

В.М. Богомаз¹, Н.В. Карвась¹, Д.О. Татаркін²¹Національний медичний університет імені О.О. Богомольця, Київ²Громадська спілка «Асоціація приватних медичних закладів України», Київ

Оцінка медичними сестрами виробничого середовища закладів охорони здоров'я

Мета — визначення шляхів поліпшення ефективності використання молодших медичних спеціалістів на підставі аналізу їх актуальних оцінок специфіки професійної діяльності та елементів корпоративної культури у закладах охорони здоров'я. **Об'єкт і методи дослідження.** Дослідження виконане шляхом письмового та електронного анкетування молодших медичних спеціалістів шести закладів охорони здоров'я у п'яти містах України. У спеціально розробленій анкеті респондентам пропонували анонімно відповісти на 14 запитань із декількома варіантами відповіді. Запитання охоплювали оцінку різних аспектів роботи, виробничих повноважень та взаємодії з лікарями. **Результати.** Встановлено особливості оцінок медичними сестрами робочого середовища залежно від професійного стажу, типу медичного закладу і специфіки робочого місця. **Висновки.** Оцінка актуального виробничого середовища медичними сестрами є переважно оптимістичною і дає підстави для створення програм додаткового навчання, зокрема для поліпшення професійної взаємодії в забезпеченні якості медичної допомоги. При модернізації програм професійного розвитку доцільно враховувати виявлені відмінності в поглядах представників окремих підгруп молодших медичних спеціалістів.

Ключові слова: медична сестра, якість медичної допомоги, заклад охорони здоров'я.

Вступ

Сучасна медична практика — це робота висококваліфікованих команд, у яких молодшим медичним спеціалістам (ММС) належить одна із ключових ролей. За визначенням International Council of Nurses (2014), медичні сестри забезпечують автономний та спільний медичний догляд за людьми будь-якого віку і допомагають сім'ям, групам та спільнотам, хворим чи постраждалим за будь-яких умов. Вони беруть участь у зміцненні здоров'я, профілактиці захворювань та догляді за пацієнтами, інвалідами та особами, які потребують паліативної допомоги. До їх компетенцій входить адвокація, сприяння безпечному середовищу пацієнтів. Водночас дослідження, участь у формуванні політики охорони здоров'я, управлінні системами обслуговування пацієнтів та освітніх заходах для них також є важливими ролями сучасної медичної сестри.

Оцінка елементів корпоративної культури закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) свідчить про істотні відмінності потреб адміністративного, лікарського, середнього (СМП) і молодшого медичного персоналу (Габська І.А. і соавт., 2005). Огляд міжнародних наукових публікацій за десятиліття підтверджує, що комунікації медичних сестер та лікарів все ще залишаються неефективними. Розбіжності у поглядах медичних сестер та лікарів на спілкування внаслідок різної підготовки кадрів можуть ускладнювати досягнення ефективності підготовлених управлінських рішень чи стратегій (Tan T.C. et al., 2017). У вітчизняному дослідженні соціально-психологічного клімату двох колективів медичних працівників продемонстровані відмінності в типах трудової мотивації лікарів та медичних сестер. Зокрема встановлено, що у групі медичних сестер превалюючим мотиваційним типом був патріотичний тип із провідним внутрішнім мотивом причетності до суспільно важливої справи закладу (Вежновець Т.А., 2017). У підсумках багаточетового дослідження А. Nantsupawat та співавторів (2017) зазначено, що поліпшення робочого середовища для медичних сестер може призвести до зниження рівня незадоволеності роботою та наміру її залишити, зниження ризику професійного вигорання.

Соціально-демографічні характеристики, зокрема освіта, досвід роботи, особливості професійного розвитку, незалежність та задоволеність роботою, а також оцінка якості медичної допомоги (ЯМД) визнані чинниками впливу на компетентність медичних сестер (Istomina N. et al., 2011). Вітчизняні багаточетрові дослідження особливостей професійної діяльності медичних сестер малочисельні. Публікації з аналізом специфіки роботи

ММС часто носять узагальнений характер і посиляються переважно на інструменти контролю за трудовою дисципліною, вимірювання задоволеності пацієнтів та дотримання медичними сестрами санітарно-епідеміологічного режиму. Наприклад, до показників оцінки якості роботи медичних сестер включали загальний рівень задоволення або незадоволення пацієнтів при анкетуванні, опитування лікарів щодо відповідності дій СМП розробленим алгоритмам роботи (Дерлюк М.Д., Рега Н.І., 2016). Пропонується низка індикаторів оцінки якості діяльності сестринського персоналу ЗОЗ (Перепадя О.В., 2019), які відображають традиційну для України модель використання ММС.

Водночас медичні сестри можуть сприяти трансформуванню системи охорони здоров'я, лише будучи рівноцінним членом міжпрофесійної команди, при переході від епізодичної діяльності, що базується на оплаті послуг, до алгоритмів, орієнтованих на інтереси пацієнта і континуум медичної допомоги. Ці зміни потребують нового або розширеного набору знань, умінь, іншого ставлення до всіх аспектів здоров'я та медичної допомоги громадянам, зокрема координацію допомоги, аналітику даних та покращення якості (Salmond S.W., Echevarria M., 2017).

Зростаюча кадрова криза у вітчизняній медичній галузі та інтерес до поліпшення ЯМД населенню вимагають всебічного розгляду оцінок актуальної виробничої ситуації різними категоріями персоналу. Результати цих досліджень можуть сприяти розробці науково-обґрунтованих змін у менеджменті кадрових ресурсів ЗОЗ.

Мета — визначення можливостей поліпшення ефективності використання ММС на підставі аналізу їх оцінок актуальної специфіки професійної діяльності та елементів корпоративної культури у ЗОЗ.

Об'єкт і методи дослідження

Дослідження виконане в період 2019–2020 рр. шляхом письмового та електронного анкетування ММС у п'яти містах України. Анкетування пропонували 250 медичним сестрам в одному державному та п'яти приватних ЗОЗ та групі з 9 старших медичних сестер, які навчалися одночасно на циклі тематичного вдосконалення. У спеціально розробленій анкеті респондентам пропонували анонімно відповісти на 14 запитань із декількома варіантами відповіді. Запитання охоплювали оцінку різних аспектів їх роботи, повноважень та взаємодії з лікарями. Визнано коректно заповненими і взято до статистичного опрацювання 162 анкети (частка відгуку — 65%). Респондентів розподілили на підгрупи, враховуючи професійний стаж (<5, 5–30 та >30 років), місце роботи

(державний чи приватний заклад), професійний статус (медична сестра відділення, керівники — старша чи головна медсестра), специфіка робочого місця (поліклініка, стаціонар, змішаний тип роботи). Усі респонденти були жіночої статі. Середній медичний стаж роботи опитаних спеціалістів становив $20,5 \pm 1,2$ року.

Математичні розрахунки здійснені традиційними статистичними методами. Бібліографічний пошук виконаний за ключовими словами українською та англійською мовами.

Результати та їх обговорення

Розподіл усіх респондентів за професійним досвідом був відносно рівномірним. Частка медичних сестер із тривалістю роботи <5 років становила 24%, 5–30 — 52%, >30 — 24% учасників анкетування. Серед респондентів переважали співробітники приватного сектора (66%), що пов'язано із кращим відгуком і готовністю як менеджерів, так і самих спеціалістів приватних медичних установ до електронного опитування. Обіймали керівні посади у медсестринстві меншість (19%) опитаних. Розподіл за специфікою роботи був таким: працювали виключно в амбулаторних закладах — 44%, у стаціонарах — 43%, на обох етапах медичної допомоги — 13% респондентів.

Розподіл за досвідом роботи у професії істотно розрізнявся у співробітників приватного і державного сектора за рахунок значно меншого трудового стажу (молодшого віку) медичних сестер приватного сектора. Середній стаж роботи медичних сестер державного сектора становив $34,7 \pm 1,9$ року, приватного — $13,4 \pm 1,0$ року (різниця статистично достовірна; $p < 0,01$). Частка медичних сестер з досвідом роботи >30 років у державному закладі становила 60%, тоді як серед сестер приватних медичних закладів — лише 6%. Це відображає кадрову політику і тривалість існування приватних медичних закладів і могло дещо позначитися на міжсекторальній різниці у відповідях на окремі запитання анкети.

Відомо, що повноваження медичних сестер різняться регіонально і, у порівнянні з нашими традиціями, є значно ширшими у країнах Північної Америки та Західної Європи. Зокрема, вітчизняні медичні сестри мають менші повноваження стосовно огляду хворих, ведення медичних записів, навчання пацієнтів. Значна більшість опитаних нами медичних сестер (79%) з досвідом роботи <5 років задоволені обсягом повноважень стосовно догляду за хворими (з них цілком задоволені 43%, частково — 36% респондентів). Виявлено невелике збільшення частки задоволених своїми повноваженнями зі збільшенням медичного стажу працівників. Зокрема, медичні сестри з досвідом роботи >30 років у 59% випадків були цілком задоволені обсягом власних повноважень, інші 28% — частково задоволені (загалом — 87%).

Нами не виявлено істотних відмінностей в оцінці обсягів повноважень медичними сестрами державного і приватного секторів охорони здоров'я, так само, як і між медичними сестрами, які працювали виключно у різних умовах, — в поліклініках або стаціонарах. Практичне розмежування функцій вітчизняних лікарів і медичних сестер чітко визначає ММС лише як виконавця лікарських призначень. На нашу думку, обмежені повноваження зменшують перспективи професійного розвитку і підвищення рівня оплати роботи цих спеціалістів. Дослідження виробничої культури успішного медичного центру засвідчило, що його медичні сестри з довірою і повагою ставилися до менеджменту, цінували його доступність і шанобливе ставлення до персоналу, але водночас відчували брак повноважень для самостійного вирішення поточних проблем, вважали можливою зміну системи контролю з боку керівництва. Серед своїх проблем медичні сестри називали також недостатній баланс між особистим життям і вимогами роботи (Грabsкая І.А. і соавт., 2005).

Вважаємо, що моделі роботи медичних закладів у сучасних соціально-економічних умовах потребують істотних змін. На думку експертів, сучасна лікарня не може бути структурою, побудованою на авторитарних патерналістських засадах військової організації типу релігійного ордену, або зберігати стиль управління, властивий централізованій державній ієрархії. У медичні організації приходить нова культура управління, заснована на системі корпоративних цінностей, нормах професійної етики і суспільної моралі. Саме ця система управління дозволяє забезпечити пер-

соналу достатню мотивацію для постійного прагнення до високої ЯМД (Тульчинський Т.Г., Варавикова Е.А., 1999).

Загалом майже всі опитані нами медичні сестри вважали якість медичної допомоги, отриманої їх пацієнтами, прийнятною, оцінивши її як «одну з найкращих» у 62%, «задовільну» — у 35% анкет. Таким чином, ММС дають істотно вищі оцінки діяльності ЗОЗ порівняно із відомими результатами соціологічних опитувань останнього десятиріччя. Можливо, це пов'язано з тим, що якість як відносна характеристика порівнюється ними лише з позицій власного обмеженого досвіду в межах регіону роботи і проживання. Медичні сестри, які працювали у приватних медичних закладах, значно частіше (75%) вважали якість надання медичної допомоги за місцем їх роботи «однією з найкращих» порівняно з колегами, що трудилися у державному секторі (38%). Медичні сестри державного сектора у 58% анкет назвали якість наданої допомоги задовільною. Спеціалісти з досвідом роботи <5 років були налаштовані дуже оптимістично стосовно оцінок ЯМД за місцем їх роботи. У більшості (72%) випадків вони вважали її «однією з найкращих». При порівнянні наймолодшої та найстаршої підгрупи респондентів встановлено, що частка працівників, які високо оцінювали ЯМД, зменшувалася удвічі при максимальному стажі порівняно з підгрупою працівників із практичним досвідом <5 років. Серед медичних сестер із досвідом роботи >30 років лише у 36% склалася думка про найкращу ЯМД, а 59% вважали якість задовільною. Отримані нами результати в цьому аспекті не зовсім узгоджуються з висновками дослідження соціально-психологічного клімату двох колективів медичних працівників, де виявлено достовірний позитивний кореляційний зв'язок майже всіх показників самооцінки колективу з віком та стажем медичних працівників закладів (Вежновець Т.А., 2017). Ми пов'язуємо ці відмінності, насамперед, не з виробничим досвідом, а з місцем роботи (державний чи приватний заклад) опитаних нами спеціалістів. Результати литовського дослідження дозволили зробити припущення, що освіта, досвід та професійний розвиток медичної сестри відіграють значну роль у оцінці як її компетентності, так і ЯМД (Istomina N. et al., 2011).

Аналіз несприятливого перебігу процесів надання допомоги та медичних помилок є загальноновизнаним інструментом поліпшення ЯМД. У емпіричному дослідженні роботи персоналу з тяжкими хворими ключовими чинниками забезпечення медичної складової якості визначені: попередній професійний відбір кадрів, командна взаємодія, тренінги з персоналом, система мотивації праці, організація контролю якості роботи і аналіз медичних помилок (Богомаз В.М. і соавт., 2007). Серед респондентів 55% розбирали медичні помилки на роботі, а у 34% анкет зазначено, що можливість обговорення залежала від рівня помилки. Лише 5% опитаних спеціалістів не мали процедури їх аналізу за місцем роботи і 6% зазначили, що не розуміють змісту цього терміна. Зокрема, не розуміють терміна «медична помилка» 5% працівників із досвідом роботи <5 років та 10% — >30 років.

Розподіл відповідей співробітників державного та приватних медичних закладів на запитання «Чи є у вашому закладі стала процедура обговорення та аналізу медичних помилок?» подані на рис. 1 та 2.

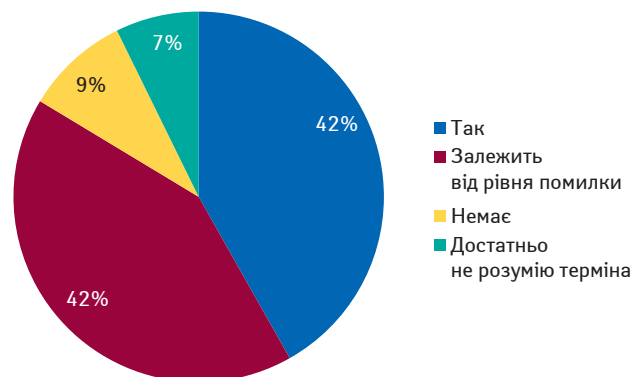


Рис. 1. Розподіл відповідей респондентів державного ЗОЗ на запитання «Чи є у вашому закладі стала процедура обговорення та аналізу медичних помилок?»

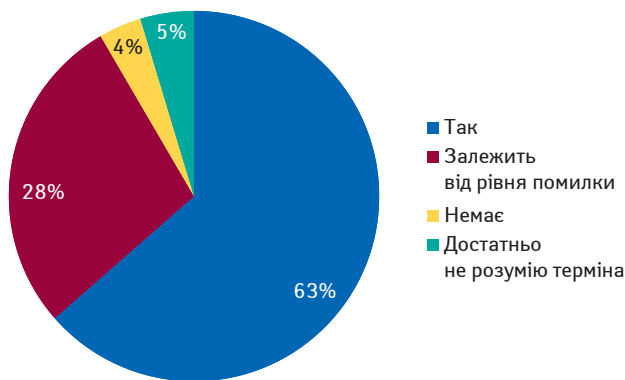


Рис. 2. Розподіл відповідей респондентів приватних ЗОЗ на запитання «Чи є у вашому закладі стала процедура обговорення та аналізу медичних помилок?»

У підгрупі медичних сестер приватного сектору 5% респондентів зазначили, що не розуміють цього терміна. Загалом на обговорення всіх або частини медичних помилок вказали 92% медичних сестер із досвідом роботи <5 та 82% — >30 років. Згідно з відповідями, 15% співробітниць амбулаторних підрозділів зазначили, що в них обговорення помилок не проводиться або вони достатньо не розуміють значення цього терміна. Водночас лише 1% медичних сестер стаціонарів вказали, що не розуміють терміна «медична помилка» та ще у 2% анкет вказано, що розбір помилок у них на роботі не виконується. На нашу думку, це відображає більшу зосередженість на управлінні якістю менеджменту стаціонарів та можливу слабкість інструментів управління якістю амбулаторної медичної допомоги. Складний збір інформації про процеси і результати амбулаторної діагностики і лікування та низка інших особливостей ускладнює реєстрацію помилок на амбулаторному етапі. Не виключено, що менеджерам амбулаторних закладів також бракує знань і навичок у системному поліпшенні ЯМД.

На відсутність процедур обговорення та аналізу медичних помилок або незрозумілість терміна «медична помилка» вказали 16% медичних сестер державного медичного закладу та 9% спеціалістів приватних закладів. Це може означати більш активну позицію менеджменту провідних приватних ЗОЗ, що були базою дослідження, стосовно управління якістю як важливої конкурентної переваги на ринку медичних послуг.

Для зменшення кількості помилок і забезпечення стабільної ЯМД особливо важливою є колегіальність у роботі. Згідно з опитуванням, типовими очікуваннями співробітників успішного медичного закладу були «співпраця, розуміння», «поліпшення стосунків між співробітниками», «формування відповідальності кожного за всіх і всіх за кожного», «розвиток загальної позитивної атмосфери» (Грabcька І.А. і соавт., 2005). Розподіл відповіді на запитання анкети «Ви відчуваєте, що медична сестра — рівноправний член медичної команди у вашому закладі?» наведено на рис. 3.

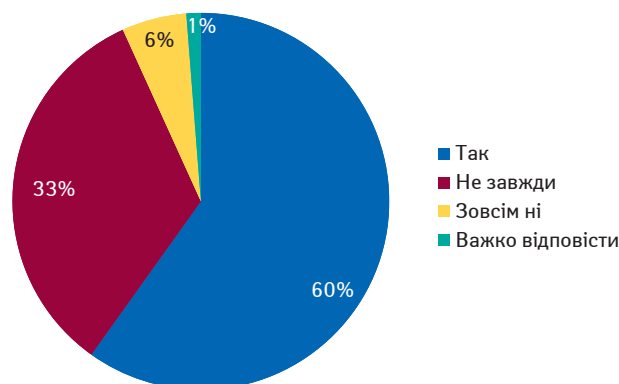


Рис. 3. Розподіл відповідей респондентів на запитання «Ви відчуваєте, що медична сестра — рівноправний член медичної команди у вашому закладі?»

Більшість опитаних нами медичних сестер відділень (58%) визнавали себе рівноцінним членом професійної команди, 34% — відчували це не завжди, 6% — не відчували рівноправності на роботі, 2% — не змогли відповісти на запитання. Почуття рівноправності ММС у колективах збільшувалося зі збільшенням досвіду роботи. Серед медичних сестер із досвідом роботи <5 років лише 49% відчували себе рівноцінним членом медичної команди, у той час як на рівноправність у колективі вказали 72% опитаних працівників із досвідом роботи >30 років. Раніше на прикладі двох колективів також було показано, що чим менший середній вік у групі медичних працівників та менший стаж їх спільної роботи, тим нижчі показники самооцінки колективу (Вежновець Т.А., 2017). Нами не виявлено істотних відмінностей в оцінці власного статусу в колективі між медичними сестрами амбулаторних закладів та стаціонарів. Відчуття повної рівноцінності в колективі зазначили в анкетах 69% медичних сестер державного закладу та 55% — приватних медичних закладів, що свідчить про близькість структурно-функціональних моделей роботи закладів і психологічних аспектів медичної практики у закладах різної форми власності в Україні. Для порівняння у дослідженні Т.А. Вежновець (2017) у групах працівників двох медичних закладів встановлено найнижчі середні значення показника «згуртованість» на тлі значно більших значень інших показників самооцінки. На думку автора роботи, це відображало особливості міжособистісних стосунків медичних працівників цих ЗОЗ і свідчило про їх виражену індивідуальність у діях та про особисту, а не колективну, відповідальність за якість надання медичної допомоги.

Висновки

1. Оцінка актуального виробничого середовища медичними сестрами є доволі оптимістичною і дає підстави для створення програм додаткового навчання, зокрема для поліпшення професійної взаємодії в забезпеченні ЯМД.

2. При модернізації програм професійного розвитку доцільно враховувати виявлені відмінності в поглядах представників окремих соціально-демографічних підгруп ММС.

Перспективи подальших досліджень

Нами досліджено думку медичних працівників, які діяли в конкретних умовах закладів із певним типом сформованої корпоративної культури. Не виключено, що в силу різних обставин можливі як кращі, так і песимістичніші оцінки персоналом особливостей власної роботи залежно від регіону та специфіки медичної установи. Зміна фінансових потоків у галузі охорони здоров'я, скорочення тривалості перебування хворих у стаціонарах, поява телемедичних технологій, збільшення медичних потреб суспільства внаслідок швидкого зростання частки людей старечого віку спонукають до впровадження зовсім нових ролей ММС.

Потребують подальшого вивчення різні аспекти професійної взаємодії всіх категорій персоналу. Приватні ЗОЗ насамперед зацікавлені у розробленні нових, зокрема командних і економічно ефективних, моделей медичної практики з розширенням повноважень СМП. Суспільним інтересом є подолання перешкод для ефективної комунікації менеджерів, лікарів, ММС та допоміжного персоналу. Досвід роботи в період пандемії COVID-інфекції підтвердив важливість організаційних і культурних змін у вітчизняних ЗОЗ.

Подяка

Автори вдячні менеджменту ЗОЗ: хірургічної клініки «Garvis», медичного центру «Into-Sana», мережі амбулаторій загальної практики — сімейної медицини «Семейный доктор», медичного центру «СантаЛен», ТОВ «Багатопрфільна клініка Святого Миколая», Республіканської клінічної лікарні МОЗ України за активне сприяння у проведенні дослідження.

Список використаної літератури

Богомаз В.М., Бурмистенко В.А., Корень А.В., Сухогонова Е.Н. (2007) Управление качеством работы среднего медицинского персонала при оказании стационарной медицинской помощи тяжелобольным пациентам. Лік. справа, 7: 91–97.

Вежновець Т.А. (2017) Соціально-психологічне моделювання кадрового менеджменту у сфері охорони здоров'я. Автореф. ... дис. д.м.н. Національний медичний університет імені О.О. Богомольця. Київ, 28 с.

Грабская И.А., Богомаз В.М., Михнова Т.А. (2005) Развитие организационной культуры медицинского центра. Укр. мед. часопис, 4(48): 93–98.

Дерлюк М.Д., Рега Н.І. (2016) Оцінка якості надання медичних послуг середнім медичним персоналом в умовах приватного медичного центру. Мед-сестринство, 4: 35–39.

Перепада О.В. (2019) Методичні підходи до експертизи якості діяльності сестринського персоналу закладу охорони здоров'я на підставі індикаторів оцінки якості. Україна. Здоров'я нації, 1(54): 110–119.

Тульчинский Т.Г., Варавикова Е.А. (1999) Новое общественное здравоохранение: введение в современную науку. Amutah for education and Health, Иерусалим, 1049 с.

International Council of Nurses (2014) Definition of Nursing (<http://www.icn.ch/about-icn/icn-definition-of-nursing/>).

Istomina N., Suominen T., Razbadauskas A. et al. (2011) Competence of nurses and factors associated with it. Medicina (Kaunas), 47(4): 230–237.

Nantsupawat A., Kunaviktikul W., Nantsupawat R. (2017) Effects of nurse work environment on job dissatisfaction, burnout, intention to leave. Int. Nurs. Rev., 64(1): 91–98. DOI: 10.1111/inr.12342.

Salmond S.W., Echevarria M. (2017) Healthcare Transformation and Changing Roles for Nursing. Orthop. Nurs., 36(1): 12–25. DOI: 10.1097/NOR.0000000000000308.

Tan T.C., Zhou H., Kelly M. (2017) Nurse-physician communication – an integrated review. J. Clin. Nurs., 26(23–24): 3974–3989. DOI: 10.1111/jocn.13832.

Оценка медицинскими сестрами производственной среды учреждений здравоохранения

В.М. Богомаз, Н.В. Карвась, Д.А. Татаркин

Резюме. Цель — определение путей улучшения эффективности использования младших медицинских специалистов на основании анализа их актуальных оценок специфики профессиональной деятельности и элементов корпоративной культуры в учреждениях здравоохранения. **Объект и методы исследования.** Исследование выполнено путем письменного и электронного анкетирования младших медицинских специалистов шести учреждений здравоохранения в пяти городах Украины. В специально разработанной анкете респондентам предлагали анонимно ответить на 14 вопросов с несколькими вариантами ответа. Вопросы охватывали оценку различных аспектов работы, производственных полномочий и взаимодействия с врачами. **Результаты.** Установлены особенности оценок медицинскими сестрами рабочей среды в зависимости от профессионального стажа, типа медицинского учреждения и специфики рабочего

места. **Выводы.** Оценка актуальной производственной среды медицинскими сестрами преимущественно оптимистична и дает основания для создания программ дополнительного обучения, в частности для улучшения профессионального взаимодействия в обеспечении качества медицинской помощи. При модернизации программ профессионального развития целесообразно учитывать выявленные различия во взглядах представителей отдельных подгрупп младших медицинских специалистов.

Ключевые слова: медицинская сестра, качество медицинской помощи, учреждение здравоохранения.

Nurses' assessment of the work environment of health care facilities

V.M. Bogomaz, N.V. Karvas, D.O. Tatarkin

Summary. *The aim* was to identify ways to improve the efficiency of the use of junior medical staff based on the analysis of their current assessments of the specifics of professional activities and elements of corporate culture in health care facilities. *Object and methods of research.* The study was conducted by written and electronic questionnaires of junior medical staff of six health care institutions in five cities of Ukraine. In a specially designed questionnaire, respondents were asked to answer 14 questions anonymously with several answer options. The questions covered the assessment of various aspects of work, production authority and interaction with doctors. *Results.* The peculiarities of nurses' assessments of the working environment depending on professional experience, type of medical institution and specifics of the workplace were established. *Conclusions.* The assessment of the current work environment by nurses is mostly optimistic and provides grounds for the creation of additional training programs, in particular to improve professional interaction in ensuring the quality of medical care. When modernizing professional development programs, it is advisable to take into account the differences found in the views of representatives of certain subgroups of junior medical staff.

Key words: nurse, quality of care, health care facility.

Адреса для листування:

Богомаз Володимир Михайлович
01004, Київ, бульв. Тараса Шевченка, 13
Національний медичний університет імені О.О. Богомольця,
кафедра внутрішніх хвороб стоматологічного факультету
E-mail: vmbogomaz@gmail.com

Одержано 27.05.2020