DOI 10.11603/2411-1597.2026.1.16288
УДК 614.253.5:005.6

ДОКУМЕНТУВАННЯ В СЕСТРИНСЬКІЙ ПРАКТИЦІ ЯК ІНСТРУМЕНТ ПРОФЕСІЙНОЇ БЕЗПЕКИ: УПРАВЛІНСЬКІ ТА ОРГАНІЗАЦІЙНІ ЗАСАДИ ЗА УМОВ РЕФОРМУВАННЯ СИСТЕМИ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

О. М. Грицко

КНП «6-а міська поліклініка м. Львова», Львів, Україна

Вступ. Реформування системи охорони здоров'я України, що супроводжується автономізацією закладів, зростанням правової свідомості пацієнтів та цифровізацією, висуває нові вимоги до якості сестринської документації. Вона перестає бути просто обліковою формою, перетворюючись на ключовий інструмент професійної безпеки медичного персоналу. Відсутність уніфікованих стандартів ведення документації і недостатній контроль з боку керівництва значно підвищують професійні та юридичні ризики для медичних сестер.

Мета роботи – обґрунтувати організаційно-управлінські засади забезпечення якості сестринської документації в медичних закладах, визначити роль керівників різного рівня у формуванні культури документування та окреслити механізми мінімізації професійних ризиків за умов реформування системи охорони здоров'я України.

Основна частина. У статті на основі аналізу наукових публікацій, нормативно-правових актів та результатів внутрішніх аудитів встановлено, що якісне документування є інструментом професійного захисту медичних сестер, показником ефективності управління сестринською службою та запорукою безперервності догляду. Виявлено типові недоліки організації документування на рівні закладу, керівників сестринських служб та безпосередньо медичних сестер. Запропоновано модель управління якістю сестринської документації, що включає шість взаємопов'язаних компонентів: стандартизацію, навчання, внутрішній аудит, зворотний зв'язок, мотивацію персоналу та інтеграцію документування в робочий процес. Окрему увагу приділено ролі керівників усіх рівнів – від головної медичної сестри до адміністрації закладу – в упровадженні культури якісного документування. Розроблено практичні рекомендації для різних категорій персоналу і Пам'ятку медичної сестри з документування «10 золотих правил документування для щоденної роботи», що базуються на вітчизняних та міжнародних дослідженнях. Розглянуто перспективи і виклики цифровізації сестринської документації.

Висновки. Забезпечення якості сестринської документації є комплексним управлінським завданням, що потребує системної участі керівників усіх рівнів. Упровадження запропонованих організаційних механізмів дозволить підвищити рівень професійної безпеки медичних сестер, знизити юридичні ризики та покращити якість медичної допомоги. За умов цифрової трансформації особливого значення набувають раціональна інтеграція електронних систем документування в робочий процес та постійне підвищення кваліфікації персоналу.

Ключові слова: медична сестра; сестринська практика; документація; професійна безпека; управління якістю; сестринський аудит; керівник сестринської служби; ризик-менеджмент.

DOCUMENTATION IN NURSING PRACTICE AS A TOOL OF PROFESSIONAL SAFETY: MANAGERIAL AND ORGANIZATIONAL PRINCIPLES IN THE CONTEXT OF HEALTHCARE REFORM

O. M. Grytsko

Communal Municipal Enterprise "6th City Polyclinic of Lviv", Lviv, Ukraine

Introduction. The reform of the healthcare system in Ukraine, accompanied by the autonomization of institutions, increasing legal awareness of patients, and digitalization of the industry, imposes new requirements on the quality of nursing documentation. It is no longer just a recording form but is becoming a key tool for the professional safety of nursing staff. The lack of unified documentation standards and insufficient control by management significantly increase the professional and legal risks for nurses.

The aim of the study – to substantiate the organizational and managerial principles for ensuring the quality of nursing documentation in healthcare facilities, to determine the role of managers at various levels in

© О. М. Грицко, 2026

forming a documentation culture, and to outline mechanisms for minimizing professional risks in the context of healthcare system reform in Ukraine.

The main part. Based on an analysis of scientific publications, regulatory legal acts, and the results of internal audits, the article establishes that quality documentation serves as a tool for the professional protection of nurses, an indicator of the effectiveness of nursing service management, and a guarantee of continuity of care. Typical deficiencies in documentation organization were identified at the facility level, nursing service managers' level, and the nurses' level. A model for nursing documentation quality management is proposed, which includes six interrelated components: standardization, training, internal audit, feedback, staff motivation, and integration of documentation into the work process. Special attention is paid to the role of managers at all levels — from the chief nurse to the facility administration — in implementing a culture of quality documentation. Practical recommendations for various categories of personnel and "10 golden rules of documentation" for daily practice have been developed, based on both domestic and international research. The prospects and challenges of digitalizing nursing documentation are considered.

Conclusions. Ensuring the quality of nursing documentation is a complex managerial task that requires systematic participation of managers at all levels. Implementation of the proposed organizational mechanisms will increase the level of professional safety of nurses, reduce legal risks, and improve the quality of medical care. In the context of digital transformation, the rational integration of electronic documentation systems into the work process and continuous staff training become particularly important.

Keywords: nurse; nursing practice; documentation; professional safety; quality management; nursing audit; nursing service manager; risk management.

Вступ. За сучасних умов реформування системи охорони здоров'я України проблема якості сестринської документації набуває особливого значення. Автономізація закладів охорони здоров'я, впровадження договірних відносин з Національною службою здоров'я України, посилення вимог до якості медичних послуг та прозорості звітності створюють нові виклики для організації сестринської справи [1, 2].

Документування сестринської діяльності виконує низку важливих функцій, серед них – комунікативна (забезпечення передачі інформації між фахівцями), управлінська (підстава для оцінки якості та обсягу виконаної роботи), доказова (підтвердження факту надання допомоги) та функція професійного захисту [3, 4]. Принцип «не задокументовано – не зроблено» є базовим у медичній практиці, оскільки при відсутності належного запису довести факт виконання певної дії практично неможливо [5].

Водночас аналіз практики роботи медичних закладів свідчить про наявність системних проблем в організації сестринського документування. До них належать: відсутність уніфікованих стандартів, неузгодженість вимог різних підрозділів, недостатній контроль з боку керівників сестринських служб, низький рівень навчання персоналу [6]. Особливої гостроти ці проблеми набувають за умов обмеженого фінансування та кадрового дефіциту, коли медичні сестри працюють з підвищеним навантаженням.

У міжнародній практиці документування розглядають як невід'ємну складову системи безпеки пацієнтів. За визначенням Всесвітньої організації охорони здоров'я, системна фіксація клінічних дій є ключовим компонентом управління ризиками [7]. Міжнародна рада медичних сестер наголошує, що належне ведення сестринської документації виконує не лише комунікативну, а й правозахисну функцію [8]. Праці вітчизняних авторів [9–11] закладають основу для розуміння організаційно-управлінських аспектів сестринської діяльності, однак потребують подальшого розвитку в контексті сучасних викликів [12–14].

Мета роботи – обґрунтувати організаційно-управлінські засади забезпечення якості сестринської документації в медичних закладах, визначити роль керівників різного рівня у формуванні культури документування та окреслити механізми мінімізації професійних ризиків за умов реформування системи охорони здоров'я України.

Основна частина. Теоретичну основу дослідження становили наукові публікації вітчизняних і зарубіжних авторів із проблем організації сестринської справи, управління якістю в системі охорони здоров'я, документування в медсестринстві, а також нормативно-правові акти, що регулюють діяльність закладів охорони здоров'я та середнього медичного персоналу. Емпіричну базу склали результати внутрішніх аудитів сестринської документації в закладах охорони здоров'я. Використано методи системного аналізу, порівняльно-правовий, структурно-функціонального моделювання, узагальнення.

Проведений аналіз дозволив виокремити основні функції сестринської документації в системі управління медичним закладом (табл. 1).

Таблиця 1. **Основні функції сестринської документації в системі управління медичним закладом**

Функція	Зміст	Управлінське значення
Комунікативна	Забезпечення передачі інформації про стан пацієнта, виконані втручання, їх результати між фахівцями	Безперервність і наступність догляду, уникнення дублювання та помилок
Облікова	Фіксація обсягу виконаної роботи, витрат часу, використаних матеріалів	Планування навантаження, розрахунок потреби в персоналі та ресурсах
Контрольна	Можливість перевірки якості та своєчасності виконання втручань	Оцінка ефективності роботи персоналу, виявлення відхилень від стандартів
Доказова	Підтвердження факту надання допомоги відповідно до стандартів	Професійний захист, демонстрація відповідності вимогам
Аналітична	Матеріал для аналізу помилок, вивчення динаміки стану пацієнтів, оцінки ефективності втручань	Удосконалення практики, розробка стандартів, навчання
Звітна	Підстава для формування статистичної звітності, звітів перед керівництвом та НСЗУ	Оцінка діяльності закладу, обґрунтування фінансування

Як бачимо, документація є не просто «паперами», а важливим управлінським інструментом, який дозволяє забезпечувати якість, безпеку та ефективність сестринської допомоги [15, 16].

Узагальнення результатів внутрішніх аудитів та аналіз публікацій дозволяють виокремити найпоширеніші проблеми в організації сестринського документування.

На рівні медичного закладу: відсутність локальних стандартів (протоколів) ведення сестринської документації; неузгодженість вимог різних підрозділів (різні форми, різна періодичність записів); відсутність системи внутрішнього контролю якості документації; недостатнє ресурсне забезпечення (брак бланків, обмежений доступ до комп'ютерної техніки).

На рівні керівників сестринських служб: недостатня увага до навчання персоналу правил документування; відсутність системи зворотного зв'язку щодо виявлених помилок; невикористання результатів аналізу документації для вдосконалення практики; низький рівень мотивації персоналу до якісного документування.

На рівні медичних сестер: сприйняття документування як «другорядної» справи, що заважає догляду; дефіцит часу через високе навантаження; недостатній рівень знань про вимоги до документування; відсутність розуміння зв'язку між якістю документації і професійною безпекою [15, 16].

Забезпечення якості сестринської документації потребує системної участі керівників усіх рівнів.

Головна медична сестра (керівник сестринської служби): розробляє та впроваджує локальні стандарти (протоколи) ведення сестринської документації; організовує систему навчання персоналу (вступний інструктаж, періодичні тренінги); забезпечує уніфікацію документації в усіх підрозділах; організовує систему внутрішнього аудиту якості документації; аналізує результати аудитів, виявляє системні проблеми, розробляє заходи з їх усунення; забезпечує зворотний зв'язок з персоналом щодо результатів перевірок; взаємодіє з адміністрацією закладу стосовно ресурсного забезпечення документування; координує впровадження електронних систем документування.

Старша медична сестра відділення: контролює якість ведення документації в підрозділі (щоденні / щотижневі перевірки); проводить інструктажі для нових працівників; надає оперативну допомогу при виявленні помилок; аналізує типові помилки і проводить роботу з їх усунення; мотивує персонал до якісного документування; забезпечує наявність необхідних бланків та форм.

Завідувач відділення: підтримує вимоги до якості сестринської документації; враховує якість документування при оцінці роботи персоналу; сприяє впровадженню стандартів документування; бере участь в аналізі складних випадків, де документація має критичне значення.

Адміністрація закладу (генеральний директор, медичний директор): забезпечує ресурсну підтримку (достатня кількість персоналу, навчання, матеріали, технічне забезпечення); враховує якість документації при оцінці роботи керівників сестринських служб; стверджує локальні стандарти документування; під-

тримує впровадження електронних систем документування; формує політику закладу щодо професійної безпеки персоналу.

На основі проведеного аналізу запропоновано **модель управління якістю сестринської документації,** що включає такі компоненти, як:

1. Стандартизація. Розробка та впровадження локальних стандартів (протоколів) ведення сестринської документації, які мають містити: чіткі вимоги до структури і змісту записів; визначену періодичність документування; перелік обов'язкових елементів для різних клінічних ситуацій; затверджений перелік абревіатур та скорочень; зразки правильних записів; алгоритми дій у типових і критичних ситуаціях.

2. Навчання. Безперервне навчання персоналу правил документування: вступний інструктаж для нових працівників; періодичні тренінги (не рідше 1 разу на рік); розбір типових помилок та «складних випадків» (case studies); навчання на робочому місці (менторство); підвищення цифрової грамотності при впровадженні електронних систем.

3. Внутрішній аудит. Систематична перевірка якості сестринської документації: щоденний контроль старшою медичною сестрою відділення (вибіркова перевірка); щомісячний аудит головною медичною сестрою; використання стандартизованих чек-листів для оцінки; кількісна та якісна оцінка результатів; аналіз динаміки показників якості.

4. Зворотний зв'язок. Інформування персоналу про результати аудитів: індивідуальні бесіди при виявленні помилок; узагальнення результатів на виробничих нарадах; аналіз динаміки показників якості; обговорення типових помилок та шляхів їх усунення; заохочення до повідомлення про проблеми.

5. Мотивація. Стимулювання персоналу до якісного документування: врахування якості документації при оцінці ефективності роботи; публічне визнання досягнень (дошка пошани, грамоти); матеріальне стимулювання (надбавки, премії); створення позитивного іміджу якісного документування; кар'єрне зростання для найкращих.

6. Інтеграція. Вбудовування документування в робочий процес: раціональна організація робочого місця (доступність документації); планування часу на документування; використання шаблонів та форм, що полегшують записи; впровадження електронних систем документування; адаптація процесів до умов обмеженого фінансування.

На основі проведеного дослідження розроблено **практичні рекомендації щодо вдосконалення сестринського документування для різних категорій персоналу.**

Для керівників сестринських служб (головних медичних сестер):

1. Проведіть аудит існуючої документації. Оцініть, які форми використовуються, наскільки вони уніфіковані, чи відповідають сучасним вимогам, чи зручні вони для заповнення, чи є дублювання.

2. Розробіть локальний стандарт документування. Залучайте до цього процесу досвідчених медичних сестер, щоб стандарт був реалістичним та враховував специфіку роботи.

3. Створіть «пам'ятки» для медичних сестер, короткі наочні інструкції з прикладами правильних записів для різних ситуацій (огляд, виконання процедури, відмова пацієнта, погіршення стану, фіксація комунікації з лікарем тощо).

4. Запровадьте систему регулярних перевірок. Визначте чіткі критерії оцінки, періодичність, відповідальних. Використовуйте чек-листи.

5. Організуйте навчання. Проведіть серію тренінгів для старших медичних сестер, які потім передадуть знання персоналу. Використовуйте розбір реальних випадків.

6. Забезпечте зворотний зв'язок. Регулярно інформуйте персонал про результати аудитів, аналізуйте динаміку, відзначайте покращення.

7. Активно впроваджуйте електронні системи. Беріть участь у виборі та адаптації програмного забезпечення, забезпечте навчання персоналу.

Для старших медичних сестер відділень:

1. Щоденно перевіряйте документацію. Виділіть 15–20 хв на початку або в кінці зміни для вибіркової перевірки записів.

2. Проводьте «п'ятихвилинки» з документування. Коротко обговорюйте з персоналом типові помилки, складні випадки, відповідайте на запитання.

3. Будьте прикладом. Ваші власні записи мають бути зразковими.

4. Підтримуйте новачків. Особливу увагу приділяйте документації нових працівників, допомагайте, пояснюйте, перевіряйте частіше.

5. Фіксуйте труднощі. Якщо персонал систематично стикається з проблемами при документуванні (наприклад, незрозумілі форми, брак часу, технічні проблеми), повідомляйте про це головній медичній сестрі для вирішення на рівні закладу.

6. Мотивуйте персонал. Відзначайте тих, хто веде документацію якісно, заохочуйте до обміну досвідом.

Для адміністрації закладу:

1. Визнайте важливість документування. Розуміння, що якісна документація – це не «папірці», а інструмент безпеки та управління, має бути на всіх рівнях.

2. Забезпечте ресурси. Достатня кількість персоналу, наявність необхідних бланків, доступ до комп'ютерів, принтерів, програмного забезпечення – це інвестиція в безпеку.

3. Підтримуйте керівників сестринських служб. Надавайте їм необхідні повноваження, враховуйте їх пропозиції, забезпечуйте можливості для навчання та підвищення кваліфікації.

4. Враховуйте якість документації в системі мотивації. Це може бути складова оцінки ефективності роботи як медичних сестер, так і керівників сестринських служб.

5. Сприяйте цифровізації. Плануйте поступове впровадження електронних систем документування, забезпечте технічну підтримку та навчання.

Для формування культури якісного документування важливо, щоб принципи документування стали невід'ємною частиною повсякденної роботи. Пропоную Пам'ятку медичної сестри з документування «10 золотих правил документування для щоденної роботи», яку можна адаптувати до умов конкретного закладу (табл. 2).

За умов цифрової трансформації охорони здоров'я особливого значення набуває впровадження електронних систем документування. Аналіз досвіду закладів, які впровадили електронний документообіг, свідчить про такі переваги: доступність інформації (одночасний доступ для різних фахівців, можливість перегляду історії); структурованість (шаблони, обов'язкові поля зменшують ризик пропуску важливої інформації); читабельність (відсутність проблем з почерком); швидкість пошуку (можливість швидко знайти потрібну інформацію); аналітичні можливості (автоматичний аналіз даних, формування звітів); безпека (розмежування доступу, фіксація авторства, захист від несанкціонованих змін); інтеграція (можливість об'єднання з іншими інформаційними системами, зокрема НСЗУ).

Водночас упровадження електронного документування супроводжується викликами: необхідність навчання персоналу (особливо для працівників старшого віку); технічні проблеми (збої, швидкість роботи, залежність від електропостачання); додаткове навантаження на початковому етапі (паралельне ведення паперової та електронної документації); питання захисту даних (ризик витоку інформації, кібератаки); потреба в технічному забезпеченні (комп'ютери, планшети, безперебійний інтернет); фінансові витрати (придбання програмного забезпечення, обладнання, технічна підтримка).

Таблиця 2. **Пам'ятка медичної сестри з документування «10 золотих правил документування для щоденної роботи»**

Правило	Чому це важливо
Роби запис одразу *після виконання процедури або якомога швидше*	*Забезпечує достовірність, унеможливлює звинувачення у фальсифікації*
Фіксуй факти, а не оцінки *(«пацієнт кричав, відштовхнув руку», а не «пацієнт був агресивний»)*	*Факти є доказом, оцінки – лише думкою*
Зазначай точний час *(не «вранці», а «о 8:15»)*	*Дозволяє відтворити хронологію подій*
Записуй відмови пацієнта *й інформування лікаря про них*	*Захищає від звинувачень у бездіяльності*
Фіксуй комунікацію з лікарем *(кому повідомила, коли, про що, яка відповідь)*	*Демонструє командну взаємодію*
Будь конкретною *(«виконала ін'єкцію в/м 2,0 у верхньозовнішній квадрант сідниці», а не «зробила укол»)*	*Унеможливлює різночитання*
Не залишай порожніх місць *у записах*	*Запобігає дописуванню іншими особами*
Виправляй помилки правильно *(закреслення, підпис, дата)*	*Демонструє добросовісність*
Не критикуй колег та заклад *у записах*	*Зберігає професійну етику та командний дух*
Стався до документації як до частини догляду, *а не перешкоди для нього*	*Формує професійне ставлення*

Для керівників сестринських служб важливо брати активну участь у впровадженні електронних систем, забезпечуючи, щоб вони були зручними для медичних сестер та відповідали потребам практики. За умов обмеженого фінансування доцільним є поетапне впровадження, починаючи з найбільш критичних ділянок роботи.

Висновки. Сестринська документація виконує комплекс функцій (комунікативну, облікову, контрольну, доказову, аналітичну, звітну) що робить її важливим інструментом управління якістю медичної допомоги та професійної безпеки медичних сестер. За умов реформування системи охорони здоров'я їх значення зростає.

Типовими проблемами організації сестринського документування за сучасних умов є: відсутність уніфікованих локальних стандартів, недостатній контроль з боку керівників, низький рівень навчання персоналу, сприйняття документування як «другорядної» справи, а також виклики, пов'язані з цифровізацією та обмеженим ресурсним забезпеченням.

Забезпечення якості сестринської документації потребує системної участі керівників усіх рівнів – від головної медичної сестри до адміністрації закладу. Кожен рівень має свої функції та відповідальність, і лише їх узгоджена взаємодія здатна забезпечити бажаний результат.

Запропонована модель управління якістю сестринської документації включає шість взаємопов'язаних компонентів: стандартизацію, навчання, внутрішній аудит, зворотний зв'язок, мотивацію, інтеграцію. Упровадження цієї моделі дозволяє системно підійти до вирішення проблеми та забезпечити стале покращення якості документування.

Розроблені практичні рекомендації для різних категорій персоналу (керівників сестринських служб, старших медичних сестер відділень, адміністрації закладу) та Пам'ятку медичної сестри з документування «10 золотих правил документування для щоденної роботи» можна безпосередньо використовувати у повсякденній роботі медичних закладів для підвищення рівня професійної безпеки медичних сестер.

За умов обмеженого фінансування і кадрового дефіциту особливого значення набувають раціональна організація документування, інтеграція його в робочий процес та використання сучасних технологій, що дозволяють оптимізувати цей процес. Цифровізація сестринського документування є перспективним напрямом, однак потребує зваженого підходу, навчання персоналу і належного технічного забезпечення.

Перспективи подальших досліджень. Доцільно розробити галузеві стандарти сестринської документації, адаптовані до українських реалій та міжнародних вимог, а також вивчити ефективність упровадження різних моделей електронного документування в сестринській практиці. Перспективним є також дослідження впливу якості документування на результати лікування, задоволеність пацієнтів і зниження юридичних ризиків для медичних працівників. Окремої уваги потребує аналіз можливостей використання штучного інтелекту для автоматизації документування та підвищення його якості.

Джерела фінансування. Дослідження не мало спеціального фінансування. Статтю підготовлено в рамках виконання автором посадових обов'язків.

Внесок автора:

О. М. Грицко – розробка ідеї та дизайну дослідження; формування концепції дослідження; проведення огляду літератури і написання тексту; аналіз отриманих даних та обговорення результатів.

Конфлікт інтересів. Автор заявляє про відсутність конфлікту інтересів.

Інформація про використання штучного інтелекту. Статтю підготовлено із застосуванням технологій штучного інтелекту. В процесі її написання автор використала інструменти штучного інтелекту виключно для технічного редагування тексту, перевірки граматики, стилістичного доопрацювання та узагальнення інформації з наданих матеріалів. Уся наукова концепція, методологія, аналіз джерел, інтерпретація результатів та висновки є результатами інтелектуальної праці автора.

REFERENCES

1. Verkhovna Rada of Ukraine (2017). *Pro derzhavni finansovi harantii medychnoho obsluhovuvannia naselennia* [On state financial guarantees of medical care for the population: Law of Ukraine No. 2168-VIII] [in Ukrainian].

2. Natsionalna sluzhba zdorovia Ukrainy (2025). *Ofitsiinyi vebsait NSZU* [Official website of the NHSU]. Retrieved from https://nszu.gov.ua [in Ukrainian].

3. Brous, E. (2009). Documentation & litigation. *RN, 72* (2), 34-38.

4. King, R. (2023, August 2). *The Importance of Nursing Documentation in Medical Negligence Litigation*. Burns White. Retrieved from https://burnswhite.com/the-importance-of-nursing-documentation/.

5. Brent, N.J. (2020, November 4). *Legal Case Highlights Importance of Wound Care Documentation*. Wound Care Education Institute. Retrieved from https://blog.wcei.net/legal-case-highlights-importance-of-wound-care-documentation.

6. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy (2020). *Kontseptsiia rozvytku elektronnoi systemy okhorony zdorovia* [Concept of development of the electronic healthcare system]. Kyiv [in Ukrainian].

7. World Health Organization (2019). *Patient Safety: Global Action on Patient Safety*. Geneva: WHO.

8. International Council of Nurses (2018). *Nursing Documentation and Legal Protection Guidelines*. Geneva: ICN.

9. Hrytsko, R.Yu. (2021). Publichne upravlinnia u sferi okhorony zdorovia: suchasnyi stan ta perspektyvy reformuvannia [Public administration in healthcare: current state and prospects for reform]. *Visnyk Natsionalnoi akademii derzhavnoho upravlinnia – Bulletin of the National Academy of Public Administration, 2,* 45-52 [in Ukrainian].

10. Hrytsko, R., Hrytsko, O., & Pekanets, S. (2025). Transformatsiia medychnoi dopomohy cherez innovatsiini tekhnolohii: rol tsyfrovykh tekhnolohii u reabilitatsii patsiientiv [Transformation of medical care through innovative technologies: the role of digital technologies in patient rehabilitation]. *Hraal Nauky – Grail of Science, 53,* 840-845 DOI 10.36074/grail-of-science.20.06.2025.111 [in Ukrainian].

11. Hrytsko, R.Yu., Paslavska, V.V., & Hrytsko, O.M. (2024). Problemy zabezpechennia zdorovia naselennia v umovakh viiny v Ukraini [Problems of ensuring public health in the conditions of war in Ukraine]. *Suspilstvo ta natsionalni interesy – Society and National Interests, 5* (5), 15-26 [in Ukrainian].

12. American Nurses Association (2020). *Principles for nursing documentation: Guidance for registered nurses*. Silver Spring: ANA.

13. Bruno, D. (2025, August 27). *Pressure Ulcer Defense: How Documentation Shapes Case Outcomes*. Shaub, Ahmuty, Citrin & Spratt LLP. Retrieved from https://www.sacslaw.com/publication-42.

14. Shulzhyk, Yu.O., Hrytsko, R.Yu., & Pekanets, S.R. (2022). Upravlinnia zminamy v umovakh tsyfrovizatsii [Change management in the conditions of digitalization]. *Naukovi pratsi MAUP. Ekonomichni nauky – Scientific Works of MAUP. Economic Sciences, 3* (66), 127-136. DOI 10.32689/2617-2224-2022-2(30)-16 [in Ukrainian].

15. Miller, L.A. (2012, June 25). Documentation & Depositions: Everything You Need to Know about Defending Your Practice [Conference presentation]. AWHONN Conference, Washington, United States.

16. Ministerstvo okhorony zdorovia Ukrainy (2012). *Pro zatverdzhennia form pervynnoi oblikovoi dokumentatsii ta instruktsii shchodo yikh zapovnennia, shcho vykorystovuiutsia u zakladakh okhorony zdorovia nezalezhno vid formy vlasnosti ta pidporiadkuvannia* [On approval of forms of primary accounting documentation and instructions for their filling, used in healthcare institutions regardless of ownership and subordination: Order No. 110] [in Ukrainian].

Надійшла до редакції: 12.01.2026
Прийнято після рецензування: 12.02.2026
Подано до друку: 20.02.2026