 %; від медичної сестри – 30,0 %; від друзів – 10,0 %; від сусідів – 5,0 %; від родичів – 9,0 %; із ЗМІ – 7,0 %; з Інтернету – 8,0%; з плакатів, листівок, брошур – 4,0%; інше – 1,5% (рис. 3.16).



Рис. 3.16. Джерела отримання інформації про профілактичні огляди.

В умовах реформування системи охорони здоров'я медичний персонал, а конкретніше медичні сестри є одним з ключових показників надання лікувально-профілактичної допомоги та хорошої діяльності поліклінічного закладу. Середній медичний персонал, який володіє новими сестринськими технологіями, може приймати самостійні рішення, звільняючи лікаря від зайвих консультацій, викликів додому до пацієнтів з хронічними захворюваннями, тобто вивільняє час лікаря на прийом пацієнтів, яким дійсно потрібна саме його консультація. На питання: «Чи були у Вас випадки, коли медсестра могла вирішити Вашу проблему без жодних консультацій з

лікарем?» позитивно відповіли 60,0 % респондентів, негативно – 37,0 %, інше відзначили – 3,0 % опитаних.

Медична сестра ПМСД має виконувати всі етапи сестринського процесу, своєчасно і якісно виконувати профілактичні та лікувально-діагностичні процедури, вводити лікарські препарати, виписувати рецепти на лікарські засоби за призначенням лікаря, здійснювати патронаж на дому, проводити вимірювання артеріального тиску, проводити антропометричні вимірювання, підрахунок пульсу, числа дихальних рухів, надавати долікарську допомогу пацієнту.

Наступне питання нашої анкети стосувалося тих чи інших маніпуляцій, що проводяться середніми медичними працівниками. При цьому респонденти обирали кілька варіантів відповіді. Були отримані такі відповіді. Вимірювання артеріального тиску, пульсу – 70,0 %, вимірювання зросту, маси тіла – 48,0 %, реєстрація ЕКГ – 24,0 %, проведення щеплення – 25,0 %, виписка рецептів, направлень – 45,0 %, обслуговування вдома – 28,0 %, обслуговування по телефону – 26,0 %, ін'єкції – 50,0 %, вимірювання рівня цукру, рівня холестеролу в крові – 14,0 %, допомога психологічного характеру (бесіда, роз'яснення) – 25,0 % (рис. 3.17).

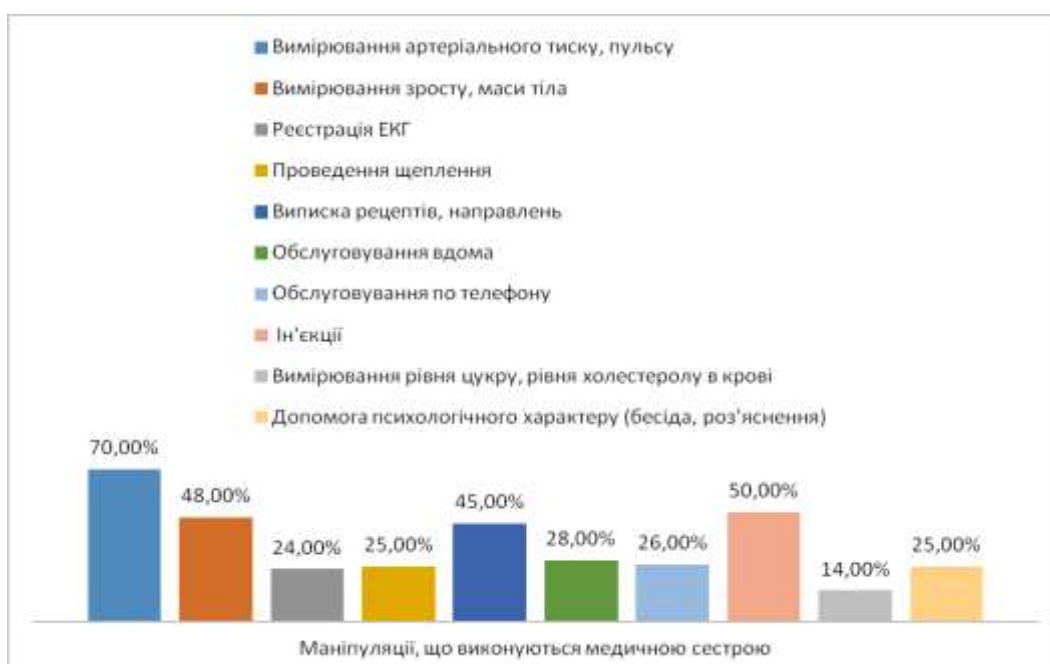


Рис. 3.17. Маніпуляції, що виконуються медичною сестрою

На питання: «Чи можете Ви довірити медсестрі свої проблеми, пов'язані зі здоров'ям, стосунками в сім'ї, з дітьми, близькими родичами і т. д.» були отримані такі відповіді: Так – 45,0 %, ні – 50,0 %, не знаю, що відповісти – 5,0 % (рис. 3.18).



Рис. 3.18. Можливість довірити медсестрі свої проблеми, пов'язані зі здоров'ям, стосунками в сім'ї, з дітьми, близькими родичами і т. д.

Наступне питання нашого опитувальника стосувалося впливу тих чи інших факторів на ефективність лікування. Відповіді ділилися на ранги від «абсолютно згодний» до «абсолютно не згодний». У категорії «абсолютно згодний» серед факторів, що впливають на ефективність лікування рівень професійної підготовки медичної сестри обрали 45,0 % респондентів, людські якості медичної сестри – 36,0 %, практичний досвід медичної сестри – 35,0 %, партнерська взаємодія пацієнта та медичної сестри – 25,0 %, умови догляду – 25,0 % (рис. 3.19).

Ми запитали учасників дослідження, чи згодні вони на впровадження самостійного прийому медичних сестер в центрах ПМСД. Були отримані такі відповіді: Так – 58,0 %, ні – 42,0 % (рис. 3.20).



Рис. 3.19. Фактори, що впливають на ефективність лікування.

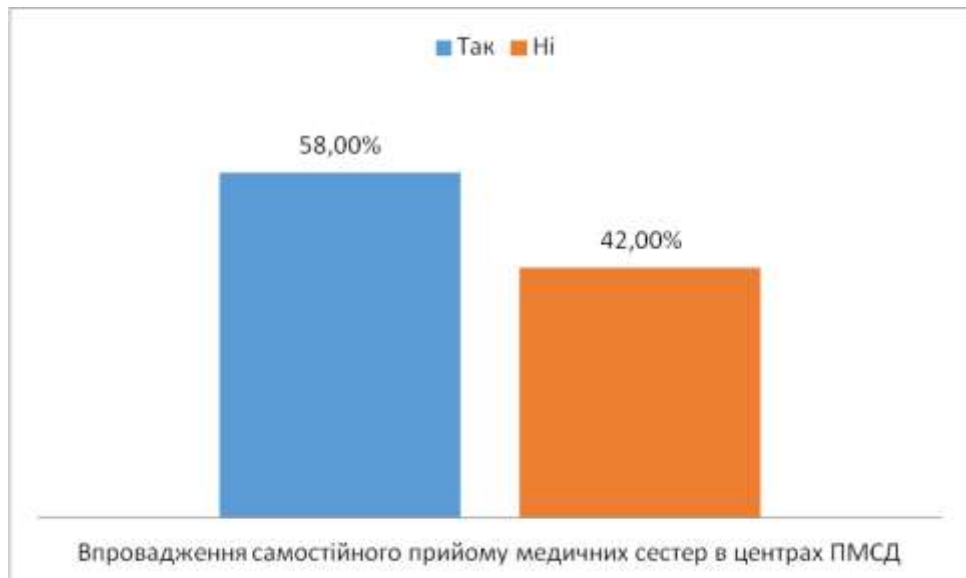


Рис. 3.20. Думка пацієнтів щодо впровадження самостійного прийому медичних сестер в центрах ПМСД.

РОЗДІЛ 4

АНАЛІЗ ТА УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

Система сучасної медицини зумовлює перегляд надання спектру комплексу діагностичних, лікувальних, реабілітаційних послуг, створення умов для впровадження нових інноваційних технологій, які стають необхідним компонентом і найбільш вірогідним методом дій надання медичної допомоги. Трансформація традиційних моделей надання медичних послуг служби первинної медико-санітарної допомоги вимагає здійснення цілого ряду комплексу заходів, що включають заходи з профілактики та зміцнення здоров'я [43-45].

Сучасний соціально-орієнтований лікар або/та медична сестра, представляючи мультидисциплінарну бригаду повинні відповідати таким критеріям: крім володіння фундаментальними знаннями і самостійністю прийняття рішень, необхідно володіти навичками креативності, вмінням вибудовувати відносини в команді, виробляти організаційні та аналітичні підходи і рішення для задоволення частини медичних проблем, навичок комунікації, толерантності, здатності постійного безперервного навчання, як фактора гарантування забезпечення удосконалення себе в особистісному, професійному та кар'єрному зростанні [44].

Слід підкреслити, що впровадження в практику сучасних медичних технологій в діяльність ПМСД з позиції їх значення, як інструменту забезпечує підтримку підвищення ефективності їх діяльності можуть привести до структурної перебудови медичного обслуговування сестринського персоналу, що визначає все більше комплексу вимог до медичних працівників середньої ланки відповідно до аспектами надання медичних послуг, які вирішують проблеми одужання пацієнтів, прояви самостійності, руйнуючи встановлені межі механічного виконання маніпуляцій [46, 47].

Метою нашого дослідження було вивчення інноваційних медико-соціальних технологій в сестринській практиці на рівні первинної ланки охорони здоров'я.

Згідно з даними нашого дослідження, медичні сестри загальної практики, які беруть участь в традиційному вигляді прийому, не зовсім готові до самостійного виконання інноваційних сестринських компетенцій, що пов'язано з відсутністю стандартів з надання самостійної сестринської допомоги, з недостатньою законодавчою базою практики самостійного прийому медичних сестер, консерватизмом поглядів медичних працівників на необхідність зміни своєї діяльності, низькою заробітною платою та недостатньою укомплектованістю штату центрів первинної медико-санітарної допомоги середнім медичним персоналом.

Для поліпшення показників діяльності системи охорони здоров'я необхідно приділяти увагу не тільки хворій людині, а й направити всі сили на попередження захворювань, а це можливо завдяки профілактичній медицині, що відіграє основну роль у запобіганні різних хвороб, підтримки здоров'я і збільшення тривалості життя населення. На думку опитаних нами лікарів, основними факторами, що впливають на здоров'я людини, є спосіб життя (хронічний стрес, низька фізична активність, безладні статеві зв'язки, харчування, режим праці та відпочинку і т.д). Важливими якостями, якими повинні володіти середні медичні працівники, на думку опитаних лікарів, є: «вміння налагодити контакт з людьми», «любов до професії», «відповідальність», «доброзичливість». Згідно з даними нашого дослідження, успішність оздоровлення пацієнта залежить від спільних зусиль лікаря, медсестри, пацієнта і його найближчого оточення.

На думку опитаних лікарів, на ефективність лікування впливають в більшій чи меншій мірі такі чинники: «рівень професійної підготовки лікаря», «самозберігаюча здоров'я поведінка пацієнта», «практичний досвід лікаря». При цьому, лише половина учасників опитування вважають, що на ефективність лікування можуть впливати наступні фактори: «людські якості

медсестри», «практичний досвід медсестри», «рівень професійної підготовки медсестри».

66,7 % лікарів вважають ефективною традиційну модель прийому, а інші 33,3 % опитаних вважають ефективним роздільний вид прийому (самостійний прийом лікаря і самостійний прийом медсестри). Перевагами самостійного виду прийому майже половина опитаних лікарів вважають «перерозподіл функцій між лікарями та медичними сестрами», «посилення позицій медсестринського персоналу на всіх рівнях медичного обслуговування», «підвищення соціального статусу і професійної ролі медичної сестри». Трохи нижче (менше %) були оцінені такі критерії як «розширення обсягів допомоги на дому з використанням нових технологій догляду та сестринського процесу» (31,6 %), «активізація професійного потенціалу сестринського персоналу» (40 %), «включення сім'ї в медико-соціальний процес оздоровлення» (30,0 %). Основними недоліками самостійного виду прийому, на думку респондентів, є: «зростання професійних ризиків для медсестер», «відсутність стандартів самостійної сестринської допомоги», «недостатній рівень підготовки сестринських кадрів в освіті».

Для з'ясування думки населення про впровадження нових сестринських технологій, ми провели анкетування 100 пацієнтів, які отримували первинну медико-санітарну допомогу в Комунальному некомерційному підприємстві Броварської міської ради "Броварський міський центр первинної медико-санітарної допомоги".

Середній медичний персонал, який володіє новими сестринськими технологіями, може приймати самостійні рішення, звільняючи лікаря від зайвих консультацій, викликів додому до пацієнтів з хронічними захворюваннями, тобто вивільняє час лікаря на прийом пацієнтів, яким дійсно потрібна саме його консультація. На думку учасників дослідження, самостійно вирішити проблему пацієнта без жодних консультацій з лікарем, в більшості випадків, могли середні медичні працівники.

Наступне питання нашого опитувальника стосувалося впливу тих чи інших факторів на ефективність лікування. У категорії «абсолютно згодний» серед факторів, що впливають на ефективність лікування рівень професійної підготовки медичної сестри обрали 45,0 % респондентів, людські якості медичної сестри – 36,0 %, практичний досвід медичної сестри – 35,0 %, партнерська взаємодія пацієнта та медичної сестри – 25,0 %, умови догляду – 25,0 %. При цьому більша половина респондентів згідна на впровадження самостійного прийому медичних сестер в центрах ПМСД.

Таким чином, медична сестра загальної практики — це рівноправний учасник, поряд з лікарем загальної практики, всіх видів лікувально-профілактичної роботи на ділянці. Впровадження самостійного прийому пацієнтів медичною сестрою загальної практики потребує безперервної професійної освіти середнього медичного персоналу; створення алгоритмів діяльності медичної сестри в лікувально-діагностичному процесі; відпрацювання системи взаємодії медичних сестер з лікарем загальної практики і лікарями-фахівцями поліклініки; створення власних і адаптацію вже наявних технологічних стандартів; розвиток інституту наставництва та адаптації на робочому місці серед медичних сестер; створення інформаційної підтримки сестринського процесу; розробки системи диференційованої оплати праці, з метою мотивації, орієнтований на результат роботи команди «лікар-медична сестра».

ВИСНОВКИ

1. Медичні сестри загальної практики, які беруть участь в традиційному вигляді прийому (лікар + медична сестра), не зовсім готові до самостійного виконання інноваційних сестринських компетенцій, що пов'язано з відсутністю стандартів з надання самостійної сестринської допомоги, з недостатньою законодавчою базою практики самостійного прийому медичних сестер, консерватизмом поглядів медичних працівників на необхідність зміни своєї діяльності, низькою заробітною платою та недостатньою укомплектованістю штату центрів первинної медико-санітарної допомоги середнім медичним персоналом.

2. Перевагами самостійного виду прийому медичними сестрами загальної практики майже половина опитаних лікарів вважають перерозподіл функцій між лікарями та медичними сестрами; посилення позицій медсестринського персоналу на всіх рівнях медичного обслуговування, підвищення соціального статусу і професійної ролі медичної сестри. Трохи нижче були оцінені такі критерії як розширення обсягів допомоги на дому з використанням нових технологій догляду та сестринського процесу, включення сім'ї в медико-соціальний процес оздоровлення. Основними недоліками самостійного виду прийому, на думку респондентів, є: зростання професійних ризиків для медсестер, відсутність стандартів самостійної сестринської допомоги, відсутність мотивації медсестер до трансформації через відсутність матеріального і морального стимулювання та недостатній рівень підготовки сестринських кадрів в освіті.

3. На думку пацієнтів (учасників дослідження), самостійно вирішити проблему пацієнта без жодних консультацій з лікарем, в більшості випадків, могли середні медичні працівники.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Пропонується впровадити в практичну діяльність центрів первинної медико-санітарної допомоги самостійний прийом пацієнтів медичною сестрою загальної практики, що потребує безперервної професійної освіти середнього медичного персоналу; створення алгоритмів діяльності медичної сестри в лікувально-діагностичному процесі; відпрацювання системи взаємодії медичних сестер з лікарем загальної практики і лікарями-фахівцями поліклініки; створення власних і адаптацію вже наявних технологічних стандартів; розвиток інституту наставництва та адаптації на робочому місці серед медичних сестер; створення інформаційної підтримки сестринського процесу. розробки системи диференційованої оплати праці, з метою мотивації, орієнтований на результат роботи команди «лікар-медична сестра».

2. До мотивуючих факторів, що покращать роботу медичних сестер можна віднести наступне: 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: 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'я-збережувальних технологій.

3. Керівникам лікувальних закладів і сестринських служб при проведенні контролю і оцінки діяльності сестринського персоналу рекомендується застосовувати систематичний моніторинг задоволеності пацієнтів якістю сестринської допомоги, проводити контроль і оцінку діяльності сестринського персоналу з метою отримання конкретних результатів для розробки програм розвитку сестринської справи в лікувальних установах.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Кабанцова А. В. Сучасний стан медсестринського процесу (огляд літератури). – Медсестринство. – 2012. – №3. – С. 35–38.
2. Юристовська Н. Напрямки державного забезпечення рівноправності у доступі до медичних послуг сільського населення у процесі реформування системи охорони здоров'я. Ефективність державного управління. – 2017. – Вип. 4 (53). – С. 121–129.
3. Donnelly G., Domm L. Conceptualizing an expanded role for RNs. *Open J Nurs.* 2014;4:74–84.
4. Воропаева Л.А., Голенков А.В., Оверин А.В. Роль медсестры в решении актуальных проблем клинической практики // *Сестринское дело.* – 2012. – № 8. – С.12–13.
5. Голубева Е.А. Инновационные технологии сестринского процесса при наблюдении, ведении, уходе за детьми с сахарным диабетом // *Сестринское дело.* – 2012. – №1. – С. 31–33.
6. Медсестринство в сімейній медицині / Є.Х. Заремба, Г.Ф. Левченко, В.М. Михальчук, В.І. Пирогова, В.С. Заремба та ін. / За ред. Є.Х. Заремби. – К.: "Здоров'я", 2001. – 312 с.
7. Шарлович З.П. Науковий підхід до аналізу процесу підготовки сімейних медсестер в системі фахової та неперервної медичної освіти // *Теорія і практика підготовки майбутніх учителів до педагогічної дії : зб. матеріалів конференції.* – Житомир: Вид-во ЖДУ ім. Івана Франка, 2011. – С. 230–236.
8. Margolius D., Bodenheimer T. Transforming primary care: from past practice to the practice of the future. *Health Aff (Millwood).* – 2010. – Vol. 29. –P. 779–784.
9. Funk K.A., Davis M. Enhancing the role of the nurse in primary care: the RN “Co-Visit” model. *J Gen Intern Med.* – 2015. – Vol. 30. – P. 1871–1873.

10. Ghorob A., Bodenheimer T. Sharing the care to improve access to primary care. *N Engl J Med.* 2012. – Vol. 366. – P. 1955–1957.
11. Martin-Misener R., Harbman P., Donald F., Reid K., Kilpatrick K., Carter N., et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in primary and specialised ambulatory care: systematic review. *BMJ.* – 2015. – Vol. 5(6). – P. e007167.
12. Аудиторна робота з дисципліни "Сестринська практика" : метод. рекомендації. для викладачів / упор. В. А. Клименко, В. П. Кандиба, О. М. Плахотна та ін. – Харків : ХНМУ, 2015. – 24 с.
13. Абзалова Р.А., Исакова А. Потенциальные возможности специалистов сестринского дела в оказании первичной медико-санитарной помощи // *Психиатрия, психотерапия наркология. Специальный выпуск.* – 2014. – №2-3(39). – С. 7–8.
14. Mundt M.P., Agneessens F., Tuan W.-J., Zakletskaia L.I., Kamnetz S.A., Gilchrist V.J. Primary care team communication networks, team climate, quality of care, and medical costs for patients with diabetes: a cross-sectional study. *Int J Nurs Stud.* 2016. – Vol. 58. – P. 1–11.
15. Дячук, Т.С. Грузева, О.Л. Зюков та [ін.] // Щорічна доповідь про стан здоров'я населення, санітарно-епідеміологічну ситуацію та результати діяльності охорони здоров'я України. 2014 рік, за ред. Квіташвілі О. : МОЗ України, ДУ «УІСД МОЗ України», 2015. – С. 196–211.
16. Назарова С. К., Хасанова М. И., Абдупаттаева К. О., Миркаримова М. Б. Роль медицинских сестёр первичного звена при внедрении здорового образа жизни среди населения // *Молодой ученый.* – 2014. – №5. – С. 151–153.
17. Fairall L., Bachmann M.O., Lombard C., Timmerman V., Uebel K., Zwarenstein M., et al. Task shifting of antiretroviral treatment from doctors to primary-care nurses in South Africa (STRETCH): a pragmatic, parallel, clusterrandomised trial. *Lancet* 2012. – Vol. 380. – P. 889–898.

18. Groenewegen P., Heinemann S., Gress S., Schafer W. Primary care practice composition in 34 countries. *Health Policy*. – 2015. – Vol. 119(12). – P. 1576–1583.
19. Contandriopoulos D., Brousselle A., Dubois C.A., Perroux M., Beaulieu M.D., Brault I., et al. A process-based framework to guide nurse practitioners integration into primary healthcare teams: results from a logic analysis. *BMC Health Services Research*. – 2015. – Vol. 15(1). – P. 78.
20. Kooienga S.A., Carryer J.B. Globalization and advancing primary health care nurse practitioner practice. *Journal of Nurse Practitioner* 2015. – Vol. 11(8). – P. 804–811.
21. Maier C.B., Barnes H., Aiken L.H., Busse R. Descriptive, cross-country analysis of the nurse practitioner workforce in six countries: size, growth, physician substitution potential. *BMJ*. – 2016. – Vol. 6 (9). – P. e011901.
22. Martínez-González N.A., Djalali S., Tandjung R., et al. Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Serv Res*. – 2014. – Vol. 14. – P. 214.
23. Искакова А.М, Бейсенгазина М.Б. Анализ теорий сестринского дела и новой, современной сестринской практики в деятельности семейной медсестры // *Астана медициналық журналы*. – 2016. – №1(87). – С. 28–34.
24. Зозулина Н.А., Рутенбург Е. А., Петровская И.В., Ознобихина О.Ф. Инновационные технологии в последиplomной подготовке // *Сестринское дело*. – 2012. – № 8. – С. 20–22.
25. Кашафутдинова Г.Т., Байсугурова В. Ю. Современное состояние сестринского дела в развитых странах: расширение сестринской практики // *Вестник КазНМУ*. – 2013. – №1. – С. 303–306.
26. Pineault R., Borgès Da Silva R., Provost S., et al. Impacts of Québec primary healthcare reforms on patients' experience of care, unmet needs, and use of services. *Int J Family Med*. – 2016. – Vol. 2016. – P. 8938420.

27. Swan B.A., Haas S.A. Health care reform: current updates and future initiatives for ambulatory care nursing. *Nurs Econ.* – 2011. – Vol. 29. – P. 331–334.
28. Еспенбетова М.Ж., Беляева Т.М., Юрковская О.А., Амренова К.Ш., Жуманбаева Ж.М. Подготовка врачей общей практики – основное направление повышения качества и эффективности системы охраны здоровья населения // *Наука и здравоохранение.* – 2013. – №4. – С.8-12.
29. Ткаченко В.І. Історія розвитку та сучасний стан первинної медичної допомоги за кордоном та в Україні, нормативно-правова база впровадження сімейної медицини в Україні. *Семейная медицина.* – 2015. – № 3. – С. 12–17.
30. Дробот Я.В. Проблеми запровадження обов'язкового медичного страхування в Україні та заходи щодо їх розв'язання / Я.В. Дробот, А.М. Бороденко // *Фінансовий простір.* – 2015. – № 2(18). – С. 15–18.
31. Биховченко В.П., Іванюк О.В., Городнича Ю.В. Стан медичного страхування в Україні та його пріоритетні напрями. Глобальні та національні проблеми економіки. 2016. – Вип. 10. – С. 733–736.
32. Rollnick S., Butler C.C., McCambridge J., Kinnersley P., Elwyn G., Resnicow K. Consultations about changing behaviour. – *BMJ.* – 2005. – Vol. 331(7522). – P. 961–963.
33. Levensky E.R, Forcehimes A., O'Donohue W.T., Beitz K. Motivational interviewing: an evidence-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *The American Journal of Nursing.* – 2007. – Vol. 107(10). – P. 50–58.
34. Марченко О.В. Сучасний стан та перспективи медичного страхування в Україні / О.В. Марченко, К.А. Пономаренко // *Науковий вісник Херсонського державного університету.* – 2014. – Вип. 5. – Т. 1.– С. 329.
35. Центри передового досвіду первинної медичної допомоги. Посібник/ Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2020 – 154 с.

36. Stone S. A retrospective evaluation of the impact of the Planetree patient centered model of care program on inpatient quality outcomes. *Health Environments Research and Design Journal*. 2008. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25057539>. The report – Partnering with Patients and Families to Design a Patient and Family-Centered Health Care System Recommendations and Promising Practices. Institute for Patient- and Family-Centered Care, 2008. <https://www.ipfcc.org/resources/PartneringwithPatientsandFamilies.pdf>.
37. World Health Organization. WHO recommendations: optimizing health worker roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting - OPTIMIZEMNH. Geneva: World Health Organization, 2012.
38. Яремчук О. В. Генезис сімейної медицини та перспективи його розвитку на теренах України. *Інвестиції: практика та досвід*. – 2018. – № 24. – С. 130–134.
39. Електронний ресурс. Про комплексні заходи щодо впровадження сімейної медицини в систему охорони здоров'я: Постанова Кабінету Міністрів України від 20 лип. 2000 р. № 989 // <http://www.rada.gov.ua>
40. Martínez-González N.A., Tandjung R., Djalali S., Rosemann T. The impact of physician-nurse task shifting in primary care on the course of disease: a systematic review. *Human Resources for Health*. – 2015 Vol. 13(1). – P. 55.
41. Чубакова Т.Ч., Фрике Э.Б., Халики В. Основы сестринского дела в семейной медицине: учебное пособие: Т.1-Б. Аль Салам, 2003. – 580 с.
42. Первичная медико-санитарная помощь на пути к всеобщему охвату услугами здравоохранения: доклад о мониторинге 2019 г. Резюме Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2019(WHO/HIS/HGF/19.1). Лицензия: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
43. Дячук Д.Д. Реалізація профілактичних стратегій в первинній ланці охорони здоров'я. Можливості та перспективи розвитку безперервної

- професійної освіти в медичній сфері / Д.Д. Дячук, Т.С. Ласиця // Інновації в медицині. – 2012. – № 9–10. – С. 39–40.
44. Borgès Da Silva R., Brault I., Pineault R., Chouinard M.-C., Prud'homme A., D'Amour D. Nursing Practice in Primary Care and Patients' Experience of Care. *Journal of Primary Care & Community Health*. – 2018. – Vol. 9. – P. 1 – 7.
45. Hutchison B., Levesque J.F., Strumpf E., Coyle N. Primary health care in Canada: systems in motion. *Milbank Q*. – 2011. – Vol. 89. – P. 256–288.
46. American Academy of Ambulatory Care Nursing. American Academy of Ambulatory Care Nursing position statement: the role of the registered nurse in ambulatory care. *Nurs Econ*. 2011. – Vol. 29. – P. 96.
47. Smolowitz J., Speakman E., Wojnar D., et al. Role of the registered nurse in primary health care: meeting health care needs in the 21st century. *Nurs Outlook*. – 2015. – Vol. 63. – P. 130–136.