

Олена Ткаліч, Оксана Дутчак, Наталія Ломоносова

ОДНА ЗА ТРЬОХ

ЯК ПРАЦЮЮТЬ УКРАЇНСЬКІ МЕДСЕСТРИ



Зміст :

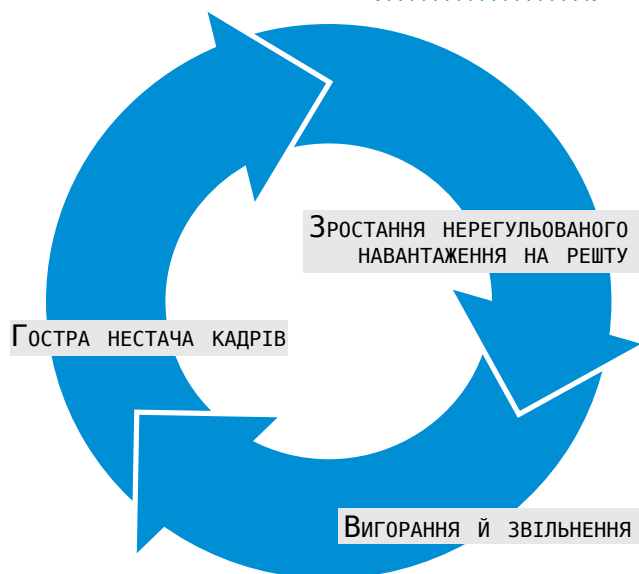
Вступ	3
Медсестри в українській системі охорони здоров'я.....	5
Найпоширеніші порушення трудових прав медсестер.....	7
Навантаження медсестер у різних сферах та видах медичної допомоги	10
Життя поза роботою.....	13
Медсестри хочуть змін: що вони пропонують	16
Висновки	18
Рекомендації.....	20

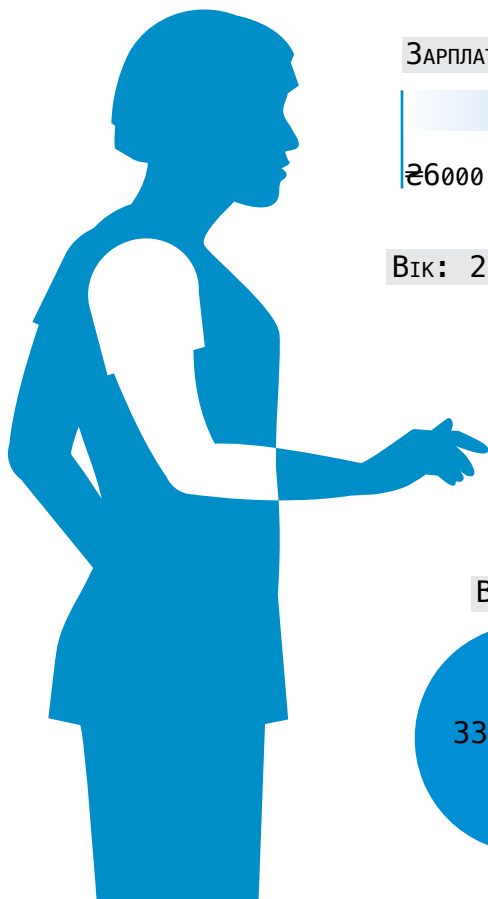
Вступ :

У рамках медичної реформи в Україні у 2016–2020 рр. відбулася **дерегуляція медсестринського догляду**. Було скасовано норми навантаження на медсестер і запроваджено нові правила фінансування закладів охорони здоров'я державної та комунальної форми власності. Через це робота середнього та молодшого медперсоналу стала для системи «невидимою», що призвело до експлуатації медсестер та, відповідно, їхнього виходу з професії. Швидке скорочення штату медсестер в Україні, надто на тлі повномасштабної війни, констатують Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ) та Міністерство охорони здоров'я України (МОЗ). Також МОЗ в останні роки намагається відновити норми навантаження

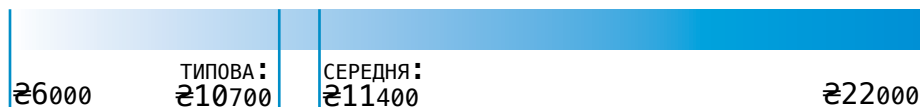
на медиків. На момент публікації ми не маємо відповіді від міністерства, чи були допущені до цього процесу профспілки медичних працівників та громадська організація медсестер Медичний рух «Будь як Ніна» (МедРух), який ще з 2019 року виступав проти дерегуляції.

Завданням цього дослідження, що ґрунтується на 48 інтерв'ю з медсестрами з різних регіонів України, було показати, як **дерегуляція медсестринського догляду** впливає на роботу медсестер, особисте життя та можливості захищати свої права. А також те, як вони хочуть покращити ситуацію. Активістки МедРуху були безпосередньо залучені до планування та проведення цього дослідження, тож воно є **активістським**.





ЗАРПЛАТА ПІСЛЯ ВІДРАХУВАНЬ



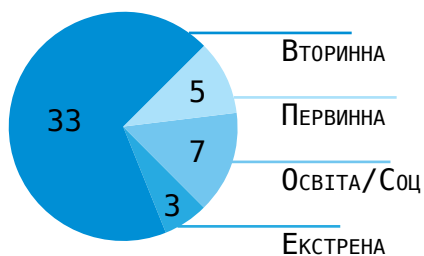
ВІК: 27–58 РОКІВ

СТАЖ: 5–40 РОКІВ

МАКРОРЕГІОН*



Вид допомоги



* Розподіл областей за макрорегіонами (лише підконтрольні території): *Захід* (Волинська, Закарпатська, Івано-Франківська, Львівська, Рівненська, Тернопільська, Хмельницька, Чернівецька області); *Центр* (м. Київ, Київська, Вінницька, Житомирська, Кіровоградська, Полтавська, Сумська, Черкаська, Чернігівська області); *Південь* (Дніпропетровська, Запорізька, Миколаївська, Одеська, Херсонська області); *Схід* (Харківська, Донецька, Луганська області).

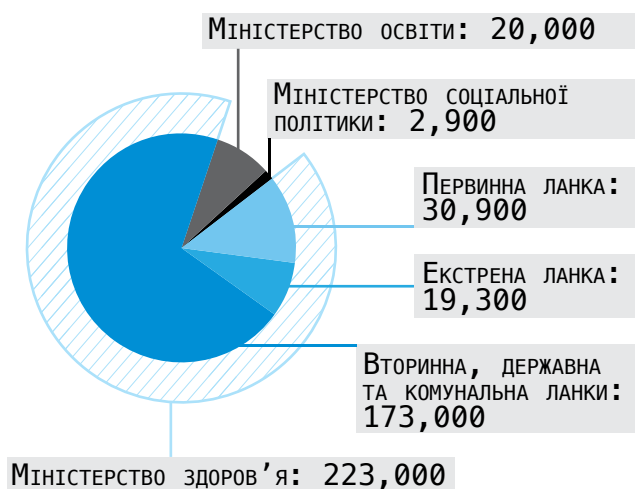
Медсестри в українській системі охорони здоров'я

У системі охорони здоров'я України медсестри мають статус середнього медичного персоналу. До цієї категорії також належать медбрати, акушерки, фельдшери, лаборантки та зубні техніки. **98% середнього медперсоналу — жінки.** Станом на 2023 р. в Україні загалом налічувалося 257 тис. медсестер. Тенденція до їхнього скорочення фіксувалася з 1990 р.¹, однак наразі вона прискори-лась — з кінця 2014 і до кінця 2023 р. кількість медсестер в Україні знизилася на 121 тис., тобто на третину, причому основне скорочення відбулося ще до повномасштабного російського вторгнення. Цю тенденцію підтверджує звіт ВООЗ, відповідно до якого кількість середнього медперсоналу в розрахунку **на 1000 осіб в Україні вдвічі менша, ніж у середньо-му по ЄС.**

Робота медсестер тісно пов'язана з **мол-лодшим медичним та технічним пер-соналом** (санітарки, працівники кухонь тощо), серед яких теж спостерігається скорочення, однак точні дані відсутні.

Більшість медсестер працює в закла-дах, що надають вторинну медичну до-помогу; саме її дерегуляція медсестрин-ського догляду вразила найбільше. Для роботи в цій сфері та в екстреній допомозі характерні подовгові чергування (7–8 діб

Співвідношення кількості медсестер в українській системі медичної допомоги



Дані Центру громадського здоров'я МОЗ на 2023 рік, дані МОН на 2023 рік (неповні) та Мінсоцу на 2024 рік (неповні)

на місяць з перервою в 2–4 дні). Решта медсестер має типовий 5-денний робо-чий тиждень.

Посадовий оклад медсестер складає 13 500 грн (10 800 грн нетто). Вони ма-ють право на доплати за стаж, виробничі ризики та інше, однак через особливості нарахування зарплат у бюджетній сфері² ці доплати здебільшого відсутні. В умовах війни лікарням, що витрачають понад 80%

² Хто потурбується? Дитсадки в контексті гендерної нерівності, Дутчак О., Стреник О., Ікаліч О., 2020, «Вони чекають на нас». Вплив повномасштабної війни на соці-альних працівни_ць, Ломоносова Н., 2024.

¹ Медичні кадри, Державна служба статистики, 2017.



Джерело: Основи законодавства України про охорону здоров'я, 1993

свого бюджету на зарплати персоналу, МОЗ дозволив зменшувати розмір зарплат до мінімального. Нижчі зарплати також отримують медсестри, які працюють у закладах освіти чи соціального захисту та підпорядковуються іншим відомствам. Водночас для медиків на прифронтових територіях запроваджено доплати від 13% до 25%, але їх виплачують нестабільно та вибірково.

До 2016 р. навантаження на медсестер детально регулювалось Наказом МОЗ³. Після запровадження реформи в медичній системі з'явився новий орган — Національна служба здоров'я України (НСЗУ)⁴, яка виділяє фінансування кожному медзакладу відповідно до обладнання та кваліфікації лікарів, а не до кількості персоналу. При такій системі середній та молодший медичний персонал випадає з фокусу, що утворює правову невизначеність щодо умов праці (власне, відбувається дерегуляція медсестринського догляду).

Відсутність уніфікованих норм покликані компенсувати положення **колективного договору**⁵, який кожен заклад охорони здоров'я укладає окремо. Всі його пункти мають бути узгоджені на загальних зборах із трудовим колективом і профспілкою. Проте на практиці, за словами активісток МедРуху, участь персоналу та незалежних профспілок у створенні колективного договору часто є номінальною. Недостатня оплата праці, ненормоване навантаження та неможливість впливати на ситуацію створюють несприятливі умови для медсестер.

³ Наказ МОЗ від 23.02.2000 р. № 33.

⁴ НСЗУ є національним страховиком, який закуповує у закладів охорони здоров'я послуги з медичного обслуговування населення та контролює дотримання умов договорів.

⁵ Колективний договір — це документ, який укладається між адміністрацією лікарні, трудовим колективом та профспілками (якщо вони є). Він прописує та уточнює положення, які відсутні на рівні загального трудового законодавства.

Найпоширеніші порушення трудових прав медсестер

Дослідження виявило такі найпоширеніші порушення: неоплачуване суміщення посад, понаднормова праця, виконання немедсестринської роботи, небезпека на робочому місці, відсутність належних доплат та мобінг.

Найтиповішим механізмом перекладання на медсестер додаткових обов'язків є **приховане суміщення**, коли, наприклад, медсестра приймального відділення стає одночасно палатною, перев'язувальною чи маніпуляційною.

■ *І ми і процедурні, і постові, і пропускні, і все-все-все. Раніше нас було три-чотири добові медсестри на зміні, а зараз це все навантаження припадає на двох.*

Медсестра дитячого відділення,
49 років

За таких умов навантаження на медсестер є перманентно високим. А в екстрених випадках кількість пацієнтів може перевищувати межі людських можливостей. Так, лаборантка рентген-кабінету, якій самотужки довелося приймати велику кількість поранених, сама потрапила на лікарняне ліжко.

■ *Я втратила свідомість. Мене поклали в стаціонар, мені дали ліки, мене відкапали, [...] Но звоне наш воєнком головному лікарю: «Срочно зробити рентген у когось там, привезли».*

Мене знімають з-під крапельниць і під ручки. «Давай тебе на каталці, на чому небудь, нада зробить знімок». Я кажу: «На каталці не поїду, бо мені якось соромно, я в халаті». Кажу: «Я доплентаюсь». Трошки мене під ручки одвели. Я зробила знімок. Потім мене підключили до крапельниці, я капалась далше з п'ять годин.

Рентген-лаборантка, 39 років

Розмір доплат за суміщення¹ має визначати колективний договір у кожному медичному закладі. Однак адміністрації лікарень часто призначають їх на власний розсуд, тож доплат може взагалі не бути.

Інше порушення — неоплачувана **надурочна праця**², типова для первинної ланки та освітніх закладів. Йдеться переважно про те, що медсестрам через вади цифровізації доводиться вносити дані й у електронну систему, і в паперові документи. Це вони часто дороблюють вдома. Для шкільних медсестер найгостріше стоїть питання роботи під час повітряних тривог, коли медсестра зобов'язана залишатися з дітьми та персоналом в укритті, що часто виходить за межі робочого часу й не оплачується додатково. Такі умови праці, безперечно, є порушенням **права на відпочинок**. Питання навантаження на медсестер

1 Ст. 105 Кодексу законів України про працю.

2 Стаття 62 Кодексу законів України про працю.

загострюється, коли хтось із колективу йде у відпустку або бере лікарняний.

■ Моя колега мені казала, коли я захворіла і вона в одиночку відпрацювала зміну, то до наступної зміни, там десь дня три, в неї трусилися руки-ноги, і вона не могла до тьми прийти.

Медсестра дитячого відділення,
49 років

Також через високе робоче навантаження та специфіку роботи в медичних закладах значна частина медсестер не має типової обідньої перерви. У таких випадках час і місце для перепочинку та прийому їжі мають узгодити адміністрація та колектив. Однак здебільшого медсестри змушені працювати без перепочинку, їсти «на ходу» або фактично ховатись від адміністрації чи пацієнтів. Ще одним типовим порушенням прав медсестер і наслідком нестачі персоналу є випадки, коли медсестри змушені виконувати **немедсестринську роботу**, часто менш кваліфіковану. Скажімо, НСЗУ не ставить вимоги до медзакладів щодо обов'язкової наявності санітарок, хоча саме ці працівниці забезпечують дотримання санітарно-гігієнічних норм. Тож медсестрам доводиться самим прибирати чи мити пацієнтів, адже специфіка роботи не залишає їм вибору.

■ Машину [швидкої допомоги] всередині миють теж медсестри. Це питання піднімалося, але санітарочки досі нема [...]. Але це не той вопрос, що заставляють, тут хочеш — не хочеш. Ти, наприклад, везеш кровотечу, машина вся в крові. Ти ото не бросиш ту кров. Ніхто її за тебе не помиє.

Медсестра бригади екстреної
медичної допомоги, 47 років

Є випадки, коли медсестри виконують зовсім інші обов'язки, далекі від медицини — розвантажують медикаменти, прибирають територію медзакладу, виконують дрібний ремонт. Також медсестри,

особливо шкільні, часто мусять за власний кошт купувати мийні засоби, канцтовари чи навіть медикаменти.

Неналежне оснащення робочого місця перегукується з іншою, більш серйозною проблемою — **безпекою**. Ідеться про випадки агресивної чи неадекватної поведінки пацієнток, про що переважно говорили медики «швидкої» та психіатрії. Проте інші медсестри також зіштовхуються з насиллям чи домаганнями. Про наявність постійної охорони в медзакладах медсестри не повідомляли. Деякі лікарні мають «червону кнопку» для виклику поліції, однак медсестри були скептичні до ефективності такої системи.

Іншою безпековою проблемою медсестер є виробничі ризики різного спектру: робота з дезрозчинами, опромінення при рентген-діагностиці, нічні зміни, контакт із небезпечними інфекціями. При цьому **належні доплати** за шкідливі умови праці та ризики часто відсутні.

У медицині є можливість включати до **колективного договору** вимоги про доплати на рівні кожної окремої лікарні. Однак у багатьох випадках адміністрація не тільки не долучає колектив до обговорення, а навіть відмовляється надати колективний договір для ознайомлення. Колективний договір має бути публічним та загальнодоступним, проте МОЗ чи НСЗУ не контролюють це належним чином. Низький рівень залучення медсестер до укладання колективних договорів зумовлений загальним ставленням адміністрації до медичних працівників, одним із проявів якого є **мобінг** активних медсестер.

Згадуючи **пандемію коронавірусу**, медсестри говорили про тяжкі умови праці, про нестабільність та вибірковість доплат за роботу з хворими на ковід, часті випадки зараження на робочому місці та відсутність страхових компенсацій. Станом на середину 2021 р. від ковіду в Україні померло щонайменше **900 медиків**. Однак цей показник, імовірно, є **вищим**, адже за перший рік пандемії органи

соцзахисту розглянули лише третину випадків зараження на робочому місці, компенсацій було виплачено ще менше.

Якщо ж говорити про війну, то за два роки **повномасштабного вторгнення** загинуло майже 200 цивільних медиків. Невідомою лишається доля багатьох в окупації, а втрати бойових медиків не розголошуються. Персонал, який лишається працювати в особливо небезпечних регіонах, має право на «прифронтові» доплати, але їх, як і «ковідні», виплачують вибірково або не виплачують взагалі. Медсестри з прифронтових територій відчують недооціненість своєї праці у відверто небезпечних умовах. На питання щодо безпеки на робочому місці під час повітряних тривог медики з різних регіонів переважно відповідали, що не завжди йдуть в укриття. У лікарнях неможливо або дуже важко перемістити

в укриття прикутих до ліжок пацієнток; деякі процедури не можна переривати. У таких випадках персонал переважно використовує «правило двох стін».

■ *Виходимо на подвійну стіну — там, де безпечніше; спускаємося в підвали, якщо вже на [місто] летять. Дітей, які «світяться» [проходять променеву терапію при онкозахворюваннях], можна виключити. Єдине, що прив'язує, — це діти, що на кисні.*

Медсестра постова дитяча,
51 рік

Згадуючи початок російського вторгнення, медсестри з регіонів, які першими втрапили під удар, розповідали, що фактично жили в лікарнях. Лишатися на робочому місці їх підштовхувало почуття обов'язку — типова мотивація для працівниць сфери догляду.

Навантаження медсестер у різних сферах та видах медичної допомоги

Більшість медсестер, які погодилися взяти участь у дослідженні, працює в галузях, на які найвідчутніше вплинула війна (хірургія, психіатрія) або стикнулася з нижчою оплатою праці (пологові будинки, заклади освіти та соціального захисту).

Збільшення навантаження на хірургію і травматологію через російську агресію вплинуло на роботу як військових госпіталів, так і цивільних лікарень. В одному з високоспеціалізованих медцентрів брак медсестер є настільки гострим, що там скасовують планові операції. За словами головної медсестри цієї лікарні, їм бракує близько 20% штату, і навіть відносно високі зарплати (20–30 тис. грн) не приваблюють медсестер. При цьому кількість пацієнтів зросла за рахунок військових:

■ «[Військові] не помиті, не помиті вони йдуть на операцію, тому що медсестра і молодша медсестра не встигає це зробити. Але, звичайно, військовим приділяєм максимально часу, максимально зусиль. У нас, слава Богу, багато інтернів. Інтернів відправляєм до військових. Є наші студенти з коледжу. Ну, але все одно це мало».

Головна медсестра, 36 років

Медсестри хірургічних відділень розповідали про дуже високе навантаження і неспівмірні з ним зарплати, при цьому

медсестри на Сході України часто не мають «прифронтових» доплат. З плином війни в цих регіонах змінилась специфіка роботи — окрім прийому поранених виникла необхідність догляду за самотніми літніми людьми. Однією з гіпотез на початку дослідження була та, що в умовах гострої нестачі персоналу медицині перекладають частину догляду на родичів пацієнток. Однак ситуація може бути й зворотною — брак піклування вдома лягає додатковим навантаженням на персонал лікарень.

Інша сфера, на яку вплинула війна, — психіатрія. Тут спостерігається брак не лише медсестер, але й лікарів, а через збільшення кількості пацієнток навантаження на одну медсестру може зростати вдвічі. Як зазначила медсестра наркологічного кабінету, «раніше у нас було 40–50 чоловік, то тепер 100. [...] В два рази більше роботи, а ставки урізали».

Догляд за мало- або немобільними хворими передбачає **значне фізичне навантаження на медсестер**. Щоденно вони здійснюють велику кількість різних маніпуляцій з такими пацієнтками, що має негативні наслідки для здоров'я та може призводити до розвитку професійних захворювань суглобів і хребта. Кілька інформанток розповіли, що в особливо складних випадках, наприклад, коли потрібно спеціальними ременями фіксувати пацієнтів, що

проявляють агресивну поведінку, перевертати хворих з великою вагою для запобігання пролежням тощо, вони намагаються залучити персонал інших відділень. Ні висока інтенсивність праці, ні перевищення допустимої кількості пацієнтів з розрахунку на одну медсестру, ні понаднормова робота, ні виконання обов'язків, що не належать до посадових, за словами наших інформанток, **не оплачується додатково**. Доплата призначається лише у випадку, якщо медсестри погоджуються вийти на роботу не у свою робочу зміну, щоб екстрено підмінити когось із колег.

На противагу попереднім прикладам хірургії й психіатрії, де кількість пацієнтів через війну зросла, **у пологових будинках** вона очікувано впала. Однак саме тут склалась чи не найгірша ситуація з умовами праці медиків. На тлі 28% падіння народжуваності через війну та міграцію пропорційно скоротилось і фінансування пологових, навіть простежується тенденція до ліквідації частини цих закладів. За умовами НСЗУ, пологовий будинок може претендувати на фінансування, якщо приймає певну кількість пологів на рік¹. Але якщо **у 2022 р. цей мінімум складав 75 пологів за півроку** (норми введені до повномасштабного вторгнення), а **в 2023 р. його зменшили до 38 пологів, то в 2024 р. його збільшили до 85, а в 2025 р. — до 100**. Тобто зараз вимоги вищі, ніж були до 2022 р. Єдина логіка, яку можна припустити за таким рішенням — бажання скоротити якомога більшу кількість закладів.

Одна з медсестер розповіла, що отримує мінімальну зарплату й опікується дітьми та породіллями одразу на трьох поверхах. Це обертається ризиками.

- Ми мусимо залишати жінкам свій телефон, тому що ми не на одному етажі. Це новонароджені дітки... Я просто не розумію адміністрацію,

яка до цього допустила, тому що, не дай Бог, якась ситуація неприємна, некрасива, — і медсестра просто не поспіє, наприклад, з п'ятого добіжать на перший або навпаки.

Медсестра з відділення новонароджених, 54 роки

Також декілька медсестер пологових зазначили, що працюють у дитячій реанімації по одній, хоча за стандартами їх має бути щонайменше двоє. Можна припустити, що однією з причин є слабший контроль кількості персоналу й кваліфікації медсестер з боку НСЗУ.

Ще однією важливою проблемою є значна різниця в оплаті праці між медсестрами медзакладів, підпорядкованих МОЗ та іншим міністерствам. Найнижчими є зарплати у **медсестер закладів освіти та соціального захисту (наприклад, геріатричних пансіонатів)**. З 2023 р. шкільні медсестри мають право на 20% доплат за проходження курсів із ментальної допомоги. Передбачається, що вони мають підтримувати дітей та персонал, заспокоювати їх під час повітряних тривог, виявляти депресії та інші стани.

При цьому шкільні медсестри часто змушені власним коштом закуповувати медичні засоби й канцтовари, робочий одяг, оплачувати медогляд для допуску до роботи тощо. Їхнє навантаження так само є не врегульованими. До скасування норм на одну медсестру у школі мало припадати 700 дітей². Однак зараз навантаження може бути набагато вище. Ми зафіксували такий випадок:

- Я працюю одна, і 1400 дітей і 200 працівників, які тоже ходять [до мене]. [...] У мене, наприклад, були такі дні, що у мене було по сорок записаних дітей. Уявіть собі — сорок дітей записані!

Шкільна медсестра, 45 років

1 Наказ МОЗ 31.10.2011 «Про вдосконалення організації надання медичної допомоги матерям та новонародженим у перинатальних центрах».

2 Наказ МОЗ від 23.02.2000 р. № 33 «Про примірні штатні нормативи закладів охорони здоров'я».

Для порівняння, лікар первинної ланки в Україні приймає на день близько 20 пацієнток³. Освітні медсестри, крім допомоги дітям та персоналу, мають ще й інші обов'язки: контроль харчування, режиму дезінфекції й температури, проведення санітарно-медичної просвіти з дітьми та батьками, а також багато паперової роботи.

Схожою є ситуація з навантаженням медсестер у закладах соцзахисту. Так, на однакову кількість персоналу в одній з установ було 100 пацієнтів, а в іншій — 230. Тож відсутність нормування створює ситуацію, коли навантаження може відрізнятися більш як удвічі.

3 Звіт за результатами дослідження «Оцінка поведінки провайдерів первинної медичної допомоги у відповідь на введення капітації», НСЗУ, 2020.

Життя поза роботою

Завданням нашого дослідження було також з'ясувати, як умови праці медсестер впливають на їхнє життя поза роботою: взаємини з близькими та рідними, дозвілля та способи його проведення, а також на їхній емоційний стан.

Учасниці дослідження здебільшого розповідали, що через низькі зарплати їм заведве вистачає на щоденні витрати, що в них немає можливості заощаджувати. Декому цих грошей не вистачає навіть на покриття базових витрат сім'ї. Така відповідь була особливо поширеною серед інформанток, які мають одного або кількох рідних, котрі повністю від них залежать (діти, батьки старшого віку). Деякі медсестри зазначали, що не можуть дозволити собі придбати щось нове з одягу або сходити у кафе. У випадку непередбачуваних витрат вони найчастіше змушені звертатися за підтримкою до родичів, позичати гроші у знайомих або ж користуватися кредитами. Винятком здебільшого є лише ті медсестри, які у питаннях фінансового забезпечення сім'ї в цілому та екстрених витрат можуть поклатися на зарплату своїх чоловіків.

Медсестри, які не можуть розраховувати на фінансову підтримку інших працевлаштованих членів сім'ї, **вдаються до підробітків** у сфері охорони здоров'я або поза нею. Досить поширеним є режим,

коли медсестри, після зміни в лікарні у свій вихідний, миють посуд у ресторані або підпрацьовують прибиральницями. Дуже часто такі підробітки є неформальними.

■ У нас всі, практично, люди мають інші роботи, тому що вони не виживають на ту зарплату. [...] Хто димоходи чистить, хто десь у фармації прилаштувався, а хтось десь і по медичній частині, хтось на УЗІ — різні-різні.

Дитяча медсестра, 51 рік

Справжніх вихідних, які медсестра могла б використати для відновлення, не кажучи вже про повноцінне дозвілля, може практично не лишатися. Кілька інформанток сказали прямо, що вільний час — це той, коли вони сплять. Окрім підробітків на вихідних, медсестри використовують також і **відпустку, аби заробити додаткові кошти**. Наприклад, вони їдуть на заробітки за кордон (переважно у Польщу).

Багато медсестер змушені самотійно вирощувати овочі та тримати домашніх тварин або худобу. Втім, необхідність доглядати за тваринами та обробляти городи лишає медсестрам ще менше вільного часу, а також є джерелом додаткового фізичного навантаження, окрім піклування про дітей та старших батьків.

■ У меня муж на фронте, я с двумя детьми. Моя мама, которая живёт за городом, и [у нее] была травма [...] я не могу сказать что это полный уход, она не лежащая, она ходит, ну, привезти из города продукты, отвезти к врачу, какие-то медикаменты привезти за город. То есть это всё я. И свекровь, которая живет со мной со сломанным позвонком.

Акушерка, 37 років

Інформантки підкреслювали, що через високу інтенсивність праці, тривалі робочі зміни, а також працю вночі вони відчують, що **потребують значного часу на фізичне відновлення**; особливо часто про це розповідали медсестри старшого віку. На жаль, нерідко вони не мають достатньо часу для цього. В таких умовах медсестрам **не вистачає часу на себе**, на якісь хобі чи улюблені заняття, а також **на якісне спілкування** та проведення часу з близькими. Нерідко медсестри також казали, що через емоційне виснаження після робочої зміни їм дуже хочеться побути в тиші, на самоті, а не спілкуватися з рідними. Брак уваги до дітей у багатьох викликає не лише сум, але й відчуття провини. Інформантки зазначали, що **почуваються поганими матерями**.

Коли говорять вчителі, що мама повинна сидіти з дитиною, робити уроки... Я чесно скажу, що в сьомій-восьмій годині вечора, а то й дев'ятій, я, буває, прихожу. [...]. В мене або заробляти гроші, щоб вижити вдвох і купити якогось велосипеда і штани [...]. Чи мені сидіти вчити уроки, якби працювати в поліклініки на 10 000 гривень? От такі в мене умови і правила такі. [...] я не вчу і хай вибачать. [...] Я не можу. Хоча морально це знаєте як. Це дуже важко.

Старша операційна медсестра,
34 роки

Неможливість належно відпочити, приділити час рідним та собі негативно впливає на емоційний стан медсестер. При цьому доглядова праця неминуче пов'язана зі значним емоційним включенням на робочому місці. Однак медсестрам важко справлятися з цими почуттями самотійно, а належна психологічна підтримка на роботі відсутня. Деякі інформантки згадували про смерті пацієнтів, за якими вони доглядали, та зазначали, як складно їм було емоційно, говорили про **відчуття втоми та вигорання**.

■ Буває, зневіра. І сльози. [...] я стільки років працюю, але ніяк не можу миритися з тим, що комусь буває погано. Інколи вже родичі сваряться: «Це ж пора би привикнути до цього», — але я завжди переношу це через себе.

Анестезистка пологового
будинку, 42 роки

Психоемоційний стан, який описували багато медсестер, за своїми ознаками є близьким до так званої **втоми від співчуття** (*compassion fatigue*). Попри те, що цей феномен наразі не визнаний офіційно як порушення психічного здоров'я, його все частіше застосовують у соціальних дослідженнях для опису наслідків від роботи, яка передбачає турботу про інших. Емоційна втома може не лише негативно впливати на здатність людини турбуватися про інших та загалом справлятися зі своїми робочими обов'язками, але й мати значні негативні наслідки для психічного здоров'я людини. Це також часто стає однією з важливих причин, чому медсестри залишають свою професію. Часто медсестри фіксують у себе стресові реакції, викликані так званою вторинною травмою.

■ [Відчуваю] втому, постійну втому. Виникає через постійне навантаження, важких пацієнтів. Взагалі за раз дуже психологічно важко на це все дивитися, на поранення ці, з якими поступають хлопці-військові.

Перев'язувальна медсестра хірургії
відомчого госпіталю, 32 роки

Також наші інформантки зазначали, що відчують тривогу, розпач, злість, безвихідь через зневажливе ставлення до себе з боку адміністрації лікарні та низький рівень зарплатні, який вони сприймають як свідчення знецінення та невидимості своєї праці й медсестринської справи загалом. Деякі інформантки зізнавалися, що майже примушують себе ходити на роботу, яку позначали метафорою «каторга». Все це вони пов'язували із несприятливою робочою атмосферою, булінгом з боку керівництва, знеціненням, відчуттям власної безправності та пригнобленості.

■ **Позитивні емоції** на роботі медсестри найчастіше відчують від злагодженості медсестринського колективу, відчуття взаємопідтримки та розуміння з боку інших колег. Також джерелами приємних емоцій є приязне ставлення пацієнток та їхніх рідних, слова подяки та відчуття виконання професійного обов'язку.

Позитивні [емоції] є, так, це спілкування з колегами, можна пожартувати так само з деякими пацієнтами. З ними приємно, або приємно бачити, коли лікування їм дає результат і вони стану такого, що ніякі лежать, а потім приходять «до себе» і зовсім інша людина — оце приємно таке спостерігати, або чути слова вдячності від пацієнтів теж приємно.

Палатна медсестра психіатричної
лікарні, 28 років

Медсестри хочуть змін: що вони пропонують

Під час дослідження ми запитували медсестер, які зміни необхідні для покращення їхніх умов праці, а також хто і що має зробити, щоб ці зміни втілилися в життя. Медсестри говорили про необхідність змін у питаннях навантаження, оплати праці, її матеріального забезпечення, а також ставлення суспільства до медсестринства.

Багато медсестер говорили про необхідність додаткових ставок середнього медичного персоналу у їхніх закладах, заповнення вакантних посад; про необхідність вирішення питання браку молодшого медичного та технічного персоналу; зменшення кількості паперової роботи.

■ У нас бюрократія, у нас очень много бумажек — на каждую справку ещё по три справки, как говорится. [...] Забратъ писанину и дать нам делать медицинскую работу.

Рентген-лаборантка та медсестра психіатрії, 54 роки

Адекватне навантаження, наголошували інформантки, створило б належні умови праці та запобігало б перевтомі та емоційному вигоранню.

Питання **низької зарплати**, очікувано, було ще однією ключовою проблемою, яка хвилювала учасниць дослідження. Оплата їхньої праці не лише не дає змоги мати гідний рівень життя, а й неспівмір-

на із навантаженням та відповідальністю, покладеною на медичних працівниць.

■ Мене не влаштовує заробітна плата. До інших умов праці претензій не маю. Знаю [свою] роботу, маю підхід до дітей і, в принципі, комунікабельна. Ну, мене люблять і поважають — і не хотілось би йти. Але ж така зарплата...

Шкільна медсестра, 50 років

Окремо медсестри наголошували на відсутності належних доплат та фактичному ігноруванні шкідливих факторів, напруженості їхньої праці. Чи не найбільшою несправедливістю в контексті доплат медсестри називають те, що зарплата часто не залежить від освіти, стажу, рівня кваліфікації та зусиль, спрямованих на її підвищення. Відповідно, це знецінює знання, досвід і навички та суттєво зменшує стимули розвиватися професійно. Вирішення питання низької оплати праці не лише уможливило б прийнятний рівень життя для медсестер та їхніх сімей, але й зняло б проблему пошуку підробітків, суміщення кількох робіт та відповідних втом, виснаження та вигорання. Належна зарплата також припинила б критичний відтік кадрів з професії, стимулювала б заповнення вакантних посад і сприяла б зменшенню навантаження на медсестер, спричиненого браком персоналу.

Медсестри говорили також про необхідність покращити **матеріальні умови та безпеку праці**. Це оснащення та стан лікарень, кімнати відпочинку, наявність «тривожної» кнопки для безпеки персоналу та пацієнтів.

З учасницями дослідження ми також обговорювали, **хто і на якому рівні має просувати та впроваджувати зміни** в навантаженні, оплаті та створенні належних умов медсестринства. Частина медсестер наголошувала, що бачить першочергові проблеми на рівні керівництва, адміністрації закладів. Ці проблеми проявляються у формі корупції, неналежного виконання обов'язків, відсутності поваги й небажанні враховувати думку працівниць.

■ Я казала, щоб хоч один із начальства прийшов і просто навіть проходив за нами добу і побачив, як вони кажуть, що «ви [...] получаете зарплату і нічого не робите». Щоб просто проходив і подивився — вони не знають нашої роботи, багато не знають.

Постова медсестра хірургії,
44 роки

При цьому багато інформанток наголошували, що велику кількість проблем неможливо вирішити на місцях без суттєвих змін на центральному рівні. Вони говорили про проблеми на рівні Кабміну, МОЗ та НСЗУ: неналежне управління системою охорони здоров'я, хронічний брак фінансування, проблеми встановлення відповідних норм (навантаження, оплати праці тощо), брак механізмів та реального контролю за дотриманням законодавства та наявних норм.

Окремі респондентки скептично висловлювалися щодо власних можливостей або можливостей профспілок добиватися необхідних змін, що, вірогідно, зумовлено негативним досвідом на місцях. Однак інші, навпаки, підкреслювали необхідність активного включення медичних працівниць у просування нагально необхідних змін. Об'єднання медпрацівників, на їхню думку, могло б стати важелем тиску як на адміністрації закладів, так і на центральні органи влади. Припускаємо, що, окрім інших факторів, вже наявний досвід спільного відстоювання своїх прав та приклад МедРуху сприяє розумінню важливості об'єднання задля змін у медичному секторі.

Висновки :

Дерегуляція медсестринського догляду, про яку ще 5 років тому говорили активістки МедРуху, тепер проявляється кризовими явищами в українській медицині. Це особливо небезпечно в умовах війни, коли через брак операційних медсестер скасовуються хірургічні втручання, медики психіатрії змушені поодинокі допомагати сотням пацієнтів, а шкільні медсестри, які підтримують дітей під час панічних атак у бомбосховищах, отримують мінімальну зарплату.

Типовими характеристиками роботи українських медсестер є інтенсивна, надмірна, надурочна праця, виконання обов'язків молодшого персоналу, часто в неналежних та небезпечних умовах, низька зарплата, що не відповідає зусиллям, яких мусять докладати медсестри. Попри високе емоційне залучення та стрес, медсестри не мають належної психологічної підтримки. Вони далеко не завжди ознайомлені з колективним договором, який гарантує їхні права, і зазнають мобінгу у відповідь на спроби захистити себе. Додатковим навантаженням на медсестер лягають домашні обов'язки та пошук підробітку. Перевтома та вигорання негативно впливають на здоров'я медсестер та стосунки з сім'єю і в перспективі підштовхують до залишення професії.

Утворюється «замкнене коло», де низькі зарплати, складні умови праці, загаль-

ний брак фінансування й адміністративні рішення призводять до того, що багато працівниць — як медсестер, так і молодшого медичного персоналу — переходять у приватний сектор чи інші сфери зайнятості. Це, своєю чергою, призводить до більшого навантаження на тих, хто залишається працювати, погіршуючи умови праці й стимулюючи подальший відтік кадрів.

Попри це, наші інформантки часто зазначали, що не уявляють себе поза медициною і насправді дуже люблять свою роботу. Однак експлуатація таких важливих почуттів, як відповідальність і любов — це не те, на чому має триматися медична система.

То чи є вихід? Всупереч загальній похмурій картині, медсестри готові пропонувати свої варіанти виходу з кризи, а деякі — й боротися за свої права. Їхній досвід та голос слід враховувати при встановленні нормативів, які не тільки покращать становище в галузі, але й підвищать якість допомоги. На думку медсестер, передусім потрібно розширити штат середнього та молодшого медперсоналу, а посадові обов'язки — чітко розділити. Частина медсестер вважає, що **зміни мають бути загальнонаціональними та обов'язковими до впровадження у всіх закладах охорони здоров'я**. Чимало учасниць дослідження заявляли, що медсестри мають

об'єднуватися та колективно відстоювати свої права, а також наголошувати на важливості своєї роботи.

Хоча методологія нашого дослідження та брак відповідних даних в українському контексті не дають змоги однозначно відповісти на питання про зв'язок між зростанням навантаження на медсестер і ефективністю системи охорони здоров'я в Україні, варто наголосити на такій оче-

видній тезі: медсестринство є невід'ємним компонентом надання медичної допомоги, а отже його проблеми не можуть не впливати на її якість. Перевантажена обов'язками й понаднормовою роботою медсестра, яка розривається між пацієнтами, — ознака нездорової системи. Вирішення цієї кризи — не лише питання справедливості для медперсоналу, але й потреба всього суспільства.

Рекомендації :

Міністерству охорони здоров'я України

Залучення ГОЛОСУ МЕДСЕСТЕР

Врахувати думки працівниць при встановленні нормативів навантаження та організації їхньої роботи. Долучити **Громадську організацію «Медичний рух "Будь як Ми"»** та інші профспілкові та професійні організації до обговорення **граничних нормативів навантаження на медичних працівників у закладах охорони здоров'я та інших закладах**, про що йдеться у *«Стратегії розвитку системи охорони здоров'я на період до 2030 року та затвердження операційного плану заходів з її реалізації у 2025–2027 роках»*. Наразі основними пропозиціями медиків є:

- Збільшення штату: залучення більшої кількості медсестер, санітарок та іншого персоналу для зниження навантаження.
- Раціональний розподіл обов'язків: чітке визначення завдань усіх працівниць для ефективної організації роботи.
- Зменшення паперової роботи: оптимізація бюрократичних процесів, щоб медсестри могли більше часу приділяти пацієнткам.

Кабінету міністрів України, Міністерству економіки України

Підвищення оплати праці

Забезпечити відповідну фінансову винагороду, що відображає рівень відповідальності та навантаження медичного персоналу.

- 13 500 грн брутто має бути посадовим окладом, до якого нараховують всі належні доплати.
- Для молодших медсестер всі належні доплати також мають нараховуватись до посадового окладу.
- Положення постанови Кабінету Міністрів України від 13 січня 2023 р. №28, які дозволяють знижувати зарплати медсестер до рівня мінімальної, слід скасувати.

Міністерству економіки України, Міністерству освіти та науки України, Міністерству соціальної політики України

Справедлива оплата для всіх медсестер

- 13 500 грн має бути посадовим окладом також для медсестер, що підпорядковуються іншим міністерствам (освіти, соціального захисту).
- До посадового окладу також мають нараховуватись належні доплати.

Міністерству охорони здоров'я України, Національній службі здоров'я України, керівництву закладів охорони здоров'я

1. Підвищення дієвості колективних договорів

Зобов'язати заклади охорони здоров'я дотримуватися перелічених нижче норм та здійснювати контроль за їх виконанням:

- Долучення всього колективу до обговорення колективних договорів.
- Обов'язкове ознайомлення працівників з колективними договорами.
- Вільний доступ до колективних договорів. Це можливо забезпечити, зробивши обов'язковим розміщення колективних договорів **в електронному вигляді на сайтах медичних закладів, місцевих органів влади та МОЗ.**

2. Поліпшення умов праці

Організувати належне матеріальне забезпечення та створити комфортні умови для роботи. Гарантувати безпеку на робочому місці (охорона, «червона» кнопка) або під час виїзду бригад швидкої допомоги.

3. Запобігання «вигоранню» медсестер

Впровадити в закладах охорони здоров'я заходи для психоемоційного розвантаження та психологічної підтримки працівників на систематичній основі.

Громадським організаціям, які займаються гендерною тематикою

Включити питання оплачуваної доглядової праці як найбільш фемінізованої сфери зайнятості до адвокаційної повістки жіночих організацій як важливого кроку зближення феміністичного руху з потребами значної частини українських жінок.

Одна за трьох. Як працюють українські медсестри, 2025

Керівниця дослідження: **Олена Ткаліч**

Дослідницька команда: **Оксана Дутчак, Наталія Ломоносова**

Наукове редагування: **Олена Стрельник**

Верстка та дизайн: **Ірина Стасюк**

Медичний рух «Будь як Ми» (попередня назва — «Будь як Ніна») (МедРух) є першою в Україні низовою організацією, яка ставить головною метою захист прав медсестер та молодшого медперсоналу. Рух виник у 2019 році на хвилі протестів проти медреформи, передчуваючи, що дерегуляція медсестринського догляду обернеться для них масовими звільненнями та експлуатацією. Імпульсом для руху став [пост у Facebook](#) медсестри з Київщини Ніни Козловської, яка заявила про недооціненість роботи медсестер та закликали боротись за свої права. Після цього утворилась [спільнота у Facebook](#), яка наразі має 86 тисяч підписників. МедРух проводить акції протесту, налагоджує співпрацю з міжнародними робітничими організаціями, а також створює та об'єднує незалежних профспілок в різних регіонах України. У 2024 році МедРух переобрав раду, куди увійшли сім медиків. Наразі його очолює співзасновниця організації та медсестра дитячої лікарні зі Львова Оксана Слободяна. Учасники МедРуху приймали участь у цьому дослідженні: лікар-хірург Олексій Чуприна надав фахові консультації, а Руслана Мазуренок та Юлія Ліліч-Кочірка брали участь у зборі інтерв'ю.

Олена Ткаліч — журналістка та гендерна дослідниця, яка займається питаннями зайнятості жінок в Україні, міграції та доглядової праці. Активістка ГО «Соціальний рух», редактор видання Socportal.
olenatkali4@gmail.com

Наталія Ломоносова — соціологиня та політична аналітикиня, яка займається питаннями соціальної та трудової політики, доглядової праці та ставленням до соціального захисту.
tasha.lomonosova@gmail.com

Оксана Дутчак — соціологиня та соціальна антропологиня, яка займається питаннями соціального відтворення, доглядової праці та гендерної нерівності. Вона також є співредакторкою журналу Spilne/Commons.
ok.dutchak@gmail.com

ROSA LUXEMBURG STIFTUNG В УКРАЇНІ

Sponsored by the За підтримки Rosa Luxemburg Stiftung з коштів Міністерства економічного співробітництва та розвитку ФРН. Ця публікація та її частини надаються до безкоштовного використання за умови належного посилання на оригінальну публікацію.

Зміст публікації перебуває у виключній відповідальності авторок та авторів і може не відображати позиції Rosa Luxemburg Stiftung.