

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
БУКОВИНСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
Кафедра догляду за хворими та вищої медсестринської освіти

МАГІСТЕРСЬКА КВАЛІФІКАЦІЙНА РОБОТА
за спеціальністю І5 Медсестринство
ПРОФЕСІЙНІ КОМПЕТЕНЦІЇ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ ВІДДІЛЕННЯ
АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ

Виконала:

здобувач вищої освіти медико-
психологічного факультету
спеціальність «Медсестринство»
освітній ступінь «магістр»
Чорна А.І.

Керівник

доцент закладу вищої освіти кафедри догляду
за хворими та вищої медсестринської освіти
кандидат медичних наук, доцент
Борейко Л.Д.

Рецензент

доцент закладу вищої освіти кафедри
анестезіології та реанімації, доктор
медичних наук, доцент
Ткачук О.В.

Рецензент

доцент закладу вищої освіти кафедри догляду
за хворими та вищої медсестринської освіти,
кандидат медичних наук, доцент
Хомко О.Й.

АНОТАЦІЯ

Чорна А.І. Професійні компетенції медичної сестри відділення анестезіології та інтенсивної терапії – Кваліфікаційна наукова робота на правах рукопису.

Магістерська кваліфікаційна робота. Спеціальність І5 «Медсестринство, І «Охорона здоров'я та соціальне забезпечення». – Буковинський державний медичний університет МОЗ України, м. Чернівці, 2025.

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) є важливою ланкою медичної допомоги, де якість догляду безпосередньо впливає на виживання пацієнтів у критичному стані. Успішне виконання професійних обов'язків медичними сестрами у ВАІТ вимагає поєднання глибоких знань, практичних навичок, клінічного мислення та психологічної стійкості. Особливу роль відіграють здатність працювати з високотехнологічним обладнанням, ефективна командна взаємодія та комунікація з пацієнтами і родинами. Дослідження професійних компетенцій медичних сестер ВАІТ дозволяє виявити напрями їх вдосконалення, що є запорукою підвищення якості інтенсивної допомоги та профілактики професійного вигорання.

Метою дослідження було вивчити професійні компетенції медичних сестер ВАІТ і запропонувати рекомендації з удосконалення медсестринської діяльності та покращання догляду за хворими.

Завданнями дослідження було: оцінити рівень професійних компетенцій медичних сестер ВАІТ; дослідити фактори, що впливають на рівень задоволеності роботою медичних сестер, включаючи робочі умови, міждисциплінарну взаємодію та професійний розвиток; провести комплексний аналіз професійної якості життя МС, враховуючи рівень стресу, емоційне вигорання та психологічну стійкість; обґрунтувати перспективні підходи вдосконалення медсестринської діяльності у ВАІТ, спрямовані на підвищення рівня професійної компетентності та покращення якості догляду за пацієнтами.

Загальна кількість осіб, які залучені до анкетування становила 80 МС віком 21-46 і більше років. Переважна більшість з них мали диплом молодшого спеціаліста (71,25%), 7,5% – диплом фахового молодшого бакалавра, 18,75% – диплом бакалавра, і лише 2,5% – диплом магістра. Найбільша частка (32,5%) мала досвід роботи у ВАІТ понад 20 років. Щодо професійної кваліфікації, вищу категорію мали 52,5% МС, першу – 15%, другу – 13,75%, а 18,75% – не мали.

Дослідження професійної компетентності медичних сестер ВАІТ за шкалою ICCN-CS-1 Європейської федерації асоціацій медсестер критичних станів (EfCCNa) дозволило виявити найбільш значущі аспекти професійної діяльності та рівень підготовки залежно від освітньої кваліфікації.

Встановлено, що у клінічній сфері найвищі бали отримали твердження, пов'язані з необхідністю глибоких знань з основ медсестринського догляду ($9,32 \pm 0,71$), розвитком спеціалізованих навичок інтенсивної терапії ($9,49 \pm 0,77$), використанням моніторингу ($9,42 \pm 0,72$) та наданням комплексної допомоги тяжкохворим пацієнтам ($9,43 \pm 0,74$). Отримані дані засвідчили про високу значущість клінічної складової компетентності в умовах критичних станів. У професійній сфері важливим чинником ефективного вирішення складних клінічних ситуацій ($9,23 \pm 0,78$) була взаємопідтримка між колегами різного рівня досвіду. Досліджено управлінські компетенції МС: з'ясовано, що найвищі оцінки отримали навички швидкого реагування на погіршення стану пацієнта ($9,41 \pm 0,73$) та здатність до роботи в умовах стресу ($9,25 \pm 0,75$), що вказує на сформованість критичного мислення і стресостійкості як складових управлінської ефективності МС. Виявлено залежність рівня професійної компетентності від освітньої кваліфікації. Зі зростанням рівня освіти спостерігається підвищення показників у всіх сферах компетентності. Так, у клінічній сфері МС з дипломом магістра отримали $153,83 \pm 9,78$ балів, бакалаври – $153,63 \pm 8,74$, а молодші спеціалісти – $152,62 \pm 8,59$. Аналогічна тенденція виявлена у професійній, управлінській та освітній сферах.

Досліджено, що більшість опитаних (86,25 %) вказали на необхідність досвіду попередньої практики в стаціонарі для ефективного початку роботи у

ВАІТ, причому 68,2 % респондентів вважали оптимальним щонайменше один рік попередньої роботи. Переважна більшість респондентів (80 %) вважає доцільним проходження стажування безпосередньо у ВАІТ як етапу професійної адаптації. Також виявлено потребу в наставництві з боку досвідчених фахівців як важливому чиннику формування професійної компетентності. Отримано дані про вплив рівня освіти на усвідомлення необхідності навчання: МС з вищим рівнем освіти демонстрували вищу мотивацію до професійного зростання, що підтверджено зростанням балів у сфері "освіта та розвиток" від молодших спеціалістів ($48,53 \pm 6,08$) до магістрів ($51,02 \pm 5,07$). Виявлено, що ключовим детермінантом набуття та розвитку професійних компетентностей є мотивація МС. Саме внутрішнє прагнення до вдосконалення, відповідальність, здатність до прийняття рішень у критичних ситуаціях та відкритість до змін є провідними чинниками, які забезпечують успішність у роботі у ВАІТ.

З'ясовано, що задоволеність МС роботою формується під впливом комплексу як внутрішніх, так і зовнішніх чинників. Виявлено, що найвагомішими факторами, які визначають загальний рівень задоволеності, є: значущість роботи для суспільства (63%), рівень заробітної плати (59%), ставлення безпосереднього керівництва (59%) та престижність роботи у відділенні (54%). Ці чинники, поряд з такими як атмосфера в колективі (41%), зміст праці (48%) та умови праці (43%), набули подальшого розвитку як ключові у структурі професійного задоволення.

Серед факторів професійного задоволення виокремлено групу мотиваційних (внутрішніх) і зовнішніх. До першої увійшли: можливість допомагати іншим (84%), відчуття значущості роботи, різноманітність і динамічність діяльності (40%), що є джерелами внутрішньої мотивації. До другої — престижність, атмосфера в колективі, заробітна плата та матеріально-технічне забезпечення. Досліджено, що найбільш критичними чинниками, які мали демотивуючий вплив на МС було негативне ставлення з боку родичів пацієнтів (67%), перевантаження (61%) та надмірна кількість документації (59%). До психоемоційно напружених аспектів також увійшли емоційне вигорання, нестача кваліфікованих кадрів, неузгодженість у діях персоналу. Лише 39% респондентів задоволені робочим

навантаженням, тоді як більшість оцінили його як надмірне. Встановлено, що значна частина МС вважає свою роботу потенційно небезпечною (65%), що вказує на важливість створення безпечного робочого простору та впровадження заходів профілактики професійних ризиків.

За методикою Мінесоти (MSQ) найвищі оцінки внутрішньої та зовнішньої структури задоволеності отримали аспекти, пов'язані з альтруїстичною мотивацією (4,16), використанням власних здібностей (4,13) і відчуттям успіху (4,12). Найнижчі – фінансова винагорода (2,98) та можливість впроваджувати власні методи роботи (3,37). Встановлено зв'язок між віком і рівнем задоволеності: старші та досвідченіші МС виявили вищі показники, надаючи перевагу внутрішнім аспектам мотивації.

За результатами дослідження професійної якості життя МС на основі шкали ProQOL, середнє значення задоволеності співчуттям склало $36,15 \pm 6,35$, вигорання – $30,52 \pm 4,75$, вторинного травматичного стресу – $28,72 \pm 5,86$. Виявлено, що 85 % респондентів мали середній рівень задоволеності співчуттям, 5 % – низький, 10 % – високий. Середній рівень професійного вигорання зафіксовано у 90 % МС, низький – у 7,5 %, високий – у 2,5 %. Щодо вторинного травматичного стресу, 81,25 % МС перебували в межах середнього рівня, 15 % – низького, 3,75 % – високого. Досліджено, що вищий рівень співчуття притаманний особам віком до 25 років і старше 40 років, а також тим, хто мав диплом магістра. Найвищий рівень вигорання виявлено у МС віком 31–40 років, з дипломом бакалавра та молодшого спеціаліста та досвідом роботи 1–5 років. Вторинний травматичний стрес частіше був у МС віком 31–40 років із досвідом роботи 6–10 років.

Найвищим показником задоволеності була можливість допомагати іншим людям ($4,51 \pm 0,76$). Виявлено тенденцію до емоційного виснаження ($3,54 \pm 0,83$), перевантаження ($3,70 \pm 0,85$), а також зниження соціальної інтегрованості (відчуття щастя – $2,04 \pm 0,77$; зв'язок з іншими людьми – $2,28 \pm 0,81$).

Розроблено рекомендації з покращання медсестринської діяльності у ВАІТ.

Ключові слова: медична сестра, професійні компетенції, професійна якість життя, мотивація, задоволеність роботою, професійне вигорання.

ANNOTATION

Chorna A.I. Professional competencies of a nurse in the intensive care unit -
Qualification scientific work on the rights of a manuscript.

Master's qualification work. Specialty I5 "Nursing, I "Healthcare and Social Security". - Bukovinian State Medical University of the Ministry of Health of Ukraine, Chernivtsi, 2025.

The Intensive Care Unit (ICU) is an important link in medical care, where the quality of care directly affects the survival of patients in critical condition. Successful performance of professional duties by nurses in ICU requires a combination of deep knowledge, practical skills, clinical thinking and psychological resilience. The ability to work with high-tech equipment, effective team interaction and communication with patients and families play a special role. The study of professional competencies of nurses in intensive care units allows identifying areas for their improvement, which is a guarantee of improving the quality of intensive care and preventing professional burnout.

The aim of the study was to study the professional competencies of nurses in intensive care units and offer recommendations for improving nursing activities and improving patient care.

The objectives of the study were: to assess the level of professional competencies of nurses in intensive care units; to investigate factors that influence the level of satisfaction with the work of nurses, including working conditions, interdisciplinary interaction and professional development; to conduct a comprehensive analysis of the professional quality of life of nurses, taking into account the level of stress, emotional burnout and psychological resilience; to substantiate promising approaches to improving nursing activities in intensive care units, aimed at increasing the level of professional competence and improving the quality of patient care.

The total number of people involved in the survey was 80 nurses aged 21-46 and older. The vast majority of them had a junior specialist diploma (71,25%), 7,5% had a

professional junior bachelor's diploma, 18.75% had a bachelor's diploma, and only 2,5% had a master's diploma. The largest share (32.5%) had over 20 years of work experience at the ICU. Regarding professional qualifications, 52,5% of the participants had the highest category, 15% had the first, 13,75% had the second, and 18,75% had no category.

The study of the professional competence of ICU nurses using the ICCN-CS-1 scale of the European federation of Critical Care Nursing associations (EfCCNa) allowed us to identify the most significant aspects of professional activity and the level of training depending on the educational qualification.

It was found that in the clinical sphere, the highest scores were received by statements related to the need for in-depth knowledge of the basics of nursing care ($9,32 \pm 0,71$), the development of specialized intensive care skills ($9,49 \pm 0,77$), the use of monitoring ($9,42 \pm 0,72$) and the provision of comprehensive care to seriously ill patients ($9,43 \pm 0,74$). The data obtained showed the high significance of the clinical component of competence in critical conditions. In the professional sphere, an important factor in the effective resolution of complex clinical situations ($9,23 \pm 0,78$) was mutual support between colleagues of different levels of experience. The managerial competencies of medical specialists were studied: it was found that the highest scores were received by the skills of rapid response to the deterioration of the patient's condition ($9,41 \pm 0,73$) and the ability to work under stress ($9,25 \pm 0,75$), which indicates the formation of critical thinking and stress resistance as components of the managerial effectiveness of medical specialists. The dependence of the level of professional competence on educational qualifications was revealed. With an increase in the level of education, an increase in indicators is observed in all areas of competence. Thus, in the clinical sphere, medical specialists with a master's degree received $153,83 \pm 9,78$ points, bachelors – $153,63 \pm 8,74$, and junior specialists – $152,62 \pm 8,59$. A similar trend was found in the professional, managerial and educational spheres.

It was found that the majority of respondents (86,25%) indicated the need for previous inpatient experience to effectively start working at the ICU, with 68,2% of respondents considering at least one year of previous work as optimal. The vast majority

of respondents (80%) consider it advisable to undergo an internship directly at the ICU as a stage of professional adaptation. The need for mentoring from experienced specialists as an important factor in the formation of professional competence was also identified. Data were obtained on the influence of the level of education on the awareness of the need for training: nurses with a higher level of education demonstrated higher motivation for professional growth, which was confirmed by the increase in scores in the area of "education and development" from junior specialists ($48,53 \pm 6,08$) to masters ($51,02 \pm 5,07$). It was found that the key determinant of the acquisition and development of professional competences is the motivation of nurses. It is the internal desire for improvement, responsibility, the ability to make decisions in critical situations and openness to change that are the leading factors that ensure success in work at the ICU.

It was found that the satisfaction of nurses with work is formed under the influence of a complex of both internal and external factors. It was found that the most important factors that determine the overall level of satisfaction are: the significance of work for society (63%), the level of salary (59%), the attitude of direct management (59%) and the prestige of work in the department (54%). These factors, along with such as the atmosphere in the team (41%), the content of work (48%) and working conditions (43%), have been further developed as key in the structure of professional satisfaction of nurses.

Among the factors of professional satisfaction, a group of motivational (internal) and external factors was distinguished. The first included: the opportunity to help others (84%), a sense of the significance of work, diversity and dynamism of activity (40%), which are sources of internal motivation. The second included prestige, the atmosphere in the team, salary and material and technical support. It was studied that the most critical factors that had a demotivating effect on nurses were negative attitude from patients' relatives (67%), overload (61%) and excessive amount of documentation (59%). Psycho-emotionally stressful aspects also included emotional burnout, lack of qualified personnel, inconsistency in the actions of staff. Only 39% of respondents were satisfied with the workload, while the majority assessed it as excessive. It was found that

a significant part of nurses considers their work potentially dangerous (65%), which indicates the importance of creating a safe workplace and implementing measures to prevent occupational risks.

According to the Minnesota Satisfaction Questionnaire (MSQ), the highest scores of the internal and external structure of satisfaction were received by aspects related to altruistic motivation (4,16), the use of one's own abilities (4,13) and a sense of success (4,12). The lowest were financial reward (2,98) and the opportunity to implement one's own work methods (3,37). A connection between age and the level of satisfaction was established: older and more experienced nurses showed higher indicators, giving preference to internal aspects of motivation.

According to the results of the study of the features of the professional quality of life of nurse based on the ProQOL scale, the average value of satisfaction with compassion was $36,15 \pm 6,35$, burnout – $30,52 \pm 4,75$, secondary traumatic stress – $28,72 \pm 5,86$. It was found that 85% of respondents had an average level of satisfaction with compassion, 5% – low, 10% – high. The average level of professional burnout was recorded in 90% of nurses, low – in 7,5%, high – in 2,5%. Regarding secondary traumatic stress, 81,25% of nurses were within the average level, 15% – low, 3,75% – high.

It was found that the highest level of compassion is inherent in people under 25 years of age and over 40 years of age, as well as those who had a master's degree. The highest level of burnout was found in nurses aged 31–40 years, with a bachelor's degree and junior specialist and work experience of 1–5 years. Secondary traumatic stress was more common in nurses aged 31–40 years with work experience of 6–10 years.

The highest satisfaction indicator was the opportunity to help other people ($4,51 \pm 0,76$). A tendency to emotional exhaustion ($3,54 \pm 0,83$), overload ($3,70 \pm 0,85$), as well as a decrease in social integration (feeling of happiness – $2,04 \pm 0,77$; connection with other people – $2,28 \pm 0,81$) was revealed.

Recommendations for improving nursing activities in ICU were developed.

Keywords: nurse, professional competencies, professional quality of life, motivation, job satisfaction, professional burnout.

СПИСОК ОПУБЛІКОВАНИХ ПРАЦЬ ЗА ТЕМОЮ КВАЛІФІКАЦІЙНОЇ РОБОТИ

Чорна А., Зорій Н. Психологічні особливості професійного спілкування медичної сестри відділення інтенсивної терапії // Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти: матеріали IX Міжнародної науково-практичної конференції студентів і молодих учених 2024 року, Буковинський державний медичний університет. – Чернівці, БДМУ, 2024. С. 151-152. *(Здобувач виконала літературний пошук, приймала участь у підготовці матеріалів до друку).*

Чорна А. І. Оцінка компетентності медичних сестер відділення реанімації та інтенсивної терапії // BIMCO Journal. Збірник матеріалів Буковинського міжнародного медико-фармацевтичного конгресу студентів і молодих учених, BIMCO 2025. Буковинський державний медичний університет, 2-4 квітня 2025 року. – Чернівці, 2025. С.36.

Чорна А. І. Вплив задоволеності роботою на рівень мотивації медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії // Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності: збірник наукових праць з матеріалами IV Міжнародної наукової конференції. Київ, 30 травня 2025р. / Міжнародний центр наукових досліджень. Вінниця: ТОВ «УКРЛОГОС Груп, 2025 С.784-787.
<https://doi.org/10.62731/mcnd-30.05.2025>

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ	12
ВСТУП.....	13
РОЗДІЛ 1 СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ВІДДІЛЕННЯХ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)	18
1.1. Організація роботи та обов'язки медичної сестри відділення анестезіології та інтенсивної терапії	18
1.2. Компетентність як основа ефективної професійної діяльності медичної сестри	23
1.3. Роль медичної сестри у догляді за хворими у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії	32
1.4. Професійна якість життя та професійне вигорання медичних сестер	38
1.5. Роль наставництва як інструменту професійного розвитку	43
РОЗДІЛ 2 _МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ.....	47
1.1 Матеріали дослідження.....	47
1.2 Методи дослідження.....	51
РОЗДІЛ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ	55
3.1. Компетентність медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії з безпеки пацієнтів.....	55
3.2. Компетентність медичних сестер щодо навчання	62
3.3. Вплив задоволеності роботою на рівень мотивації медсестер.....	69
3.4. Оцінка професійної якості життя медичних сестер	84
РОЗДІЛ IV АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ	91
ВИСНОВКИ.....	104
ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ	106
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ.....	107

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ ПОЗНАЧЕНЬ

BAIT	Відділення анестезіології та інтенсивної терапії
BIT	Відділення інтенсивної терапії
EfCCNa	Європейська федерація асоціацій медсестер критичних станів
EI	Емоційний інтелект
KK	Клінічна компетентність
MC	Медична сестра
PK	Професійна компетентність
СПВ	Синдром професійного вигорання
ОЗ	Охорона здоров'я
ЯЖ	Якість життя

ВСТУП

Актуальність. Відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) відіграють критичну роль у системі охорони здоров'я, забезпечуючи невідкладну допомогу пацієнтам у критичних станах [1, 2]. Успішність лікування та рівень виживання таких пацієнтів значною мірою залежать від своєчасного моніторингу, швидкого реагування на зміни стану здоров'я та ефективного використання сучасних медичних технологій. У цьому контексті професійні компетенції медичних сестер ВАІТ мають ключове значення, адже саме вони забезпечують безперервний догляд, координують лікувальні заходи та сприяють стабілізації пацієнтів [3, 4, 5].

Медична сестра у ВАІТ виконує значно ширший спектр завдань, ніж у звичайних стаціонарних відділеннях. Її робота поєднує високий рівень науково-технічних знань, практичних навичок і клінічного мислення, що дозволяє швидко приймати рішення в умовах невизначеності та ризику [6]. Успішне надання інтенсивної допомоги вимагає не лише глибокого розуміння фізіологічних змін у критичних станах, а й здатності працювати з високотехнологічним обладнанням, підтримувати командну взаємодію та ефективно комунікувати з пацієнтами й їхніми родинами.

Важливим аспектом діяльності медичних сестер у ВАІТ є міждисциплінарна співпраця. Взаємодія з лікарями анестезіологами, терапевтами, хірургами та іншими фахівцями потребує розвинених комунікативних навичок, здатності чітко передавати інформацію та приймати спільні рішення щодо пацієнта [7]. Крім того, медичні сестри (МС) відіграють ключову роль у контролі за симптомами, попередженні ускладнень, догляді за пацієнтами з поліорганною недостатністю та впровадженні протоколів інфекційного контролю [8].

Психоемоційне навантаження, пов'язане з доглядом за критично хворими пацієнтами, є ще одним викликом для МС. Часті ситуації, що потребують негайних дій, необхідність прийняття рішень у стресових умовах та емоційна

напруженість, пов'язана з важкими прогнозами для пацієнтів, підвищують ризик професійного вигорання. Дослідження вказують на те, що медичні сестри ВАІТ часто стикаються з проявами тривожності, депресії та посттравматичного стресового розладу, що вимагає розробки ефективних стратегій підтримки персоналу [9].

Виходячи з цього, професійні компетенції медичних сестер ВАІТ охоплюють не лише технічні знання та навички, а й психологічну стійкість, емоційний інтелект, етичні принципи та здатність до критичного мислення [10, 11]. Компетентність у цьому контексті ґрунтується на чотирьох основах: знаннях, навичках, цінностях і досвіді, що формують основу професійного розвитку. Саме тому оцінка рівня компетентності та впровадження навчальних програм, спрямованих на вдосконалення професійних навичок, є необхідними умовами підвищення якості догляду за пацієнтами ВАІТ [12].

Дослідження професійних компетенцій МС інтенсивної терапії дозволяє виявити ключові напрями їх удосконалення, розробити рекомендації щодо підвищення рівня професійної підготовки та забезпечити оптимальні умови для надання якісної та безпечної допомоги пацієнтам у критичних станах [13].

Мета дослідження - на підставі вивчення професійних компетенцій медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії запропонувати рекомендації з удосконалення медсестринської діяльності та покращання догляду за хворими.

Завдання дослідження:

1. Оцінити рівень професійних компетенцій медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії.
2. Дослідити фактори, що впливають на рівень задоволеності роботою медичних сестер, включаючи робочі умови, міждисциплінарну взаємодію та професійний розвиток.
3. Провести комплексний аналіз професійної якості життя медичних сестер, враховуючи рівень стресу, емоційне вигорання та психологічну стійкість.

4. Обґрунтувати перспективні підходи до вдосконалення медсестринської діяльності у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії, спрямовані на підвищення рівня професійної компетентності та покращення якості догляду за пацієнтами.

Наукова новизна отриманих результатів.

Дослідження розширило сучасні уявлення про професійні компетенції МС у відділеннях інтенсивної терапії, зосереджуючись на їхньому впливі на якість догляду за критично хворими пацієнтами. Проведено комплексний аналіз професійної діяльності медичних сестер ВАІТ, що дозволило визначити ключові чинники, які впливають на ефективність їхньої роботи, зокрема рівень фахової підготовки, технічну обізнаність, емоційну стійкість та міждисциплінарну взаємодію.

Вивчено рівень задоволеності роботою медичних сестер ВАІТ у контексті їхньої професійної якості життя, що включає аналіз стресових факторів, ризику емоційного вигорання та адаптаційних механізмів. Це дозволило сформулювати обґрунтовані рекомендації щодо підвищення професійної компетентності МС, оптимізації їхнього робочого середовища та вдосконалення організації догляду за пацієнтами.

Проведено узагальнення перспективних підходів до підвищення якості сестринської діяльності у ВАІТ, що включають впровадження сучасних освітніх програм, використання симуляційного навчання та розвиток психологічної підтримки медичних працівників. Отримані результати можуть бути використані для удосконалення підготовки МС, створення стратегій зниження професійного вигорання та підвищення якості медсестринської допомоги в інтенсивній терапії.

Практичне значення одержаних результатів.

Отримані результати дослідження можуть бути використані для вдосконалення професійної підготовки та підвищення кваліфікації медичних сестер ВАІТ, що сприятиме підвищенню якості надання медсестринської допомоги критично хворим пацієнтам.

Розроблені рекомендації щодо оптимізації професійної діяльності медичних сестер ВАІТ можуть бути впроваджені у закладах охорони здоров'я для підвищення рівня професійної компетентності, покращення робочого середовища та зменшення ризику емоційного вигорання. Це, своєю чергою, сприятиме ефективнішій організації медсестринського догляду, підвищенню рівня безпеки пацієнтів та покращенню їхнього прогнозу.

Результати дослідження можуть бути використані у розробці програм післядипломної освіти та тренінгів для МС, спрямованих на розвиток спеціалізованих навичок, зокрема роботи з сучасними медичними технологіями, комунікації в мультидисциплінарних командах та управління стресом.

Дослідження може слугувати основою для впровадження механізмів психологічної підтримки медичних сестер ВАІТ, що допоможе знизити рівень професійного стресу та підвищити їхню мотивацію до подальшого професійного розвитку.

Отримані результати можуть бути використані адміністрацією медичних закладів для розробки стратегій кадрової політики, спрямованих на покращення умов праці, забезпечення достатнього рівня матеріально-технічного оснащення та підвищення престижу професії МС в інтенсивній терапії.

Особистий внесок магістранта:

Рукопис є особистою роботою автора. Спільно з науковим керівником здійснено розробку основних напрямків теоретичних та практичних досліджень, сформульовано мету та завдання.

Самостійно проведено основний об'єм дослідження, статистичну обробку даних, їх аналіз та узагальнення, сформовані висновки, розроблені практичні рекомендації.

Апробація роботи. Магістрант брала участь у ІХ Міжнародній науково-практичній конференції студентів і молодих учених «Вектори діяльності студентського самоврядування в системі вищої освіти»/м. Чернівці, 18-19 квітня 2024 р./, XII міжнародному медико-фармацевтичному конгресі студентів

і молодих вчених ВІМСО 2025 /м. Чернівці, 2-4 квітня 2025 р./ та IV Міжнародній науковій конференції «Інноваційна наука: пошук відповідей на виклики сучасності» / Київ, 30.05.2025/.

Публікації.

За матеріалами магістерської кваліфікаційної роботи опубліковано 3 тези.

Структура і об'єм кваліфікаційної роботи.

Робота викладена на 120 сторінках машинописного тексту і включає вступ, огляд літератури, результати досліджень, висновки, практичні рекомендації, список використаних джерел.

Список використаних джерел містить 105 найменувань, із них 4 кирилицею та 101 латиницею.

РОЗДІЛ 1

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО ФОРМУВАННЯ ПРОФЕСІЙНИХ КОМПЕТЕНЦІЙ МЕДИЧНИХ СЕСТЕР У ВІДДІЛЕННЯХ АНЕСТЕЗІОЛОГІЇ ТА ІНТЕНСИВНОЇ ТЕРАПІЇ (ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ)

Сучасна система охорони здоров'я висуває вимоги до професійної діяльності медичних сестер (МС), зокрема тих, хто працює у відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ). Надання медичної допомоги пацієнтам у критичних станах потребує не лише глибоких фахових знань та високого рівня клінічних навичок, а й розвинених професійних компетенцій, що охоплюють комунікативні, емоційні, етичні аспекти, а також організаційних вимог щодо якості професійного життя.

1.1. Організація роботи та обов'язки медичної сестри відділення анестезіології та інтенсивної терапії

Відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) створюються у великих багатопрофільних закладах охорони здоров'я. До основних завдань належать: надання екстреної реанімаційної допомоги хворим, які перебувають у критичному стані; забезпечення знеболювання і безпеки проведення хірургічних втручань, профілактики і лікування можливих порушень гомеостазу в ранній післяопераційний період; навчання медичного персоналу закладу охорони здоров'я (ЗОЗ) методам надання невідкладної та реанімаційної допомоги хворим, які перебувають у критичному стані [14].

ВАІТ є одним з ключових відділень лікарень, де приймають пацієнтів із критичними та гострими станами, такими як гострий респіраторний дистрес-синдром, травми, поліорганна недостатність, гострий сепсис, шок та отруєння, які потребують постійного та ретельного спостереження [15]. Таким пацієнтам призначається ліжковий режим. Їхній стан може змінюватись у будь-який момент, тому потребують постійної і посиленої уваги з боку медичного персоналу, особливо — безпечного догляду від компетентних МС.

Спостереження за пацієнтом – незалежно від діагнозу, клінічного стану та проведеної терапії – здійснюється у ВІТ безперервно, 24 години на добу. Аналіз контрольованих параметрів спрямований на швидку діагностику, проведення ефективної терапії та відповідне реагування на загрозливі для життя стани. Це один із елементів основної діяльності медичного персоналу.

Професійна діяльність МС у ВАІТ щодня супроводжується виконанням широкого спектра складних і відповідальних завдань. МС інтенсивної терапії зобов'язана здійснювати постійний моніторинг стану пацієнтів, проводити інфузійну терапію згідно з призначенням лікаря, виконувати внутрішньом'язові та внутрішньовенні ін'єкції.

До її обов'язків входить контроль водного балансу організму пацієнта шляхом підрахунку діурезу, обсягів перорального й парентерального надходження рідини, а також втрат через дренажні системи, зонд тощо. МС бере участь у процедурі зондування шлунково-кишкового тракту, здійснює відсмоктування ексудату з плевральної порожнини, забезпечує виконання ендоскопічних і допоміжних діагностично-лікувальних заходів (оксигенотерапія, інгаляції тощо), підтримує прохідність дихальних шляхів (через ендотрахеальну або трахеостомічну трубку).

Також до функціональних обов'язків входить катетеризація сечового міхура, виконання інших процедур доглядового характеру (застосування холодових чи теплових компресів), контроль роботи діагностичної та лікувальної апаратури. МС бере участь у заходах серцево-легеневої реанімації, повинна добре орієнтуватися у фармакодинаміці лікарських засобів, їх побічній дії, ускладненнях, правилах зберігання, обліку та застосування.

Крім цього, медична сестра ВАІТ здійснює профілактику пролежнів, готує необхідні інструменти та оснащення для проведення катетеризації центральних вен, трахеотомії, епідуральної та спинальної анестезії, пункцій плевральної й черевної порожнин. Вона також відповідає за дезінфекцію, передстерилізаційне очищення, стерилізацію медичних інструментів, виробів

медичного призначення й апаратури, а також ведення обов'язкової медичної документації.

Професійні та моральні обов'язки МС суттєво розширилися паралельно зі швидким розвитком науки, технологічним прогресом, складністю та різноманітністю методів лікування, рівнями догляду, безпекою пацієнтів та необхідністю надання якісної допомоги [15].

У багатьох країнах, зокрема в США, Великій Британії, Іспанії та Австралії, активно впроваджується концепція медсестер розширеної практики (Advanced Practice Nurses, APN). Ці фахівці виконують не лише клінічні завдання, а й беруть участь у дослідженнях, навчанні персоналу, міждисциплінарній співпраці та управлінні. Розширення ролі МС сприяє підвищенню доступності критичної допомоги та покращенню результатів лікування пацієнтів [16].

Щоденна робота медичних сестер у ВАІТ передбачає безперервний моніторинг життєвих функцій пацієнтів, виконання складних процедур, користування сучасною апаратурою та забезпечення постійної взаємодії з пацієнтами і їхніми родичами. Часто вимагається одночасне надання допомоги кільком пацієнтам у критичних станах.

Міжнародні дослідження свідчать про суттєві відмінності у співвідношенні медсестра-пацієнт у ВІТ, що безпосередньо впливає на якість медичної допомоги. Так, у Великій Британії часто дотримуються співвідношення 1:1, у той час як у Франції цей показник може становити 1:3 або навіть 1:4. Доведено, що оптимальне навантаження на МС асоціюється з кращими клінічними результатами, скороченням тривалості перебування у ВІТ та зниженням рівня смертності. Зменшення кількості пацієнтів на одну МС пов'язане з позитивними наслідками: підвищенням безпеки та задоволеності пацієнтів, зниженням частоти медичних помилок, пролежнів, лікарняних інфекцій, повторних госпіталізацій і витрат на охорону здоров'я. Натомість перевищення навантаження понад трьох пацієнтів на одну МС в умовах

інтенсивної терапії асоціюється зі зростанням ризику післяопераційних ускладнень і загального погіршення результатів лікування [17].

МС відіграють активну роль у всіх сферах медичних послуг, тому задоволеність роботою впливає на якість догляду та медичних послуг, які вони надають [18]. Дослідження показали, що задоволеність роботою є основним прогностичним фактором відсутності медичних працівників, виснаження та наміру звільнитися з роботи [19].

Професійна діяльність МС в умовах інтенсивної терапії є надзвичайно складною й відповідальною, адже потребує високої концентрації уваги, точності виконання маніпуляцій та емоційної стійкості.

Робоче навантаження МС у відділеннях інтенсивної терапії має комплексний характер, поєднуючи значні фізичні та психоемоційні чинники.

Навантаження безпосередньо корелює з рівнем задоволеності працею. Висока інтенсивність роботи, обмежений час на відпочинок, недостатній рівень заробітної плати, а також відчуття професійної недооцінки можуть знижувати мотивацію до праці. Як зазначають Ageel M. *et al.*, професійна якість життя МС тісно пов'язана з безпечним робочим середовищем, якістю догляду та рівнем підтримки в колективі [20]. Водночас навіть за умов значних викликів, багато МС відзначають високе внутрішнє задоволення від роботи, коли мають можливість реалізовувати свої професійні навички, отримують підтримку з боку колег і відчують цінність своєї ролі в рятуванні життя пацієнтів .

Значну роль у формуванні позитивного професійного середовища відіграє ефективне управління персоналом: справедливий розподіл обов'язків, оптимізація графіків, забезпечення належної кількості працівників, а також можливості для навчання та професійного розвитку [21]. Для підвищення рівня задоволеності працею доцільно впроваджувати заходи, спрямовані на зниження навантаження та емоційної напруги — зокрема через системи психологічної підтримки, тренінги зі стрес-менеджменту та підвищення оплати праці.

Водночас важливою умовою якісного медсестринського догляду є належний рівень клінічної компетентності персоналу. Специфіка цієї професії

вимагає глибоких теоретичних знань, виконання практичних навичок, доброї співпраці з усім колективом, а також цілеспрямованості та великої психічної стійкості. Недостатня підготовка МС до роботи у ВІТ може призводити до медичних помилок, ускладнень, зниження якості обслуговування та незадоволеності як пацієнтів, так і самих працівників. У багатьох країнах діють спеціалізовані програми підготовки МС для роботи в умовах інтенсивної терапії, що включають поглиблене навчання з клінічних навичок, комунікації та менеджменту догляду [15].

Тому необхідним елементом забезпечення безпеки та належного лікування пацієнтів є постійне навчання персоналу. Важливим є підвищення кваліфікації шляхом участі в курсах, наукових конференціях впровадження програм спеціалізації для медичних сестер ВІТ, що включають безперервне навчання та розвиток професійних компетенцій. Це дасть можливість МС більш ефективно діяти у разі виникнення складних клінічних ситуацій та покращить результати лікування пацієнтів [22, 23, 24].

Таким чином, робота медичної сестри у ВАІТ є надзвичайно відповідальною і складною, так як виконує широкий спектр клінічних, технічних і організаційних функцій, що охоплюють моніторинг стану пацієнтів, проведення інтенсивної терапії, роботу з апаратурою, участь у невідкладних заходах та ведення медичної документації.

Організація роботи потребує чіткого розподілу обов'язків, ефективної міжпрофесійної взаємодії та належного кадрового забезпечення. Оптимальне співвідношення кількості МС до пацієнтів, забезпечення безперервного навчання та підтримка з боку керівництва є вирішальними умовами для забезпечення безпеки пацієнтів і збереження професійної мотивації серед медсестринського персоналу.

1.2. Компетентність як основа ефективної професійної діяльності медичної сестри

XXI століття пов'язане зі стрімким розвитком медичних технологій, удосконаленням методів надання медичної допомоги та зростанням очікуваної тривалості життя. Паралельно зі зростанням обізнаності населення щодо проблем, пов'язаних зі здоров'ям, підвищуються й очікування громадськості від системи ОЗ [25].

Майбутнє системи охорони здоров'я (ОЗ) безпосередньо залежить від фахівців, які ефективно застосовують свої знання та навички, прагнуть до безперервного професійного розвитку і вмотивовані до успішної професійної діяльності. Така професійна мотивація дає можливість вирішувати кадрові проблеми, а також сприяє підвищенню якості надання медичної допомоги.

МС визнаються як найбільший і водночас найважливіший людський ресурс у сфері ОЗ. Крім того, сучасні погляди на принципи професіоналізму підкреслюють, що підвищення якості є етичною та професійною відповідальністю всіх медичних професій, зокрема й МС [3].

Розширення професійних можливостей і підвищення компетентності МС є однією з проблем у сфері управління людськими ресурсами в системі ОЗ. Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) закликає держав-члени реалізовувати свої плани щодо зміцнення ролі МС та забезпечення умов для розвитку їхньої професійної компетентності. У глобальному масштабі існує потреба в компетентних МС.

Компетентність МС безпосередньо впливає на якість догляду за пацієнтами, рівень задоволеності отриманою медичною допомогою, сприяє розвитку сестринської справи як професії, а також удосконаленню медсестринської освіти і медичної допомоги загалом [3]. В останні роки професія МС зазнала змін щодо розширення функцій і ролей у практичній діяльності [25].

Медична сестра у ВАІТ виконує надзвичайно складну та відповідальну роль, що потребує високого рівня професійних знань, розвинених практичних навичок, емоційної стійкості та діяти в умовах високого стресу. Її компетенції охоплюють клінічні, технічні, комунікативні та психологічні аспекти, які є важливими для забезпечення якісного догляду за пацієнтами у критичних станах. Надання цих послуг має відповідати етичним кодексам медсестринства та кар'єрним сходам компетентності.

У контексті сестринської справи компетентність визначає очікуваний рівень ефективності на основі наукових знань і принципів медсестринської практики [26].

МС відділення інтенсивної терапії повинні володіти як загальною, так і професійною компетентністю. Найважливішою є здатність швидко та ефективно приймати рішення в умовах загрози життю пацієнта [27, 28].

Рамка компетенцій МС включає чотири основні навички: розуміння вимог, надання медичної допомоги, сприяння командній роботі та сприяння прийняттю обґрунтованих рішень [29, 30] Ці здібності взаємопов'язані та застосовні в різних умовах медсестринської практики [31].

Компетентність є еталоном у професії МС, що забезпечує виконання професійних завдань із передбачуваними та якісними результатами. Доведено, що компетентність веде до безпечної, етичної, економічно ефективної та високоякісної медичної допомоги. Таким чином, МС несуть відповідальність перед собою, професією та суспільством за підтримку й розвиток своєї компетентності протягом усієї кар'єри [26].

В умовах постійних змін у системі ОЗ надання якісної медичної допомоги потребує від МС постійного вдосконалення професійних знань та навичок.

Компетентність включає здатність розпізнавати, оцінювати та набувати навичок, необхідних для ефективного виконання обов'язків, а компетенція МС полягає у використанні цих навичок для ефективного виконання професійних обов'язків, особливо у складних клінічних умовах [15, 30].

У ВАІТ компетентні МС є ключем до забезпечення безпеки пацієнтів, адже від їхніх знань і дій залежить ефективність лікувального процесу [28, 31].

Компетентність МС відділення анестезіології та інтенсивної терапії включає як клінічну, так і професійну компетентність [15].

Клінічна компетентність включає принципи медсестринського догляду, дотримання клінічних настанов та сестринських втручань. Також охоплює «використання технічних і комунікаційних навичок, знань, клінічних міркувань, емоцій і цінностей у клінічних умовах» [31, 33]. Компетентність є фундаментальним компонентом сестринського догляду та відіграє важливу роль у якості послуг, що надаються МС [14].

Крім того, дослідники визначили клінічну компетентність (КК) як поєднання знань, навичок, ставлення та цінностей і базу досвіду, необхідних МС у професійному робочому середовищі для надання безпечної та ефективної допомоги пацієнтам [14, 25, 28]. Знання зазвичай досягаються через освіту та клінічний досвід, розглядаються як основа для навичок і ставлення. Навички — це здатність використовувати знання на практиці, яка досягається та розвивається шляхом частого використання знань на роботі та призводить до покращення якості [25, 34]. Таким чином, досвід надання допомоги та досвід автономії в сестринському догляді має вирішальне значення для професійного розвитку МС. Будучи важливими членами системи ОЗ, медсестри несуть вирішальну відповідальність за підтримку КК [31].

Попри ключове значення клінічної компетентності (КК) у сестринській справі як основи якісного догляду за пацієнтами, у науковій та професійній літературі досі немає єдиного, вичерпного її визначення. Це зумовлює певні розбіжності у трактуванні поняття КК у різних країнах та професійних середовищах.

Так, у Канаді КК трактують як «здатність зареєстрованої МС інтегрувати й застосовувати знання, навички, клінічне судження та особистісні якості, необхідні для забезпечення безпечної й етичної практики відповідно до визначеної ролі та конкретного професійного середовища».

У свою чергу, Американська академія медсестер амбулаторного догляду визначає КК як «здатність демонструвати технічні вміння, критичне мислення та навички міжособистісної взаємодії, необхідні для ефективного виконання професійних обов'язків».

Інші дослідники описують КК у сестринстві як «поєднання знань, навичок, установок та здатностей, якими має володіти медична сестра для якісного виконання обов'язків, безпосередньо пов'язаних із доглядом за пацієнтом у конкретному клінічному контексті, з метою збереження, підтримки та відновлення здоров'я». Таким чином, кожне з наведених визначень відображає різні аспекти розуміння КК — від технічних і когнітивних характеристик до міжособистісних навичок та етичної відповідальності [25].

Клінічну компетентність МС дослідники поділяють на три основні сфери: принципи медсестринського догляду, клінічні настанови та медсестринські втручання. У контексті ВАІТ клінічна компетентність відображає здатність МС забезпечувати безпечну, ефективну та своєчасну допомогу, професійно реалізуючи покладені на них обов'язки в умовах високої інтенсивності й ризику.

КК охоплює цілісне застосування професійних знань, технічних та комунікативних навичок, клінічного мислення, емоційної чутливості, етичних принципів і критичного аналізу. Саме поєднання цих компонентів дозволяє МС приймати обґрунтовані рішення в складному клінічному середовищі та надавати якісну допомогу пацієнтам у критичних станах [15, 33, 35].

Медичні сестри ВАІТ відіграють ключову роль у забезпеченні якісного догляду за важкохворими пацієнтами. Їхня КК безпосередньо впливає на безпеку пацієнтів, ефективність лікування та результати догляду. Компетентні МС не лише покращують клінічні результати, а й сприяють зниженню рівня захворюваності, смертності, ускладнень, медичних помилок і загальних витрат на лікування [29, 31].

Крім того, їхній вплив охоплює як фізіологічні, так і психологічні аспекти здоров'я пацієнтів, що є особливо важливим в умовах інтенсивної терапії.

Дослідження Naj-Bagheri та Eshraghi (2018) підтверджують, що існує прямий зв'язок між рівнем клінічної компетентності МС та якістю наданого медсестринського догляду. Таким чином, пріоритетність розвитку клінічної компетентності персоналу ВАІТ є критично важливою умовою надання високоякісної та безпечної допомоги.

Емпіричні дані свідчать про те, що високий рівень КК медсестер позитивно впливає на їх роботу у відділенні [14]. Було виявлено, що вищий рівень КК позитивно корелює з такими змінними, як співчуття колегам і пацієнтам, самоефективність, задоволеність роботою, відданість і клінічна самоефективність. І навпаки, негативно корелює з професійним вигоранням, зменшує кількість випадків неналежного медсестринського догляду та забезпечує безпеку пацієнтів [14, 31].

На компетентність медсестринського персоналу у ВАІТ впливають різні фактори, включаючи рівень освіти, досвід роботи, професійний розвиток, клінічне мислення, навички прийняття рішень і спілкування [15, 31]. З'ясовано, що з підвищенням освітнього рівня МС зростає й їх КК. Докази свідчать і про те, що досвід роботи є одним із факторів, що впливають на клінічну компетентність МС. Зі збільшенням трудового стажу медсестер зростає і їх досвід роботи. Таким чином, очікується, що зі збільшенням досвіду роботи буде зростати і КК [14].

Дані літератури свідчать, що розвиток клінічної компетентності МС є поступовим процесом, який проходить етапи від початківця до експерта. Дослідження показують, що на початку свого професійного шляху недосвідчені МС переважно зосереджуються на виконанні окремих завдань, не маючи цілісного уявлення про пацієнтів. Вони не мають достатнього рівня сформованості базових клінічних навичок, таких як фізикальне обстеження, надання невідкладної допомоги та навичок комунікації, що обмежує їх здатність вчасно виявляти зміни у стані пацієнтів.

Результати досліджень показують, що близько 49% новопризначених МС припускалися помилок у своїй практиці та не мали належної професійної

підготовки. Така ситуація створює потенційні ризики для безпеки пацієнтів і якості догляду, особливо якщо МС змушені діяти самостійно без підтримки досвідчених колег [36, 37].

Саме тому на додипломному етапі важливим є формування КК шляхом активного залучення студентів до клінічного середовища, де відбувається професіоналізація та інтеграція теоретичних знань у практику. Адже якісна підготовка майбутніх МС, зосереджена на розвитку як технічних, так і міжособистісних навичок, є важливою умовою надання безпечної, ефективної та пацієнт-орієнтованої допомоги.

Крім того, за даними дослідників КК медичних сестер розглядається не лише як сукупність технічних навичок і знань, а й як результат взаємодії з пацієнтами, де вагоме значення мають міжособистісна комунікація, емпатія та здатність до співпраці [31].

Професійна компетентність (ПК) охоплює низку важливих аспектів, включаючи дотримання етичних стандартів, глибоке розуміння законодавства про ОЗ, ефективні можливості прийняття рішень, навички професійного розвитку та здатність ефективно співпрацювати [15, 31, 13, 33, 38].

З іншої точки зору, компетентність сестринського персоналу в інтенсивній терапії складається з чотирьох областей: знань, навичок, ставлення та цінностей і досвіду. За даними досліджень клінічна та професійна компетентності можуть збігатися, а управління ситуаціями, прийняття рішень і командна робота є важливими для розвитку ПК.

На думку Okumura M. et al, прийняття рішень і співпраця є елементами ПК, тоді як медсестринське втручання та принципи медсестринського догляду – КК. Компетентність прийняття рішень вважається ключовою серед чотирьох сфер компетенції. Навчаючи медсестер прийняттю рішень, інші три компетенції також можуть покращитися завдяки синергії [27, 28].

Сестринська допомога у ВАІТ вимагає глибоких знань і навичок, пов'язаних із передовими методами оцінювання, технологіями та доглядом у ситуаціях, що становлять загрозу для життя, а також при гострих і хронічних

захворюваннях. Такий клінічний контекст вимагає від МС не лише технічної обізнаності, але й здатності до швидкого прийняття обґрунтованих рішень в умовах високого стресу та невизначеності.

Згідно з концепцією Патрісії Беннер, «компетентна МС — це фахівець, який здатен приймати клінічні рішення на основі попереднього досвіду в подібних клінічних ситуаціях. У межах її моделі, поняття *phronesis* відображає критичне мислення, інтуїцію й засвоєний досвід, які спрямовують процес прийняття рішень, тоді як *techne* — це формалізований набір професійних навичок медсестри, необхідних для надання допомоги» [39].

З огляду на вищезазначене ПК пов'язана з пізнавальними процесами, прийняттям рішень та практичними діями, що лежать в основі ефективного використання клінічних навичок. Розвиток ПК медсестер у ВАІТ є важливим, оскільки вимагає здатності швидко та ефективно приймати рішення в умовах небезпечної для життя хвороби. Це передбачає не лише технічну підготовленість, а й сформовану здатність до клінічного мислення, аналітичної оцінки та обґрунтованого сестринського судження під час вирішення складних клінічних ситуацій, що безпосередньо впливають на виживаність пацієнтів [39].

Традиційно процес підвищення ПК у медсестер асоціюється з набуттям теоретичних знань та розвитком практичних навичок і логічного мислення. Однак наукові дослідження вказують на наявність низки інших причин, що впливають на рівень компетентності, і які не можуть бути компенсовані виключно освітнім процесом.

Зокрема, дослідники Okumura M. et al. відзначають роль особистісних характеристик, таких як емоційний інтелект (EI) та риси характеру. Вважають, що емоційний інтелект та індивідуальні особливості особистості мають прямий зв'язок не лише з рівнем загальної компетентності МС, але й із їх задоволеністю професійною діяльністю та рівнем професійного вигорання [27, 28, 40]. Для підвищення якості сестринських послуг і задоволеності пацієнтів EI та клінічна компетентність є важливими у роботі МС. Досліджено, що МС з

вищим емоційним інтелектом більш схильні брати участь у заходах з професійного розвитку [41].

Сьогодні світова система ОЗ стикається з критичною проблемою — нестачею МС, особливо досвідчених фахівців. Така ситуація зумовлює підвищені вимоги до клінічної та професійної компетентності МС, адже саме вона має вирішальне значення для безпеки пацієнтів.

Дефіцит кадрів МС є глобальною проблемою, спричиненою багатьма чинниками, серед яких провідну роль відіграють незадоволення умовами праці, стрес, велике робоче навантаження та високий рівень емоційного виснаження. Це, у свою чергу, призводить до зменшення кількості кваліфікованих МС та, відповідно, негативно впливає як на якість догляду, так і на безпеку пацієнтів [42, 43].

Через брак досвідчених МС більша частка робочої сили у закладах охорони здоров'я представлена молодими, малодосвідченими фахівцями, і сама лише формальна освіта не є достатньою умовою для досягнення повної ПК. Молоді медсестри часто не мають належного клінічного досвіду, що ускладнює здатність ефективно реагувати на зміни в стані пацієнтів та приймати обґрунтовані рішення у складних або невизначених ситуаціях.

Існує припущення, що недостатній рівень ПК медичних сестер може призвести до розчарування, зниження мотивації та незадоволеності своєю професійною діяльністю. З іншого боку, підвищення рівня компетентності МС призведе до покращення якості сестринського догляду, підвищення безпеки пацієнтів, а також до покращення психічного здоров'я самих медсестер [44].

На сьогоднішній день система освіти для МС з невеликим досвідом або недостатнім рівнем підготовки здебільшого є узагальненою та стандартизованою. Для впровадження персоналізованого підходу до професійного розвитку необхідною умовою є попереднє комплексне оцінювання рівня клінічної компетентності МС, які працюють у ВАІТ. Така оцінка дозволить сформулювати цілісне уявлення про сильні й слабкі сторони

фахівця та на цій основі запропонувати персоналізовану освітню траєкторію [27, 28, 45].

Таким чином, професійна компетентність МС у відділенні інтенсивної терапії охоплює не лише технічні та клінічні аспекти, але й емоційні, комунікативні, етичні та адаптаційні компоненти. Високий рівень професійної підготовки, здатність до безперервного навчання й ефективна взаємодія з пацієнтами та колегами є важливими умовами успішної діяльності МС у складному та високоризиковому середовищі інтенсивної терапії.

1.3. Роль медичної сестри у догляді за хворими у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії

У відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) МС здійснюють процес догляду за пацієнтами, які або страждають від небезпечних для життя станів, або мають ризик їх розвитку. Це вимагає профілактики, систем раннього попередження та реагування, мультидисциплінарного підходу до та під час перебування у відділенні, а також комплексного подальшого спостереження або якісного догляду [46, 47].

Медична сестра ВАІТ є одним із ключових фахівців, відповідальних за догляд за пацієнтами у критичних станах [48]. Її робота вимагає поєднання глибоких знань, розвинених технічних навичок, емоційної стійкості та високого рівня комунікативної майстерності. Тому всі дії МС у відділенні інтенсивної терапії мають вирішальне значення для життя пацієнта, відповідно професійні компетенції МС формують основу для якісного надання допомоги [49, 50].

Спостереження за пацієнтом - незалежно від діагнозу, клінічного стану та проведеного лікування - здійснюється безперервно у ВАІТ, 24 години на добу. Усвідомлення загроз, які виникають протягом певного дня госпіталізації, безсумнівно, впливає на процес лікування та догляду та підвищує пильність під час звичайного спостереження. Оперативність у прийнятті рішень є критично важливою, адже навіть кілька секунд можуть стати вирішальними для життя пацієнта. Аналіз контрольованих параметрів спрямований на швидку діагностику, проведення ефективної терапії та відповідне реагування на загрозливі для життя стани. Це один з основних видів діяльності медсестринського персоналу. Саме тому МС повинні бути професіоналами, які забезпечують оптимальний догляд за пацієнтами, діючи відповідно до встановлених принципів.

МС, які виконують свою професійну діяльність у ВАІТ, володіють спеціальними знаннями та способами догляду за пацієнтами, та практичними навичками догляду за пацієнтами в критичних станах, що робить їх

незамінними фахівцями мультидисциплінарної команди у складних клінічних ситуаціях [13, 22, 33].

МС забезпечують догляд за пацієнтами, які знаходяться в критичному стані. Вони підтримують тісний безпосередній контакт із пацієнтами і часто є основним джерелом інформації для членів родини, виконуючи також роль посередників у спілкуванні між пацієнтом, родичами та лікарями. Вони відповідають за постійний моніторинг стану пацієнта, а також розпізнавання будь-яких незначних змін. МС повинні володіти здатністю співпрацювати з іншими членами медичної команди, та, особливо, іншими медсестрами.

Функціональні обов'язки медичних сестер у ВАІТ включають моніторинг і оцінку життєво важливих функцій, ведення вентиляційної підтримки, введення лікарських засобів, виконання внутрішньовенних інфузій, догляд за центральними венозними катетерами, а також ретельну документацію всіх медичних втручань і змін у стані пацієнта. Вони повинні бути завжди готові до проведення серцево-легеневої реанімації та інших невідкладних рятувальних заходів [51].

Медсестри часто сприймають свою самоефективність у наданні допомоги критично хворим пацієнтам інакше, ніж інші професіонали. Крім того, динамічність та емоційна напруженість роботи в умовах інтенсивної терапії формують у МС усвідомлення того, що їхня діяльність потребує не лише спеціалізованих знань, а й здатності до глибокого розуміння власної професійної реальності — з її ризиками, відповідальністю та морально-етичними викликами [22, 33].

У щоденній практиці МС біля ліжка змушені часто виконувати інвазивні та болючі процедури, зокрема зміну пов'язок, промивання рани, догляд за інтубованими пацієнтами, встановлення катетерів, санацію дихальних шляхів, перевертання, позиціонування та утримання пацієнтів [51]. Такі втручання потребують не лише технічної вправності, а й чутливості, терпіння та поваги до людської гідності.

Ефективна комунікація є невід’ємною складовою професійної діяльності МС у відділенні інтенсивної терапії. Навіть якщо пацієнт перебуває в несвідомому стані, взаємодія з ним вимагає емпатії, гуманного ставлення та здатності створити атмосферу спокою й безпеки.

Окремо варто наголосити на важливості комунікації з членами родини пацієнта. МС має бути здатною зрозуміло пояснювати складні медичні терміни, інформувати про стан пацієнта та надавати емоційну підтримку родичам у період невизначеності та стресу. Водночас вона виступає активним членом мультидисциплінарної команди, що вимагає високих комунікативних навичок, вміння співпрацювати з лікарями, іншими МС та іншим персоналом для досягнення спільної мети — збереження життя пацієнта. Розвинуті навички спілкування є необхідною умовою надання якісної медсестринської допомоги пацієнтам. Ефективна комунікація сприяє формуванню значущих стосунків, заснованих на співчутті, довірі та підтримці [52].

Окрім цього, професійна діяльність МС повинна відповідати високим етичним стандартам. Гуманність, повага до гідності пацієнта та конфіденційність є невід’ємними складовими її роботи. Навіть у найскладніших ситуаціях МС повинна залишатися емпатійною та неупередженою, зберігаючи високий рівень професіоналізму.

Встановлено, що ефективність догляду у ВАІТ пов’язана із з питаннями безпеки пацієнтів та, насамперед, із забезпеченням високої якості медичної допомоги. Основою сестринської діяльності є саме ПК, яка є важливою у наданні якісних послуг МС [14, 53].

Дослідники зазначають, що ефективна комунікація, здатність до прийняття клінічних рішень, контроль симптомів і емпатійне ставлення до пацієнтів є ключовими елементами оцінки якості сестринського догляду. Процес прийняття цих рішень передбачає застосування критичного мислення, що базується не лише на знаннях, а й на рефлексії, клінічному досвіді та інтуїції [51]. Крім того, серед важливих складових ефективного догляду у ВАІТ виокремлюють навички професійної комунікації, навички догляду за

тяжкохворими пацієнтами, забезпечення клінічної безпеки та розвинене критичне мислення, які є ключовими для формування специфічного, високоспеціалізованого сестринського підходу до надання допомоги у ВАІТ [22, 33].

Сучасна інтенсивна терапія неможлива без використання високотехнологічного обладнання. МС повинна впевнено працювати з апаратами штучної вентиляції легень, моніторами життєвих функцій, дефібриляторами та дренажними системами, інфузоматами тощо. Вона має вміти не лише налаштовувати ці прилади відповідно до потреб пацієнта, а й оперативно усувати технічні несправності, які можуть виникати під час їх експлуатації. Ці аспекти відображають характер клінічної практики, яка є типовою для ВАІТ та сестринського догляду за пацієнтами у критичному стані [54].

У ВАІТ кожна з МС по-різному сприймає, інтерпретує та реагує на однакові клінічні ситуації. Це зумовлено різними соціальними умовами, які формують їхній професійний і особистий досвід та ідентичність як соціальних суб'єктів [8, 55].

Особистісно-орієнтована медсестринська практика є вкрай важливою у ВАІТ, оскільки пацієнти мають значні фізичні та психологічні потреби.

Це передбачає індивідуалізацію догляду з урахуванням потреб пацієнтів, дотримання етичних принципів, повагу до автономії, гідності та вибору пацієнта. Досліджено, що застосування цієї моделі призводить до покращення результатів: зростає задоволеність пацієнтів і медсестринського персоналу, скорочується тривалість госпіталізації, покращується прогноз перебігу хвороби (таким чином, його значення ще більше підкреслюється в складних сестринських умовах сьогодні [8]).

Науковці розробили концептуальну основу для особистісно-орієнтованої допомоги, запропонували дорожню карту впровадження цього підходу в клінічну практику. Однак реалізація такого догляду часто ускладнюється через обмеження у спілкуванні між пацієнтами та медсестрами через тяжкість стану

пацієнта, наявності інвазивних пристроїв, використання складної апаратури, високої частоти невідкладних ситуацій і значного рівня професійного навантаження [8, 56].

Для забезпечення стандартного медсестринського догляду використовується модель основного медсестринського догляду (primary nursing), яка забезпечує максимальну індивідуалізацію допомоги. Медсестри ВАІТ прагнуть зберігати баланс між високотехнологічними біомедичними втручаннями та співчутливим, гуманістичним підходом, зосередженим на потребах людини.

Парадигма сестринського догляду у ВАІТ потребує трансформації — від традиційного підходу, орієнтованого на виживання пацієнта, до особистісно орієнтованої моделі, яка враховує індивідуальні потреби, цінності та гідність кожного пацієнта. Така зміна особливо важлива для МС відділень інтенсивної терапії, які прагнуть визнавати унікальність кожного хворого навіть у найскладніших клінічних умовах [8].

Одним із ключових чинників успішної реалізації особистісно орієнтованого догляду є емоційний інтелект, який включає здатність контролювати та усвідомлювати свої та чужі емоції, мислити та діяти відповідно до них. Високий рівень емоційного інтелекту дозволяє МС ефективно задовольняти потреби пацієнтів, підтримувати міжпрофесійну співпрацю, підвищувати якість медсестринського догляду, сприяє професійному зростанню та загальній продуктивності [41]. Виявлено, що МС з високим емоційним інтелектом демонструють вищий рівень особистісно орієнтованого догляду.

Нууна Youn et al. вважають, що особистісно орієнтований підхід має не лише практичну, а й етичну цінність, оскільки сприяє зміцненню довіри, поваги та гуманного ставлення до пацієнта. Дослідження показало, що тривалість професійної діяльності, рівень ЕІ та задоволення від співчуття є важливими показниками особистісно орієнтованого догляду медсестер у ВАІТ [8, 57].

Крім того, сприйняття професійних цінностей і задоволеність роботою відіграють велику роль у професійній кар'єрі МС. Формування та підтримка професійних цінностей значно покращує задоволеність пацієнтів доглядом і задоволеність роботою МС, покращує якість догляду та знижує рівень професійного вигорання і зменшує наміри змінити професію.

У багатопрофільній команді реанімаційного відділення МС відіграє ключову роль, забезпечуючи безперервність і цілісність процесу лікування. Вона організовує свою діяльність таким чином, щоб усі компоненти сестринського догляду були реалізовані своєчасно, ефективно та відповідно до стандартів якості.

Не менш важливою є безперервна освіта, яка є невід'ємною складовою професійного зростання МС. Опрацювання новітніх клінічних протоколів, оволодіння сучасними методами лікування, освоєння роботи з високотехнологічним обладнанням, участь у тренінгах, симуляційних навчаннях та курсах підвищення кваліфікації сприяють підтриманню належного професійного рівня та адаптації до нових викликів клінічної практики.

Таким чином, професійна діяльність МС у відділенні анестезіології та інтенсивної терапії є надзвичайно багатогранною. Вона поєднує в собі технічну майстерність, клінічну обізнаність, комунікаційні навички та етичні принципи.

Саме завдяки високому професіоналізму, самовідданості та здатності працювати в умовах високої напруги, МС забезпечують якісний догляд і сприяють збереженню життя пацієнтів у критичних станах.

1.4. Професійна якість життя та професійне вигорання медичних сестер

МС, які працюють у ВАІТ, щодня стикаються з високим рівнем психоемоційного навантаження, що обумовлює необхідність глибшого розуміння чинників, які впливають на їх професійну якість життя (ЯЖ) [58, 59].

Специфіка інтенсивної терапії вимагає від МС не лише глибоких професійних знань та практичних навичок, а й розвинених особистісних якостей, які забезпечують ефективність у критичних клінічних ситуаціях.

Постійний стрес на робочому місці призводить до розвитку синдрому професійного вигорання (СПВ), який включає такі компоненти як емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження відчуття особистої професійної реалізації. Умови праці, зокрема, постійні невідкладні ситуації, високий рівень відповідальності, складна апаратура, обмежені комунікаційні можливості з пацієнтами, збільшують вплив стресогенних факторів і, отже, спричиняють зниження задоволеності роботою [60, 61, 62, 63].

Задоволення від роботи є важливим елементом трудового життя МС. Вона формується у процесі взаємодії між очікуваннями щодо професійної реалізації та фактичними результатами діяльності, і охоплює систему переконань, установок, емоцій, поведінкових моделей і ціннісних орієнтирів працівника. МС становлять основну частину персоналу з цілодобовим медичним обслуговуванням, тому якість їхнього професійного життя безпосередньо впливає на ефективність функціонування закладів охорони здоров'я. Тривале незадоволення умовами праці може зумовити погіршення фізичного, психологічного та соціального благополуччя МС, що матиме довготривалі негативні наслідки. Як наслідок, це призводить до професійної дезадаптації, зниження мотивації, виникнення бажання змінити сферу діяльності та зростання плинності кадрів у медичних закладах [64].

Ayed A. et al у своїх дослідженнях також зазначають, що професійна якість життя для МС, особливо в умовах високого стресу, таких як ВАІТ,

залежить від таких факторів, як вигорання, задоволення від співчуття та вторинний травматичний стрес. Досліджено, що саме робоче середовище є формуючим чинником цього досвіду та при цьому впливає на самопочуття МС, задоволеність роботою та в подальшому і на результати догляду за пацієнтами [65, 66, 67].

На думку Maslach і Leiter, вигорання є результатом перевтоми, тривалих періодів роботи, низької заробітної плати, міжпрофесійних конфліктів, перевантаження роботою, нестачі людських і матеріальних ресурсів і навіть професійного розчарування. Кілька досліджень повідомляють про більший відсоток випадків синдрому вигорання саме у медсестер ВАІТ, ніж в інших професіоналів мультидисциплінарної команди [68].

Робота медичної сестри у ВАІТ передбачає постійне балансування між високим рівнем технічної підготовки, емоційною стабільністю та високим рівнем відповідальності за життя пацієнтів у критичних станах. Однак інтенсивність навантаження, часті стресові ситуації та глибока емоційна залученість у процес догляду можуть спричинити розвиток професійного вигорання, тобто складного психоемоційного стану, що негативно впливає на їхнє фізичне, когнітивне та емоційне функціонування, а також на професійну діяльність та якість особистого та сімейного життя. Це не лише проблема окремої людини, а й важливий виклик для всієї системи охорони здоров'я [69, 70].

Серед МС синдром професійного вигорання пов'язаний не лише з обсягом виконуваної роботи, але й дисбалансом між високими професійними вимогами та наявними ресурсами для їх вирішення. У ВАІТ ці вимоги стосуються, перш за все, постійного емоційного контролю, щоденного контакту з тяжкохворими пацієнтами та їхніми родичами, а також роботи в умовах підвищеної відповідальності та фізичного навантаження [60, 65].

Клінічно професійне вигорання проявляється як сукупність емоційного виснаження, деперсоналізації (байдужості або дистанціювання до пацієнтів) та зниження відчуття професійної ефективності. У контексті інтенсивної терапії ці

прояви посилюються через специфіку роботи, що супроводжується постійним ризиком, обмеженим часом на прийняття рішень і високим рівнем морального навантаження [71].

Наслідки вигорання у МС відділення інтенсивної терапії можуть бути серйозними: фізичне та психологічне перевантаження призводить до безсоння, хронічної втоми, дратівливості та тривожності, а іноді й до розвитку депресивних станів. Дослідження Американської асоціації медсестер (ANA, 2020), в якому взяли участь 10 000 медсестер, засвідчило, 50% МС відчували симптоми перевтоми, 30% — прояви депресії, а понад 70% мали розлади сну [68].

Більшість пацієнтів, госпіталізованих до ВАІТ, перебувають у стані безпосередньої загрози життю. Вони часто потребують тривалої штучної вентиляції легень, постійного моніторингу життєвих функцій, інфузійної терапії та використання спеціалізованого медичного обладнання. Безумовно, участь лікаря в процесі лікування не викликає сумнівів, однак саме МС забезпечують безперервний догляд, виконуючи більшість процедур біля ліжка хворого виконує МС. Підвищення інтенсивності навантаження, потреба в безперервному спостереженні та догляді за важкохворими пацієнтами суттєво впливає на фізичний і психоемоційний стан МС [72]. Щоденна робота у високостресовому середовищі, необхідність швидко приймати рішення, адаптуватися до постійних змін клінічної ситуації формують основу для розвитку емоційного виснаження.

Незалежно від типу медичного закладу, робоче середовище у ВАІТ має низку специфічних стресогенних характеристик, що спричиняють розвиток синдрому професійного вигорання. За даними багатьох дослідників, основними фізичними, психологічними та організаційними стресорами є: недостатнє природне освітлення, надмірний рівень шуму, велика кількість високотехнологічного обладнання, обмежений простір для маніпуляцій, висока летальність пацієнтів, неефективна міждисциплінарна комунікація, професійний тиск і потреба в негайному прийнятті рішень.

Одним із провідних чинників вигорання є хронічний емоційний стрес, зумовлений постійним контактом із важкими клінічними ситуаціями. Пацієнти у ВАІТ часто перебувають у критичному стані, і не всі з них виживають. МС щоденно доглядають за пацієнтами, які перебувають у стані глибокої вразливості, болю або травми, що вимагає високого рівня емпатії, водночас провокуючи вторинну емоційну травматизацію. Постійне спостереження за стражданнями, втрата пацієнтів та емоційне співпереживання родичам викликають хронічний стрес. У багатьох випадках МС відчують безсилля, навіть якщо вони зробили все можливе [20].

Ще одним важливим аспектом, що сприяє розвитку професійного вигорання у МС у відділеннях інтенсивної терапії, є фізичне та когнітивне перенавантаження. Робота у ВАІТ вимагає постійної багатозадачності, високого рівня концентрації уваги, точності у виконанні процедур та швидкості прийняття рішень, що поєднується з тривалими змінами, відсутністю належного відпочинку та порушеннями сну. Відчуття постійної втоми знижує здатність до психофізіологічного відновлення, сприяючи поступовому формуванню емоційного виснаження.

Згідно з літературними даними, МС, працюючи у ВАІТ під час пандемії COVID-19, мали надто високий рівень емоційного виснаження, деперсоналізацію та втрачали мотивацію у своїй професійній діяльності [42, 68, 73, 74].

Синдром професійного вигорання має негативні наслідки не лише для самих МС, а й для якості надання медичної допомоги. Перевтомлена МС частіше припускається помилок, втрачає здатність до емпатії, уникає виконання професійних обов'язків або навіть залишає професію. Це створює загрозу не лише для здоров'я та безпеки пацієнтів, але й для довіри до системи охорони здоров'я в цілому [75, 76].

Carmen Quesada-Puga et al. звертає увагу, що зменшення фінансування в системі ОЗ призвело до скорочення показника середньої тривалості госпіталізації пацієнтів. Така ситуація призвела до збільшення інтенсивності

праці МС, адже потреба в догляді не зменшилася, а часу на його надання стало менше. Це призвело до зростання навантаження, погіршення фізичного і психоемоційного стану МС та, відповідно, до зниження якості медичної допомоги. Як підтверджують результати досліджень, чим довші та нерегулярніші зміни (особливо нічні або позмінні чергування), тим вищий ризик розвитку вигорання серед МС [60, 70].

Проблема недостатнього визнання професійної ролі МС заслуговує на особливу увагу. У багатьох країнах вони часто зіштовхуються з низьким рівнем оплати праці, обмеженими матеріально-технічними ресурсами та недостатньою організаційною й емоційною підтримкою з боку керівництва. Такі умови сприяють формуванню відчуття недооцінки, професійного вигорання та зниженню мотивації до якісного виконання службових обов'язків.

Боротьба з професійним вигоранням має бути комплексною та багатоаспектною. На індивідуальному рівні МС можуть використовувати техніки управління стресом, зокрема практики релаксації, фізичну активність, консультації з психологом або участь у програмах психоемоційної саморегуляції. Водночас роботодавці повинні створювати умови для підтримки персоналу: організовувати тренінги з управління стресом, забезпечувати достатню кількість змінного персоналу та підтримувати культуру взаємоповаги у колективі.

Крім того, необхідно реформувати систему охорони здоров'я загалом. Забезпечення адекватного фінансування, інвестиції у модернізацію робочого середовища, справедливе винагородження праці та розвиток психологічної підтримки МС є критично важливими кроками для зниження рівня професійного вигорання. Такі зміни не лише поліпшать умови праці МС, а й сприятимуть підвищенню ефективності та якості функціонування ВАІТ.

1.5. Роль наставництва як інструменту професійного розвитку

Наставництво є важливим інструментом професійного розвитку МС, особливо у складних умовах реанімаційного відділення, де кожне клінічне рішення має потенційно життєво важливі наслідки. У цьому середовищі, де кожна дія може бути вирішальною для життя пацієнта, передача досвіду, знань і навичок від більш досвідчених МС до молодих фахівців є визначальним чинником якості та безпеки медичної допомоги [77].

Аналіз літератури свідчить, що керівники підрозділів, старші МС та управлінці медсестринської служби часто очікують від новопризначених молодих фахівців достатнього рівня професійної компетентності вже на початковому етапі їхньої діяльності. Водночас численні дослідження показують, що нещодавні випускники медичних навчальних закладів ще не мають належного рівня підготовки для повноцінного виконання професійних обов'язків у складних клінічних умовах.

Між очікуваним рівнем готовності молодих МС до роботи та їхніми реальними компетенціями часто спостерігається розрив. Було виявлено кілька факторів, які сприяють очевидному низькому рівню компетентності нещодавніх випускників. Серед факторів, що зумовлюють цей розрив, слід виокремити нереалістично високі очікування з боку досвідченого персоналу та самих новачків. Інші фактори включають дефіцит підтримки з боку наставників у перші місяці роботи, високий робочий тиск і недостатня кількість часу для якісної адаптації, низький рівень організаційної залученості та слабкий інституційний супровід, обмежений обсяг клінічної практики під час навчання у закладах освіти [78].

Наставництво в умовах ВАІТ є не лише формою професійної підтримки, але й ефективним механізмом соціалізації та адаптації молодих фахівців. Досвідчені МС в ролі наставників не лише передають знання й уміння, а й сприяють розвитку критичного мислення, професійної впевненості та командної взаємодії. Вони допомагають новачкам орієнтуватися в складних

ситуаціях, налагодити комунікацію з колективом, освоїти роботу з медичною апаратурою та дотримуватися клінічних протоколів [79].

Однією з ключових переваг наставництва є зменшення рівня стресу у нових співробітників. Робота у ВАІТ є вкрай емоційно та фізично напруженою, особливо для молодих МС, які тільки починають свою професійну діяльність [80]. Дослідження показали, що перехідний період від навчання до повноцінної клінічної практики часто супроводжується високим рівнем тривоги та невпевненості, а для подолання цих труднощів молодим фахівцям необхідна підтримка з боку досвідчених колег. У такому контексті наставник виступає джерелом не лише клінічних знань, а й емоційної підтримки. Він допомагає новачкам орієнтуватися в складних ситуаціях, розвивати критичне мислення, формувати впевненість у своїх діях і знижувати ризик професійного вигорання на початку їхньої кар'єри.

Наставництво також відіграє важливу роль у підвищенні професійного рівня всього колективу. Молоді МС отримують можливість вчитися на реальних клінічних випадках, переймаючи практичний досвід, якого не завжди можна набути під час навчання. У свою чергу, наставники розвивають власні лідерські компетентності, вдосконалюють комунікативні здібності та вчаться ефективно організовувати робочі процеси в команді.

Як підкреслює Тулуп Л.Я. та ін., «МС, що реалізує себе в наставницькій діяльності, зростає як в індивідуальному, так і в професійному плані, бере на себе відповідальність, демонструє здатність до вирішення проблем шляхом критичного аналізу, володіє розвинутими міжособистісними навичками та здатністю впливати на колектив через власний приклад» [18].

Важливою складовою наставництва є передача не лише технічних знань, а й етичних принципів, що визначають професійну культуру МС. Досвідчені наставники формують у молодих фахівців чітке розуміння норм гуманного ставлення до пацієнтів, дотримання конфіденційності, поваги до гідності особистості та відповідального ставлення до своїх обов'язків. Завдяки особистому прикладу, наставники демонструють, як зберігати емпатійність,

професійну витримку та моральну стійкість навіть у стресових ситуаціях, характерних для реанімаційних відділень.

Сучасна практика наставництва передбачає дві основні моделі — неструктуровану та структуровану. Неструктуроване наставництво, або неформальна модель, базується на спонтанних, часто неофіційних взаєминах між досвідченою та молодішю МС. Наставництво у такому випадку виникає природним чином, без формального підбору учасників і без визначеної програми. Проте, як зауважує Raletooane P. A. et al., така модель у сучасних умовах дедалі частіше вважається менш ефективною через відсутність чітких цілей, критеріїв оцінки та недостатню організаційну підтримку [81].

Натомість структуроване наставництво передбачає чітко організовану програму професійного супроводу нових працівників. У межах такої моделі медсестру-наставника офіційно призначають для супроводу молодого фахівця, з яким формуються партнерські взаємини на певний період. Програма передбачає розроблення індивідуального плану адаптації, регулярні зустрічі для обговорення клінічних випадків, моніторинг прогресу та зворотний зв'язок. Доведено, що структуровані моделі наставництва значно підвищують професійну компетентність молодих МС, сприяють зниженню плинності кадрів, підвищенню якості догляду за пацієнтами, а також ефективності використання ресурсів медичного закладу.

Крім того, наставництво в межах програм безперервного професійного розвитку сприяє формуванню стійкої культури навчання у медичних закладах. Інтеграція менторства в систему підвищення кваліфікації дозволяє не лише підтримати новачків, а й забезпечити постійне оновлення знань і навичок всього медсестринського персоналу.

Проблема затримки професійного становлення молодих МС після завершення навчання залишається актуальною. Як зазначає Raletooane P. A. et al., затримка працевлаштування, недостатня практична підготовка та відсутність системної підтримки під час входження у професію знижують упевненість молодих фахівців. Водночас на них покладаються завищені

очікування щодо здатності працювати самостійно та брати на себе відповідальність без належного супроводу. У таких умовах структуроване наставництво є ключовим чинником, що дозволяє подолати цей розрив і забезпечити якісну адаптацію нового покоління МС до вимог сучасної клінічної практики [81].

Однак, як свідчать дані літератури, іноді складно забезпечити належний рівень наставництва в умовах обмежених ресурсів, браку обладнання, відчуття професійної ізоляції та недостатньої командної взаємодії. Крім того, на ефективність наставництва впливають індивідуальні установки МС — зокрема, їхня мотивація до навчання, відкритість до змін та готовність брати участь у наставницьких програмах [81].

Таким чином, ефективність наставництва залежить від кількох факторів: професіоналізму наставника, його комунікативних навичок, атмосфери підтримки у відділенні та організаційної культури закладу. Створення сприятливого навчального середовища, в якому молоді фахівці можуть без страху ставити запитання, отримувати конструктивний зворотний зв'язок та розвиватися під керівництвом досвідчених колег, є передумовою успішної професійної адаптації.

Загалом, наставництво серед МС у відділеннях інтенсивної терапії є ефективним механізмом розвитку персоналу, покращення якості догляду за пацієнтами та формування безперервної культури навчання. Воно забезпечує передачі знань та досвіду від покоління до покоління, підтримку професійного зростання та є невід'ємною складовою сучасної системи медсестринського менеджменту.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

1.1 Матеріали дослідження

У дослідженні взяли участь 80 медичних сестер (МС) відділень анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ). За типом закладу більшість респондентів (70%) працювали в обласних лікарнях, тоді як 30% – у міських. Щодо типів ліжок у ВАІТ, то у 65% випадків це дорослі ліжка, 22,5% – дитячі, і лише 12,5% – кардіологічні. Співвідношення МС:пацієнт було 1:3 у 30% респондентів і 1:5 – переважно у більшості (70%), що засвідчує про високе навантаження на персонал (табл.2.1).

Таблиця 2.1

Характеристика учасників дослідження (n= 80)

Показники	Групи	n (%)
Заклад	Міський	24 (30)
	Обласний	56 (70)
Типи ліжок	Дорослі	52 (65)
	Дитячі	18 (22,5)
	Кардіологічні	10 (12,5)
МС:пацієнт	1:3	24 (30)
	1:5	56 (70)
Вік, років	21 і менше	4 (5)
	22-25	3 (3,75)
	26-30	10 (12,5)
	31-35	16 (20)
	36-40	21 (26,25)
	41-45	9 (11,25)
	46 і більше	17 (21,25)
Стать	Чоловік	3 (3,75)

	Жінка	77 (96,25)
Сімейний стан	Одружена	55 (69)
	Неодружена	13 (16)
	Розлучена	5 (6)
	Вдова	7 (9)
Освіта	Диплом молодшого спеціаліста	57 (71,25)
	Диплом фахового молодшого бакалавра	6 (7,5)
	Диплом бакалавра	15 (18,75)
	Диплом магістра	2 (2,5)
Категорія	Вища	42 (52,5)
	Перша	12 (15)
	Друга	11 (13,75)
	Немає	15 (18,75)
Стаж роботи медичною сестрою, років	≤1 року	4 (5)
	1-5	7 (8,75)
	6-10	17 (21,25)
	11-15	7 (8,75)
	16-20	20 (25)
	>20	26 (32,5)
Стаж роботи медсестрою ВАІТ, років	≤1 року	11 (13,75)
	1-5	15 (18,75)
	6-10	14 (17,5)
	11-15	3 (3,75)
	16-20	18 (22,5)
	>20	19 (23,75)

Середній вік опитаних коливався у широкому діапазоні: найбільша частка МС перебувала у віковій групі 36–40 років (26,25%) та понад 46 років (21,25%). Молодь віком до 25 років становила лише 8,75% (включно з 5% до 21 року та 3,75% – 22–25 років) (рис. 2.1).

Участь чоловіків була мінімальною – 3,75%, тоді як абсолютна більшість (96,25%) становили жінки.

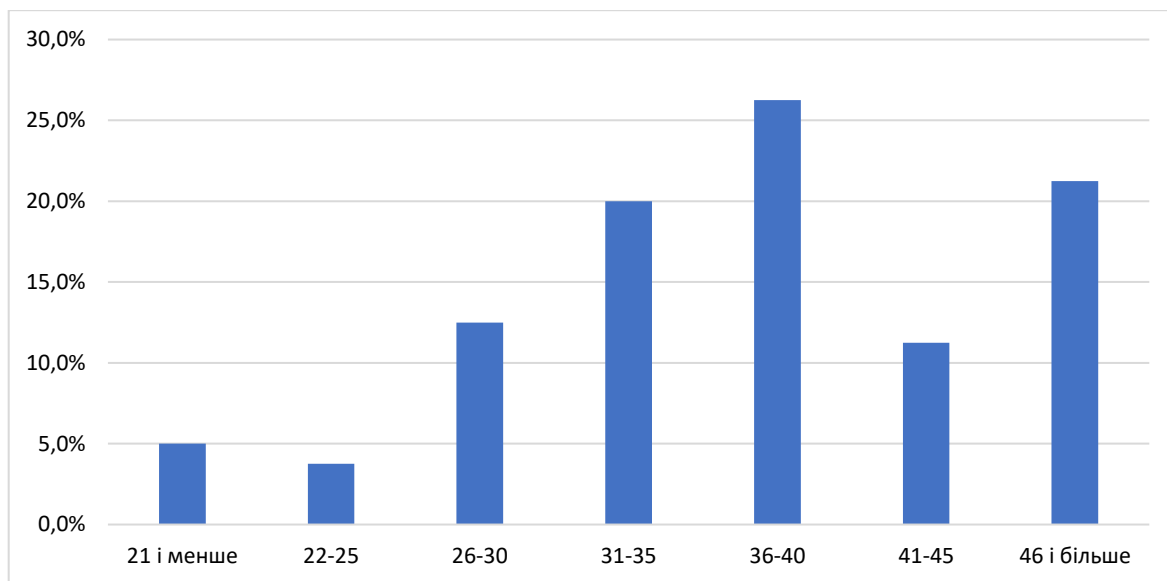


Рис. 2.1 Розподіл респондентів за віком

Аналіз сімейного стану показав, що переважна частина МС були одруженими (69%). Неодружені становили 16%, розлучені – 6%, а вдови – 9%. За рівнем освіти найбільша частка мала диплом молодшого спеціаліста (71,25%), 7,5% – диплом фахового молодшого бакалавра, 18,75% – диплом бакалавра, і лише 2,5% – диплом магістра (рис. 2.2).

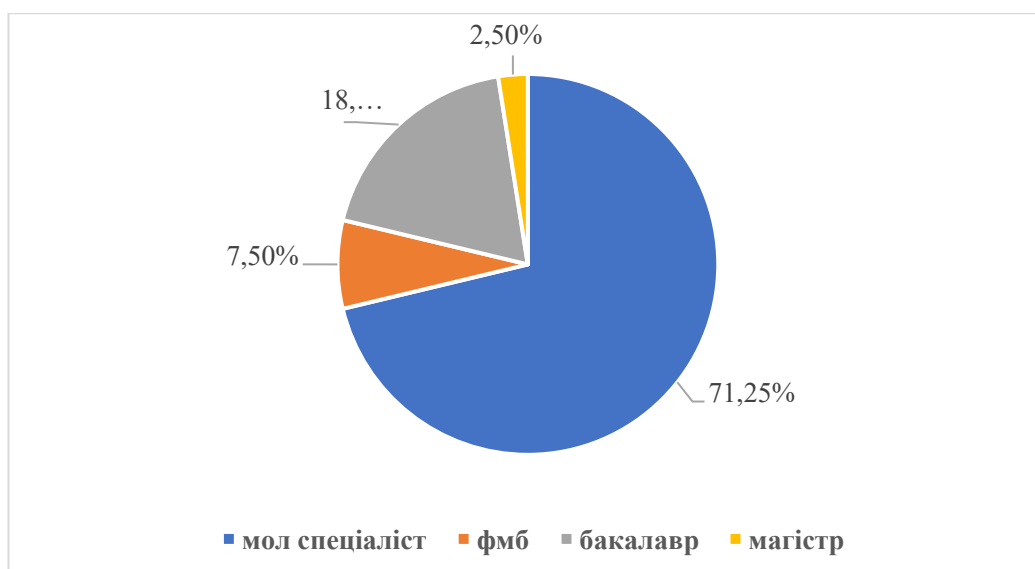


Рис. 2.2 Розподіл респондентів за рівнем освіти

Щодо професійної кваліфікації, вищу категорію мали 52,5% учасниць, першу – 15%, другу – 13,75%, а 18,75% не мали категорії (рис. 2.3).

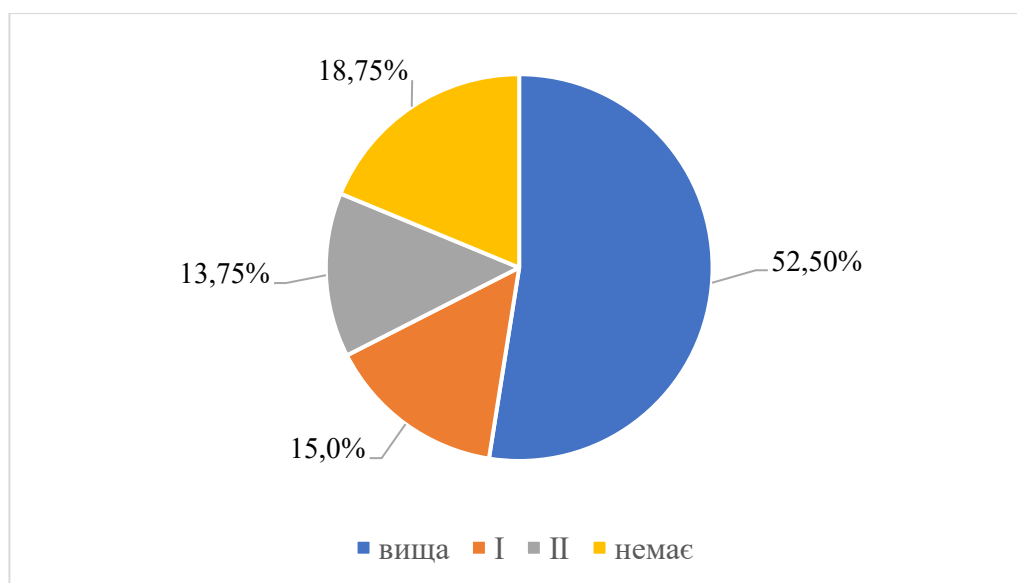


Рис. 2.3 Розподіл респондентів за кваліфікаційною категорією

Щодо загального стажу роботи МС, найбільша частка (32,5%) мала досвід понад 20 років. Ще 25% працювали в системі охорони здоров'я від 16 до 20 років, а 21,25% – від 6 до 10 років. Новачки зі стажем до 1 року становили лише 5%.

Дещо інша картина спостерігалася при аналізі стажу роботи саме у ВАІТ: найбільше МС працювали у цих відділеннях понад 20 років (23,75%) та від 16 до 20 років (22,5%). Молодші спеціалісти зі стажем до 1 року у ВАІТ становили 13,75%, а 18,75% – мали досвід роботи у ВАІТ від 1 до 5 років (рис. 2.4).

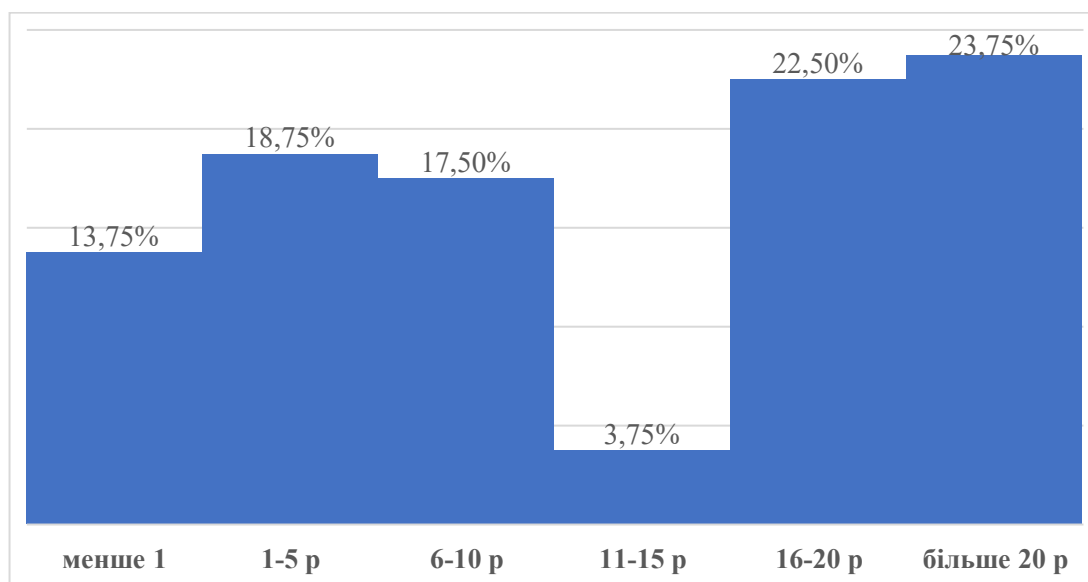


Рис. 2.4 Розподіл респондентів за стажем роботи у ВАІТ

Отримані дані свідчать про переважання досвідченого персоналу жіночої статі з вищою категорією та значним стажем роботи, що є важливим фактором у забезпеченні якості медсестринської допомоги у ВАІТ. Водночас актуальними залишаються питання професійного розвитку, мотивації та навантаження персоналу в умовах високої інтенсивності праці.

1.2 Методи дослідження

Використано комплекс взаємопов'язаних методів дослідження, що забезпечили достовірність, наукову обґрунтованість і практичну цінність отриманих результатів:

1. Бібліосемантичний метод: проведено систематичний аналіз наукової літератури, фахових публікацій, офіційних документів та нормативних актів, що стосуються професійних компетенцій медичних сестер, зокрема у

відділеннях анестезіології та інтенсивної терапії. Особливу увагу приділено питанням професійної якості життя, мотивації, задоволеності працею та стандартам надання медичної допомоги пацієнтам у критичних станах.

2. Соціологічне опитування (анкетування): проводилось опитування медичних сестер ВАІТ з використанням наступних анкет:

1) Анкета для самооцінки визначення компетентності медсестер (С3Q-safety) — це інструмент із 22 пунктів, призначений для оцінки компетентності медсестер, пов'язаної з безпекою пацієнтів у відділеннях інтенсивної терапії. Кожне запитання оцінювалося за шкалою Лайкерта (1-5 балів), за якою значення 1 означало «абсолютно не погоджуюсь/ні», а значення 5 — «повністю погоджуюсь /так». Анкета має чотирифакторну структуру: прийняття рішень (фактор 1, сім пунктів), співпраця (фактор 2, п'ять пунктів), медсестринське втручання (фактор 3, п'ять пунктів) та принципи медсестринського догляду (фактор 4, п'ять пунктів). Прийняття рішень і співпраця є елементами професійної компетентності, тоді як медсестринське втручання та принципи медсестринського догляду є елементами клінічної компетентності [27, 28].

2) Компетентність МС щодо навчання вивчали за допомогою шкали компетенції медсестер інтенсивної терапії та реанімації, розробленої Європейською федерацією асоціацій медсестер реаніматології (EfCCNa).

Анкета складалася з двох частин, 66 пунктів. Частина А включала чотири шкали: клінічна сфера (18 позицій); професійна сфера (14 позицій); сфера управління (16 позицій) та сфера освіти та розвитку (6 позицій). Частина В складалася з розділу про аспекти та навчання персоналу для відділень інтенсивної терапії (12 пунктів). Усі пункти в цьому опитувальнику оцінювалися за шкалою Лайкерта (1–10 балів), за якою значення 1 означало «неважливе або не узгоджується з наданим твердженням», а значення 10 означало «дуже важливе або повністю узгоджується з наданим твердженням» [33].

3) Вивчення задоволеності роботою включало дослідження виробничих умов медичних сестер ВАІТ. Зокрема:

- загального сприйняття своєї роботи (за 10-бальною шкалою, де 1-повністю незадовільно, 10 – повністю задовільно);
- рівень впливу на задоволеність роботою різних факторів та задоволеність кожним із факторів зокрема;
- оцінки основних аспектів, що стосуються умов роботи: робочого навантаження, матеріально-технічного забезпечення (за 10-бальною шкалою, де 1-повністю незадовільно, 10 – повністю задовільно);
- оцінки задоволеності МС наявними системами оцінки їх роботи, механізмами мотивації (матеріальної та нематеріальної) та можливостями професійного та кар'єрного росту;
- оцінки відносин МС з колегами та керівництвом.

4) Анкета задоволеності Міннесоти (MSQ, коротка версія) застосували для оцінки рівнів задоволеності та незадоволеності роботою [19]. Оцінювали 20 характеристик роботи, такі як досягнення, незалежність, визнання, умови праці тощо. Це скорочена версія опитувальника MSQ дозволила оцінити внутрішню (тобто те, що люди думають про свої посадові обов'язки) і зовнішню задоволеність роботою (тобто те, що люди думають про аспекти умов праці, які є зовнішніми щодо самої роботи). Для оцінки задоволеності MSQ використовували п'ятибальну шкалу Лайкерта, яка коливалася від 1 (дуже незадоволений) до 5 (дуже задоволений).

Зовнішня, внутрішня та загальна задоволеність роботою були розраховані шляхом підсумовування відповідних балів підшкали. Загалом 12 (тобто 1, 2, 3, 4, 7, 8, 9, 10, 11, 15, 16 і 20), 6 (тобто 5, 6, 12, 13, 14 і 19) і два пункти (17 і 18) вимірювали задоволеність роботою (внутрішню, зовнішню та загальну). Загальна оцінка задоволеності роботою була розрахована шляхом підсумовування індивідуальних балів усіх 20 пунктів.

Середні загальні показники задоволеності роботою були класифіковані як низькі (тобто 2,00–2,99), помірні (тобто 3–3,99) і високі (тобто > 4).

5) Шкала професійної якості життя, версія 5 (ProQOL-5) [82] — це вимірювання самооцінки з 30 пунктів, що складається з трьох підшкал:

задоволення від співчуття, вигорання та вторинний травматичний стрес («втома від співчуття»). Респондентам пропонували вказати, як часто кожен предмет був пережитий протягом попередніх 30 днів за 5-бальною шкалою Лайкерта (від 1 – ніколи до 5 – дуже часто). Оцінка кожної підшкали визначається сумою всіх її пунктів, що призводить до оцінки в діапазоні від 10 до 50 для кожної підшкали. Примітно, що 5 із 10 пунктів шкали професійного вигорання (пункти 1, 4, 15, 17 і 29) мають зворотну оцінку.

За підшкалою (задоволення від співчуття, втоми від співчуття та вигорання) оцінка 22 або менше вважається «низькою» (нижча задоволеність співчуттям, нижче професійне вигорання або менший вторинний травматичний стрес), від 23 до 41 — як «середньою», а 42 або вище вважається як «високою».

3. Статистичний метод обробки даних:

Зібрані під час анкетування дані були внесені та систематизовані в спеціально створеній базі даних.

Статистичну обробку інформації здійснювали за допомогою програми MS Excel (2010). Проведено кількісний і якісний аналіз відповідей, здійснено порівняння показників, що дозволило обґрунтовано інтерпретувати результати дослідження.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ

3.1. Компетентність медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії з безпеки пацієнтів

Медичні сестри відділення анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) потребують високого рівня медичної компетентності, особливо щодо безпеки пацієнтів [83]. Щоб підтримувати якість і безпеку у відділеннях інтенсивної терапії (ВІТ), необхідно мати можливість легко вимірювати та оцінювати компетентність медсестер у інтенсивній терапії. C3Q-safety дозволяє оцінити чотири сфери компетенції МС відділення анестезіології та інтенсивної терапії та може бути використаний для ефективного навчання.

Компетентність сестринського персоналу ВАІТ включає як клінічну, так і професійну компетентність. Клінічну компетентність можна розділити на три сфери: принципи медсестринського догляду, клінічні рекомендації та медсестринські втручання. Професійну компетентність можна розділити на чотири сфери: етична діяльність, прийняття рішень, розробка та співпраця. З іншої точки зору, компетентність сестринського персоналу в інтенсивній терапії складається з чотирьох областей: бази знань, бази навичок, бази ставлення та цінностей та бази досвіду. Науковцями досліджено, що КК та ПК можуть збігатися, а управління ситуаціями, прийняття рішень і командна робота відіграють важливу роль саме у розвитку ПК [28, 84, 85].

Оцінка компетентності за C3Q-безпекою дозволяє проаналізувати чотирифакторну структуру: прийняття рішень (фактор 1, сім пунктів), співпраця (фактор 2, п'ять пунктів), медсестринське втручання (фактор 3, п'ять пунктів) та принципи медсестринського догляду (фактор 4, п'ять пунктів). Прийняття рішень і співпраця є елементами професійної компетентності, тоді як медсестринське втручання та принципи медсестринського догляду є елементами клінічної компетентності.

Таблиця 3.1

Оцінка факторів компетентності медичних сестер у відділенні інтенсивної терапії за С3Q-безпекою (n = 80)

№ з/п	Перелік тверджень	M±m, n=80
Медсестринські втручання		
Ф1	Перед госпіталізацією пацієнта до відділення інтенсивної терапії Ви забезпечуєте підготовку всіх необхідних засобів для його догляду	4,28±0,78
Ф2	Ви розпочинаєте спостереження за пацієнтом протягом перших 5 хвилин після його надходження до відділення інтенсивної терапії	4,39±0,71
Ф3	Ви проводите первинне фізикальне обстеження пацієнта протягом 5 хвилин після його поступлення у відділення інтенсивної терапії	4,24±0,61
Ф4	Ви виконуєте лікарські призначення своєчасно (протягом 5 хвилин після їх отримання)	3,8±0,64
Ф5	Ви здійснюєте фізикальне обстеження пацієнта з використанням алгоритму ABC (прохідність дихальних шляхів, дихання, кровообіг)	3,71±0,66
Співпраця		
Ф6	У разі виявлення відхилень життєво важливих показників або специфічних фізикальних змін Ви своєчасно інформуєте лікаря чи колег-медсестер	4,3±0,61
Ф7	Ви надаєте пріоритет моніторингу та виконанню розпоряджень лікаря відповідно до стану пацієнта.	4,35±0,59
Ф8	Ви регулярно взаємодієте з колегами-медсестрами у відділенні інтенсивної терапії	4,3±0,58
Ф9	Ви активно співпрацюєте з іншими медичними фахівцями (наприклад, лаборантами)	4,26±0,59
Ф10	Ви обговорюєте свої професійні занепокоєння з колегами	3,7±0,65
Прийняття рішень		
Ф11	Ви повторюєте вголос усні інструкції для їх уточнення та підтвердження	3,93±0,71
Ф12	Під час огляду пацієнта Ви уникаєте несуттєвих коментарів	3,98±0,67
Ф13	Ви усвідомлюєте свою роль у медсестринському процесі та дієте відповідно	4,04±0,71

Ф14	Ви ефективно виконуєте покладені на Вас професійні обов'язки	3,91±0,65
Ф15	Ви належним чином утилізуєте використане та забезпечуєте проведення складних інфузійних процедур	4,08±0,68
Ф16	Ви гнучко адаптуєтесь до змін у медичних призначеннях	3,96±0,65
Ф17	Після завершення завдання Ви самостійно визначаєте наступні пріоритетні дії	3,89±0,72
Ф18	Ви ефективно вирішуєте проблеми в процесі догляду за пацієнтами	4,1±0,67
Принципи медсестринського догляду		
Ф19	Ви надаєте пацієнтам уважний і чуйний догляд (наприклад, посміхаєтесь, використовуєте тактильний контакт)	3,9±0,69
Ф20	Ви поважаєте думку та переживання пацієнта	4,1±0,74
Ф21	Ви активно забезпечуєте догляд, спрямований на покращення стану пацієнта	4,2±0,61
Ф22	Ви уважно вислуховуєте занепокоєння членів родини пацієнта	3,93±0,67
Ф23	Ви дотримуетесь принципу рівності в наданні медичної допомоги всім пацієнтам	4,1±0,63
Ф24	Ви застосовуєте стандартні заходи інфекційного контролю під час контакту з пацієнтом	4,15±0,61

Аналіз отриманих даних показав, що середні значення показників коливалися від 3,7 до 4,39, а стандартні відхилення – від 0,58 до 0,78, що свідчить про відносну однорідність результатів.

Аналіз результатів оцінки професійної діяльності медсестер відділення інтенсивної терапії демонструє високий рівень відповідальності та компетентності в організації догляду за пацієнтами в критичних умовах. Особливо високі оцінки спостерігаються у категорії підготовки до надання допомоги, зокрема щодо своєчасного початку спостереження за пацієнтом (4,39±0,71) та попередньої підготовки всього необхідного для догляду (4,28±0,78). Отримані результати свідчать про належний рівень організації медсестринських втручань та відповідність встановленим стандартам безпеки.

Проведена оцінка компетентності МС продемонструвала високий рівень співпраці серед медичного персоналу. У випадках виявлення відхилень у

життєво важливих показниках або характерних фізикальних змін МС своєчасно повідомляють лікарів та колег ($4,3 \pm 0,61$). Вони фокусуються на постійному спостереженні стану пацієнтів та чіткому виконанні лікарських призначень відповідно до стану ($4,35 \pm 0,59$). Високий рівень також демонструє активна комунікація між МС в межах відділення ($4,3 \pm 0,58$), а також ефективна взаємодія з іншими фахівцями медичного профілю. Водночас готовність МС ділитися власними переживаннями з колегами демонструє дещо нижчий рівень ($3,7 \pm 0,65$), що може свідчити про наявність певних бар'єрів у внутрішньому комунікаційному середовищі колективу. Результати оцінки компетентності медсестер у сфері прийняття рішень демонструють високий рівень професійної відповідальності та здатності до самостійного аналізу ситуацій. Найвищий показник має ефективне вирішення проблем у процесі догляду за пацієнтами ($4,1 \pm 0,67$), що свідчить про впевненість у прийнятті клінічних рішень. Також високі оцінки отримали належна утилізація використаних матеріалів та забезпечення складних інфузійних процедур ($4,08 \pm 0,68$), усвідомлення своєї ролі у медсестринському процесі ($4,04 \pm 0,71$) та уникнення несуттєвих коментарів під час огляду пацієнта ($3,98 \pm 0,67$), що є важливими складовими ефективного виконання професійних обов'язків. Гнучкість у адаптації до змін у медичних призначеннях ($3,96 \pm 0,65$) та повторення усних інструкцій для їх уточнення ($3,93 \pm 0,71$) вказують на достатній рівень комунікативних навичок, проте можуть бути вдосконалені. Дещо нижчі оцінки має самостійне визначення наступних пріоритетних дій після завершення завдання ($3,89 \pm 0,72$), що може свідчити про потребу у розвитку навичок самостійного планування. Виконання професійних обов'язків ($3,91 \pm 0,65$) оцінене достатньо високо, однак також має потенціал для покращення. Загалом МС відділення інтенсивної терапії демонструють високий рівень компетентності у прийнятті рішень, проте існують аспекти, які можна оптимізувати для підвищення ефективності роботи.

Оцінка компетентності у сфері принципів догляду засвідчила високий рівень турботи про пацієнтів та їхніх рідних. МС демонструють емпатію, проявляючи уважність і доброзичливість у взаємодії з пацієнтами, зокрема

через невербальні прояви підтримки, такі як посмішка чи тактильний контакт ($3,9 \pm 0,69$). Найвищий бал отримав показник активного надання догляду, орієнтованого на покращення стану пацієнта ($4,2 \pm 0,61$), що відображає високий рівень відповідальності МС та їхню професійну відданість. Важливими аспектами також є дотримання стандартних заходів інфекційного контролю ($4,15 \pm 0,61$) та повага до думки і переживань пацієнта ($4,1 \pm 0,74$), що підкреслює значення безпеки та пацієнтоорієнтованого підходу в роботі медсестринського персоналу. Дотримання принципу рівності в наданні медичної допомоги ($4,1 \pm 0,63$) підтверджує прагнення до справедливості та недискримінаційного ставлення до всіх пацієнтів. Загалом отримані результати свідчать про високу якість медсестринського догляду, орієнтованого на гуманність, безпеку та ефективність.

Відповідно до отриманих результатів, середній рівень клінічної компетентності, зокрема медсестринських втручань, становить 3,72 бала, а рівень знань щодо принципів медсестринського догляду – 4,01 бала, що свідчить про достатній рівень підготовки персоналу (рис. 3.1). Професійна компетентність МС оцінюється вище: рівень співпраці досягає 4,18 бала, а здатність до прийняття рішень – 4,4 бала, що вказує на високий рівень взаємодії та автономності у прийнятті рішень, що свідчить про добре розвинені навички самостійного мислення, гнучкості та організованості. МС не лише добре виконують свої обов'язки, а й постійно працюють в умовах, які вимагають миттєвих рішень та адаптації. Високий рівень компетентності сприяє їхньому ентузіазму в прийнятті рішень, що, у свою чергу, позитивно впливає на якість догляду за пацієнтами та ефективність командної роботи у відділенні.

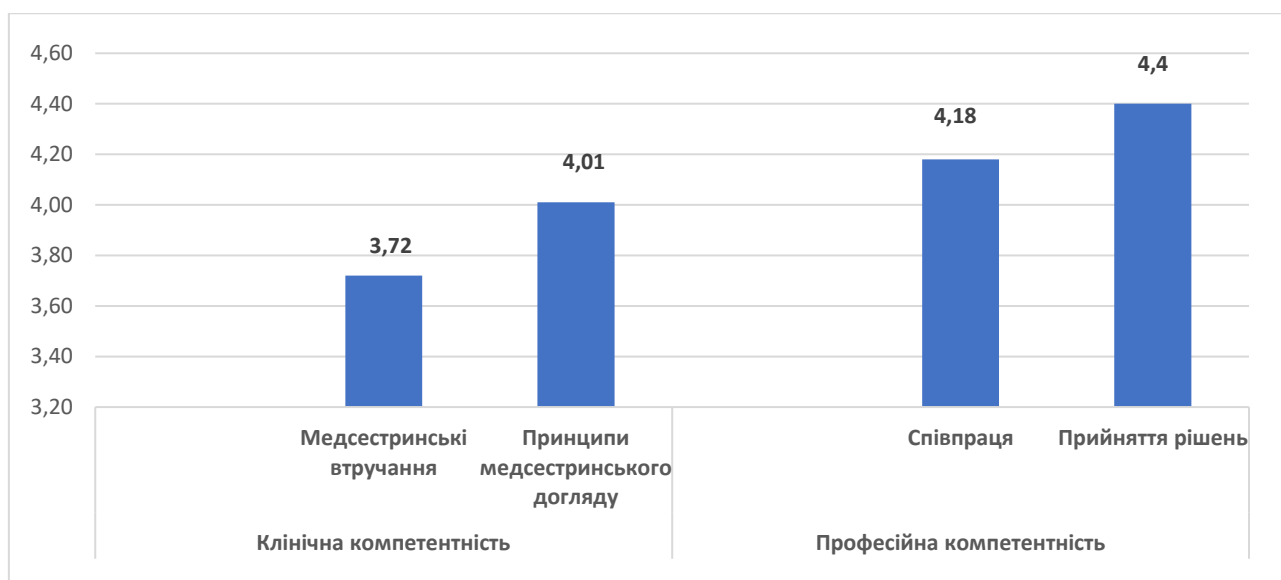


Рис. 3.1 Компетентність МС відділення анестезіології та інтенсивної терапії за С3Q-безпекою

Таким чином, результати оцінювання за С3Q-safety демонструють, що МС відділень анестезіології та інтенсивної терапії мають добре розвинені професійні компетентності та достатній рівень клінічних навичок, проте потребують подальшого вдосконалення.

Слід відзначити, що вищі оцінки за С3Q-безпекою продемонстрували МС з більшим досвідом роботи у ВІТ, а також ті, хто мав вищу категорію та диплом бакалавра і магістра. Це свідчить про те, що рівень освіти та професійний стаж відіграють ключову роль у формуванні компетентності. Медсестринська освіта забезпечує необхідні знання та основні навички для професійної діяльності, тоді як тривалий досвід роботи сприяє більшій впевненості у діях, ефективній командній взаємодії та вдосконаленню клінічного мислення. Таким чином, поєднання якісної освіти та практичного досвіду є визначальними факторами підвищення професійної компетентності медичних сестер у ВІТ.

Використання анкети С3Q-safety є ефективним інструментом для оцінки рівня компетентності МС у відділенні інтенсивної терапії, що дозволяє визначити слабкі місця та спрямувати освітні заходи на їх усунення. Дані досліджень свідчать, що не дивлячись на перевагу досвіду роботи медичних сестер ВІТ не можна витрачати час на опанування ними цих компетентностей,

так як C3Q-safety дозволяє вирішити цю проблему шляхом надання високоякісної освіти, орієнтованої на їхні слабкі сторони за короткий проміжок часу замість досвіду, заснованого на часі.

Анкета C3Q-safety дає можливість швидко виявити проблемні аспекти та підвищити рівень підготовки через цілеспрямоване навчання, що забезпечує ефективне та своєчасне покращення якості медичного обслуговування.

Значущим висновком є те, що оцінку безпеки C3Q можна розглядати як невід'ємну частину компетентності медичних сестер ВАІТ. Серед чотирьох оцінюваних сфер ключову роль відіграє компетентність у прийнятті рішень, оскільки вона безпосередньо впливає на всі інші аспекти професійної діяльності. Навчаючи МС прийняттю рішень, інші три компетенції також можуть покращитися завдяки синергії. Таким чином, використання C3Q-safety дозволяє оптимізувати навчання та підвищити загальний рівень компетентності медичних сестер у ВАІТ.

3.2. Компетентність медичних сестер щодо навчання

У відділенні анестезіології та інтенсивної терапії (ВАІТ) надається мультидисциплінарна допомога пацієнтам у критичному стані. Для забезпечення якісного догляду і безпеки в цьому середовищі, МС повинні володіти спеціальними знаннями та способами догляду за пацієнтами, які необхідно розвивати за допомогою спеціального навчання [33, 86].

Оцінка компетентності проводилась за шкалою ICCN-CS-1 Європейської федерації асоціацій медсестер критичних станів EfCCNa. Зокрема, в клінічну сферу були включені оцінка та медсестринська діагностика, планування, впровадження та оцінка; комплексне прийняття рішень, комунікація, етичні та правові питання – у професійну сферу; керівництво підрозділом, управління командою, охорона здоров'я та безпека і забезпечення якості – у сферу управління; сфера освіти та розвитку включала особистісний розвиток, розвиток інших і практику, що ґрунтується на доказах [13, 87].

Найвищі бали в клінічній сфері за шкалою компетентності (ICCN-CS-1) отримали пункти «МС повинні мати глибокі знання зоснов медсестринського догляду» ($9,32 \pm 0,71$), «МС необхідно розвивати специфічні навички для надання допомоги пацієнтам у критичному стані» ($9,49 \pm 0,77$), «Моніторинг є важливим інструментом для отримання даних при оцінці пацієнтів у критичному стані» ($9,42 \pm 0,72$) та «Комплексний догляд за хворими у критичному стані є частиною основної сфери діяльності МС» ($9,43 \pm 0,74$).

У професійній сфері найбільш високо оцінено «Допомога та підтримка колег з більшим досвідом допомагають вирішувати проблеми у складних ситуаціях» ($9,23 \pm 0,78$). Це свідчить про значну роль наставництва та командної роботи у підвищенні професійної ефективності МС. Сфера управління також має високі показники, особливо в аспектах швидкого реагування – «МС повинні вміти швидко діяти у разі погіршення стану пацієнта та побічних реакцій» ($9,41 \pm 0,73$). Також позитивно оцінено здатність МС працювати в складних умовах «МС здатні виконувати свою роботу в умовах

напруги та стресу» ($9,25 \pm 0,75$), що є необхідною характеристикою для роботи у ВАІТ.

Щодо сфери освіти та розвитку, найвищий бал отримав пункт, що підкреслює необхідність регулярного навчання з питань інтенсивної терапії «МС мають проходити навчання з питань інтенсивної терапії» ($9,1 \pm 0,81$). Це вказує на усвідомлення персоналом важливості безперервного професійного розвитку. Крім того, у розділі формування - особливо високо оцінено наявність МС-наставника для підтримки нових працівників («У відділенні має бути МС-наставник, яка допомагає новим МС»; $9,17 \pm 0,76$) та важливість попередньої підготовки для новачків перед роботою у ВІТ («Новим МС необхідна попередня підготовка у ВІТ»; $9,28 \pm 0,75$).

З іншого боку, після групування загальна оцінка компетентності МС за анкетною склала $556,74 \pm 37,58$ (табл. 3.2).

Таблиця 3.2

**Вимоги до компетенцій та потреб у підготовці медичних сестер
відділень інтенсивної терапії**

Сфера	Номери позицій	$M \pm m$, n=80
Частина А. Сфера компетентностей		
Клінічна сфера	№ 1–18	$152,52 \pm 9,28$
Професійна сфера	№ 19–32	$115,04 \pm 7,38$
Сфера управління	№ 33–48	$135,33 \pm 10,08$
Сфера освіти та розвитку	№ 49–54	$49,26 \pm 5,93$
<i>Загальна сума балів частини А</i>	№ 1–54	$452,15 \pm 31,89$
<i>Загальна сума балів частини В</i>	№ 55–66	$104,59 \pm 7,11$
Освітня підготовка персоналу		
Загальна оцінка за анкетною		$556,74 \pm 37,58$

Загалом групування результатів показало, що загальна оцінка компетентності МС за анкетною становить $556,74 \pm 37,58$, що демонструє

достатній рівень володіння ключовими компетенціями, необхідними для ефективної роботи у ВІТ.

Детальний аналіз результатів за сферами компетентності показує, що найбільшу вагу у загальному показнику займає клінічна сфера, яка отримала середній бал $152,52 \pm 9,28$. Це підкреслює важливість практичних навичок, володіння сучасними методами лікування та догляду за пацієнтами у критичних станах. Професійна сфера також була високо оцінена ($115,04 \pm 7,38$), що вказує на відповідність персоналу професійним стандартам та етичним нормам у галузі інтенсивної терапії.

Значний рівень компетентності зафіксовано у сфері управління ($135,33 \pm 10,08$), що свідчить про ефективність організації робочого процесу, розподілу обов'язків та прийняття рішень у критичних ситуаціях. Водночас сфера освіти та розвитку отримала відносно нижчий показник ($49,26 \pm 5,93$), що може вказувати на необхідність подальшого вдосконалення навчальних програм, спрямованих на підвищення кваліфікації медичних сестер.

Окремо варто зазначити рівень навчальної підготовки персоналу, що працює у відділеннях інтенсивної терапії. Оцінка за цією категорією склала $104,59 \pm 7,11$, що демонструє загалом хороший рівень професійного навчання, але також може вказувати на потребу в систематичному оновленні знань відповідно до сучасних стандартів.

Отже, загальні результати оцінки компетентності медичних сестер ВІТ за шкалою ICCN-CS-1 свідчать про високу якість професійної підготовки, особливо у клінічній сфері та управлінні. Разом із тим, для подальшого вдосконалення важливо приділити більше уваги розвитку освітніх програм та підвищенню кваліфікації персоналу, що сприятиме ще більш ефективному наданню медичної допомоги у ВІТ.

Аналіз рівня компетентності МС відділення інтенсивної терапії відповідно до їхньої освіти показує, що рівень підготовки зростає зі зростанням освітнього ступеня. Загальний показник компетентності, оцінений за шкалою

ICCN-CS-1, демонструє поступове підвищення середніх балів від молодшого спеціаліста до магістра (табл.3.3)

Таблиця 3.3

Оцінка сфер компетентності медичних сестер відповідно до рівня освіти

Сфера	Диплом молодшого спеціаліста (n= 63)	Диплом бакалавра (n= 15)	Диплом магістра (n = 2)
Частина А			
Клінічна сфера	152,62 ± 8,59	153,63 ± 8,74	153,83 ± 9,78
Професійна сфера	113,37 ± 7,65	114,04 ± 7,97	116,84 ± 8,34
Сфера управління	132,72 ± 10,81	133,51 ± 11,35	136,27 ± 11,45
Сфера освіти та розвитку	48,53 ± 6,08	50,12 ± 5,21	51,02 ± 5,07
<i>Загальний бал частини А</i>	447,24 ± 27,76	451,35 ± 25,74	457,86 ± 30,79
<i>Загальний бал частини В</i>	102,61 ± 7,35	104,38 ± 7,84	105,18 ± 8,23
<i>Загальна сума балів</i>	549,85 ± 31,69	555,91 ± 33,35	564,57 ± 7,59

Зокрема, у клінічній сфері найвищі оцінки отримали МС-магістри (153,83 ± 9,78), тоді як у МС-бакалаврів цей показник становив 153,63 ± 8,74, а у МС-молодших спеціалістів – 152,62 ± 8,59. Незважаючи на те, що різниця між рівнями освіти в цьому аспекті не є значною, вона свідчить про певну перевагу МС із вищою освітою у клінічній практиці.

Професійна сфера також демонструє тенденцію до зростання компетентності разом із рівнем освіти: молодші спеціалісти мають середній бал 113,37 ± 7,65, бакалаври – 114,04 ± 7,97, а магістри – 116,84 ± 8,34. Це свідчить про те, що фахівці з вищою освітою краще інтегруються у професійні стандарти, етичні норми та методи комунікації в медичному середовищі.

Сфера управління, що включає організаційні та керівні навички, також отримала вищі оцінки у магістрів ($136,27 \pm 11,45$), у порівнянні з бакалаврами ($133,51 \pm 11,35$) та молодшими спеціалістами ($132,72 \pm 10,81$). Це підтверджує, що подальший розвиток освіти сприяє кращому розумінню адміністративних процесів та ефективнішому керуванню робочим процесом у ВІТ.

У сфері освіти та розвитку, яка відображає готовність медичних сестер до професійного навчання та підвищення кваліфікації, спостерігається аналогічна тенденція. Це може свідчити про те, що спеціалісти з вищою освітою більше зацікавлені у безперервному професійному зростанні та розвитку нових навичок.

Загальна оцінка компетентності за частиною А (яка охоплює всі сфери компетенцій) також поступово підвищується відповідно до рівня освіти. У частині В, що оцінює навчальну підготовку персоналу для роботи у ВІТ, магістри знову продемонстрували найвищі результати у порівнянні з бакалаврами та молодшими спеціалістами.

Загальна сума балів, яка відображає підсумкову оцінку компетентності МС відповідно до рівня освіти, також демонструє закономірне зростання: молодші спеціалісти мають середній бал $549,85 \pm 31,69$, бакалаври – $555,91 \pm 33,35$, а магістри – $564,57 \pm 7,59$.

Таким чином, результати оцінки компетентності свідчать про те, що вищий рівень освіти корелює з вищими показниками професійної підготовки, особливо в управлінській сфері, професійній діяльності та освітньому розвитку. Це підкреслює важливість безперервної освіти та підвищення кваліфікації МС, що сприяє підвищенню якості догляду за пацієнтами та ефективності роботи.

При опитуванні 69 (86,25 %) респондентів вказали на необхідність мати попередній досвід або навчання перед початком роботи у ВІТ. Зокрема, з них 47 (68,2%) респондентів вважали за необхідне мати принаймні один рік попереднього досвіду роботи у стаціонарі, 10 (14,5%) – щонайменше два роки, 7 (10,1%) – 3 роки і 5 МС (7,2%) – 5 років досвіду роботи у стаціонарі.

Щодо навчання, то всі респонденти відмітили, що перед початком роботи у ВІТ необхідно мати попередню підготовку. Так, 64 (80 %) респондентів вказали на необхідність проходження стажування у ВІТ для забезпечення кращих навичок порівняно з тими, які отримані після отримання диплому, 5 (6,25 %) - проходження курсів підвищення кваліфікації, а 11 (13,75 %) опитаних відмітили, що їм достатньо підготовки під час навчання на додипломному етапі. Досвідчені МС відмітили, що професійна обізнаність, самооцінка та командна робота набуваються шляхом подальшого досвіду та навчання. Отже, досвід роботи, як загальний, так і у ВІТ, впливає на оцінку вимог до навчання задля покращення компетентності МС.

Щодо особистісного розвитку, МС наголошували на необхідності знань та клінічних навичок. Небезпечні для життя пацієнтів умови, обмежені часові ресурси, потенційні помилки через відсутність відповідних знань і навичок були однією з причин акценту МС на розвиток особистості. Опанування клінічними навичками включали професійну мотивацію, інтерес до професії, лідерські якості, відповідальність, здатність приймати рішення, швидкість, точність, концентрацію, зміни, інновації та креативність.

МС повністю усвідомлювали важливість і необхідність професійної компетентності, і вважали, що її розвиток веде до загального просування сестринської справи як професії.

Таким чином, клінічна практика, управління ситуаціями, командна робота та прийняття рішень є важливими для розвитку професійної компетентності МС при наданні допомоги пацієнтам у критичному стані.

Дослідження засвідчило необхідність спеціалізованого навчання для МС, що дозволяє їм розвивати свої компетенції для ефективної роботи у ВІТ. Медичні сестри мають постійно вдосконалювати власну компетентність, охоплюючи не лише технічні аспекти, а й комплексний догляд за пацієнтами, що відповідає сучасним вимогам професії [22, 88]. Окрему увагу респонденти приділили ролі наставника, який сприяє поступовій адаптації нових медичних

сестер до роботи у ВІТ, забезпечуючи їхню ефективну інтеграцію у професійне середовище.

Результати також продемонстрували, що рівень освіти позитивно впливає на власне сприйняття медичними сестрами своєї підготовки та їхню оцінку потреби в подальшому навчанні. Водночас ключовим чинником, що визначає прагнення МС до набуття професійної компетентності, є мотивація, яка відіграє вирішальну роль у їхньому розвитку, самовдосконаленні та підвищенні якості медсестринської допомоги у ВІТ.

3.3. Вплив задоволеності роботою на рівень мотивації медсестер

Задоволеність роботою та мотивація є ключовими чинниками, що забезпечують ефективність роботи МС, рівень їхньої відданості професії та якості медичних послуг. Дослідження вказують на тісний зв'язок між рівнем задоволеності роботою та мотиваційними установками працівників у сфері охорони здоров'я [89].

Задоволеність професійною діяльністю у сфері медсестринства змінює критично важливу роль у якості та ефективності наданої допомоги, через що саме від неї залежить добробут і швидке одужання пацієнтів.

На рівень задоволеності роботою впливають чинники, які умовно можна поділити на дві групи: ті, що пов'язані з особистісними характеристиками МС, та ті, що стосуються специфіки самої роботи. Остання група, у свою чергу, включає внутрішні (внутрішня мотивація, професійне зростання, визнання) та зовнішні (умови праці, рівень оплати) фактори.

Фінансові фактори часто розглядаються як один із ключових елементів задоволеності роботою, проте їх вплив на мотивацію може бути різним. Дослідження показало, що підвищення рівня заробітної плати позитивно корелює із загальною задоволеністю медичних працівників, проте не завжди веде до підвищення їхньої внутрішньої мотивації. Водночас низька оплата праці асоціюється з професійним вигоранням і високим рівнем плинності кадрів серед МС. Комфортні умови праці та організаційна підтримка МС є ключовими факторами задоволеності роботою.

Можливості професійного розвитку значною мірою впливають на мотивацію медичних сестер. Працівники, які бачать перспективи кар'єрного росту, мають вищий рівень залученості до роботи та демонструють більше ініціатив у виконанні професійних обов'язків [90].

Професійне вигорання є серйозною проблемою серед МС [91]. Дослідження С. Quesada-Puga et al. показали, що низький рівень задоволеності

роботою є значним ризиком емоційного виснаження, що, своєю чергою, знижує рівень мотивації та може спричинити звільнення [60].

Соціальне визнання людини відіграє важливу роль у формуванні мотивації медичних працівників. Подяка з боку сім'ї, позитивні відгуки та офіційне визнання керівництва підвищують рівень задоволеності та стимулюють подальшу професійну діяльність [92].

Низька задоволеність роботою МС може призводити до зниження продуктивності роботи, а також бути одним ключових факторів високої плинності кадрів серед МС, що негативно впливає на стабільність системи охорони здоров'я [17].

Співпраця між медсестрами є одним із важливих факторів, що впливають на задоволеність роботою. На співробітництво та задоволеність роботою МС впливають різні фактори, включаючи рівень освіти, клініку, в якій вони працюють, досвід професійної діяльності, наявність людей, які підтримують їх у робочому середовищі [94].

В ході опитування МС оцінювали значимість різних факторів трудової діяльності в аспекті їх впливу на загальний рівень задоволеності роботою. На запитання «Від яких факторів залежить Ваша задоволеність роботою?» отримали наступні результати.

Найбільших оцінок щодо значимості отримали фактори «Значущість роботи для суспільства» (63%), «Рівень заробітної плати» (59%) та «Ставлення безпосередньо керівництва» (59%). Також одним з найвищих факторів важливості для загальної задоволеності отримав такий пункт як «Престижність роботи у відділенні» (54%). Ці фактори водночас мали і найвищі оцінки у розрізі важливості. Ще однією групою важливих факторів є рівень атмосфери в колективі, стосунки з колегами (41%), також зміст праці, сама робота (48%) та умови праці (43%). Найнижчі оцінки щодо важливості отримали фактори, пов'язані із місцем розташування роботи (транспортною доступністю і віддаленістю роботи від дому) та корпоративною культурою у відділенні (17% та 15% відповідно) (рис. 3.2).



Рис. 3.2 Значимість впливу факторів на загальний рівень задоволеності роботою

Загальний індекс задоволеності роботою серед всіх респондентів склав 78,5 % (рис.3.3).

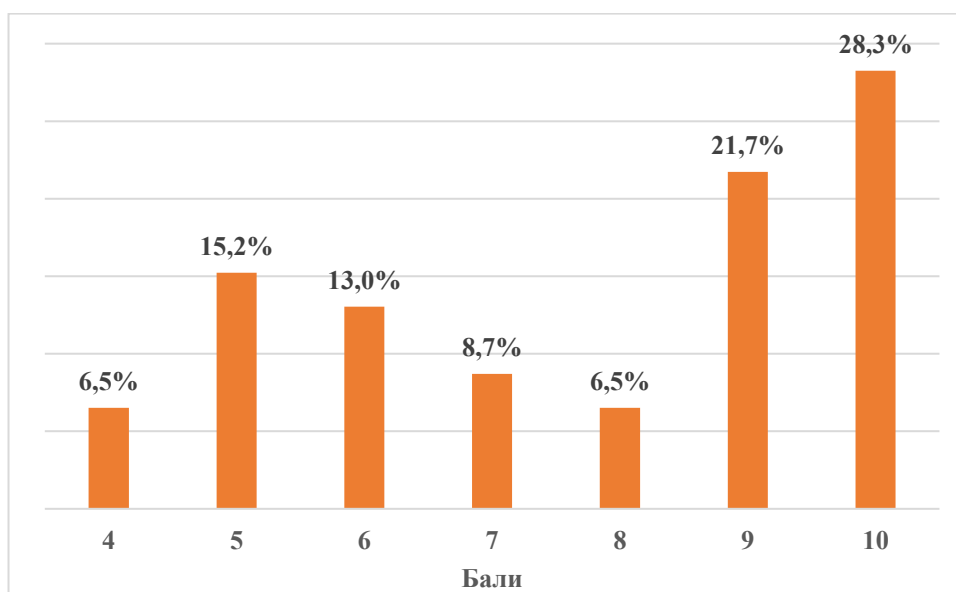


Рис. 3.3 Рівень задоволеності роботою

Серед запропонованого переліку чинників, які подобаються у роботі, МС обрали 5 найбільш вагомих. На першому місці зі значним відривом від інших респонденти виділили значущість роботи для суспільства, можливість допомагати людям (84% опитаних зазначили, що саме цей чинник подобається їм у роботі найбільше). Також зазначили престижність роботи у відділенні (61%), приносить задоволення робота з пацієнтами (52%), атмосфера в колективі, стосунки з колегами (44%) та характер роботи (різноманітність, активність/динамічність 40%) (рис. 3.4).



Рис. 3.4 Рівень вподобання чинників роботи

При визначенні негативних чинників, що саме МС не подобається в роботі, респонденти відповіли наступним чином. Серед наданого переліку обрали такі п'ять позицій. Фактором, який діє на МС найбільш демотивуюче було негативне відношення родичів пацієнтів та їх невдячність (67%). Крім того, серед факторів, які найчастіше зазначались респондентами, як такі, що не подобаються, були перенавантаження (61%), наявність великої кількості документації (59%). Крім того, 43% респондентів вказали на відсутнє емоційне виснаження та високий рівень стресу, що свідчить про наявність

психологічного навантаження, пов'язаного з професійною діяльністю. Частина респондентів зазначила нестачу кваліфікованих кадрів (39%) та неузгодженість дій, чітких пріоритетів (24%).

30% серед опитаних МС зазначили, що їх робота дуже пов'язана із небезпекою для здоров'я та/або життя та 35% зазначили, що «швидше так». Лише 15% МС не мають жодної загрози при виконанні своїх професійних обов'язків, а 20% - вважають, що швидше немає небезпеки на роботі (рис. 3.5).

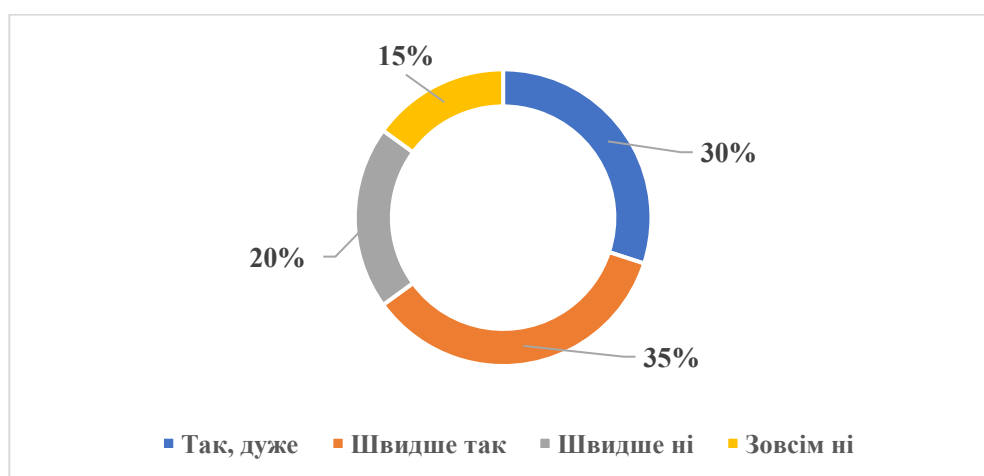


Рис. 3.5 Зв'язок роботи з небезпекою для здоров'я та/або життя

Серед опитаних лише 39% МС задоволені робочим навантаженням (за 10-бальною шкалою), однак більшість оцінюють як завелике (рис. 3.6).

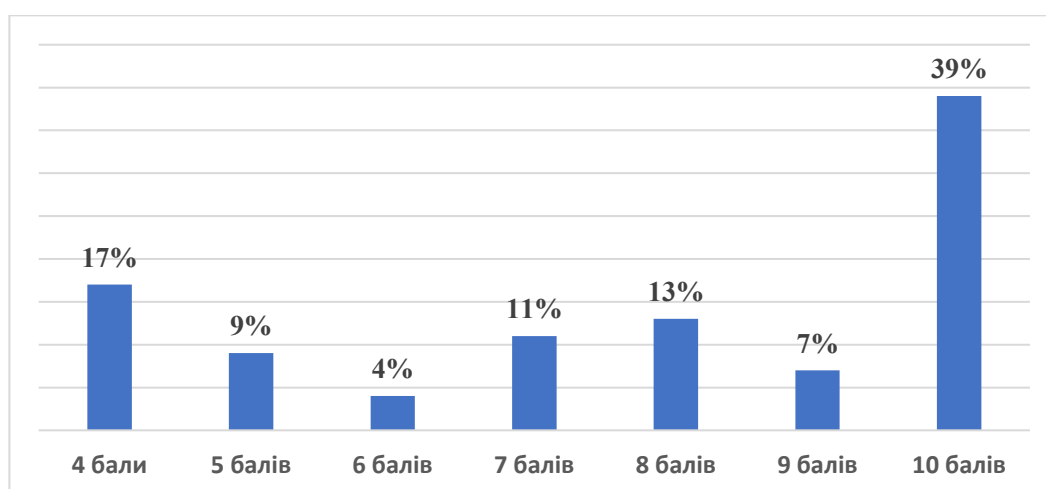


Рис. 3.6 Задоволеність робочим навантаженням

Що стосується задоволеності комфортністю робочого місця (облаштування приміщень, в яких працюють респонденти) та матеріально-технічним забезпеченням, яке використовується при роботі, то МС показали достатньо високі оцінки цих факторів (рис. 3.7).

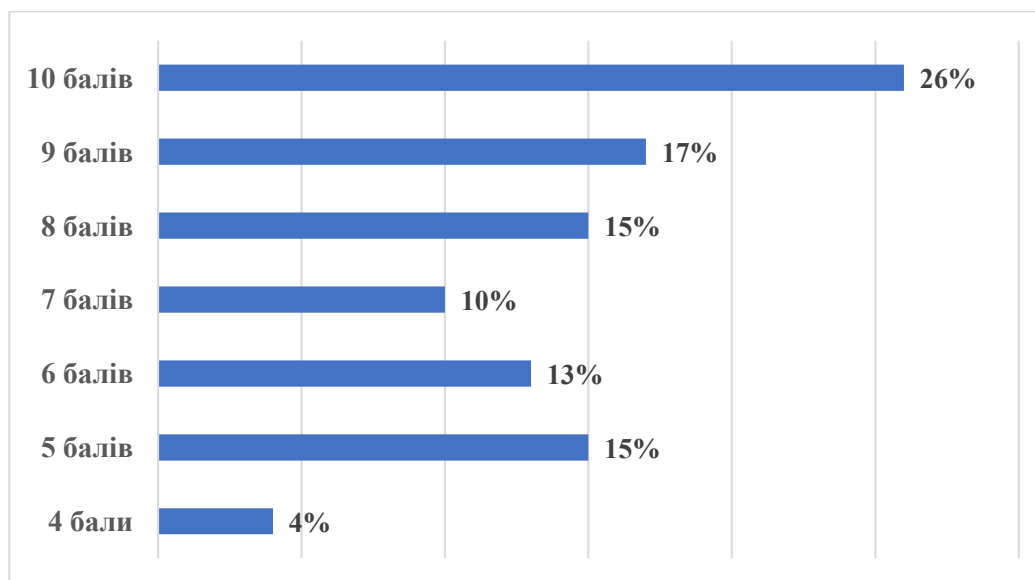


Рис. 3.7 Задоволеність матеріально-технічним забезпеченням

Серед моментів, які МС хотіли б покращити в умовах своєї роботи, респонденти зазначили: зменшити навантаження шляхом збільшення кількості кадрів, збільшити заробітну плату.

Оцінка ефективності роботи передбачає оцінювання працівників. Більшість опитаних отримують регулярну оцінку своєї роботи і лише 7% МС – час від часу та жодний не зазначив, що не отримує оцінки взагалі.

При цьому об'єктивність оцінки респондентів знаходиться на достатньому рівні (7,5 балів за 10-бальною шкалою).

Задоволеність можливостями професійного розвитку та підвищення кваліфікації на поточному робочому місці оцінена вище, ніж перспективи кар'єрного зростання, і становить 7,69 бала за 10-бальною шкалою.

Загальний рівень оцінки психологічної атмосфери в колективі відділення (стосунки з колегами, загальна атмосфера) МС оцінили як високий

– 85%, що свідчить про доброзичливу атмосферу. Також всі МС відчують себе повноцінними членами колективу.

Задоволеність роботою має вирішальне значення для медичних працівників, і розуміння факторів її впливу має важливе значення для сприяння позитивному робочому середовищу, зниженню рівня плинності кадрів і покращенню загальної якості догляду за пацієнтами [95].

Дані досліджень свідчать, що на ефективність та результативність роботи МС впливають дві важливі концепції: задоволеність роботою і мотивація [96]. Тому важливим є вимірювання сприйняття МС задоволеності роботою та впливу цього сприйняття на рівень мотивації.

Аналіз задоволеності роботою медичних сестер ВІТ на основі анкети Мінесоти (MSQ) свідчить про те, що загальний рівень задоволеності варіюється в межах від 2,98 до 4,16 за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Найвищий рівень внутрішньої задоволеності роботою спостерігався в аспектах, пов'язаних із реалізацією професійного покликання. Зокрема, питання «Можливість робити щось для інших людей» отримало найвищий середній бал ($4,16 \pm 0,54$), що вказує на те, що головним джерелом професійного задоволення для МС є бажання допомагати пацієнтам [19].

Також серед вагомих чинників, які позитивно впливають на внутрішню мотивацію, можна виокремити «Можливість використовувати свої здібності» ($4,13 \pm 0,59$), «Відчуття успіху, яке я отримую від своєї роботи» ($4,12 \pm 0,75$) та «Можливість мати постійну роботу» ($4,09 \pm 0,49$). Це свідчить про те, що для МС важливо не лише допомагати іншим, а й відчувати професійну реалізацію та стабільність у роботі. Водночас найбільший дефіцит внутрішньої задоволеності зафіксовано у питанні «Можливість спробувати власні методи виконання роботи», яке отримало найнижчий середній показник (3,37). Це може вказувати на певні обмеження в автономії прийняття рішень або недостатню гнучкість у виконанні професійних обов'язків.

Щодо зовнішніх факторів задоволеності роботою, найбільш проблемною сферою є фінансова винагорода. Питання «Моя зарплата та обсяг роботи, яку я

виконую» отримало найнижчий середній показник ($2,98 \pm 0,86$), що свідчить про суттєве невдоволення рівнем оплати праці в контексті робочого навантаження. Крім того, питання «Умови праці» також отримало відносно низький показник ($3,41 \pm 0,54$), що може вказувати на фізичну та емоційну напругу, характерну для роботи у ВІТ (табл. 3.4).

Таблиця 3.4

**Середнє значення відповідей за шкалою задоволеності роботою
(анкета Мінесоти MSQ)**

Предмети (n=20)	M±m, n=80
1. Можливість постійно бути залученим у робочий процес	3,89±0,62
2. Можливість самостійно виконувати професійні обов'язки	3,71±0,43
3. Варіативність завдань у процесі роботи	3,57±0,74
4. Соціальна значущість професійної діяльності	3,65±0,57
7. Відповідність робочих обов'язків особистим морально-етичним переконанням	3,96±0,3
8. Можливість мати постійну роботу	4,09±0,49
9. Можливість надавати допомогу іншим людям	4,16±0,54
10. Можливість інформувати оточення про професійну діяльність	3,96±0,68
11. Використання та розвиток власних професійних навичок	4,13±0,59
15. Автономність у прийнятті професійних рішень	3,74±0,74
16. Можливість застосування власних методів виконання роботи	3,37±0,73
20. Відчуття професійної самореалізації та задоволення від роботи	4,12±0,75
5. Стиль управління керівника та його ставлення до підлеглих	3,74±0,73
6. Компетентність мого керівника у прийнятті рішення	3,80±0,74
12. Спосіб та ефективність реалізації правил відділення	3,63±0,65
13. Відповідність рівня заробітної плати виконуваному обсягу	2,98±0,86

роботи	
14. Перспективи кар'єрного зростання	3,57±0,76
19. Визнання та заохочення за якісне виконання професійних обов'язків	3,43±0,92
17. Умови праці	3,41±0,54
18. Ефективність взаємодії та співпраці між колегами	3,63±0,61

Загалом результати дослідження демонструють, що МС отримують значне задоволення від можливості допомагати пацієнтам та професійної реалізації, проте рівень автономії у прийнятті рішень, фінансова винагорода та умови праці залишаються факторами, які можуть негативно впливати на загальну задоволеність роботою. Це підкреслює необхідність заходів, спрямованих на покращення матеріального забезпечення, оптимізацію умов праці та розширення можливостей для професійної автономії.

Важливим було визначення зовнішньої, внутрішньої та загальної задоволеності роботою (табл. 3.5).

Таблиця 3.5

Рівень задоволеності та її субшкал

Шкала і підшкали	Кількість предметів	M±m
Внутрішнє задоволення від роботи	12	3,9±0,34
Зовнішнє задоволення від роботи	6	3,53±0,50
Загальна задоволеність роботою	2	3,50±0,33
Загальна оцінка задоволеності роботою	20	3,74±0,36

Результати опитування дають змогу розрізнити внутрішню та зовнішню задоволеність роботою. З'ясовано, МС були більш задоволені внутрішніми (3,9±0,34), ніж зовнішніми факторами (3,53±0,50). Середній загальний показник задоволеності роботою можна вважати помірним.

Це означає, що МС більшою мірою задоволені самим змістом роботи, можливістю самореалізації, почуттям успіху та виконанням корисних завдань.

Таблиця 3.6

Аналіз загальній задоволеності роботою медсестер залежно від віку, стажу роботи та освіти

Загальна задоволеність роботою		M±m
Освітній рівень	Диплом молодшого спеціаліста	3,63±0,35
	Диплом бакалавра	3,75±0,47
	Диплом магістра	3,82±0,39
Вік	20-30 років (n=17)	3,35±0,48
	31-40 років (n=37)	3,54±0,47
	≥41 років (n=26)	3,84±0,41
Досвід роботи у ВІТ	1 - 5 років (n=26)	3,62±0,44
	6-15 років (n=17)	3,53±0,49
	16 - 20 років (n=18)	3,74±0,38
	≥21 років (n=19)	3,85±0,47

За даними табл. 3.6, МС, вік яких був ≥ 41 років, отримали вищі бали, ніж їхні молодші колеги. Виявилося, що більш досвідчені МС були більше задоволені своєю діяльністю, ніж менш досвідчені. Результати показали, що старші МС, як правило, відмітили більшу задоволеність роботою та при цьому оцінили більше внутрішні, а не зовнішні фактори (табл. 3.6).

Для визначення частоти розподілу відповідей МС 5-бальну шкалу оцінок трансформували в трибальну, перекодувавши «дуже задоволений» на «задоволений» і «дуже незадоволений» на «незадоволений» ($1 + 2 =$ дуже незадоволений + незадоволений = незадоволений; $3 =$ нейтральний; $4 + 5 =$ задоволений + дуже задоволений = задоволений) (табл. 3.7).

Таблиця 3.7

Частота розподілу відповідей медсестер задоволеності роботою (n = 80)

	Предмети	Незадоволе- ний, n (%)	Нейтраль- ний, n (%)	Задоволе- ний, n (%)
Внутрішнє задоволення				
1	Можливість постійно бути залученим у робочий процес	9(11,3%)	22 (27,5%)	49 (61,3%)
2	Можливість самостійно виконувати професійні обов'язки	6 (7,5%)	19 (23,8%)	55 (68,8%)
3	Варіативність завдань у процесі роботи	12 (15%)	31 (28,84%)	37 (46,3%)
4	Соціальна значущість професійної діяльності	9 (11,3%)	21 (26,3%)	50 (62,5%)
7	Відповідність робочих обов'язків особистим морально-етичним переконанням	7 (8,8%)	11 (13,8%)	62 (77,5%)
8	Можливість мати постійну роботу	17 (21,3%)	25 (31,3%)	38 (47,5%)
9	Можливість надавати допомогу іншим людям	5 (6,3%)	9 (11,3%)	66 (82,5%)
10	Можливість інформувати оточення про професійну діяльність	8 (10%)	15 (18,8%)	57 (71,3%)
11	Використання та розвиток власних професійних навичок	6 (7,5%)	12 (15%)	62 (77,5%)
15	Автономність у прийнятті професійних рішень	21 (26,3%)	27 (33,8%)	32 (40%)
16	Можливість застосування власних методів виконання роботи	15 (18,8%)	25 (31,3%)	40 (50%)
20	Відчуття професійної самореалізації та задоволення від роботи	8 (10%)	18 (22,5%)	54 (67,5%)

	Загальне внутрішнє задоволення	128 (13,3%)	233 (24,3%)	599 (62,4%)
Зовнішнє задоволення				
5	Стиль управління керівника та його ставлення до підлеглих	10 (12,5%)	18 (22,5%)	52 (65%)
6	Компетентність мого керівника у прийнятті рішення	68 (20,2%)	112 (33,2%)	157 (46,6%)
12	Спосіб та ефективність реалізації правил відділення	8 (10%)	35 (43,8%)	37 (46,3%)
13	Відповідність рівня заробітної плати виконуваному обсягу роботи	27 (33,8%)	24 (30%)	29 (36,3%)
14	Перспективи кар'єрного зростання	14 (17,5%)	24 (30%)	42 (52,5%)
19	Визнання та заохочення за якісне виконання професійних обов'язків	23 (28,8%)	20 (25%)	37 (46,3%)
	Загальне зовнішнє задоволення	87 (18,1%)	147 (30,6%)	246 (51,5%)
Загальний				
17	Умови праці	28 (35%)	25 (31,3%)	27 (33,8%)
18	Ефективність взаємодії та співпраці між колегами	6 (7,5%)	28 (35%)	46 (57,5%)
	Загальне	34 (21,3%)	53 (33,1%)	73 (45,6%)
Загальна задоволеність роботою				
	Загальна задоволеність роботою	249 (15,6%)	433(27,1%)	918 (57,4%)

Аналіз задоволеності роботою МС показав, що загалом більшість з них мають позитивне ставлення до своєї професійної діяльності. Зокрема, 57,4% з них задоволені своєю роботою, тоді як незадоволених значно менше – лише 15,6%. Це свідчить про те, що в середньому рівень професійного задоволення в колективі є досить високим.

Розглядаючи аспекти внутрішньої задоволеності, 82,5% МС високо оцінили соціальну значущість своєї професії, зокрема можливість допомагати іншим. Такий результат підтверджує, що саме альтруїстичні мотиви та взаємодія з пацієнтами є одним із головних джерел задоволеності роботою. Крім того, 77,5% респондентів задоволені рівнем використання своїх здібностей, що свідчить про відчуття професійної реалізації. Робоча активність також сприймається позитивно – 61,3% МС задоволені тим, що їхня робота вимагає постійної зайнятості.

Водночас існують аспекти, які викликають певне невдоволення. Зокрема, лише 26,3% респондентів задоволені рівнем своєї відповідальності, що виражається у можливості самостійно приймати рішення. Це може вказувати на обмежену автономію МС у прийнятті важливих рішень або певні рамки професійної діяльності.

Ще нижчий рівень задоволеності спостерігається у питанні творчої свободи – лише 18,8% респондентів відзначили, що мають можливість впроваджувати власні методи виконання роботи. Такий результат може свідчити про суворе дотримання протоколів та стандартизованих підходів до виконання професійних обов'язків, що обмежує індивідуальну ініціативу.

Таким чином, загальний рівень задоволеності роботою серед МС є доволі високим, особливо в аспектах соціальної значущості, професійної реалізації та робочої активності. Водночас наявні обмеження у самостійності прийняття рішень та відсутність гнучкості у виконанні обов'язків можуть бути факторами, що знижують загальну професійну задоволеність.

Робота медичних сестер у ВАІТ супроводжується постійним контактом із важкохворими пацієнтами, складними етичними викликами, високим рівнем відповідальності та необхідністю працювати з передовими технологіями. Постійна присутність страждань і смерті, а також фізичне та емоційне навантаження можуть суттєво впливати на рівень професійної задоволеності та загальну якість життя під час роботи [96].

Згідно з дослідженнями, важливими факторами, що визначають задоволеність роботою МС, є організаційна підтримка, стиль керівництва, робоче навантаження, відносини в колективі, рівень автономії, винагорода та визнання професійних досягнень [89]. Згідно з даними літературних джерел, найсуттєвіший вплив на рівень задоволеності МС мають матеріальні виплати та винагороди. У подальшому за значущістю йдуть робоче навантаження, визнання професійних досягнень, інституційні стимули, рівень автономії у прийнятті рішень та повага з боку колег. З іншого боку, задоволеність роботою впливає на намір працювати, а також відображає якість і безпеку догляду [89].

У цьому контексті отримані результати демонструють, що значна частка МС висловлює невдоволення саме рівнем визнання та фінансової винагороди. Зокрема, лише 28,8% респондентів задоволені похвалою, яку вони отримують за свою роботу, що може свідчити про недостатню оцінку їхніх зусиль з боку керівництва чи колег. Подібна ситуація спостерігається і в аспекті матеріальної винагороди: лише 33,8% опитаних вважають, що їхня заробітна плата відповідає обсягу виконуваної роботи. Це підтверджує, що фінансові умови та рівень соціального схвалення залишаються одними з найслабших аспектів професійної задоволеності медичних сестер у ВАІТ.

Таким чином, хоча загальна задоволеність роботою залежить від багатьох факторів, особливе значення мають нематеріальні аспекти, такі як визнання професійних досягнень і створення атмосфери підтримки та взаємоповаги. Недооцінка цих факторів може спричиняти емоційне вигорання та зниження мотивації, що, у свою чергу, впливатиме на якість наданої медичної допомоги [97].

Аналіз відповідей МС щодо зовнішньої задоволеності роботою показав, що міжособистісні стосунки на робочому місці є одним із ключових чинників, які позитивно впливають на професійну задоволеність. Зокрема, 65% респондентів зазначили, що задоволені тим, як їхній керівник поводить себе з підлеглими, що свідчить про позитивне сприйняття стилю управління. Також 61,3% МС висловили задоволення компетентністю керівника у прийнятті

рішень, що вказує на довіру до керівництва та впевненість у його професійних якостях. Разом з тим, умови праці залишаються проблемним аспектом професійної діяльності. Близько 33,8% опитаних виявили незадоволення фізичними та організаційними умовами праці, що може охоплювати як недостатнє технічне оснащення робочих місць, так і надмірні фізичні та емоційні навантаження.

Щодо загального рівня задоволеності, 57,5% опитаних зазначили, що задоволені стосунками у колективі та тим, як їхні колеги взаємодіють один із одним. Це підкреслює важливість підтримки та співпраці у команді як одного з ключових факторів комфортної роботи. Однак знову ж таки, питання умов праці залишається на одному з найнижчих рівнів задоволеності, оскільки 33,8%МС вважають цей аспект недостатньо сприятливим.

Слід зазначити, хоча МС загалом високо оцінюють якість управління та міжособистісні стосунки в колективі, умови праці залишаються важливим фактором, що потребує покращення для підвищення загального рівня професійного задоволення. Дані досліджень також вказують на те, що більшість МС, як правило, задоволені аспектами своєї роботи, які стосуються допомоги іншим і використання своїх здібностей, але незадоволені такими факторами, як винагорода, визнання, відповідальність та умови праці [98].

Таким чином, загалом МС не відчують значного незадоволення, але й не можна сказати, що вони повністю задоволені своєю роботою. Вони отримують задоволення від самого процесу роботи, але зовнішні фактори (зарплата, умови праці, кар'єрні можливості) залишають бажати кращого. Якщо підвищити рівень оплати праці, покращити умови та забезпечити більше можливостей для кар'єрного росту, рівень загальної задоволеності міг би зрости. І це є більш позитивним, оскільки легше покращити зовнішні умови, ніж покращити внутрішні фактори. Для підвищення загальної задоволеності МС роботою варто покращити зовнішні чинники (підвищення заробітної плати МС, проведення тренінгів і освітніх програм, а також ставлення до медсестринського персоналу як до важливого ресурсу, про який потрібно належним чином дбати) [98].

3.4. Оцінка професійної якості життя медичних сестер

Медсестри відділень анестезіології та інтенсивної терапії (BAIT) працюють із великим навантаженням, що може призвести до серйозних наслідків для результатів роботи як самих МС так і безпеки пацієнтів. Здоров'я та благополуччя МС мають великий вплив на клінічну роботу та якість послуг, що надаються пацієнтам [99].

Професійна якість життя (ProQOL) охоплює як позитивні, так і негативні аспекти досвіду МС, розрізняючи задоволеність від співчуття як позитивний аспект (відображає позитивні почуття, отримані від допомоги іншим) і втому від співчуття як негативний аспект (включає 2 компоненти: вигорання і вторинний травматичний стрес). Вигорання включає емоційне виснаження, деперсоналізацію та зниження почуття особистого досягнення, як правило, внаслідок тривалого впливу стресу у складних умовах роботи. Вторинний травматичний стрес розвивається в результаті прямого впливу травматичних подій і може мати емоційний та психічний вплив на медсестер BAIT [65, 100, 101, 102].

Аналіз показників серед опитаних за шкалою професійної якості життя свідчить про загальну задоволеність їхньою діяльністю, зокрема можливістю допомагати іншим людям ($4,51 \pm 0,76$), що є найвищим показником у категорії задоволеності від співчуття (табл.3.8).

Таблиця 3.8

Середнє значення показників за шкалою професійної якості життя

Показники	$M \pm m, n=80$
Задоволення від співчуття	
3. Я отримую задоволення від можливості надавати допомогу іншим людям	$4,51 \pm 0,76$
6. Після взаємодії з тими, кому надаю допомогу, я відчуваю емоційне піднесення	$3,31 \pm 0,81$
12. Мені подобається моя професійна діяльність]	$4,21 \pm 0,72$
16. Я задоволений своїми знаннями та вміннями щодо застосування сучасних технологій і медичних протоколів	$3,65 \pm 0,84$

18. Моя робота приносить мені задоволення	3,81±0,73
20. Я маю позитивні емоції та думки щодо людей, яким допомагаю і те, як я можу їм допомогти	3,84±0,75
22. Я вірю, що моя робота здатна змінювати ситуацію на краще	3,76±0,69
24. Я відчуваю гордість за можливість надавати допомогу	3,98± 0,82
27. Я вважаю себе успішним у своїй професійній діяльності	3,21± 0,77
30. Я задоволений своїм вибором професії / роботи/	3,87±0,70
Синдром професійного вигорання	
*1. Я почуваюся щасливим	2,04±0,77
*4. Я відчуваю зв'язок з іншими людьми	2,28±0,81
8. Моя продуктивність на роботі знижується через порушення сну, пов'язані з травматичним досвідом осіб, яким я допомагаю	3,52±0,72
10. Я відчуваю себе «застраглим» у своїй професійній діяльності	3,09±0,86
* 15. Я маю переконання, які підтримують мене в складних ситуаціях	2,50±0,78
* 17. Я – та людина, якою завжди хотів бути	2,52±0,75
19. Я відчуваю емоційне та фізичне виснаження через свою роботу	3,54±0,83
21. Я почуваюся перевантаженим через високий рівень робочого навантаження	3,70±0,85
26. Я відчуваю себе демотивованим через особливості організації системи охорони здоров'я	3,07 ±0,88
*29. Я вважаю себе турботливою людиною	2,26 ±0,75
Вторинний травматичний стрес /втома від співчуття/	
2. Я глибоко переймаюся станом кількох осіб, яким надаю допомогу	3,87±0,85
5. Я підстрибую або здригаюся від несподіваних звуків	2,63±0,83
7. Мені складно розмежувати особисте життя та професійну діяльність	2,71±0,75
9. Я вважаю, що травматичний досвід осіб, яким я допомагаю, впливає на мій емоційний стан	2,27± 0,83
11. Через роботу я відчуваю емоційну напругу у різних сферах свого життя	2,88±0,73
13. Я відчуваю депресію через травматичний досвід людей, яким я допомагаю	2,41± 0,78

14. У мене виникає відчуття, що я переживаю травматичний досвід разом із тими, кому допомагаю	2,69±0,85
23. Я уникаю певних дій або ситуацій, оскільки вони нагадують мені про травматичні події, пережиті пацієнтами	2,12±0,75
25. У результаті моєї роботи у мене виникають нав'язливі, тривожні думки	1,72±0,82
28. Я не можу пригадати важливі аспекти роботи з пацієнтами, які пережили травму	2,37±0,76

Високі середні значення також мають такі показники, як гордість за можливість надавати допомогу ($3,98 \pm 0,82$), позитивні емоції щодо пацієнтів і способів надання їм допомоги ($3,84 \pm 0,75$) та загальне задоволення своєю роботою ($3,81 \pm 0,73$). Разом із тим, відносно нижчий рівень задоволеності спостерігається у сприйнятті власного успіху в професійній діяльності ($3,21 \pm 0,77$), що може свідчити про певні труднощі або відсутність чітких критеріїв оцінки ефективності своєї роботи.

Аналіз факторів синдрому професійного вигорання демонструє тенденцію до емоційного та фізичного виснаження ($3,54 \pm 0,83$), перевантаження через робоче навантаження ($3,70 \pm 0,85$) та почуття "застраглоті" у своїй професійній діяльності ($3,09 \pm 0,86$). На емоційне виснаження та зниження соціальної інтегрованості вказали показники загального благополуччя, такі як відчуття щастя ($2,04 \pm 0,77$) та зв'язку з іншими людьми ($2,28 \pm 0,81$), які мали нижчі показники. Крім того, прояви вигорання можуть посилюватись і разі відносно низького рівня віри у власні переконання.

Щодо категорії вторинного травматичного стресу або втоми від співчуття: найвищий показник стосується глибокого переживання за долю кількох осіб, яким надається допомога ($3,87 \pm 0,85$) та може свідчити про значний рівень емоційного залучення. Водночас відзначаються труднощі у розмежуванні особистого та професійного життя ($2,71 \pm 0,75$), а також наявність симптомів депресії через травматичний досвід пацієнтів ($2,41 \pm 0,78$). Відносно низький показник нав'язливих, тривожних думок ($1,72 \pm 0,82$) може вказувати на

те, що, хоча певний рівень стресу присутній, він не досягає критичних рівнів у більшості випадків.

Таким чином, отримані результати демонструють високу загальну задоволеність роботою серед опитаних, проте водночас виявляють наявність факторів, які можуть сприяти розвитку синдрому професійного вигорання та вторинного травматичного стресу. Основними ризиками є виснажливий робочий графік, значний рівень емоційного залучення, труднощі у підтриманні балансу між особистим і професійним життям, а також недостатня соціальна підтримка. Це вказує на необхідність заходів, спрямованих на профілактику професійного вигорання, покращення умов праці та забезпечення психологічної підтримки для фахівців, які працюють у сфері допомоги іншим.

Середнє значення та стандартне відхилення параметрів ProQOL для МС становили $36,15 \pm 6,35$; $30,52 \pm 4,75$ та $28,72 \pm 5,86$ для рівня задоволення від співчуття, професійного вигорання та вторинного травматичного стресу відповідно. Результати показали, що МС мали помірний рівень професійної якості життя щодо задоволеності співчуттям і втоми від співчуття (професійного вигорання та вторинний травматичний стрес) (табл.3.9).

Таблиця 3.9

Середні значення показників за шкалою професійної якості життя за віком та рівнем освіти

Показники		Співчуття $M \pm m$	Вигорання $M \pm m$	Вторинний травматичний стрес $M \pm m$
Вік				
	< 25	$40,41 \pm 0,47$	$27,23 \pm 0,51$	$24,82 \pm 0,64$
	25–30	$36,35 \pm 0,73$	$25,76 \pm 0,17$	$25,19 \pm 0,84$
	31–35	$35,64 \pm 0,36$	$28,67 \pm 0,65$	$27,38 \pm 0,57$
	36–40	$36,47 \pm 0,56$	$30,41 \pm 0,37$	$30,76 \pm 0,43$
	> 40	$37,59 \pm 0,49$	$24,86 \pm 0,46$	$24,69 \pm 0,58$

Співчуття було вищим у МС віком <25 років та ≥ 40 років і у тих, хто мав диплом магістра табільш досвідчених МС. Вигорання було вищим МС

віком 31–40 років, осіб із дипломом бакалавра та молодшого спеціаліста, з досвідом роботи 1–5 років. Вторинний травматичний стрес був вищим у МС віком 31–40 років, осіб із дипломом бакалавра та молодшого спеціаліста, стажем роботи 6–10 років.

Нижчий рівень синдрому професійного вигорання та вторинного травматичного стресу у більш досвідчених МС порівняно з їхніми молодшими колегами, пов'язаний з тим, що старші МС мають більший професійний і життєвий досвід (більше знань та вмінь) та підготовлені до труднощів медсестринської роботи. Рівень освіти може впливати, за даними досліджень, на сприйняття медичними працівниками відповідальності та обов'язку перед пацієнтами [20].

Аналіз ProQOL у цьому дослідженні вказує на те, що більшість МС мали середній рівень задоволеності співчуттям (85 %), і лише невелика частка повідомила про низький (5 %) або високий (10 %) рівні (табл. 3.10). Подібним чином більшість МС мали середній рівень вигорання (90%), меншість повідомила про низький рівень (7,5%) і лише 2 МС (2,5%) повідомили про високий рівень. Що стосується вторинного травматичного стресу, більшість учасників були в середньому діапазоні (81,25 %), причому значна меншість повідомила про низькі рівні (15%) і дуже небагато зазнали високих рівнів (3,75%) (рис. 3.8).

Таблиця 3.10

Розподіл респондентів за рівнем професійної якості життя

	Низький n (%)	Середній n (%)	Високий n (%)
Задоволення співчуття	4 (5%)	68(85 %)	8(10 %)
Вигорання	6 (7,5%)	72(90%)	2(2,5%)
Вторинний травматичний стрес	12(15 %)	65(81,25 %)	3(3,75%)

Брак персоналу, велике робоче навантаження, збільшення плинності пацієнтів, погана якість сну, пов'язана з великими робочими навантаженнями, високими психологічними вимогами до роботи, змінною роботою та високим стресом на практиці, інші проблеми можуть бути причинами зниження професійної якості життя медичних сестер ВАІТ [103].

Р. Mansouri et al., у своїх дослідженнях зазначають, що вигорання та вторинний травматичний стрес можуть негативно вплинути на якість сну, викликаючи тривогу, стрес, депресію та фізичне виснаження. Високе робоче навантаження, тривалий робочий день і стресове робоче середовище у медсестер ВІТ можуть негативно вплинути на професійну якість життя, що призведе до порушення циклів сну та неспання та розладів сну, що зрештою погіршує якість сну [99].

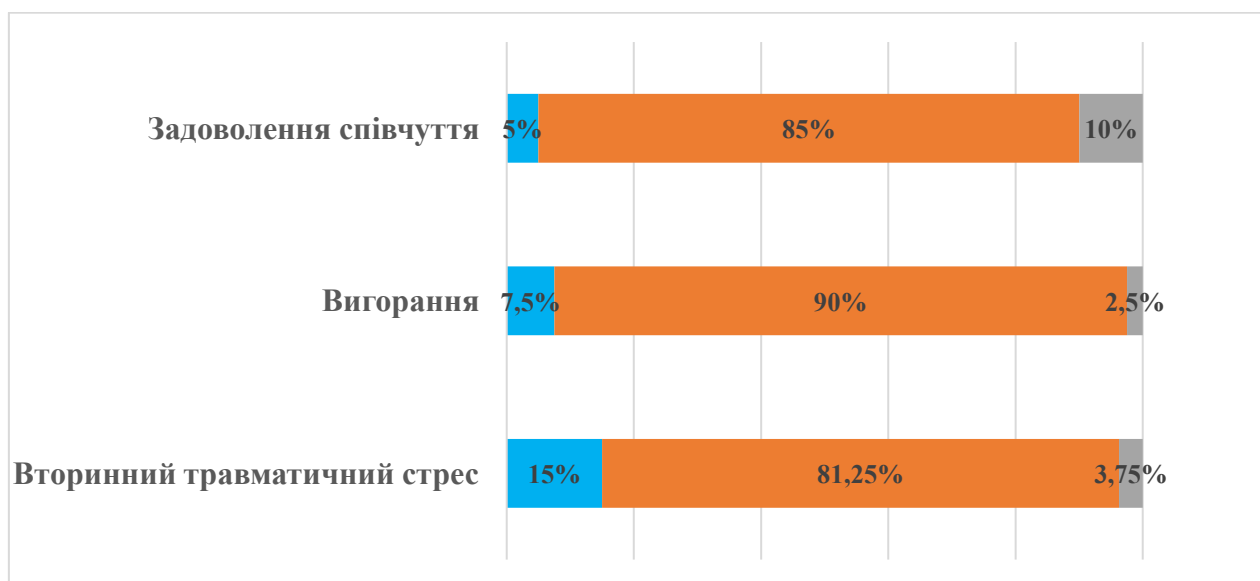


Рис. 3.8 Рівень професійної якості життя за субшкалами

Ці результати показують, що хоча більшість МС відчувають середній рівень задоволеності роботою, вони також чутливі до помірного рівня вигорання та вторинного травматичного стресу. Незначний відсоток МС має високий рівень вигорання, що може впливати як на їхнє благополуччя, так і на якість медичної допомоги пацієнтам.

Таким чином, медичні сестри ВІТ часто піддаються впливу факторів, які можуть вплинути на їх психічне здоров'я, оскільки вони мають справу з фізичним і емоційним болем у серйозних і складних ситуаціях і часто стикаються з напруженими ситуаціями на роботі. МС сприйнятливі до співчуття, професійного вигорання та вторинного травматичного стресу, що впливає на їхнє здоров'я та може негативно вплинути на догляд, який вони здійснюють [104].

У своїх дослідженнях Ahmad Ayed et al зазначає роль позитивних професійних стосунків у послабленні стресу серед медичних працівників. Зокрема, спільні міжпрофесійні стосунки між МС та лікарем та професійним вигоранням є життєво важливими для зниження професійного стресу [65].

Для покращення якості професійного життя, зокрема щодо зменшення виснаження, варто зосередитися на сприянні тісній взаємодії між МС та лікарями, забезпеченні адекватного персоналу та ресурсів, а також сприянні активній участі МС у прийнятті рішень. Також є необхідність комплексного підходу до покращення робочого мікроклімату з подальшим покращенням задоволеністю співчуттям та в подальшому і покращення загальної якості професійного життя.

Щоб запобігти емоційному стану персоналу, важливо впроваджувати заходи: психологічну допомогу, гнучке планування (графік роботи, який дозволить оптимізувати навантаження на МС, забезпечити баланс між роботою та відпочинком і зменшити ризики професійного вигорання), тренінги з управління стресом та емоційною стійкістю. Це сприятиме підвищенню якості професійного життя МС та ефективності їх роботи у ВІТ.

РОЗДІЛ IV

АНАЛІЗ І УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

В умовах сучасної системи охорони здоров'я зростають вимоги до професійної підготовки МС та якості надання медичної допомоги. МС інтенсивної терапії відіграють ключову роль у забезпеченні догляду за критично хворими пацієнтами, що потребує не лише глибоких знань і спеціалізованих навичок, а й високого рівня емоційної стійкості, здатності швидко приймати рішення та працювати в умовах стресу. Від їхньої компетентності значною мірою залежить ефективність лікувального процесу, прогноз одужання пацієнта та запобігання ускладненням, що робить питання професійної підготовки МС у цьому напрямку надзвичайно важливим.

Зростання складності інтенсивної терапії, впровадження нових технологій і медичних стандартів вимагають постійного вдосконалення професійних навичок і адаптації до нових умов. Водночас, дефіцит кадрів, високе емоційне навантаження та ризик професійного вигорання створюють додаткові виклики для МС, що може впливати на якість медичного догляду. Тому вивчення рівня компетентності, визначення ключових аспектів професійної підготовки та розробка ефективних навчальних програм сприятиме не лише підвищенню кваліфікації МС, а й покращенню рівня безпеки та ефективності інтенсивної терапії загалом.

Враховуючи значення МС у наданні якісної медичної допомоги в критичних станах, дослідження їхньої компетентності дозволяє виявити сильні та слабкі сторони професійної діяльності, що є основою для подальшого розвитку системи підготовки та підтримки медичного персоналу. Удосконалення стандартів компетентності, підвищення рівня автономії та професійного визнання сприятиме не лише покращенню якості догляду за пацієнтами, а й забезпеченню високого рівня професійної задоволеності серед

МС, що є важливим фактором у запобіганні емоційному вигоранню та збереженні ефективності їхньої роботи.

Проведено оцінку компетентності МС у відділенні інтенсивної терапії за СЗQ-безпекою пацієнта. Результати свідчать про високий рівень підготовки та оперативності медичного персоналу в критичних умовах, належний рівень організації медсестринських втручань та відповідність встановленим стандартам безпеки.

Оцінка компетентності МС за СЗQ-безпекою пацієнта засвідчила високий рівень взаємодії серед медичного персоналу. У разі виявлення відхилень у життєво важливих показниках або специфічних фізикальних змін медичні сестри оперативно повідомляють лікарів та колег ($4,3 \pm 0,61$). Пріоритетним залишається моніторинг стану пацієнтів та своєчасне виконання лікарських призначень відповідно до їхнього стану ($4,35 \pm 0,59$). Активна комунікація між МС у відділенні відіграє ключову роль у роботі й має високі показники ($4,3 \pm 0,58$), так само як і взаємодія з іншими медичними спеціалістами. Водночас рівень відкритості у вираженні особистих хвилювань дещо нижчий ($3,7 \pm 0,65$), що може свідчити про певні труднощі у висловленні емоційної напруги серед персоналу. Загалом, результати підкреслюють ефективну співпрацю у відділенні, що є важливим фактором підвищення якості медичної допомоги.

Дослідження продемонструвало здатність медичних сестер швидко адаптуватися до клінічних ситуацій та сумлінно виконувати професійні обов'язки. Вони підтримують чітку комунікацію для мінімізації можливих помилок ($3,93 \pm 0,71$) і уникають несуттєвих коментарів під час огляду пацієнта, фокусуючись на ключовій інформації ($3,98 \pm 0,67$). Усвідомлення власної ролі у команді сприяє відповідальним діям відповідно до професійних стандартів ($4,04 \pm 0,71$), що підтверджується впевненістю у виконанні завдань ($3,91 \pm 0,65$). Робочий процес організований ефективно ($4,08 \pm 0,68$), а навички вирішення клінічних проблем добре розвинені серед персоналу ($4,1 \pm 0,67$). Загалом,

результати свідчать про високий рівень відповідальності та організованості МС у процесі прийняття рішень.

Оцінка компетентності МС у сфері принципів догляду вказує на високий рівень турботи як про пацієнтів, так і про їхніх родичів. Медичний персонал виявляє емпатію, демонструючи уважність і доброзичливість у спілкуванні, зокрема через невербальні прояви підтримки, такі як посмішка чи дотик ($3,9 \pm 0,69$). Догляд спрямований на максимальне сприяння одужанню пацієнтів ($4,2 \pm 0,61$), а їхні родичі можуть розраховувати на готовність медичних сестер вислухати та врахувати їхні занепокоєння ($3,93 \pm 0,67$). Усі пацієнти отримують рівноправний догляд без будь-яких упереджень ($4,1 \pm 0,63$), а при безпосередньому контакті з ними персонал неухильно дотримується стандартних заходів безпеки ($4,15 \pm 0,61$). Отримані результати свідчать про високу якість сестринського догляду, заснованого на гуманному підході, безпеці та ефективності.

Важливу роль у формуванні персоналу відіграє підтримка наставників: найвищі оцінки отримали пункти про значущість наявності медсестри-ментора, яка допомагає новим співробітникам адаптуватися ($9,17 \pm 0,76$), а також про необхідність попередньої підготовки МС перед початком роботи у відділенні інтенсивної терапії ($9,28 \pm 0,75$).

Загальні результати оцінки компетентності МС за C3Q-безпекою пацієнта підкреслюють, що ефективна діяльність медичних сестер у ВАІТ залежить не лише від глибоких знань і спеціалізованих навичок, а й від підтримки професійного середовища, яке сприяє їхній продуктивній роботі в умовах підвищеного стресу.

Анкета C3Q-safety є дієвим інструментом для оцінки компетентності медичних сестер у ВАІТ, що допомагає виявити слабкі місця та спрямувати освітні заходи на їх усунення. Дослідження підтверджують, що хоча досвід роботи у ВАІТ має значну перевагу, оволодіння необхідними компетенціями не повинно залежати лише від тривалості практики. Завдяки C3Q-safety можна оперативно усунути недоліки шляхом цільового навчання, що дозволяє в

короткі терміни покращити професійні навички без потреби у тривалому практичному досвіді.

Важливим висновком є те, що оцінку безпеки C3Q можна вважати невід'ємною складовою компетентності медичних сестер у ВАІТ. Серед чотирьох оцінюваних сфер найбільш значущою є здатність до прийняття рішень, оскільки вона безпосередньо впливає на всі інші аспекти професійної діяльності. Розвиток цієї навички сприяє покращенню решти компетенцій завдяки ефекту синергії. Отже, використання C3Q-safety дозволяє ефективно оптимізувати навчання та підвищити загальний рівень професійної підготовки МС у відділенні інтенсивної терапії.

Оцінка компетентності медичних сестер ВАІТ за шкалою ICCN-CS-1 Європейської федерації асоціацій медсестер критичних станів EfCCNa продемонструвала високі результати в різних аспектах професійної діяльності. У клінічній сфері найвищі бали отримали твердження про необхідність глибоких знань з основ медсестринського догляду ($9,32 \pm 0,71$), розвитку спеціалізованих навичок для надання допомоги пацієнтам у критичному стані ($9,49 \pm 0,77$), використання моніторингу для оцінки стану пацієнтів ($9,42 \pm 0,72$) та забезпечення комплексного догляду за тяжкохворими ($9,43 \pm 0,74$).

У професійній сфері найбільш значущим виявилось твердження про важливість допомоги та підтримки менш досвідчених колег медичними сестрами із більшим досвідом, що сприяє ефективному вирішенню складних клінічних ситуацій ($9,23 \pm 0,78$). Щодо управлінських навичок, медичні сестри найкраще проявили себе у швидкому реагуванні на погіршення стану пацієнтів та можливі побічні реакції ($9,41 \pm 0,73$), а також у здатності працювати в умовах напруги та стресу ($9,25 \pm 0,75$). У сфері освіти і професійного розвитку найвищий бал отримало твердження про необхідність постійного навчання медсестер з питань інтенсивної терапії ($9,1 \pm 0,81$).

Оцінка рівня компетентності медичних сестер відділення інтенсивної терапії залежно від їхньої освіти показала, що зі зростанням освітнього рівня підвищується і рівень підготовки. Загальні результати, отримані за шкалою

ICCN-CS-1, свідчать про поступове підвищення середніх показників від молодшого спеціаліста до магістра.

У клінічній сфері найвищі бали отримали медичні сестри з дипломом магістра ($153,83 \pm 9,78$), трохи нижчий рівень продемонстрували бакалаври ($153,63 \pm 8,74$), а молодші спеціалісти мали оцінку $152,62 \pm 8,59$. Незначна різниця між цими групами вказує на те, що незалежно від рівня освіти медичні сестри добре підготовлені до виконання клінічних завдань, хоча фахівці з вищою освітою демонструють дещо кращі результати. Професійна сфера також показала тенденцію до покращення рівня компетентності зі зростанням рівня освіти. Це свідчить про те, що фахівці з вищою освітою більш впевнено дотримуються професійних стандартів, етичних норм та ефективніше взаємодіють у робочому середовищі.

У сфері управління, яка включає організаційні та керівні навички, також спостерігається зростання показників залежно від рівня освіти, зокрема, магістри мали найвищу оцінку, що є свідченням того, що розширена освіта сприяє кращому розумінню управлінських процесів та підвищує ефективність прийняття рішень у критичних ситуаціях. Щодо сфери освіти та розвитку, яка оцінює прагнення до професійного зростання та навчання, також відзначається закономірна залежність від рівня освіти. Медичні сестри з дипломом молодшого спеціаліста отримали оцінку $48,53 \pm 6,08$, бакалаври – $50,12 \pm 5,21$, а магістри – $51,02 \pm 5,07$. Це може свідчити про більшу зацікавленість у навчанні та професійному розвитку серед фахівців з вищим рівнем освіти.

Загальна оцінка компетентності за частиною А, що включає всі сфери професійної діяльності та частина В, яка оцінює навчальну підготовку персоналу до роботи у ВАІТ, також демонструє поступове підвищення відповідно до рівня освіти. Загальна сума балів, що відображає комплексну оцінку компетентності медичних сестер залежно від рівня освіти, також поступово зростає. Молодші спеціалісти мають середній бал $549,85 \pm 31,69$, бакалаври – $555,91 \pm 33,35$, а магістри – $564,57 \pm 7,59$.

Отже, результати оцінювання свідчать, що вищий рівень освіти позитивно впливає на компетентність МС, особливо в управлінській сфері, професійній діяльності та прагненні до навчання. Це підтверджує важливість безперервного розвитку та підвищення кваліфікації медичного персоналу, що сприяє покращенню якості надання медичної допомоги та ефективності роботи у ВАІТ.

Результати дослідження продемонстрували високу важливість попереднього досвіду та навчання перед початком роботи у ВАІТ. Зокрема, 69 (86,25 %) респондентів наголосили на необхідності попередньої підготовки, причому 47 (68,2 %) вважали, що для цього потрібен принаймні один рік практики у стаціонарі, 10 (14,5 %) — два роки, 7 (10,1 %) — три роки, а 5 (7,2 %) — п'ять років досвіду.

Всі МС зазначили важливість навчання до початку професійної діяльності у ВАІТ, з них 64 (80 %) відмітили необхідність стажування безпосередньо у відділенні для кращого засвоєння практичних навичок, 5 (6,25 %) — на проходженні курсів підвищення кваліфікації, а 11 (13,75 %) опитаних вважали достатньою підготовку, яку отримали на додипломному етапі.

Досвідчені МС підкреслили, що професійна обізнаність, самооцінка та ефективна командна робота розвиваються поступово через подальший досвід та навчання, а досвід роботи загалом значно впливає на вимоги до навчання та формування компетентності.

Щодо особистісного розвитку, МС наголошували на необхідності володіння знаннями та клінічними навичками, оскільки небезпечні для життя пацієнтів умови, обмежені часові ресурси та ризик помилок через недостатність підготовки є ключовими викликами професії. Опанування клінічними навичками включало не лише технічну підготовку, а й професійну мотивацію, інтерес до роботи, лідерські якості, відповідальність, здатність приймати рішення в критичних ситуаціях, швидкість реакції, точність, концентрацію, а також готовність до змін, інновацій та креативного підходу.

Загалом МС повністю усвідомлювали значення професійної компетентності та її вплив на якість медсестринської діяльності. Вони вважали, що розвиток професійних навичок і знань не лише підвищує ефективність роботи у ВАІТ, а й сприяє загальному просуванню сестринської справи як важливої та відповідальної професії.

Дослідження виявило потребу в спеціальному навчанні медсестер, щоб розвивати свої компетенції для роботи саме у ВАІТ. МС повинні розвивати власну компетентність, включаючи більшість технічних аспектів, на додаток до комплексного догляду [13, 22, 33]. Крім того, респонденти вказали на важливість наставника, який забезпечить поступову та ефективну адаптацію нових медсестер до роботи у ВАІТ. Виявлено, що рівень освіти є фактором, який позитивно впливає на власне сприйняття МС своєї підготовки та оцінює потребу в навчанні. Водночас ключовим чинником, що визначає прагнення МС до набуття ПК, є мотивація, яка відіграє вирішальну роль у їхньому розвитку, самовдосконаленні та підвищенні якості медсестринської допомоги у ВАІТ.

Задоволеність професійною діяльністю в медсестринстві відіграє критично важливу роль у забезпеченні якості та ефективності медичної допомоги, безпосередньо впливаючи на добробут пацієнтів і сприяючи їхньому швидкому одужанню. Висока задоволеність роботою позитивно позначається на рівні професійної відповідальності, знижує ризик емоційного вигорання та підвищує мотивацію до подальшого розвитку.

Рівень задоволеності МС залежить від багатьох чинників, які умовно можна поділити на дві основні групи: ті, що пов'язані з особистісними характеристиками працівника, та ті, що зумовлені особливостями самої роботи. До першої групи належать професійні цінності, особисті амбіції, рівень емоційної стійкості та здатність до самореалізації. Друга група включає як внутрішні чинники (внутрішня мотивація, можливості професійного розвитку, визнання та підтримка з боку керівництва й колег), так і зовнішні (умови праці, робоче навантаження, рівень матеріальної винагороди, соціальні гарантії).

Збалансоване поєднання цих факторів сприяє підвищенню загальної задоволеності роботою, що, у свою чергу, позитивно позначається на якості догляду за пацієнтами, ефективності медичних послуг і стійкості медсестринського персоналу до професійних викликів.

Аналіз рівня задоволеності роботою медичних сестер відділення інтенсивної терапії, проведений за допомогою анкети Мінесоти (MSQ), показав, що загальний показник задоволеності варіюється від 2,98 до 4,16 за п'ятибальною шкалою Лайкерта. Найвищі значення спостерігаються у сферах, пов'язаних із реалізацією професійного покликання. Зокрема, твердження «Можливість робити щось для інших людей» отримало максимальний середній бал ($4,16 \pm 0,54$), що свідчить про те, що головним джерелом професійного задоволення для МС є прагнення допомагати пацієнтам.

Серед інших важливих факторів внутрішньої мотивації можна відзначити «Можливість використовувати свої здібності» ($4,13 \pm 0,59$), «Відчуття успіху, яке я отримую від своєї роботи» ($4,12 \pm 0,75$) та «Можливість мати постійну роботу» ($4,09 \pm 0,49$). Це свідчить про те, що, окрім допомоги пацієнтам, для МС важливо відчувати професійну самореалізацію та стабільність у зайнятості. Водночас найнижчий рівень внутрішньої задоволеності зафіксовано щодо питання «Можливість спробувати власні методи виконання роботи» ($3,37$), що може свідчити про обмежену автономію у прийнятті рішень та недостатню гнучкість у виконанні професійних обов'язків.

Щодо зовнішніх чинників задоволеності роботою, найбільш проблемним аспектом виявилася фінансова винагорода. Твердження «Моя зарплата та обсяг роботи, яку я виконую» отримало найнижчий середній бал ($2,98 \pm 0,86$), що свідчить про значне невдоволення рівнем оплати праці у співвідношенні до робочого навантаження. Також питання «Умови праці» набрало відносно низький показник ($3,41 \pm 0,54$), що може вказувати на фізичну та емоційну напругу, характерну для роботи у відділенні інтенсивної терапії.

Загалом результати дослідження свідчать, що медичні сестри отримують найбільше задоволення від можливості допомагати пацієнтам і професійної

реалізації, проте обмежена автономія у прийнятті рішень, незадовільний рівень фінансової винагороди та складні умови праці можуть негативно впливати на загальну задоволеність роботою. Це підкреслює необхідність впровадження заходів, спрямованих на покращення матеріального забезпечення, оптимізацію умов праці та розширення можливостей для професійного розвитку й самостійності у прийнятті рішень.

Загалом роботою задоволені 57,4 % МС, а незадоволені – лише 15,6 %. Це досвід про те, що в середньому МС були задоволені своєю роботою. Щодо пунктів, які оцінювали внутрішню задоволеність, можна зробити висновок, що 82,5% МС були задоволені соціальними послугами (наприклад, значна їхня робота дозволяла їм допомагати іншим). Більшість МС були задоволені рівнем використання своїх здібностей («Можливість використовувати свої здібності»; 77,5%) і робочою діяльністю («Можливість бути зайнятою весь час»); 61,3%). З іншого боку, вони були незадоволені своїм рівнем відповідальності (наприклад, «Вільно приймати власне рішення»; 26,3%) і можливістю бути творчими (наприклад, «Можливість спробувати власні методи виконання роботи» 18,8%).

Таким чином, загальний рівень задоволеності роботою серед МС є достатньо високим, особливо в аспектах соціальної значимості, професійної реалізації та трудової активності. Водночас наявні обмеження у самостійному прийнятті рішень та виявленні гнучкості у виконанні обов'язків можуть бути факторами, що знижують загальну професійну задоволеність. Це підкреслює необхідність пошуку шляхів для підвищення автономності МС та створення умов для більшої творчої свободи в їх діяльності.

Робота медичних сестер у ВАІТ супроводжується постійною взаємодією з тяжкохворими пацієнтами, необхідністю приймати складні етичні рішення, високим рівнем відповідальності та обов'язковим використанням передових медичних технологій. Щоденне зіткнення з людськими стражданнями, невизначеністю щодо прогнозів та необхідністю працювати в умовах фізичного й емоційного виснаження може суттєво впливати не лише на професійну задоволеність, а й на загальну якість життя МС [105].

Згідно з дослідженнями, рівень задоволеності роботою у ВАІТ формується під впливом таких факторів, як організаційна підтримка, стиль керівництва, рівень робочого навантаження, міжособистісні відносини у колективі, автономність у прийнятті рішень, фінансова винагорода та визнання професійних досягнень. Аналіз отриманих результатів демонструє, що одним із найбільш проблемних аспектів є саме недостатній рівень визнання та матеріального заохочення. Зокрема, лише 28,8% респондентів задоволені похвалою, яку отримують за свою роботу, що може свідчити про недостатню оцінку їхніх зусиль як з боку керівництва, так і з боку колег. Подібна ситуація спостерігається і щодо матеріальної винагороди: лише 33,8% опитаних вважають свою заробітну плату відповідною до обсягу та складності виконуваної роботи. Це свідчить про те, що фінансові умови та соціальне визнання залишаються одними з найбільш вразливих аспектів професійного життя медичних сестер у ВАІТ.

Важливо зазначити, що, хоча матеріальні аспекти є критичними для загальної задоволеності роботою, нематеріальні чинники, такі як моральне заохочення, професійне зростання та атмосфера підтримки в колективі, відіграють не менш важливу роль. Відсутність належного визнання та підтримки може призводити до емоційного вигорання, втрати мотивації та зниження загальної ефективності роботи. Це, своєю чергою, може негативно позначитися на якості медичної допомоги, що надається пацієнтам.

Таким чином, підвищення рівня професійної задоволеності серед МС у ВАІТ вимагає комплексного підходу, який включає покращення матеріальних умов та впровадження заходів, спрямованих на підвищення рівня соціального визнання, професійного розвитку і психологічної підтримки персоналу.

Аналіз відповідей МС щодо зовнішньої задоволеності роботою засвідчив, що міжособистісні стосунки на робочому місці відіграють ключову роль у формуванні позитивного ставлення до професійної діяльності. Зокрема, 65% респондентів висловили задоволеність стилем керівництва, що свідчить про довіру до управлінських рішень і сприятливий мікроклімат у команді. Крім

того, 61,3% МС позитивно оцінили компетентність керівників у прийнятті рішень, що підкреслює їхню впевненість у професіоналізмі адміністрації та ефективності її дій.

Водночас умови праці залишаються одним із найпроблемніших аспектів професійної діяльності. Майже 33,8% респондентів висловили незадоволення фізичними та організаційними умовами роботи, що може включати недостатнє технічне забезпечення, важкі фізичні навантаження, емоційне вигорання та перевантаженість персоналу.

Щодо загального рівня задоволеності, 57,5% опитаних позитивно оцінили стосунки у колективі, вважаючи співпрацю та підтримку між колегами важливим фактором комфортної роботи. Взаємодія між співробітниками є важливим елементом створення сприятливого робочого середовища, що допомагає ефективно виконувати професійні обов'язки та знижує рівень стресу.

У сфері професійного вигорання відзначено підвищений рівень емоційного та фізичного виснаження ($3,54 \pm 0,83$) і перевантаження через обсяг обов'язків ($3,70 \pm 0,85$), а також наявність почуття стагнації у професійній діяльності ($3,09 \pm 0,86$). Низькі показники загального благополуччя — таких як відчуття щастя ($2,04 \pm 0,77$) і соціального зв'язку з іншими людьми ($2,28 \pm 0,81$) — засвідчують про емоційне виснаження та недостатню підтримку в команді.

Вторинний травматичний стрес також виявився значущим. Найвищий бал у цій підшкалі отримав пункт про глибоку емоційну залученість до стану пацієнтів ($3,87 \pm 0,85$). Це підтверджує високу емпатійну чутливість медсестер ВАІТ, але водночас вказує на потенційні ризики розвитку емоційного виснаження. В окремих учасників дослідження виявлено труднощі у встановленні меж між особистим і професійним життям ($2,71 \pm 0,75$), симптоми депресії ($2,41 \pm 0,78$) та переживання травматичного досвіду разом із пацієнтами ($2,69 \pm 0,85$).

Узагальнені дані за шкалою професійної якості життя (ProQOL) продемонстрували середній рівень задоволеності від співчуття ($36,15 \pm 6,35$), помірний рівень професійного вигорання ($30,52 \pm 4,75$) та вторинного

травматичного стресу ($28,72 \pm 5,86$). Це вказує, що хоча критичні значення не переважають, проблема психоемоційного навантаження все ж залишається актуальною.

Аналіз за віковими категоріями і рівнем освіти показав, що молоді фахівці (віком до 25 років) та МС з вищою освітою (ступінь магістра) мають вищий рівень задоволення від співчуття, тоді як найвищі рівні вигорання та вторинного травматичного стресу зафіксовано у віковій групі 31–40 років та у МС з дипломами бакалавра або молодшого спеціаліста. Такі результати зумовлені недостатнім досвідом та підвищеним навантаженням у період активної професійної діяльності. Натомість МС старшого віку демонструють кращу стресостійкість, що пояснюється накопиченим досвідом і сформованими професійними навичками адаптації.

Розподіл рівнів ProQOL серед респондентів показав, що більшість МС перебувають у межах середніх значень за всіма трьома компонентами (85% — співчуття, 90% — вигорання, 81,25% — вторинний травматичний стрес). Високий рівень вигорання або вторинного травматичного стресу мали лише поодинокі учасники (2,5% і 3,75% відповідно), що дозволяє говорити про локалізовані, але не поодинокі ризики.

Таким чином, результати дослідження вказують на амбівалентну картину професійного життя медичних сестер ВАІТ: з одного боку — висока мотивація та емоційна залученість, з іншого — підвищений ризик професійного вигорання та психоемоційного виснаження. Найбільш значущими чинниками, що негативно впливають на професійну ЯЖ, є інтенсивне навантаження, недостатній сон, стресове робоче середовище та труднощі з балансом між особистим і професійним життям.

Загалом, умови праці є важливим чинником, що безпосередньо впливає на рівень задоволеності медичних сестер. Недостатня увага до цього аспекту може призводити до зниження мотивації, зростання професійного вигорання та плинності кадрів. Тому забезпечення комфортного робочого середовища, оптимального балансу між професійним навантаженням і відпочинком, а також

впровадження комплексних профілактичних заходів – зокрема психологічної підтримки, кадрової ротації та формування позитивного мікроклімату в колективі – є необхідною умовою для підвищення ефективності діяльності МС та збереження їхнього професійного здоров'я.

ВИСНОВКИ

1. Дослідження професійних компетенцій медичних сестер ВАІТ за шкалами ICCN-CS-1 та C3Q-safety продемонструвало високий рівень загальної підготовки персоналу. Сумарний бал за ICCN-CS-1 становив $556,74 \pm 37,58$, з найвищими показниками у клінічній сфері ($152,52 \pm 9,28$ бала). За C3Q-safety виявлено найвищі бали у сферах прийняття рішень (4,4 бала) та співпраці (4,18 бала). У клінічній компетентності відмічено дещо нижчі показники: медсестринські втручання – 3,72 бала, принципи догляду – 4,01 бала. Найвищі індивідуальні значення відзначені в умінні своєчасно розпочати спостереження ($4,39 \pm 0,71$), дотриманні інфекційного контролю ($4,15 \pm 0,61$), а також у взаємодії з колегами ($4,3 \pm 0,58$); нижчі – у готовності ділитися хвилюваннями ($3,7 \pm 0,65$) та самостійному плануванні дій ($3,89 \pm 0,72$). У сфері управління ($135,33 \pm 10,08$) високі бали отримали твердження про здатність працювати в умовах стресу ($9,25 \pm 0,75$) та діяти у разі погіршення стану пацієнта ($9,41 \pm 0,73$).

2. Дослідження рівня задоволеності роботою медичних сестер ВАІТ за допомогою опитувальника Мінесоти (MSQ) засвідчило переважання внутрішньої мотивації в структурі професійної задоволеності. Середнє значення загального рівня задоволеності роботою становило $3,98 \pm 0,42$ бала. Найвищі оцінки були пов'язані з міжособистісними відносинами ($4,35 \pm 0,48$), визнанням професійного внеску ($4,28 \pm 0,51$) та стабільністю зайнятості ($4,22 \pm 0,46$). Найнижчі значення спостерігалися у сфері можливостей для професійного зростання ($3,51 \pm 0,58$) та рівня оплати праці ($3,44 \pm 0,61$).

3. Дослідження професійної якості життя медичних сестер ВАІТ за шкала професійної якості життя (ProQOL-5) показало переважання помірного рівня задоволеності співчуттям (85 %), професійного вигорання (90 %) та вторинного травматичного стресу (81,25 %). Середнє значення шкал ProQOL становило: $36,15 \pm 6,35$ (задоволення від співчуття), $30,52 \pm 4,75$ (вигорання) та $28,72 \pm 5,86$ (вторинний травматичний стрес). Найвищими були середні оцінки: можливість допомагати іншим ($4,51 \pm 0,76$), гордість за свою роботу ($3,98 \pm 0,82$).

Виявлено тенденцію до емоційного та фізичного виснаження ($3,54 \pm 0,83$), зниження соціальної інтегрованості ($2,28 \pm 0,81$) та почуття щастя ($2,04 \pm 0,77$). Вторинний травматичний стрес був вищим у віковій групі 31–40 років, осіб із нижчим рівнем освіти та зі стажем 6–10 років. Досвідчені МС з дипломом магістра та віком ≥ 40 років мали вищий рівень.

4. Розроблено рекомендації з покращання медсестринської діяльності у ВАІТ, які включають проведення тренінгів із використанням симуляційних технологій з акцентом на сучасні підходи до моніторингу пацієнтів, управління критичними станами, екстреної медичної допомоги, навичок комунікації в міждисциплінарних командах і кризового менеджменту, оцінювання професійної компетентності, оптимізацію робочого середовища, впровадження заходів з профілактики емоційного вигорання та психологічної підтримки, що сприятиме підвищенню рівня професійної компетентності МС, покращенню якості догляду за пацієнтами та зниженню рівня професійного стресу.

ПРАКТИЧНІ РЕКОМЕНДАЦІЇ

1. Проводити навчальні тренінги для медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії з відпрацювання алгоритмів дій у надзвичайних ситуаціях з використанням симуляційного навчання, клінічних кейсів та інтерактивних методик з акцентом на сучасні підходи до моніторингу пацієнтів, управління критичними станами, екстреної медичної допомоги, навичок комунікації в міждисциплінарних командах і кризового менеджменту.

2. Впровадити комплексну систему оцінювання професійної компетентності медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії (анкетування, тестування, клінічні симуляції, практичні навички) для виявлення потреб у навчанні та формування індивідуальних планів розвитку.

3. Організовувати психологічну підтримку медичних сестер (тренінги з управління стресом, розвитку емоційної стійкості, індивідуальні консультації з психологами, менторські програми та групи взаємодопомоги, ефективні механізми зворотного зв'язку) з метою забезпечення психологічної підтримки та профілактики професійного вигорання.

4. Використовувати наявні ресурси для оптимізації робочого процесу шляхом забезпечення достатньої кількості кваліфікованого персоналу для рівномірного розподілу навантаження, впровадження електронної системи ведення документації для зменшення навантаження та забезпечення більш ефективного догляду за пацієнтами.

5. Сприяти активній участі медичних сестер відділення анестезіології та інтенсивної терапії у заходах безперервного професійного розвитку (семінари, тренінги, сертифікаційні програми, онлайн-курси та вебінари) з метою підвищення рівня професійної підготовки.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. What is an intensive care unit? A report of the task force of the World Federation of Societies of Intensive and Critical Care Medicine / J. C. Marshall et al. *Journal of Critical Care*. 2017. Vol. 37. P. 270–276. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2016.07.015> (date of access: 20.05.2025).
2. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis / T. Woo et al. *Journal of Psychiatric Research*. 2020. Vol. 123. P. 9–20. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015> (date of access: 20.05.2025).
3. Karami A., Farokhzadian J., Foroughameri G. Nurses' professional competency and organizational commitment: Is it important for human resource management?. *PLOS ONE*. 2017. Vol. 12, no. 11. P. e0187863. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187863> (date of access: 20.05.2025).
4. Professional Competence in Nursing: A Hybrid Concept Analysis / L. Valizadeh et al. *Medical - Surgical Nursing Journal*. 2019. Vol. 8, no. 2. [doi:10.5812/msnj.90580](https://doi.org/10.5812/msnj.90580)
5. Burden of care related to monitoring patient vital signs during intensive care; a descriptive retrospective database study / C. Romare et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022. P. 103213. doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103213
6. The essentials: core competenceis for professional nursing education. / ed. by: American Association of Colleges of Nursing, 2021. 76 p.
7. Zumstein-Shaha M., Grace P. J. Competency frameworks, nursing perspectives, and interdisciplinary collaborations for good patient care: Delineating boundaries. *Nursing*
8. Youn H., Lee M., Jang S. J. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022. P. 103293. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103293> (date of access: 20.05.2025).

9. The relationships among overcommitment, effort-reward imbalance, safety climate, emotional labour and quality of working life for hospital nurses: a structural equation modeling / H. Y. Liang et al. *BMC Nursing*. 2023. Vol. 22, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01355-0> (date of access: 20.05.2025).
10. Elias C. E., Day T. Experiences of Newly Qualified Nurses in Critical Care: A qualitative systematic review. *Journal of the Intensive Care Society*. 2020. Vol. 21, no. 4. P. 334–343. doi:[10.1177/1751143720926794](https://doi.org/10.1177/1751143720926794)
11. Lymar L. E., Karshunova A. S. Професійні компетенції та особистісні якості медичних сестер. *Медсестринство*. 2021. № 4. С. 27–29. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.4.11869> (дата звернення: 20.05.2025).
12. Macedo A. P. M. d. C., Padilha K. G., Püschel V. A. d. A. Professional practices of education/training of nurses in an intensive care unit. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 2019. Vol. 72, no. 2. P. 321–328. URL: <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0793> (date of access: 20.05.2025).
13. San José Arribas A., Santana-Padilla Y. G. Training of nurses in intensive care: essential for the critical patient. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. 2022. Vol. 33, no. 1. P. 1–3. URL: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2021.10.001>
14. Evaluation of clinical competence and its related factors among ICU nurses in Kermanshah-Iran: A cross-sectional study / A. Faraji et al. *International Journal of Nursing Sciences*. 2019. Vol. 6, no. 4. P. 421–425. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2019.09.007> (date of access: 20.05.2025).
15. Clinical competency of nurses working at Intensive Care Units and its associated factors / S. Kolagari et al. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2023. Vol. 20, no. 2. P. 50–53. URL: <https://doi.org/10.61186/jgbfnm.20.2.50> (date of access: 20.05.2025).
16. The roles and responsibilities of advanced practice nurses in intensive care units: A scoping review / F. Jafari Pour et al. *Enfermería Intensiva (English ed.)*. 2024. URL: <https://doi.org/10.1016/j.enfie.2024.06.002> (date of access: 27.05.2025).

17. International variation in length of stay in intensive care units and the impact of patient-to-nurse ratios / A. K. Khanna et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022. P. 103265. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103265> (date of access: 27.05.2025).
18. Тулуп Л. Я., Мялюк О. П., Марущак М. І. Менторство як шлях адаптації медсестри на новому робочому місці. *Медсестринство*. 2023. № 2. С. 4–11. doi:[10.11603/2411-1597.2023.2.14322](https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.2.14322)
19. The Greek versions of the TeamSTEPPS teamwork perceptions questionnaire and Minnesota satisfaction questionnaire “short form” / I. Lakatamitou et al. *BMC Health Services Research*. 2020. Vol. 20, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05451-8> (date of access: 20.05.2025).
20. Ageel M., Shbeer A. Assessment of Professional Quality of Life Among Critical Care Nurses During the COVID-19 Pandemic in Saudi Arabia. *Journal of Healthcare Leadership*. 2022. Volume 14. P. 175–182. URL: <https://doi.org/10.2147/jhl.s383575> (date of access: 20.05.2025).
21. Almarhabi M., Cornish J., Lee G. The effectiveness of educational interventions on trauma intensive care unit nurses’ competence: A systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020. P. 102931. doi:[10.1016/j.iccn.2020.102931](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102931)
22. Santana-Padilla Y. G., Bernat-Adell M. D., Santana-Cabrera L. Nurses’ perception on basic competence requirement and training demand for Spanish intensive care nurses. *International Journal of Nursing Sciences*. 2022. Vol. 9, no. 3. P. 350-356.
23. Marks S., Edwards S., Jerge E. H. Rapid Deployment of Critical Care Nurse Education During the COVID-19 Pandemic. *Nurse Leader*. 2020. Vol. 19, no. 2. P. 165 – 169. doi [10.1016/j.mnl.2020.07.008](https://doi.org/10.1016/j.mnl.2020.07.008)
24. Structures, processes and outcomes of specialist critical care nurse education: An integrative review / J. Gullick et al. *Australian Critical Care*. 2019. Vol. 32, no. 4. P. 331–345. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2018.09.007> (date of access: 20.05.2025).

25. Nabizadeh-Gharghozar Z., Alavi N. M., Ajorpaz N. M. Clinical competence in nursing: A hybrid concept analysis. *Nurse Education Today*. 2021. Vol. 97. P. 104728. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104728> (date of access: 20.05.2025).
26. Self-assessed competencies of nurses at an emergency department in Ghana / V. Bam et al. *African Journal of Emergency Medicine*. 2020. Vol. 10, no. 1. P. 8–12. [doi:10.1016/j.afjem.2019.09.002](https://doi.org/10.1016/j.afjem.2019.09.002)
27. Development of an easy-to-use questionnaire assessing critical care nursing competence in Japan: A cross-sectional study / M. Okumura et al. *PLOS ONE*. 2019. Vol. 14, no. 11. P. e0225668. URL: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0225668> (date of access: 20.05.2025).
28. Personality traits affect critical care nursing competence: A multicentre cross-sectional study / M. Okumura et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021. P. 103128. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103128> (date of access: 20.05.2025).
29. Fukada M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. *Yonago Acta Medica*. 2018. Vol. 61, no. 1. P. 001–007. [doi:10.33160/yam.2018.03.001](https://doi.org/10.33160/yam.2018.03.001)
30. Competency in nursing practice: a concept analysis / M. T. Mrayyan et al. *BMJ Open*. 2023. Vol. 13, no. 6. P. e067352. URL: <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-067352> (date of access: 20.05.2025).
31. Almarwani A. M., Alzahrani N. S. Factors Affecting the Development of Clinical Nurses' Competency: A Systematic Review. *Nurse Education in Practice*. 2023. P. 103826. doi.org/10.1016/j.nepr.2023.103826
32. Competencies of the nurses in the limitation of therapeutic effort in the intensive care unit: An integrative review / E. R. López-Panza et al. *International Journal of Nursing Sciences*. 2023. Vol. 11, no. 1. doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.12.011
33. Santana-Padilla Y. G., Bernat-Adell M. D., Santana-Cabrera L. The training needs of critical care nurses: A psychometric analysis. *Science Progress*.

2022. Vol. 105, no. 1. P. 003685042210768.

URL: <https://doi.org/10.1177/00368504221076823>

34. Alastalo M, Salminen L, Jeon Y, Vahlberg T, Leino-Kilpi H. Critical care nurses' self-assessed patient observation skills: a cross-sectional survey study. *Nurs Crit Care*. 2019;24(5):268-275. doi: <https://doi.org/10.1111/nicc.12412>

35. Factors Related to the Clinical Competence of Registered Nurses: Systematic Review and Meta-Analysis / J. Gunawan et al. *Journal of Nursing Scholarship*. 2020. Vol. 52, no. 6. P. 623–633. URL: <https://doi.org/10.1111/jnu.12594> (date of access: 20.05.2025).

36. Willman A., Bjuresäter K., Nilsson J. Newly graduated nurses' clinical competencies and need for further training in acute care hospitals. *Journal of Clinical Nursing*. 2020. Vol. 29, no. 13-14. P. 2209–2220. URL: <https://doi.org/10.1111/jocn.15207> (date of access: 20.05.2025).

37. Willman A., Bjuresäter K., Nilsson J. Newly graduated registered nurses' self-assessed clinical competence and their need for further training. *Nursing Open*. 2020. Vol. 7, no. 3. P. 720–730. URL: <https://doi.org/10.1002/nop2.443>

38. Тимофієва М. П., Борецько Л. Д., Марараш Г. Г. Розвиток професійно-особистісних компетенцій медичної сестри для профілактики артеріальної гіпертензії». *Фаховий журнал Україна. Здоров'я нації*. 2021. № 2. doi: <http://healtynation.uzhnu.edu.ua/issue/view/14202>

39. Developing professional competence among critical care nurses: An integrative review of literature / H. DeGrande et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2018. Vol. 49. P. 65–71. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2018.07.008> (date of access: 20.05.2025).

40. The correlation between emotional intelligence and clinical competence in nurses working in special care units: A cross-sectional study / M. Dehnavi et al. *Nurse Education Today*. 2022. Vol. 116. P. 105453. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2022.105453> (date of access: 20.05.2025).

41. Emotional intelligence and quality of nursing care: A need for continuous professional development / M. Abdi et al. *Iranian Journal of Nursing and*

- Midwifery Research*. 2021. Vol. 26, no. 4. P. 361.
URL: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_268_19 (date of access: 20.05.2025).
42. Prevalence and risk factors for burnout, missed nursing care, and intention-to-leave the job among intensive care unit and general ward nurses: A cross-sectional study across six European countries in the COVID-19 era / A. Bruyneel et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2025. Vol. 86. P. 103885.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103885> (date of access: 20.05.2025).
43. The impact of nurse staffing levels and nurse's education on patient mortality in medical and surgical wards: an observational multicentre study / F. Haegdorens et al. *BMC Health Services Research*. 2019. Vol. 19, no. 1. P/ 864. doi.org/10.1186/s12913-019-4688-7
44. Factors Associated With Nurses' Knowledge of and Perceived Value in Evidence-Based Practices / K. H. Gigli et al. *American Journal of Critical Care*. 2020. Vol. 29, no. 1. P. e1-e8. URL: <https://doi.org/10.4037/ajcc2020866> (date of access: 20.05.2025).
45. Enhancing Nurse Practitioners' Emergency Care Competency and Self-Efficacy Through Experiential Learning: A Single-Group Repeated Measures Study / Y.-L. Yang et al. *Healthcare*. 2024. Vol. 12, no. 23. P. 2333.
URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare12232333> (date of access: 20.05.2025).
46. Jackson M., Cairns T. Care of the critically ill patient. *Surgery (Oxford)*. 2021. Vol. 39, no. 1. P. 29–36.
URL: <https://doi.org/10.1016/j.mpsur.2020.11.002> (date of access: 20.05.2025).
47. Urden L. D., Lough M. E., Stacy K. M. Priorities in Critical Care Nursing. 8th ed. (E-book). Elsevier- Health Sciences Division, 2023
48. Antoszevska A., Gutysz – Wojnicka A. Rationing of nursing care and assessment of work safety and a healthy work environment in intensive care units: A cross-sectional, correlational study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2024. Vol. 83. P. 103667. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103667> (date of access: 20.05.2025).

49. Compassion fatigue in nurses: A metasynthesis / A. G. Nolte et al. *Journal of Clinical Nursing*. 2017. Vol. 26, no. 23-24. P. 4364–4378. URL: <https://doi.org/10.1111/jocn.13766> (date of access: 20.05.2025).
50. Sibuea Z., Sulastiana M., Fitriana E. Factor Affecting the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. 2024. Volume 17. P. 491–503. URL: <https://doi.org/10.2147/jmdh.s446459> (date of access: 20.05.2025).
51. Franjić S. Critical Care Nursing. *Iberoamerican Journal of Medicine*. 2020. Vol. 2, no. 3. P. 183–187. doi [10.5281/zenodo.3713333](https://doi.org/10.5281/zenodo.3713333)
52. Nurses' experiences of caring for nursing care-dependent ICU patients: A qualitative study / M. Piredda et al. *Nursing in Critical Care*. 2024. Vol. 29, no. 5. P. 896-904. URL: <https://doi.org/10.1111/nicc.13047> (date of access: 20.05.2025).
53. Demands of experiential training for ICU nurses in Hunan of China / Y. Xie et al. *International Journal of Nursing Sciences*. 2020. Vol. 7, no. 4. P. 427–432. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2020.09.010> (date of access: 20.05.2025).
54. Linda D. Urden, Kathleen M. Stacy, Mary E. Lough. *Critical Care Nursing: Diagnosis and Management*. Elsevier, 2021. 1136 p.
55. Critical incidents rates and types in Italian Intensive Care Units: A five-year analysis / M. Danielis et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2021. Vol. 62. P. 102950. doi: [10.1016/j.iccn.2020.102950](https://doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102950)
56. Duality of roles and the provision of high-quality end-of-life care in the intensive care / D. Martin et al. *Journal of Critical Care*. 2020. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jcrc.2020.09.023> (date of access: 20.05.2025).
57. Jakimowicz S., Perry L., Lewis J. Compassion satisfaction and fatigue: A cross-sectional survey of Australian intensive care nurses. *Australian Critical Care*. 2018. Vol. 31, no. 6. P. 396–405. URL: <https://doi.org/10.1016/j.aucc.2017.10.003> (date of access: 20.05.2025).
58. Professional quality of life among intensive care unit nurses in Saudi Arabia: A cross-sectional study / H. A. Mhawish et al. *Saudi Journal for Health*

Sciences. 2024. Vol. 13, no. 2. P. 133–138.
URL: https://doi.org/10.4103/sjhs.sjhs_35_24 (date of access: 20.05.2025).

59. Professional quality of life of nurses in critical care units: Influence of demographic characteristics / E. Ndlovu et al. *Southern African Journal of Critical Care*. 2022. Vol. 38, no. 1. P. 39–43. doi: [10.7196/SAJCC.2022.v38i1.517](https://doi.org/10.7196/SAJCC.2022.v38i1.517)

60. Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: A systematic review and meta-analysis / C. Quesada-Puga et al. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2024. Vol. 82. P. 103660. doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103660

61. The Relationship of Nursing Teamwork and Job Satisfaction in Hospitals / H. Bragadóttir et al. *SAGE Open Nursing*. 2023. Vol. 9. P. 237796082311750. doi: [10.1177/23779608231175027](https://doi.org/10.1177/23779608231175027)

62. Burnout in nursing: a theoretical review / C. Dall’Ora et al. *Human Resources for Health*. 2020. Vol. 18, no. 1. doi.org/10.1186/s12960-020-00469-9

63. Особливості професійного стресу серед медичних сестер різного профілю / М. І. Марущак та ін. *Health & Education*. 2024. № 3. С. 22–31. doi: [10.32782/здоров'я-2024.3.3](https://doi.org/10.32782/здоров'я-2024.3.3)

64. Factors predicting quality of work life among nurses in tertiary-level hospitals, Bangladesh / N. Akter et al. *International Nursing Review*. 2017. Vol. 65, no. 2. P. 182–189. URL: <https://doi.org/10.1111/inr.12401> (date of access: 20.05.2025).

65. The Relationship Between Professional Quality of Life and Work Environment Among Nurses in Intensive Care Units / A. Ayed et al. *INQUIRY: The Journal of Health Care Organization, Provision, and Financing*. 2024. Vol. 61. P. 469580241297974 doi: [10.1177/00469580241297974](https://doi.org/10.1177/00469580241297974).

66. A Preliminary Analysis of Compassion Satisfaction and Compassion Fatigue With Considerations for Nursing Unit Specialization and Demographic Factors / C. Mooney et al. *Journal of Trauma Nursing*. 2017. Vol. 24, no. 3. P. 158–163. URL: <https://doi.org/10.1097/jtn.0000000000000284> (date of access: 20.05.2025).

67. Association between nursing work environment and compassion satisfaction among clinical nurses / J. Baek et al. *Journal of Nursing Management*. 2020. Vol. 28, no. 2. P. 368–376. URL: <https://doi.org/10.1111/jonm.12937> (date of access: 20.05.2025).
68. The Burnout of Nurses in Intensive Care Units and the Impact of the SARS-CoV-2 Pandemic: A Scoping Review / A. Lima et al. *Nursing Reports*. 2023. Vol. 13, no. 1. P. 230–242. URL: <https://doi.org/10.3390/nursrep13010022> (date of access: 20.05.2025).
69. Mohammadi M., Peyrovi H., Mahmoodi M. The Relationship Between Professional Quality of Life and Caring Ability in Critical Care Nurses. *Dimensions of Critical Care Nursing*. 2017. Vol. 36, no. 5. P. 273–277. URL: <https://doi.org/10.1097/dcc.0000000000000263> (date of access: 20.05.2025).
70. Psychosocial Work-Related Hazards and Their Relationship to the Quality of Life of Nurses—A Cross-Sectional Study / B. Misiak et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2020. Vol. 17, no. 3. P. 755. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph17030755> (date of access: 20.05.2025).
71. Kravchuk G., Danchak S., Prokopchuk O. Професійне вигорання медичних сестер як компонент робочого процесу. *Медсестринство*. 2020. № 2. С. 61–65. URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2020.2.11244> (дата звернення: 20.05.2025).
72. Shi F., Li Y., Zhao Y. How do nurses manage their work under time pressure? Occurrence of implicit rationing of nursing care in the intensive care unit: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2022. P. 103367. doi.org/10.1016/j.iccn.2022.103367
73. Kerai S., Saxena K. N., Doda P. Professional Quality of Life in Intensive Care Unit Professionals during COVID-19 Pandemic: A Prospective Observational Cross-sectional Study. *Indian Journal of Critical Care Medicine*. 2022. Vol. 26, no. 5. P. 602–610. URL: <https://doi.org/10.5005/jp-journals-10071-24212> (date of access: 20.05.2025).

74. Psychological stress of ICU nurses in the time of COVID-19 / X. Shen et al. *Critical Care*. 2020. Vol. 24, no. 1. URL: <https://doi.org/10.1186/s13054-020-02926-2> (date of access: 20.05.2025).
75. Prevalence, Risk Factors and Burnout Levels in Intensive Care Unit Nurses: A Systematic Review and Meta-Analysis / S. Ramírez-Elvira et al. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2021. Vol. 18, no. 21. P. 11432. URL: <https://doi.org/10.3390/ijerph182111432> (date of access: 20.05.2025).
76. Nursing Work Environment, Turnover Intention, Job Burnout, and Quality of Care: The Moderating Role of Job Satisfaction / S. D. Al Sabei et al. *Journal of Nursing Scholarship*. 2019. Vol. 52, no. 1. P. 95–104. URL: <https://doi.org/10.1111/jnu.12528> (date of access: 20.05.2025).
77. Aydogan Y., Ulupinar S. Determining the learning needs of new graduated nurses working in inpatient care institutions. *Nurse Education Today*. 2020. Vol. 92. P. 104510. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104510> (date of access: 20.05.2025).
78. Stress and Quality of Life Among University Students: A Systematic Literature Review / Í. J. S. Ribeiro et al. *Health Professions Education*. 2018. Vol. 4, no. 2. P. 70–77. URL: <https://doi.org/10.1016/j.hpe.2017.03.002> (date of access: 20.05.2025).
79. Transition shock, preceptor support and nursing competency among newly graduated registered nurses: A cross-sectional study / F. Chen et al. *Nurse Education Today*. 2021. Vol. 102. P. 104891. doi: [10.1016/j.nedt.2021.104891](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104891)
80. Wu P.-L. The Impact of Clinical Practice Stress on Nursing Professional Competence among Undergraduate Nursing Students: A Cross-Sectional Study. *Florence Nightingale Journal of Nursing*. 2024. Vol. 32, no. 3. P. 206–214. URL: <https://doi.org/10.5152/fnjn.2024.24102> (date of access: 20.05.2025).
81. Raletooane P. A., du Plessis E., van Wyk A. Competency and clinical mentoring: perceptions of newly graduated and experienced professional nurses in

Lesotho. *International Journal of Africa Nursing Sciences*. 2022. Vol. 17. P. 100479. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2022.100479> (date of access: 20.05.2025).

82. A critical enquiry into the psychometric properties of the professional quality of life scale (ProQol-5) instrument / D. Hemsworth et al. *Applied Nursing Research*. 2018. Vol. 39. P. 81–88. URL: <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.09.006> (date of access: 20.05.2025).

83. Kane A., Tait C., Arcus K. Internationally qualified nurses' perceptions of the competencies that pertain to patient safety. *Nurse Education in Practice*. 2019. Vol. 38. P. 105–111. URL: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2019.06.001> (date of access: 20.05.2025).

84. Fukuda T., Sakurai H., Kashiwagi M. Efforts to reduce the length of stay in a low-intensity ICU: Changes in the ICU brought about by collaboration between Certified Nurse Specialists as head nurses and intensivists. *PLOS ONE*. 2020. Vol. 15, no. 6. P. e0234879. doi.org/10.1371/journal.pone.0234879

85. Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. / M. A. Rosen et al. *American Psychologist*. 2018. Vol. 73, no. 4. P. 433–450. URL: <https://doi.org/10.1037/amp0000298> (date of access: 20.05.2025).

86. D'Lima D. M., Murray E. J., Brett S. J. Perceptions of Risk and Safety in the ICU. *Critical Care Medicine*. 2018. Vol. 46, no. 1. P. 60–70. doi.org/10.1097/ccm.0000000000002773

87. Zakaria Murshid B. Assessment of Competencies' Level of Critical and Intensive Care Unites Nurses at King Abdulaziz Medical City and King Abdullah Specialized Children Hospital. *American Journal of Nursing Science*. 2021. Vol. 10, no. 1. P. 28. URL: <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20211001.16> (date of access: 20.05.2025).

88. Liu Y., Aungsuroch Y. Current Literature Review of Registered Nurses' Competency in the Global Community. *Journal of Nursing Scholarship*. 2018. Vol. 50, no. 2. P. 191–199. [doi:10.1111/jnu.12361](https://doi.org/10.1111/jnu.12361)

89. Teruya K. Y., Costa A. C. d. S., Guirardello E. d. B. Job satisfaction of the nursing team in intensive care units. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*.

2019. Vol. 27. P. e3182 URL: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3168.3182> (date of access: 20.05.2025).

90. Motivation and satisfaction of healthcare workers involved in surface cleaning and disinfection / E. M. Rigonato et al. *Cogitare Enfermagem*. 2024. Vol. 29. URL: <https://doi.org/10.1590/ce.v29i0.96401> (date of access: 20.05.2025).

91. Quijada-Martínez P. J., Cedeño-Idrogo I. R., Terán-Ángel G. Quality of Professional Life and Burnout of the Nursing Staff at an Intensive Care Unit in Venezuela. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2021. Vol. 39, no. 2. URL: <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v39n2e08> (date of access: 20.05.2025).

92. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: Systematic review / J. Jun et al. *International Journal of Nursing Studies*. 2021. Vol. 119. P. 103933. URL: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103933> (date of access: 20.05.2025).

93. Han K.-T., Kim S. Impact of nursing policy on securing intensive care unit nurse staffing and in-hospital mortality. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2025. Vol. 86. P. 103807. URL: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103807> (date of access: 20.05.2025).

94. Karadaş A., Doğu Ö., Kaynak S. The Effect of Nurse-Nurse Collaboration Level on Job Satisfaction. *Cyprus Journal of Medical Sciences*. 2022. Vol. 7, no. 7. P. 128–135. URL: <https://doi.org/10.4274/cjms.2021.2959> (date of access: 20.05.2025).

95. Factors Influencing Job Satisfaction among Mental Health Nurses: A Systematic Review / A. Hudays et al. *Healthcare*. 2024. Vol. 12, no. 20. P. 2040. URL: <https://doi.org/10.3390/healthcare12202040> (date of access: 20.05.2025).

96. Job satisfaction and its relationship with burnout among nurses working in COVID-19 wards: A descriptive correlational study / S. Heidari et al. *Annals of Medicine and Surgery*. 2022. Vol. 82. P. 104591. URL: <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104591> (date of access: 20.05.2025).

97. Синенко М. Ю., Марущак М. І. Дослідження мотиваційних чинників роботи медсестер. *Медсестринство*. 2024. № 3-4. С. 197–203.

URL: <https://doi.org/10.11603/2411-1597.2023.3-4.14564> (дата звернення: 20.05.2025).

98. Al-Haroon H. I., Al-Qahtani M. F. The demographic predictors of job satisfaction among the nurses of a major public hospital in KSA. *Journal of Taibah University Medical Sciences*. 2020. Vol. 15, no. 1. P. 32–38. URL: <https://doi.org/10.1016/j.jtumed.2019.11.003> (date of access: 20.05.2025).

99. The relationship between professional quality of life and sleep quality among nurses working in intensive care units: a cross-sectional study / P. Mansouri et al. *BMC Nursing*. 2025. Vol. 24, no. 1. P. 34. URL: <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02693-x> (date of access: 20.05.2025).

100. Dursun Ergezen F., Kol E. Nurses' responses to monitor alarms in an intensive care unit: An observational study. *Intensive and Critical Care Nursing*. 2020. Vol. 59. P. 102845. doi.org/10.1016/j.iccn.2020.102845

101. Highfield J., Parry-Jones J. Professional Quality of Life in intensive care medicine: The 2018 Faculty of Intensive Care Medicine Workforce survey. *Journal of the Intensive Care Society*. 2019. Vol. 21, no. 4. P. 299–304. URL: <https://doi.org/10.1177/1751143719877102> (date of access: 20.05.2025).

102. Ebadi A., Tabanejad Z. Evaluating the Quality of Work Life Among Nurses: A Systematic Review. *Journal of Archives in Military Medicine*. 2022. Vol. 10, no. 1. URL: <https://doi.org/10.5812/jamm-118471> (date of access: 20.05.2025).

103. Tsegaw S., Getachew Y., Tegegne B. Determinants of Work-Related Stress Among Nurses Working in Private and Public Hospitals in Dessie City, 2021: Comparative Cross-Sectional Study. *Psychology Research and Behavior Management*. 2022. Volume 15. P. 1823–1835. doi 10.2147/PRBM.S372882

104. Burnout syndrome and work engagement in nursing staff: a systematic review and meta-analysis / M. Á. Vargas-Benítez et al. *Frontiers in Medicine*. 2023. Vol. 10. URL: <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1125133> (date of access: 20.05.2025).

105. Smoliuk N. I., Shulhai A. G. Factors determining quality of life of nurses: analytical review of research sources. *Ukraine. Nation's Health*. 2025. No. 1. P. 139–144. URL: <https://doi.org/10.32782/2077-6594/2025.1/24> (date of access: 20.05.2025).