

Міністерство освіти і науки України
Національний університет «Києво-Могилянська академія»
Факультет соціальних наук та соціальних технологій
Кафедра соціології

Кваліфікаційна робота

освітній ступінь — бакалавр

на тему: **«РОЗПОДІЛ РОЛЕЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА МЕДСЕСТРОЮ НА
ПЕРВИННІЙ ЛАНЦІ НАДАННЯ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ В
УКРАЇНІ»**

Виконала: студентка 4-го року навчання

Спеціальності 054 Соціологія

Дудченко Катерина Тарасівна

Наукова керівниця: доцентка кафедри соціології НаУКМА, PhD

Черниш Тетяна Георгіївна

Рецензентка:

Швачко Валерія

Кваліфікаційна робота захищена

з оцінкою _____

Секретар ЕК: _____

«___» _____ 2023 р.

ЗМІСТ

ВСТУП.....	3
РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади розподілу ролей в ланці ПМД	5
1.1 Традиційна модель розподілу функцій та необхідність змін	5
1.2 Структура Крауса як заміна традиційної моделі розподілу функцій	8
1.3 Перспективи змін розподілу ролей в наданні медичної допомоги на первинній ланці в Україні.....	11
1.4 Методологія та дизайн дослідження	14
РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРЕРОЗПОДІЛУ РОЛЕЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА МЕДСЕСТРОЮ НА ПМД В УКРАЇНІ	16
2.1 Міжпрофесійні стосунки лікаря та медсестри як фактор впливу на автономність медсестер	16
2.2 Результати перерозподілу функцій та необхідність подальших змін	20
ВИСНОВКИ	24
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	27
ДОДАТОК А	30
ДОДАТОК Б.....	31

ВСТУП

Протягом останніх десятиліть, завдяки швидкому технологічному та науковому прогресу, людство змогло вирішити багато проблем в галузі охорони здоров'я і зосередитися на підтримці життя замість простого запобігання смерті. В цьому процесі головну роль відіграє первинна ланка медицини, яка має за мету надання якісної та ефективної допомоги кожному пацієнту для запобігання ускладнень та розвитку хронічних захворювань. Щоб відповісти на сучасні виклики, первинна медицина повинна швидко надавати послуги великій кількості населення.

Зараз у багатьох закладах охорони здоров'я переважає робота лікарів, що призводить до перенавантаження та неефективності. Для ефективнішого використання ресурсів, включаючи людські ресурси, необхідно переглянути ролі лікарів і медсестер, розширити функції медсестер та зменшити навантаження на лікарів. Це також допоможе забезпечити більш рівномірний розподіл роботи між лікарями і медсестрами, а також надати більше автономії медсестрам в закладах охорони здоров'я, зробивши цю професію більш привабливою і забезпечивши більше кар'єрних можливостей.

Досвід країн Європи, зокрема Британії, де вже були впроваджені подібні зміни у розподілі ролей, показує позитивні результати і поліпшення в первинній ланці надання медичної допомоги, що також впливає на інші рівні медичної допомоги та забезпечує стабільність і ефективність роботи системи.

Україна розпочала реформу фінансування охорони здоров'я у 2017 році, але не передбачала розширення ролі медсестер. Національні політики наразі не обговорюють ці питання. Однак, деякі автономні заклади охорони здоров'я, що отримали нові управлінські інструменти в 2018 році, намагаються більш ефективно використовувати ресурси та делегувати частину обов'язків лікарів медсестрам. На сьогодні немає даних щодо ставлення до перерозподілу ролей в первинній ланці та постійного делегування завдань лікарів медсестрам. Сьогодні українські дослідники починають вивчати питання перерозподілу та його впливу, і за підтримки

партнерів вводять експериментальні моделі, для подальшого прогнозування результатів впровадження моделі розширеної ролі медсестри та розвитку системи охорони здоров'я в Україні глобально.

Саме тому, *метою дослідження є* – визначити і описати модель перерозподілу функцій лікаря та медсестри, а також проаналізувати і охарактеризувати її впровадження та ефективність в закладах ПМД України.

Основними *завданнями* дослідницької роботи можна виділити:

1. Описати класичну модель розподілу функцій та виявити бар'єри під час її перегляду і зміни
2. Охарактеризувати модель перерозподілу функцій лікаря та медсестри на первинній ланці
3. Проаналізувати сприйняття та очікування персоналу впровадження моделі перерозподілу функцій в закладах ПМД в Україні
4. Визначити проблематику та ефективність моделі перерозподілу функцій до автономності медсестер на первинній ланці медицини в Україні.

Предметом дослідження виступають лікарі та медичні сестри, які працюють в закладах ПМД України.

Об'єктом є розподіл ролей між лікарем та медсестрою у центрах ПМД.

РОЗДІЛ 1. Теоретико-методологічні засади розподілу ролей в ланці ПМД

1.1 Традиційна модель розподілу функцій та необхідність змін

Медична допомога на первинній ланці є більшим ніж просто медична допомога, це і розподіл роботи і навантаження між працівниками та командна робота – всі складові повинні відповідати викликам сучасності для ефективної та якісної допомоги населенню.

Річардс (2000), досліджуючи первинну ланку, визначає основні проблеми, з якими сьогодні вона стикається, а саме:

- проблема медичних кадрів, а саме питання малої кількості лікарів професійної підготовки, збільшення відсотку лікарів загальної практики, які достроково виходять на пенсію, а також проблема роботи неповного робочого дня, що популярно серед лікарів;
- проблема збільшення навантаження на первинній ланці надання медичної допомоги, основною причиною якої є перехід від лікування спеціалістами в умовах стаціонару гострих хвороб (вторинної ланки медичної допомоги) до первинної, що передбачає більший фокус на превентивній та відновлюючій медицині.

У своїх роботах Річардс (2000) використовує поняття “поєднання навичок” і визначає його як “баланс між кваліфікаціями працівників та рівнем їх підготовки”, і саме цей концепт автор вважає вирішальним для успішної та ефективного надання медичної допомоги в сучасному світі. (Richards, Carley, Jenkins-Clarke, Richards, 2000)

Тема стосунків між лікарем та медсестрою, їх функцій та ролей досліджується вже дуже довгий час. В своїй роботі “Nurses and doctors at work: rethinking professional boundaries” Д. Вікс (Wicks, 1998, як цит. у Halliwell, 2000) досліджує реальність медичної роботи, та стверджує, що стосунки лікар-медсестра базуються на розподілі знань, влади та авторитету.

Белабі у своїх напрацюваннях виділяє три ключові типи відносин при наданні медичної допомоги: між лікарем і пацієнтом, медсестрою і пацієнтом, а також між лікарем і медсестрою. Перші два - це відносини, в яких лікар і медсестра надають послуги, від яких пацієнт формально залежить, і які він морально зобов'язаний (на підставі "розуму") виконувати. Третій - це управлінські відносини: саме лікар визначає потреби пацієнта і догляд, який медсестра повинна йому надавати. Таким чином, медсестра перебуває під патронатом лікаря: точніше, лікар опосередковує відносини медсестри з пацієнтом, а позицію медичних сестер у цих відносинах контролю та надання медичної допомоги впливає позиція лікарів, оскільки у своїй повсякденній роботі вони перебувають під їх домінуванням. (Bellaby, 1980)

Маккей (Maskay, 1993) у свої роботах виділяє освіту та освітні традиції як один з факторів впливу на побудову рівноправної та гармонійної співпраці лікаря та медсестри, а знання, які передбачаються різницею освіти породжують диференціацію влади та розвиток домінантних взаємовідносин лікаря та медсестри. (Sweet, Norman, (1995))

Натомість Адамсон у своєму дослідженні зв'язків між домінантністю та задоволенням від роботи медсестер у Британії та Австралії допускає, що вища освіта не сприяє підвищенню статусу і задоволеності роботою медсестер, а також їх автономії, а навпаки, призводить до більшої незадоволеності і розчарування ступенем автономії, та припускає, що постійна присутність лікарів слугує постійним нагадуванням про зменшену значущість медсестер і загострює почуття незадоволеності власним становищем, а їх домінування є бар'єром для задоволеності австралійських і британських медсестер роботою. (Adamson, 1995)

Фагін (Fagin, 1992) вказує, що медсестрам потрібно доводити свою компетентність, в той час як компетентність лікарів є передбаченою, а доводити потрібно помилки чи недоліки. Крім освітніх елементів, автор

виділяє класові та гендерні відмінності між ролями як ті, що впливають на розвиток нерівності та стереотипізації професій.

Питання гендерованості ролей в медицині піднімається і в багатьох інших дослідженнях. Так, Світ (Sweet, Norman, 1995) вказує на те, що проводячи паралель стосунків лікар-медсестра з чоловік-жінка можна чітко прослідкувати патріархальну складову, а саме те що медсестра має піклуватись про всіх, а лікар вирішує яким чином і яка робота має виконуватись. І, не зважаючи на поширеність феміністичних рухів та боротьбу за сексуальну рівність, “лікарня все ще залишається як класово домінуючою, так і патріархальною, а диспропорція між медсестрами та лікарями, заснована на між медсестринством та медициною базується на нерівності між чоловіками та жінками”.

Одним з основних дослідників гендерованості ролей в лікарні був Стеін, який у своєму дослідженні 1967 року (Stein, 1967) описав концепт гри “лікар - медсестра”, суть якої полягає в проявленні ініціативи медсестрами при цьому підкоряючись авторитету лікаря через пасивні, невербальні або непрямі передачі рекомендацій, зберігаючи домінантні взаємовідносини. Проте в дослідженні 1990 року Стеін (Stein, Watts, Howell, 1990) проводить повторні дослідження, і описує зміни (погіршення поваги до лікарів, збільшення кількості жінок-лікарів, чоловіків-медсестер), які відбулись за 23 роки та призвели до зменшення ролі домінантності у побудові стосунків лікар-медсестра та підвищили цінність медсестер. Світ (Sweet, 1995, с.167), аналізуючи гру та зміни приходить до висновку, що “якщо цей історичний гендерно-рольовий розподіл настільки фундаментальний до відносин лікаря та медсестри, то гендерна рівність, здавалося б, прокладає шлях для того, щоб медсестри брали на себе більш активну роль у взаємовідносинах зі своїми колегами-лікарями» .

Про зміну патернів взаємовідносин в лікарні та відхід від концепту гри стверджують також і Портер та Девмі (Porter, 1991) в своїх дослідженнях, кажучи що взаємодія працівників в реальності часто виходить за межі гри, як

і висновки Свенсонна (Svensson, 1996), який стверджує про зменшення пасивних форм впливу, які першопочатково описував Стеін (Stein, 1967).

Також одним з пояснень таких змін в стосунках в лікарні, на думку Палмера та Шорта (Palmer, Short, 1989) є більш широкі зміни в суспільстві, такі як Рух за визволення жінок і його відгалуження в медичній сфері (а саме створення профспілок та активна діяльність медсестер для досягнення підвищення заробітної плати, покращення умов праці та можливості кар'єрного розвитку).

Фагін (Fagin, & Garelick, 2004) підкреслює вплив еволюції та розвиток освіти на зміщення та полегшення домінантності, стверджуючи, що “медсестринська та медична освіта зазнають значних змін, стираючи кордони між лікарями як діагностами та особами, що призначають лікування та медичними сестрами як виконавцями наказів та роздавальниками лікування, стають менш чіткими і більш проникними”.

На противагу, Адамсон у своєму дослідженні показує, що медичні сестри все ще стикаються з проблемами у досягненні рівного статусу та автономії в системі охорони здоров'я, особливо у зв'язку з домінуванням медичної професії. Медичні сестри традиційно зображуються як підпорядковані лікарям, з обмеженою автономією у прийнятті рішень щодо догляду за пацієнтами. Його дослідження висвітлюють, що хоча медсестри можуть вважати, що вони мають достатню автономію, це не обов'язково зменшує сприйняття домінування лікарів. (Adamson, 1995)

1.2 Структура Крауса як заміна традиційної моделі розподілу функцій

Одночасно з тим як Стеін (Stein, 1967) описував гру, Краус (Krause, 1977) в своїх роботах з марксистської точки зору показує, як здоров'я та охорона здоров'я тісно пов'язані з політичною, економічною та соціальною боротьбою. Важливою частиною його роботи є опис розподілу працівників у медичній системі, а також їх роль у системі надання медичних послуг. Він окреслює стратегії, які медичні сестри використовують для

уникнення домінування лікарів та забезпечення мінімальної автономності, а саме:

- перехід до університетського навчання;
- перебирання мілкої/брудної роботи лікарів;
- ідеологія “управління”, коли сестри керують певними робочими зонами ;
- стратегія “зовнішнього руху”, тобто намагання отримати автономність, практикуючи за межами лікарні;
- стратегія “оволодіння технологіями”;
- об’єднання в профспілки.

Частину з цих стратегій можна описати як “перебирання обов’язків лікаря на себе” або ж розмиванням меж розподілу роботи, на що вказує Ален (Allen, 1997). Він пов’язує низький статус медсестри з поняттям діагнозу, який формально є відповідальністю лікаря, проте фактично часто медсестрам доводиться вирішувати, що є важливим з медичної точки зору. Гамаміков (Gamatikow, 1978) зазначає, що “медичний погляд” формується якраз завдяки роботі медсестри, і тому медсестри не мають іншого вибору окрім як приймати діагностичні рішення, що стає фактичним розмиванням кордонів. Ален (Allen, 1997) до цього додає, що медсестри часто навмисно перебирають на себе певні завдання, щоб забезпечити безперервне лікування та догляд, коли лікар не має можливості це забезпечити, називаючи це цілеспрямованим розмиттям кордонів. Заглиблюючись в питання меж та їх розмивання, Ален (Allen, 1997) приходить до висновку, що навіть з тим, що розмивання часто суперечить правилам медичних установ, все ж такі практики несуть в основному позитивні наслідки як для пацієнтів, так і для організації та розподілу роботи між лікарями та медсестрами, забезпечуючи безперервне потрібне якісне медичне обслуговування для пацієнтів, та розвантаження лікарів. (Allen, 1997).

У своїй роботі Белабі досліджує питання, пов’язані з розподілом праці в охороні здоров’я та професійними стратегіями медсестер, які вони

використовують для покращення свого професійного становища. Він пропонує марксистську концепцію як альтернативу іншим підходам до вивчення професійних стратегій, які, зазвичай, фокусуються на розподільчих відносинах, виділяючи особливістю професійних стратегій медичних сестер коливання між професіоналізмом і профспілковим рухом. З одного боку, вони прагнуть захистити статусну групу, що склалася на основі спільного світогляду та інтересів, та зберегти її часткову автономію, а з іншого - відокремити свою роль від лікарів та встановити претензію на особливу майстерність, яка проявляється у співпраці з ними, а не в підпорядкуванні їм. І саме відчуття загрози для свого соціального статусу, втратою “контролю” над процесом лікування, заробітку та впливу порівняно з іншими працівниками в охороні здоров'я, такими як допоміжний персонал та технічний персонал автор визначає як головні причини членства в профспілках та активізму серед медичних сестер сьогодні. (Bellaby, 1980)

Відмінності в оплаті праці та умовах, структурі кар'єри та індивідуальних прагнень, таких як повага, свобода та соціальний статус, на думку Адамсона (Adamson, 1995), можуть трансформуватись та спонукати до групової боротьби за професійну автономію, але, на думку дослідника, не завжди може бути ефективною, і не зменшувати, а навпаки, посилювати незадоволеність медсестер. Так само, дослідження автора показують, що стратегії, які застосовують медсестри для здобуття більшої автономії, такі як університетська освіта, управлінські ролі та технологічні знання, не завжди можуть подолати структурні бар'єри, створені домінуванням лікарів. Однак дослідження підкреслюють важливість просування стратегій для покращення комунікативних навичок і впевненості у спілкуванні з лікарями, а також необхідність для медсестер нести відповідальність за свої дії. (Adamson, 1995)

На думку Демпсера та Макдоналда автономія медсестер не є постійною, а змінюється в залежності від різних чинників і обмежень, таких як законодавство та організаційні правила або ж особисті та індивідуальні

фактори, і її можна описати як динамічний процес, а не статичний стан.

(Dempster, 1994, MacDonald, 2002, як цит. у Varjus, 2011)

Тому, на думку Манцукаса та Воткінсона, необхідні дослідження того, як різноманітність медсестринських ролей впливає на професійну автономію і також стверджують, що медсестринська дисципліна повинна бути зосереджена на розвитку індивідуальних характеристик медсестер, а також вільне впровадження знань на практиці, що може призвести до підвищення якості догляду за пацієнтами (Mantzoukas&Watkinson, 2007, як цит. у Skår, 2009)

1.3 Перспективи змін розподілу ролей в наданні медичної допомоги на первинній ланці в Україні

Також науковці ставлять питання того, що можливо саме перерозподіл роботи та ролей між лікарями та медсестрами може вирішити більшу частину проблем на первинній ланці?

Міжнародні та українські дослідження стосуються того, як розширення і розвиток медсестринської ролі впливають на професійну автономію в медсестринстві. Скар у своїй роботі говорить про розширення ролі як включення певних навичок або сфер медсестринської практики і передбачає більшу відповідальність. Медсестринська практика стає більш різноманітною завдяки швидким змінам і вимогам в секторі охорони здоров'я, і, на думку Скара, важливо поставити питання про те, чи залежить розвиток автономії медсестер від спеціалізованих умов на робочому місці, а не від загальних професійних ознак. (Skar, 2009)

Також дослідники пов'язують створення первинної медичної допомоги (ПМД) та запровадження контракту з лікарем загальної практики-сімейним лікарем зі збільшенням навантаження на лікаря та медсестру, що вивело на перший план питання управління та розподіл робочим навантаженням в ПМД (Department of Health and the Welsh Oce, 1989).

В огляді Wanless Review наводиться теоретичне планування, згідно з яким 20% роботи лікаря на себе можуть перебрати медсестри, що потягне за собою позитивні зміни в організації роботи-(Royal College of Nursing, 2003).

Робінсон (Robinson, 1990) наголошує на необхідності делегувати повноваження лікаря на інших медичних працівників, якщо вони хочуть “впоратися з цим збільшенням робочого навантаження та відповідальності”.

Крім того, можливість перенесення певних своїх повноважень, дозволить лікарям сконцентрувати свою діяльність на більш "серйозних" проблемах. (Jenkins-Clarke, Carr-Hill, 1996) Тобто така співпраця лікаря та медсестри як наслідок приведе до кращого догляду за пацієнтом, забезпечить більшу автономність медсестри та лікаря і перетворить процес роботи на більш ефективний та швидкий.

Вестон у своїй статті описує важливість автономії медсестри та контролю над медсестринською практикою щодо задоволеності працівників та якості та безпеки результатів лікування пацієнтів. В її дослідженнях виявлено, що контроль медсестер над організаційними питаннями є показником задоволеності роботою. Задоволеність, виміряна на рівні організації, показує важливість залучення медсестер до системного мислення, щоб вони мали відчуття розширення можливостей і внеску в діяльність своєї організації. Коли рівень автономії та контролю над медсестринським доглядом високий, дослідження також показали зв'язок із підвищенням продуктивності та покращенням результатів для пацієнтів. Стратегії підвищення автономії, компетентності на практиці, контролю над медсестринською практикою, і прийняття рішень дозволить позиціонувати організацію таким чином, щоб вона продовжувала розвивати свою професійну медсестринську організацію з лідерськими навичками, одночасно підтримуючи позитивні результати для пацієнтів і задоволеність працівників. (Weston, 2010)

На проблеми перерозподілу ролей сучасні українські дослідження намагаються звернути увагу, оскільки багато проблем системи охорони

здоров'я можна уникнути, забезпечивши стійкість системи ПМД.
(Авраменко, 2012)

Однією з основних проблем первинної ланки в Україні є дефіцит кадрів, який призводить до перевантаження практикуючих лікарів та медсестер.

Так, у 2019 році однією з частин проекту USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я» був ситуаційний аналіз, який містив в собі аналіз кадрових ресурсів та рекомендації для подальшої роботи при реформуванні системи охорони здоров'я України.

У висновках автори визначають однією з основних проблем перерозподілу функцій нормативні документи, які обмежують функції та автономність медсестер. Проте, як зазначається у висновках, поширеною є неформальна практика перерозподілу ролей, яку можна прослідкувати у спеціалізованих закладах охорони здоров'я.

Результати досліджень первинної ланки показують, що “лікарі часто виконують роботу, яка належить до функціональних обов'язків середнього медичного персоналу”. (Богдан, Бойко, Василькова та ін., 2019)

Як рекомендації, автори вищезгаданого дослідження стверджують “що поточна реформа охорони здоров'я може внести корективи в кількість і розподіл кадрових ресурсів”, а також говорять про необхідність розробки “методичних рекомендацій щодо функціональних обов'язків, які можуть бути делеговані від лікарів середньому медичному персоналу та немедичному персоналу”, що зможе пришвидшити розвиток та реформування медичної системи в Україні. (Богдан, Бойко, Василькова та ін., 2019)

Отже, питання первинної медицини завжди є актуальним, адже для ефективної допомоги населенню, ПМД повинна відповідати сучасним викликам. Розподіл функцій та ролей між лікарем та медсестрою визначають як один з основних факторів, який впливає на якість роботи первинної ланки. Підсумовуючи, на розподіл впливають освітні та гендерні та класові аспекти.

На основі цих знань, Стейн у 1967 (Stein, 1967) році описує теорію гри «Лікар-медсестра», проте через 23 роки відбулося повторне дослідження, результати якого показують «відхід» від гри у патернах співпраці лікаря та медсестри.

Краус, Белабі та Адамсон у різних формах представляють структури стратегій, які використовують медсестри, такі як отримання вищої освіти, перебирання деяких завдань лікарів на себе, управління окремими робочими зонами, практика за межами лікарні, оволодіння технологіями та об'єднання в профспілки, для забезпечення своєї автономії та покращення професійного становища, проте існують структурні бар'єри та обмеження, які ускладнюють досягнення повної автономії медсестер.

В останні десятиліття роль первинної ланки значно збільшується, як і потреба її реформування для забезпечення якісної допомоги населенню, тому стейкхолдери бачать один з шляхів покращення системи у перерозподілі ролей та функцій між лікарем та медсестрою. Ряд міжнародних досліджень показують позитивні результати, до яких призводить делегування певних завдань лікаря до медсестри, в той час як в Україні поки недостатньо даних для розуміння наявного розподілу ролей і очікувань команд, які надають медичну допомогу щодо бажаного розподілу повноважень.

1.4 Методологія та дизайн дослідження

В даному дослідженні я використовую метод кейс-стаді, який передбачає розгляд конкретного об'єкту чи ситуації, в цьому випадку - дослідження, проведене україно-швейцарським проєктом «Розвиток медичної освіти» і InforSapiens, які провели польовий етап дослідження, який включав різноманітні навчальні тренінги, лекції та інші заходи, спрямовані на всебічний розвиток медсестер, навчання нових функцій, необхідних для розширеної ролі медсестри. Перевагою методу кейс-стаді є те, що він дозволяє отримати більш глибоку інформацію про приховані процеси соціальних відносин, а необхідність дослідження саме конкретних явищ, ситуацій чи об'єктів дає змогу краще зрозуміти та описати соціальну

реальність та унікальність кожної компоненти, при тому надає змогу виділити загальні риси для подальшого узагальнення та дослідження. (Козина, 2004)

В рамках даного дослідження кейс-стаді було використано метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю для збору інформації, адже завдяки цьому методу можна детальніше та глибше розкрити питання автономності, ставлення до ідеї розширеної ролі, та безпосередньо сам досвід проекту, а також перешкоди та проблематику системи сьогодні. Крім цього, метод напівструктурованих глибинних інтерв'ю є ефективнішим, ніж фокус-групи, адже перш за все, полегшує збір інформації, а також створює більш тісний зв'язок між інтерв'юєром та респондентом, даючи можливість показати більше емоцій та відверто казати про різні досвіди, без впливу навколишніх чинників. Але так само, метод має і певні обмеження, наприклад те що дані не можуть бути генералізовані і розповсюджуватись на всю генеральну сукупність.

Під час польового етапу було проведено 5 інтерв'ю в період з 3 по 18 травня, медсестрами та лікарями медичних закладів, які приймають участь у проекті і з 2021 року відвідували ряд навчальних заходів. Гайд інтерв'ю складався з 3 блоків, які стосувалися опису загальної практики медичного працівника, а також ставлення до проекту та ідеї розширеної ролі медсестри, досвіду роботи під час проекту і робочих стосунків та співпраці лікаря та медсестри. Респонденти були проінформовані та дали згоду на запис інтерв'ю, обробку та конфіденційне представлення даних. Тривалість інтерв'ю коливалась від 20 хв до 40 хв, проходили за допомогою онлайн-платформ. Окреме інтерв'ю було транскрибовано та подано як приклад.

РОЗДІЛ 2. ДОСЛІДЖЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ПЕРЕРОЗПОДІЛУ РОЛЕЙ МІЖ ЛІКАРЕМ ТА МЕДСЕСТРОЮ НА ПМД В УКРАЇНІ

2.1 Міжпрофесійні стосунки лікаря та медсестри як фактор впливу на автономність медсестер

Проект розширення ролі медсестри на первиній ланці медицини в Україні мав на меті, перш за все, виявити проблеми сучасної системи ПМД, а також з'ясувати ставлення надавачів ПМД до моделі розширеної ролі медсестри, що могло б знизити навантаження на лікарів, оптимізувати надання медичної допомоги, стабілізувати систему охорони здоров'я, і також вплинути на автономність медсестер, від якої залежить також рівень задоволеності працею. Крім того, однією з частин дослідження було проведення ряду навчань, лекцій та тренінгів, в яких взяли участь переважно медсестри та лікарі (00) медичних закладів України, з метою підвищення рівня навичок медсестер, що уможливлювало перерозподіл та розширення функцій медсестри, їх більшу автономність та самостійність, і тягнуло за собою інші позитивні наслідки для системи надання ПМД, а також допомогло краще зрозуміти необхідні подальші кроки розвитку.

Результати опитування, проведеного україно-швейцарським проектом показали, що більше 25% медсестер незадоволені наявним розподілом ролей між ними та лікарем, а отже, і самою роботою. І, як стверджує Адамсон, часто саме автономність, яка безпосередньо витікає з розподілу ролей, впливає на задоволеність.

Роздуми респондентів стосовно власної автономності підтверджують теорію, виділяючи її відсутність як основну проблему їхньої професійної практики.

“З власного досвіду, це взагалі не була автономність. Ми не могли розмовляти під час розмови, вставляти своє щось ... Нема автономності в медсестер, нема чіткого усвідомлення ми тут, всю роботу, яку робить медсестра це на комп'ютері...” Респондент 2

Про низьку задоволеність роботою також згадують, говорячи про безпосередні завдання медсестри та складові повсякденної практики.

“В нас так получається що лікар приймає хворих, а медсестра ніби секретар, та вона приклад направлення видай, бумажку випиши. Коли прийшла на роботу, я собі думала що взагалі нашо вчилися - щоб талончики виписувати? Я могла і не вчитися для цього, тобто якихось там супер обов'язків в мене не було, це не та робота яку я прям хотіла і щоб вона була моїм покликанням і я людям помагала, бо я їм не допомагала, я талончики писала і звіти заповняла” Респондент 3

“...медсестра зараз лише за компютером, і виконує лише те, що їй сказав лікар. Даже по 504 наказу, вона теж підписує електронним ключем лікаря” Респондент 1

Тобто, за відчуттями медсестер, в сучасні практиці медсестри майже позбавлені будь-якої автономності чи незалежності, що пов'язане з одного боку, з комунікацією з лікарями, їх ставленням та сприйняттям медсестер як додаткового, допоміжного персоналу, і низькою забезпеченістю лікарень, яка помітна у доступі до персонального кабінету, спричиняючи всі умови для залежності всередині команди, а крім того, створюючи підґрунтя для побудови недовіри, що в подальшому тягне за собою ще глибші проблеми комунікації та взаємодії.

“залежність від лікаря полягає в тому що в нас немає свого електронного кабінету, тому ми залежні” Респондент 4

“вони недооцінюють роботу медсестер, бо цей повноцінний член команди, а вони так не сриймають їх” Респондент 5

У своїх дослідженнях Алдоус і Хол стведжують, що повага та/або довіра передбачуваними попередниками, і невідкладними складовими для успішних міжпрофесійних стосунків між медсестрою та лікарем. (Aldous & Hall, 2001 у цит. Pullon, 2008)

Як вже згадувалось, медсестри залежні від лікарів в тому числі через відсутність власних електронних кабінетів та ключів до них, що значно

ускладнює побудову довірливих стосунків, адже сам електронний ключ використовується для підпису, або ж завірення різноманітних медичних документів, тобто для власної роботи медсестрам необхідно використовувати лікарський ключ. Тут і розкривається проблема, адже в критичних ситуаціях будь-яка відповідальність за ті чи інші дії лежить на лікарі, тобто надання доступу до ключа передбачає з одного боку високий рівень довіри між колегами, а з іншого, може підштовхувати до сумнівів та більшого контролю зі сторони лікаря.

“Всю роботу яку робить медсестра це на компютері, і вона підписує електронним ключем лікарем, що ні юридично, ні ... не є правильним, бо в разі чого...” Респондент 2

“На даний час, ну я не знаю, напевно напевне 70% не зовсім єсть таке, знаєте, взаєморозуміння повне, щоб лікар могла довіряти медсестрі... в нас проблема особистого кабінету, якщо в інших можливо є особистий кабінет медсестри, ну можливо якби він був і в нас, то можливо лікар би більше довіряв, і вона під своїм ключем в особистий електронний кабінет зайшла, тоді би питань менше було... На жаль багато лікарів та дуже бояться, можливо немає довіри...” Респондент 4

Але, крім ситуації з електронним ключем, респонденти згадують довіру зі сторони лікарів та керівництва, як важливий фактор, який спонукав до розвитку та додавав впевненості під час участі в проекті, що дозволяло їм швидше та успішніше перебирати на себе нові функції, або ж переходити на самостійний прийом, втілюючи модель розширеної ролі медестри.

“Ну коли лікар бачить що його медсестра прагне до навчання то відповідно в нього і більше довіра до неї, і відповідно ми можемо більше комунікувати, домовлятися що лікар може мені делегувати, я не можу сказати щоб мене були погані комунікації до того, воно було нормально, а просто під час проекту ми вже обговорювали те як ми маємо працювати що ми маємо змінити в своїй роботі і відповідному міняли, те що ми можемо змінити” Респондент 3

“...але при бажанні і при сприянні нашого керівництва закладу і лікаря, з яким я працюю, якось воно все виходило...Вона(лікар) завжди мене підтримує, йде на зустріч, якщо я чогось там не знаю чи прошу повчитись - завжди мені в цьому допомагає” Респондент 1

Але так само питання довіри працювало і в іншу сторону - при нижчому рівні поваги і довіри медсестри більше сумнівались в собі, переживаючи негативні почуття та намагались “виборювати” свої компетенції.

“Ми зіткнулися з недовірою лікарів. Це для мене було трошки дивно, тому що я на роботі цілий день, і я з двома змінами працюю, і бачу і розмовляю. І вони (лікарі) плачуть, їм не вистачає часу. Я ж кажу делегуйте, я тут” Респондент 2

“Ну вони (лікарі) так скептично досить, але будемо працювати, я буду наголошувати, буду говорити за себе частіше. Дуже добре, що підтримує начальство, це наш директор, вона мене підтримає, бо вона бачила цю недовіру” Респондент 2

“Конфлікти теж були, в нас є такі лікарі, які зразу “тааа окремий прийом” - послушали і посміялися. Ну це було трошки принизливо, бо їхні медсестри теж плачуть що їм погано” Респондент 4

Окрім того, важливою складовою набуття автономності та впевненості медсестрами, як лікарі, так і медсестри відзначали довіру зі сторони пацієнтів, визначаючи її як велику проблеми при переході до ролі медсестри з розширеними повноваженнями. Причинами недовіри часто називали усталені в суспільстві стереотипи, наприклад стосовно компетентності медсестер в порівнянні з лікарями.

“Я спочатку трошки сумнівалась наскільки воно зайде нашим пацієнтам, тому що в нас на жаль в українському менталітеті, є таке, ну децю нижча культура поваги до медсестер, чим до лікарів і, ну бувають випадки, коли з питаннями, де дійсно можуть допомогти медсестри, пацієнти навіть чути не хочуть, вони хочуть бачити чи чути чи потрапити до

лікаря і це не зовсім правильно, тому що 90% цих випадків не потребують втручання лікаря” Респондент 5

“Спочатку звісно, довго пацієнти з недовірою відносилися до того, як медсестра буде проводити самотійні прийоми, і до лікаря та майже напевне 80% таких пацієнтів йшли, вони не настільки відчували довіру до медичної сестри, як до лікаря” Респондент 4

2.2 Результати перерозподілу функцій та необхідність подальших змін

Введення ролі медсестри з розширеними функціями у Великобританії та Австралії, а також результати різноманітних міжнародних досліджень показують велику ефективність та позитивний вплив на лікарів та медсестер безпосередньо, а також на функціонування первинної ланки медицини, зниження її навантаження, якості та швидкості надання послуг а також стабілізацію системи охорони здоров'я загалом.

На цей момент в нас ще не було проведено необхідних досліджень чи змін, аби відчувати глобальні наслідки моделі розширеної ролі медсестри, проте вже зараз можна помітити позитивні результати, про які розповідають респонденти.

Так, одним з головних наслідків від перерозподілу ролей, як медсестри, так і лікарі, виділяють підвищення ефективності надання медичних послуг як в командній роботі, так і під час самотійного прийому, на який перейшла певна кількість медсестер. Респонденти часто згадують, що перерозподіл обов'язків дозволив краще розподілити час і обов'язки під час надання послуг, додавши медсестрам більше практики, а лікарям звільнивши час на більш складні випадки, які потребували більш глибоких чи специфічних знань.

“Якщо як повпливало це на мене і на мою роботу, то пацієнти отримують більше інформації, і більш швидше ніж це було раніше” Респондент 5

“Зараз коли медсестра сидить окремо, вона може записати людину на прийом так як і лікар, вона має своє окреме робоче місце, вона має свій

електронний підпис, вона можна консультувати пацієнтів, надавати якісь поради, може здійснювати огляди, які дозволені законодавством, тобто це більше якась автономність” Респондент 4

Крім того, помітне покращення комунікації медсестер з лікарями, як навчання та підтримка зі сторони іншого персоналу повпливали на їх впевненість та самостійність.

“Тобто якщо раніше ми лише слухали, кивали і виконували, то зараз ми вже розповідали лікарям що ми можемо... Нас стали поважати, стали чути” Респондент 2

“Я в першу чергу я задоволена що я є як самостійна одиниця а не секретар лікаря” Респондент 1

Важливою частиною розширення повноважень медсестри є спільність з сучасним превентивним, або ж відновлюючим напрямком медицини, тобто направленість на передбачення та профілактику захворювань, і саме розширена роль медсестри, завдяки більш ефективному перерозподілу обов’язків і приділеному на пацієнта часу дозволяє підтримувати таку модель в українській системі охорони здоров’я, про що згадують респонденти.

“Це приносить позитивні моменти як для пацієнтів так і для лікарів.... дає змогу для лікаря зменшити свій час прийому, і люди, які були записані до мене вже не записується до лікаря, бо немає такої потреби, і це є в першу чергу профілактика захворювань, якою ми займаємось на самостійному прийомі” Респондент 4

“Ну насправді дуже великі плоди, в питанні наприклад, профілактики, на яку в нас(лікарів), взагалі майже ніколи не має часу, і медсестра з радістю бере на себе, розповідає і потім пацієнти якщо якісь окремі запитання залишилися, може після спілкування з медсестрою, то я вже можу уточнити. Але я розумію скільки часу мені це зекономило”

Респондент 5

Як вже раніше згадувалось, Краус в своїх роботах говорить про важливість просування стратегій, а дослідження Адамсона показують

необхідні одночасні структурні зміни в системі охорони здоров'я, які дозволять пришвидшити розвиток системи. Так, автор особливо наголошує на зміні законодавств та організаційних правил, які могли б забезпечити автономність медсестер, про що згадують і респонденти, розповідаючи про наявні проблеми первинної ланки медицини сьогодні.

“Ніби починається щось що медсестра може робити сама, а конкретики і правової бази немає, поки що всі якості розгублена до цього всього відносять, відносяться, і ніби можна, але що саме незрозуміло. тому мені здається що в першу чергу це має бути зроблено вищими органами, прописано, що медсестра може робити, і відповідальність і обов'язки, і тоді буде зрозуміло хто що і на місцях може робити” Респондент 3

“Для медсестри взагалі нормативи погано розписані. Це в загальних фразах, це команда має право на це, команда має право на то, а в комнаді медична сестра і лікар, а виявляється медсестрі фактично нормативно нічого не можна” Респондент 2

Крім того, згадуючи структуру стратегій, які описує Краус, можна прослідкувати схожість з активністю медсестер, яка відбувається зараз. Наприклад, велике прагнення до постійного навчання та розвитку, що допомагає розширити роль та повпливати на самостійність, або ж розуміння та бажання зміни освіти, яку медсестри визначають ланкою, яка потребує терімових та глибоких змін, а також відстоювання самостійності та автономності та краще розуміння професії.

“Як на мене, потрібно міняти освіту в медичних училищах, медичних інститутах, по-друге більше мотивація потрібна для медичних сестер, щоб змінитись, бо їхня неготовність, наприклад, невпевненість в собі...”

Респондент 1

“Коли скажуть що тут медсестра має робити, тут не має, думаю що якщо скаже лікар давай ти мені зроби, я думаю що медсестра все таки наважиться сказати вибачте, але в мене є своя робота. Тому теж важливо

щоб були такі проекти, щоб на рівні саме зараз навчальних закладів все проговорювалось” Респондент 2

“Мені здається що якщо ми будемо в своєму кабінеті працювати то буде більше медсестер залучатися, ми будемо як самотійно одиниці і будемо відповідати за себе, ми будемо відповідати за те що ми написали в електронній системі і це нас підніми на той рівень” Респондент 4

Отже, проблема автономності медсестер на первинній ланці медицини сьогодні яскраво виражена, і впливає як і на медсестер, їх рівень задоволеності, так і на саму систему надання первинної медичної допомоги, створюючи безліч проблем, і самі респонденти розуміли необхідність докорінних змін, в тому числі, у розподілі функцій.

Доступ до електронного кабінету та ключа виділяли як основний фактор, який впливає на комунікацію та побудову довірливих стосунків у команді. Саму ж довіру та повагу медсестри згадували як фактор впливу на їх самопочуття, впевненість та мотивацію змін, в тому числі у перебиранні нових функцій та навчанні, а також згадували довіру від пацієнтів до медсестер як структурну складову, яка потребує нових підходів в роботі.

Важливими результатами перерозподілу функцій, які стали помітними за короткий час респонденти виділяють підвищення ефективності роботи та якості надання послуг, в тому числі через розвантаження лікаря та включення медсестри в практику, а також підтримка моделі превентивної медицини та профілактики захворювань, що краще відповідає сьогоднішнім завданням первинної ланки медицини.

Незважаючи на вже помітні результати, все ще помітними є більш глибокі проблеми системи охорони здоров'я, які потребують глобальних структурних змін зсередини, аби уможливити подальший розвиток та покращення надання медичних послуг на первинній ланці.

ВИСНОВКИ

На сьогоднішній день, важливим фактором, що впливає на ефективність і функціональність всієї системи охорони здоров'я, є роль первинної медичної допомоги (ПМД). Якість і ефективність роботи ПМД визначаються як ключові вимоги, необхідні для забезпечення стабільності медичних закладів і задоволення потреб населення. Тому важливо надати пріоритет оперативності та результативності ПМД у процесі реформування системи охорони здоров'я. Професійна автономія медсестер є складним питанням, пов'язаним з політичними, економічними та соціальними факторами. Розподіл праці в медичній системі та роль медсестер у наданні медичних послуг мають велике значення для їх автономії. Медсестри використовують різні стратегії, такі як отримання вищої освіти, перебирання деяких завдань лікарів на себе, управління окремими робочими зонами, практика за межами лікарні, оволодіння технологіями та об'єднання в профспілки, для забезпечення своєї автономії та покращення професійного становища.

Дослідники вбачають позитивні наслідки розмивання меж розподілу праці, зазначаючи, що це може забезпечити краще медичне обслуговування для пацієнтів та розвантаження лікарів. Проте, існують структурні бар'єри та обмеження, які ускладнюють досягнення повної автономії медсестер, а дослідження цих бар'єрів та формування професійної автономії є важливим завданням яке вимагає уваги до перерозподілу праці.

Більшість дослідників згодні, що перерозподіл ролей може сприяти поліпшенню роботи на первинній ланці охорони здоров'я. Цей розподіл ролей сформувався протягом тривалого періоду під впливом різних факторів, таких як гендерні особливості та освіта, але втратив свою актуальність. Європейський досвід показує позитивні наслідки збільшення повноважень медсестер на первинній ланці, і Україна також прагне до цього. Наявні результати досліджень краще визначають особливості поточного розподілу ролей і дозволяють з'ясувати сприйняття та розуміння своїх ролей та функцій серед лікарів і медсестер. Важливою складовою теперішньої співпраці лікаря

та медсестри, їх комунікації, респонденти визначали доступ до різних ресурсів, основним з яких є персональний електронний кабінет та ключ, що підіймало питання довіри у професійних стосунках. Крім того, довіра відзначалась респондентами як необхідна база для комунікації з лікарем, і ще більшу роль вона почала відігравати при спробі переходу до розширених повноважень, де медсестри очікували на підтримку, допомогу та довіру пацієнтів від лікаря, що значно покращувало результати медсестер, позитивно впливало на їх розвиток, а набуття нових навичок та підвищення якості вже раніше набутих, необхідних для практики, тягнуло за собою поглиблення довіри та підвищення якості комунікації у міжпрофесійних стосунках лікаря та медсестри. Відсутність же довіри, погано налагоджена комунікація швидше негативно впливали на медсестер, спричиняючи більше психологічне навантаження на них, і ускладнювало подальший розвиток та перехід до розширених функцій. Окремо згадується довіра зі сторони пацієнтів та необхідність зміни підходу до комунікацій з ними, в тому числі порушення стереотипів стосовно компетентності медсестер.

Навіть за короткий час введення проекту в дію, вже помітні позитивні результати, основними з яких, в першу чергу є підвищення ефективності надання медичних послуг, а також їх якість. Перерозподіл функцій дозволив включити медсестер у практику, знизивши навантаження на лікаря, надавши їм більше часу для вирішення складних медичних випадків, що, окрім задоволеності лікарів, потягнуло також і підвищення рівня задоволеності медсестер, надало їм почуття автономності та самостійності, а також вплинуло на їх самовпевненість та задоволеність умовами праці.

Розширення ролі медсестри дає змогу прийти до ще одного важливого наслідку, а саме краща відповідність системи надання медичної допомоги сучасним викликам, а саме підтримка превентивної моделі та профілактики захворювань.

Але важливим є розуміння недоліків системи, які сповільнюють, чи іноді, навіть унеможливають розвиток системи та перерозподіл ролей,

наприклад, як відсутність нормативно-правової бази, яка б описувала та закріплювала за медсестрою ті чи інші завдання на законодавчому рівні, що значно полегшило і пришвидшило б розвиток та навчання медсестер, а також можливість повноцінної практики. Окрім того, в юридичні проблеми медсестер також можна включити недостатню забезпеченість електронними ключами та кабінетами, що не дозволяє сепаруватись від лікаря в своїх обов'язках, та унеможлиблює самотійний прийом.

Загалом, вже наявні дослідження міжнародні та українські дослідження показують ефективність моделі перерозподілу ролей та розширеної ролі медсестри, розвиток автономності медсестри, що тягне за собою і підвищення якості наданих послуг, задоволеності роботою персоналом, зниження навантаження на лікарів та розвиток первинної ланки, що впливає і на систему охорони здоров'я в цілому, підтримуючи систему відновлюючої медицини, яка відповідає сучасним викликам. Тому наявні результати показують необхідність подальших, більш глобальних досліджень моделі розширеної ролі медсестри та початку докорінних змін системи охорони здоров'я.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Авраменко Т.П. (2012) Кадрова політика у реформування сфери охорони здоров'я: аналіт. доп. /. – К.: НІСД. – 35 с.
2. Богдан Д., Бойко А, Василькова А. та ін. (2019) Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз. Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я». Київ, 2019.
3. Adamson, B. J., Kenny, D. T., & Wilson-Barnett, J. (1995). The impact of perceived medical dominance on the workplace satisfaction of Australian and British nurses. *Journal of advanced nursing*, 21(1), 172–183.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1995.21010172.x>
4. Allen, D. (1997). The nursing-medical boundary: a negotiated order?. *Sociology of Health & Illness*, 19(4), 498-520.
5. Bellaby, P., & Oribabor, P. (1980). DETERMINANTS OF THE OCCUPATIONAL STRATEGIES ADOPTED BY BRITISH HOSPITAL NURSES. *International Journal of Health Services*, 10(2), 291–309.
<http://www.jstor.org/stable/45130345>
6. Department of Health and the Welsh Office, 1989. General Practice In The NHS; A New Contract. HMSO, London.
7. Fagin, C. (1992) Collaboration between nurses and physicians: no longer a choice. *Academic Medicine*, **67**, 295–303.
8. Fagin, L., & Garelick, A. (2004). The doctor–nurse relationship. *Advances in Psychiatric Treatment*, 10(4), 277-286.
9. Gamamikow E. (1978) Sexual division of labour the case of nursing In *Feminism and Maternalism* (Knhn A. & Wolfe A. eds), Routledge, London, pp 298-320
10. Jenkins-Clarke, S., Carr-Hill, R.A., 1996. Measuring Skill Mix in Primary Care: Dilemmas of Delegation and Divarication. Discussion Paper № 144. Centre for Health Economics, University of York, York.
11. Karen Halliwell, Nurses and doctors at work: rethinking professional boundaries, *Family Practice*, Volume 17, Issue 1, February 2000.

12. Krause E.A. (1977) *Power and Illness: The Political Sociology of Health and Medical Care*. Elsevier, New York.
13. Mackay L. (1993) *Conflicts in Care Medicine and Nursing*, Chapman & Hall, London.
14. Palmer G.R. & Short S.D. (1989) *Health Care and Public Policy: Australian Analysis*. MacMillan, Melbourne.
15. Porter S. (1991) A participant observation study of power relations between nurses and doctors in a general hospital *Journal of Advanced Nursing* 16, 728-735.
16. Pullon, S. (2008). Competence, respect and trust: Key features of successful interprofessional nurse-doctor relationships. *Journal of Interprofessional Care*, 22, 133 - 147.
17. Richards, A., Carley, J., Jenkins-Clarke, S., & Richards, D. (2000). Skill mix between nurses and doctors working in primary care-delegation or allocation: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies*, 37(3), 185–197.
18. Robinson, G. (1990). The future for practice nurses. *British Journal of General Practice* 40, 132-133.
19. Royal College of Nursing (2003) *More Nurses, Working Differently? A review of the UK Nursing Labour Market 2002–2003*. Edinburgh: Royal College of Nursing & Queen Margaret University College.
20. Skår, R. (2009). The meaning of autonomy in nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02804.x>
21. Stein, L. (1967) The doctor–nurse game. *Archives of General Psychiatry*, 16, 699–703.
22. Stein, L., Watts, D. T. & Howell, T. (1990) The doctor–nurse game revisited. *New England Journal of Medicine*, 322, 546– 549.
23. Svensson, R. (1996) The interplay between doctors and nurses—a negotiated order perspective. *Sociology of Health and Illness*, 18, 379-98.

24. Sweet, S. J., & Norman, I. J. (1995). The nurse-doctor relationship: a selective literature review. *Journal of advanced nursing*, 22(1), 165-170.
25. Varjus, R. S., PhD, Leino-Kilpi, R. H., PhD, & Suominen, R. T., PhD. (2011). Professional autonomy of nurses in hospital settings - a review of the literature. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 25(1), 201–207.
<https://doi.org/10.1111/j.1471-6712.2010.00819.x>
26. Weston, M.J. (2010). Strategies for Enhancing Autonomy and Control Over Nursing Practice. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*.

ДОДАТОК А

Гайд інтерв'ю

1. Розкажіть трішки про себе. Чи можете ви пригадати яке у вас ставлення було до ідеї перерозподілу функцій на початку проекту? Та які були очікування стосовно його втілення?
2. В чому полягала ваша робота під час проекту? Що було відмінним від ваших звичайних завдань/режиму роботи? Комунікації з іншим персоналом?
3. Розкажіть трохи більше про сам процес вашої роботи? Які труднощі у вас виникали?
4. Як ви зазвичай себе почували в нових умовах роботи? Чи щось викликало у вас стрес\перенавантаження? Конфліктні ситуації?
5. Як Ви можете оцінити рівень своїх знань відносно ваших завдань?
6. Детальніше про вашу роботу з лікарем. Скажіть будь, ласка, чи змінились якось ваші робочі стосунки/комунікація під час проекту?
7. На вашу думку, наскільки ваша робота пов'язана/залежить від лікаря? Чи відчуваєте Ви залежність від лікаря у своїй роботі? Чи відчуваєте ви себе самостійною ланкою медичної системи? Чи зазнав змін процес співпраці?
8. Що на вашу думку, допомагає, або ж могло б допомогти вам та вашим колегам змінити співпрацю з лікарем? Можливо, покращити ваше професійне становище як самостійного професіонала?
9. Чи вважаєте ви, що в процесі втілення проекту ваше першопочаткове ставлення до проекту змінилося?

ДОДАТОК Б

Транскрипт інтерв'ю

I: Тоді ми будемо починати. Я ще раз нагадаю що інтерв'ю є конфіденційним, буде записуватись і запис не буде розповсюджуватись, а результати інтерв'ю будуть подані вигляді вторинних даних і без уточнення вашої особи. Інтерв'ю на тему розширених функції медсестри на первинній ланці в Україні. Давайте почнемо з того що розкажіть трошки про себе і про вашу роль в проекті.

P: Я працюю в (нерозбірливо) Ювілейний старшу медичної сестрою вже чотири роки. Також я працюю на прийомі з лікарем-педіатром, ми введемо одночасно прийом, в нас є ще є куточок у мене насиленого прийому. З квітня 21-го року здається що я не помиляюсь я беру участь у проекті медсестра з розширеними повноваженнями, де пройшло безліч різних навчань, постійного розвитку, консультації, постійного групи рівних, де ми зустрічаємось, спілкуємось.

I:Окей добре зрозуміла .Дуже дякую і тоді таке питання чи можете ви пригадати, можливо яке у вас було ставлення до ідеї перерозподілу функцій і от розширення ролі медсестри на початку проекту і які були у вас очікування стосовно втілення цього проекту?

P: ну ідея мені сподобалась відразу тому що пройшла реформа в охороні здоров'я, багато чого змінилось і будучи на прийомі з лікарем можна зрозуміти що багато питань можна було дійсно вирішити шляхом якогось розведення лікаря і медсестри, тобто багато клієнтів приходили дійсно за консультаціями або з такими питаннями яким медсестра могла вирішити безпосередньо сама, тому коли ну озвучилась такий проект, я з радістю погодилась тому що це цікаво, це щось нове, це безперервний розвиток, навчання і ну взагалі воно мабуть так і має бути що лікар веде прийом окремо, медсестра окремо.

I: Добре, зрозуміла. Дякую і скажіть тоді будь ласка...Наскільки я розумію може ви це були ваші класичні завдання, може Ви трошки додасте в

чому полягала вашу роботу саме під час проекту, і що було відмінним від ваших можливо звичайних завдань чи класичного режиму роботи?

Р: Ну чогось незвичного якби сказати, я ну не можу, не було ми би навчилися там нас до лікарського прийому, як проводити телефонні консультавання, профілактика постійно, було навчання, розвиток, вдосконалення того можливо навчання чогось чого ми не знали але в більшості це розкриття того потенціалу яким і так мала займатися медична сестра на прийомі просто в нас вона трошки було по-іншому, Медсестра зазвичай біля лікаря сиділа свистувала і виконувала те що ну безпосередньо лікар і говорив, на проекті медсестра зрушила свої повноваженнями, нас навчили більш з особливими випадками, бути більш самостійними щоб ми змогли комунікувати з пацієнт, щоб ми могли з ним вирішувати частину якихось питань, багато навчань було на червоній прапорці, ми з ними працювали якщо ви бачили що пацієнт щось зовсім не так, то ми відразу відправляли до лікаря, і воно нас навчило більш-менш ну якось розділити наші обов'язки тобто лікар певної більш комфорту і медична сестра займається відповідно своєю роботою.

І: Добре дякую і тоді ви вже розказали так більше про процес роботи і скажіть тоді можливо у вас виникали якісь труднощі саме під час проекту під час виконання якихось ваших завдань і повноважень.

Р: ну взагалі таких якихось проблем можна сказати не виникало, в лікарні з якою я працюю, лікар з якою ми в команді вона дуже позитивно відноситься до всіх інновацій до всіх якихось навчань вона з радістю погодилася так само навчати більш щось мене розділити свої обов'язки. Можливо в когось виникали такі якісь питання там що лікар не хотів ділитись там чи керівництво не підтримало то В моєму випадку так склалось що лікар була тільки за керівництво закладу також завжди нас підтримують завжди нам ну ідуть назустріч у будь-яких наших питаннях вирішення їх навчаннях тобто щоб можна було максимально поєднати і навчання і роботу і цей прийом.

I: Окей і тоді далі трошечки продовжуючи ви сказали що труднощі у вас не виникало. Розкажіть як ви зазвичай себе почували от з цим навчанням і в таких нових трохи умовах і можливо щось у Вас викликало якісь стрес чи якийсь ну не перенавантаження а просто якийсь такий ситуації які зазвичай були не присутні в вашому робочому процесі які могли викликати якусь некомфортність чи щось таке?

P: Ні ну в принципі трошечки вплинула на робочий проект тому що навчання було дуже багато потрібно було поєднувати навіть не тільки з роботою а ще й з сім'єю, це потрібно було все так скласти такий якийсь чіткий графік що ми відпрацювати те все але при бажанні і при сприянні нашому керівництву і закладу і лікаря з яким я працюю якимось воно все виходило. Ми вкладались там всі рамки ми навчалися звичайно було страшно бо це було щось невідоме, новий проект, як це все поєднати як воно буде далі і взагалі як у нас підтримують інші колеги інші генетичні спеціали в коментарі тому що ну ли всі будемо таке не з лікарів готові були втратити ну якби такого територіально прийомі Тобто ми звикли що медична сестра сидить тихенько робить роботу лікар сказав написала занесла а тут виходить що медична сестра так уже вийшла з стіни лікаря має впевнено спілкуватись і комунікувати з пацієнтом розпитувати кондувати повноцінно придбав багато лікарів Ну можливо і не хочуть втрачати тому що вони думають що будуть більше звертатись до медичної сестри а до лікаря не будуть. В мене таких проблем не виникало тому що лікар з якою я працюю, я наголошую не було таких, вона завжди мене підтримує і де на зустріч якщо я чогось там не знаю чи прошу повчитись завжди мені в цьому допомагає.

I: Та ну це дуже добре вам значить дуже повезло напевно з вашою та лікаркою. Хм і тоді як ви можете оцінити рівень своїх знань відносно ваших завдань які вам надавалось і чи багато було вам потрібно цього додаткового навчання і цього процесу для того щоб швидше схопити е процес обслуговування пацієнтів?

Р: Взагалі практично навичок в майстром базі мені здається я їм повністю опановую і володію ним так як необхідно в процесі моєї роботи єдине що мені здається можливо я більше навчилася там чи більше була навчань. Це дійсно на консультування пацієнтів на вміння комунікувати на зворотній зв'язок на якусь навіть психологічну підтримку того пацієнта раніше в моїй роботі такого не було. Та зараз зі мною з пацієнтами спілкуємось більш за рахунок її окремого прийому, вони так само можуть телефонувати і у Вайбері. Також я з мамами до року, це кредитування по грудному годуванню, про харчування, про вакцинацію, тобто в такому плані роботи стала набагато більше і за рахунок того матеріалу що нам дав проект і цих всіх навчань ми навчились на них відповідати тримати зворотність, широко контактувати з тих питань які вимагають від нас наші пацієнти.

І: зрозуміло добре. І тоді трошечки повернемося до лікаря і ви вже казали що вас тут дуже гарні стосунки і лікар яка працює з вами, дуже підтримувала і може ви ще трошечки детальніше розкажете саме про вашу роботу і процес і чи змінилися можливо ваші якісь робочі процеси робочі стосунки. Чи якась комунікація саме під час і після проекту взагалі?

Р: під час проекту єдиний нюанс що коли є там на навчаннях або документів такої відрядження і так само конференції і зустрічі в закладі то той момент літер працює одна, відповідно вона має більший об'єм роботи виконувати але воно завжди в тому випадку йшла на зустріч, бо розуміла що це навчання потрібно і мені щоб в подальшому було легше нам працювати, теж там було і так само і тому що після проекту робити дійсно більшого. Пацієнти звертаються до мене і вже не турбують лікаря і від того лікаря це теж до вподоби вона це підтримує і їй це подобається.

І: Окей добре І тоді от ще Можливо трошки більше розкажіть тут наскільки на вашу думку на ваш погляд ваші завдання і робота були залежними від лікаря і саме його якихось рішень зробити порівняння як було раніше? Як ви відчуваєте які зміни прийшли?

Р: важливо просто як на мене як ви були залучені в процес спілкування між в пацієнтом, ця комунікація зараз набагато більше за рахунок окремого по-перше прийому який в мене є, по-друге більше пацієнтів ну лікар побачила що ми прийшли відповідно навчання що я готую, да по харчуванню, здоровому способу життя тому вона любов розуміє що я з цих питань я можу проконсультувати пацієнта і чи пацієнт не затримував час і вона могла мати складними випадками в лікуванні хворих а вже профілактики там

І: добре супер дуже дякую і тоді таке ще одне з заключних питань говорячи просто про вашу співпрацю от з лікарем і то як вона зазнала якихось змін і Як ваше почуття зазнало змін то що на вашу думку допомогло або ж в ідеалі могло б допомогти окрім проекту вам і можливо вашим колегам змінити от робочі процеси покращити його і зробити вас більш окремими двома ланками

Р: Щодо співпраці в команді цей проект надав нам багато можливостей і розуміть того що медсестра може бути окремим учасником прийому залучені лікування так само чи профілактики пацієнта але оскільки нормативно-правове забезпечення ролі медичної сестри що я в Україні не так якось визнано тобто медсестра не може виконувати більш ніж ми можемо нормативно-правовій базі в нас ще зовсім недоторку плюс як на мене потрібно є міняти освіту в медичних училищах медичних інститутах по-друге більше мотивація потрібна для медичних сестер щоб змінити бо їхня не готовність наприклад невпевненість в собі. Ну деякі медсестри не розділяють. Тобто їм не подобається є працювати так і коли вони не хочуть виходити з зони комфорту, так само і лікарі не бажають тобто витратити помічника такого на прийомі які просто виконує все що може бути, тому завдяки тому проекту ми багато вчилися набули багато практичних навичок широко залучаємо також і інших медичних сестер до участі у проектах і в інших ну в інших заходах які проходять. А ще один з нюансів отого лікаря що не завжди є можливість проведення окремих прийомів Тобто ви не

вистачання кабінетів наприклад це основна з тих причин є-є коли лікар і медична сестра змушені працювати в одному комбінеті тому що в закладі недостатньою кількістю кабінетів по впевнений для такого прийому.

I: зрозуміла Добре. Та тоді таке напевно заключне питання чи вважаєте ви що от в процесі втілення проекту ваша першопочаткове ставлення якесь до проекту змінилося чи взагалі Які у вас в результаті погляди на цей проект I от саме на цю модель перерозподілу функцій і чи бачите ви в тій ідеї якесь майбутнє в Україні?

P: спочатку участь у проекті це було щось таке невідоме, незрозуміло ну медсестра з розширеними повноваженнями що це означає... Тобто це нас наголос більше працювати щось робити там ми отримаємо всі працюємо того невідомо наскільки але при перших вже тренінгах при першому знайомстві з керівниками проекту з організаторами проекту ми зрозуміли що це буде щось, далі можна сказати мега круте що будуть зміни, і вже є. Після навчання зміни в свідомості в нашій свідомості змінюється відношення пацієнта до ролі медичної сестри ми навчилися, як кажу комунікувати взагалі краще ставитись до своєї професії, тобто Ми зрозуміли що медсестра це важливо, ми навчилися як кажу комунікувати взагалі краще ставитись до своєї професії тобто Ми зрозуміли що медсестра це окремо посада яка виконує свої завдання, тому проект повпливав дуже сильно на наше яке ну сприйняття того що ми виконуємо взагалі круто позначився даже на своєму якомусь такому справді тільки можеш більше ніж просто сидіти і виконувати те що тобі скаже лікар.

I: Добре тоді дуже вдячна за відповіді, в мене більше немає питань.