

КИЇВСЬКА ШКОЛА ЕКОНОМІКИ

МАГІСТЕРСЬКА ПРОГРАМА З ПУБЛІЧНОЇ ПОЛІТИКИ ТА ВРЯДУВАННЯ

**ДИПЛОМНА РОБОТА**  
**«ПОЛІТИКА РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА В УКРАЇНІ. ЯК ВИРШИТИ**  
**ПРОБЛЕМУ НИЗЬКОЇ ЯКОСТІ ТА ДОСТУПНОСТІ ПОСЛУГ МЕДИЧНОГО**  
**ДОГЛЯДУ УКРАЇНЦІВ»**

Виконавець Балабанова Катерина

Наукова керівниця Тетяна Тищук, кандидат економічних наук

Для здобуття освітнього ступеня магістр

за спеціальністю 281 «Публічне управління та адміністрування»

## ЗМІСТ

<b>ПРОБЛЕМА ПОЛІТИКИ</b> .....	<b>5</b>
<b>МАСШТАБ</b> .....	<b>6-7</b>
<b>ГОСТРОТА</b> .....	<b>7-10</b>
<b>ДИНАМІКА</b> .....	<b>10-12</b>
<b>АНАЛІЗ СТЕЙКХОЛДЕРІВ</b> .....	<b>12</b>
<b>ПАЦІЄНТИ</b> .....	<b>12-13</b>
<b>МЕДИЧНІ СЕСТРИ ТА БРАТИ</b> .....	<b>13-14</b>
ВИНАГОРОДА ЗА ПРАЦЮ.....	14-15
КЕРІВНИКИ МЕДСЕСТРИНСТВА.....	15
МОЛОДШИЙ МЕДИЧНИЙ ПЕРСОНАЛ.....	18
<b>ЛІКАРІ</b> .....	<b>18</b>
<b>КЕРІВНИКИ ЛІКАРЕНЬ</b> .....	<b>19</b>
<b>ОСВІТНІ ЗАКЛАДИ</b> .....	<b>20</b>
<b>ОБЛАСНІ ДЕРЖАВНІ АДМІНІСТРАЦІЇ, СТРУКТУРНІ ПІДРОЗДІЛИ ОБЛАСНИХ ДЕРЖАВНИХ АДМІНІСТРАЦІЙ, МІСТА КИЄВА</b> .....	<b>22</b>
<b>ОБЛАСНІ, МІСЬКІ, РАЙОННІ РАДИ</b> .....	<b>22</b>
<b>КАБІНЕТ МІНІСТРІВ УКРАЇНИ, МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ, ВЕРХОВНА РАДА УКРАЇНИ</b>	<b>22</b>
<b>ЦІЛІ ПОЛІТИКИ ТА ІНДИКАТОРИ ЇЇ УСПІШНОСТІ</b> .....	<b>23</b>
<b>Ціль політики</b> .....	<b>23</b>
<b>Індикатори успішності</b> .....	<b>23</b>
<b>ВАРІАНТИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ</b> .....	<b>23</b>
<b>ПРАВОВІ ІНСТРУМЕНТИ ДЕРЖАВНОЇ ПОЛІТИКИ</b> .....	<b>25</b>
Розширення повноважень медичної сестри та брата.....	25-27
Статус-кво. Медсестринська професія не самостійна, залежна від лікаря.....	27
Впровадження понять «догляд», «медсестринська практика» на рівні закону.....	27-28
Статус-кво. Відсутність поняття медсестринського догляду, як частини медичної послуги.....	28
Впровадження приватних медсестринських послуг.....	28
Статус-кво. Медична сестра/брат не можуть надавати послугу як фізична особа підприємець....	28
<b>ОРГАНІЗАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ</b> .....	<b>28</b>
Самоврядування медсестринської професії.....	28-29
Альтернативна політика. Медсестринський професійний орган діє як урядова установа.....	29
Статус-кво. Медсестринський професійний орган діє як громадська організація.....	30
<b>КАДРОВІ МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ</b> .....	<b>30</b>
Сертифікація медичних працівників, професійний стандарт.....	30-32
Альтернативна політика. Введення системи нарахування балів для підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій.....	32
Статус-кво. Підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій.....	32
<b>МОТИВАЦІЙНІ МЕХАНІЗМИ ДЕРЖАВНОГО УПРАВЛІННЯ</b> .....	<b>32</b>
Медсестри та брати долучені до прийняття управлінських рішень.....	32

СТАТУС-КВО. МЕДСЕСТРИ ТА БРАТИ ЗАЙМАЮТЬ ПОСАДИ ГОЛОВНОЇ ТА СТАРШОЇ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР, МЕДИЧНОГО ДИРЕКТОРА. ....	33
<b>ІНФОРМАЦІЙНІ ІНСТРУМЕНТИ</b> .....	<b>33</b>
ЄДИНИЙ ЕЛЕКТРОННИЙ РЕЄСТР МЕДСЕСТРИНСТВА ТА МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ З НЕПОВНОЮ ВИЩОЮ ОСВІТОЮ. ....	33
АЛЬТЕРНАТИВНА ПОЛІТИКА. РЕЄСТР МЕДИЧНИХ ПРАЦІВНИКІВ, КОТРІ НАДАЮТЬ МЕДИЧНІ ПОСЛУГИ ЗА ПРОГРАМОЮ ДЕРЖАВНИХ ФІНАНСОВИХ ГАРАНТІЙ.....	33
СТАТУС-КВО. ЗБІР СТАТИСТИЧНИХ ЗВІТНИХ ФОРМ ДЗ «ЦЕНТР МЕДИЧНОЇ СТАТИСТИКИ МОЗ УКРАЇНИ» .....	33
<b>ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ</b> .....	<b>34</b>
<b>КРИТЕРІЇ ДЛЯ ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ</b> .....	<b>34</b>
ПЕРЕВАГИ ПОЛІТИКИ ДЛЯ ЗДОРОВ'Я НАСЕЛЕННЯ.....	34-35
АДМІНІСТРАТИВНА ДОЦІЛЬНІСТЬ.....	35
СТАВЛЕННЯ СТЕЙКХОЛДЕРІВ.....	35-38
<b>ВИКЛИКИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ</b> .....	<b>38</b>
<b>ВПРОВАДЖЕННЯ ПОЛІТИКИ РОЗВИТКУ МЕДСЕСТРИНСТВА</b> .....	<b>38</b>
ОПЕРАЦІЙНА ЦІЛЬ 1. ЗАБЕЗПЕЧЕНО ПРЕСТИЖНІСТЬ ТА САМОСТІЙНІСТЬ МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ПРОФЕСІЇ.....	38
ОПЕРАЦІЙНА ЦІЛЬ 2. СТВОРЕНА МОТИВАЦІЙНА СИСТЕМА ДОПУСКУ ДО МЕДСЕСТРИНСЬКОЇ ПРОФЕСІЇ.....	38
ОПЕРАЦІЙНА ЦІЛЬ 3. ВПРОВАДЖЕНА ЯКІСНА ПІДГОТОВКА ЗА МЕДСЕСТРИНСЬКИМИ СПЕЦІАЛЬНОСТЯМИ ЗА ПРИНЦИПОМ «НАВЧАС ПРАКТИК-ПРОФЕСІОНАЛ» .....	39
<b>СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ</b> .....	<b>40-46</b>
<b>ДОДАТОК 1. АНАЛІЗ ДАНИХ СЕРВІСУ ОНЛАЙН-ОБ'ЯВ OLX.UA</b> .....	<b>47</b>
<b>ДОДАТОК 2. ВИТЯГИ З ІНТЕРВ'Ю</b> .....	<b>48-49</b>
<b>ДОДАТОК 3. АНАЛІЗ СОЦІАЛЬНИХ МЕРЕЖ</b> .....	<b>50</b>
<b>ДОДАТОК 4. ОСВІТНІ ЗАКЛАДИ УКРАЇНИ, ЩО ГОТУЮТЬ ФАХОВОГО МОЛОДШОГО БАКАЛАВРА</b> .....	<b>51-52</b>
<b>ДОДАТОК 5. ОСВІТНІ ЗАКЛАДИ УКРАЇНИ, ЩО ГОТУЮТЬ БАКАЛАВРА З МЕДСЕСТРИНСТВА</b> .....	<b>54</b>
<b>ДОДАТОК 6. ОСВІТНІ ЗАКЛАДИ УКРАЇНИ, ЩО ГОТУЮТЬ МАГІСТРА З МЕДСЕСТРИНСТВА</b> .....	<b>55</b>
<b>ДОДАТОК 7. АНКЕТА ОПИТУВАННЯ РЕСПОНДЕНТІВ</b> .....	<b>56-69</b>
<b>ДОДАТОК 8. КОД R</b> .....	<b>70-73</b>

**Анотація.** Зміна фінансування системи охорони здоров'я України привела до критичного загострення проблеми низької якості та доступності послуг з медичного догляду для пацієнта на дому та в закладах охорони здоров'я, що надаються медичними сестрами і братами. Впровадження набору правових, кадрових, організаційних та мотиваційних інструментів політики дасть можливість вирішити проблему. Політика розвитку медсестринства є пряма інвестиція в людський капітал країни. Медсестринська професія має великий соціальний запит у суспільстві, ефективна в ранній профілактиці неінфекційних, інфекційних та онкологічних захворювань, догляді, адвокації і навчанні пацієнтів, супроводі паліативних хворих, людей похилого віку, наданні медичної допомоги на всіх ланках охорони здоров'я.

**Ключові слова:** публічне управління, інструменти політики, послуги медичного догляду, медсестринство, охорона здоров'я.

**Кількість слів:** 9 755

*Кого першим ви зустрічаєте, коли звертаєтесь за медичною допомогою? Хто питає, що вас турбує і до якого лікаря ви прийшли? Хто ретельно фіксує ваші дані та веде документацію в системі по вашому зверненню? Тримає за руку перед та після операції? Допомагає робити перші складні кроки шляхом до одужання? Є опорою для хворого та його рідних при страшому діагнозі, вчить як жити з хворобою, робити повсякденні справи по-іншому. Нарешті, хто перший тримає вашу дитину? Допомагає вашим батькам під час хвороби, коли вас фізично немає поруч? Супроводжує, підтримує, вакцинує, доглядає, співчуває. Робить все, на що у лікаря не вистачає часу. Медична сестра. Медичний брат (Балабанова, 2020).*

## ПРОБЛЕМА ПОЛІТИКИ

Проблема цієї політики - низька якість та доступність послуг з медичного догляду, спостереження, профілактики та маніпуляцій для пацієнта на дому та в закладах охорони здоров'я.

Медичний догляд, спостереження та маніпуляції є частиною будь якої медичної допомоги. Це саме та частина медичної послуги, котру надають медичні сестри і брати. Фактично, вони відповідають на потреби здоров'я людей у будь-яких умовах та впродовж усього життя (World Health Organization, 2018, р. 3). Медсестринська практика включає забезпечення зміцнення здоров'я, профілактику захворювань та догляд за хворими, людьми з інвалідністю та тими, хто помирає (International Council of Nurses, 2002). Не завжди просто описати та визначити, що таке медсестринство. Серед великої кількості визначень медсестринської практики, найбільш відоме і цитуємо визначення Вірджинії Хендерсон, котра сформулювала його в своїй роботі «Базові принципи сестринського догляду» в 1969 році. Унікальна функція медсестер полягає у допомозі хворими та здоровим людям у діяльності, яка сприяє підтримці здоров'я, одужанню або достойному вмиранню, яку б вони могли виконувати самі, якщо б мали достатньо сил, волі або знань, та зробити це у такий спосіб, щоб якнайшвидше допомогти їм відновити незалежність (Henderson, 1969 as cited in WHO Expert Committee on Nursing Practice & World Health Organization, 1996, р. 8), (Henderson, 2006, р. 22).

Хоча послуги з медичного догляду, спостережень та маніпуляцій на практиці виконують медичні сестри та брати, формально за надання усіх медичних послуг відповідає лікар. Згідно з українським законодавством, лікар надає усі види медичної

допомоги, включаючи первинну, спеціалізовану та високоспеціалізовану. У базовому законі про охорону здоров'я (Закон України “Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення”, 2018) слово “медсестри” згадується лише 3 рази і лише у статті, де йдеться про професійні права та пільги (слово “лікар” зустрічається 50 разів).

Світові тренди свідчать, що медсестринська практика все більше формується як окремий вид медичних послуг (American Nurses Association, 2020). Разом з тим, українське законодавство її не визначає і не регулює. Медичні сестри та брати не можуть самостійно надавати послуги з догляду. Пункт 1 Статті 7 «Перелік видів господарської діяльності, що підлягають ліцензуванню» Закону України «Про ліцензування видів господарської діяльності» передбачає «медичну практику», проте не містить «медсестринську практику» (Верховна Рада України, 2015).

### **Масштаб**

Відповідно до досліджень Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ), медичні сестри можуть бути ефективними при боротьбі з інфекційними та неінфекційними захворюваннями. ВООЗ рекомендує розглядати медсестринство, як частину медичної спільноти, котру поєднує спільна практика. Медсестри та акушерки мають вирішальне значення в наданні основних медичних послуг і є основою в зміцненні системи охорони здоров'я. Вони можуть працювати як самостійно, так і як члени або координатори професійних команд. Вони допомагають підтримувати якість життя людей у старості, щоб вони мали можливість вести активний спосіб життя. Тим часом, з іншої сторони, вони можуть сприяти зменшенню смертності новонароджених, немовлят та матерів, враховуючи супровід народження дитини та надання догляду за новонародженими. Вони надають широкий спектр послуг у лікарнях, від нещасних випадків та надзвичайних ситуацій до паліативної допомоги. І як ключові гравці в кризових та післякризових ситуаціях вони вносять свій внесок у аспекти комунікації з ризиками, планування реагування та багатосекторальні програми участі у програмах готовності до надзвичайних ситуацій; надають послуги, починаючи від лікування травм до психічного здоров'я та реабілітації при посттравматичному синдромі (World Health Organization, 2018, p. 6), (Health Professions Networks, Nursing and Midwifery Office, Department of Human Resources for Health, & World Health Organization, 2010).

Щорічно в Україні фіксується близько 27 млн випадків, коли пацієнти мають справу з медичною сестрою та братом (27,3 млн в 2016, 26,6 млн у 2018). Це випадки, коли людина звертається до сімейного лікаря або лікарні за допомогою, лікуванням, доглядом, потребує проведення обстеження, інструментальних досліджень, медичних маніпуляцій тощо. Жодна медична послуга не надається без залучення медичної

сестри. Останні дослідження свідчать, що зареєстровані медсестри проводять від 35% до 46% свого робочого дня біля ліжка пацієнта (Hurst, 2014).

На кінець 2017 року 14,2 млн осіб перебуває під диспансерним наглядом (Кармазіна, 2018, р. 42). Захворюваність на новоутворення в 2017 році склала 366 тис. випадків, хвороби ендокринної системи - 393 тис. випадків, органів дихання - 12 млн. випадків, хвороби системи кровообігу - 1,8 млн. випадків (Кармазіна, 2018, р. 34).

Надання допомоги людям з хронічними захворюваннями складає близько 78% всіх витрат на охорону здоров'я (Nugent, 2008, р. 71). В світі неінфекційні захворювання викликають 38 мільйонів смертей щороку, смертність від серцево-судинні захворювань становить 17,5 млн осіб на рік, від раку 8,2 млн, респіраторних захворювань 4 млн, діабету 1,5 млн осіб (World Health Organization, 2018, р. 13).

### Гострота

У 2017 році уряд розпочав реформу системи охорони та вже запустив зміни у первинній ланці медичної допомоги. Це складні, проте необхідні трансформації, які болісно сприймають і пацієнти, і медична спільнота. На цьому етапі послуги з медичного догляду поки не були у системі пріоритетів реформи. Проте, розвиток цих послуг міг би суттєво пом'якшити її перебіг.

Більшість пацієнтів потребують не лише послуги з лікування, а і медичного догляду. Багато з них не мали б потребу звертатися до лікаря, якщо б мали доступ до якісної медсестринської послуги. Сьогодні в Україні лише п'ята частина населення позитивно оцінює динаміку якості державних медичних послуг, а 37% побачили погіршення за даними опитування Соціологічної групи «Рейтинг» у травні 2019 року (Графік 1, зроблений у MS Excel).

Якщо пацієнтам потрібно постійно звертатися за медичною допомогою, у нього виникають відчуття розгубленості, невпевненості, страху. «Вас, Вашого родича чи друга виписали з лікарні з хворобою, що визнана невиліковною. Що робити? Куди бігти? Як організуватися, щоб створити умови та підтримати? Як не зійти з глузду від стресу та страху?», саме так починається книга Анастасії Леухіної «Зовсім не страшна книга. Про життя, смерть і все, що між ними» (Леухіна, 2020, р. 10). Ця книга описує 55 історій пацієнтів та їх родичів, котрі напряду зіткнулися з потребою в доступній та якісній послугі з догляду. Авторка пише, саме відсутність цих послуг в необхідному обсязі в Україні протягом певного часу, стала причиною написання цього посібника.

Тривалий занепад системи охорони здоров'я та невизначеність щодо перспектив перебігу реформи позначилася на медичних працівниках. Останні роки в системі охорони здоров'я нагальною стала проблема недостатньої кількості медичних кадрів. Загалом у 2017–2018 рр. кількість лікарів зменшилася на 2.7 тис осіб, а кількість середнього медичного персоналу – на 17.0 тис осіб. Це скорочення відбувалося майже

вдвічі швидше, ніж у 2016-2017. Це зменшення спостерігається саме за рахунок медичних сестер, акушерів та фельдшерів: у 2017-2018 кількість акушерів скоротилася на 8.4% (найбільше скорочення з 1993 р); кількість фельдшерів - на 5.4%, а медичних сестер – на 4.3%. (Богдан, et al., 2019, р. 22).



За відсутності легальних способів у пацієнтів звернутися за медсестринською послугою, а у медсестер надавати її самостійно, сформувався тіньовий ринок цих послуг.

Для того, щоб оцінити, який набір послуг надається на цьому ринку, ми здійснили польові дослідження. Існує декілька способів знайти надавачів послуг з догляду. Щоб ідентифікувати ці способи був здійснений аналіз текстів постів у спільнотах соціальних мереж, пов'язаних з медициною (Додаток 3). Також були проаналізовані оголошення, де пропонуються окремі медсестринські послуги у сервісі онлайн-об'яв olx.ua. Обсягу та вартості послуг на тіньовому ринку були порівнянні зі схожими послугами, які надають приватні лікарні. Вартість послуг приватних лікарень очікувано виявилася суттєво вищою.

При аналізі текстів постів та коментарів в спільнотах соціальних мереж відповідного профілю найбільш частим запитанням є: «Де знайти медсестру додому?»



Найбільш часта відповідь: «Шукайте у відділеннях лікарень». Тобто більшість так званих зустрічей «продавця» та «клієнта» відбувається нелегально, без контролю якості та формування прозорої ціни. Ці послуги не оподатковуються. В таких обставинах пацієнт буде вимушений погодитися на ціну, котру йому пропонують. Бо вона сформована працівниками одного відділення, лікарні. А також конкуренція між кращими медичними працівниками та гіршими не відбувається. Тобто, в умовах відсутності правового регулювання медсестринської послуги за межами лікарні, програє як пацієнт, так і медична сестра та брат.

У сервісі olx.ua було відібрано 252 унікальних оголошення щодо надання медсестринської послуги, які були розміщені на цьому ресурсі станом на 15 січня та у попередні 2 тижні. Надавачі послуг знаходилися у 17 областях України та місті Києві, оголошення обиралися з рубрик Бізнес та послуги/няні, доглядальниці та Бізнес та послуги/Краса, здоров'я/Медицина сервісу онлайн-об'яв olx.ua протягом січня 2020 року. Щоб уточнити обсяг послуг та дізнатися їх вартість, було зателефонувала за вказаними в оголошеннях номерами.

У випадку, коли надавачем послуги з догляду та виконання маніпуляцій за призначенням лікаря є безпосередньо медична сестра/брат, ціна на послугу є доступною для широкого кола користувачів. Вартість складає від 50 грн «за укол» до 300 грн «за велику пляшку крапельниці». З іншого боку якість послуги залежить від долі, не відомо навіть, чи є медична освіта у надавача послуги. Тобто користувач залишається повністю не захищеним.

Досліджувалися пропозиції як безпосереднього догляду за пацієнтом, що знаходиться в ліжку (купання, перестилання ліжка, обробка пролежнів), а також виконання медичних маніпуляцій – внутрішкірні, підшкірні, внутримязові та внутрішньовенні ін'єкції, інфузії. Догляд за пацієнтом пропонують переважно люди без медичної освіти: молодші медичні сестри, санітарки, доглядальниці. Виконання медичних маніпуляцій на дому пропонують люди, хто в об'явах зазначають наявність у них медичної освіти. Хоча, враховуючи термінологію, котру використовувала більшість надавачів послуг, можна зробити висновок, що вони володіють дуже низькою кваліфікацією. «Поставити укол» замість ін'єкції, «велика/маленька пляшка» замість об'єму призначеної лікарем інфузійної терапії. Хоча треба зазначити, що часто було чути запитання про наявність призначення лікаря лікувальних засобів, які необхідно було вводити в результаті медичних маніпуляцій.

Приватна послуга з догляду, що надається на дому за умовами чинного законодавства під наглядом лікаря приватним закладом охорони здоров'я, коштує завелику ціну. Наприклад, послуга служби «Добробут. Патронаж» надається «патронажним фахівцем» під наглядом лікаря (Добробут, 2020). Очікувано, що в даному випадку якість буде контролювати лікарня проте така послуга є дорогою (1000 грн за один виклик) та доступною лише вузькому колу пацієнтів.

## Динаміка

Ситуація з якістю і доступністю послуг з догляду багато років не змінювалася. В умовах реформи (Верховна Рада України, 2018) всі проблеми, які накопичувалися раніше, стають більш видимими. Зокрема, при зміні системи фінансування керівники лікарень можуть недооцінити важливість медсестринських послуг, не розвивати у своїх лікарнях послуги з догляду, не вважати їх необхідними для скорішого одужання та забезпечення належної якості життя з хворобою. Це може негативно позначитися на стані здоров'я пацієнтів. Якщо керівники лікарень не розвиватимуть медсестринські послуги, це може призвести до суттєвого погіршення якості усіх медичних послуг в цілому.

Ризики від таких рішень керівників лікарень можуть призвести до соціальної напруженості у середовищі медсестер (Таблиця 1). Якщо керівники не приділятимуть достатньо уваги медсестринським послугам, мотивовані працівники відчуватимуть невизначеність щодо їх подальшого професійного розвитку та йтимуть з державних лікарень або втратили інтерес до цієї роботи. Оскільки тарифна сітка вже не буде діяти, на всіх ланках надання медичної допомоги, є багато невизначеностей у очікуваннях медсестер щодо подальших умов та оплати їх роботи. Сьогодні обсяг винагороди за працю фіксується в колективних договорах (Балабанова, 2020). Теоретично, медсестри можуть встановлювати у колективних договорах свої умови проте, чи вдасться їм на практиці привернути увагу до важливості їх послуг та переглянути договори на користь розвитку їх професії, поки не відомо.

**Таблиця 1.**

*Кількість середнього медичного персоналу в Україні (Кармазіна, 2018, р. 28)\**

2015 рік	2016 рік	2017 рік
371 736 осіб	366 756 осіб	360 416 осіб

*Примітка.* \*інформацію наведено без урахування тимчасово окупованої території Автономної Республіки Крим, м.Севастополя та частини тимчасово окупованих територій у Донецькій та Луганській областях.

Поки що послуги медсестер детально не прописано у тарифах на закупівлю медичної послуги в постанові Кабінету міністрів України №65 від 5 лютого 2020 року "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році". Пакети медичних послуг, які фінансуватиме держава згідно з програмою медичних гарантій, передбачають догляд, спостереження та маніпуляцій для більшості видів послуг. Проте, слово "медсестра" жодного разу не зустрічається у цьому документі, слово "лікар" зустрічається 76 разів (Постанова Кабінета міністрів

України від 5.02. 2020 №65 "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році", 2020).

Процедура закупівель медичних послуг передбачатиме дотримання надавачами умов надання послуг та специфікацій на конкретні послуги/групи послуг (Національна служба здоров'я України, 2020). В переліку цих послуг навіть надання паліативної допомоги дорослим і дітям, які знаходяться вдома, передбачено мобільними паліативними бригадами, тобто окремої послуги з догляду не передбачено.

Кваліфікаційні вимоги до медичних сестер та братів спираються на чинні нормативно-правові акти України, застарілі по суті, котрі не відповідають принципам конкурентного ринку. Згідно з умовами пакету гарантованих медичних послуг, працівники, які надаватимуть медичну допомогу, повинні відповідати єдиним кваліфікаційним вимогам, встановленим чинними нормативно-правовими актами, які не відповідають сучасним вимогам ринку та світовим трендом розвитку медсестринської справи (Кабінет Міністрів України, 2016), (Кабінет Міністрів України, 2020), (Міністерство охорони здоров'я, 2002), (Міністерство охорони здоров'я, 2007), (Міністерство охорони здоров'я, 2019).

Процедури атестації медсестер (Міністерство охорони здоров'я, 2007), поки не були оновлені. На відміну від лікарів, для яких процедури ліцензування були переглянуті (Міністерство охорони здоров'я України, 2019), медичні сестри і брати не отримали конкурентного механізму отримання і підтвердження кваліфікації, котрий додав би їм впевненості у власних професійних навичках.

Аналіз текстів нормативно-правових актів України, що регулюють кваліфікаційні вимоги до медичних працівників в реформі, показав наступне. В нові ринкові конкурентні умови фінансування та функціонування системи охорони здоров'я України медсестринство входить несамостійним, конкурентним, без прозорих умов професійного зростання, покращення знань та умінь, можливостей побудови кар'єри.

Відповідно, найбільший супротив, страх перед медичною реформою йде від медичних працівників середньої та молодшої ланок. Аналіз текстів в соціальній мережі Facebook зафіксував активність руху #БудьякНіна. Група з 50 000 учасників перейшла в off-лайн. Її лідери ініціювали акції перед Верховною Радою, Адміністрацією президента, Кабінетом міністрів України, Міністерством охорони здоров'я України з вимогами про зупинення медичної реформи та негайним підняттям заробітної плати. Фізично кількість учасників акцій не перевищила 200 осіб в одному місті. Акції пройшли в Києві, Львові та декількох містах України.

## АНАЛІЗ СТЕЙКХОЛДЕРІВ

### Пацієнти

Для характеристики розповсюдження та ступені впливу на пацієнта будь якого захворювання в медичній статистиці використовуються поняття захворюваності і смертності. Медсестринська практика, послуга з догляду не потребує додаткового обладнання, особливих спеціальних умов, котрі могли б стати бар'єром між потребою в догляді та кількістю випадків захворювання.

В 2017 році в лікарнях заклади було госпіталізовано 8,3 млн. осіб, загальна захворюваність склала 26,6 млн. випадків, коефіцієнт смертності - відношення кількості померлих протягом року до кількості населення склав 14,5‰ (Кармазіна, 2018).

Чи задоволені пацієнти якістю надання медичних послуг? За результатами опитування Соціологічної групи Рейтинг 58% опитуваних на запитання «Як би ви оцінили рівень первинної медицини в Україні: сімейних лікарів і лікарів загальної практики (консультації лікаря, діагностика та лікування поширених хвороб, травм, отруєнь тощо)?» відповіли «Дуже добре», «добре», «Задовільно». На питання «Як би ви оцінили рівень вторинної медицини в Україні: лікарів, які мають відповідну спеціалізацію і можуть забезпечують спеціальне консультування, діагностику та лікування (наприклад, спеціалізована хірургічна операція)?» позитивну оцінку дали 52% опитуваних (Соціологічна група Рейтинг, 2019).

Необхідно відокремити поняття медичної послуги та сестринської послуги з догляду, впровадження медсестринського процесу (оцінки загального стану пацієнта, планування, проведення та оцінки результатів проведених сестринських втручань) у напрямках основ сестринської справи, медсестринства загальної практики сімейної медицини, медсестринства в хірургії, в терапії, в акушерстві та гінекології, в педіатрії, невідкладних станів на рівнях екстреної, первинної, вторинної (спеціалізованої), третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги в системі охорони здоров'я (Шегедин, 2017).

В «Зовсім не страшна книга. Про життя та смерть і все, що між ними» автор описує очікування пацієнтів від медичних працівників наступним чином. Медперсонал теж важко переносе погані новини, і це впливає на їхній емоційний стан. Їх не вчать працювати з людьми, вони не навчені підтримувати себе та пацієнтів. Вони сильно вигорають ще й тому, що в наших умовах не передбачено вихідних днів чи психологічної підтримки, щоб впоратися зі смертю пацієнта, - бо їм теж треба впоратися з поганими новинами. Вони теж часто відчувають безпорадність чи злість, що не врятували, і часто уникають контакту з родичами, щоб раптом це не було помітним (Леухіна, 2020).

Існує пасивна суспільна думка, що медсестри і медбрати не є авторитетними і важливими в медичній сфері.

### Медичні сестри та брати

За даними статистичних звітних форм Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47) станом на 31.12.2018 року в закладах охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я України працює 313 412 фізичних осіб середнього медичного персоналу (Заболотько, Якименко, Стешенко, & Харкевич, 2019, р. 27). 67% медичних працівників України займають посади середнього медичного персоналу.

#### Таблиця 2.

*Дані про молодших спеціалістів з медичною освітою в закладах системи МОЗ України в 2018 році (Заболотько, Якименко, Стешенко, & Харкевич, 2019, р. 56)*

фельдшери	акушерки	медичні сестри в усіх закладах
30 232 осіб	15 959 осіб	229 980 осіб

В 2018 році протягом 54 нарад в 15 областях України для визначення були обговорені нагальні проблеми медсестринства. В нарадах прийняли участь до 5 000 головних, старших медичних сестер і братів, працівники всіх ланок медичної допомоги, керівники та представники професійних громадських організацій, департаментів охорони здоров'я обласних адміністрацій, керівники та представники закладів освіти, котрі готують медичних сестер і братів. Було визначено наступні ключові точки обговорення:

- 1) умови праці: заробітна плата та навантаження на медичну сестру;
- 2) відсутність попиту на вищу медсестринську освіту в практичній охороні здоров'я;
- 3) низка якість, неефективність та корумпованість існуючої системи атестації та підвищення кваліфікації;
- 4) посилення ролі вищого менеджменту медсестринства на всіх рівнях прийняття рішень;
- 5) застаріла нормативна база, що регулює питання медсестринства, потребує оновлення;
- 6) неповажне відношення до професії медсестра у суспільстві;
- 7) дефіцит медичних кадрів в системі охорони здоров'я.

Аналогічні обговорення проблем наприкінці 2019 – початку 2020 років були зосереджені виключно на умовах праці. Люди визначали свій стан, наступними фразами: «виживаємо на копійки», «сором та ганьба такій зарплаті», «не знаємо, як годувати дітей», «не знаємо, що буде далі», «хай політики (президент, міністр, уряд) спробують вижити на таку зарплату».

Подібні дописи часто зустрічаються в соціальних мережах при згадуванні будь якої теми, котра торкається медсестринства. Будь які фахові дискусії медсестрами і братами в соціальних мережах у відповідних групах не підтримуються.

*Винагорода за працю.* Найбільша проблема в медсестринстві сьогодні – заробітна плата, яка нараховується відповідно до тарифної сітки і нерідко є меншою ніж мінімальна зарплата. Нова система фінансування в охороні здоров'я дозволяє медзакладам самостійно встановлювати розмір заробітної плати працівників. На первинній ланці залежності від тарифної сітки вже не існує, заробітна плата формується на підставі колективного договору та залежить від сімейного лікаря (кількості договорів з ним) та керівника установи. На вторинній та третинній ланках новий принцип запрацює з 1 квітня 2020 року.

НСЗУ збирає дані по лідерам реформи де заробітна плата стала більша до 12000 (Приклад: Комунальне некомерційне підприємство «Центр первинної медико-санітарної допомоги «Садгора» Чернівецької міської ради, ФОП Білик Івано-Франківська область). Вся медична реформа спрямована на перерозподіл та ефективне використання існуючих ресурсів, позитивний приклад первинної ланки, а з квітня 2020 року стартує вторинна та третинна ланка.

Водночас навіть на “первинці” не всюди користуються новою фінансовою можливістю для мотивації медичних працівників. Сьогодні на первинній ланці ми знаємо як історії успіху, так і непорозуміння через недбале заключення договорів. Іванна Книш, медична сестра з Івано-Франківської області, переможець конкурсу проектів «Майбутнє медсестринства» МОЗ України, розповідає свою історію у реформі. Вона ризикнула піти працювати до лікаря в його ФОП. І її зарплата зараз більше 12 тис. на місяць. Водночас є випадки, коли навіть залишившись працювати в великому закладу охорони здоров'я, медичні працівники не відчували покращення умов праці (Балабанова, 2020).

Медсестри та брати згідно тарифній сітки мають ставку менш за мінімальну заробітну плату. Відповідно Закону України «Про оплату праці» медпрацівники гарантовано отримують щомісячну винагороду за працю розмір якої не нижче за розмір мінімальної заробітної плати (Верховна Рада України, 1995).

Через зменшення кількості працюючих медичних сестер і братів відбувається надмірне навантаження на робочих місцях. Відміна наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року N 33 «Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (Міністерство охорони здоров'я, 1998) дала

можливість керівнику закладу самостійно вирішувати скільки йому необхідно працівників. Рішення не завжди приймається на догоду працівника та пацієнта.

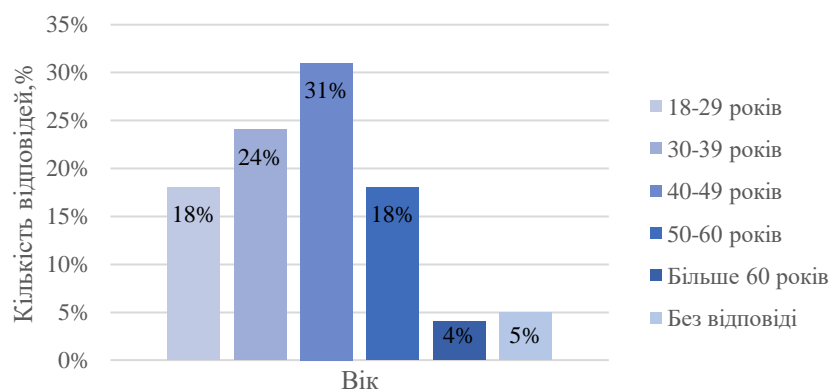
Актуальним стає питання чи є матеріальне задоволення єдиним фактором, що впливає на задоволення власною професією медичними сестрами і братами? За результатами опитування респондентів медичних сестер і братів Житомирської області, котрі відвідували чергові курси підвищення кваліфікації на післядипломному відділенні Житомирського медичного інституту, отримано наступні висновки. Відповідно оцінки респондентами власних домогосподарств (Державний комітет статистики, 2005), медичні сестри і брати «ледь зводять кінці з кінцями, не вистачає грошей навіть на продукти харчування» або їм «грошей на продукти вистачає, але покупка одягу викликає фінансові труднощі». При цьому 49% респондентів оцінюють відношення до власної професії як «задовільно», що демонструє наявність нематеріальних стимулів у медсестринстві. При цьому 38% дуже незадоволені та 45% незадоволені винагородою за працю.

Графіки 2, 3, 4, 5, 6 та 7 побудовані за допомогою програми Excel Microsoft Word більш детально ознайомлюють з результатами опитування респондентів. На меті опитування респондентів - медичних сестер – було зануритися в проблему, не поширити результат на генеральну сукупність в цілому.

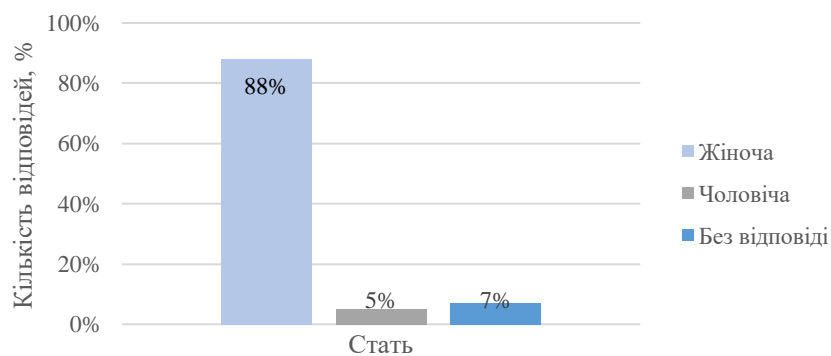
*Керівники медсестринства.* Особливою категорією серед медичних сестер і братів вважаю необхідним відокремити головних та старших медичних сестер, експертів з медсестринства структурних підрозділів обласних державних адміністрацій та міста Києва, голови асоціацій медсестринства.

Керівний склад медсестринства не бере на себе необхідну лідерську роль в медсестринській спільноті, не виконує представницьких функцій. В роботі «Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз» йде мова саме про не виконання представницьких функцій медичними асоціаціями. Практику колективних міжпрофесійних переговорів, наприклад, щодо умов або рівня оплати праці, наразі не впроваджено. Створена у 2018 р. Національна служба здоров'я України як центральний орган виконавчої влади, що реалізує державну політику у сфері державних фінансових гарантій медичного обслуговування населення, при розробці договорів із закладами охорони здоров'я не проводить передконтрактних перемовин і складає вимоги договорів одноосібно. Це саме стосується і тарифів на медичні послуги. (Богдан , et al., 2019, р. 103). Фахівці з медсестринства часто не знають своїх прав та або не готові їх відстоювати.

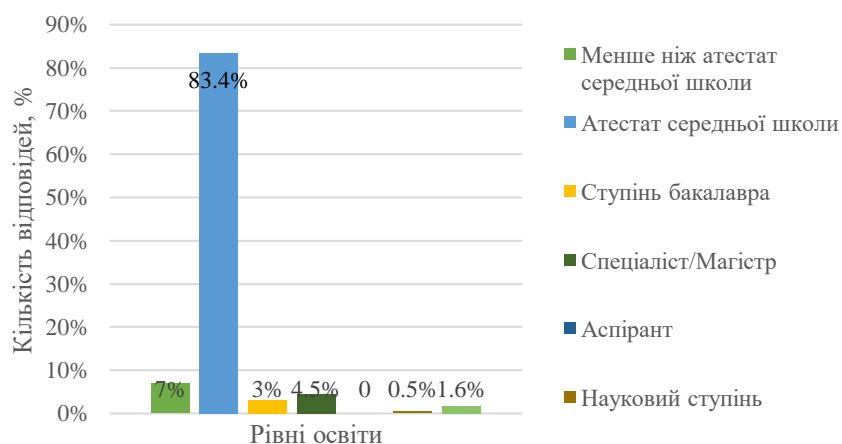
**Графік 2. Вік респондентів медичних сестер і братів Житомирської області**



**Графік 3. Стать респондентів медичних сестер і братів Житомирської області**

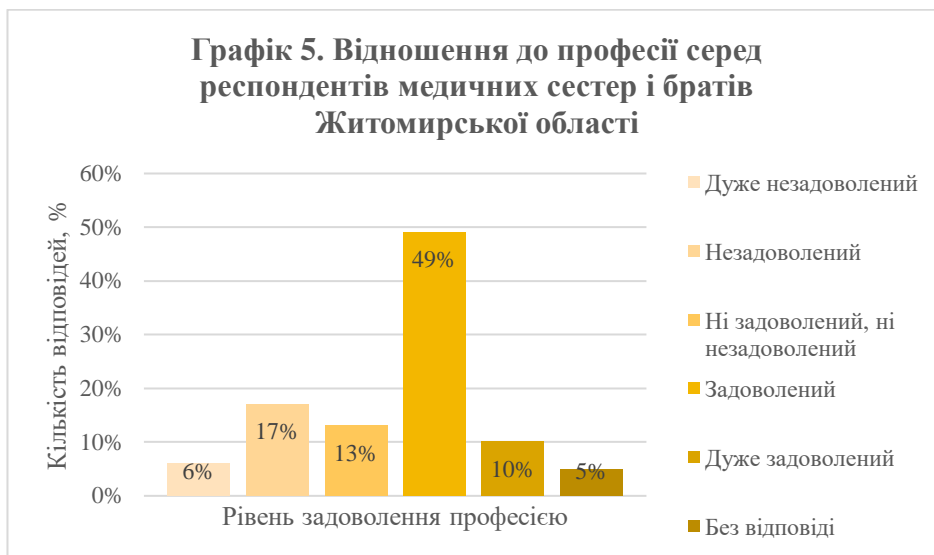


**Графік 4. Рівень освіти серед респондентів медичних сестер і братів Житомирської області**





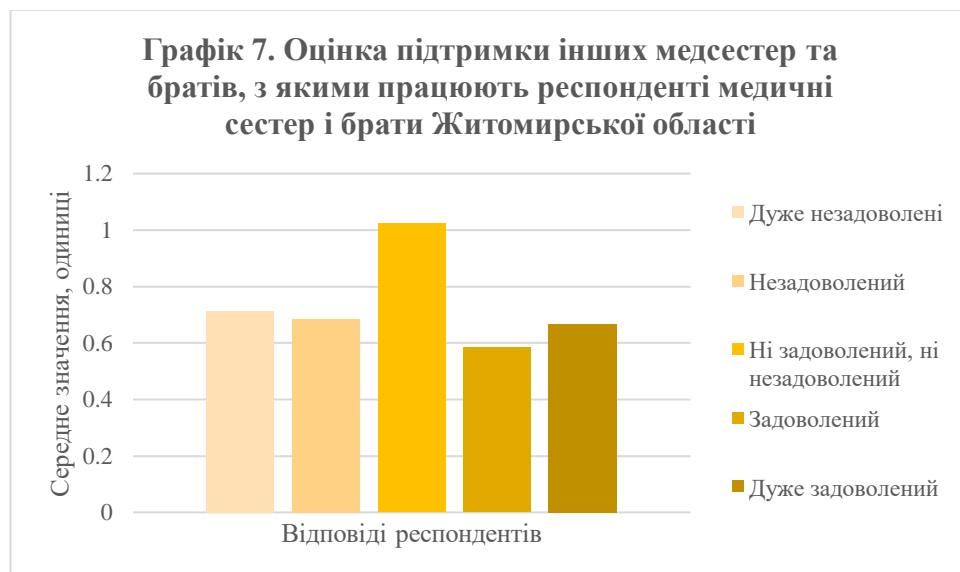
**Графік 5. Відношення до професії серед респондентів медичних сестер і братів Житомирської області**



**Графік 6. Задоволеність заробітною платою серед респондентів медичних сестер і братів Житомирської області**



**Графік 7. Оцінка підтримки інших медсестер та братів, з якими працюють респонденти медичні сестер і брати Житомирської області**



*Молодший медичний персонал.* Молодші медичні сестри, що не мають медичної освіти. Молодша медична сестра з догляду за хворими, молодша медична сестра (санітарка-прибиральниця, санітарка-буфетниця тощо). Згідно Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників кваліфікаційні вимоги до професії молодша медична сестра з догляду за хворими, молодша медична сестра висувуються такі: повна або базова загальна середня освіта, підготовка на курсах або робочому місці (Міністерство охорони здоров'я, 2002). Медична сестра та медичний брат (в тому числі фельдшери, та акушерки) – мають неповну вищу медичну освіту (молодший спеціаліст, молодший бакалавр, фаховий молодший бакалавр). При виконанні молодшими медичними сестрами функцій з догляду необхідна якість послуги не може бути забезпечена.

### **Лікарі**

За даними статистичних звітних форм Державного закладу «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47) станом на 31.12.2018 року в закладах охорони здоров'я системи Міністерства охорони здоров'я України працює 156 863 фізичних осіб лікарів.

Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років характеризує ситуацію з лікарями наступним чином. Україна має надмірну кількість вузькопрофільних фахівців (понад 100 лікарських спеціальностей), які ведуть прийом у 8300 поліклініках, у районних та міських лікарнях та спеціалізованих диспансерах одного захворювання (туберкульоз, ВІЛ/СНІД і т.д.). Спочатку вони були призначені для обслуговування за направленням із медпунктів, амбу- латорних клінік та поліклінік, виділених та/або прикріплених до районних та сільських лікарень, що надавали первинну медичну допомогу за районним принципом. Заклади первинної ланки зазвичай укомплектовані лікарем та медсестрою (у сільській місцевості фельдшером та/або акушеркою), які надають обмежені послуги за відсутності необхідного оснащення і не мають стимулів для підтримки якості, а їх професійна компетентність із часом погіршується. Як наслідок, більшість пацієнтів намагаються звертатися за медичною допомогою безпосередньо до спеціалістів, які, як правило, раді надати допомогу в обмін на напівофіційну чи неофіційну платню (Міністерство охорони здоров'я, 2015, р. 13).

Картина стану системи охорони здоров'я ускладнюється швидким старінням населення та зменшенням кількості лікарів (що часто хибно тлумачиться під час перерахунку на особу) та, що ще гірше, кількості медсестер та іншого кваліфікованого медичного персоналу. Низька заробітна плата, незалежна від обсягу та якості роботи, яку працівники вимушені виконувати з використанням застарілих технологій та низьких професійних навичок, а також доволі жорсткі правила роботи й свавілля

керівництва, яке призначається за політичними мотивами, мали негативний вплив на етичні й моральні аспекти та соціальну привабливість постачальників медичних послуг (Міністерство охорони здоров'я, 2015, р. 13).

Приватний сектор перебуває на ранній стадії розвитку, у галузі наразі практично немає великих приватних страхових компаній, а кількість приватних лікарень замала. Приватний сектор в основному складається з аптек, медичних закладів (переважно амбулаторних) та приватних лікарів. Ці заклади отримують фінансування здебільшого за рахунок прямих платежів від населення (Міністерство охорони здоров'я, 2015, р. 14).

Лікарі зацікавлені в одужанні пацієнта, наданні йому кращого сервісу. Але частіше лікарі на бачать в цьому роль сестринства, не відокремлюють сестринську послугу з догляду, комунікації, сервіс, покращення якості, навчання пацієнта та його родичів. Не усвідомлюють, що якість медичної послуги, задоволення пацієнта залежить саме від медичних сестер і братів. За відсутністю належного догляду, результат лікування зменшується до нуля.

### **Керівники лікарень**

Керівників лікувально-профілактичних закладів системи МОЗ України та їх заступників в 2018 році було 6 063 особи (Заболотько, Якименко, Стешенко, & Харкевич, 2019, р. 45).

Відміна наказу Міністерства охорони здоров'я України від 23 лютого 2000 року N 33 «Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» (Міністерство охорони здоров'я, 1998). Завдяки зміни системи фінансування в охороні здоров'я, впровадженню принципу «гроші ідуть за пацієнтом», у керівників установ з'являється можливість самостійно встановлювати розмір заробітної плати. На первинній ланці залежність від тарифної сітки вже не існує, заробітна плата формується на підставі колективного договору та залежить від сімейного лікаря (кількості договорів з ним) та керівника установи. На вторинній та третинній ланках новий принцип запрацює з 2020 року.

На жаль, не всі лікарі та керівники закладів охорони здоров'я користуються новою фінансовою можливістю для мотивації медичних працівників. Медсестрам продовжують виплачувати «мінімалку», обґрунтовуючи це «поганим міністром, урядом, президентом». Секрет, що гроші на місцях, а не в Києві, що фінансування залежить від обласної, міської, районної та сільської ради, від проактивного керівника-менеджера – залишається секретом (Балабанова, 2020). Головні лікарі іноді дійсно не розуміють, як ефективно побудувати кадрову політику, іноді навмисно проводять так званий «італійський страйк» - саботування та дискредитацію реформи охорони здоров'я.

## Освітні заклади

Відповідно Реєстру суб'єктів освітньої діяльності Єдиної державної електронної бази з питань освіти (Єдина державна електронна база з питань освіти, 2020) в Україні 114 закладів фахової передвищої освіти, що мають ліцензію на підготовку фахових молодших бакалаврів в галузі знань «Охорона здоров'я» та 25 закладів вищої освіти, котрі ведуть підготовку бакалаврів та магістрів за спеціальністю «Медсестринство». Також в двох закладах чотири аспіранта навчаються на програмі PhD з медсестринства.

Останні роки існує тенденція до зменшення кількості вступників на медсестринські спеціальності. Керівниками освітніх закладів є переважно лікарі, іноді фахівці не медичних галузей знань. Незважаючи на те, що підготовка з вищої медсестринської освіти ведеться в Україні з 1994 року, серед викладів досі дуже не часто можна зустріти представника медсестринської професії. Підготовкою медсестер займаються лікарі. Магістрам з медсестринства забороняють викладати інші спеціальності, окрім медсестринства, вважаючи їх «неповним магістром». Освітні заклади зацікавлені в збільшенні контингенту вступників. Прямого взаємозв'язку своєї діяльності з потребами пацієнтів освітяни не розуміють.

Згідно з Міжнародними стандартами Всесвітньої організації медичної освіти (World Federation for Medical Education, WFME) існує три етапи медичної освіти: базова медична освіта, післядипломна медична освіта, безперервна медична освіта. Стандарти WFME - це глобальний експертний консенсус щодо стандартів для медичних шкіл та інших постачальників медичної освіти протягом усього періоду медичної освіти та навчання: базової медичної освіти, післядипломної медичної освіти та постійного професійного розвитку (World Federation for Medical Education, 2017).

Спеціалізація та підвищення кваліфікації відбувається як в закладах вищої освіти, що мають ліцензію, так на неліцензованих постійно діючих курсах підвищення кваліфікації. Існує 176 назв спеціальностей та курсів тематичного удосконалення. Курси тематичного удосконалення не завжди відповідають спеціалізації, то цей перелік потребує перегляду. За кожною спеціальністю надається кваліфікаційна категорія згідно стажу за спеціальністю. Є градація: без категорії, друга категорія – 3 роки стажу за спеціальністю, перша категорія – 7 років стажу за спеціальністю, вища категорія – 10 років стажу за спеціальністю.

Проблема в тому, що курси фахівці проходять раз на 5 років. Якість курсів не регулюється, рішення про присудження кваліфікаційної категорії приймається атестаційною комісією. Уніфікованих іспитів, стандартів присудження не існує. Велику роль відіграє людський фактор, що робить можливою корумповану складову на всіх етапах підвищення кваліфікації та атестації.

Таблиця 3.

Систематизовані дані про стейкхолдерів

Зацікавлена сторона	Впливовість	Інтерес	Джерело інформації
<b>Пацієнти</b> 26 млн. випадків щорічно	Можуть впливати через попит	Доступ та якість послуги з догляду	Інтерв'ю Статистичні дані Аналіз текстів літератури
<b>Медсестри/медбрати</b> 313 412 фізичних осіб середнього медичного персоналу	Не впливають, бо не усвідомлюють проблему	Умови праці Заробітна плата, навантаження	Інтерв'ю Опитування Аналіз текстів соціальних мереж Аналіз текстів нормативно-правових актів Статистичні дані
<b>Лікарі</b> 156 863 фізичних осіб лікарів.	Можуть впливати, а можуть ні	Задоволення платоспроможного пацієнта від медичної послуги в цілому, не завжди відокремлюють послугу з догляду	Інтерв'ю Аналіз текстів соціальних мереж Аналіз текстів нормативно-правових актів Статистичні дані
<b>Керівники лікарень</b> 3 358 закладів охорони здоров'я в Україні	Не впливають, бо не розуміють взаємозв'язок своїх інтересів та пацієнта	Виконання умов ліцензування лікарнею, достатнє фінансування	Інтерв'ю Аналіз текстів соціальних мереж Аналіз текстів нормативно-правових актів Статистичні дані
<b>Освітні заклади</b> 114 закладів фахової передвищої освіти 25 закладів вищої освіти	Не впливають, бо не розуміють взаємозв'язок своїх інтересів та пацієнта	Збільшення кількості здобувачів освіти	Інтерв'ю Аналіз текстів соціальних мереж Аналіз текстів нормативно-правових актів Статистичні дані
<b>ОДА, ДОЗ</b> 25 областей та м. Київ	Впливають тільки за умови чітко встановленого завдання керівництвом	Досягнення встановлених цілей	Інтерв'ю Аналіз текстів нормативно-правових актів Статистичні дані
<b>Обласні, міські, районні ради</b> 25 областей та м. Київ	Можуть впливати, якщо бачать власний інтерес	Задоволення виборців області, міста, району	Інтерв'ю Аналіз нормативних актів
<b>КМУ, МОЗ</b> 19 членів КМУ 230 штатних посад	Можуть впливати, якщо розуміють взаємозв'язок своїх інтересів та пацієнта	Досягнення виявлених цілей	Інтерв'ю Аналіз нормативних актів
<b>Верховна Рада</b> 450 Народних депутатів	Можуть впливати, якщо відчувають зацікавленість виборців	Задоволення виборців країни	Інтерв'ю Аналіз нормативних актів

### **Обласні державні адміністрації, структурні підрозділи обласних державних адміністрацій, міста Києва**

Україна поділяється на 24 області. Відповідна кожна область та місто Київ мають органи управління. В умовах реформи децентралізації, обласні органи управління не є прямою вертикаллю впровадження політик міністерствами. З іншого боку, департаменти охорони здоров'я не проявляють власної ініціативи, не беруть на себе роль лідера області у визначенні та впровадженні політики охорони здоров'я.

### **Обласні, міські, районні ради**

Органи прийняття рішення як відносно політик, так і їх фінансування на відповідному рівні. Реформа охорони здоров'я надає саме місцевій владі повноваження та відповідальність за рівень надання медичної послуги в кожній конкретній громаді.

В Національній стратегії реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років описано стан системи охорони здоров'я в 2014 році, котрий потребував негайної реформи. За даними Світового Банку, в 2012 році загальні витрати на охорону здоров'я в Україні у відсотках від валового внутрішнього продукт у були більшими, ніж в Польщі, однак остання має значно кращі результати. Неєфективна структура системи ще більше погіршує ситуацію. Теоретично, центральний орган – Міністерство охорони здоров'я – координує всю сукупність закладів охорони здоров'я у державному секторі. Насправді ж, три чверті від загального фінансування охорони здоров'я іде на заклади та персонал, що працюють на обласному та місцевому рівнях. Це створює дублювання та марнотратство на додачу до існуючого нераціонального використання ресурсів (Міністерство охорони здоров'я, 2015, р. 12).

### **Кабінет міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Верховна Рада України**

Органи виконавчої влади можуть стати впливовим гравцем у вирішенні проблеми доступу та якості послуг з медичного догляду. Для цього суспільна проблема повинна потрапити на порядок денний уряду, мати обговорення у публічній сфері.

Вікно політики - це можливість для прихильників пропозицій підштовхувати рішення до своїх улюбленців або підштовхувати увагу до їх особливих проблем. Дійсно, як видно з наведеної вище пропозиції, прихильники чекають уряду і навколо уряду, які мають під собою рішення, чекаючи, коли проблеми будуть впливати, завдяки яким вони зможуть знайти свої рішення, чекаючи розвитку в політичному потоці, який вони зможуть використувати їх на користь. Іноді вікно відкривається досить передбачувано. Наприклад, заплановане оновлення програми створює

можливість для багатьох учасників підштовхнути проект або проблему для своїх вихованців. В інший час це відбувається зовсім непередбачувано. Політичні діячі повинні бути самі готовими, пропозиція готовою, їх проблема добре задокументована, щоб уникнути можливості пройти мимо «вікна можливостей» (Kingdom, 2011, p. 165).

## **ЦІЛІ ПОЛІТИКИ ТА ІНДИКАТОРИ ЇЇ УСПІШНОСТІ**

### **Ціль політики**

Забезпечено доступність та якість послуги з медичного догляду та сервісу при зверненні пацієнта за медичною послугою.

### **Індикатори успішності**

26,6 млн випадків вперше зареєстрованих захворювань у пацієнтів супроводжуються послугами з медичного сервісу і догляду.

14,2 млн осіб під диспансерним наглядом можуть звернутися до своєї медичної сестри чи брата.

8,3 млн осіб, що госпіталізуються щорічно, мають можливість отримати послугу з медсестринського догляду.

## **ВАРІАНТИ ВИРІШЕННЯ ПРОБЛЕМИ**

Розглянемо інструменти державної політики, метою застосування яких є вирішення проблеми політики - низька якість та доступність послуг з медичного догляду, спостереження, профілактики та маніпуляцій для пацієнта на дому та в закладах охорони здоров'я (Таблиця 4).

Таблиця 4.

Інструменти державної політики

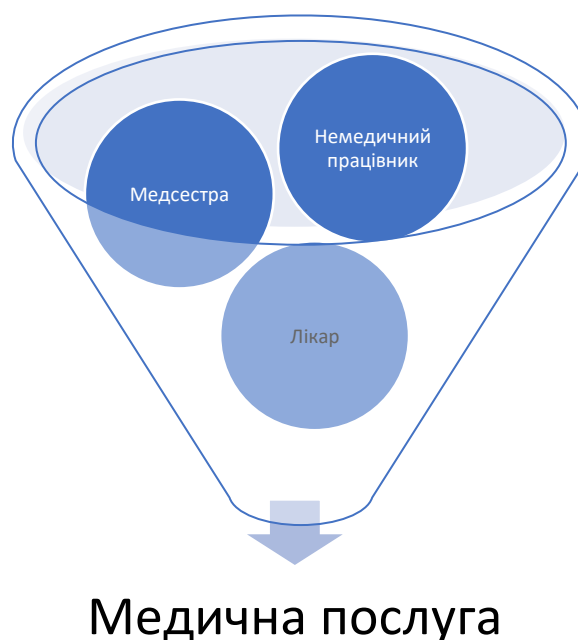
Варіант 1.	Варіант 2. Альтернативна політика	Варіант 3. Статус-кво
<b>Правові інструменти</b>		
Розширення повноважень медичної сестри та брата.	Медсестринська професія не самостійна, залежна від лікаря	
Впровадження понять «догляд», «медсестринська практика» на рівні закону	Відсутність поняття медсестринського догляду, як частини медичної послуги	
Впровадження приватних медсестринських послуг.	Медична сестра/брат не можуть надавати послугу, як фізична особа підприємець	
<b>Організаційні інструменти</b>		
Самоврядування медсестринської професії.	Медсестринський професійний орган діє як урядова установа.	Медсестринський професійний орган діє як громадська організація.
<b>Кадрові інструменти (оцінка ефективності персоналу)</b>		
Сертифікація медичних працівників відповідно професійному стандарту.	Введення системи нарахування балів для підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій	Підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій
<b>Мотиваційні інструменти</b>		
Медсестри та брати долучені до прийняття рішень на всіх рівнях управління	Медсестри та брати займають посади головної та старшої медичних сестер, медичного директора	
<b>Інформаційні інструменти</b>		
Єдиний електронний реєстр медсестринства та медичних працівників з неповною вищою освітою.	Реєстр медичних працівників, котрі надають медичні послуги за програмою державних фінансових гарантій	Збір статистичних звітних форм ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47) (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України, 2017)



## Правові інструменти державної політики

*Розширення повноважень медичної сестри та брата.* Пацієнт звертається за медичною допомогою і отримує медичну послугу, якість якої в тому числі залежить від наявності обладнання, умов перебування в лікарні, кваліфікованого персоналу, керівництва лікарні (Схема 1). З точки зору пацієнта немає значення за рахунок чого і яким шляхом досягається належна якість. Але в результаті без чіткого розмежування функцій можна отримати або зниження якості, або збільшення вартості послуги.

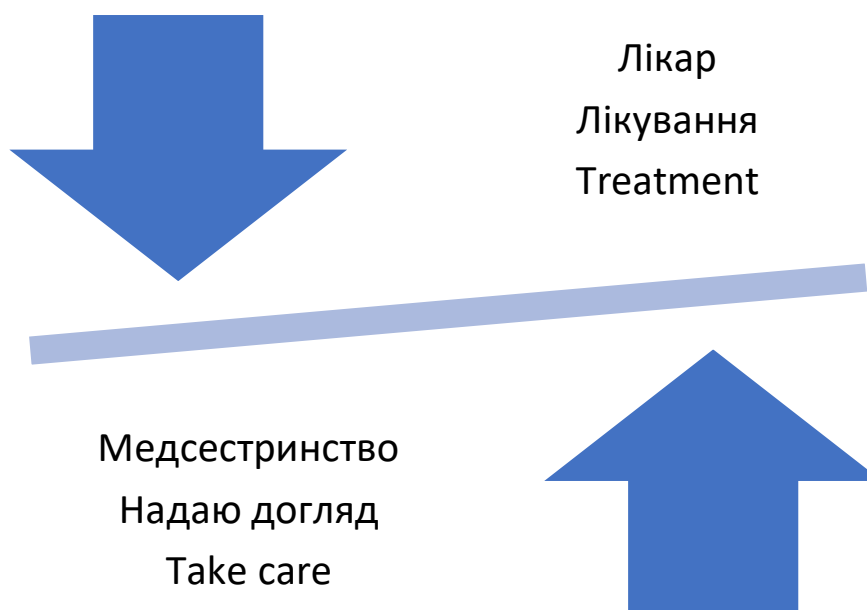
### Схема 1. Медична послуга.



Тому в різних країнах в різні часи прогрес медичної науки створював нову межу між професіями лікаря і медичної сестри та брата. Збільшення строків і, відповідно, вартості підготовки лікарів, змушували все більший обсяг повноважень віддавати медичним сестрам і братам (Схема 2).

Медсестра/медбрат - це особа, яка закінчила програму базової, узагальненої сестринської освіти та уповноважена відповідним регулюючим органом здійснювати сестринську практику у своїй країні. Базова освіта медсестер - це формально визнана програма навчання, яка забезпечує широку та міцну основу в поведінкових, побутових та сестринських науках для загальної практики медсестринства, для керівної ролі та для післядипломної освіти для спеціальності або передової сестринської практики.

## Схема 2. Функції лікаря і медичної сестри та брата.



Медсестра/медбрат мають право (1) брати участь у загальній сфері медичної практики, включаючи зміцнення здоров'я, профілактику захворювань та догляд за фізично хворими, психічно хворими та інвалідами різного віку та в усіх сферах охорони здоров'я та інших сферах суспільної діяльності; (2) здійснювати навчання з охорони здоров'я; (3) повноцінно брати участь в усіх активностях, як член колективу охорони здоров'я; (4) здійснювати нагляд та підготовку медичних сестер та медичних працівників; та (5) брати участь у дослідженнях (International Council of Nurses, 1987) .

При умові проведення спільного прийому пацієнтів в загальному кабінеті в якому медсестри, лікарі та інші фахівці спільно приймали рішення щодо догляду, середня тривалість перебування в лікарні скоротилася з 6,06 до 5,46 днів, а лікарняні збори знизилися з 8090 до 6681 доларів США. Посилення співпраці покращило результати, важливі для пацієнтів та менеджерів охорони здоров'я (Zwarenstein & Bryant, 2000). Погана міжпрофесійна співпраця може негативно вплинути на надання медичних послуг та обслуговування пацієнтів. Організаційні втручання, які вирішують проблеми міжпрофесійної співпраці, можуть покращити якість професійної практики та результативні показники в охороні здоров'я (Zwarenstein, Goldman , & Reeves, 2009).

Роль медичних сестер з розширеними повноваженнями (Advanced practice nurse, APN) посилилась у Громадянській війні США, коли медсестри надавали допомогу під час хірургічних операцій за допомогою наркозних служб (Hamric, Spross, & Hanson, 2005, стор. 4). Зареєстровані медичні сестри з розширеними повноваженнями (Advanced practice registered nurse, APRN) відіграють свої ролі та спеціалізуються і

донині, що має формальне відображення в межах законодавчих статутів (Kathleen & Russell, 2012, p. 37).

Різні країни мають до 15-ти або більше категорій сестринських посад з діапазоном тренувань для підготовки їх до роботи. Підвищена освітня підготовка в поєднанні з практичним досвідом дозволяє медичній сестрі працювати на рівні з розширеними повноваженнями. Медсестри з розширеними повноваженнями необхідні різних спеціальностях і напрямках. Розширена практика в цілому характеризується наступним: спеціалізація за певними напрямками, покращення навичок та знань, підтримка вищої освіти та досліджень, збільшення незалежності в практичній діяльності та автономність в прийнятті рішень (WHO Expert Committee on Nursing Practice & World Health Organization, 1996, p. 8).

Перерозподіл функцій серед медичних працівників покращить надання медсестринських послуг з догляду пацієнту за рахунок ефективного використання кадрових ресурсів охорони здоров'я.

*Статус-кво. Медсестринська професія не самостійна, залежна від лікаря.* Наказ МОЗ України № 1977 від 31.10.2018 р. «Про внесення змін до Довідника кваліфікаційних характеристик професій працівників. Випуск 78 «Охорона здоров'я» (Міністерство охорони здоров'я України, 2002) фіксує наступні вимоги до кваліфікаційних характеристик медичних сестер і братів, середнього медичного персоналу. Не стимулюється ступеневість медсестринської освіти. Ні одна посада не містить прямою вимогою наявність вищої освіти рівня бакалавр або магістр за спеціальністю «Медсестринство». Перелік знань та умінь до кожної посади не передбачає самостійність медсестринської професії.

*Впровадження понять «догляд», «медсестринська практика» на рівні закону.* Окреме визначення «медичний догляд», «медсестринська практика» в законодавстві України зробить медсестер і братів суб'єктами надання медичної допомоги пацієнту на одному рівні з лікарем. Ці поняття регулюються Законом України «Основи законодавства України про охорону здоров'я» (Верховна Рада України, 1993), Законом України «Про ліцензування видів господарської діяльності» (Верховна Рада України, 2015).

В переважній більшості приватні медсестринські послуги надаються з догляду і патронажу на дому паліативних пацієнтів та людей похилого віку. За європейськими стандартами є декілька видів сестринського супроводу (nursing support) – в стаціонарі, на дому, в спеціалізованих закладах. Їх завдання зробити життя пацієнта максимально комфортним. Вони також надають важливу емоційну підтримку пацієнтові та їхній родині, навчають їх життю зі хворобою.

Закон Канади про здоров'я (Canada Health Act) впроваджує сестринську допомогу як частину госпітальної допомоги, поняття розширеної медичної послуги а саме: служба сестринського догляду на дому для престарілих, послуги з догляду за

дорослими, послуги з догляду на дому та амбулаторну службу охорони здоров'я (Minister of Justice of Canada, 2017).

Законодавство про охорону здоров'я Фінляндії медсестринську послугу з догляду на дому визнає невід'ємною частиною первинної ланки охорони здоров'я (Ministry of Social Affairs and Health of Finland, 2010).

*Статус-кво. Відсутність поняття медсестринського догляду, як частини медичної послуги.* Постанова КМУ від 02.03.2016 р. № 285 «Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики» (Міністерство охорони здоров'я України, 2020) розглядає виключно медичну практику в цілому, не відокремлюючи медсестринську. А також фіксує вимоги до здобувача ліцензії на такому рівні, котрий зводить шанси медсестринства до нуля.

*Впровадження приватних медсестринських послуг.* Впровадження легального ринку медсестринських послуг вплине як на доступність, так і на якість послуг з догляду для пацієнта. Медична сестра в Україні сьогодні має професію «в руках», але не може надавати свої професійні послуги без посередників – лікарів та закладів охорони здоров'я. Через несаможиттєвість медсестринства, легальні ціни на патронаж завеликі для більшості населення. В нелегальному секторі відсутність будь якого контролю якості залишає на ринку некваліфікованих надавачів та дискредитує справжніх фахівців.

В Австралії в 2010 році були прийняті зміни до законодавства, що дозволили сімейним медичним сестрам надавати приватні послуги. Це розширило доступ до медичної допомоги, зменшило кількість візитів до лікарні та лікарів загальної практики, що призводить до потенційного зменшення постійно зростаючого попиту на медичну допомогу (Currie, Chiarella, & Buckley, 2018).

*Статус-кво. Медична сестра/брат не можуть надавати послугу як фізична особа підприємця* (Розділ “Проблема політики”).

### **Організаційні механізми державного управління**

*Самоврядування медсестринської професії* це відповідальне самостійне визначення цілей розвитку професії на засадах пацієнт орієнтовного підходу. В Україні медичні професії, в тому числі професія лікаря, не належать до саморегульованих. Слід зазначити, що існує ціла низка прикладів реалізації в українських умовах міжнародних підходів до регуляції незалежних професій: судді, адвокати, нотаріуси, аудиторі. Їхня діяльність визначається окремими спеціальними законами України: «Про судоустрій і статус суддів» (Верховна Рада України, 2016), «Про адвокатуру та адвокатську діяльність» (Верховна Рада України, 2013), «Про нотаріат» (Верховна Рада України, 1993), «Про аудиторську діяльність» (Верховна Рада України, 2018) (Богдан, et al., 2019, р. 101).

В 2019 році в Верховну Раду було подано Проект Закону про самоврядування медичних професій в Україні (Дубнов, et al., 2019) та три альтернативних: проект Закону про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я (Бондарев, 2019), проект Закону про професійне самоврядування медичних професій в Україні (Геращенко, et al., 2019), проект Закону про засади та органи медичного самоврядування в Україні (Лабунська, 2019). Тільки основний законопроект має норми про самоврядування медсестринства. Всі інші пропонували виключно лікарське самоврядування.

Спільний текст законопроекту «Про самоврядування медичних професій» розробляється робочою групою при Комітеті Верховної Ради України з питань здоров'я нації, медичної допомоги та медичного страхування. Законопроектом передбачено окрема Палата медичних спеціалістів, до котрої входять молодші спеціалісти, фахові молодші бакалаври, молодші бакалаври, бакалаври з медичною освітою, магістри, доктори філософії та доктори наук за спеціальністю «Медсестринство», які мають право на здійснення медичної діяльності. Всі палати медичних професій будуть діяти за однаковими принципами. Функції окремих палат будуть залежати від статуту та регулюватиметься підзаконними актами.

У різних країнах професійні медичні асоціації виконують такі функції: допуск до медичної практики, надання або припинення права на практику (ліцензування); дисциплінарна відповідальність; ведення реєстру медичних працівників; участь у розробці політики охорони здоров'я, в т. ч. кадрової; представницькі функції професії, колективні міжпрофесійні переговори; формування і просування позитивного іміджу професії; навчання, облік та контроль безперервного професійного розвитку; дослідження та управління знаннями; розробка і впровадження клінічних рекомендацій та медичних стандартів; етичні норми професії (Богдан, et al., 2019, р. 101).

За світовим досвідом, будь який закон про медсестринську практику (Nurse Practice Act, NPA) створює раду медсестринства (Board of Nursing, BON), яка має повноваження розробляти адміністративні правила чи положення, щоб уточнити або зробити закон більш конкретним. Зазвичай повноваження та обов'язки ради з медсестринства включають: наймання працівників ради медсестринства; створення, адаптація, зміна, скасування та виконання правил; встановлення стандартів освіти сестер; встановлення плати за ліцензування; проведення перевірок злочинності; ліцензування кваліфікованих заявників; ведення бази даних ліцензіатів; забезпечення постійних компетентностей; розробка сестринських професійних стандартів практики; збір та аналіз даних; впровадження дисциплінарних процесів; регулювання неліцензованого допоміжного персоналу (Kathleen & Russell, 2012, р. 37).

*Альтернативна політика. Медсестринський професійний орган діє як урядова установа. Передати повноваження Ради з медсестринства (Board of Nursing, BON)*

державному органу, а саме наймання працівників ради медсестринства; створення, адаптація, зміна, скасування та виконання правил; встановлення стандартів освіти сестер; встановлення плати за ліцензування; проведення перевірок злочинності; ліцензування кваліфікованих заявників; ведення бази даних ліцензіатів; забезпечення постійних компетентностей; розробка сестринських професійних стандартів практики; збір та аналіз даних; впровадження дисциплінарних процесів; регулювання неліцензованого допоміжного персоналу (Kathleen & Russell, 2012, p. 37). Керівних та співробітників Ради будуть призначатися, а не обиратися медичними сестрами і братами. Є вірогідність підпорядкування Ради з медсестринства аналогічному органу лікарів.

*Статус-кво. Медсестринський професійний орган діє як громадська організація.* На сьогодні медсестринські асоціації існують майже в кожній області, мають активних членів, котрі платять регулярні внески в асоціації. Голова асоціації часто займає владну посаду, та використовує цю посаду для залучення членів. Такі організації існують навколо особистості, що очолює її протягом десятки років. Медсестринські асоціації в Україні, як і інші професійні медичні асоціації, працюють у рамках Закону України «Про громадські об'єднання» (Верховна Рада України, 2013) Згідно статті 22 Закону України «Про громадські об'єднання» втручання органів державної влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, їх посадових та службових осіб у діяльність громадських об'єднань, так само як і втручання громадських об'єднань у діяльність органів державної влади, органів влади Автономної Республіки Крим, органів місцевого самоврядування, їх посадових та службових осіб, не допускається, крім випадків, передбачених законом.

### **Кадрові механізми державного управління**

*Сертифікація медичних працівників, професійний стандарт.* Перший закон про реєстрацію медсестер, прийнятий в 1903 році в Північній Кароліні, був написаний, щоб захистити звання медичної сестри, вдосконалити практику догляду та забезпечити регіон достатньою кількістю медичних сестер та братів. (Kathleen & Russell, 2012, p. 37). Американський комітет з питань сестринських спеціальностей (ABNS) Комітет з досліджень медсестер вирішив провести синтез існуючої дослідницької літератури, щоб визначити стан знань про сертифіковану практику медсестри та вплив на результати пацієнтів (Biel & Patry, 2014). Медсестри, сертифіковані з догляду за ранами та стомами, доглядали за пролежнями набагато краще, ніж несертифіковані медсестри (Hart et al., 2006, p. 259). Медсестри з сертифікацією задокументували більшу кількість оцінок стану пацієнтів після надходження до лікарні (Frank-Stromberg et al., 2002, p. 670).

Останні роки в Україні є тенденція до використання професійного стандарту в вищій освіті. Прикладом тому є пілотна сертифікація педагогічних працівників, а саме 1000 вчителів початкових класів закладів загальної середньої освіти, в 2019 році та продовження пілоту в 2020 році (Кабінет Міністрів України, 2018). Професійний стандарт має декілька визначень в законодавстві України. Відповідно Закону України «Про освіту» Професійний стандарт - це затверджені в установленому порядку вимоги до компетентностей працівників, що слугують основою для формування професійних кваліфікацій (Верховна Рада України, 2017). Закон України «Про професійну (професійно-технічну) освіту» визначає професійний стандарт як затверджені в установленому порядку вимоги до кваліфікації працівників, їх компетентності, що визначаються роботодавцями і слугують основою для формування професійних кваліфікацій. Професійні стандарти співвідносяться з рівнями національної і галузевих рамок кваліфікацій і групуються за галузевими ознаками (Верховна Рада України, 1998). Наказ Міністерства соціальної політики України від 22.01.2018 №74 «Про затвердження Методики розроблення професійних стандартів» використовує поняття професійного стандарту, як затверджені в установленому порядку вимоги до компетентностей працівників, що слугують основою для формування професійних кваліфікацій (Міністерство соціальної політики України, 2018).

Освіту впродовж життя або безпервний професійний розвиток (БПР) в медсестринських професіях доцільно розглядати як форму підготовки до сертифікації. БПР включає формальну та інформальну освіту (самоосвіту) (Кабінет міністрів України, 2018). Освітні системи багатьох розвинених країн сприяють розвитку професій, в яких використовується самоосвіта, оскільки вона стала необхідною, як все більш важливий інструмент індивідуального розвитку у 21 столітті (Guiter, 2014, p.41). Як доповнення до традиційного підходу до навчання, самоосвіта надає здобувачам більше можливостей досягти своїх індивідуальних можливостей та розблокувати свої приховані навички (Edmondson, Boyer, & Artis, 2012, p. 43). Метою дослідження Дебори Кендел-Галахер доктора філософії Школи медсестринства Університету Пенсільванії та Марі Блеген реєстрованої медичної сестри, директора Центру безпеки пацієнта Університету Каліфорнії було вивчення зв'язку між компетентністю медсестер, виміряною статусом сертифікації, та показниками одужання пацієнтів (Kendall-Gallagher & Blegen, 2009, p. 7).

Зареєстрована медична сестра Ranjanie C. Samarasooriya з соавторами аналізує вплив самоосвіти на медсестринство Шрі-Ланки. Самоосвіта може впливати на медсестер, що навчаються, не тільки через фактори, що безпосередньо пов'язані з навчанням, а також через практичну діяльність, пише вона. Тому необхідно розробити стратегії підвищення їх мотивації до навчання та самоефективності в покращенні володіння англійською мовою. Крім того, необхідно створити сприятливі для робочого

місця умови для зміцнення навичок самоосвіти. (Samarasooriya, Yoon, Oh, & Baek, 2019, p. 47).

Впровадження системи професійних стандартів та сертифікації медичних працівників створить прозори механізми конкуренції на ринку праці, забезпечує підвищення якості кадрових ресурсів системи охорони здоров'я та покращить підготовку фахівців на додипломному базовому рівні медичної освіти. Це безпосередньо вплине на збільшення доступності та підвищить якість медсестринських послуг з догляду для пацієнта.

*Альтернативна політика. Введення системи нарахування балів для підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій.* Постановою Кабінету Міністрів України №302 від 28.03.2018 «Про затвердження положення про безперервний професійний розвиток». Введено поняття Безперервного професійного розвитку (БПР), провайдера, балів і т.д. тільки для лікарів (Кабінет Міністрів України, 2018). Впровадження системи нарахування балів БПР дасть можливість медсестрам і братам обирати індивідуальну траєкторію освіти впродовж життя, зменшить корупційні ризики існуючій системи атестації.

*Статус-кво. Підтвердження та підвищення кваліфікаційних категорій.* Спеціалізація та підвищення кваліфікації фахівців з неповної вищою освітою регулюється наказом МОЗ України № 742 від 23.11.2007 р. “Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою” (Міністерство охорони здоров'я, 2007). Навчання на курсах відбувається в закладах вищої освіти, що мають ліцензію, на неліцензованих постійно діючих курсах підвищення кваліфікації. Існує 154 назв спеціальностей та курсів тематичного удосконалення. Курси тематичного удосконалення не завжди відповідають спеціалізації, то цей перелік потребує перегляду. За кожною спеціальністю надається кваліфікаційна категорія згідно стажу за спеціальністю. Є градація: без категорії, друга категорія – 3 роки стажу за спеціальністю, перша категорія – 7 років стажу за спеціальністю, вища категорія – 10 років стажу за спеціальністю.

Проблема в тому, що курси фахівці проходять раз на 5 років. Якість курсів не регулюється, рішення про присудження кваліфікаційної категорії приймається атестаційною комісією. Уніфікованих іспитів, стандартів присудження не існує. Велику роль відіграє людський фактор, що робить можливою корумповану складову на всіх етапах підвищення кваліфікації та атестації.

### **Мотиваційні механізми державного управління**

*Медсестри та брати долучені до прийняття управлінських рішень.* За останні 35 років тисячі організацій та установ охорони здоров'я впровадили моделі спільного



професійного управління в рамках своїх сестринських організацій для створення відповідних структур для управління професією (Porter-O'Grady, 2009, p. 19).

Більшість закладів охорони здоров'я використовують підходи до управління, які характеризуються наданням можливостей та більш повним залученням сестринського медперсоналу до рішень та дій, що мають прямий вплив на їх практику (Porter-O'Grady, 2009).

Залучення представників медсестринської професії до прийняття управлінських рішень на всіх рівнях менеджменту системи охорони здоров'я дозволяє розробляти політики з урахуванням потреби пацієнта в медсестринській послугі з догляду, покращить впровадження таких політик через виконавців медичних сестер і братів.

*Статус-кво.* Медсестри та брати займають посади головної та старшої медичних сестер, медичного директора. Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників не передбачає зайняття посад з розділу «Керівники» медичними сестрами і братами. Виключенням є посада «Медичний директор», кваліфікаційні вимоги до якої передбачають наявність магістерського ступеню за спеціальностями галузі знань «Охорона здоров'я», що значить за спеціальністю «Медсестринство» в тому числі (Міністерство охорони здоров'я України, 2002). Однак за цю посаду медичній сестрі треба конкурувати з колишніми головними лікарями і начальниками медичної частини. Тільки в великих лікарнях, де посад медичних директорів може бути декілька, медсестринство має шанс перемогти.

## Інформаційні інструменти

*Єдиний електронний реєстр медсестринства та медичних працівників з неповною вищою освітою.* Одна із функцій професійних організацій ведення реєстру працівників. Мова йде про формування бази даних про всіх представників професії. Сам факт реєстрації в реєстрі має функцію дозволу на певну діяльність, так званий “вхід в професію”.

*Альтернативна політика.* Реєстр медичних працівників, котрі надають медичні послуги за програмою державних фінансових гарантій. Новий модуль для загальнонаціональної інформаційної системи eHealth. Модуль має нижчий пріоритет порівняно з іншими модулями, які безпосередньо стосуються фінансування закладів охорони здоров'я (наприклад, облік декларацій на первинній ланці, впровадження електронного рецепта тощо) (Богдан, et al., 2019, p. 18).

*Статус-кво.* Збір статистичних звітних форм ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» (форми 17, 20 та 47) (ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України, 2017). У регіональній і національній статистичній звітності, яка використовується для планування кадрової політики та управління кадровими ресурсами, використовується лише мінімальний набір індикаторів із загалу тих, що збирають медичні заклади. Відсутні аспекти плинності кадрів, їх утримання і задоволеності, ефективності роботи

й навчання впродовж життя. Обмеженою є дезагрегація показників за статтю та віком, а також у розрізі міських/сільських територій (Богдан, et al., 2019, p. 18).

## ПРИЙНЯТТЯ РІШЕННЯ

Прийняття рішення - це складний процес, що включає врахування критеріїв, доказів та ціннісних суджень (Baltussen & Niessen, 2006). Вияснення того, які критерії використовуються, є ключовим для прийняття рішень, які покращують здоров'я та підтримуватимуть стабільність, справедливість та ефективність систем охорони здоров'я (Tanios, et al., 2013). Принцип формування політики на засадах доказовості, що описаний в літературних джерелах, сприяє досягненню бажаних результатів політичних рішень (Oliver et al.'s, 2014, p. 8). Політика в охороні здоров'я розроблена на засадах доказовості має: (а) зібрати докази щодо необхідності втручання у галузь охорони здоров'я та (b) забезпечити розуміння того, що ці докази мають прямий вплив на охорону здоров'я (Dobrow et al.'s, 2014).

Комітет Інституту Медицини (The Institute of Medicine committee) створив чотири основних критерія політики, які чітко визначають основні переваги політики для здоров'я населення (Essential Health Benefits, ЕНВ): економіка, етика, практика, заснована на фактах, та здоров'я населення (National Academy of Sciences, 2012).

В своєму посібнику Weiner та Hopkins пропонують підходи, які слід враховувати при здійсненні прикладного аналізу політики. Не всі аспекти, наведені в роботі, підходять для всіх політик, а інколи слід також враховувати інші критерії. Часто послідовність аналізу реального політичного курсу відрізняється від описаного тут. Цей документ охоплює більшість рамок "Бардаха" (Bardach, 2012), але він також розширює їх, щоб також розглянути питання щодо імплементації, оцінки та управління політики в галузі охорони здоров'я. Критеріями для прийняття рішення щодо впровадження певної політики автори вважають: вигода для населення (Population Benefit), співвідношення вартість/економічні аспекти (Cost/Economics), етичні аспекти (Ethics/Equity), адміністративну спроможність (Administrative Feasibility), ставлення стейкхолдерів (The perspectives of various constituencies) (Weiner & Hopkins, 2005).

### Критерії для прийняття рішення

*Переваги політики для здоров'я населення.* Варіант 1 забезпечує населення як доступом до якісної послуги з медсестринського догляду. Розширення повноважень медичної сестри/брата, впровадження поняття "догляд" на рівні закону та поява цих послуг в легальному приватному секторі сприятиме доступності. Сертифікація медсестринських професій з веденням реєстру всіх працівників, самоврядний орган

контролю професії з залученням медсестринства до прийняття рішень на всіх рівнях менеджменту, надає необхідний контроль якості послуг, забезпечує очікуваний результат.

Варіант 2 завдяки урядовому спеціальному органу професійної організації, системі нарахування балів при атестації зможе забезпечити покращення якості послуги для пацієнта.. Але відсутність правових та мотиваційних інструментів в порівнянні з Варіантом 1, завадить доступності якісних послуг з медсестринського догляду.

Варіант 3 (статус-кво) не має інструментів для вирішення проблеми недостатньої доступності та якості медсестринських послуг.

*Адміністративна доцільність.* Варіант 1 потребує високого ступеня втручання як на законодавчому рівні для впровадження правових і організаційних інструментів, так і на рівні оцінки ефективності персоналу. З іншого боку політика передбачає самоврядування з залученням не державних коштів, формування прозорого ринку послуг. Надання повноважень разом з відповідальністю головним гравцям політики - медсестрам і братам - несе ризики імплементації, через наявність великої кількості “рухомих частин” політики та точок імплементації.

Варіант 2 несе менш ризиків імплементації, через те, що передбачає меншу кількість втручань на рівні всіх інструментів. Але потребує державного фінансування для утримання медсестринського професійного органу. Реєстр медичних працівників, котрі надають медичні послуги за програмою державних фінансових гарантій, не охоплює всіх представників професії, через що не виконує функцію контролю якості всіх надавачів послуг, враховуючи приватні лікарні та платні послуги в комунальних неприбуткових підприємствах.

Варіант 3 (статус-кво) на перший погляд з позиції адміністративної доцільності має перевагу. Відсутність будь яких змін є найбільш простою політикою. Але не слід забувати, що в цьому випадку не відбувається ніякої розбудови адміністративної спроможності, що в подальшому стане причиною інституціональної слабкості адміністративного апарату.

*Ставлення стейкхолдерів.* В Таблиці 5 представлено порівняння ставлення стейкхолдерів до варіантів політик.

**Таблиця 5.**

*Ставлення стейкхолдерів, як критерій прийняття рішення для вибору політики.*

	Варіант 1	Варіант 2 Альтернативна політика	Варіант 3 Статус-кво
Пацієнти	+2	0	-2
Медичні сестри, брати	+1	0	-2
Лікарі	0	0	-2
Керівники лікарень	-1	-1	+1
Освітні заклади	0	0	0
ОДА, ДОЗ	-1	-1	+1
Обласні, районні, місцеві ради	+2	0	-2
КМУ, МОЗ	-1	-1	+1
Верховна Рада	+2	0	-2
Всього:	4	-3	-7

*Примітка.* Значення, якими позначається ставлення стейкхолдера до варіанту рішення:

- 2 значні втрати
- 1 незначні втрати
- 0 нейтральний вплив
- +1 незначна вигода
- +2 значна вигода

Варіант 1 створить умови для надання якісної доступної послуги з медсестринського догляду пацієнту, надає значну вигоду. Також значну вигоду в результаті успішної імплементації отримують законодавчі органи влади - Верховна Рада та обласні, районні, місцеві ради, через задоволення пацієнта та незалежності фахівців з медсестринства на самоврядних засадах з можливістю самозайнятості. Самі медсестри і брати при фактичній значній вигоді від варіанту політики, можуть на початку сприйняти її як незначну вигоду, через страх перед змінами та необхідної відповідальної моделі поведінки. На лікарів та освітні заклади політика незалежного рівноправного медсестринства створить нейтральний вплив. Для виконавчої влади - КМУ, МОЗ, ОДА/ДОЗ, Керівників лікарень, Варіант 1 принесе незначні витрати, через необхідність розробки, прийняття і впровадження нових правових, організаційних, кадрових, мотиваційних та інформаційних інструментів державного управління.

Альтернативна політика, Варіант 2 на пацієнтів здійснить нейтральний вплив через державну регуляцію якості без забезпечення доступності медсестринської послуги. Також нейтральний вплив збережеться для освітніх закладів, лікарів, законодавчих органів влади - Верховна Рада та обласні, районні, місцеві ради.

Незначну втрату Варіант 2 принесе виконавчій владі, КМУ, МОЗ, ОДА/ДОЗ, Керівникам лікарень, через необхідність розробки, прийняття і впровадження нових організаційних, кадрових та інформаційних інструментів політики.

Збереження статусу-кво, Варіант 3 впливає, як значні втрати на більшість стейкхолдерів. Освітні заклади залишаються під нейтральним впливом. Незначну вигоду Варіант 3 принесе виконавчій владі, КМУ, МОЗ, ОДА/ДОЗ, Керівникам лікарень, через можливість не витратити ресурси на зміни.

В роботі було проаналізовано три варіанта політик, в тому числі альтернативна політика та збереження статусу-кво. Аналіз відбувся за трьома критеріями: переваги політики для здоров'я населення; адміністративна доцільність; ставлення стейкхолдерів.

За адміністративною доцільністю більше переваг має політика збереження статусу-кво, бо не потребує витрат ресурсів та не несе ризиків імплементації. Альтернативна політика не має переваг ні за одним із критеріїв в порівнянні з іншими варіантами політик. Розглядаючи переваги для здоров'я населення та вплив на стейкхолдерів Варіант 1 має значні переваги, бо в найбільшому обсязі вирішує проблему політики низької якості та доступності послуг з медичного догляду, спостереження, профілактики та маніпуляцій для пацієнта на дому та в закладах охорони здоров'я.

## ВИКЛИКИ ІМПЛЕМЕНТАЦІЇ

Дослідження політик розглядають виконавців імплементацій на різних рівнях. Це окремі особи та організації, такі як державні органи влади та державні чи приватні установи. Особи (наприклад, вчителі, поліцейські та медики), які виконують політику, називаються первинними працівниками, чи «бюрократами на рівні вулиць», тоді як організації (наприклад, органи влади, школи, організації охорони здоров'я), в яких вони працюють часто називають виконавчими органами (або органами, що впроваджують). Сучасні перспективи щодо реалізації політики передбачають цілісне уявлення про виконавців та описують складні мережі людей, організацій та міжорганізаційних відносин, що ускладнює визначення того, хто такі виконавці (Hill & Hure, 2009).

### Впровадження політики розвитку медсестринства

Операційна ціль 1. Забезпечено престижність та самостійність медсестринської професії

1. Створити окрему вертикаль управління медсестринством.
2. Побудувати горизонтальні стосунки медсестринських професій з лікарськими через розвиток медсестринського професійного самоврядування.
3. Створити ринок приватних медсестринських послуг з догляду та підтримки пацієнта з контролем якості через сертифікацію.

Рішення приймає: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України.

Операційна ціль 2. Створена мотиваційна система допуску до медсестринської професії

1. Посилити роль медичної сестри і медичного брата через розширення повноважень, надання допуску до виконання більшого обсягу функцій, в тому числі лікарських:
  - 1) Центрувати паліативну допомогу на медсестринській професії, лікарнях сестринського догляду з окремою сестринською вертикаллю управління.
  - 2) Залучити фахівців з вищою медсестринською освітою до виконання керівних функцій в сільській місцевості.
  - 3) Дати можливість фахівцям з медсестринства виконувати функції з соціального догляду за додаткову оплату з різних джерел, в тому числі державного бюджету.
2. Розробити професійний стандарт на основі професійних компетентностей.
3. Впровадити сертифікацію на основі професійного стандарту. Медсестри і медбрата матимуть можливості отримати доступ до виконання більш високовартісних повноважень.

Рішення приймає: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України.

Операційна ціль 3. Впроваджена якісна підготовка за медсестринськими спеціальностями за принципом «навчає практик-професіонал»

1. Впровадити безперервний професійний розвиток (БПР) для медичних сестер і братів.
2. Розвиток вищої медсестринської освіти і науки: впровадження бакалаврату медсестер в медичних університетах; стажування магістрів на програмах PhD з подальшим утворенням вітчизняної наукової школи медсестринства.
3. Збільшення практичної підготовки на додипломному етапі освіти.

Рішення приймає: Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство освіти і науки України, Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти в Україні.

До викликів впровадження політики можна віднести додаткові інвестиції, неготовність медсестринської спільноти до саморегуляції, недостатня спроможність державних регуляторних інституцій.

Імплементация вперш за все залежить від виконавців, котрі впроваджують політику на всіх рівнях. То ризики по перше виникають на рівні таких органів як: Верховна Рада України, Кабінет Міністрів України, Міністерство охорони здоров'я України, Міністерство соціальної політики України, Міністерство освіти і науки України, Національне агентство із забезпечення якості вищої освіти в Україні.

Наступним етапом буде виникнення ризиків на рівні «бюрократів вулиць», самих медсестер і братів, лікарів, керівників лікарень, навіть пацієнтів. Бо культура і розуміння послуги з догляду вимагатиме змін від всіх зацікавлених сторін, учасників процесу.

## СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Балабанова, К. (2020, February 11). Медсестрам – гідну оплату праці та повагу до професії. Чому 2020 рік в Україні оголосили роком медсестринства? *VoxConnector*. doi:[https://voxukraine.org/uk/connector/medsestram-gidnu-oplatu-pratsi-ta-povagu-do-profesiyi-chomu-2020-rik-v-ukrayini-ogolosili-rokom-medsestrinstva/?fbclid=IwAR10c0\\_ByctAq-5K-ub1xvHEtEQ\\_2ORMHU\\_xFEjniRH6EhoHfMJCHd-BuxY](https://voxukraine.org/uk/connector/medsestram-gidnu-oplatu-pratsi-ta-povagu-do-profesiyi-chomu-2020-rik-v-ukrayini-ogolosili-rokom-medsestrinstva/?fbclid=IwAR10c0_ByctAq-5K-ub1xvHEtEQ_2ORMHU_xFEjniRH6EhoHfMJCHd-BuxY)
2. Богдан, Д., Бойко, А., Василькова, А., Вежновець, Т., Звінчук, О., Латипов, А., ... Середя, Ю. (2019). *Кадрові ресурси системи охорони здоров'я в Україні. Ситуаційний аналіз*. Київ: Проект USAID «Підтримка реформи охорони здоров'я».
3. Бондарев. (2019, November 26). Проект Закону про професійне самоврядування у сфері охорони здоров'я 2441-1. Retrieved January 15, 2020, from [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67475](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67475)
4. Верховна Рада України (Ed.). (1993). Закон України «Про нотаріат» 3425-XII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/3425-12>
5. Верховна Рада України (Ed.). (1993). Закон України "Основи законодавства України про охорону здоров'я" 2801-XII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2801-12>
6. Верховна Рада України (Ed.). (1995). Закон України "Про оплату праці" 108/95-ВР. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/108/95-вр>
7. Верховна Рада України. (1998, February 10). Закон України «Про професійну (професійно-технічну) освіту» 103/98-ВР. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/103/98-вр/ed20150101#n352>
8. Верховна Рада України (Ed.). (2013). Закон України "Про громадські об'єднання" 4572-VI. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/4572-17>
9. Верховна Рада України. (2013). Закон України «Про адвокатуру та адвокатську діяльність» 5076-VI. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/5076-17>
10. Верховна Рада України (Ed.). (2015). Закон України «Про ліцензування видів господарської діяльності» 222-VIII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/222-19>
11. Верховна Рада України (Ed.). (2016). Закон України «Про судоустрій і статус суддів» 1402-VIII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1402-19>



12. Верховна Рада України (Ed.). (2017). Закон України "Про освіту" 2145-VIII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/2145-19/ed20170905#n561>
13. Верховна Рада України (Ed.). (2018). Закон України "Про державні фінансові гарантії медичного обслуговування населення" 2168-VIII. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2168-19>
14. Верховна Рада України (Ed.). (2018). Закон України «Про аудит фінансової звітності та аудиторську діяльність» 2258-VIII . Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/2258-19>
15. Геращенко, І., Іонова, М., Павленко, Р., Княжицький, М., Герасимов, А., Климпуш-Цинцадзе, І., & Зінкевич, Я. (2019, November 26). Проект Закону про професійне самоврядування медичних професій в Україні 2442-2. Retrieved January 15, 2020, from [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67476](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67476)
16. ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» . (2017). Звітні форми. Retrieved January 5, 2020, from <http://medstat.gov.ua/ukr/reports.html>
17. Державний комітет статистики (Ed.). (2005). Наказ Державного комітету статистики від 30.11.2005 №395 (зі змінами, затвердженими наказом Держкомстату від 26.04.2011 №105) "Про затвердження Вказівки для фахівця з інтерв'ювання з питань організації та методології вибіркового обстеження населення (домогосподарств), які здійснюють органи державної статистики". Retrieved January 15, 2020, from
18. Добробут (Ed.). (2020). Добробут.патронаж медичний супровід вдома. Retrieved January 15, 2020, from <https://www.dobrobut.com/ua/landings/patronage>
19. Дубнов, А., Радуцький, М., Булах, Л., Перебийніс, М., Медяник, В., Стефанчук, М., ... Макаренко, М. (2019, November 14). Проект Закону про самоврядування медичних професій в Україні 2445. Retrieved January 15, 2020, from [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67395](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67395)
20. Заболотько, В., Якименко, О., Стешенко, І., & Харкевич, Л. (Eds.). (2019). *Медичні кадри та мережа закладів охорони здоров'я системи Моз України за 2017-2018 роки*. Київ: ДЗ «Центр медичної статистики Міністерства охорони здоров'я України».
21. Кабінет Міністрів України (Ed.). (2016, March 2). Постанова Кабінету Міністрів України від 2.03. 2016 №285 "Про затвердження Ліцензійних умов провадження господарської діяльності з медичної практики" 285-2016-п. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/285-2016-п>
22. Кабінет міністрів України (Ed.). (2018). Постанова Кабінету міністрів України №302 від 28.03.2018 «Про затвердження положення про безперервний професійний розвиток» 302-2018-п. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/302-2018-п>

23. Кабінет Міністрів України (Ed.). (2018). Постанова Кабінета Міністрів України від 27.12.2018 №1190 "Про затвердження Положення про сертифікацію педагогічних працівників" 1190-2018-п. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/1190-2018-п>
24. Кабінет міністрів України (Ed.). (2020). Постанова Кабінета міністрів України від 5.02. 2020 №65 "Деякі питання реалізації програми державних гарантій медичного обслуговування населення у 2020 році" 65-2020-п. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/65-2020-п>
25. Кармазіна, О. (Ed.). (2018). *Заклади охорони здоров'я та захворюваність населення України у 2017 році, Статистичний збірник*. Київ, Україна: Державна служба статистики України.
26. Лабунська, А. (2019, December 2). Проект Закону про засади та органи медичного самоврядування в Україні 2445-3. Retrieved January 15, 2020, from [http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4\\_1?pf3511=67515](http://w1.c1.rada.gov.ua/pls/zweb2/webproc4_1?pf3511=67515)
27. Леухіна, А. (2020). *Зовсім не страшна книга. Про життя та смерть і все, що між ними*. Київ, Україна: Таліман.
28. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (1992, December 25). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 25.12.1992 №195 «Про затвердження Переліку вищих і середніх спеціальних навчальних закладів, підготовка і отримання звання в яких дають право займатися медичною і фармацевтичною діяльністю» v0195282-92. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/v0195282-92>
29. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (1993, December 31). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 7.09.1993 №198 «Про підвищення кваліфікації молодших спеціалістів з медичною та фармацевтичною освітою» z0206-93. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0206-93>
30. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (1998, February 23). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.02. 2000 N 33 «Про тимчасові штатні нормативи та типові штати закладів охорони здоров'я» z0586-98. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z0586-98>
31. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (2002, March 29). Наказ Міністерства охорони здоров'я від 22. 03. 2002 №117 "Довідник кваліфікаційних характеристик професій працівників випуск 78 Охорона здоров'я" va117282-02. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/rada/show/va117282-02>
32. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (2007, November 23). Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 23.11.2007 № 742 від 23.11.2007 р. "Про атестацію молодших спеціалістів з медичною освітою" z1368-07. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/z1368-07>

33. Міністерство охорони здоров'я (Ed.). (2015). Національна стратегія реформування системи охорони здоров'я в Україні на період 2015 – 2020 років. Retrieved January 15, 2020, from <https://moz.gov.ua/uploads/0/691-strategiya.pdf>
34. Міністерство охорони здоров'я України (Ed.). (2019, February 2). Наказ МОЗ України від 22.02.2019 № 446 "Деякі питання безперервного професійного розвитку лікарів". Retrieved January 15, 2020, from <https://moz.gov.ua/article/ministry-mandates/nakaz-moz-ukraini-vid-22022019--446-dejaki-pitannja-bezperernovogo-profesijnogo-rozvitku-likariv>
35. Міністерство соціальної політики України (Ed.). (2018). Наказ Міністерства соціальної політики України від 22.01.2018 №74 «Про затвердження Методики розроблення професійних стандартів» z0165-18. Retrieved January 15, 2020, from <https://zakon.rada.gov.ua/laws/show/ru/z0165-18/ed20180122#n28>
36. Національна служба здоров'я України (Ed.). (2020). Вимоги ПМГ 2020. Retrieved March 3, 2020, from <https://nszu.gov.ua/likar-2020>
37. Соціологічна група Рейтинг (Ed.). (2019). Оцінка медичної сфери в Україні. Retrieved January 2, 2020, from [http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg\\_files/rg\\_report\\_healthcare\\_052019\\_press.pdf](http://ratinggroup.ua/files/ratinggroup/reg_files/rg_report_healthcare_052019_press.pdf)
38. Шегедин, Я. (2017). Правовий та організаційний механізми реалізації на регіональному рівні державної політики в галузі медсестринства. *Ефективність Державного Управління*, 1(51), 129–137. Retrieved January 2, 2020, from [http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis\\_nbuv/](http://www.irbis-nbuv.gov.ua/cgi-bin/irbis_nbuv/)
39. Єдина державна електронна база з питань освіти (Ed.). (2020). Реєстр суб'єктів освітньої діяльності. Retrieved January 2, 2020, from <https://registry.edbo.gov.ua>
40. American Nurses Association. (2020). Scope of Practice. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.nursingworld.org/practice-policy/scope-of-practice/?fbclid=IwAR28R7zuJTM3cvYYRwJ2z7B-ULrnCCNTbv9Mhze8KXqE0uyBIB82dfxt4y>
41. Baltussen, N., & Niessen., L. (2006). Priority setting of health interventions: The need of multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc.*
42. Bardach, E. (2012). *A Practical Guide for Policy Analysis: The Eightfold Path to More Effective Problem Solving* (4th ed.). United States of America: CQ Press, an Imprint of SAGE Publications, Inc.
43. Currie, J., Chiarella, M., & Buckley, T. (2018). Privately practicing nurse practitioner services in Australia and patient access to care: Results from realist interviews. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 30(6), 344–353. doi: 10.1097/jxx.0000000000000038

44. Dobrow, M. J., Goel, V., Lemieux-Charles, L., & Black, N. A. (2006). The impact of context on evidence utilization: A framework for expert groups developing health policy recommendations. *Social Science & Medicine*, 63(7), 1811–1824.
45. Edmondson, D., Boyer, S., & Artis, A. (2012). Self-directed learning: A meta-analytic review of adult learning constructs. *International Journal of Education Research*, 7(1), 40-48.
46. Frank-Stromberg, M., Ward, S., Hughes, L., Brown, K., Coleman, A., Grindel, C.G., et al. (2002). Does certification status of oncology nurses make a difference in patient outcomes? *Oncology Nursing Forum*, 29(4), 665-672.
47. Guiter, G.E. (2014). Self-directed learning (SDL): A brief comprehensive analysis. Retrieved January 2, 2020, from <http://qatar-weill.cornell.edu/cpd/archive/on-Self-directed-learning.html>
48. Hamric, A. B, Spross, J. A., & Hanson, C. M. (2005). *Advanced practice nursing: An integrative approach*. St. Louis, MO: Elsevier Saunders.
49. Hart, S, Bergquist, S, Gajewski, B., & Dunton, N. (2006). Reliability testing of the National Database of Nursing Quality Indicators pressure ulcer indicator. *Journal of Nursing Care Quality*, 21(3), 256-265.
50. Health Professions Networks, Nursing and Midwifery Office, Department of Human Resources for Health, & World Health Organization (Eds.). (2010). WHO strategic directions for strengthening nursing and midwifery services 2011–2015.
51. Henderson, V. (2006). The concept of nursing. 1977. *JAN. Leading Global Nursing Research*, 53(1), 21–31. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.03660.x
52. Hill , M. (2009). *The Public Policy Process*(5th edition). Harlow: Pearson Education.
53. Hurst , K. (2014). How much time do nurses spend at the bedside? *Nursing Standard*, 24(52). doi: 10.7748/ns.24.52.14.s20
54. International Council of Nurses. (1987). Occupational health and safety for nurses. Retrieved January 2, 2020, from [https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS\\_C\\_Occupational\\_health\\_safety\\_0.pdf](https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/PS_C_Occupational_health_safety_0.pdf)
55. International Council of Nurses. (2002). Nursing Definitions. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
56. Kathleen A. Russell, JD, MN, RN, (2012). Nurse Practice Acts Guide and Govern Nursing Practice, *Journal of Nursing Regulation*, Volume 3/Issue 3.
57. Kendall-Gallagher, D., & Blegen, M. A. (2009). Competence and certification of registered nurses and safety of patients in intensive care units. *Am J Crit Care*, 18(2), 106–114. doi: 10.4037/ajcc2009487
58. Kingdom, J. W. (2011). *Agendas, Alternatives, and Public Policies, Update Edition, with an Epilogue on Health Care*(Second). Pearson Education.

59. Minister of Justice of Canada (Ed.). (2017, December 12). Canada Health Act c. C-6. Retrieved January 2, 2020, from <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/c-6/page-1.html>
60. Ministry of Social Affairs and Health of Finland (Ed.). (2010). Health Care Act No. 1326/2010. Retrieved January 2, 2020, from [https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2010/en20101326\\_20131293.pdf](https://www.finlex.fi/fi/laki/kaannokset/2010/en20101326_20131293.pdf)
61. National Academy of Sciences (Ed.). (2012). Essential Health Benefits: Balancing Coverage and Cost, Chapter 3: Policy Foundations and Criteria for the Ehb. Retrieved January 2, 2020, from <https://www.nap.edu/read/13234/chapter/6>
62. Oliver, K., Lorenc, T., & Innvær, S. (2014). New directions in evidence-based policy research: A critical analysis of the literature. *Health Research Policy and Systems*, 12, 34. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1478-4505-12-34.pdf>.
63. Porter-O'Grady, T. (2009). *Interdisciplinary Shared Governance: Integrating Practice, Transforming Health Care* (2nd ed.). Jones & Bartlett Learning;
64. Porter-O'Grady, T. (2019). Principles for sustaining shared/professional governance in nursing. *Nursing Management*, 36–41. doi: DOI-10.1097/01.NUMA.0000550448.17375.28
65. Samarasooriya, R. C., Yoon, S. H., Oh, J., & Baek, S. (2019). Self-Directed Learning Among Nurse Learners in Sri Lanka. *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 50(1), 41–48. doi: 10.3928/00220124-20190102-09
66. Tanios, N., Wagner, M., Tony, M., Baltussen, R., J. V. T., Rindress, D., & International Task Force on Decision Criteria. (2013). Which criteria are considered in healthcare decisions? Insights from an international survey of policy and clinical decision makers. *International Journal of Technol Assess Health Care*, 29(4), 456–465. doi: 10.1017/S0266462313000573
67. Weiner, J., & Hopkins, J. (2005). *Introduction to Health Policy. Unit on Medical Care Policy*. Retrieved January 2, 2020, from [http://ocw.jhsph.edu/courses/introhealthpolicy/PDFs/Bardach\\_Outline\\_IHP\\_7b.pdf](http://ocw.jhsph.edu/courses/introhealthpolicy/PDFs/Bardach_Outline_IHP_7b.pdf)
68. WHO Expert Committee on Nursing Practice, & World Health Organization (Eds.). (1996). Nursing practice : report of a WHO expert committee. Retrieved January 2, 2020, from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/38190?show=full>
69. World Health Organization (Ed.). (2016). Nursing and midwifery - WHO Global Strategic Directions for Strengthening Nursing and Midwifery 2016–2020. Retrieved January 2, 2020, from [https://www.who.int/hrh/nursing\\_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf?ua=1](https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/global-strategic-midwifery2016-2020.pdf?ua=1)
70. World Health Organization (Ed.). (2018). Global health estimates: deaths by cause, age, sex and country 2000–2012. (Global Health Estimates Technical Paper WHO/HIS/IER/GHE/2018.4) Retrieved January 2, 2020, from [http://www.who.int/gho/mortality\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/gho/mortality_burden_disease/en/index.html)

71. World Federation for Medical Education (Ed.). (2017). Standards. Retrieved January 2, 2020, from <https://wfme.org/standards/>
72. Zwarenstein, M., & Bryant, V. (2000). Interventions to promote collaboration between nurses and doctors. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (1). doi: 10.1002/14651858.CD000072
73. Zwarenstein, M., Goldman, J., & Reeves, S. (2009). Interprofessional collaboration: effects of practice-based interventions on professional practice and healthcare outcomes. *Cochrane Database Syst Rev*, (3). doi: 10.1002/14651858.CD000072.pub2

## ДОДАТОК 1. Аналіз даних сервісу онлайн-об'яв olx.ua

Таблиця 6.

*Розподіл об'яв з пропозиціями медсестринської послуги на дому за результатами аналізу даних сервісу онлайн-об'яв olx.ua*

№	Назва області	Кількість об'яв
1.	Вінницька область	8
2.	Волинська область	3
3.	Дніпропетровська область	17
4.	Донецька область	12
5.	Житомирська область	3
6.	Закарпатська область	2
7.	Запорізька область	17
8.	Івано-Франківська область	1
9.	Київська область	11
10.	Місто Київ	58
11.	Миколаївська область	15
12.	Одеська область	51
13.	Полтавська область	10
14.	Рівненська область	0
15.	Сумська область	2
16.	Тернопільська область	2
17.	Харківська область	29
18.	Херсонська область	11
Всього:		252

**ДОДАТОК 2. Витяги з інтерв'ю**

*Умови праці: заробітна плата та навантаження на медичну сестру;*

Люди визначали свій стан, наступними фразами: «виживаємо на копійки», «сором та ганьба такій зарплаті», «не знаємо, як годувати дітей», «не знаємо, що буде далі», «хай політики (президент, міністр, уряд) спробують вижити на таку зарплату».

відсутність попиту на вищу медсестринську освіту в практичній охороні здоров'я;

Дві протилежні точки зору

Навіщо ми навчалися? Де та різниця? В грошах все одне однаково.

Я не жалію, що стала бакалавром. Хоча за 20 років цей диплом мені не знадобився. Хай хоч моя донька доживе, щоб вища освіта медсестри була потрібною.

Яка вища освіта? Працюєш за копійки, так ще і повчитися треба

В нашій області не можна вступити на вищу освіту медсестри. Ми неодноразово зверталися в навчальний заклад, з проханням щоб вони відкрили спеціальність

*Низка якість, неефективність та корумпованість існуючої системи атестації та підвищення кваліфікації;*

Ціла система: гроші в асоціацію не здає – не пропустять на атестації

Знань там давно не має. Ну що там за п'ять років в голові залишиться?

У мене 45 років стажу, звісно у мене вища категорія.

Коли я була в атестаційній комісії, одна жінка почала плакати, бо нічого не могла сказати. Ми їй і так зарахували. Вона ж давно працює.

*Посилення ролі вищого менеджмента медсестринства на всіх рівнях прийняття рішень;*

Вони (управлінці) там у себе сидять і нічого не знають про наше життя. Хай ідуть добу почергують одна на 40 ліжок.

Хто ж медсестру призначить медичним директором? Ви що смієтеся?



Я молюся за свого генерального директора, він добрий хороший керівник, призначив мене заступником генерального директора.

Якщо ми за себе не скажемо, за нас ніхто не скаже

*Застаріла нормативна база, що регулює питання медсестринства, потребує оновлення;*

Як так може бути, лікарям можна бали набирати (безперервного професійного розвитку), а медсестрам ні. У нас як все було, так і залишилося.

Коли міняти спеціальність, та категорію втрачаєш. Це справедливо?

Купа цих курсів, спеціальностей (156). Коли вже там подумують та зробити щось для медсестринства?

*Неповажне відношення до професії медсестра у суспільстві;*

Хто нас послухає? Лікарі? Ви точно з нашої країни? Та для них ніхто.

А у мене хороший лікар. Ввічливо з нами розмовляє

Це принизливо мати таку зарплату. Про нас зовсім не думають

Я відпрацювала 35 років і тепер мене викидають на вулицю.

*Дефіцит медичних кадрів в системі охорони здоров'я.*

Працювати нема кому. Дівчата розбігаються.

На касі в супермаркеті зарплата більше. Молоді йдуть.

Старшими медсестрами ніхто не хоче працювати – гроші ті самі, відповідальності більше.

З коледжів до нас не йдуть. Одразу їдуть за кордон.

*Лікарі*

А що вони (медсестри) можуть робити? Над нею ж треба стояти.

Для мене це найкращий помічник, ми працюємо разом однією командою.

Найгірше, що медсестри не можуть діяти автономно та нести за це відповідальність.

По факту, роботи медсестри в заповненні клітин в листку призначень: я їй пишу, що треба зробити, вона ставить хрестик. Думати не треба.

### ДОДАТОК 3. Аналіз соціальних мереж

**Таблиця 7.**

*Групи в соціальних мережах, тексти дописів в яких було проаналізовано протягом листопада 2019 року – січня 2020.*

Назва групи	Кількість учасників
Вакцинація: питання та відповіді ( Прививки - вакцины - щеплення)	78 052
Стандарти і клінічні протоколи МОЗ	59 180
РУХ #БудьякНіна	53 275
Спілка медичних працівників України	46 141
Лікарі України Врачи Украины	38 551
Врачи Киева Лікарі Києва	36 424
Новини вищої освіти	29 683
Лікарі та пацієнти разом	18 778
#ЛікарПервинки	14 314
Лікарі України разом	11 523
Заклади фахової передвищої освіти України	10 926
KyivDoctors	8 052
#ЛікарВторинки	6 919
ICPC-2 UKRAINE	6 424
Аспіранти і Докторанти України	5 881
РОЗВИТОК ПРОФЕСІЙНОЇ МАЙСТЕРНОСТІ СПЕЦІА. МЕДСЕСТРИНСТВА	5 805
Наукові публікації та конференції	5 734
Врачи без Границ	4 787
Академічна доброчесність та плагіат	4 016
Сторінка медичної сестри	2 981
Громадська Рада при МОЗ України	2 671
ІТ в охороні здоров'я	1 872
Управління охороною здоров'я - спеціалізація в НАДУ	1 281

## ДОДАТОК 4. Освітні заклади України, що готують фахового молодшого бакалавра

Таблиця 8.

Освітні заклади України, що готують фахового молодшого бакалавра за спеціальністю «Медсестринство»

Вінницький медичний коледж ім.акад. Д.К.Заболотного	Міжгірський медичний коледж
Могилів-Подільський медичний коледж	Комунальний вищий навчальний заклад "Запорізький медичний коледж" Запорізької обласної ради
Гайсинський медичний коледж	Медичний коледж Запорізького державного медичного університету
Погребищенський медичний коледж	Комунальний заклад "Бердянський медичний коледж" Запорізької обласної ради
Луцька філія Товариства з обмеженою відповідальністю Медичний коледж "Монада"	Комунальний вищий навчальний заклад "Мелітопольський медичний коледж" Запорізької обласної ради
Луцький базовий медичний коледж	Івано-Франківський національний медичний університет
Комунальний вищий навчальний заклад «Ковельський медичний коледж»	Коломийський медичний коледж імені Івана Франка
Ківерцівський медичний коледж	Вищий навчальний заклад "Київський медичний коледж №3"
Комунальний вищий навчальний заклад "Дніпровський базовий медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради	Вищий навчальний заклад «Київський медичний коледж ім.П.І.Гаврося»
Комунальний заклад вищої освіти «Кам'янський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради	Вищий навчальний заклад Київський міський медичний коледж
Комунальний заклад вищої освіти «Криворізький медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради	Вищий навчальний заклад «Перший Київський медичний коледж»
Комунальний вищий навчальний заклад «Нікопольський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради»	Комунальний вищий навчальний заклад Київської обласної ради "Білоцерківський медичний коледж"
Комунальний заклад вищої освіти «Павлоградський медичний коледж» Дніпропетровської обласної ради»	Комунальний вищий навчальний заклад Київської обласної ради "Макарієвський медичний коледж"
Комунальний заклад «Бахмутський медичний коледж»	Комунальний вищий навчальний заклад Київської обласної ради "Обухівський медичний коледж
Комунальний заклад «Костянтинівський медичний коледж»	Комунальний вищий навчальний заклад Київської обласної ради "Чорнобильський медичний коледж"
Лиманський медичний коледж Донецького національного медичного університету	Кіровоградський медичний коледж ім. Є.Й.Мухіна
Комунальний заклад "Маріупольський медичний коледж"	Комунальний вищий навчальний заклад «Олександрійський медичний коледж»
Коледж комунального вищого навчального закладу "Житомирський медичний інститут" Житомирської обласної ради	Комунальний заклад «Лисичанський медичний коледж»
Комунальний вищий навчальний заклад «Бердичівський медичний коледж» Житомирської обласної ради	Комунальний заклад «Кремінський медичний коледж»
Комунальний заклад «Новоград-Волинський медичний коледж» Житомирської обласної ради	Комунальний заклад «Старобільський медичний коледж»
Ужгородська філія Товариства з обмеженою відповідальністю "Медичне училище "Медик"	Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Львівський інститут медсестринства та лабораторної медицини ім. Андрея Крупинського»

Ужгородська філія Товариства з обмеженою відповідальністю Медичний коледж "Монада"	Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський медичний коледж післядипломної освіти"
Берегівський медичний коледж	Кременецький медичний коледж імені Арсена Річинського
Закарпатський базовий державний медичний коледж	Чортківський державний медичний коледж
Структурний підрозділ Медичний коледж Львівського національного медичного університету імені Данила Галицького	Приватний вищий навчальний заклад "Галицький медичний коледж"
Товариство з обмеженою відповідальністю "Медичне училище "Медик", м. Львів	Комунальний заклад охорони здоров'я "Харківський обласний медичний коледж"
Товариство з обмеженою відповідальністю Медичний коледж "Монада", м. Львів	Медичний коледж Харківського національного медичного університету
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради «Бориславський медичний коледж»	Медичний коледж Харківської медичної академії післядипломної освіти
Дрогобицька філія Товариства з обмеженою відповідальністю "Медичне училище "Медик"	Комунальний заклад охорони здоров'я Ізюмський медичний коледж
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Самбірський медичний коледж"	Комунальний заклад охорони здоров'я "Куп'янський медичний коледж ім. Марії Шкарлетової"
Коледж Приватного вищого навчального закладу "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"	Комунальний заклад охорони здоров'я Богодухівський медичний коледж
Миколаївський базовий медичний коледж	Комунальний заклад охорони здоров'я «Вовчанський медичний коледж» Харківської обласної ради
Комунальний вищий навчальний заклад «Первомайський медичний коледж»	Комунальний заклад охорони здоров'я «Красноградський медичний коледж»
Комунальний заклад «Одеське обласне базове медичне училище»	Херсонський базовий медичний коледж Херсонської обласної ради
Обласна комунальна установа "Білгород-Дністровське медичне училище"	Комунальний заклад «Бериславський медичний коледж» Херсонської обласної ради
Товариство з обмеженою відповідальністю "Ізмаїльське медичне училище" надіслала повторно	Генічеське медичне училище
Медичне училище ім. В.О. Жуковського	Хмельницький базовий медичний коледж
Українська медична стоматологічна академія	Кам'янець-Подільський медичний коледж
Комунальний вищий навчальний заклад I рівня акредитації «Полтавський базовий медичний коледж»	Шепетівський медичний коледж
Комунальний вищий навчальний заклад I рівня акредитації Полтавської обласної ради «Кременчуцький медичний коледж» імені В.І. Литвиненка	Чемеровецький медичний коледж
Комунальний вищий навчальний заклад I рівня акредитації Полтавської обласної ради «Лубенське медичне училище»	Черкаська медична академія
Комунальний вищий навчальний заклад I рівня акредитації Полтавської обласної ради «Лохвицьке медичне училище»	Уманський медичний коледж
Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради	Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет"
Вищий комунальний навчальний заклад «Дубенський медичний коледж» Рівненської обласної ради	Чернівецький медичний коледж Буковинського державного медичного університету
Відокремлений підрозділ "Костопільський медичний коледж Комунального закладу вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради"	Комунальний вищий навчальний заклад «Вашковецький медичний коледж Буковинського державного медичного університету»

Рокитнівське медичне училище	Комунальний вищий навчальний заклад "Новоселицький медичний коледж Буковинського державного медичного університету"
Сумський медичний коледж- комунальний заклад Сумської обласної ради	Чернігівський базовий медичний коледж Чернігівської обласної ради
Глухівське медичне училище–комунальний заклад Сумської обласної ради	Ніжинський медичний коледж Чернігівської обласної ради
Конотопське медичне училище–комунальний заклад Сумської обласної ради	Новгород-Сіверське медичне училище
Лебединське медичне училище імені професора М.І. Ситенка – комунальний заклад Сумської обласної ради	Прилуцьке медичне училище
Вищий комунальний навчальний заклад «Шосткинське медичне училище» Сумської обласної ради	Хустська філія товариство з обмеженою відповідальністю "Медичний коледж "Монада"
Приватний вищий навчальний заклад "Медичний коледж"	Івано-Франківський базовий медичний коледж
	Сумський державний університет

## ДОДАТОК 5. Освітні заклади України, що готують бакалавра з медсестринства

Таблиця 9.

Освітні заклади України, що готують бакалавра з медсестринства

Вищий навчальний заклад "Університет економіки та права "КРОК"	Навчально-науковий Інститут медсестринства Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України
Приватний вищий навчальний заклад "Київський міжнародний університет"	Приватний вищий навчальний заклад "Медичний коледж"
Вінницький медичний коледж ім. акад. Д. К. Заболотного	Харківський національний медичний університет
Луцький базовий медичний коледж	Черкаська медична академія
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара	Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет"
Комунальний заклад вищої освіти "Кам'янський медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради	Чернівецький медичний коледж Буковинського державного медичного університету
Комунальний заклад вищої освіти "Криворізький медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради	Товариство з обмеженою відповідальністю Медичний коледж "Монада"
Комунальний вищий навчальний заклад "Житомирський медичний інститут" Житомирської обласної ради	Миколаївський базовий медичний коледж
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	Приватний вищий навчальний заклад "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	Приватний вищий навчальний заклад "Медико-Природничий Університет"
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський медичний коледж післядипломної освіти"	Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради
Сумський державний університет	Українська медична стоматологічна академія
Міжнародний гуманітарний університет	

## ДОДАТОК 6. Освітні заклади України, що готують магістра з медсестринства

**Таблиця 10.**

*Освітні заклади України, що готують магістра з медсестринства*

Вищий навчальний заклад економіки та права "КРОК"	"Університет Приватний вищий навчальний заклад "Медико-Природничий Університет"
Приватний вищий навчальний заклад "Київський міжнародний університет"	Міжнародний гуманітарний університет
Вінницький медичний коледж ім. акад. Д. К. Заболотного	Українська медична стоматологічна академія
Луцький базовий медичний коледж	Комунальний заклад вищої освіти "Рівненська медична академія" Рівненської обласної ради
Дніпровський національний університет імені Олеся Гончара	Сумський державний університет
Комунальний заклад вищої освіти "Кам'янський медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради"	Навчально-науковий Інститут медсестринства Тернопільського національного медичного університету імені І. Я. Горбачевського Міністерства охорони здоров'я України
Комунальний заклад вищої освіти "Криворізький медичний коледж" Дніпропетровської обласної ради"	Приватний вищий навчальний заклад "Медичний коледж"
Комунальний вищий навчальний заклад "Житомирський медичний інститут" Житомирської обласної ради	Харківський національний медичний університет
Державний вищий навчальний заклад "Ужгородський національний університет"	Черкаська медична академія
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівська медична академія імені Андрея Крупинського"	Вищий державний навчальний заклад України "Буковинський державний медичний університет"
Вищий навчальний комунальний заклад Львівської обласної ради "Львівський медичний коледж післядипломної освіти"	Чернівецький медичний коледж Буковинського державного медичного університету
Товариство з обмеженою відповідальністю Медичний коледж "Монада"	Приватний вищий навчальний заклад "Міжнародний класичний університет імені Пилипа Орлика"
Миколаївський базовий медичний коледж	

## ДОДАТОК 7. АНКЕТА ОПИТУВАННЯ РЕСПОНДЕНТІВ

### РОЗДІЛ I: ІНФОРМАЦІЯ ПРО ОСВІТУ

1. Який найвищий рівень освіти ви закінчили до початку своєї базової освіти?

- 1 Менше ніж атестат середньої школи
- 2 Атестат середньої школи
- 3 Аспірант
- 4 Ступінь бакалавра
- 5 Спеціаліст/Магістр
- 6 Науковий ступінь

2. Ви безпосередньо перед початком своєї базової освіти з медсестринства працювали в галузі охорони здоров'я? (Позначте лише одну.)

- 0 Ні
- 1 Так, діловодство чи адміністративне управління в галузі охорони здоров'я
- 2 Так, військовий медичний напрямок
- 3 Так, медичний працівник в закладі охорони здоров'я
- 4 Так, не медичний працівник в закладі охорони здоров'я
- 5 Так, працював в навчальному закладі
- 6 Так, медична сестра з ліцензією
- 7 Так, інше: \_\_\_\_\_.

3. Ваш найвищий рівень освіти в галузі охорони здоров'я?

- 1 Молодший спеціаліст (молодший бакалавр)
- 2 Бакалавр
- 3 Спеціаліст / Магістр
- 4 Науковий ступінь

4. За якою спеціальністю ви отримали освіту?

- 1. Лікувальна справа.
- 2. Лікувальна справа (невідкладні стани).
- 3. Медико-профілактична справа.
- 4. Санологія.
- 5. Лабораторна справа (клініка).
- 6. Лабораторна справа (гігієна).
- 7. Лабораторна справа (патологія).



- 8. Акушерська справа.
- 9. Сестринська справа.
- 10. Сестринська справа (операційна).
- 11. Медична статистика.
- 12. Рентгенологія.
- 13. Стоматологія.
- 14. Ортопедична стоматологія.

5. У якій країні ви отримали освіту?

1 Україна;  2 Росія;  3 Білорусь;  4 Молдова;  5 Польща;  6 Інше: \_\_\_\_\_.

6. У якому році ви отримали диплом? \_\_\_\_ \_

7. У якому році ви вперше отримали кваліфікаційну категорію? \_\_\_\_ \_

8. Яку зараз маєте найвищу кваліфікаційну категорію?

- 1 Не маю категорію
- 2 Друга категорія
- 3 Перша категорія
- 4 Вища категорія

9. В якому році ви отримали першу спеціалізацію? \_\_\_\_ \_

10. Яку спеціалізацію ви маєте (за якою працюєте)? \_\_\_\_\_

11. Чи проходили ви другу спеціалізацію крім першої?

1 Так  2 Ні

12. Скільки спеціалізацій ви маєте? \_\_\_\_\_

13. Які спеціалізації ви маєте? \_\_\_\_\_

14. Чи працюєте ви за спеціалізацією, найвищу категорію за якою ви маєте?

15. Коли в останній раз ви проходили підвищення кваліфікації?

\_\_\_\_\_ років і \_\_\_\_\_ місяців

16. Наразі ви зараховані на курси підвищення кваліфікації?

1 Так  2 Ні → **Перейти до питання № 18 нижче.**

- ↓
17. Яка мета вашого навчання?
- 1 Отримання категорії
  - 2 Отримання другої категорії
  - 3 Отримання першої категорії
  - 4 Отримання вищої категорії

18. Наскільки ви загалом задоволені професією медсестри?
- 1 Дуже незадоволений
  - 2 Незадоволений
  - 3 Ні задоволений, ні незадоволений
  - 4 Задоволений
  - 5 Дуже задоволений

19. Ви зараз працюєте на медсестринській посаді?

- 1 Так, працюю на повний або неповний робочий день → **Перехід до розділу II.**
- 2 Ні → **Перейти до розділу III**

## РОЗДІЛ II: ДЛЯ МЕДСЕСТЕР, ЩО ПРАЦЮЮТЬ ЗА ПРОФЕСІЮ

20. Скільки годин ви, як правило, працюєте? (Будь ласка, заповніть усі пункти.)

1. \_\_\_\_ годин на день
2. \_\_\_\_ годин на тиждень (не включаєте не відпрацьовані години дзвінків)
3. \_\_\_\_ понаднормових годин на тиждень
4. \_\_\_\_ годин за дзвінками не працювали на тиждень

21. Скільки місяців на рік ви працюєте? \_\_\_\_ місяців на рік

22. Як наступні п'ять років ви збираєтеся працювати в галузі охорони здоров'я?

- 1 Плануєте збільшити години роботи медсестрою
- 2 Плануєте працювати приблизно стільки, скільки зараз
- 3 Плануєте скоротити години роботи медсестрою
- 4 Плануєте повністю залишити працювати медсестрою, але не виходити на пенсію
- 5 Плануєте вийти на пенсію

**Запитання з 23 по 37 стосуються вашої основної медсестринської посади, в якій ви проводите більшу частину робочого часу.**

23. В якому закладі ви працюєте?

- 1 Заклад охорони здоров'я державної/регіональної форми власності (казенне підприємство)
- 2 Заклад охорони здоров'я приватної форми власності
- 3 Фізична особа підприємець
- 4 Самозайнята
- 5 Робота в іншій установі \_\_\_\_\_

24. Скільки годин на тиждень ви зазвичай працюєте на своїй основній посаді медсестри?

\_\_\_\_\_ годин на тиждень

25. Скільки місяців на рік ви зазвичай працюєте на своїй основній посаді медсестри?

\_\_\_\_\_ місяців на рік

26. Де знаходиться місце вашої роботи?

1. Країна \_\_\_\_\_

2. Область \_\_\_\_\_

3. Район \_\_\_\_\_

4. Місто/населений пункт \_\_\_\_\_

27. Скільки кілометрів знаходиться в одному напрямку від вашого будинку до вашої о місця роботи?

1. До 1 км

2 Від 1 км до 5 км

3 Від 5 км до 10 км

4. Від 10 км до 50 км

5. Інше \_\_\_\_\_

28. Як довго ви працюєте на останньому місці роботи?

1. До 1 року

2 Від 1 до 5 років

3 Від 5 до 10 років

4 Більше 10 років

29. Що з перерахованого нижче найкраще описує тип установи де ви працюєте за основним місцем роботи? (Оберіть лише одну.)

1 Лікарня, стаціонарна допомога або відділення невідкладної допомоги

2 Лікарня, поліклініка

3 Лікарня, амбулаторія (хірургічна, клініка)

4 Лікарня, відділення будинку престарілих

5 Будинок для престарілих, розширений догляд або кваліфікований медичний заклад

- 6 Хоспіс
- 7 Реабілітаційний центр
- 8 Медична практика, лікарський кабінет (Фізична особа підприємець)
- 9 Станція швидкої допомоги
- 10 Центр здоров'я (громадське здоров'я)
- 11 Амбулаторне психічне здоров'я / наркоманія
- 12 Стаціонарне психічне здоров'я / наркоманія
- 13 Відомчий заклад охорони здоров'я
- 14 Виправний заклад, в'язниця
- 15 Медичний кабінет в школі
- 16 Колцентр / центр телемедицини
- 17 Освітній заклад (заклад вищої освіти, фаховий коледж)
- 18 Самозайнята особа
- 19 Інше: \_\_\_\_\_

30. Що з наведеного нижче найкраще описує посаду вашої основної сестринської посади? (Виберіть лише одну.)

- 1 Медичний директор
- 2 Головна медична сестра
- 3 Сестра медична старша
- 4 Акушерка
- 5 Акушерка жіночої консультації
- 6 Акушерка стаціонару
- 7 Лаборант з бактеріології
- 8 Лаборант з імунології
- 9 Лаборант клініко-діагностичної лабораторії
- 10 Лаборант (медицина)
- 11 Лаборант з патологоанатомічних досліджень
- 12 Лаборант санітарно-гігієнічної лабораторії
- 13 Лаборант судово-медичної лабораторії
- 14 Лаборант (фармація)
- 15 Оптометрист
- 16 Рентгенолаборант
- 17 Сестра медична
- 18 Сестра медична-анестезист
- 19 Сестра медична дитячої поліклініки
- 20 Сестра медична дитячого стаціонару
- 21 Сестра медична загальної практики - сімейної медицини
- 22 Сестра медична з дієтичного харчування

- 23 Сестра медична з косметичних процедур
- 24 Сестра медична з лікувальної фізкультури
- 25 Сестра медична з масажу
- 26 Сестра медична - координатор
- 27 Сестра медична операційна
- 28 Сестра медична патронажна
- 29 Сестра медична поліклініки
- 30 Сестра медична станції (відділення) швидкої та невідкладної медичної допомоги
- 31 Сестра медична старша
- 32 Сестра медична стаціонару
- 33 Сестра медична зі стоматології
- 34 Інше: \_\_\_\_\_

31. Приблизно, який відсоток вашого часу витрачається на кожну з наступних функцій протягом типового тижня на вашій головній посаді?

1.  % Догляд за пацієнтами
2.  % Освіта пацієнтів
3.  % Лікарські завдання
4.  % Непряме обслуговування пацієнтів / клієнтів (консультації, планування, оцінка догляду)
5.  % Навчання, підготовка або орієнтування студентів або нових працівників / працівників (включаючи час підготовки)
6.  % Нагляд / управління/менеджмент
7.  % Адміністративна робота
8.  % Досліджень
9.  % Нелікарські завдання
10.  % Інше: \_\_\_\_\_
- 100% Всього

32. Позначте клінічний напрямок, в якій ви найчастіше надаєте безпосередню допомогу пацієнтові на своєму головному місці. (Визначте лише один.)

- 1 Не бере участі у безпосередньому догляді за пацієнтами
- 2 Амбулаторна
- 3 Кардіологія
- 4 Громадське здоров'я
- 5 Телеметрія
- 6 Надзвичайна ситуація / травма
- 7 Хоспіс
- 8 Інтенсивна терапія / критична допомога

- 9 Медико-хірургічний
- 10 Відділення матері-дитини або звичайна ясла для новонароджених
- 11 Догляд за новонародженими
- 12 Акушерство / гінекологія
- 13 Онкологія
- 14 Педіатрія
- 15 Психіатрія / психічне здоров'я
- 16 Реабілітація
- 17 Здоров'я школи
- 18 Працювати в декількох областях і не спеціалізуватися
- 19 Інше: \_\_\_\_\_

33. Які із перелічених нижче комп'ютерних інформаційних систем охорони здоров'я, якщо такі є, ви використовуєте в своїй роботі?

- 1. Електронні записи пацієнтів
- 2. Електронна діаграма медичної сестри / записки догляду
- 3. Звіти електронної радіології
- 4. Електронні плани / шляхи догляду
- 5. Електронна лабораторна звітність
- 6. Комп'ютеризовані накази лікаря
- 7. Сканування штрих-коду для приладдя / інше
- 8. Нічого із зазначеного
- 9. Сканування штрих-коду для введення ліків
- 10. Інше: \_\_\_\_\_

Комп'ютеризоване розповсюдження ліків (наприклад, Puhis)

Запис про введення електронних ліків

34. Який ваш досвід роботи з інформаційними системами на вашій головній роботі?  
(Визначте лише одну.)

- 1\_\_ Всі системи працюють добре
- 2\_\_ Системи, як правило, корисні, але можуть мати деякі недоліки
- 3\_\_ У системах є проблеми, які впливають на мою роботу
- 4\_\_ Системи заважають моїй роботі
- 5\_\_ На моєму робочому місці немає систем

35. Будь ласка, вкажіть загальний річний заробіток лише для вашої основної посади медсестри, перед відрахуванням податків, соціального забезпечення тощо. Якщо у вас немає встановленої річної зарплати, будь ласка, оцініть свій річний заробіток за минулий рік.

Грн. \_\_\_\_\_ / рік

3. Чи включає ваша компенсація з вашого основного медичного складу: (Перевірте все, що застосовується.)

- 1. План виходу на пенсію
- 2. Особисте медичне страхування
- 3. Стоматологічне страхування
- 4. Медичне страхування сім'ї

37. Оцініть, будь ласка, кожен із наступних аспектів вашої основної сестринської посади:

№	Питання	Дуже незад оволе ні	Незад оволе ний	Ні задов олени й, ні незад оволе ний	Задов олени й	Дуже задов олени й	Не застосо вується
1.	Загалом ваша робота						
2.	Ваша зарплата						
3.	Пільги працівникам						
4.	Відповідність рівня вашої кваліфікації вашій роботі						
5.	Відповідність кількості співробітників обсягу завдань						
6.	Додаткові завдання						
7.	Необхідна кількість документів						

8.	Ваше навантаження						
9.	Фізичне робоче середовище						
10.	Графік роботи						
11.	Безпека роботи						
12.	Можливості кар'єрного просування						
13.	Підтримка інших медсестер, з якими ви працюєте						
14.	Командна робота між колегами та вами						
15.	Керівництво вашої адміністрації медсестер						
16.	Взаємовідносини з лікарями						
17.	Відносини з іншим медичним персоналом						
18.	Відносини з медсестрами						
19.	Взаємодія з пацієнтами						
20.	Доступний час для навчання пацієнтів						
21.	Залучення до політичних чи управлінських						



	рішень закладу де працюєте						
22.	Можливості використовувати свої навички						
23.	Можливості опанувати нові навички						
24.	Якість програм наставників						
25.	Підтримка роботодавцями освітніх можливостей						
26.	Якість обслуговування пацієнтів, де ви працюєте						
27.	Відчуття, що робота має сенс						
28.	Визнання за добре виконану роботу						

38. Чи займаєте ви зараз більше ніж одну медсестринську посаду?

1 Так  2 Ні → Перейти до питання № 41 на наступній сторінці.



39. Скільки посад для медсестер займаєте крім основної роботи?

1 Одну;

2 Дві;

3 Три;

4 Чотири і більше.

40. На інших ваших медсестринських посадах, ви ... (Укажіть усе, що стосується).

1. Постійний працівник

2. Працевлаштований через службу тимчасової зайнятості  
 3. Самозайняті  
 4. Медична сестра сумісник

41. Яку роботу ви виконуєте на інших своїх посадах? (Визначте все, що стосується.)

1. Персонал лікарні  
 2. Охорона здоров'я чи здоров'я населення  
 3. Тривалий гострий догляд  
 4. Здоров'я школи  
 5. Будинок для престарілих, розширений догляд або кваліфікований персонал медсестри  
 6. Лікування психічного здоров'я чи наркоманії  
 7. Домашнє здоров'я чи хоспіс  
 8. Телебачення / телеменеджмент  
 9. Навчання професій охорони здоров'я або студентів-сестер  
 10 Амбулаторна допомога, здоров'я в школі  
 11 Самозайняті  
 12 Інше: \_\_\_\_\_

42. Будь ласка, вкажіть наступне для своїх інших медичних посад.

Додаткові посади медсестри (не головна сестринська посада)	Години працювали на тиждень	Місяці відпрацьовані за рік	Розрахунковий річний дохід до оподаткування
Додаткова робота 1	_____ годин / тиждень	_____ Місяць / рік	_____ грн. / рік
Додаткова робота 2	_____ годин / тиждень	_____ Місяць / рік	_____ грн. / рік
Додаткова робота 3	_____ годин / тиждень	_____ Місяць / рік	_____ грн. / рік
Усі інші додаткові посади медсестри	_____ годин / тиждень	_____ Місяць / рік	_____ грн. / рік

43. Ви коли-небудь залишали роботу медичної сестри на терміні більше одного року?

- 1 Так     2 Ні

44. Як довго ви перестали працювати в медсестринстві?

\_\_\_ років і \_\_\_ місяців

45. Наскільки важливими є кожна з наступних причин, коли ви припинили роботу медсестрою на термін більше одного року?

№	Питання	Зовсім не важливо	Не важливо	Ні важливо, ні неважливо	Важливо	Дуже важливо
	Обов'язки щодо догляду за дітьми					
	Інші сімейні обов'язки					
	Переїзд в іншу область					
	Стрес на роботі					
	Хвороба або травма, пов'язана з роботою					
	Хвороба або травма, не пов'язана з роботою					
	Зарплата					
	Незадоволені вигодами					
	Звільнений					
1	Продовження здобуття освіти					
1	Подорож					
1	Заняття в іншій сфері діяльності					

1	Інше причина незадоволення роботою					
1	Незадоволення професією медсестри					

Інше: \_\_\_\_\_

## РОЗДІЛ VII: ДЕМОГРАФІЧНА ІНФОРМАЦІЯ

60. Стать    1 Жінка    2 Чоловік

61. Рік народження            

62. Скільки повних років? \_\_\_\_\_

   1 18-29 років

   2. 30-39 років

   3. 40-49 років

   4. 50-60 років

   5. 60+

63. У якій країні ви народилися? \_\_\_\_\_

64. Сімейний стан

   1 Ніколи не був (ла) одружений

   2 На даний момент одружений

   3 Цивільний шлюб

   4 Розлучена (ий)

   4 Вдів/вдова

65. Якими мовами ви вільно володієте? (Відзначте все стосується)

   1 Українська

   2 Російська

   3 Англійська

   4 Угорська

   5 Молдовська

   6 Польська

   4 Інше: \_\_\_\_\_

66. Чи є у вас діти, що мешкають з Вами?

1 Так  2 Ні

67 Якщо так, то скільки дітей і якого віку:

1) 0-2 роки \_\_\_\_\_ 2) 3-5 років \_\_\_\_\_ 3) 6-12 років \_\_\_\_\_ 4) 13-18 років \_\_\_\_\_  
5) 19+ років \_\_\_\_\_

68. Чи хтось із ваших родичів був медичним працівником, чи досі працює в охороні здоров'я? (Перевірте все, що стосується.)

1 У моїй родині немає медичних працівників

2 Мати / батько

3 Дідусь

4 Сестра / Брат

5 Тітка / дядько

6 Двоюрідний брат/ двоюрідна сестра

7 Дитина

69. Яка категорія найкраще описує, який дохід отримало ваше загальне домогосподарство минулого року? Це дохід до оподаткування всіх осіб, які проживають у вашому домогосподарстві:

1 Ми ледь зводимо кінці з кінцями. Нам не вистачає грошей навіть на продукти харчування

2 Грошей на продукти вистачає, але покупка одягу викликає фінансові труднощі

3 Грошей вистачає і на продукти харчування, і на одяг. Але покупка речей тривалого користування – телевізор, холодильник – є для нас проблемою.

4 Ми можемо придбати речі тривалого використання. Але для нас проблематично придбати дійсно дорогі речі, такі як машина, будинок та ін

5 Ми можемо собі дозволити купувати достатньо дорогі речі: квартиру, дачу та багато іншого.

70. Приблизно, який відсоток від ваших загальних доходів домогосподарств припадає на вашу роботу?

1 Немає

2 1-19%

3 20-39%

4 40-59%

5 60-79%

6 80-99%

\_7 100%

Дякуємо, що заповнили опитування. Будь ласка, поверніть анкету. Ви можете включити свою електронну адресу, якщо ви хочете отримати повідомлення електронною поштою, коли звіт про це опитування буде опубліковано \_\_\_\_\_

### ДОДАТОК 8. Код R

```
library(readxl)
library(ggplot2)
setwd("e://Users//User//Desktop//Research Seminar//Data//")
survey_data <- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N")
Q1<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q1" )
Q2<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q2" )
Q3<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q3" )
Q5<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q5" )
Q18<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q18" )
Q23<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q23" )
Q30<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q30" )
Q37<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q37" )
Q60<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q60" )
Q62<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q62" )
Q64<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q64" )
Q66<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q66" )
Q69<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q69" )
my_survey=merge(x=survey_data,y=Q1,by.x="Q1",by.y="Q1",all.x =TRUE)
my_survey$Q1t=factor(my_survey$Q1t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q2,by.x="Q2",by.y="Q2",all.x =TRUE)
my_survey$Q2t=factor(my_survey$Q2t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q3,by.x="Q3",by.y="Q3",all.x =TRUE)
unique(my_survey$Q3t)
my_survey$Q3t=factor(my_survey$Q3t)
levels(my_survey$Q3t)
levelsQ3=c(levels(my_survey$Q3t)[2],
           levels(my_survey$Q3t)[1],
           levels(my_survey$Q3t)[4],
           levels(my_survey$Q3t)[3])
my_survey$Q3t=ordered(my_survey$Q3t,levels=levelsQ3)
```

```

my_survey=merge(x=my_survey,y=Q5,by.x="Q5",by.y="Q5",all.x =TRUE)
my_survey$Q5t=factor(my_survey$Q5t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q18,by.x="Q18",by.y="Q18",all.x =TRUE)
my_survey$Q18t=factor(my_survey$Q18t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q23,by.x="Q23",by.y="Q23",all.x =TRUE)
my_survey$Q23t=factor(my_survey$Q23t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q30,by.x="Q30",by.y="Q30",all.x =TRUE)
my_survey$Q30t=factor(my_survey$Q30t)
#####
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_1",by.y="Q37",all.x =TRUE)
my_survey$Q37_1t=factor(my_survey$Q37t)
levels_37=c(levels(my_survey$Q37_1t)[2],
            levels(my_survey$Q37_1t)[4],
            levels(my_survey$Q37_1t)[5],
            levels(my_survey$Q37_1t)[3],
            levels(my_survey$Q37_1t)[1])
my_survey$Q37_1t=ordered(my_survey$Q37_1t,levels=levels_37)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_2",by.y="Q37",all.x =TRUE)
my_survey$Q37_2t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_2t)
my_survey$Q37_2t=ordered(my_survey$Q37_2t,levels=levels_37)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_5",by.y="Q37",all.x =TRUE)
#
unique(my_survey$Q37t)
my_survey[my_survey$Q37t %in% unique(my_survey$Q37t)[7],]$Q37t=NA
unique(my_survey$Q37t)
#
my_survey$Q37_5t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_5t)
my_survey$Q37_5t=ordered(my_survey$Q37_5t,levels=levels_37)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_7",by.y="Q37",all.x =TRUE)
#
unique(my_survey$Q37t)
my_survey[my_survey$Q37t %in% unique(my_survey$Q37t)[6],]$Q37t=NA
unique(my_survey$Q37t)
#

```

```

my_survey$Q37_7t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_7t)
my_survey$Q37_7t=ordered(my_survey$Q37_7t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_7t)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_8",by.y="Q37",all.x =TRUE)
my_survey$Q37_8t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_8t)
my_survey$Q37_8t=ordered(my_survey$Q37_8t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_8t)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_12",by.y="Q37",all.x =TRUE)
#
unique(my_survey$Q37t)
my_survey[my_survey$Q37t %in% unique(my_survey$Q37t)[6],]$Q37t=NA
unique(my_survey$Q37t)
#
my_survey$Q37_12t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_12t)
my_survey$Q37_12t=ordered(my_survey$Q37_12t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_12t)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_13",by.y="Q37",all.x =TRUE)
#
unique(my_survey$Q37t)
my_survey[my_survey$Q37t %in% unique(my_survey$Q37t)[6],]$Q37t=NA
unique(my_survey$Q37t)
#
my_survey$Q37_13t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_13t)
my_survey$Q37_13t=ordered(my_survey$Q37_13t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_13t)
my_survey$Q37t=NULL
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q37,by.x="Q37_16",by.y="Q37",all.x =TRUE)
#
unique(my_survey$Q37t)
my_survey[my_survey$Q37t %in% unique(my_survey$Q37t)[6],]$Q37t=NA
unique(my_survey$Q37t)
#

```



```

my_survey$Q37_16t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_16t)
my_survey$Q37_16t=ordered(my_survey$Q37_16t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_16t)
my_survey$Q37t=NULL
#####
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q60,by.x="Q60",by.y="Q60",all.x =TRUE)
my_survey$Q60t=factor(my_survey$Q60t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q62,by.x="Q62",by.y="Q62",all.x =TRUE)
my_survey$Q62t=factor(my_survey$Q62t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q64,by.x="Q64",by.y="Q64",all.x =TRUE)
my_survey$Q64t=factor(my_survey$Q64t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q66,by.x="Q66",by.y="Q66",all.x =TRUE)
my_survey$Q66t=factor(my_survey$Q66t)
my_survey=merge(x=my_survey,y=Q69,by.x="Q66",by.y="Q69",all.x =TRUE)
my_survey$Q69t=factor(my_survey$Q69t)
#####
#colnames(my_survey)
#table(my_survey$Q37_2t,my_survey$Q37_2)
round(prop.table(table(my_survey$Q3t,my_survey$Q37_2t),1)*100,1)
q2=round(prop.table(table(my_survey$Q3t,my_survey$Q37_2t),1)*100,1)
q2=data.frame(q2)
colnames(q2)=c("Education", "answer", "Frequency")
ggplot(q2, aes(fill=answer, y=Frequency, x=Education)) +
  geom_bar(position="fill", stat="identity")
  +xlab("")+ylab("")
round(prop.table(table(my_survey$Q3t,my_survey$Q37_5t),1)*100,1)
round(prop.table(table(my_survey$Q3t,my_survey$Q37_13t),1)*100,1)
round(prop.table(table(my_survey$Q3t,my_survey$Q37_16t),1)*100,1)
round(prop.table(table(my_survey$Q64t,my_survey$Q69t),1)*100,1)
round(prop.table(table(my_survey$Q66t,my_survey$Q69t),1)*100,1)
round(prop.table(table(my_survey$Q62t,my_survey$Q69t),1)*100,1)
#reseach
Q3<- read_excel("nursing survey.xlsx", na = "N", sheet = "Q3" )
my_survey$Q37_16t=factor(my_survey$Q37t)
levels(my_survey$Q37_16t)
my_survey$Q37_16t=ordered(my_survey$Q37_16t,levels=levels_37)
levels(my_survey$Q37_16t)
my_survey$Q37t=NULL

```