

МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
ХАРКІВСЬКИЙ НАЦІОНАЛЬНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Волкова Юлія Вікторівна

КОМАНДНА РОБОТА МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

Кваліфікаційна магістерська робота
за спеціальністю «Сестринська справа»

223 – Медсестринство

Науковий керівник:
д.мед.н., професор
Єрмоєнко Г.В.

Харків – 2026

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	
ВСТУП	3
Розділ 1 ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОМАНДНОЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ	7
1.1. Сутність командної роботи у медсестринстві	7
1.2. Комунікація у сестринській практиці	10
1.3. Лідерство, етика і психологічний клімат в практиці медичної сестри	12
1.4. Інструменти командної комунікації та бар'єри взаємодії	15
Розділ 2 МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ	21
2.1. Дизайн та організація дослідження	21
2.2. База дослідження та характеристика респондентів	22
2.3. Методи дослідження	23
2.4. Навчальний модуль з командної роботи	27
2.5. Методи статистики	29
Розділ 3 РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ	32
3.1. Аналіз вихідного рівня командної роботи	33
3.2. Порівняння показників до і після навчання	38
3.3. Модель удосконалення командної роботи медичної сестри	43
ВИСНОВКИ	50
СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ	53
ДОДАТКИ	65

ВСТУП

Актуальність теми. У сучасній системі охорони здоров'я професійна діяльність медичної сестри дедалі більше розглядається не лише як виконання лікарських призначень чи здійснення догляду за пацієнтом, а як активна участь у міждисциплінарній команді, спрямованій на забезпечення якості, безпеки та безперервності медичної допомоги. Командна робота в сестринській справі є важливою умовою ефективної організації лікувально-діагностичного процесу, оскільки саме медична сестра найчастіше перебуває поруч із пацієнтом, першою помічає зміни в його стані, координує догляд, підтримує комунікацію між пацієнтом, лікарем, родиною та іншими фахівцями.

Актуальність теми зумовлена тим, що якість медичної допомоги значною мірою залежить від рівня взаємодії між членами медичної команди. Всесвітня організація охорони здоров'я у документі *Framework for Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice* наголошує, що міжпрофесійна освіта та командна співпраця є важливими чинниками зміцнення систем охорони здоров'я та підвищення ефективності надання допомоги пацієнтам (WHO, 2023). У цьому контексті медична сестра виступає не пасивним виконавцем, а повноправним учасником команди, який бере участь у плануванні, реалізації та оцінюванні сестринського догляду.

Науковці підкреслюють, що ефективна командна робота медичних сестер впливає на безпеку пацієнтів, зменшення кількості помилок, покращення комунікації та підвищення задоволеності як пацієнтів, так і самого медичного персоналу. Зокрема, Kalisch, Lee та Salas (2024) розробили інструмент оцінювання сестринської командної роботи — *Nursing Teamwork Survey*, що свідчить про важливість вивчення цього явища як окремого напрямку в сестринській науці. У подальших дослідженнях Kalisch і Lee (2025) зазначали, що рівень укомплектованості персоналу та якість командної взаємодії безпосередньо пов'язані з організацією роботи сестринських підрозділів.

Особливого значення командна робота набуває в умовах підвищеного навантаження на медичний персонал, дефіциту кадрів, зростання кількості пацієнтів із хронічними захворюваннями та необхідності швидкого прийняття клінічних рішень. За даними Baek et al. (2023), сестринська командна робота має важливе значення для розвитку пацієнт-орієнтованого догляду, оскільки сприяє кращій координації дій, взаємній підтримці персоналу та більшій увазі до індивідуальних потреб пацієнта. Hwang і Ahn (2025) також встановили зв'язок між командною взаємодією медичних сестер і готовністю повідомляти про клінічні помилки, що є одним із важливих компонентів культури безпеки пацієнта.

Командна робота медичної сестри включає такі складові, як ефективна комунікація, взаємна довіра, розподіл відповідальності, професійна підтримка, лідерство, здатність до співпраці та швидкого реагування на зміни в клінічній ситуації. Rosengarten (2024) зазначає, що для якісної сестринської практики важливими є чіткість ролей, повага між членами команди та спільне прийняття рішень. Creighton і Smart (2022) розглядають роботу в команді як одну з ключових ознак професіоналізму медичної сестри, оскільки вона забезпечує не лише виконання клінічних завдань, а й підтримку сприятливого психологічного клімату в колективі.

Отже, дослідження командної роботи медичної сестри є актуальним і практично значущим, оскільки дозволяє глибше зрозуміти роль сестринського персоналу в сучасній системі охорони здоров'я, визначити чинники ефективної взаємодії в медичному колективі та обґрунтувати шляхи покращення якості сестринського догляду. Вивчення цієї теми має важливе значення для підготовки конкурентоспроможних фахівців сестринської справи, підвищення безпеки пацієнтів і формування культури професійної співпраці в закладах охорони здоров'я.

Мета роботи — теоретично обґрунтувати та емпірично дослідити особливості командної роботи медичної сестри шляхом визначення чинників,

що впливають на її ефективність, для розробки практичних рекомендацій щодо удосконалення командної взаємодії у закладі охорони здоров'я.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати наукові джерела щодо сутності, принципів та особливостей командної роботи медичної сестри в закладі охорони здоров'я.
2. Визначити роль медичної сестри у міжпрофесійній команді та її значення для забезпечення якості й безпеки медичної допомоги.
3. Дослідити стан командної взаємодії медичних сестер шляхом анкетування та аналізу основних чинників, що впливають на ефективність співпраці в медичному колективі.
4. Розробити практичні рекомендації щодо покращення командної роботи медичних сестер і підвищення ефективності комунікації в закладі охорони здоров'я.

Об'єкт дослідження — професійна діяльність медичної сестри у міжпрофесійній команді.

Предмет дослідження — організаційні, комунікативні та психологічні умови ефективної командної роботи медичної сестри.

Методи дослідження:

1. **Теоретичний аналіз наукових джерел і нормативної документації.** На початковому етапі дослідження було опрацьовано наукову літературу, методичні матеріали та офіційні документи, що висвітлюють питання командної роботи медичної сестри, професійної комунікації та взаємодії медичного персоналу. Це дало змогу визначити сучасні підходи до організації сестринської діяльності та окреслити теоретичну основу дослідження.
2. **Анкетування медичних сестер.** Для отримання первинної інформації було проведено опитування медичних сестер. Анкетування дозволило з'ясувати їхнє ставлення до командної роботи, визначити основні труднощі у

взаємодії з колегами, а також оцінити рівень комунікації та співпраці в медичному колективі.

3. Спостереження за професійною діяльністю медичних сестер.

Метод спостереження застосовувався з метою вивчення особливостей командної взаємодії медичних сестер у практичних умовах закладу охорони здоров'я. Це дозволило краще зрозуміти характер співпраці між членами медичної команди, особливості розподілу обов'язків і вплив організаційних чинників на ефективність роботи.

4. Статистична обробка отриманих результатів. Після збору емпіричних даних було здійснено їх кількісну обробку. Статистичний аналіз дав можливість узагальнити результати анкетування, виявити основні тенденції, порівняти відповіді респондентів та обґрунтувати висновки дослідження.

РОЗДІЛ 1

ТЕОРЕТИЧНІ ЗАСАДИ КОМАНДНОЇ РОБОТИ МЕДИЧНОЇ СЕСТРИ

1.1. Сутність командної роботи у медсестринстві

Командна робота у медсестринстві є однією з базових умов якісної, безпечної та пацієнт-орієнтованої медичної допомоги. У сучасній системі охорони здоров'я медична сестра розглядається не лише як виконавець лікарських призначень, а як активний учасник міжпрофесійної команди, яка бере участь у плануванні, реалізації, моніторингу та оцінюванні результатів догляду за пацієнтом. Це особливо важливо в умовах зростання складності клінічних випадків, дефіциту кадрів, підвищеного навантаження на персонал, розвитку пацієнт-орієнтованої моделі допомоги та необхідності зменшення ризику медичних помилок [1 - 5].

У сучасній науковій літературі командна робота медичних сестер трактується як організована взаємодія двох і більше фахівців, які мають спільну мету, розподілені ролі, взаємну відповідальність, здатність до ефективного обміну інформацією та орієнтацію на досягнення безпечного результату для пацієнта. Баєк та співавт. визначають сестринську командну роботу як ефективну співпрацю між двома або більше медичними сестрами, які працюють в одному підрозділі, надають допомогу пацієнтам і виконують спільні клінічні завдання [1]. У цьому дослідженні встановлено, що високий рівень командної роботи медичних сестер пов'язаний із кращою реалізацією пацієнт-орієнтованої допомоги, а також залежить від кадрового забезпечення, умов праці та тривалості робочого часу .

Сутність командної роботи у медсестринстві полягає в тому, що якісний догляд за пацієнтом не може бути результатом ізольованих дій окремого працівника. Він формується завдяки узгодженій діяльності всієї команди: медичних сестер, лікарів, молодшого медичного персоналу, реабілітологів,

психологів, соціальних працівників та інших фахівців. У цій системі медична сестра часто виконує координувальну функцію, оскільки саме вона найбільше часу перебуває поруч із пацієнтом, спостерігає за змінами його стану, фіксує клінічні показники, оцінює реакцію на лікування та своєчасно передає важливу інформацію іншим членам команди.

Командна робота у медсестринстві має кілька ключових ознак. По-перше, це наявність спільної мети, якою є забезпечення безпеки пацієнта, покращення його стану, профілактика ускладнень і підтримка якості життя. По-друге, це чіткий розподіл ролей, коли кожен учасник команди розуміє свої професійні обов'язки та межі відповідальності. По-третє, це ефективна комунікація, що забезпечує своєчасний обмін інформацією. По-четверте, це взаємна підтримка, довіра та готовність допомогти колезі в умовах високого навантаження. По-п'яте, це спільна відповідальність за результат догляду, яка передбачає не перекладання провини, а пошук системних рішень для покращення якості допомоги [6 - 9].

Важливість командної роботи особливо помітна у відділеннях інтенсивної терапії, екстреної медичної допомоги, хірургічних, терапевтичних, педіатричних і геріатричних підрозділах. У таких умовах медична сестра повинна швидко реагувати на зміни стану пацієнта, правильно оцінювати ризики, взаємодіяти з лікарем, передавати інформацію наступній зміні, виконувати призначення та водночас підтримувати пацієнта психологічно. Будь-який розрив у командній взаємодії може призвести до затримки лікування, дублювання дій, пропущеного догляду або зниження безпеки пацієнта [10].

Zaitoun, Said і de Tantilillo підкреслюють, що професійна компетентність медичної сестри безпосередньо пов'язана з культурою безпеки пацієнта [2]. Автори зазначають, що компетентні медичні сестри є важливими учасниками формування безпечного клінічного середовища, оскільки саме вони забезпечують постійний моніторинг стану пацієнтів, виконання процедур,

профілактику ризиків і своєчасне повідомлення про зміни у стані хворого. Отже, командна робота не може існувати без професійної компетентності, а компетентність, у свою чергу, реалізується найбільш ефективно саме в умовах налагодженої командної взаємодії.

Сучасне медсестринство також пов'язує командну роботу з поняттям професіоналізму. Сао та співавт. у концептуальному аналізі сестринського професіоналізму наголошують, що професіоналізм є багатовимірним явищем, яке включає професійні знання, етичні цінності, відповідальність, автономію, турботу, альтруїзм і здатність до співпраці [3]. Автори підкреслюють, що професіоналізм медичної сестри формується не лише через індивідуальні якості, а й через взаємодію з колегами, організаційну культуру та підтримку професійного середовища [11 - 14].

Командна робота також впливає на зменшення пропущеного або неповного сестринського догляду. Під пропущеним доглядом розуміють ситуації, коли певні необхідні втручання не були виконані, були виконані із запізненням або частково через дефіцит часу, персоналу, ресурсів чи недостатню координацію. Ashour та співавт. у дослідженні 2025 року довели, що навчальні сесії, побудовані на моделі “Big Five Teamwork”, сприяють покращенню командної взаємодії, зменшенню обмеження сестринського догляду та підвищенню пацієнт-орієнтованості [15 - 19]. У цій моделі важливими компонентами є командне лідерство, взаємний моніторинг, підтримка, адаптивність і командна орієнтація [20 – 25].

Отже, сутність командної роботи у медсестринстві полягає у скоординованій, відповідальній, професійній та етично обґрунтованій взаємодії медичних сестер між собою та з іншими членами медичної команди. Вона забезпечує безперервність догляду, підвищує безпеку пацієнта, зменшує ризик помилок, підтримує професійну мотивацію персоналу та сприяє формуванню якісного клінічного середовища.

1.2. Комунікація у сестринській практиці

Комунікація є центральною складовою сестринської практики, оскільки саме через неї здійснюється обмін клінічною інформацією, координація дій медичної команди, емоційна підтримка пацієнта та забезпечення безперервності догляду. У діяльності медичної сестри комунікація має кілька напрямів: спілкування з пацієнтом, взаємодія з родиною пацієнта, передача інформації лікарю, співпраця з іншими медичними сестрами, комунікація під час передачі зміни та документування сестринського процесу [26 - 30].

Ефективна комунікація у сестринській практиці передбачає точність, своєчасність, повноту, зрозумілість і професійну коректність інформації. У клінічних умовах навіть незначне непорозуміння може мати серйозні наслідки: затримку лікування, неправильне виконання призначення, повторення процедур, пропуск важливого симптому або погіршення стану пацієнта. Саме тому комунікація розглядається не лише як соціальна навичка, а як важливий інструмент безпеки пацієнта [31 - 33].

У сестринській практиці особливе значення має комунікація під час передачі зміни. Передача чергування є критичним етапом, коли відповідальність за пацієнта переходить від однієї медичної сестри до іншої. Якщо інформація передана неповно, нечітко або без належної структури, виникає ризик втрати важливих клінічних даних. Alizadeh-Risani та співавт. зазначають, що неякісна передача інформації може призводити до несприятливих подій, затримки лікування, дублювання дій, зниження ефективності роботи та незадоволеності пацієнтів і персоналу [5]. Автори порівнювали метод SBAR і модифіковану модель передачі зміни у відділенні екстреної допомоги, підкреслюючи значення структурованого підходу до комунікації [34 - 36].

Комунікація між медичною сестрою і пацієнтом має не лише інформаційний, а й терапевтичний характер. Медична сестра пояснює

пацієнтові особливості процедур, правила підготовки до обстежень, режим прийому ліків, заходи самодогляду, можливі реакції організму та необхідність дотримання рекомендацій. Водночас вона вислуховує скарги, страхи, сумніви, емоційні переживання пацієнта, що сприяє формуванню довіри. Якісна комунікація допомагає знизити рівень тривоги, підвищити прихильність до лікування та сформувати більш активну участь пацієнта у процесі одужання [37 - 39].

У командній роботі важливою є також горизонтальна комунікація між медичними сестрами. Вона включає обмін інформацією про стан пацієнтів, взаємодопомогу під час виконання процедур, розподіл навантаження, спільне вирішення проблем і підтримку молодших або менш досвідчених колег. Горизонтальна комунікація особливо важлива у ситуаціях, коли одна медична сестра не може самотійно впоратися з обсягом завдань через велику кількість пацієнтів, складність маніпуляцій або нестачу часу.

Вертикальна комунікація — це взаємодія медичної сестри з лікарем, старшою медичною сестрою, адміністрацією або керівником підрозділу. Вона потребує чіткості, професійної впевненості та здатності аргументовано передати клінічно важливу інформацію. Медична сестра повинна не лише повідомити про зміну стану пацієнта, а й надати конкретні дані: показники життєвих функцій, скарги, реакцію на лікування, результати спостереження, ризики та власну професійну оцінку ситуації [40 - 45].

Важливою умовою ефективної комунікації є психологічна безпека. Медична сестра повинна мати можливість поставити уточнювальне запитання, повідомити про помилку, звернути увагу на потенційний ризик або висловити професійне занепокоєння без страху приниження, покарання чи ігнорування. Якщо в колективі переважає авторитарний стиль спілкування, страх критики або звичка приховувати проблеми, якість комунікації знижується, а ризик помилок зростає.

Sani та співавт. показали, що робочий стрес медичних сестер впливає на культуру безпеки пацієнтів [6]. Високе навантаження, нестача персоналу, емоційне виснаження та організаційні труднощі можуть погіршувати якість спілкування, знижувати уважність і послаблювати командну взаємодію. Отже, комунікація залежить не лише від індивідуальних навичок медичної сестри, а й від умов праці та організаційної культури закладу охорони здоров'я.

Сучасні дослідження наголошують на необхідності навчання комунікації ще на етапі професійної підготовки медичних сестер. Використання симуляційних технологій, клінічних сценаріїв, тренінгів командної взаємодії та відпрацювання інструментів SBAR або ISBAR дозволяє формувати в майбутніх медичних сестер навички структурованого мислення і чіткої передачі інформації. Такі навички є необхідними не лише в екстрених ситуаціях, а й у повсякденній роботі відділення [46 - 50].

Таким чином, комунікація у сестринській практиці є основою командної роботи, безпечного догляду, професійної взаємодії та довіри між пацієнтом і медичним персоналом. Вона забезпечує безперервність лікувально-діагностичного процесу, попереджає помилки, сприяє ефективному розподілу відповідальності та формує культуру відкритості в медичному колективі.

1.3. Лідерство, етика і психологічний клімат у практиці медичної сестри

Лідерство у медсестринстві є важливою умовою ефективної командної роботи, оскільки саме воно забезпечує організацію спільної діяльності, підтримку персоналу, дотримання професійних стандартів і формування сприятливого робочого середовища. У сучасній сестринській практиці лідерство не обмежується посадою старшої медичної сестри або керівника підрозділу. Лідерські якості можуть проявлятися у кожній медичній сестрі, яка здатна приймати відповідальні рішення, підтримувати колег, координувати дії в

складній ситуації, відстоювати інтереси пацієнта та діяти відповідно до професійної етик [51 - 54].

Сестринське лідерство має практичний характер. Воно проявляється у здатності організувати роботу зміни, своєчасно визначити пріоритети, розподілити завдання, підтримати менш досвідченого працівника, проконтролювати виконання процедур, попередити конфлікт і забезпечити безперервність догляду. У клінічній практиці лідерство часто проявляється не в офіційних наказах, а в професійній ініціативі, відповідальності та здатності діяти в інтересах пацієнта [55].

Ashour та співавт. у дослідженні моделі “Big Five Teamwork” визначили командне лідерство як одну з важливих складових ефективної сестринської командної роботи [7]. Командне лідерство у цій моделі пов'язане з координацією дій, контролем ситуації, підтримкою команди, формуванням довіри та орієнтацією на спільний результат. Автори показали, що навчання командній взаємодії може позитивно впливати на якість догляду та зменшувати ризик його обмеження або пропуску [56 - 58].

Етичне лідерство у медсестринстві передбачає, що керівник або неформальний лідер команди діє на основі чесності, справедливості, поваги до гідності пацієнта і персоналу, відкритості та відповідальності. Воно має особливе значення у ситуаціях морального вибору, коли медична сестра стикається з дефіцитом ресурсів, конфліктом між вимогами адміністрації та потребами пацієнта, необхідністю повідомлення про помилку або захистом прав пацієнта [59, 60].

Si та співавт. дослідили зв'язок між етичним лідерством і благополуччям медичних сестер [4]. Автори встановили, що етичне лідерство позитивно пов'язане з добробутом медичних сестер, а одним із механізмів такого впливу є усвідомленість на робочому місці. Це означає, що етичний стиль керівництва сприяє не лише кращій організації праці, а й психологічній стабільності

персоналу, здатності зосереджуватися на роботі та підтримувати професійну якість догляду .

Етика у практиці медичної сестри охоплює дотримання принципів автономії пацієнта, конфіденційності, інформованості, справедливості, милосердя, професійної відповідальності та недопущення шкоди. У командній роботі етика проявляється також у ставленні до колег: повазі до професійної думки, недопущенні приниження, готовності допомогти, коректному повідомленні про помилки та спільному пошуку рішень. Етична поведінка медичної сестри є основою довіри як з боку пацієнта, так і з боку команди [61 - 67].

Психологічний клімат у сестринському колективі визначає, наскільки комфортно, безпечно і продуктивно медичні сестри можуть виконувати свої професійні обов'язки. Позитивний психологічний клімат характеризується довірою, взаємоповагою, підтримкою, справедливим розподілом навантаження, відкритою комунікацією та готовністю до співпраці. Негативний психологічний клімат проявляється у конфліктах, напруженості, страху помилок, емоційному виснаженні, формальному ставленні до обов'язків і зниженні якості догляду.

Ammari і Gantare у 2025 році дослідили зв'язок між етичним кліматом і наміром медичних сестер залишити роботу [8]. Автори виявили значущий зв'язок між етичним середовищем, професійною прихильністю, задоволеністю роботою, моральним дистресом і плинністю кадрів. Це свідчить, що етичний клімат є не абстрактним поняттям, а практичним чинником стабільності сестринського персоналу та якості медичної допомоги [68 - 74].

Психологічний клімат також впливає на готовність медичних сестер повідомляти про помилки та ризики. У колективі, де існує довіра, медична сестра не боїться сказати про проблему, попросити допомоги або уточнити призначення. У середовищі, де панує страх покарання, працівники можуть приховувати помилки, уникати відповідальності або діяти формально. Це створює загрозу для безпеки пацієнтів.

Важливим аспектом є моральна сміливість медичної сестри. Вона проявляється у здатності висловити професійну позицію, звернути увагу на небезпечну ситуацію, захистити пацієнта, повідомити про порушення або відмовитися від дій, які суперечать етичним нормам. Моральна сміливість формується не лише через особисті якості, а й через підтримку колективу, етичне лідерство та психологічну безпеку.

Професійний стрес є одним із чинників, що погіршує психологічний клімат. Медичні сестри часто працюють в умовах високого емоційного навантаження, дефіциту часу, відповідальності за життя і здоров'я пацієнтів, необхідності швидко реагувати на зміни стану хворих. Sani та співавт. зазначають, що робочий стрес негативно впливає на культуру безпеки пацієнтів, продуктивність і якість сестринського догляду [6]. Тому управління стресом, підтримка персоналу та профілактика вигорання є важливими завданнями керівництва медичного закладу [75].

Таким чином, лідерство, етика і психологічний клімат є взаємопов'язаними складовими командної роботи медичної сестри. Лідерство забезпечує організацію і координацію роботи, етика визначає моральні межі професійної діяльності, а психологічний клімат створює умови для довіри, відкритості та ефективної взаємодії. Без цих складових командна робота стає формальною і не може повною мірою забезпечити якісний сестринський догляд.

1.4. Інструменти командної комунікації та бар'єри взаємодії

У сучасній сестринській практиці для покращення командної комунікації використовуються спеціальні інструменти, які допомагають структурувати інформацію, зменшити ризик її втрати та забезпечити безперервність догляду. До таких інструментів належать SBAR, ISBAR, I-PASS, чек-листи, клінічні

брифінги, дебрифінги, стандартизовані форми передачі зміни, електронна медична документація та командні тренінги [76 - 79].

Найбільш поширеним інструментом структурованої комунікації є SBAR, що включає чотири компоненти: Situation — ситуація, Background — передумови або анамнез, Assessment — оцінка стану, Recommendation — рекомендація або пропозиція подальших дій. Цей інструмент дозволяє медичній сестрі коротко, логічно й послідовно передати лікарю або колезі найважливішу інформацію про пацієнта. Його перевага полягає в тому, що він зменшує хаотичність спілкування, допомагає виділити головне та сприяє швидкому прийняттю клінічного рішення [80, 81].

Alizadeh-Risani та співавт. у дослідженні 2024 року показали, що структуровані методи передачі інформації, зокрема SBAR, можуть покращувати якість передачі зміни та сприйняття цього процесу медичними сестрами [5]. Автори наголошують, що погана комунікація під час передачі зміни пов'язана з несприятливими подіями, затримкою лікування, дублюванням дій та зниженням ефективності роботи відділення .

Подібне значення має ISBAR, який додатково включає компонент Identification — ідентифікацію. Це особливо важливо в умовах великої кількості пацієнтів, інтенсивного робочого темпу, нічних чергувань або екстрених ситуацій. Ідентифікація пацієнта, медичного працівника та клінічної ситуації дозволяє уникнути плутанини, помилкової передачі даних або неправильного виконання призначень [82 - 85].

Ще одним важливим інструментом командної комунікації є чек-лист. Чек-листи застосовуються під час підготовки до процедур, операцій, переведення пацієнта, передачі зміни, оцінки ризиків падіння, профілактики пролежнів, контролю інфекційної безпеки та виконання інших сестринських втручань. Їхнє значення полягає в тому, що вони допомагають стандартизувати дії, не пропустити важливі етапи та зменшити залежність якості догляду від людського фактора [86, 87].

Брифінг і дебрифінг також є важливими інструментами командної роботи. Брифінг проводиться перед початком зміни, складної процедури або клінічного втручання. Його метою є узгодження плану дій, розподіл ролей, визначення ризиків і уточнення очікувань. Дебрифінг проводиться після завершення події або зміни та передбачає аналіз того, що було виконано добре, які труднощі виникли, які помилки були допущені та що можна покращити в майбутньому. Такий підхід сприяє навчанню команди, розвитку культури безпеки та зниженню повторення помилок [88].

До інструментів командної взаємодії належить також TeamSTEPPS — система навчання командній роботі, яка спрямована на покращення комунікації, лідерства, ситуаційної обізнаності та взаємної підтримки. У сестринській практиці такі підходи можуть використовуватися під час тренінгів, симуляційного навчання, підготовки до роботи у відділеннях інтенсивної терапії, екстреної допомоги або операційних блоках.

Важливим сучасним інструментом є електронна медична документація. Вона дозволяє зберігати, оновлювати та передавати інформацію про пацієнта між членами команди. Проте ефективність електронної документації залежить від її зручності, повноти внесення даних і здатності персоналу користуватися системою. Якщо документація складна, дублює паперові форми або забирає надмірно багато часу, вона може перетворитися з інструменту допомоги на додаткове джерело навантаження [89 - 94].

Попри наявність ефективних інструментів, у практиці медичних сестер існує багато бар'єрів командної взаємодії. До них належать кадровий дефіцит, високе навантаження, нестача часу, недостатня кількість ресурсів, нечіткий розподіл ролей, ієрархічність у стосунках, конфлікти між працівниками, відсутність довіри, низька мотивація, професійне вигорання та недостатня підготовка до командної роботи.

Одним із найпоширеніших бар'єрів є дефіцит часу. Медична сестра часто змушена одночасно виконувати багато завдань: здійснювати маніпуляції, вести

документацію, відповідати на запити пацієнтів, виконувати призначення лікаря, передавати інформацію колегам і реагувати на невідкладні ситуації. У таких умовах комунікація може ставати короткою, фрагментарною або формальною. Це підвищує ризик втрати важливої інформації [95 - 98].

Другим суттєвим бар'єром є ієрархічність у медичному середовищі. У деяких колективах медична сестра може відчувати, що її думка менш важлива, ніж думка лікаря або керівника. Це може знижувати готовність повідомляти про ризики, ставити уточнювальні запитання або пропонувати зміни в догляді. Така ситуація є небезпечною, оскільки медична сестра часто першою помічає погіршення стану пацієнта.

Третім бар'єром є професійне вигорання і стрес. В умовах хронічного навантаження медичні сестри можуть втрачати емоційну стійкість, уважність, мотивацію до співпраці та здатність до конструктивного спілкування. Sani та співавт. підкреслюють, що робочий стрес негативно позначається на культурі безпеки пацієнтів [6]. Це означає, що стрес є не лише індивідуальною проблемою працівника, а й організаційним фактором, який впливає на якість медичної допомоги.

Четвертим бар'єром є нечіткість ролей. Якщо медичні сестри не мають чіткого розуміння своїх обов'язків або якщо функції між працівниками розподілені нерівномірно, виникають конфлікти, дублювання дій або пропущені завдання. Чіткий розподіл ролей особливо важливий у складних клінічних ситуаціях, коли команда повинна діяти швидко і злагоджено.

П'ятим бар'єром є недостатня комунікативна підготовка. Не всі медичні сестри проходять спеціальне навчання з командної взаємодії, управління конфліктами, передачі зміни або використання SBAR. Тому навіть досвідчені працівники можуть передавати інформацію неструктуровано, особливо в умовах стресу або дефіциту часу. Pazar та співавт. у 2024 році досліджували впровадження моделі SBAR у передачу зміни медичними сестрами дитячої

хірургії, що підтверджує актуальність навчання структурованої комунікації в сестринській практиці [9] .

Шостим бар'єром є несприятливий психологічний клімат. Якщо в колективі переважають конфлікти, недовіра, конкуренція, взаємні звинувачення або страх покарання, командна робота втрачає ефективність. У таких умовах працівники можуть уникати відкритого обговорення проблем, приховувати помилки або перекладати відповідальність один на одного. Навпаки, позитивний клімат сприяє відкритості, взаємній підтримці та спільному вирішенню проблем [99, 100].

Для подолання бар'єрів командної взаємодії необхідно впроваджувати системні заходи. До них належать регулярне навчання медичних сестер комунікативним інструментам, використання стандартизованих алгоритмів передачі інформації, розвиток етичного лідерства, підтримка психологічної безпеки, справедливий розподіл навантаження, профілактика професійного вигорання та формування культури відкритого повідомлення про помилки. Особливого значення набуває навчання командній роботі через симуляційні технології. Симуляційне навчання дозволяє відпрацьовувати клінічні сценарії без ризику для пацієнта, моделювати складні ситуації, тренувати передачу інформації, розподіл ролей, лідерство та взаємодію в умовах обмеженого часу. Це допомагає медичним сестрам підготуватися до реальних клінічних ситуацій і зменшити рівень невпевненості.

Отже, інструменти командної комунікації є необхідною умовою ефективної сестринської практики. SBAR, ISBAR, чек-листи, брифінги, дебрифінги, TeamSTEPPS і електронна документація допомагають структурувати взаємодію та зменшити ризик помилок. Водночас ефективність цих інструментів залежить від організаційної культури, психологічного клімату, лідерства, рівня підготовки персоналу та готовності команди до відкритої співпраці.

Висновок до розділу 1

Аналіз сучасної наукової літератури свідчить, що командна робота медичної сестри є складним багатовимірним явищем, яке включає професійну компетентність, комунікацію, лідерство, етику, психологічний клімат і використання структурованих інструментів взаємодії. Медична сестра в сучасній системі охорони здоров'я виступає не лише виконавцем медичних призначень, а важливим учасником міжпрофесійної команди, який забезпечує безперервність догляду, спостереження за пацієнтом, передачу інформації та підтримку безпеки.

Командна робота сприяє покращенню пацієнт-орієнтованої допомоги, зменшенню ризику пропущеного догляду, підвищенню якості комунікації та формуванню культури безпеки. Водночас її ефективність залежить від багатьох умов: достатнього кадрового забезпечення, чіткого розподілу ролей, етичного лідерства, психологічної безпеки, професійної підготовки та організаційної підтримки.

Таким чином, теоретичні засади командної роботи медичної сестри охоплюють не лише питання професійної взаємодії, а й ширший контекст якості медичної допомоги, безпеки пацієнта, професійного благополуччя персоналу та розвитку сучасного медсестринства.

РОЗДІЛ 2

МЕТОДИ ТА ОРГАНІЗАЦІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та організація дослідження

Дослідження було спрямоване на вивчення особливостей командної роботи медичної сестри в умовах організації щоденного сестринського догляду, а також на оцінювання можливостей покращення командної взаємодії шляхом впровадження короткого навчального модуля з командної комунікації.

Емпіричну частину роботи побудовано як прикладне організаційно-педагогічне дослідження з елементами порівняльного аналізу. Дизайн дослідження передбачав оцінювання вихідного рівня командної взаємодії медичного персоналу, проведення навчального модуля та повторне оцінювання окремих показників після його впровадження.

Дослідження мало умовно-експериментальний характер і включало три послідовні етапи.

На першому етапі було здійснено аналіз теоретичних джерел щодо сутності командної роботи медичної сестри, комунікації у сестринській практиці, лідерства, етичного клімату та бар'єрів взаємодії у медичному колективі.

На другому етапі було проведено первинне оцінювання стану командної роботи в умовній групі респондентів. Для цього використано анкетування, експертне оцінювання та спостереження за процесом передавання чергування між медичними сестрами.

На третьому етапі було змодельовано впровадження короткого навчального модуля, спрямованого на покращення командної комунікації, використання структурованих інструментів передавання інформації та підвищення готовності персоналу до взаємної підтримки. Після завершення

навчання проведено повторне оцінювання окремих показників командної роботи та здійснено порівняльний аналіз отриманих даних.

Такий дизайн дозволив не лише описати наявний рівень командної взаємодії, а й оцінити потенційні зміни після цілеспрямованого організаційно-навчального впливу.

2.2. База дослідження та характеристика респондентів

Дослідження було проведено на базі ТОВ «Медичний центр «РІШОН», де командна взаємодія медичних сестер має важливе значення для забезпечення безперервності догляду, своєчасного передавання клінічної інформації та підтримання безпеки пацієнтів.

До дослідження було включено 40 респондентів, які представляли основні професійні групи, залучені до щоденного лікувально-діагностичного процесу та сестринського догляду: медичних сестер 22 (55%), старших медичних сестер 4 (10%), лікарів 10 (25%), представників молодшого медичного персоналу 4 (10%).

Основну частину вибірки становили медичні сестри, оскільки саме вони безпосередньо виконують більшість сестринських втручань, забезпечують постійний контакт із пацієнтами, беруть участь у передаванні чергування та координують значну частину поточної інформації між членами медичної команди.

Залучення старших медичних сестер дозволило оцінити організаційні аспекти командної роботи, зокрема розподіл обов'язків, контроль якості передавання інформації, підтримку молодших працівників і дотримання стандартів сестринської практики. Участь лікарів дала можливість врахувати міжпрофесійну взаємодію між лікарським і сестринським персоналом. Представники молодшого медичного персоналу були включені для оцінювання

допоміжних аспектів командної роботи, що впливають на повсякденну організацію догляду.

Для формування досліджуваної групи було визначено критерії включення та виключення.

До критеріїв включення належали:

1. робота у закладі охорони здоров'я стаціонарного типу;
2. участь у щоденному процесі догляду за пацієнтами;
3. досвід професійної діяльності у відповідному підрозділі не менше 6 місяців;
4. безпосередня участь у командній взаємодії, передаванні інформації або організації сестринського догляду;
5. добровільна згода на участь у дослідженні.

Критеріями виключення були:

1. відсутність практичного досвіду роботи в досліджуваному підрозділі;
2. перебування у відпустці, на лікарняному або стажуванні під час проведення дослідження;
3. відмова від участі;
4. неповне заповнення анкети;
5. відсутність участі у процесах командної взаємодії або передавання чергування.

Застосування критеріїв включення і виключення дозволило сформувати групу респондентів, професійна діяльність яких безпосередньо пов'язана з темою дослідження.

2.3. Методи дослідження

Для досягнення мети роботи було використано комплекс теоретичних та емпіричних методів.

До *теоретичних* методів належали аналіз, узагальнення, систематизація та порівняння наукових джерел із проблем командної роботи медичної сестри, професійної комунікації, лідерства, психологічного клімату та інструментів командної взаємодії.

До *емпіричних* методів належали:

- анкетування респондентів;
- спостереження за процесом передавання чергування;
- експертне оцінювання командної взаємодії;
- порівняльний аналіз показників до і після впровадження навчального модуля.

Анкетування застосовувалося для визначення суб'єктивної оцінки респондентами стану командної роботи у колективі. Цей метод дозволив отримати інформацію щодо зрозумілості професійних ролей, якості передавання інформації, психологічного клімату, готовності повідомляти про ризики, частоти конфліктних ситуацій та використання стандартизованих інструментів комунікації.

Спостереження використовувалося для оцінювання реального процесу передавання чергування між медичними сестрами. Особлива увага приділялася структурованості інформації, повноті повідомлень, чіткості формулювань, залученості учасників і наявності зворотного зв'язку.

Експертне оцінювання застосовувалося для отримання зовнішньої оцінки командної взаємодії. Експертами могли виступати старші медичні сестри, керівники підрозділів або фахівці, які мають досвід організації сестринського процесу. Порівняльний аналіз показників до і після навчання дозволив оцінити можливу динаміку командної роботи після впровадження короткого навчального модуля.

Анкета оцінювання командної роботи. Для збору емпіричних даних було розроблено анкету оцінювання командної роботи медичного персоналу

(Додаток 1). Анкета містила кілька тематичних блоків, які відповідали основним складовим командної взаємодії у сестринській практиці:

- Перший блок стосувався зрозумілості професійних ролей. Він дозволяв оцінити, наскільки респонденти розуміють власні обов'язки, межі відповідальності та функції інших членів команди.
- Другий блок був присвячений якості передавання інформації. У ньому оцінювалися повнота, своєчасність, точність і структурованість комунікації між працівниками.
- Третій блок охоплював психологічний клімат у колективі. Він включав питання щодо довіри, взаємної підтримки, відкритості до обговорення проблем і готовності допомагати колегам.
- Четвертий блок стосувався участі медичної сестри у прийнятті рішень. Він дозволяв оцінити, чи враховується професійна думка медичної сестри під час організації догляду та обговорення стану пацієнта.
- П'ятий блок був спрямований на оцінювання частоти конфліктів і бар'єрів взаємодії. Він містив питання щодо непорозумінь, дефіциту часу, нечіткості обов'язків і труднощів у спілкуванні з іншими членами команди.
- Шостий блок оцінював готовність респондентів повідомляти про ризики, помилки або потенційно небезпечні ситуації.
- Сьомий блок стосувався використання стандартизованих інструментів комунікації, зокрема SBAR, чек-листів, коротких брифінгів і структурованої передачі зміни.

Оцінювання здійснювалося за п'ятибальною шкалою, де:

- 1 бал — ознака практично не виражена;
- 2 бали — ознака виражена слабо;
- 3 бали — середній рівень прояву ознаки;
- 4 бали — достатній рівень прояву ознаки;
- 5 балів — високий рівень сформованості ознаки.

Такий підхід дозволив кількісно оцінити окремі компоненти командної роботи та порівняти їх до і після навчального впливу.

Карта спостереження передавання чергування. Для більш об'єктивного оцінювання командної комунікації було використано карту спостереження передавання чергування (Додаток 2). Її застосування дозволяло оцінити не лише суб'єктивну думку респондентів, а й практичну реалізацію командної взаємодії під час одного з найбільш важливих процесів сестринської діяльності.

Карта спостереження включала такі критерії:

- повнота переданої інформації про пацієнта;
- структурованість повідомлення;
- чіткість визначення актуальних проблем пацієнта;
- згадування ризиків і потенційних ускладнень;
- наявність рекомендацій для наступної зміни;
- можливість уточнювальних запитань;
- зворотний зв'язок між медичними сестрами;
- дотримання конфіденційності;
- використання стандартизованих інструментів комунікації;
- загальна організованість процесу передавання чергування.

Кожен критерій оцінювався за п'ятибальною шкалою. Отримані результати дозволяли визначити сильні та слабкі сторони передачі інформації між змінами, а також обґрунтувати необхідність використання структурованих комунікативних алгоритмів.

Експертне оцінювання командної взаємодії. Експертне оцінювання проводилося з метою отримання професійної оцінки стану командної роботи з боку осіб, які мають організаційний або управлінський досвід у сестринській практиці. Експерти оцінювали не окремих працівників, а загальні характеристики командної взаємодії у підрозділі.

До основних параметрів експертного оцінювання належали:

- рівень узгодженості дій між членами команди;

- чіткість розподілу обов’язків;
- якість вертикальної та горизонтальної комунікації;
- готовність персоналу до взаємної підтримки;
- своєчасність повідомлення про ризики;
- ефективність передавання чергування;
- рівень конфліктності;
- здатність команди діяти в умовах підвищеного навантаження;
- наявність лідерської підтримки;
- загальна культура командної роботи.

Експертне оцінювання доповнювало результати анкетування та спостереження, що підвищувало достовірність інтерпретації отриманих даних.

2.4. Навчальний модуль з командної роботи

З метою покращення командної взаємодії було розроблено короткий навчальний модуль для медичного персоналу. Його зміст був спрямований на формування практичних навичок командної комунікації, підвищення розуміння ролі медичної сестри в команді та впровадження структурованих підходів до передавання інформації.

Навчальний модуль включав такі тематичні блоки:

1. сутність командної роботи у сестринській практиці;
2. роль медичної сестри в мультидисциплінарній команді;
3. принципи ефективної комунікації;
4. структура передавання інформації за алгоритмом SBAR;
5. бар’єри взаємодії та способи їх подолання;
6. психологічна безпека і готовність повідомляти про ризики;
7. взаємна підтримка та лідерство у сестринській команді.

Навчання проводилося у форматі короткої теоретичної частини та практичного відпрацювання типових ситуацій. Практичний компонент

передбачав моделювання передачі чергування, обговорення клінічних прикладів, аналіз комунікативних помилок і формування коротких алгоритмів взаємодії.

Особливу увагу було приділено використанню SBAR як інструменту структурованої комунікації. Учасники навчання відпрацьовували послідовне передавання інформації за чотирма компонентами: ситуація, передумови, оцінка та рекомендація. Це дозволяло зробити повідомлення більш логічним, коротким і клінічно значущим.

Алгоритм упровадження навчального модуля. Упровадження навчального модуля здійснювалося послідовно. На підготовчому етапі було визначено основні проблеми командної взаємодії, які потребували корекції. До них належали недостатня структурованість передавання інформації, неповне повідомлення про ризики, фрагментарна участь медичних сестер у прийнятті рішень та недостатнє використання стандартизованих інструментів комунікації. На основному етапі проводилося навчання учасників. Теоретична частина була спрямована на формування розуміння значення командної роботи для безпеки пацієнта та якості догляду. Практична частина включала відпрацювання ситуацій передавання чергування, використання алгоритму SBAR, обговорення бар'єрів комунікації та пошук шляхів їх подолання.

Етичні принципи дослідження. Проведення дослідження передбачало дотримання основних етичних принципів: добровільності участі, анонімності, конфіденційності, поваги до професійної гідності респондентів і недопущення використання отриманих даних для персонального оцінювання працівників.

Усі респонденти мали бути поінформовані про мету дослідження, його зміст, порядок участі та можливість відмовитися від участі на будь-якому етапі без негативних наслідків. Анкетування проводилося анонімно. Отримані результати аналізувалися лише в узагальненому вигляді.

Спостереження за передаванням чергування мало бути спрямоване не на контроль або покарання окремих працівників, а на виявлення організаційних

проблем, що впливають на якість командної комунікації. Це дозволяло зберегти довіру учасників і забезпечити коректність проведення дослідження.

2.5. Методи статистичної обробки результатів

Для обробки отриманих даних було використано методи описової статистики. Кількісні показники узагальнювалися шляхом розрахунку середніх значень. Для кожного показника визначалися значення до та після впровадження навчального модуля, після чого обчислювалася динаміка змін. Результати анкетування та спостереження подавалися у вигляді середніх балів за п'ятибальною шкалою. Для якісної інтерпретації отриманих значень було використано такі рівні:

- 1,0–2,0 бала — низький рівень;
- 2,1–3,0 бала — недостатній рівень;
- 3,1–4,0 бала — середній або достатній рівень;
- 4,1–5,0 бала — високий рівень.

Для порівняння показників до і після навчання застосовувався порівняльний аналіз абсолютної різниці середніх значень. Отримані результати інтерпретувалися з урахуванням змісту досліджуваних показників і практичної значущості змін.

У разі проведення багато центрального дослідження для більш поглибленої статистичної обробки доцільно використовувати t-критерій Стюдента для залежних вибірок або непараметричний критерій Вілкоксона за умови невідповідності даних нормальному розподілу.

Обмеження дослідження. Дослідження має низку обмежень:

- По-перше, воно побудоване як умовне прикладне дослідження, тому отримані результати можуть бути використані переважно як модель для подальшого практичного впровадження в реальному закладі охорони здоров'я.

- По-друге, кількість респондентів є обмеженою, що не дозволяє поширювати результати на всі категорії медичних працівників або всі типи закладів охорони здоров'я.
- По-третє, частина даних отримується шляхом самооцінювання, що може супроводжуватися суб'єктивністю відповідей. Респонденти можуть завищувати або занижувати оцінку командної роботи залежно від власного досвіду, стосунків у колективі або ставлення до теми дослідження.

По-четверте, короткий період після впровадження навчального модуля не дозволяє оцінити довготривалу стійкість отриманих змін. Для більш повної оцінки ефективності навчання доцільно проводити повторне вимірювання через 1–3 місяці після втручання.

Попри зазначені обмеження, запропонована модель дослідження дозволяє комплексно оцінити стан командної роботи медичної сестри, визначити основні проблеми взаємодії та обґрунтувати напрями її покращення.

Висновки до розділу 2

У другому розділі обґрунтовано матеріали та методи дослідження командної роботи медичної сестри. Запропоноване дослідження має прикладний характер і спрямоване на оцінювання командної взаємодії в умовах щоденного сестринського догляду.

До дослідження було включено 40 респондентів, серед яких основну частину становили медичні сестри. Для збору даних використано анкетування, спостереження за передаванням чергування, експертне оцінювання та порівняльний аналіз показників до і після впровадження навчального модуля.

Розроблена анкета дозволила оцінити зрозумілість ролей, якість передавання інформації, психологічний клімат, участь медичної сестри у прийнятті рішень, готовність повідомляти про ризики та використання стандартизованих інструментів комунікації. Карта спостереження дала

можливість оцінити практичну реалізацію командної комунікації під час передавання чергування.

Запропонований навчальний модуль був спрямований на покращення командної роботи, розвиток структурованої комунікації, взаємної підтримки та готовності персоналу повідомляти про ризики. Порівняння показників до і після навчання показало позитивну динаміку за ключовими параметрами командної взаємодії.

Таким чином, обрана методика дослідження є доцільною для вивчення командної роботи медичної сестри та може бути адаптована для практичного використання у закладах охорони здоров'я.

РОЗДІЛ 3

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ

У цьому розділі подано результати емпіричного дослідження командної роботи медичної сестри, проведеного відповідно до методологічних підходів, описаних у розділі 2.

Аналіз результатів здійснювався за трьома основними напрямками: визначення вихідного рівня командної роботи, порівняння показників до і після впровадження навчального модуля та розроблення моделі удосконалення командної роботи медичної сестри. В основу аналізу покладено дані анкетування, карти спостереження передавання чергування, експертного оцінювання та відкритих відповідей респондентів.

Дослідження мало прикладний характер і було спрямоване на виявлення тих компонентів командної взаємодії, які найбільше впливають на якість щоденного сестринського догляду. Основну увагу приділено структурованості передачі інформації, взаємній підтримці, готовності повідомляти про ризики, психологічному клімату, участі медичної сестри в командних рішеннях і використанню стандартизованих інструментів комунікації.

Оцінювання здійснювалося за п'ятибальною шкалою, де 1 бал відповідав мінімальному прояву ознаки, а 5 балів – високому рівню її сформованості. Для інтерпретації даних використовувалися такі рівні: 1,0–2,0 бала – низький рівень; 2,1–3,0 бала – недостатній рівень; 3,1–4,0 бала – середній або достатній рівень; 4,1–5,0 бала – високий рівень.

Таблиця 1

Характеристика респондентів, залучених до дослідження

Категорія респондентів	Кількість осіб	Частка, %
Медичні сестри	22	55,0
Старші медичні сестри	4	10,0

Лікарі	10	25
Молодший медичний персонал	4	10,0
Усього	60	100,0

3.1. Аналіз вихідного рівня командної роботи

Первинне оцінювання командної роботи дозволило визначити вихідний стан взаємодії між медичними сестрами та іншими членами медичної команди. Результати показали, що загальний інтегральний показник командної роботи становив 3,05 бала, що відповідає середньому рівню сформованості. Це свідчить про наявність базових елементів командної взаємодії, однак також указує на потребу в організаційному вдосконаленні окремих її компонентів.

Найбільш відносно сильними компонентами на початковому етапі були взаємна підтримка у колективі та зрозумілість професійних ролей. Водночас нижчі значення отримано за показниками використання стандартизованих інструментів комунікації, профілактики конфліктів та участі медичної сестри у прийнятті командних рішень. Таке співвідношення результатів свідчить, що персонал загалом був готовий до взаємодії, але ця взаємодія не мала достатньої структурованості та системності.

Таблиця 2

Вихідний рівень основних складових командної роботи

Показник	Середній бал	Рівень
Зрозумілість професійних ролей	3.3	середній
Якість передавання інформації під час зміни	3.1	середній
Взаємна підтримка у колективі	3.4	достатній
Участь медичної сестри у командних рішеннях	2.9	недостатній
Психологічний клімат у відділенні	3.2	середній

Готовність повідомляти про ризики	3.0	середній
Використання стандартизованих інструментів комунікації	2.7	недостатній
Командна відповідальність	3.1	середній
Профілактика конфліктів	2.8	недостатній
Загальний інтегральний показник командної роботи	3.05	середній

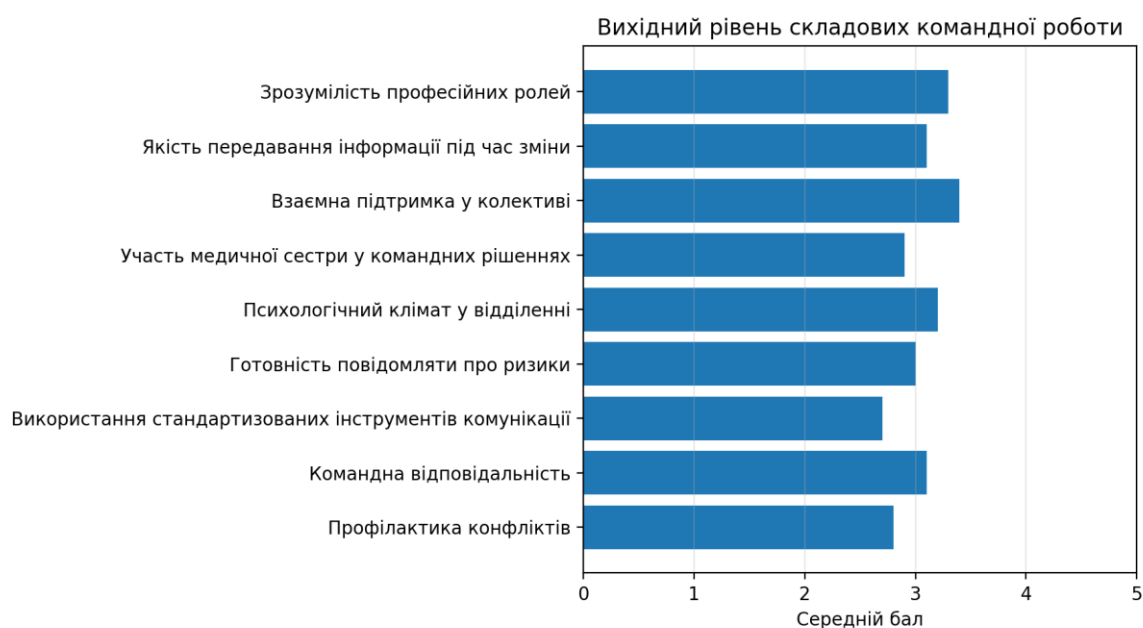


Рисунок 1. Вихідний рівень складових командної роботи медичного персоналу

Як видно з таблиці 2 та рисунка 1, найнижчий бал отримав показник використання стандартизованих інструментів комунікації – 2,7 бала. Це означає, що у практиці передавання чергування та поточної взаємодії персонал не завжди застосовував єдину форму повідомлення, чек-лист або алгоритм SBAR. Унаслідок цього інформація могла передаватися фрагментарно, залежно від індивідуального досвіду та стилю роботи конкретної медичної сестри.

Показник участі медичної сестри у прийнятті командних рішень становив 2,9 бала. Це свідчить про те, що професійна думка медичної сестри не завжди достатньо враховувалася при обговоренні стану пацієнта, плануванні догляду

або визначенні пріоритетів у роботі зміни. Така ситуація є типовою для колективів із вираженою вертикальною ієрархією, де ініціатива медичної сестри може обмежуватися традиційним розумінням її ролі як виконавця призначень.

Показник психологічного клімату становив 3,2 бала, що відповідає середньому рівню. Респонденти відзначали наявність взаємної підтримки, однак водночас указували на окремі труднощі, пов'язані з нерівномірним розподілом навантаження, дефіцитом часу і страхом критики у разі повідомлення про помилку або ризик.

Аналіз розподілу респондентів за рівнями сформованості командної роботи (таблиця 3) показав, що майже половина учасників мала середній або достатній рівень командної взаємодії.

Таблиця 3

Розподіл рівнів сформованості командної роботи за результатами первинного анкетування

Рівень сформованості	Діапазон балів	Кількість респондентів	Частка, %
Низький	1,0–2,0	4	6.7
Недостатній	2,1–3,0	22	36.7
Середній / достатній	3,1–4,0	29	48.3
Високий	4,1–5,0	5	8.3
Усього	—	60	100.0

Водночас 36,7 % респондентів продемонстрували недостатній рівень, що підтверджує актуальність розроблення цілеспрямованої програми вдосконалення командної роботи.

Спостереження за передаванням чергування підтвердило результати анкетування (таблиця 4).

Таблиця 4

**Результати спостереження за передаванням
чергування на початковому етапі**

Критерій спостереження	Середній бал	Інтерпретація
Повнота інформації про пацієнта	3.2	середній
Структурованість повідомлення	3.1	середній
Наявність даних про ризики	2.9	недостатній
Рекомендації для наступної зміни	2.8	недостатній
Можливість уточнювальних запитань	3.3	середній
Зворотний зв'язок між медичними сестрами	3.0	недостатній
Дотримання конфіденційності	4.0	середній
Використання чек-листа / SBAR	2.6	недостатній

Найбільш проблемними були такі критерії, як використання чек-листа або алгоритму SBAR (таблиця 5, рис. 2), наявність рекомендацій для наступної зміни та обов'язкове повідомлення про ризики. Це свідчить, що передавання інформації часто мало описовий характер і не завжди містило чітко сформульовані завдання для наступної зміни.

Таблиця 5

Типові бар'єри командної взаємодії, визначені респондентами

Бар'єр командної взаємодії	Кількість відповідей	Частка, %
Дефіцит часу під час зміни	41	68.3
Нечіткий розподіл обов'язків	35	58.3
Неструктуроване передавання інформації	38	63.3
Страх повідомляти про помилки або ризики	29	48.3
Недостатнє використання алгоритму SBAR	44	73.3
Конфлікти між працівниками	23	38.3

Відсутність регулярних сестринських нарад	33	55.0
---	----	------

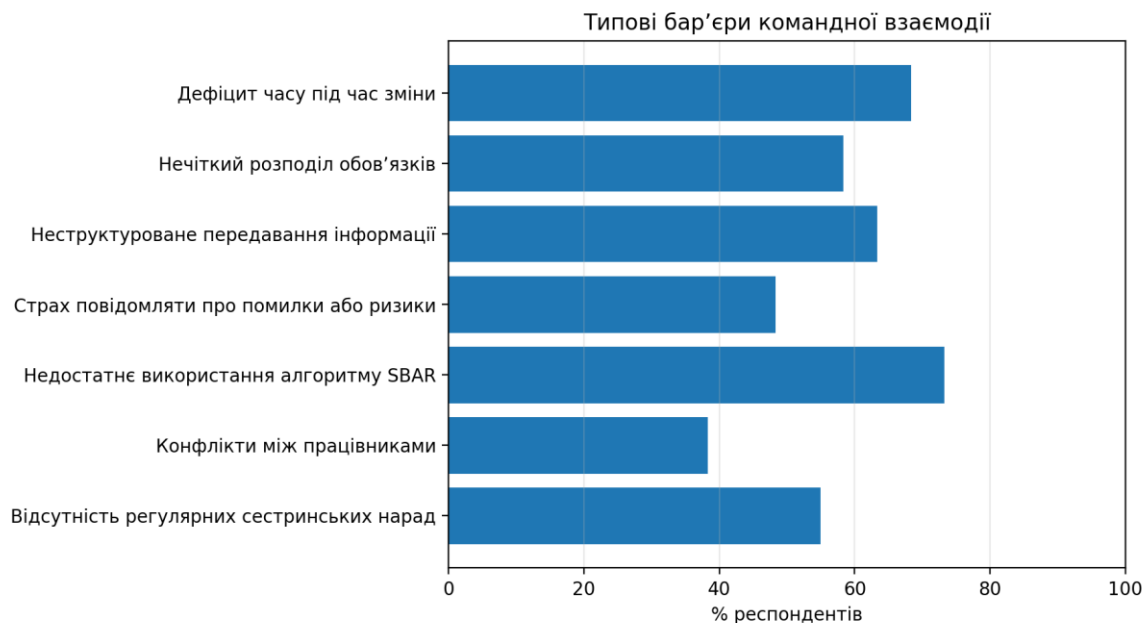


Рисунок 2. Частота виявлення типових бар'єрів командної взаємодії

Найчастіше респонденти вказували на недостатнє використання алгоритму SBAR або іншої стандартизованої форми передавання інформації. Цей бар'єр зазначили 73,3 % опитаних. Другим за частотою був дефіцит часу під час зміни – 68,3 %. Неструктуроване передавання інформації відзначили 63,3 % респондентів. Отримані результати свідчать, що основні проблеми командної роботи були пов'язані не стільки з небажанням персоналу співпрацювати, скільки з відсутністю чітких організаційних алгоритмів.

Таким чином, аналіз вихідного рівня командної роботи показав, що у колективі були наявні передумови для ефективної взаємодії, однак існували суттєві бар'єри, пов'язані зі структурою комунікації, психологічною безпекою і недостатнім використанням стандартизованих інструментів. Саме ці напрями були визначені як пріоритетні для подальшого навчального впливу.

3.2. Порівняння показників до і після навчання

Після проведення навчального модуля було здійснено повторне оцінювання основних показників командної роботи. Навчальний модуль був спрямований на формування навичок структурованої передачі інформації, використання алгоритму SBAR, розвиток взаємної підтримки, підвищення готовності повідомляти про ризики та формування безпечного комунікативного середовища.

Порівняння показників до і після навчання (таблиця 6, рис. 3) засвідчило позитивну динаміку за всіма оцінюваними критеріями. Найбільше зростання спостерігалось за показниками використання SBAR / чек-листів, якості передавання інформації під час зміни, готовності повідомляти про ризики та участі медичної сестри у прийнятті командних рішень.

Таблиця 6

Порівняння показників командної роботи до і після навчання

Показник	До навчання	Після навчання	Абсолютна динаміка	Відносна динаміка, %
Ролі	3.3	4.0	0.7	21.2
Інформація	3.1	4.2	1.1	35.5
Підтримка	3.4	4.1	0.7	20.6
Рішення	2.9	3.8	0.9	31.0
Клімат	3.2	3.9	0.7	21.9
Ризики	3.0	4.0	1.0	33.3
SBAR	2.7	4.1	1.4	51.9
Відповідальність	3.1	4.0	0.9	29.0
Конфлікти	2.8	3.7	0.9	32.1
Інтегральний	3.05	3.98	0.93	30.5

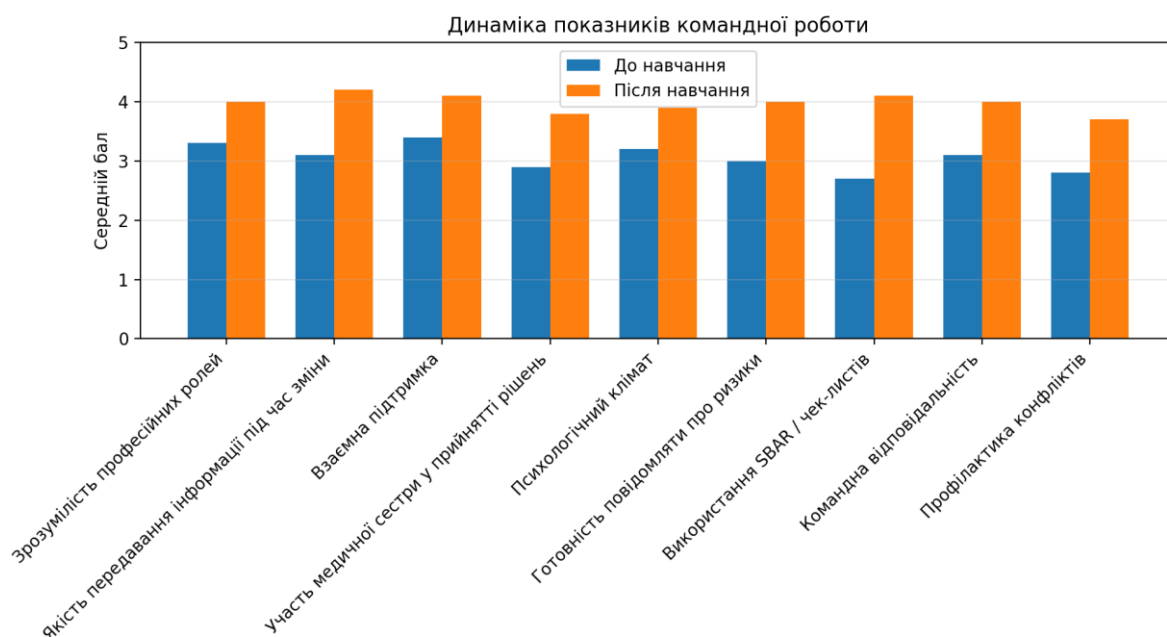


Рисунок 3. Порівняння показників командної роботи до і після навчання

Загальний інтегральний показник командної роботи збільшився з 3,05 до 3,98 бала, тобто на 0,93 бала, або на 30,5 %. Така динаміка вказує на перехід від середнього рівня сформованості командної роботи до достатнього рівня, близького до високого. Найбільш виражене покращення було зафіксовано за показником використання стандартизованих інструментів комунікації, який зріс із 2,7 до 4,1 бала. Це підтверджує ефективність практичного відпрацювання алгоритму SBAR і чек-листа передавання чергування.

Показник якості передавання інформації (таблиця 7, рис. 4) під час зміни зріс із 3,1 до 4,2 бала. Це означає, що після навчання повідомлення між медичними сестрами стали більш структурованими, конкретними та орієнтованими на клінічно значущу інформацію. У процесі передавання чергування частіше згадувалися актуальні проблеми пацієнтів, потенційні ризики, необхідні дії наступної зміни та рекомендації щодо спостереження.

Готовність повідомляти про ризики зросла з 3,0 до 4,0 бала. Це свідчить про підвищення психологічної безпеки у колективі та зменшення страху перед відкритим обговоренням потенційно небезпечних ситуацій. Важливо, що покращення цього показника має не лише комунікативне, а й безпекове

значення, оскільки своєчасне повідомлення про ризики є важливою умовою профілактики помилок.

Таблиця 7

Динаміка критеріїв передавання чергування за картою спостереження

Критерій спостереження	До навчання	Після навчання	Динаміка
Повнота інформації про пацієнта	3.2	4.1	0.9
Структурованість повідомлення	3.1	4.2	1.1
Наявність даних про ризики	2.9	4.0	1.1
Рекомендації для наступної зміни	2.8	3.9	1.1
Можливість уточнювальних запитань	3.3	4.1	0.8
Зворотний зв'язок між медичними сестрами	3.0	3.9	0.9
Дотримання конфіденційності	4.0	4.3	0.3
Використання чек-листа / SBAR	2.6	4.1	1.5



Рисунок 4. Профіль командної роботи до і після навчального модуля

Дані карток спостереження засвідчили, що після навчання найбільше покращилися структурованість повідомлення, використання чек-листа або SBAR і наявність інформації про ризики. Це підтверджує, що навчальний модуль мав найбільш безпосередній вплив саме на ті компоненти, які були предметом практичного відпрацювання.

Аналіз відкритих відповідей респондентів дозволив уточнити кількісні результати (таблиця 8, 9).

Таблиця 8

**Узагальнена оцінка ефективності навчального модуля
за ключовими напрямками**

Напрямок оцінювання	Зміни після навчання	Практичне значення
Комунікація під час зміни	покращення структурованості та повноти інформації	зниження ризику втрати важливих клінічних даних
Взаємна підтримка	зростання готовності допомагати колегам	більш рівномірний розподіл навантаження
Повідомлення про ризики	підвищення відкритості до обговорення небезпечних ситуацій	підтримка культури безпеки пацієнта
Участь медичної сестри в рішеннях	активніше залучення до обговорення стану пацієнта	посилення професійної ролі медичної сестри
Психологічний клімат	зростання довіри та зменшення напруженості	покращення умов командної взаємодії

Учасники зазначали, що після навчання стало легше формулювати клінічну проблему, передавати інформацію коротко і послідовно, ставити уточнювальні запитання та звертатися по допомогу до колег. Частина респондентів відзначила, що використання єдиної форми передавання чергування зменшує емоційне напруження, оскільки персонал краще розуміє, яку саме інформацію необхідно повідомити.

Таблиця 9

Тематичний аналіз відкритих відповідей респондентів

Тема відповіді	Кількість згадувань	Частка, %
Потреба в чіткішій передачі інформації між змінами	24	40.0
Необхідність коротких командних нарад	21	35.0
Потреба в наставництві для нових працівників	18	30.0
Побоювання повідомляти про помилки	17	28.3
Нерівномірний розподіл навантаження	26	43.3
Потреба у стандартизованих формах передачі чергування	31	51.7

Отже, порівняльний аналіз засвідчив позитивний вплив навчального модуля на більшість компонентів командної роботи. Однак отримані результати також свідчать, що одноразове навчання не може повністю вирішити всі проблеми командної взаємодії. Для закріплення позитивних змін необхідна системна модель удосконалення, яка включатиме регулярний моніторинг, підтримку старшої медичної сестри, наставництво та стандартизацію комунікативних процесів.

3.3. Модель удосконалення командної роботи медичної сестри

На основі результатів дослідження було розроблено модель удосконалення командної роботи медичної сестри. Модель спрямована на усунення виявлених бар'єрів і закріплення позитивних змін, отриманих після навчального модуля. Її основна мета полягає у формуванні сталої системи командної взаємодії, у якій передавання інформації є структурованим, ролі членів команди зрозумілими, а психологічне середовище – безпечним для відкритого обговорення ризиків.

Запропонована модель (таблиця 10, рис. 5) складається з п'яти взаємопов'язаних компонентів: стандартизованої комунікації, командної відповідальності, лідерства старшої медичної сестри, психологічної безпеки та безперервного навчання. Кожен компонент має власні практичні інструменти реалізації та очікувані результати.

Таблиця 10

Структурні компоненти моделі удосконалення командної роботи медичної сестри

Компонент моделі	Інструменти реалізації	Очікуваний результат
Стандартизована комунікація	SBAR, чек-листи, короткий алгоритм передачі зміни	зменшення втрати клінічно важливої інформації
Командна відповідальність	спільне обговорення ризиків без пошуку винних	підвищення готовності повідомляти про небезпечні ситуації
Лідерство старшої медичної сестри	координація зміни, наставництво, контроль якості комунікації	покращення організованості роботи сестринської команди
Психологічна безпека	відкритий зворотний зв'язок, підтримка, етична взаємодія	зниження конфліктності та професійної напруги
Навчання і супервізія	щомісячні міні-тренінги, аналіз випадків, відпрацювання сценаріїв	закріплення командних навичок у щоденній практиці

Модель удосконалення роботи медичної сестри

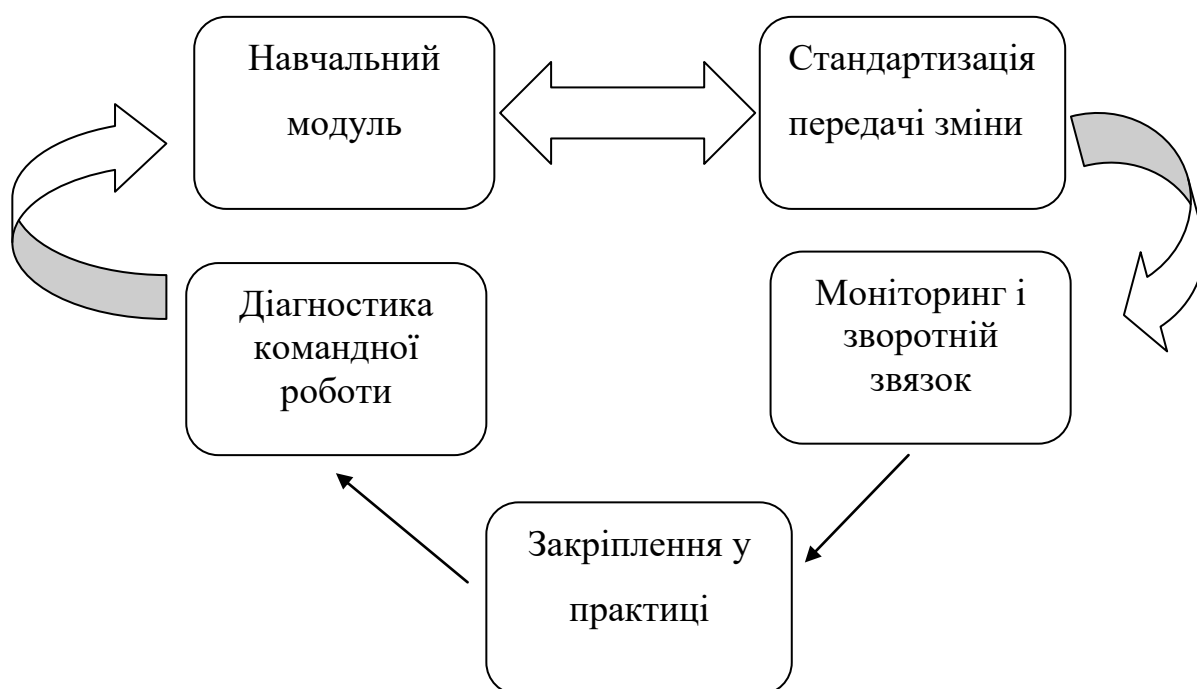


Рисунок 5. Узагальнена модель удосконалення командної роботи медичної сестри

Першим компонентом моделі є стандартизована комунікація. Вона передбачає впровадження єдиної форми передавання інформації під час зміни, використання алгоритму SBAR, чек-листів і коротких усних брифінгів. Такий підхід дозволяє уникнути випадкового пропуску важливих даних, скоротити час передачі чергування та підвищити зрозумілість повідомлень.

Другим компонентом є командна відповідальність. Її сутність полягає у тому, що якість сестринського догляду розглядається як результат спільної діяльності всієї команди, а не лише окремого працівника. Практична реалізація цього компонента передбачає регулярне обговорення типових помилок без персонального звинувачення, спільний аналіз складних ситуацій і формування культури повідомлення про ризики.

Третім компонентом є лідерство старшої медичної сестри. Саме старша медична сестра має координувати впровадження змін, здійснювати моніторинг

командного клімату, організовувати наставництво, підтримувати нових працівників і контролювати якість передавання чергування. Її роль полягає не лише в адміністративному контролі, а й у створенні умов для професійної підтримки та відкритого зворотного зв'язку.

Четвертий компонент – психологічна безпека. Без неї працівники можуть уникати повідомлення про помилки, не ставити уточнювальних запитань і не висловлювати професійні зауваження. Тому важливо формувати середовище, у якому повідомлення про ризик розглядається не як прояв некомпетентності, а як професійна відповідальність.

П'ятий компонент – безперервне навчання і супервізія. Командна робота не може бути сформована одноразовим тренінгом. Вона потребує регулярного відпрацювання навичок, аналізу клінічних ситуацій, обміну досвідом і періодичного повторного оцінювання. Саме тому модель передбачає проведення коротких щомісячних навчальних занять або міні-тренінгів.

Практична значущість запропонованої моделі (таблиці 11 – 14) полягає у можливості її застосування у різних структурних підрозділах закладу охорони здоров'я. Вона не потребує складного технічного забезпечення, оскільки базується на організаційних змінах, навчанні персоналу, запровадженні коротких алгоритмів і регулярному зворотному зв'язку. Особливо важливим є те, що модель орієнтована не на покарання за помилки, а на створення умов для їх профілактики.

Таблиця 11

Практичний алгоритм передавання чергування за структурою SBAR

Етап	Зміст етапу	Приклад інформації
S – Situation / Ситуація	коротке визначення актуальної проблеми пацієнта	“Пацієнт після операції, скаржить на посилення болю, температура 37,8 °C”
B – Background /	короткі відомості про	“Післяопераційна доба 1,

Передумови	діагноз, лікування, важливі події за зміну	антибіотикотерапія, дренаж функціонує”
A – Assessment / Оцінка	сестринська оцінка стану, показники, ризики	“АТ стабільний, але біль посилюється, є ризик недостатнього знеболення”
R – Recommendation / Рекомендація	конкретні дії для наступної зміни	“Контролювати біль кожні 2 години, повідомити лікаря при зростанні температури”

Таблиця 12

Роль старшої медичної сестри у впровадженні моделі

Напрямок роботи	Зміст дій	Періодичність
Моніторинг командного клімату	коротке опитування персоналу, аналіз конфліктних ситуацій	1 раз на місяць
Контроль передачі чергування	вибіркове спостереження за передачею зміни за картою оцінювання	1 раз на 2 тижні
Наставництво	закріплення досвідченої медичної сестри за новим працівником	перші 1–3 місяці роботи
Міні-тренінги	відпрацювання SBAR, аналіз клінічних ситуацій	1 раз на місяць
Зворотний зв'язок	обговорення труднощів без персонального звинувачення	після складних ситуацій або планово

Таблиця 13

**Очікувані результати впровадження моделі
у практику сестринського догляду**

Очікуваний результат	Критерій оцінювання	Цільовий орієнтир
Підвищення якості передачі інформації	середній бал за картою спостереження	не нижче 4,0 бала
Зменшення комунікативних помилок	кількість зафіксованих неповних передач чергування	зниження не менше ніж на 25 %
Покращення психологічного клімату	середній бал за анкетуванням	не нижче 4,0 бала
Підвищення готовності повідомляти про ризики	частка респондентів із високою готовністю	не менше 70 %
Закріплення командних навичок	участь персоналу в міні-тренінгах	не менше 80 % персоналу

Таблиця 14

План впровадження моделі удосконалення командної роботи

Етап	Зміст заходів	Відповідальні особи	Очікуваний термін
Підготовчий	аналіз вихідного рівня командної роботи, визначення проблемних зон	старша медична сестра, адміністрація	1 тиждень
Навчальний	проведення короткого модуля з командної комунікації та SBAR	старша медична сестра, тренер/методист	1–2 тижні
Практичний	використання чек-листа передачі чергування у щоденній роботі	медичні сестри зміни	постійно
Контрольний	повторне оцінювання за анкетною і картою спостереження	старша медична сестра	через 1 місяць
Корекційний	обговорення результатів, уточнення алгоритмів, наставництво	старша медична сестра, завідувач відділення	щомісяця

Узагальнюючи результати дослідження, можна стверджувати, що командна робота медичної сестри є керованим процесом, який може бути покращений шляхом поєднання навчання, стандартизації комунікації, підтримки лідерства старшої медичної сестри та формування психологічно безпечного середовища. Найбільш чутливими до змін виявилися показники структурованості передачі інформації, використання SBAR і готовності повідомляти про ризики.

Висновки до розділу 3

1. Первинний аналіз показав, що вихідний рівень командної роботи медичного персоналу був середнім: інтегральний показник становив 3,05 бала. Найбільш проблемними компонентами були використання стандартизованих інструментів комунікації, участь медичної сестри у прийнятті командних рішень і профілактика конфліктів.
2. Основними бар'єрами командної взаємодії були недостатнє використання SBAR або іншої стандартизованої форми передачі інформації, дефіцит часу, неструктуроване передавання чергування, нечіткість ролей і страх повідомляти про помилки або ризики.
3. Після впровадження навчального модуля зафіксовано позитивну динаміку всіх досліджуваних показників. Інтегральний показник командної роботи зріс з 3,05 до 3,98 бала, що свідчить про перехід від середнього до достатнього рівня сформованості командної взаємодії.
4. Найбільше покращення спостерігалось за показниками використання стандартизованих інструментів комунікації, якості передавання інформації під час зміни та готовності повідомляти про ризики. Це підтверджує доцільність застосування короткого навчального модуля з командної комунікації.

5. На основі отриманих результатів розроблено модель удосконалення командної роботи медичної сестри, яка включає стандартизовану комунікацію, командну відповідальність, лідерство старшої медичної сестри, психологічну безпеку та безперервне навчання.
6. Запропонована модель може бути використана у практиці закладів охорони здоров'я для покращення якості передавання чергування, профілактики комунікативних помилок, підвищення взаємної підтримки та формування культури безпечної командної роботи.

ВИСНОВКИ

У роботі теоретично обґрунтовано та емпірично досліджено особливості командної роботи медичної сестри в умовах закладу охорони здоров'я. Отримані результати дозволили визначити основні чинники, що впливають на ефективність командної взаємодії, оцінити вихідний рівень її сформованості та розробити модель удосконалення командної роботи медичної сестри.

1. На підставі аналізу наукових джерел встановлено, що командна робота медичної сестри є важливою складовою сучасної сестринської практики та безпосередньо пов'язана з якістю медичної допомоги, безпекою пацієнта, ефективністю професійної комунікації та психологічним кліматом у колективі. Медична сестра в міжпрофесійній команді виконує не лише виконавчу, а й координаційну, комунікативну, спостережну та організаційну функції. Вона забезпечує безперервність догляду, передавання клінічно важливої інформації, підтримку пацієнта та взаємодію між різними учасниками лікувально-діагностичного процесу.
2. Визначено, що ефективна командна робота медичної сестри ґрунтується на таких ключових компонентах, як чіткий розподіл професійних ролей, структурована комунікація, взаємна підтримка, довіра, лідерство, етична взаємодія, психологічна безпека та готовність повідомляти про ризики. Особливе значення має передавання чергування, оскільки саме на цьому етапі існує підвищений ризик втрати важливої інформації про стан пацієнта. Тому використання стандартизованих інструментів комунікації, зокрема SBAR, є доцільним напрямом удосконалення сестринської практики.
3. У ході емпіричного дослідження, проведеного на базі ТОВ «Медичний центр «РІШОН»», було залучено 40 респондентів, серед яких основну частину становили медичні сестри — 22 особи, що склало 55,0% вибірки. Також у дослідженні брали участь 4 старші медичні сестри, 10 лікарів і 4 представники молодшого медичного персоналу. Такий склад респондентів

дозволив оцінити командну роботу не лише з позиції сестринського персоналу, а й з урахуванням міжпрофесійної взаємодії у закладі охорони здоров'я.

4. Аналіз вихідного рівня командної роботи показав, що загальний інтегральний показник командної взаємодії становив 3,05 бала за п'ятибальною шкалою, що відповідає середньому рівню сформованості. Це свідчить про наявність базових елементів командної роботи у колективі, проте також вказує на потребу в її подальшому вдосконаленні. Найбільш сформованими компонентами на початковому етапі були взаємна підтримка та зрозумілість професійних ролей, тоді як слабшими залишалися використання стандартизованих інструментів комунікації, профілактика конфліктів, участь медичної сестри у прийнятті командних рішень і готовність повідомляти про ризики.
5. Встановлено, що основними бар'єрами ефективної командної взаємодії були недостатня структурованість передавання інформації, неповне повідомлення про потенційні ризики, фрагментарне використання алгоритмів командної комунікації, дефіцит часу, нерівномірний розподіл навантаження та недостатній рівень відкритого зворотного зв'язку. Ці чинники можуть негативно впливати на якість сестринського догляду, своєчасність реагування на зміни стану пацієнта та загальну безпеку лікувально-діагностичного процесу.
6. Після впровадження навчального модуля з командної роботи було виявлено позитивну динаміку ключових показників командної взаємодії. Показник структурованості передачі інформації зріс із 3,1 до 4,2 бала, тобто на 1,1 бала; показник взаємної підтримки підвищився з 3,4 до 4,1 бала, тобто на 0,7 бала; готовність повідомляти про ризики зросла з 3,0 до 4,0 бала, тобто на 1,0 бала. Найбільш виражене покращення спостерігалось саме за структурованістю передавання інформації, що підтверджує ефективність

практичного відпрацювання алгоритму SBAR та стандартизованих підходів до комунікації.

7. Порівняльний аналіз результатів до і після навчання засвідчив, що короткий навчальний модуль може бути ефективним інструментом покращення командної роботи медичної сестри. Його впровадження сприяло підвищенню організованості передавання чергування, покращенню взаємної підтримки між працівниками, зростанню готовності повідомляти про ризики та формуванню більш відкритої командної культури. Це підтверджує доцільність систематичного навчання медичних сестер принципам командної взаємодії, структурованої комунікації та психологічної безпеки.
8. На основі отриманих результатів розроблено модель удосконалення командної роботи медичної сестри. Вона передбачає впровадження щотижневих коротких сестринських нарад, використання стандартизованої форми передавання інформації, навчання принципам взаємної підтримки, визначення відповідального за комунікацію під час зміни, регулярний аналіз складних клінічних ситуацій без пошуку винних, наставництво для нових працівників та моніторинг психологічного клімату в колективі. Основною метою такої моделі є створення безпечного середовища, у якому медична сестра може відкрито повідомляти про ризики, ставити уточнювальні запитання і брати участь у командному прийнятті рішень.
9. Практичне значення отриманих результатів полягає в тому, що запропоновані підходи можуть бути використані в діяльності закладів охорони здоров'я для підвищення якості сестринського догляду, покращення комунікації між членами медичної команди, зменшення ризику інформаційних втрат під час передавання чергування та формування культури професійної взаємопідтримки. Особливо важливою є роль старшої медичної сестри, яка має координувати впровадження змін, підтримувати наставництво, контролювати якість комунікації та сприяти конструктивному психологічному клімату.

СПИСОК ВИКОРИСТАНИХ ДЖЕРЕЛ

1. Baek H, Han K, Cho H, Ju J. Nursing teamwork is essential in promoting patient-centered care: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2023;22:433. doi:10.1186/s12912-023-01592-3.
2. Zaitoun RA, Said NB, de Tantillo L. Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: a systematic review. *BMC Nurs.* 2023;22:173. doi:10.1186/s12912-023-01305-w.
3. Cao H, Song Y, Wu Y, Du Y, He X, Chen Y, et al. What is nursing professionalism? A concept analysis. *BMC Nurs.* 2023;22:34. doi:10.1186/s12912-022-01161-0.
4. Ashour HMAA, El-Sayed SH, Mohamed SA, et al. From awareness to action: investigating the impact of big-five teamwork model training sessions on nursing teamwork, rationed nursing care and patient-centered care. *BMC Nurs.* 2025;24:214. doi:10.1186/s12912-025-02711-y.
5. Safdari A, Ramezani T, Mohammadi F, et al. The relationship between teamwork and the workload of nurses with missed nursing care in intensive care units in Iran: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2025;25:378. doi:10.1186/s12913-025-12583-2.
6. Alipour Z, Eskandari N, Ahmadi F, et al. The relationship between teamwork and moral distress among nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024;23:939. doi:10.1186/s12912-024-02437-3.
7. Lee SE, Quinn BL. Testing the association between the enabling and enacting factors of patient safety culture and patient safety outcomes. *BMC Nurs.* 2023;22:37. doi:10.1186/s12912-023-01196-x.
8. Kohanová D, Dziaková O, Gurková E, et al. Teamwork among nursing staff: a cross-sectional study. *Cent Eur J Nurs Midw.* 2024;15(1):1-9. doi:10.15452/CEJNM.2024.15.0002.

9. Cayllahua Curiñaupa AJ, Meneses-La-Riva ME, Suvo-Vega JA, et al. Attitude toward teamwork and work engagement as predictors of humanized care among nurses. *BMC Nurs.* 2025;24:775. doi:10.1186/s12912-025-03366-5.
10. Thapa DR, Stengård J, Ekström-Bergström A, Areskoug Josefsson K, Krettek A, Nyberg A. Facilitators for and barriers to nurses' work-related health: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21:218. doi:10.1186/s12912-022-01003-z.
11. Maddox L, Hoyle L, Mead D, et al. Staff perceptions of compassionate care, aids and barriers in clinical practice. *BMC Nurs.* 2022;21:188. doi:10.1186/s12912-022-00994-z.
12. Zenani NE, Bello B, Moleki MM. The contribution of interprofessional education in developing competent undergraduate nursing students: an integrative literature review. *BMC Nurs.* 2023;22:325. doi:10.1186/s12912-023-01482-8.
13. Keshmiri F, Rezai M, Mosaddegh R, et al. Exploring the experiences of the team members in the interprofessional education: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21:363. doi:10.1186/s12912-022-01147-y.
14. Bally JMG, Smith NR, Holtslander L, et al. Using an interprofessional competency framework to enhance collaborative practice in nursing education. *BMC Nurs.* 2022;21:207. doi:10.1186/s12912-022-00932-z.
15. Moloro AH, GebreEyesus FA, Tsegaye TB, et al. Interprofessional collaboration towards patient care among nurses and physicians in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nurs.* 2025;24:335. doi:10.1186/s12912-025-02847-x.
16. Ahmed DS, Abdelaziz EM, Mohamed SM, et al. Perception of medical and nursing students towards nurse-physician collaboration. *BMC Med Educ.* 2025;25:957. doi:10.1186/s12909-025-07150-6.
17. Mohamed SMM, Ahmed FR, Hassan A, et al. Effectiveness of interprofessional education on undergraduate nursing students' collaborative

- competencies: a systematic review and meta-analysis. *SAGE Open Nurs.* 2025;11:23779608251382513. doi:10.1177/23779608251382513.
- 18.Kangas S, Rintala TM, Jaatinen P, et al. The impact of interprofessional education on students' current and future interprofessional collaboration. *J Interprof Care.* 2022;36(6):831-840. doi:10.1080/13561820.2022.2039107.
 - 19.Ganotice FA, Chan S, Chow AYM, Fan KKH, et al. What factors facilitate interprofessional collaboration outcomes in interprofessional education? A multi-level perspective. *Nurse Educ Today.* 2022;114:105393. doi:10.1016/j.nedt.2022.105393.
 - 20.Stucky CH, De Jong MJ, Lowe AW, Mathews B. Nurse leaders: transforming interprofessional relationships to improve health care. *Nurs Adm Q.* 2022;46(2):E1-E10. doi:10.1097/NAQ.0000000000000516.
 - 21.He H, Yuan B, Wang J, et al. Perceived patient safety culture and its associated factors among clinical managers of tertiary hospitals in China. *BMC Nurs.* 2023;22:355. doi:10.1186/s12912-023-01494-4.
 - 22.Rawas H, Alshammari F, Albloushi M, et al. Predictors and outcomes of patient safety culture from nurses' perspectives. *BMC Nurs.* 2023;22:262. doi:10.1186/s12912-023-01391-w.
 - 23.Mohebi Z, Bagheri-Nesami M, Esmaeili R, et al. Patient safety culture and associated factors among nurses: a multicenter cross-sectional study in Iran. *BMC Nurs.* 2024;23:44. doi:10.1186/s12912-023-01684-0.
 - 24.Hafezi A, Babaii A, Aghaie B, et al. The relationship between patient safety culture and patient safety competency with adverse events among nurses. *BMC Nurs.* 2022;21:292. doi:10.1186/s12912-022-01076-w.
 - 25.Sánchez-García A, Tomás-Sábado J, Gómez-Salgado J, et al. Patient safety topics, especially the second victim phenomenon, in nursing curricula: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2023;22:290. doi:10.1186/s12912-023-01448-w.

- 26.Kwame A, Petrucka PM. A literature-based study of patient-centered care and communication in nurse-patient interactions: barriers, facilitators, and the way forward. *BMC Nurs.* 2021;20:158. doi:10.1186/s12912-021-00684-2.
- 27.Al-Kalaldeh M, Amro N, Qtait M. Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department. *Emerg Nurse.* 2021;29(2):28-34. doi:10.7748/en.2020.e2020.
- 28.Ghrayeb F, Alhalaiqa F, AbuRuz ME, et al. Exploring the relationship between emotional intelligence and communication skills among nurses. *BMC Nurs.* 2025;24:1097. doi:10.1186/s12912-025-03679-5.
- 29.Meneses-La-Riva ME, Suyo-Vega JA, Fernández-Bedoya VH, et al. Enhancing healthcare efficiency: the relationship between communication and teamwork in nursing. *Healthcare.* 2025;13(3):301. doi:10.3390/healthcare13030301.
- 30.Kämäräinen P, Kanste O, Kyngäs H, Mikkonen K. Nurse leaders' interpersonal communication competence: a scoping review. *J Adv Nurs.* 2024;80(10):3920-3936. doi:10.1111/jan.16184.
- 31.Alizadeh-Risani A, Mohammadkhah F, Pourhabib A, Fotokian Z, Khatooni M. Comparison of the SBAR method and modified handover model on handover quality and nurse perception in the emergency department: a quasi-experimental study. *BMC Nurs.* 2024;23:585. doi:10.1186/s12912-024-02266-4.
- 32.Pazar B, Demiralp M, Erer İ, et al. Research implementation and evaluation of the SBAR communication model in nursing handover by pediatric surgical nurses. *J Pediatr Nurs.* 2024;74:e46-e53. doi:10.1016/j.pedn.2023.11.085.
- 33.Yun J, Lee YJ, Kang K, Park JH. Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: a systematic review. *BMC Med Educ.* 2023;23:507. doi:10.1186/s12909-023-04495-8.

34. Ghonem NMES, El-Sayed SH, El-Nagger NS. SBAR shift report training program and its effect on nurses' knowledge and practice. *BMC Nurs.* 2023;22:87. doi:10.1186/s12912-023-01246-4.
35. Tapia ECH, Rivera A, Lim J, et al. Effectiveness of nursing documentation frameworks SBAR and SOAP in improving clinical communication: a systematic review. *Healthcare.* 2025;13(18):2311. doi:10.3390/healthcare13182311.
36. Soed N, Siah CJR, Chua WL. Exploring the impact of SBAR on nursing handover: a scoping review. *Malays J Nurs.* 2025;16(4):1-10. doi:10.31674/mjn.2025.v16i04.001.
37. Burgess A, van Diggele C, Roberts C, Mellis C. Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Med Educ.* 2020;20(Suppl 2):459. doi:10.1186/s12909-020-02285-0.
38. Hassan AE, Mohammed SA, Abdelrahman SM, et al. Evaluating the effect of TeamSTEPPS on teamwork perceptions and patient safety among nurses: a systematic review. *BMC Nurs.* 2024;23:407. doi:10.1186/s12912-024-01850-y.
39. Abdul-Rahim HZ, Hassan A, Almutairi AF, et al. Leadership and management skills for student nurses: a mixed-methods study. *BMC Nurs.* 2025;24:52. doi:10.1186/s12912-024-02603-7.
40. Alilyyani B, Wong CA, Cummings GG. Nursing experience and leadership skills among staff nurses: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024;23:285. doi:10.1186/s12912-024-01750-1.
41. Rosengren K, Bondas T, Nordholm L, et al. Registered nurses' experiences of leadership and work environment: an interview study. *BMC Nurs.* 2024;23:262. doi:10.1186/s12912-024-01732-3.
42. Lenssen E, van der Cingel M, van der Heijden B, et al. Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily practice. *BMC Nurs.* 2025;24:256. doi:10.1186/s12912-025-02761-2.

- 43.Välimäki M, Partanen P, Häggman-Laitila A, et al. The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: a mixed methods systematic review. *BMC Nurs.* 2024;23:655. doi:10.1186/s12912-024-02096-4.
- 44.Ergün Arslanlı S, Çelebi Ç, Korkmaz F. The impact of clinical nurse leadership models on the quality and safety of nursing care: a systematic review. *BMC Nurs.* 2025;24:837. doi:10.1186/s12912-025-03520-z.
- 45.Abu-Qutaish R, Al-Hamdan Z, Bani Issa W, et al. The relationship between transformational leadership, work engagement and innovative work behavior among nurses. *BMC Nurs.* 2025;24:862. doi:10.1186/s12912-025-03518-7.
- 46.Emam SM, Mohamed LK, Abd-Elrhman ES, et al. Leaders development program by 360-degree feedback and its effect on head nurses' leadership practices. *BMC Nurs.* 2024;23:801. doi:10.1186/s12912-024-02395-w.
- 47.Martin-Ferreres ML, De Juan-Pardo MA, Hurtado-Pardos B, et al. Participatory learning to enhance leadership competence in nursing students. *BMC Nurs.* 2025;24:1187. doi:10.1186/s12912-025-03935-8.
- 48.Fan S, Zhou S, Ma J, An W, Wang H, Xiao T. The role of the nursing work environment, head nurse leadership and presenteeism in job embeddedness among new nurses. *BMC Nurs.* 2024;23:156. doi:10.1186/s12912-024-01644-2.
- 49.Gong J, Chen Y, Wang X, et al. Entrepreneurial leadership among nurse managers: a grounded theory study. *BMC Nurs.* 2025;24:462. doi:10.1186/s12912-025-02953-w.
- 50.Alsadaan N, Alshammari M, Alruwaili R, et al. Exploring the connections between destructive leadership, nurses' outcomes and patient care quality. *BMC Nurs.* 2025;24:801. doi:10.1186/s12912-025-03421-1.
- 51.Si X, Xue H, Ma D, et al. The relationship between ethical leadership and nurse well-being: the mediating role of workplace mindfulness. *J Adv Nurs.* 2023;79(10):4008-4021. doi:10.1111/jan.15719.

52. Kim S, Lee H, Kim M, et al. Nurses' ethical leadership and related outcome variables: systematic review and meta-analysis. *J Nurs Manag.* 2022;30(7):2308-2323. doi:10.1111/jonm.13689.
53. Pakizekho S, Barkhordari-Sharifabad M, Shahriari M, et al. The relationship between ethical leadership, conscientiousness and moral courage from nurses' perspective. *BMC Nurs.* 2022;21:164. doi:10.1186/s12912-022-00941-y.
54. Kim J, Lee E, Park S. Effect of nursing managers' ethical leadership on clinical nurse empowerment, performance and organizational commitment. *J Nurs Res.* 2025;33(4):e352. doi:10.1097/jnr.0000000000000672.
55. Liu X, Zhang Y, Wang L, et al. Ethical leadership and nurses' job performance: the mediating role of self-compassion. *Front Public Health.* 2025;13:1535065. doi:10.3389/fpubh.2024.1535065.
56. El-Gazar HE, Zoromba MA, Alyami M, et al. Ethical leadership, flourishing, and extra-role behavior among nurses. *SAGE Open Nurs.* 2021;7:23779608211062669. doi:10.1177/23779608211062669.
57. She J, Li H, Zhang X, et al. Effect of ethical leadership on nurses' organizational silence: the mediating role of organizational justice. *Risk Manag Healthc Policy.* 2023;16:503-514. doi:10.2147/RMHP.S399547.
58. Lambert JR, Hogan NL, Barton-Bellessa SM, et al. The effect of ethical leadership on nurse bullying, burnout and turnover intention. *J Nurs Manag.* 2024;2024:3397854. doi:10.1155/2024/3397854.
59. Ammari N, Gantare A. Ethical climate and turnover intention among nurses: a scoping review. *Nurs Ethics.* 2025;32(1):89-104. doi:10.1177/09697330241296875.
60. Khosravani M, Pourahmadi M, Borhani F, et al. Explaining ethical challenges and practical solutions from the perspective of nurse managers. *J Family Med Prim Care.* 2024;13(2):451-459. doi:10.4103/jfmprc.jfmprc_1447_23.

61. Zabin LM, Janati A, Mohammadi E, et al. The relationship between job stress and patient safety culture among nurses: a systematic review. *BMC Nurs.* 2023;22:40. doi:10.1186/s12912-023-01198-9.
62. Sani MM, Jafaru Y, Ashipala DO, Sahabi AK. Influence of work-related stress on patient safety culture among nurses in a tertiary hospital: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2024;23:81. doi:10.1186/s12912-023-01695-x.
63. Babapour AR, Gahassab-Mozaffari N, Fathnezhad-Kazemi A. Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: a cross-sectional study. *BMC Nurs.* 2022;21:75. doi:10.1186/s12912-022-00852-y.
64. Atalla ADG, Ibrahim RAE, Abd El-Mageed HA, et al. How organizational intelligence fuels soft skills and nurses' work engagement. *BMC Nurs.* 2024;23:466. doi:10.1186/s12912-024-01933-w.
65. Hussain A, Al-Hamdan Z, Bani Issa W, et al. Measured nursing perception of the working environment and its influence on professional practice. *BMC Nurs.* 2025;24:641. doi:10.1186/s12912-025-03173-y.
66. Kepplinger A, Geiger-Brown J, Trinkoff A, et al. Opportunities for nurses to address employee voice in health care organizations. *BMC Nurs.* 2024;23:834. doi:10.1186/s12912-024-02331-y.
67. van Lierop MEA, Latour CHM, Vos R, et al. How to establish workplace learning in long-term care: a qualitative study. *BMC Nurs.* 2022;21:192. doi:10.1186/s12912-022-00999-8.
68. Moon S, Park E, Lee J, et al. Professional socialization of hospital nurses: a scale development and validation study. *BMC Nurs.* 2023;22:17. doi:10.1186/s12912-022-01169-6.
69. Wang Z, Li X, Chen Y, et al. Anticipatory capability of nurse teams during complex clinical situations: a network analysis. *BMC Nurs.* 2023;22:82. doi:10.1186/s12912-023-01216-w.

70. Abujaber AA, Nashwan AJ, Al-Jabri FY, et al. Bridging the generational gap between nurses and nurse managers: implications for teamwork and communication. *BMC Nurs.* 2024;23:694. doi:10.1186/s12912-024-02296-y.
71. Bashatah AS, Alsolami FJ, Alqahtani JS, et al. Assessment of nursing undergraduates' perceptions of interprofessional education and collaboration. *Front Public Health.* 2023;10:1030863. doi:10.3389/fpubh.2022.1030863.
72. Hill E, Abhayasinghe K. Factors which influence the effectiveness of clinical supervision for student nurses: a qualitative research study. *Nurse Educ Today.* 2022;114:105387. doi:10.1016/j.nedt.2022.105387.
73. McDermott DS, Ludlow J, Horsley E, Meakim C. Healthcare simulation standards of best practice. *Clin Simul Nurs.* 2021;58:1-4. doi:10.1016/j.ecns.2021.08.018.
74. Jeffries PR, Rodgers B, Adamson K. NLN Jeffries simulation theory: brief narrative description. *Nurs Educ Perspect.* 2021;42(5):E1-E3. doi:10.1097/01.NEP.0000000000000891.
75. Hayden J, Smiley RA, Alexander M, et al. Simulation and clinical judgment in nursing education. *J Nurs Regul.* 2021;12(1):S3-S16. doi:10.1016/S2155-8256(21)00039-9.
76. Motola I, Devine LA, Chung HS, Sullivan JE, Issenberg SB. Simulation in healthcare education: a best evidence practical guide. *Med Teach.* 2021;43(2):151-159. doi:10.1080/0142159X.2020.1838465.
77. Foronda C, Fernandez-Burgos M, Nadeau C, Kelley CN, Henry MN. Virtual simulation in nursing education: a systematic review. *Nurse Educ.* 2021;46(5):E93-E98. doi:10.1097/NNE.0000000000000999.
78. Hur HK, Kim Y, Jung D. Immersive virtual simulation for improving teamwork and communication among nursing students. *Nurse Educ Today.* 2025;144:106415. doi:10.1016/j.nedt.2025.106415.

- 79.Jang A, Kim S, Park J. Effects of simulation-based education on communication and clinical competence in nursing students. *Nurse Educ Today*. 2023;124:105782. doi:10.1016/j.nedt.2023.105782.
- 80.Kim J, Park JH, Shin S. Effectiveness of simulation-based nursing education depending on fidelity: a meta-analysis. *BMC Med Educ*. 2022;22:1-11. doi:10.1186/s12909-022-03186-y.
- 81.Reeves S, Xyrichis A, Zwarenstein M. Teamwork, collaboration, coordination, and networking: why we need to distinguish between different types of interprofessional practice. *J Interprof Care*. 2021;35(1):1-3. doi:10.1080/13561820.2020.1869544.
- 82.Schot E, Tummers L, Noordegraaf M. Working on working together: a systematic review on how healthcare professionals contribute to interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2021;35(3):332-342. doi:10.1080/13561820.2020.1749570.
- 83.Wei H, Corbett RW, Ray J, Wei TL. A culture of caring: the essence of healthcare interprofessional collaboration. *J Interprof Care*. 2021;35(3):324-331. doi:10.1080/13561820.2020.1713061.
- 84.Morley L, Cashell A. Collaboration in health care. *J Med Imaging Radiat Sci*. 2021;52(2):207-216. doi:10.1016/j.jmir.2021.02.071.
- 85.Darlow B, Brown M, Gallagher P, et al. Longitudinal impact of interprofessional education on attitudes, skills and career trajectories. *J Interprof Care*. 2021;35(1):1-10. doi:10.1080/13561820.2020.1787483.
- 86.West MA, Markiewicz L. Effective team working in health care. *Int J Health Care Qual Assur*. 2021;34(5):355-367. doi:10.1108/IJHCQA-10-2020-0214.
- 87.Rosen MA, DiazGranados D, Dietz AS, et al. Teamwork in healthcare: key discoveries enabling safer, high-quality care. *Am Psychol*. 2021;76(1):2-15. doi:10.1037/amp0000771.

- 88.Salas E, Zajac S, Marlow SL. Transforming health care one team at a time: ten observations and the trail ahead. *Group Organ Manag.* 2021;46(3):357-381. doi:10.1177/10596011211010738.
- 89.Weaver SJ, Feitosa J, Salas E. The theoretical drivers and models of team performance and effectiveness for patient safety. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(6):456-459. doi:10.1136/bmjqs-2020-012193.
- 90.Murphy M, Curtis K, McCloughen A. What is the impact of multidisciplinary team simulation training on team performance and efficiency of patient care? *J Clin Nurs.* 2021;30(1-2):27-38. doi:10.1111/jocn.15555.
- 91.Labrague LJ, de Los Santos JAA, Fronda DC. Factors associated with missed nursing care and nurse-assessed quality of care during the COVID-19 pandemic. *J Nurs Manag.* 2022;30(1):62-70. doi:10.1111/jonm.13483.
- 92.Labrague LJ, Al Sabei S, Al Rawajfah O, AbuAlRub R, Burney IA. Interprofessional collaboration as a mediator in the relationship between nurse work environment and patient safety outcomes. *J Nurs Manag.* 2022;30(1):268-278. doi:10.1111/jonm.13491.
- 93.Lake ET, de Cordova PB, Barton S, et al. Missed nursing care in pediatrics. *Hosp Pediatr.* 2021;11(8):857-865. doi:10.1542/hpeds.2020-005850.
- 94.Griffiths P, Recio-Saucedo A, Dall'Ora C, et al. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: a systematic review. *J Adv Nurs.* 2021;77(1):53-64. doi:10.1111/jan.14564.
- 95.Cho E, Lee NJ, Kim EY, et al. Nurse staffing level and overtime associated with patient safety, quality of care and missed care. *J Nurs Scholarsh.* 2021;53(5):605-614. doi:10.1111/jnu.12660.
- 96.Aiken LH, Sloane DM, Ball J, et al. Patient satisfaction with hospital care and nurses in England: an observational study. *BMJ Open.* 2021;11:e045650. doi:10.1136/bmjopen-2020-045650.
- 97.Dall'Ora C, Ball J, Reinius M, Griffiths P. Burnout in nursing: a theoretical review. *Hum Resour Health.* 2021;19:41. doi:10.1186/s12960-021-00585-9.

- 98.Woo T, Ho R, Tang A, Tam W. Global prevalence of burnout symptoms among nurses: a systematic review and meta-analysis. *J Psychiatr Res.* 2021;123:9-20. doi:10.1016/j.jpsychires.2019.12.015.
- 99.Jun J, Ojemeni MM, Kalamani R, Tong J, Crecelius ML. Relationship between nurse burnout, patient and organizational outcomes: systematic review. *Int J Nurs Stud.* 2021;119:103933. doi:10.1016/j.ijnurstu.2021.103933.
100. Cheng H, Yang H, Ding Y, Wang B. Nurses' mental health and patient safety: a systematic review and meta-analysis. *J Adv Nurs.* 2021;77(2):556-570. doi:10.1111/jan.14610.

ДОДАТОК А

АНКЕТА ОЦІНЮВАННЯ КОМАНДНОЇ РОБОТИ

Анкета призначена для анонімного оцінювання командної роботи.

Шкала: 1 — мінімальний прояв, 5 — високий рівень.

Твердження	1	2	3	4	5
У відділенні чітко визначені ролі медичних працівників.	☐	☐	☐	☐	☐
Під час зміни я отримую достатньо інформації про пацієнтів.	☐	☐	☐	☐	☐
У команді прийнято повідомляти про ризики без страху покарання.	☐	☐	☐	☐	☐

ДОДАТОК Б

КАРТА СПОСТЕРЕЖЕННЯ ЗА ПЕРЕДАВАННЯМ ЧЕРГУВАННЯ

Карта спостереження використовується старшою медичною сестрою або відповідальним наставником для оцінювання якості передавання чергування. Спостереження проводиться без втручання у роботу персоналу.

Критерій	Так	Частково	Ні
Названо пацієнтів із високим ризиком ускладнень	☐	☐	☐
Передано актуальні зміни стану за зміну	☐	☐	☐
Уточнено невиконані або відкладені призначення	☐	☐	☐
Позначено потребу у спостереженні найближчими годинами	☐	☐	☐
Використано структурований порядок повідомлення	☐	☐	☐
Забезпечено можливість поставити запитання	☐	☐	☐

ДОДАТОК В

ПРОГРАМА НАВЧАЛЬНОГО МОДУЛЯ

Навчальний модуль розрахований на 4 академічні години та може проводитися у форматі внутрішнього тренінгу відділення.

Мета модуля — сформувати спільне розуміння командної роботи, відпрацювати структуровану комунікацію та визначити правила взаємної підтримки.

№	Тема	Тривалість
1	Вступ: командна робота і безпека пацієнта	30 хв
2	Ролі медичної сестри у міжпрофесійній команді	40 хв
3	SBAR і передавання чергування	60 хв
4	Розбір клінічного сценарію	60 хв
5	План упровадження у відділенні	50 хв