Западно-Казахстанский медицинский университет имени Марата Оспанова

УДК: 614.253.5(574)(043)

На правах рукописи

МАКСУДОВА МАХИГУЛЬ ХАЛМУРЗАЕВНА

Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан

8D10103 - Сестринская наука

Диссертация на соискание
степени доктора философии (PhD)

Научные консультанты
к.м.н. Султанова Г.Д.
к.м.н., доц. Векленко Г.В.
д.м.н., проф. Оспанова Д.А.

Зарубежный консультант
PhD, доц. Stavropoulou Areti

Республика Казахстан
Актобе, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ..... 4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ 5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ 7
ВВЕДЕНИЕ..... 8
1 ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ 14
1.1 Стили лидерства в сестринском деле..... 14
1.2 Лидерские компетенции медицинской сестры 16
1.3 Менеджмент и лидерство в сестринском деле..... 23
1.3.1 Устойчивость в сестринской практике……..23
1.3.2 Сестринское лидерство и профессиональное выгорание……25
1.3.3 Решение конфликтных ситуаций……27
1.4 Лидерство и менторство..... 28
1.5 Реформирование сестринского дела в Казахстане 30
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ..... 33
2.1 Дизайн исследования..... 33
2.2 Инструменты сбора данных..... 34
2.2.1 Подготовка инструментов для проведения исследования……34
2.2.2.1 Мультифакторная анкета, направленная на определение тенденций развития сестринского лидерства……36
2.2.2.2 Многофакторный опросника лидерства (MLQ), версия MLQ-6S……...36
2.2.2.3 Самооценка согласно Д.Уэлчу……..38
2.2.2.4 Оценка стрессоустойчивости медицинских сестер……39
2.2.2.5 Оценка уровня профессионального выгорания медицинских сестер……39
2.2.2.6 Инструмент компетенций менеджеров медсестер (Linda Chase)……...40
2.2.2.7 Оценка стиля поведения в конфликте согласно Томасу……41
2.2.3 Полуструктурированное интервью……....42
2.3 Выборка..... 43
2.4 Этические вопросы 43
2.5 Процесс сбора данных..... 44
2.6 Метод обработки данных 44
2.6.1 Количественные данные……..……44
2.6.2 Качественные данные……..45
3 ЛИДЕРСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ 48
3.1 Условия труда как важный фактор влияния на развитие сестринского лидерства..... 48
3.2 Влияние рабочей среды на сестринское лидерство 51
3.2.1 Поддержка лидерства со стороны администрации……..……51
3.2.2 Оценка рабочей среды……..54
3.2.3 Анализ поведения на рабочем месте……...……57
3.2.4 Возможность принятия решений……58
3.2.5 Руководство медсестры……....60
3.3 Трансформационное лидерство в сестринской практике 63
3.4 Развитие лидерских способностей согласно мнению медсестер……..71

3.5 Стрессоустойчивость среди специалистов сестринской службы 76
3.6 Профессиональное выгорание медсестры на рабочем месте 79
3.7 Выявление ведущих факторов развития сестринского лидерства..... 82
4 ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ 85
4.1 Основные лидерские компетенции менеджеров сестринской службы 85
4.2 Характеристики поведения менеджеров сестринской службы в конфликтных ситуациях 91
4.3 Профессиональные компетенции в области сестринского лидерства на основе интервьюирования менеджеров сестринской службы 95
4.3.1 Лидерство и управление.....95
4.3.2 Эмоциональный интеллект и поддержка.....98
4.3.3 Профессиональное развитие и экспертиза.....99
4.3.4 Социальная ответственность и влияние.....100
4.3.5 Самооценка и самоутверждение.....101
4.3.6 Рабочие процессы и качество ухода.....101
4.3.7 Личные качества и мотивация.....102
4.3.8 Коммуникация и взаимодействие.....103
4.4 Тенденции развития сестринского лидерства в условиях его реформирования……..104
5 МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ЛИДЕРСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН..... 111
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 116
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ..... 121
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ 122
ПРИЛОЖЕНИЕ А - Заключение переводческого агентства по переводу анкеты……...134
ПРИЛОЖЕНИЕ Б - Заключение терминологической комиссии 135
ПРИЛОЖЕНИЕ В - Информация для участника исследования..... 136
ПРИЛОЖЕНИЕ Г - Информированное согласие..... 138
ПРИЛОЖЕНИЕ Д - Авторские свидетельства 139
ПРИЛОЖЕНИЕ Е - Акты внедрения 142
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж - Изданные методические руководства на английском языке……145

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты

Закон Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК. Астана: Министерство юстиции Республики Казахстан; 2020

Закон Республики Казахстан от 11 июля 1997 года №151-I. О языках в Республике Казахстан

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2020 года №ҚР ДСМ-199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского ухода». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 ноября 2020 года №21674

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года №ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года №21856

Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года № 945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». Астана; 2022

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями.

Лидер - человек, способный оказывать влияние на поведение, мотивацию и мышление других людей, направляя их деятельность на достижение общих целей.

Лидерство - процесс влияния на членов команды с целью достижения общих целей, при котором лидер направляет, мотивирует и координирует действия других.

Профессиональные компетенции - совокупность знаний, умений, навыков, а также личностных качеств, позволяющих эффективно выполнять профессиональные задачи в соответствии с требованиями должности, стандартами и этическими нормами профессии.

Профессиональные навыки - практические способности, приобретённые в процессе обучения и работы, которые позволяют специалисту эффективно и безопасно выполнять профессиональные функции в своей области.

Ментор - опытный специалист, который оказывает поддержку, делится знаниями, навыками и профессиональными установками с менее опытным коллегой, способствуя его профессиональному и личностному развитию.

Менторство - процесс профессиональной поддержки, в ходе которого ментор помогает подопечному развивать его компетенции, формировать профессиональную идентичность и адаптироваться в профессиональной среде.

Профессиональное выгорание - синдром, развивающийся в результате хронического стресса на рабочем месте, характеризующийся эмоциональным истощением, деперсонализацией и снижением чувства личных достижений.

Эмоциональное истощение - состояние крайней усталости, возникающее из-за длительного психоэмоционального напряжения и чрезмерной нагрузки, при котором человек чувствует, что у него больше нет энергии для выполнения рабочих обязанностей.

Деперсонализация - компонент выгорания, проявляющийся в виде циничного отношения к пациентам и коллегам, а также эмоционального отчуждения от своей профессиональной деятельности.

Редукция персональных достижений - снижение чувства собственной профессиональной эффективности, проявляющееся в ощущении бесполезности труда, некомпетентности и неудовлетворённости результатами работы.

Стресс - физиологическая и психологическая реакция организма на внешние или внутренние раздражители, нарушающие его устойчивость и требующие адаптации. В профессиональной среде стресс может быть как краткосрочным (мотивационным), так и хроническим (деструктивным).

Стрессоустойчивость - способность человека сохранять работоспособность, эмоциональное равновесие и эффективность принятия решений в условиях физического, психоэмоционального или социального напряжения.

Конфликт - столкновение противоположных интересов, взглядов или целей между двумя или более сторонами, возникающее в результате несогласия, конкуренции или различий в ценностях и подходах.

Стандарт операционных процедур - документированная инструкция, описывающая последовательность действий, необходимых для выполнения определённой задачи или процесса в соответствии с установленными требованиями качества, безопасности и эффективности.

Трансформационное лидерство - стиль руководства, при котором лидер вдохновляет и мотивирует последователей на достижение более высоких уровней морального духа, мотивации, а также на реализацию видения и целей, превышающих ожидания.

Транзакционное лидерство - стиль руководства, основанный на системе обмена, где лидер мотивирует последователей вознаграждением за достижение целей или наказанием за их невыполнение.

Лидерство в духе невмешательства - стиль руководства, при котором лидер делегирует полномочия, инициативу и ответственность членам команды, позволяя им самостоятельно принимать решения и достигать целей, используя свой опыт и ресурсы, при минимальном вмешательстве со стороны руководителя.

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

РК	Республика Казахстан
МЗ РК	Министерство здравоохранения Республики Казахстан
ProInCa	Содействие развитию инновационного потенциала высшего сестринского образования в условиях трансформации системы здравоохранения
ВКС	Видеоконференс связь
МООК	Массовые открытые онлайн-курсы
СОП	Стандарт операционных процедур
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
AONL	Американская организация по лидерству в сестринском деле
ICN	Международный совет медсестер
NHS	Национальная служба здравоохранения (Великобритания)
CLCF	Рамочная модель клинических лидерских компетенций
США	Соединенные Штаты Америки
COVID-19	Коронавирусная инфекция 2019
ПМСП	Первичная медико-санитарная помощь
ГПРЗ	Государственная программа развития здравоохранения
УПМПС	Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания
CNMCI	Центр непрерывного совершенствования сестринского и акушерского дела
МО	Медицинская организация
EE	Эмоциональное истощение
DP	Деперсонализация
PA	Редукция персональных достижений

ВВЕДЕНИЕ

В настоящее время в нашей стране проводятся реформы в здравоохранении, одним из направлений которых является реформа сестринского дела. Изучается международный опыт, проводится его анализ, коррекция и адаптация к социально-экономическим условиям совместно с международными экспертами, приглашенными МЗ РК [1]. Экспертами в области сестринского дела в РК являются специалисты сестринского дела Финляндии.

Сестринская служба в Республике Казахстан за последние годы прошла определенные этапы реформирования [2]. Теперь важным является исследовать все изменения и их влияние на дальнейшее развитие сестринского дела в стране. Большое внимание уделяется исследованиям развития лидерства в области сестринского дела как изменяющемся секторе [3]. Лидерство рассматривается как необходимое условие процесса модернизации сестринского дела и необходимое условие реформирования сестринского дела, отмеченного в Комплексном плане развития сестринского дела в Республике Казахстан [4].

Тема лидерства в сестринском деле достаточно актуальна. Доля медсестер в мировом здравоохранении составляет 59% всех кадров здравоохранения. Согласно глобальным отчетам развития здравоохранения они практически не принимают участия в стратегическом планировании и принятии решений в области здравоохранения. Отсутствие лидерства у сестринского персонала представляет собой важную проблему для здравоохранения. В Докладе о сестринском деле в мире Всемирной организацией здравоохранения на первом месте было определено усиление лидерства медсестер для обеспечения их влиятельной роли в разработке политики здравоохранения и принятия решений [3,с. 4].

Существует множество определений лидерства. Однако для сестринской практики наиболее часто используемым является определение Нортхауза (2023), где лидерство описывается как процесс, посредством которого человек влияет на группу людей для достижения общей цели [5].Лидерство — это практика, учитывающая каждого вне зависимости от профессионального положения или социального положения. Наиболее часто используемой практикой лидерства в сестринском деле является трансформационное лидерство – стиль лидерства в отношениях, при котором профессионалы доверяют и уважают лидера и мотивированы делать больше, чем от них формально ожидают для достижения цели [6]. Трансформационный лидер представляет собой человека, который создает доверие, действует честно, поощряет других, поощряет новаторское мышление, а также тренирует и развивает людей [7].

Лидерство подразумевает понимание основ политики здравоохранения и целей развития сестринской профессии, готовность решать сложные задачи, умение эффективно работать с различными средствами информации, преодолевать конфликтные ситуации и др. Совместно с финскими экспертами в области сестринского дела, в стране с 2017 года по 2021 год выполнялся проект «Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области

сестринского дела для реформирования здравоохранения – ProInCa», финансируемый программой Эрасмус+, по повышению потенциала в области высшего образования [8]. Одной из задач проекта было развитие потенциала и системы лидерства и управления в области сестринского дела на переходном этапе в здравоохранении [9]. В рамках данного проекта описаны лидерские и управленческие компетенции медицинских сестер в медицинских учреждениях Казахстана и разработаны компетенции руководящего состава и лидерства медсестер (главные и старшие медсестры), позволяющие им выступать в качестве факторов изменений в своих организациях [10]. Лидерские компетенции были обобщены в рамках шести областей: установка направления, управление услугами и достижение результатов, умение руководить людьми и командами, повышение сестринского профессионализма и этики, коммуникация и навыки совместной работы в команде, а также самоуправление. Согласно результатам исследования данной задачи, все области компетенций и их различные характеристики, т.е. требуемая образовательная подготовка в области сестринского дела, по сделанным выводам исследования должно быть на уровне высшего образования [11].На итоговой конференции по окончании проекта было отмечено, что модернизация сестринского лидерства в РК сделала шаг вперед, однако шаги эти были небольшими. Несмотря на то, что осознание важности компетентного сестринского лидерства повысилось, вместе с тем, структуры в медицинских организациях все еще нуждаются в укреплении положения и роли сестринского лидерства. Медсестры-лидеры играют ключевую роль в здравоохранении, становясь менеджерами по изменениям и развивая качественный сестринский уход [12].

Тема настоящего исследования продиктована необходимостью продолжения изучения лидерства в сестринском деле как ключевого компонента для дальнейшего реформирования сестринского дела в Республике Казахстан, путем определения и изучения необходимых новых компетенций и их активизации для поддержки реформы сестринского дела на всех уровнях.

Тематика исследования соответствует приоритетным направлениям развития науки Республики Казахстан и согласуется с государственными программами здравоохранения, направленными на развитие кадрового потенциала и повышение качества медицинской помощи. Актуальность исследования определяется необходимостью научного обоснования и развития лидерства в сестринском деле как стратегического ресурса повышения эффективности системы здравоохранения, что соответствует государственным приоритетам в области науки, образования и здравоохранения.

Гипотеза исследования: развитие сестринского лидерства является одним из ключевых компонентов для дальнейшего реформирования сестринского дела в Республике Казахстан.

Цель исследования: оптимизация лидерских компетенций специалистов сестринского дела на различных этапах их профессионального становления на основе комплексного анализа современного состояния сестринского лидерства в Республике Казахстан

Задачи исследования

1) провести анализ сестринского лидерства в системе здравоохранения РК и определить уровень сформированности лидерских компетенций у медицинских сестер;

2) выявить факторы, влияющие на развитие лидерских компетенций медицинских сестер, включая управленческие, организационные, личностные и профессиональные аспекты;

3) оценить лидерские компетенции менеджеров сестринской службы высшего и среднего звена в медицинских организациях;

4) определить направления развития сестринского лидерства в системе здравоохранения Республики Казахстан, с учетом мнения менеджеров сестринской службы;

5) обосновать модель и практические рекомендации по оптимизации развития лидерских компетенций медицинских сестер, направленные на повышение эффективности управленческой деятельности и качества сестринской помощи.

Положения, выносимые на защиту

1. Развитие лидерских компетенций медицинских сестёр является ключевым направлением дальнейшего реформирования сестринского дела в Республике Казахстан и должно основываться на принципах трансформационного лидерства, способствующего повышению качества сестринской помощи, эффективности управленческой деятельности и формированию благоприятной рабочей среды, при одновременном ограничении преобладания транзакционного стиля лидерства, негативно влияющего на развитие лидерского потенциала.

2. Ключевые факторы, влияющие на развитие сестринского лидерства: поддержка со стороны руководства, профессиональное выгорание, производительность медсестры на рабочем месте и стиль лидерства. Сформированность лидерских компетенций зависит от развития знаний в области здравоохранения, коммуникативных и управленческих навыков.

3. Определены направления развития сестринского лидерства, включающие формирование системы наставничества, расширение участия медицинских сестер в управленческих процессах, развитие профессиональных сообществ, повышение уровня образования и совершенствование условий труда – как факторов, способствующих профессиональному росту и укреплению статуса сестринской профессии.

Научная новизна исследования

1. Впервые в Республике Казахстан проведен комплексный анализ факторов, влияющих на развитие сестринского лидерства, включая поддержку со стороны руководства, знания в области лидерства, стиль лидерства и профессиональное выгорание.

2. Разработана и теоретически обоснована модель развития лидерских компетенций медицинских сестер, основанная на шести ключевых областях —

эмоциональный интеллект, управление и лидерство, профессиональное развитие, социальная ответственность, самооценка и коммуникации.

Теоретическая значимость: Изучен мировой опыт развития сестринского лидерства и оценены лидерские компетенции медицинских сестер РК. Исследование позволило научно обосновать приоритетный стиль и развитие лидерства в сестринской практике для создания благоприятной рабочей среды как основного инструмента дальнейшей реализации реформирования сестринской службы в РК.

Практическая значимость: Разработана модель развития лидерских компетенций медицинской сестры, адаптированная к контексту системы здравоохранения Республики Казахстан. Модель учитывает разноуровневую сформированность компетенций и нацелена на усиление организационной поддержки, развитие наставничества, повышение стрессоустойчивости и расширение профессиональной автономии. Разработаны практические рекомендации для развития лидерских качеств медицинских сестер Казахстана, разработан и находится на этапе апробации чат-бот для быстрого поиска официальных документов в области сестринского дела (клинические руководства, СОПы и т.д.).

Разработанная модель и выявленные факторы могут быть использованы в деятельности руководителей медицинских организаций для совершенствования системы управления сестринским персоналом и кадровой политики.

Предложенные практические рекомендации на основе разработанной модели развития лидерских компетенций могут быть внедрены в систему подготовки и повышения квалификации медицинских сестёр, а также в программы развития кадрового потенциала в здравоохранении, способствуя формированию устойчивого и эффективного сестринского лидерства.

Полученные результаты могут быть использованы администрацией медицинских организаций для оптимизации кадровой политики, включая развитие института наставничества, внедрение инструментов оценки и поддержки лидерских компетенций, формирование благоприятной рабочей среды и повышение устойчивости персонала к профессиональному выгоранию.

Опубликованы следующие работы по исследованию

1. **Максудова М.Х.,** Алибекова Л.Д., Султанова Г.Д., Векленко Г.В., Усебаева Н.Ж., Мұратхан А.Б., Құрманханова Р.Ж., Шоқай Ұ.Д, Оспанова Д.А. Поддержка сестринского лидерства в Республике Казахстан. Фтизиопульмонология 4(46), 2024, стр. 235-241. DOI: 10.26212/2227-1937.2025.45.79.032

2. **Maxudova M**, Ospanova D, Stavropoulou A, Alibekova L, Sultanova G, Veklenko G, Tobzhanova K. Burnout Among Hospital Nurses in Kazakhstan. Nursing Reports. 2025; 15(3):92. https://doi.org/10.3390/nursrep15030092

3. Alibekova L., Ospanova D., Muratkhan A., Abdimuratova B., **Maxudova M**. Self-assessment on leadership skills of nursing service managers in Kazakhstan. Georgian Medical News. 2025 September;(366):184-188. ISSN 1512-0112

Публикации на конференциях

1. Д.А. Оспанова, Н.Ж. Усебаева, **М.Х. Максудова**. Разработка образовательной программы по магистратуре сестринское дело. Материалы 1-го Международного форума «Asfen.Forum, новое поколение-2023».-Алматы: КазНМУ, 2023, стр.483-484.

2. **Maxudova M.Kh**., Ospanova D.A., Ussebayeva N.Zh., Shokai U.D., Sultanova G.D., Veklenko G.V. Leadership competencies according to self-assessment of nurses in the Republic of Kazakhstan. XI International Scientific and Practical Conference «Challenges and problems of modern science»б November 30 – December 01, 2023, London, United Kingdom. pp. 40-41. https://doi.org/10.5281/zenodo.10261060

3. **Maxudova M.Kh**., Ospanova D.A., Ussebayeva N.Zh., Kurmankhanova R.Zh., Yerikbayeva G.N. Assessing the level of nursing leadership. X International Scientific and Practical Conference "Development of science in the XXI century". Dortmund, Germany. 07-08.12.2023. pp. 82-83. https://doi.org/10.5281/zenodo.10370630

4. Құрманханова Р.Ж., Алибекова Л.Д., Шоқай Ұ.Д., **Максудова М.Х**., Оспанова Д.А. Лидерство на рабочем месте медицинской сестры. Международная конференция студентов и молодых ученых «ОТ ОПЫТА К ПРОЕКТУ», посвященная 90-летию Казахского Национального университета имени аль – Фараби, 26–27 апреля, 2024 г.– Алматы: Қазақ университеті, 2024, стр. 70.

5. Оспанова Д.А., Усебаева Н.Ж., **Максудова М.Х**. Разработка образовательной программы бакалавриата «Академическое сестринское дело с навыками менторства». Материалы 2-го Международного форума «Asfen.Forum, новое поколение-2024».-Алматы: КазНМУ, 2024, стр.345-346.

6. Алибекова Л.Д., Оспанова Д.А., Усебаева Н.Ж., **Максудова М.Х**. Разработка образовательной программы магистратуры сестринское дело. Материалы 2-го Международного форума «Asfen.Forum, новое поколение-2024».-Алматы: КазНМУ, 2024, стр.347-348.

7. K.Tobzhanova, K.Konys, D.Ospanova, N.Ussebayeva, **M.Maxudova**. Features of professional burnout in nurses' work. XIX international scientific conference «The modern vector of the development of science», 27-28.03.2025, Philadelphia. USA. Pp.28-29. ISBN 978-92-44513-78-1 DOI https://doi.org/10.5281/zenodo.15119337

Выступления на конференциях

1. Доклад на тему: «Мотивация сестринского персонала для получения высшего образования». Международная конференция "Реформирования сестринского дела: достижения, проблемы и перспективы" Актобе, 25.11.2022г.

2. Доклад на тему: «Самооценка лидерских способностей среди медсестер». Международная конференция "Глобальная миссия милосердия: сестринское дело в меняющемся мире" Алматы, 13.05.2025г.

Получено 3 авторских свидетельства по теме диссертационного исследования:

1. «Образовательная программа Академическое сестринское дело с навыками менторства» № 45550 от «6» мая 2024 года

2. “тесты "Менеджмент и лидерство в здравоохранении" № 45622 от «13» мая 2024 года

3. «Чат-бот с использованием технологий искусственного интеллекта для оптимизации поиска информации в сестринском деле» № 56577 от «9» апреля 2025 года.

Получено 3 акта внедрения результатов научно-исследовательской работы.

Опубликованы 2 пособия на английском языке, доступных на amazon

1. The book "Multidisciplinary Research: Concepts, Methods & Case Studies" has been published on Amazon with ISBN: 978-81-985123-8-3. https://www.amazon.in/dp/B0DYK9ST6R

2. The book "Research Methodology & Statistical Techniques" has been published on Amazon with ISBN: 978-81-987331-2-2. https://www.amazon.in/dp/B0F9WN4MGG

Участие в разработке и обновлении образовательных программ бакалавриата и магистратуры:

1. 6B10112 Академическое сестринское дело с навыками менторства
2. 7M10121 Сестринское дело (Управление качеством)
3. 7M10122 Сестринское дело

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 146 страницах компьютерного текста, состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, 3-х разделов собственного исследования, заключения, включающего выводы и рекомендации для практического внедрения, списка использованных источников, включающего 146 наименований. Работа содержит 56 таблиц, 18 рисунков, 1 формулу. Количество приложений – 7.

1 ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Сестринское лидерство занимает важную роль в развитии сестринского дела в мире. ВОЗ (2020) отметило лидерство в сестринском деле как приоритетное направление развития во всем мире [3,с. 8]. Особенное значение оно приобрело в постпандемический период, когда лидеры здравоохранения показали свою значимость при кризисном управлении [13].

Сестринское лидерство играет важную роль при работе в системе здравоохранения, развитии персонала и оказании помощи пациентам [14]. На развитие лидерства в сестринской практике имеют влияние различные факторы: рабочая среда, микроклимат в организации, мотивация к работе, эмоциональное состояние работников [15], подготовка молодых кадров и др.

Сестринское лидерство – это влияние медсестры на команду и возможность направлять к достижению единой цели. Такая способность персонала является неотъемлемой частью повышения качества оказываемых медицинских услуг и развития системы здравоохранения в целом. Развитие лидерских навыков медсестер способствует повышению мотивации к работе, ответственность, стремление к профессиональному развитию, развитию самоуважения, что в свою очередь повышает статус медсестры [15,p. 8].

1.1 Стили лидерства в сестринском деле

Медсестры являются многочисленной армией, главной задачей которой является уход за пациентами. В этой связи лидерство медсестер способствует продвижению сестринской практики, повышению профессионального уровня [16]. Поэтому немаловажным является и определение стиля сестринского лидерства [17]. В сестринском деле принято выделять три основных стиля лидерства: трансформационное лидерство, транзакционное лидерство и лидерство в духе невмешательства [18-21].

Каждый стиль имеет свои преимущества и недостатки. Указанные стили лидерства являются наиболее распространенными в сестринских сообществах [22]. Трансформационное лидерство представляет собой стиль лидерства, когда лидер активно вдохновляет и мотивирует свою команду на достижение целей. Транзакционное лидерство в большей степени фокусируется на отношениях обмена между лидерами и их последователями [23]. Лидерство в духе невмешательства является таким стилем, когда лидер придерживается так называемого невмешательства, а также лишь минимального участия. Это дает возможность команде самим принимать решения [24]. Краткая сравнительная характеристика этих трех стилей лидерства согласно Arthur Roy Bwalya (2023) представлена в таблице 1 [22,p. 181].

Таблица 1 - Сравнительная характеристика основных стилей лидерства в сестринской практике

Стиль лидерства	Основные характеристики стиля лидерства	Преимущества	Недостатки
Трансформационный	Вдохновляет и мотивирует команду. Основной фокус сосредоточен на изменениях, росте и развитии	Повышение мотивации, стимулирование инновационных подходов и идей, профессиональное развитие членов команды	Требуется высокая личная вовлечённость и эмоциональная энергия со стороны лидеры
Транзакционный	Основывается на чётких правилах и директивах, вознаграждениях и наказаниях. Основная направленность – обязательное выполнение задач	Направлен на обеспечение порядка, структуры, достижение эффективности и стабильности условий	Не дает возможность развитию креативности и проявлению инициативы, что ограничивает развитие и рост
Лидерство в духе невмешательства	Лидер придерживается политики невмешательства, предоставляя полную свободу действий членам своей команды	Направлен на достижение автономии и проявление инициативы со стороны членов команды	Невмешательство может создать ситуацию бесконтрольности, что может привести к хаосу на рабочем месте и снижению продуктивности команды
Примечание - Источник [22,p. 181]			

Систематический обзор, проведенный Hashlan и соавторами (2024) [25], показал трансформационное лидерство как наиболее эффективное среди руководителей сестринской службы. Оно способствует инновациям и развитию, повышает уровень сотрудничества между членами команды. В итоге это имеет положительное влияние на удовлетворенность пациентов, исходы и повышение безопасности на рабочем месте, потому что в центре стоит пациент и медицинская команда. Трансформационное лидерство способствует созданию благоприятной среды на рабочем месте, развитию доверия в коллективе и положительным результатам работы. Что касается транзакционного лидерства, то оно, безусловно, имеет высокую эффективность при выполнении задач, однако при решении сложных задач и проблем в системе здравоохранения является ограниченным и недостаточным. Такой стиль больше проявляет негативное влияние. Лидерство в стиле невмешательства направлено на достижение автономии и проявление инициативы со стороны членов команды,

однако при этом может создать бесконтрольную ситуацию, приводя к хаосу на рабочем месте и снижению общей продуктивности [26].

Наиболее эффективными стилями лидерства, согласно проведенному систематическому обзору V.Gavya и соавторами, признаны трансформационный и либеральный стили. Важно уделить больше внимания на развитие именно данных стилей среди руководителей сестринской службы. Эти стили способствуют удержанию медсестер на рабочих местах и направлены на достижение эффективности и успеха в работе медицинской организации [27].

У каждого стиля лидерства есть свои преимущества и недостатки. Они применимы в различных условиях и зависят от ситуации и поставленной цели. Стиль лидерства имеет важное значение в сестринской практике. Оно важно при мотивации и вдохновении медицинских сестер. Грамотное управление сестринским персоналом направлено на развитие автономии, решение конфликтов, развитие способности принятия решений, поддержание эффективной коммуникации. Все аспекты в итоге направлены на повышение качества сестринской помощи и обеспечение безопасности пациентов [28].

1.2 Лидерские компетенции медицинской сестры

В работе «Обзор рамочной модели лидерских компетенций» Brent D.Ruben дополнил свои предыдущие исследования некоторыми аспектами и представил пять ключевых областей лидерских компетенций: аналитические, личностные, организационные, должностные (позиционные), коммуникационные. Каждая из этих областей компетенций содержит семь подтем или субкомпетенций (таблица 2) [29].

Таблица 2 - Пять ключевых областей лидерских компетенций

Аналитические компетенции	Личностные компетенции	Коммуникационные компетенции	Должностные компетенции	Организационные компетенции
1	2	3	4	5
Самооценка	Характер, личные ценности и этика	Достоверность и харизма	Образование	Настройка видения
Определение проблемы	Когнитивные способности и креативность	Влияние и убеждение	Опыт	Управление и надзор
Анализ заинтересованных сторон	Энтузиазм	Межличностная и групповая ориентация	Экспертиза	Управление информацией и значениями
Системный/ организационный подход	Высокие стандарты	Слушание, внимание, задавание вопросов и обучение	Знание сектора	Технологические возможности

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
Анализ технологий для поддержки лидерства	Личная убежденность и настойчивость	Публичные выступления. Навыки презентации, дебаты, обсуждения	Знание организации	Расширение прав и возможностей и поддержка
Решение проблем	Самодисциплина и уверенность в себе	Разнообразие и межкультурная ориентация	Знакомство с типом задачи	Обучение и коучинг
Обзор и анализ результатов	Терпимость к неопределенности и принятию риска	Ролевое моделирование	Язык и словарный запас	Содействие и переговоры
Примечание - Источник [29,p. 19]				

В интегративном обзоре Beatriz Helen Facião и соавторов (2022) коммуникация выделена как один из основных навыков менеджера сестринской службы. Такие аспекты как принятие решений, социальные навыки, актуальность информации, управление командой признаны важными в управленческой деятельности медсестры, а также в реализации сестринского ухода. Это способствует развитию гармоничных отношений между лидерами и их последователями [30].

Американская организация по руководству сестринским делом (AONL) активно поддерживает развитие лидерства среди менеджеров сестринской службы. Согласно их определению, лидерские компетенции представляют собой знания, способности и навыки, направленные на эффективное лидерство. А лидерские компетенции отражают отношение, взаимодействие, инструменты для достижения эффективности в лидерстве и управлении [31]. Систематический обзор выявил 30 основных лидерских компетенций в следующих областях: клинической, профессиональной, системы здравоохранения и политики здравоохранения [32].

В своей работе Хьюз [31,p. 437] демонстрирует следующий список лидерских компетенций, представленный в таблице 3. Все шесть областей лидерства в сестринском деле охватывают различные аспекты и особенности работы медсестры-руководителя в сфере здравоохранения. Стоит отметить, что основные пять областей компетенций (Коммуникация и построение отношений, Лидерство, Знание системы здравоохранения и клинических принципов, Профессионализм, Бизнес-навыки и принципы управления) являются базовой структурой компетенций. Последняя компетенция - Внутренняя лидерская позиция – является компетенцией менеджеров медсестер AONL, которая влияет на опыт и внутреннюю мотивацию лидера.

Таблица 3 - Области лидерских компетенций в сестринском деле (по версии AONL)

Область лидерства	Компетенции лидерства в сестринском деле	Компетенции главной медицинской сестры	Компетенции системного главного специалиста по сестринскому делу	Компетенции по сестринскому руководству реабилитационной помощи	Компетенции менеджера сестринского дела	Компетенции главной медсестры: Здоровье населения
Коммуникация и построение взаимоотношений	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Лидерство	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Знание системы здравоохранения и клинических принципов	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Профессионализм	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Бизнес-навыки и принципы управления	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Внутренняя лидерская позиция	✓				✓	

Таким образом, основными лидерскими компетенциями медицинской сестры, основанной на международных стандартах, в том числе AONL, можно представить в виде данных, представленных на таблице 4.

Таблица 4 - Лидерские компетенции согласно AONL

Наименование	Компетенции
1	2
Коммуникация и построение взаимоотношений	Эффективное устное и письменное общение Активное слушание Навыки ведения переговоров и разрешения Установление доверительных отношений Междисциплинарное взаимодействие
Лидерство	Видение и стратегическое мышление Мотивация и вдохновение команды Умение управлять изменениями Наставничество и развитие персонала Эмоциональный интеллект и саморефлексия

Продолжение таблицы 4

1	2
Знание системы здравоохранения и клинических принципов	Понимание политик и процессов здравоохранения Знание клинических руководство и стандартов Ориентация на качество и безопасность оказания помощи Навыки клинического суждения и принятия решения
Профессионализм	Соблюдение этических норм и стандартов Постоянное профессиональное развитие Ответственность за результаты своей работы Роль модели поведения и профессиональной культуры
Бизнес-навыки и принципы управления	Основы финансового управления (бюджет, ресурсы) Планирование и организация процессов Управление персоналом и распределение задач Применение информационных технологий
Внутренняя лидерская позиция	Самоосознание и самоуправление Устойчивость к стрессу и гибкость Самомотивация и инициативность Приверженность профессиональным ценностям

Взаимодействие описанных областей компетенций представлено на рисунке 1 в виде модели компетенций [33].

Международный совет медсестер (ICN) предлагает следующую структуру лидерских компетенций, представленных в таблице 5 [34].

В Национальной службе здравоохранения (NHS - Великобритания) лидерские компетенции - Clinical Leadership Competency Framework (CLCF) - структурированы по пяти ключевым направлениям, представленным в таблице 6 и рисунке 2 [35].



Рисунок 1 - Модель компетенций лидера в сестринском деле по версии AONL

Примечание – Источник [33,p. 6]

Таблица 5 - Ключевые области лидерских компетенций согласно ICN

Область	Краткое описание
Политическое и стратегическое лидерство	Участие в разработке политики здравоохранения, лоббизм, взаимодействие с органами власти.
Этика и ценности	Лидер как носитель профессиональных и этических ценностей.
Видение и инновации	Способность формировать и реализовывать новые идеи.
Саморазвитие и устойчивость	Самоосознание, работа над собой, преодоление профессионального выгорания.
Влияние и сотрудничество	Эффективная работа в мультидисциплинарных командах, влияние на процессы.

Таблица 6 - Структура клинических лидерских компетенций (CLCF) по данным NHS

Компетенция	Содержание
Продемонстрировать личные качества	Этичность, самоосознание, устойчивость.
Работа с другими	Построение взаимоотношений, работа в команде.
Управление услугами	Планирование, организация, мониторинг.
Повышение качества	Внедрение изменений, безопасность и качество.
Руководство и направление	Стратегическое мышление, вдохновляющее лидерство.



Рисунок 2 - Структура клинических лидерских компетенций (CLCF) по данным NHS

Примечание – Источник [35,p. 5]

Как видно из представленных областей лидерских компетенций различных систем здравоохранения, можно отметить, что они в той или иной степени сходны по определению областей и ключевых моментов. Различные авторы неоднократно изучали международный опыт развития лидерских компетенций, их характеристик и ключевых аспектов.

В обзоре Silvia Perez-Gonzalez и соавторов (2024) проанализированы 62 статьи, в которых выделены 339 характеристик, синтезированные в 38 характеристик, распределенных по четырем группам. Наиболее цитируемыми определены следующие характеристики: забота о медсестрах как о личностях, дальновидность, осведомленность, агент изменений и коммуникатор. При этом наиболее распространённым и признанным стилем лидерства является трансформационный стиль, который направлен на создание благоприятной рабочей среды, достижение эффективности ухода, управление конфликтными ситуациями, командообразования и управление изменениями [36]. В тоже самое время основополагающим фактором эффективности работы в сестринской практике признан эмоциональный интеллект. Его задачей является не только достижение цели эффективного ухода, но также общих целей в области здравоохранения, урегулирования конфликтов и развития благоприятной рабочей среды [36,p. 559].

В своем исследовании Линда Чейз представила чек-лист для самооценки по областям компетенций и определила, какие компетенции должны быть в каждой области. Управленческие компетенции, согласно Л.Чейз, представляют собой модель, фокусируемую на практических навыках и качествах, которые важны и необходимы для эффективного управления сестринским персоналом, ресурсами и процессами в системе здравоохранения. Модель применяется в основном в западном полушарии – США и Канаде - и базируется на прикладном управленческом лидерстве в сестринской практике. В таблице 7 представлены области компетенций и компетенции по этим областям согласно Л.Чейз [37].

Таблица 7 - Инструмент оценки компетентности менеджера медсестры Chase

AONE-Знание среды здравоохранения (Chase Technical)	
1	2
1	Стандарты сестринской практики
2	Системы предоставления сестринского ухода
3	Планирование сестринского ухода
4	Клинические навыки
5	Системы контроля остроты состояния пациента
6	Практики инфекционного контроля
7	Исследования и практика, основанная на фактических данных
8	Новые технологии
9	Управление случаями
10	Информационные системы и компьютеры
11	Стандарты регулирующих органов
AONE-Управление коммуникациями и отношениями (Chase Human)	

Продолжение таблицы 7

1	2
12	Эффективная коммуникация
13	Эффективные стратегии подбора персонала
14	Стратегии подбора персонала
15	Стратегии удержания
16	Эффективная дисциплина
17	Эффективные стратегии консультирования
18	Конструктивная оценка эффективности
19	Стратегии развития персонала
20	Групповой процесс
21	Методы интервьюирования
22	Стратегии построения команды
23	Юмор
24	Оптимизм
AONE-Профессиональный (Chase Conceptual)	
25	Теории сестринского дела
26	Административные/организационные теории
27	Стратегическое планирование/разработка целей
28	Этические принципы
29	Теории преподавания/обучения
30	Политический процесс и адвокация
31	Улучшение качества/процесса
32	Правовые вопросы
AONE-Лидерство (Chase Leadership)	
33	Принятие решений
34	Власть и расширение прав и возможностей
35	Делегирование
36	Процесс изменений
37	Разрешение конфликтов
38	Решение проблем
39	Управление стрессом
40	Процесс исследования
41	Мотивационные стратегии
42	Организация подразделения работы и процесса рабочего процесса
43	Политики и процедуры
44	Обучение персонала
45	Управление временем
46	Координация междисциплинарного ухода
AONE-Бизнес-навыки и принципы (Chase Financial Management)	
47	Методы сдерживания и избегания затрат
48	Измерения производительности
49	Прогнозирование и формирование операционного и капитального бюджета
50	Анализ затрат и выгод
51	Меры контроля бюджета подразделения
52	Закупка финансовых ресурсов
53	Мониторинг финансовых ресурсов

Таким образом, после проведения анализа международных моделей лидерских компетенций медсестры (AONL, ICN, NHS и др.) можно выделить основные лидерские компетенции:

- коммуникация и построение взаимоотношений: эффективное устное и письменное общение, активное слушание, установление доверия и партнерских отношений, работа в межпрофессиональной команде, решение конфликтов;
- лидерство и управление: формирование видения и целей, мотивация команды и наставничество, принятие решений и управление изменениями, лидерство в условиях кризиса, ответственность за результаты команды;
- знание клинической практики и системы здравоохранения: понимание организации и процессов здравоохранения, знание клинических стандартов и доказательной практики, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи, навыки клинического мышления и принятия решений;
- профессионализм: этическое поведение и соблюдение стандартов, личная ответственность, приверженность постоянному обучению, уважение к разнообразию и культуре, демонстрация лидерского поведения и уверенности;
- управленческие и бизнес-компетенции: основы бюджетирования и финансового планирования, эффективное распределение ресурсов, анализ и улучшение процессов, управление персоналом, использование цифровых и информационных систем;
- внутренние лидерские качества: эмоциональный интеллект, самоосознание и саморефлексия, стрессоустойчивость и адаптивность, инициативность и стремление к развитию, умение обучаться на опыте и ошибках.

Как видно, все эти компетенции отражают ключевые области, в которых развивается медсестра-лидер, чтобы быть успешной в управлении, наставничестве и клинической практике.

1.3 Менеджмент и лидерство в сестринском деле

1.3.1 Устойчивость в сестринской практике

Наиболее сложной работа медицинских сестер являлась в период пандемии COVID-19 [38]. В исследовании Saija Sihvola обнаружено, что стиль лидерства, основанный на отношениях и развитии благоприятной и безопасной рабочей среды, и адекватная коммуникация в коллективе поддерживают медицинских сестер и способствуют развитию положительных результатов ухода, в том числе в период пандемии [39].

В сложных ситуациях медсестры проявляют различные типы лидерства, но важным и неизменным остается их профессионализм, который дает возможность всегда ориентироваться на потребности пациентов и адаптироваться в новых вынужденных условиях [40].

Стресс представляет собой негативную стимуляция для человека. Он имеет огромное влияние на все аспекты: разум, тело и дух. Работа в условиях кризиса – это работа с высоким уровнем стресса [41-42]. Ежедневное нахождение в

стрессовых ситуациях способствует повышению риска депрессии. Медсестры работают в состоянии постоянного хронического стресса, что обусловлено работой с пациентами различной степени тяжести и разными экстренными ситуациями, которые возникают на рабочем месте. В работе медсестры эмоциональная безопасность является очень важной [43].

Так, в одном из исследовании эфиопских ученых было выявлено, что в состоянии стресса работают 47,8% медицинских сестер государственных медицинских организаций Аддис-Абебы. При этом работа по сменному графику значительно увеличивает риск развития стресса. Данное исследование показало, что стресс имеет высокий уровень распространения среди медицинских сестер, при этом сменный график работы признан самым значимым фактором стресса. Поэтому необходимо развитие стратегии по снижению стресса на рабочем месте [44]. В работе Петровой и соавторов (2020) выявлено, что стресс среднего медицинского персонала в 80,4% случаях влияет на их профессиональную деятельность. При этом выявлены и основные источники стресса на рабочем месте медсестры: высокая нагрузка и дефицит времени, неблагоприятные условия труда, эмоциональное напряжение при работе с пациентами, конфликты в коллективе, неопределенность в обязанностях. Проведенное исследование подчеркивает необходимость разработки программ по управлению стрессом среди медицинских сестер [45].

В экспертном обзоре (2023) представлена информация по ключевым аспектам профессионального стресса в сестринской практике. Основными источниками стресса на рабочем месте медицинской сестры признаны: высокая рабочая нагрузка и дефицит времени, эмоциональное напряжение, конфликты среди сотрудников, а также неопределенность в обязанностях и высокий уровень многозадачности. Длительный стресс способствует развитию психоэмоциональных расстройств, снижению качества работы и развитию физических симптомов, таких как хроническая усталость, головные боли, нарушение сна [46]. Необходимо разрабатывать методы по снижению уровня стресса на рабочем месте.

Исследование Trisha Saul и соавторов (2025) изучало влияние моральной травмы на благополучие медицинских сестер, а также выявление стратегий поведения для лидеров в сестринской практике по развитию и поддержке персонала. Так, работа лидеров и администрации заключается в том, чтобы создать безопасную рабочую среду и поддерживать ее, обеспечить доступ к ресурсам по психологической поддержке, обучить персонал различным стратегиям управления стрессом [47].

Исследование Muhammad Hussain направлено на изучение влияния трансформационного и транзакционного стилей лидерства на рабочую нагрузку и уровень стресса медицинских сестер. Трансформационный стиль лидерства показал значительную отрицательную корреляцию с рабочей нагрузкой (r=-0,673, p=0,00) и снижение развития стресса работников при данном стиле управления. Транзакционный стиль лидерства показал значительную положительную корреляцию с рабочей нагрузкой (r=0,493, p=0,000), что

подтверждает увеличение риска развития стресса при данном стиле управления. Таким образом, трансформационный стиль лидерства способствует снижению профессионального стресса среди медицинских сестер, а транзакционный наоборот, способствует его повышению. Поэтому важно распространять трансформационный стиль лидерства в сестринской практике для развития благоприятных условий труда и повышения качества ухода за пациентами [48].

Систематический обзор Nourah Alsadaan (2023) показал влияние поведения медсестер-лидеров на эффективность работы сестринского персонала путем определения мотивирующих факторов к повышению производительности, а также анализ стилей лидерства, которые этому способствуют. Выявлено, что поведение медсестер-лидеров оказывает как непосредственное, так и опосредованное влияние на производительность медицинских сестер. Также определено, что для повышения эффективности работы медсестер важно развивать трансформационное лидерство, создавать благоприятную рабочую атмосферу, поддерживать профессиональное развитие и коммуникации в рабочем коллективе [49]. Положительное влияние трансформационного стиля лидерства на снижение стресса также подтверждаются в исследовании Milja Niinihuhta [50].

В своем исследовании Rebecca Sue Hawkins (2023) изучала проблемы профессионального стресса среди руководителей сестринского персонала. Выявлено, что руководители сестринской службы, да и сами медицинские сестры постоянно сталкиваются со стрессовыми ситуациями и выгоранием, что негативно влияет на их здоровье, удовлетворенность своей работой и снижает качество ухода за пациентами. После прохождения краткосрочной программы обучения руководителей сестринской службы уровень стресса снизился с 51% до 19%, а желание продолжать работу на прежнем месте повысилось с 28% до 43%. Таким образом рекомендовано развивать стратегию поддержки лидеров сестринского дела на рабочих местах путем внедрения краткосрочных программ по управлению стрессом, что в свою очередь снижает текучесть кадров и повышает уровень удовлетворённости своей работой, и в итоге способствует повышению качества ухода за пациентами [51].

1.3.2 Сестринское лидерство и профессиональное выгорание

Профессия медсестры предлагает уход за пациентами, что обусловливает постоянный тесный контакт с людьми. Эмоциональное состояние сестринского персонала является важной составляющей при оказании сестринской помощи [52-53].

Профессиональное выгорание признано психологическим состоянием, возникающем при длительном воздействии психологического или эмоционального стресса на работе. Как результат развиваются различные признаки профессионального выгорания, которые собраны в так называемые подшкалы: эмоциональное истощение, деперсонализация и снижение личных достижений [54]. Естественно, на развитие такого состояния человека влияют и другие факторы: условия на рабочем месте, функциональные обязанности

медицинской сестры, специфика работы [55]. Также немаловажным является и нагрузка коммуникаций. Работа медсестры — это работа с повышенным уровнем коммуникаций с пациентами, их родственниками, коллегами [56]. При этом существуют направления деятельности медицинской сестры, где эмоциональные стрессы постепенно выматывают весь персонал. К таким направлениям относится уход за инкурабельными пациентами [57-58]. Высокий риск развития профессионального выгорания наблюдается и среди работников ПМСП [59]. Это приводит к снижению устойчивости к стрессам и эмоционально истощает весь медицинский персонал, вызывая нежелание работать и постоянное плохое самочувствие [58,с. 61]. В итоге дальнейшего развития всех этих симптомов наблюдается отток сестринских кадров. Так, в США результаты исследования 2018 года показали, что 31,5% (n=418769) медсестер уволились в связи с профессиональным выгоранием на рабочем месте [60].

Согласно данным систематического обзора Membrive-Jiménez и соавторов, распространенность выгорания среди медицинских сестер варьируется от умеренного до высокого [61]. Факторами, которые определены в исследовании как способствующие выгоранию, обозначены следующие: высокая рабочая нагрузка и давление со стороны руководства, конфликты между профессиональными и личными обязанностями, недостаток поддержки со стороны руководства, ограничение ресурсов и нехватка персонала. В итоге выгорание медицинских сестер приводит к снижению качества оказываемых услуг и увеличению текучести кадров [62].

Систематический обзор вопросов выгорания медицинских сестер, охвативший опубликованные работы за период с 2019 по 2022, направлен на определение влияния стиля лидерства на выгорание медицинских сестер. Определено, что стили лидерства имеют как прямое, так и косвенное влияние на выгорание. При этом часть из них имеют негативное влияние, часть позитивное. Так, трансформационное лидерство способствует снижению уровня профессионального выгорания и повышает вовлеченность в работу, что положительно влияет на эффективность сестринского ухода. Поэтому стиль лидерства имеет важное значение для создания благоприятных условий труда и создания доброжелательной атмосферы в коллективе [63]. Исследование, проведенное в Китае в 2022 году, показало, что авторитарный стиль лидерства повышает профессиональное выгорание у молодых медицинских сестер [64]. Тогда как трансформационное способствует созданию благоприятных условий труда среди сестринского персонала [63,p. 341].

Во время пандемии COVID-19 практически все медсестры подверглись влиянию выгорания. При этом эффективное сестринское лидерство способствовало снижению уровня выгорания среди медицинских сестер, тогда как отсутствие поддержки со стороны администрации медицинской организации лишь усугубляло стресс и выгорание сестринского персонала [65-66]. Так, при изучении степени поддержки сестринского лидерства в медицинских организациях РК выявлена положительная корреляция между поддержкой руководства и лидерством медицинской сестры $r = 0{,}481$ ($p < 0{,}01$). При этом в

различных организациях и регионах уровень поддержки сильно варьирует, что подчеркивает необходимость укрепления лидерских позиций сестринского персонала на рабочих местах [67].

В работе Акшулаковой С.Р. (2022) распространённость синдрома профессионального выгорания составляет 30-90% в зависимости от специфики профессиональной деятельности. Данное исследование показывает, что выгорание снижает качество жизни медицинских сестер, снижает эффективность сестринского ухода [68]. Уровень профессионального выгорания медицинских сестер круглосуточных стационаров в РК достигает достаточно высокого уровня – 61,97%. Если рассматривать распределение по подшкалам выгорания, то наблюдаются следующие показатели: эмоциональное истощение (29,23%), деперсонализация (60,92%), снижение личностных достижений (38,73%). Отмечено, что уровень выгорания выше среди молодых специалистов сестринской службы [69].

Таким образом, такие понятия в сестринской практике как лидерство и выгорание неразрывно связаны между собой. Стиль лидерства напрямую влияет на уровень развития выгорания и стресса среди медицинских сестер. Трансформационный стиль лидерства способствует созданию благоприятной рабочей среды и располагающего микроклимата в трудовом коллективе, что положительно влияет на эмоциональное состояние всех сотрудников и стимулирует работать, оказывая качественный сестринский уход.

1.3.3 Решение конфликтных ситуаций

В сестринском деле, как и в любой другой сфере, могут возникать конфликтные ситуации. Решение таких ситуаций требует терпения, коммуникации и умения находить компромиссы [70]. В сестринской практике конфликты неизбежны и происходят они постоянно [71]. Лидерство и управление конфликтами являются важными навыками, которые необходимы не только практикующим медицинских сестрам, но также студентам, получающим образование в сфере здравоохранения [72].

Основными стилями разрешения конфликтных ситуаций в медицинских организациях признаны сотрудничество (кооперация), избегание и приспособление (уступчивость), соперничество. Сотрудничество представляет собой самый эффективный метод, который направлен на поиск совместного решения. Избегание и приспособление часто используются в сестринской практике, однако в итоге могут привести к большему накоплению нерешенных проблем. Соперничество представляет собой эффективный метод лишь в определенных ситуациях, что в результате может привести к усилению конфликта [73]. Каждая из этих стратегий поведения имеет свои преимущества и недостатки. Важно понимание их сущности и применение в зависимости от конфликтной ситуации [74].

Основными причинами конфликта в сестринском коллективе признаны несправедливость в оплате труда, нарушение субординации и особенности поведения сотрудников. При этом предпочтительными типами разрешения

конфликтных ситуаций признаны сотрудничество и избегание [75]. В аналогичном исследовании Tuan (2023) сотрудничество также признано ведущим типом решения конфликтов. Однако отмечено, что медсестры с базовым образованием чаще стараются избегать конфликтных ситуаций, чем медсестры с послевузовским образованием. Это подчеркивает влияние уровня образования на поведение медсестер, выбор стратегии поведения в конфликтных ситуациях [76]. Среди влияющих факторов выбора типа поведения в конфликтах, помимо уровня образования, выделены опыт работы и индивидуальные особенности личности [77]. Отсутствие образования и необходимых навыков в управлении конфликтами способствуют накоплению нерешенных либо неправильно разрешенных конфликтных ситуаций [71,p. 1-9]. Важным является развитие навыков решения конфликтов на базовом этапе подготовки специалистов сестринского дела [76,p. 266].

Причинами конфликтов в свою очередь могут быть психоэмоциональное напряжение на рабочем месте, обусловленное большой нагрузкой, профессиональным выгоранием и стрессом. Отсутствие поддержки со стороны руководства и коллег внутри рабочего коллектива также неблагоприятно сказывается на микроклимате в организации [78]. Эффективное решение конфликтов способствует созданию благоприятной среды и микроклимата в трудовом коллективе [79].

При решении конфликтных ситуаций немаловажную роль играет и эмоциональный интеллект. Его важность и необходимость развития как инструмента успешной командной работы показана в исследовании Meltem Özduyan Kılıç (2024) [80].

Основными качествами медицинских сестер для эффективного управления и решения конфликтов признаны лидерство, коммуникации, работа в команде [81]. Для развития этих навыков важным являются развитие этих аспектов на уровне базовой подготовки медсестер, а также обучение на протяжении всей жизни [82]. В результате повышается качество ухода за пациентами [82,p. 135].

1.4 Лидерство и менторство

Лидерство и менторство играют важную роль в развитии сестринского дела и профессиональном росте медицинского персонала [83]. Наставниками в сестринской практике являются в первую очередь лидеры. Так, программа наставничества Норвежской ассоциации медсестер показала свою эффективность в укреплении уверенности в себе как лидеров, мотивации, повышении стрессоустойчивости на рабочем месте, формулировании обратной связи для своих коллег, поддержании стремления развивать лидерские качества [84].

В работе Thóra B. Hafsteinsdóttir доказывается влияние программы наставничества в поддержке и развитии медсестер, способствуя их лидерству и карьерному росту. При этом отмечено, что наставничество в сестринской практике также способствует развитию научного потенциала специалистов [85].

Наставничество является взаимовыгодным процессом, когда наставник делится своими знаниями и опытом, а подопечный получает поддержку и руководство по развитию своей карьеры [86]. Индивидуальный подход к программе наставничества, а также структура и фазы наставничества дают возможность профессионального роста и укрепления лидерских позиций в сестринской практике [87].

Программы наставничества в сестринской практике Нидерландов способствовали увеличению числа научных кадров в сестринском деле и укрепили тенденцию развития исследовательской деятельности в сестринской науке. Таким образом, наставничество стимулирует развитие сестринского лидерства как в практической, так и в научной сферах [88].

Наставничество признано одним из ключевых инструментов в развитии лидерства среди медицинских сестер. Оно направлено на профессиональный рост, повышение качества сестринского ухода, укрепление позиции медицинской сестры в обществе. Программы наставничества, также, как и развитие лидерских навыков, необходимо внедрять и развивать на базовом уровне подготовки сестринских кадров [89].

Наставничество в сестринской практике признано одной из главных составляющих личностного и профессионального роста. Эффективные программы наставничества способствуют снижению текучести кадров и повышению уровня удовлетворенности пациентов сестринским уходом [90].

Работа наставника направлена не только на профессиональное обучение молодых специалистов сестринской службы, но также и помощь в адаптации к новым условиям труда, оказание психологической поддержки и т.д. [91,92]. Таким образом, наставничество направлено на плавный переход молодых специалистов к практической деятельности, что снижает уровень стресса и стимулирует удовлетворенность своей работой [93].

Данные литературного обзора показывают, что существуют много различных программ наставничества в сестринской практике, направленных на улучшение профессиональной адаптации медицинских сестер. Эффективность этих программ достигается снижением стресса и тревожности молодых специалистов сестринской службы, снижением текучести кадров и повышением качества сестринского ухода за пациентами [94-95].

Согласно докладу ВОЗ «Состояние сестринского дела в мире 2025» численность медицинских сестер в мире увеличилось с 27,9 млн в 2018 году до 29,8 млн в 2023 году. Однако распределение сестринских кадров в глобальном контексте неравномерное, что несет в себе риски санитарно-эпидемиологической безопасности. 78% медсестер работают в регионах, суммарная численность которых составляет лишь 49% мирового населения. Дефицит сестринских кадров в 2023 составляет 5,8млн. Лишь 42% стран предоставляют психическую поддержку медсестрам. Таким образом, ВОЗ рекомендует создавать благоприятные рабочие места для медицинских сестер, повышать их заработную плату, улучшать условия труда и поддерживать их

психическое здоровье, направлять образовательные ресурсы на развитие лидерских качеств и обеспечить доступ к карьерному росту [96].

1.5 Реформирование сестринского дела в Казахстане

Медицинские сестры представляют собой огромную армию - практически 80% работников здравоохранения. Они играют ключевую роль в системе здравоохранения как в мире, так и в РК, в частности. Модернизация сестринского дела в стране обусловлена ростом численности населения, внедрением новых технологий в лечебный процесс, что в свою очередь требует повышения уровня подготовки и развития компетенций медицинских сестер в стране [97].

Реформирование сестринского дела в РК представляет собой длительный процесс, целью которого является улучшение качества медицинской помощи и развитие профессиональной роли медицинской сестры [98].

Реформа направлена на изменение роли медицинской сестры в Республике Казахстан – медсестра как самостоятельный специалист, а не просто помощник врача, развитие доказательной сестринской практики и сестринской науки. Реформирование сестринской деятельности способствует повышению качества медицинской помощи. Поэтому важен комплексный подход – внесение изменений в образовательную сферу, расширение профессиональных обязанностей и полномочий, изучение и внедрение международного опыта развития сестринского дела [99].

Процесс реформирования реализуется в несколько этапов, каждый из которых имеет свои особенности, цели и задачи. До 2010 года можно выделить этап, когда медсестра могла получить в основном лишь среднеспециальное образование по своей специальности и выполняла лишь вспомогательные функции [100-101].

Первый этап реформирования реализован в 2010–2015гг. Этот период характеризуется принятием концепции модернизации сестринского дела, разработкой ГОСО на основе Болонской модели и академической модели, ориентируемой на практику [99,с. 22].

Государственная программа развития здравоохранения РК «Саламатты Қазақстан» (2011–2015гг.) озвучила потребность в модернизации сестринского дела и необходимость изучения и внедрения международного опыта развития сестринского дела [102]. В этот же период начинается активное сотрудничество с финскими партнерами по модернизации сестринского образования в РК.

Второй этап– институциональное развитие, реализуемый в 2016-2020гг. [4,с. 6], характеризуется внедрением бакалавриата и магистратуры по специальности сестринское дело, изучением и внедрением англоязычных программ сестринского дела, создание профессиональных ассоциаций [103]. Параллельно ведется активная работа по разработке нормативно-правовой базы [2,p. 3-6].

В рамках ГПРЗ РК «Денсаулық» на 2016–2019 годы предусмотрена модернизация системы подготовки сестринских кадров в РК [104]. Также этот период характеризуется поэтапным расширением роли медицинской сестры и

повышением ее значимости и роли в системе здравоохранения в целом [105-107]. Таким образом, внедрена многоступенчатая модель образования по специальности сестринское дело: базовое техническое и профессиональное образование, бакалавриат, магистратура и докторантура. За этот период разработаны и внедрены методические рекомендации [108]:

- в образовательные программы колледжей информационных модулей ЮНИСЭФ по универсально-прогрессивной модели патронажной службы [109];

- УПМПС в организациях ПМСП [110];

- руководство по клинической практике студентов прикладного и академического бакалавриата по специальности "Сестринское дело" в Казахстане [111];

- рабочая учебная "Программа подготовки менторов" для реализации образовательной программы академического и прикладного бакалавриата по специальности "Сестринское дело" - первая неделя [112];

- рабочая учебная "Программа подготовки менторов" для реализации образовательной программы академического и прикладного бакалавриата по специальности "Сестринское дело" - вторая неделя [113];

- руководство для высших медицинских колледжей по реализации образовательной программы прикладного бакалавриата [114];

Третий этап - современный, характеризующийся усилением клинической автономии медицинских сестер, применением расширенной сестринской практики, внедрением менторских и лидерских программ развития компетенций и навыков, активная поддержка развития сестринских исследований и сестринской науки в целом, подготовка специалистов в рамках докторантуры по направлению Сестринское дело. Текущая ситуация сестринского дела поддерживается следующими нормативно-правовыми документами в стране:

- статья 127 «Сестринская деятельность» Кодекса Республики Казахстан от 7 июля 2020 года № 360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [115];

- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2020 года № ҚР ДСМ-199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского ухода» [116];

- приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года № ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения» в части внедрения должности «сестра медицинская или брат медицинский расширенной практики» [117].

Так, согласно Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года были внесены изменения в программу подготовки кадров сестринской службы. В настоящее время медсестра имеет свою траекторию развития, продолжая обучение в рамках магистратуры и докторантуры по направлению Сестринское дело. На рабочих местах внедрены новые штатные единицы, прописаны новые функциональные обязанности медицинских сестер.

Активно развивается менторство – наставничество в сестринском деле. Продолжает свое развитие и сестринская наука [118].

Развитие здравоохранения требует наличия подготовленных лидеров, в том числе и лидеров среди медицинских сестер. Медсестры с продвинутой практикой и менеджеры сестринской службы имеют идеальные возможности для развития реформы здравоохранения в области сестринского дела. Медсестры должны быть подготовлены с учетом признанных на международной арене управленческих и лидерских качеств [119].

Таким образом, за годы реализации реформирования сестринского дела в РК медсестры получили профессиональную автономность, внедрены все уровни образования по специальности сестринское дело, разработана нормативно-правовая база, регламентирующая медсестру как самостоятельного специалиста в области здравоохранения, активно развивается сестринская наука и доказательная сестринская практика, внедряются инновационные методы обучения, созданы профессиональные ассоциации медицинских сестер, ведется активное сотрудничество с международными партнерами по обмену опытом в сестринской практике, повышается уровень сестринского ухода и удовлетворённость пациентов медицинской помощью.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Дизайн исследования

В данном исследовании применен смешанный дизайн, включающий количественное поперечное исследование и качественное исследование. Количественные методы (статистические, библиометрические и т.д.) применяются при анализе явления с количественными показателями [120]. Качественные методы исследования способствуют сбору качественных данных, которые раскрывают качественную составляющую отношения человека к определенному явлению [120,p. 45]. Количественные данные помогают собрать точные данные о респондентах, а также получить первичную информацию относительно вопросов лидерства в сестринском деле. Качественные данные способствуют изучению более подробных характеристик и получить глубокую информацию по вопросам развития лидерства в сестринской практике в РК. Поэтому для данного исследования выбран смешанный подход с целью дополнения количественных данных качественными [121].

Программа исследования представлена в таблице 8.

Таблица 8 - Программа исследования

Задача исследования	Дизайн исследования	Методы исследования
Провести анализ сестринского лидерства в системе здравоохранения РК и определить уровень сформированности лидерских компетенций у медицинских сестер	Количественное одномоментное поперечное исследование (анкетирование) N=465	Социологический, статистический
Выявить факторы, влияющие на развитие лидерских компетенций медицинских сестер, включая управленческие, организационные, личностные и профессиональные аспекты	Количественное одномоментное поперечное исследование (анкетирование) N=465	Социологический, статистический
Оценить лидерские компетенции менеджеров сестринской службы высшего и среднего звена в медицинских организациях	Количественное одномоментное поперечное исследование (анкетирование) N=58	Социологический, статистический
Определить направления развития сестринского лидерства в системе здравоохранения Республики Казахстан, с учетом мнения менеджеров сестринской службы	Качественное исследование (полуструктурированное интервью) N=23	Контент-анализ с применением индуктивного подхода
обосновать модель и практические рекомендации по оптимизации развития лидерских компетенций медицинских сестер, направленные на повышение эффективности управленческой деятельности и качества сестринской помощи	Систематизация и обобщение полученных данных	Информационно-аналитический

2.2 Инструменты сбора данных

2.2.1 Подготовка инструментов для проведения исследования

Инструменты исследования представляют собой средства, направленные на помощь исследователю в сборе, систематизировании и анализе данных [122]. В нашем исследовании использованы несколько различных инструментов, которые были адаптированы к респондентам на территории Республики Казахстан.

Для сбора данных подготовлены две комплексные анкеты: первая анкеты для опроса медицинских сестер РК, вторая - только для менеджеров сестринской службы РК. Данные анкеты объединяют в себе несколько инструментов сбора данных. Объединение нескольких валидизированных опросников позволило обеспечить целостность сбора данных, снизить потерю информации и объединить результаты разных опросников для проведения комплексного анализа и формулирования выводов.

Анкета для медицинских сестер РК включает следующие разделы: многофакторный опросник лидерства MLQ-6S, самооценка на лидерские способности по Дж.Уэлч, оценка стрессоустойчивости, оценка уровня профессионального выгорания MBI.

Анкета для менеджеров сестринской службы включает следующие разделы: инструмент компетенций менеджеров-медсестер Л.Чейз, определение стратегии поведения в конфликтных ситуациях Thomas-Killman Instrument.

Оригинальные анкеты на английском языке (MBI, MLQ-6S, инструмент компетенций менеджеров-медсестер Л.Чейз, Thomas-Killman Instrument) переведены методом двойного перевода на русский язык с задействованием экспертов из переводческого агентства ТОО «Globaltext». Совместно с научными консультантами проведена адаптация вопросов анкет на русском языке, а также определены вопросы для сбора демографических данных. Далее полностью сформированы анкеты на русском языке для медицинских сестер и менеджеров сестринской службы. Вычитаны все вопросы. Пилотное исследование проведено в сентябре 2023г. на 50 респодентах. Уровень внутренней согласованности анкеты пилотного исследования составил 0,97 (рисунок 3) [123-125].

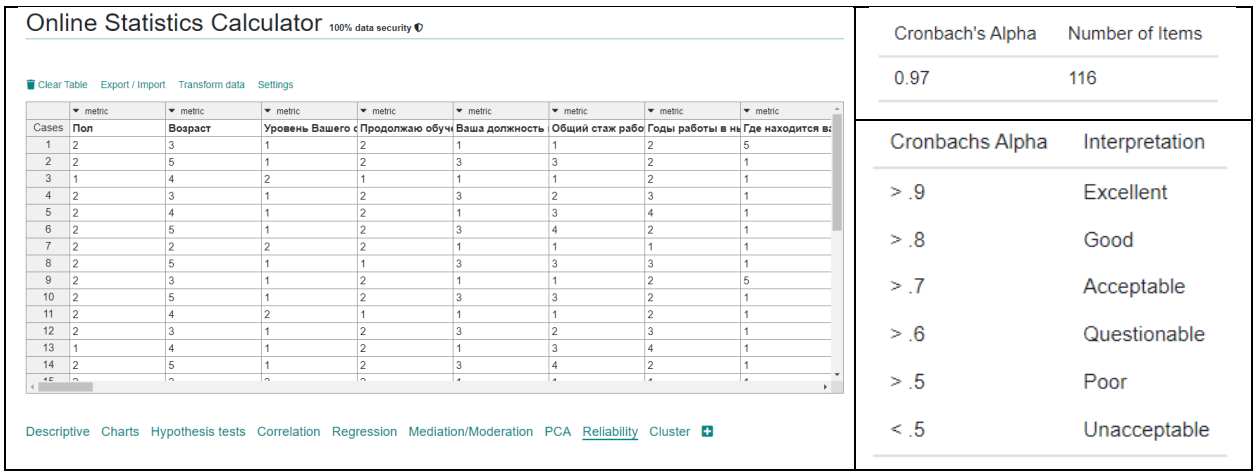


Рисунок 3 - Анализ надежности анкеты пилотного исследования (n=50)

После аппробации анкеты на русском языке проведена работа по двойному переводу анкеты на казахский язык при участии переводческого агентства ТОО «Globaltext». Заключение получено 18 января 2024г. (приложение А). Полученный перевод рецензирован внешним и внутренним рецензентами в январе-феврале 2024г. Заседание терминологической комисии состоялось 26 марта 2024. Получено положительное заключение – выписка из протокола №1 от 26.03.2024г. (приложение Б).

Уровень внутренней соогласованности первой анкеты, подготовленной для анкетирования медицинских сестер, составил 0,960 (таблица 9), что является высоким уровнем согласовнности [126]. Вторая анкета разработана для менеджеров сестринской службы. Уровень согласованности данной анкеты составил 0,967 (таблица 10).

Таблица 9 - Статистика надежности анкеты для медицинских сестер

Альфа Кронбаха	N элементов
0,960	116

Таблица 10 - Статистика надежности анкеты для менеджеров сестринской службы

Альфа Кронбаха	N элементов
0,967	110

2.2.2 Анкетирование респондентов

Анкетирование проведено посредством анонимного онлайн-опроса через гугл-форму. При проведении онлайн-опроса в начале разослана ссылка на данный опрос с сопровождающей запиской о цели исследования и описанием всех этапов сохранения конфиденциальности данных. В случае согласия респондента на участие в исследовании, респонденту предлагалось пройти по ссылке и ответить на вопросы анкеты.Первая часть анкеты направлена на сбор

демографических данных о респондентах. Согласно рекомендациям Ziegenfuss и соавт., данный раздел обязательно должен быть включен в сам опрос как первый раздел [126,p. 1-11]. Помимо общих вопросов по полу, возрасту и образованию, заданы вопросы о занимаемой должности, общем стаже работы, а также сроке работы в последней должности [127]. Все эти вопросы заданы с целью определения надежности предоставленной информации по вопросам лидерства от медсестер, которые уже имеют определенный жизненный и практический опыт, а также опыт работы в определенных должностях. Также один из разделов анкеты содержит ряд вопросов, касающихся организационной структуры медицинских организаций, в которых работают респонденты. Эти вопросы выявляют местоположение медицинских организаций, формы собственности, типы и профиль организации, количество сотрудников, а также отношение медицинской организации к сестринскому лидерству.

2.2.2.1 Мультифакторная анкета, направленная на определение тенденций развития сестринского лидерства

Многофакторная анкета, направленная на определение тенденций развития сестринского лидерства, подразумевает изучение взаимосвязи между сестринским лидерством и способствующими ему факторами, таким как рабочая среда, производительность, поведение, решение проблем и трансформационная роль [128].

Данный раздел включает 22 вопроса, 9 из них направлены определение фактора рабочей среды, 9 – по вопросам производительности, и по два вопроса направлены на принятие решения и поведение медсестер. Респондентам предложено отметить степень своего согласия / несогласия по каждому утверждению раздела согласно шкале Лайкерта: 1 – абсолютно не согласен, 2 – не согласен, 3 – нейтрально, 4 – согласен, 5 – полностью согласен. Уровень внутренней согласованности этого раздела составил 0,971 (таблица 11). При этом раздел «Рабочая среда» выявил альфа Кронбаха 0,949, «Производительность» - 0,972, «Поведение» - 0,921, «Решение проблем» - 0,846.

Таблица 11 - Статистика надежности

Раздел анкеты	Альфа Кронбаха	N элементов
Рабочая среда	0,949	9
Производительность	0,972	9
Поведение	0,921	2
Решение проблем	0,846	2
Многофакторная анкета, направленная на определение тенденций развития сестринского лидерства	0,971	18

2.2.2.2 Многофакторный опросника лидерства (MLQ), версия MLQ-6S

Многофакторный опросник лидерства (MLQ), версия MLQ-6S [129] представляет собой краткую самооценку, измеряющую различные компоненты стилей лидерства. Это инструмент, используемый для измерения различных

аспектов лидерского поведения и стилей в управлении. Он содержит ряд вопросов или утверждений, на которые респондент должен ответить, оценивая свои предпочтения в различных ситуациях или аспектах работы. Ключевые черты: многофакторность, структурированный подход, оценка через самооценку, нормативные группы, надежность и валидность [130].

Этот опросник состоит из 21 пункта и представляет собой 5-балльную шкалу Лайкерта (от 1 «никогда» до 5 «часто, если не всегда»). MLQ включает семь подшкал: идеализированное влияние, вдохновляющая мотивация, интеллектуальная стимуляция, индивидуальное внимание, условное вознаграждение, управление в порядке исключения и невмешательство. Уровень лидерства считается «низким», когда балл между 1 и 3, «умеренным», когда балл между 3 и 4, и высоким, когда балл между 4 и 5. Расчет баллов ведется согласно распределения вопросов по шкалам и факторам, представленным в таблице 12.

Таблица 12 - Форма 6S многофакторного опросника лидерства: шкалы и факторы

Шкала	Факторы	№ вопроса
Трансформационное лидерство	идеализированное влияние	1,8,15
	вдохновляющая мотивация	2,9,16
	интеллектуальная стимуляция	3,10,17
	индивидуальное внимание	4,11,18
Транзакционное лидерство	условное вознаграждение	5,12,19
	управление посредством исключений	6,13,20
Лидерство в духе невмешательства	лидерство в духе невмешательства	7,14,21

Альфа Кронбаха использовалась для проверки надежности общего многофакторного опросника лидерства (MLQ), форма 6S, составляла α = 0,92 Коэффициент Кронбаха составил 0,86 для исследования den Breejen-de Hooge et al. (2021) [129,p. 118]. Для исследования Shimaa M. Salem et al. 2022 [131] была оценена альфа Кронбаха (α=0,90). Все параметры MLQ также имеют высокую внутреннюю согласованность с идеализированным влиянием α=0,82, для мотивации вдохновения α=0,80, интеллектуальной стимуляции α=0,83, индивидуального рассмотрения α=0,82, условного вознаграждения α=0,79, управление в порядке исключения было α=0,83, а лидерство в духе невмешательства было α=0,78. Уровень внутренней согласованности в данном исследовании составил 0,985 для 21 вопроса и для каждого фактора в отдельности - представлено в таблице 13.

Таблица 13 - Статистика надежности

Шкала	Факторы	Альфа Кронбаха	N элементов
1	2	3	4
Трансформационное лидерство	идеализированное влияние	0,901	3
	вдохновляющая мотивация	0,939	3
	интеллектуальная стимуляция	0,939	3
	индивидуальное внимание	0,906	3

Продолжение таблицы 13

1		2	3
итого		0,981	12
Транзакционное лидерство	условное вознаграждение	0,928	3
	управление посредством исключений	0,865	3
итого		0,949	6
Лидерство в духе невмешательства	лидерство в духе невмешательства	0,855	3

2.2.2.3 Самооценка согласно Д.Уэлчу

В качестве инструмента исследования для сбора данных по вопросам самооценки на лидерство был использован стандартизированный опросник Д.Уэлча, состоящий из 12 утверждений. Респондентам предложено ответить на них в соответствии со шкалой Лайкерта, где 5 — вы полностью согласны со сказанным, 4 — вы согласны со сказанным, 3 — это к вам не относится, 2 — вы не согласны со сказанным, 1 — вы полностью не согласны со сказанным.

Каждое из утверждение направлено на тот или иной компонент лидерства: коммуникация, интуиция, умение расставлять приоритеты в работе, умение работать в команде, целеустремленность, приверженность своей работе. При оценке данного опросника предлагается следующая шкала по количеству набранных баллов:

50 и более баллов: все при человеке (по крайне мере, по результатам самооценки)! (Уэлч назвал таких людей «игроком А»).

40—49 баллов: у человека хорошие задатки и есть все предпосылки, чтобы стать настоящим лидером.

30 —39 баллов: человеку еще есть над чем поработать. Но необходимо постараться. Последовательно выполняя рекомендации и, обучаясь, индивид способен улучшить свои лидерские качества и развить необходимые лидерские способности.

20 —29 баллов: показатель ниже среднего. Это связано с тем, что имеет место нехватка либо опыта, либо врожденной способности к лидерству. Для таких людей рекомендуется наставник. Также им необходимо посещать курсы по развитию лидерских качеств. Настойчивость — еще одно ключевое качество лидера.

20 баллов: согласно самооценке, индивид только на 10% поднялся в рейтинге лидерства по Уэлчу. Не все рождены, чтобы стать лидерами. Причина в том, что хотя многие аспекты лидерского поведения можно усвоить, но таким качествам, по мнению Д.Уэлча, как характер, открытость и доверительность, научиться, к сожалению, нельзя (по крайней мере, взрослому человеку).

Уровень внутренней согласованности в данном исследовании составил 0,974 для 12 вопросов.

2.2.2.4 Оценка стрессоустойчивости медицинских сестер

Анкета на оценку стрессоустойчивости разработана ученым-психологом Медицинского центра Университета Бостона Дэвидом Дж. Дженкинсом. Респондентам предложено ответить на 20 вопросов. Ответы принимались в соответствии со шкалой Лайкерта, показывающей, на сколько каждое из утверждений верно. Так, 5 — почти всегда, 4 — часто, 3 — иногда, 2 — почти никогда, 1 — никогда. Далее согласно методике проведения оценки необходимо сложить все результаты и отнять 20 баллов. При итоговом балле менее 10 у людей имеется превосходная устойчивость к стрессовым ситуациям и влиянию стресса на организм. Превышение 30 баллов свидетельствует о том, что стрессовые ситуации оказывают достаточно сильное влияние на жизнь человека и нет особого сопротивления им. Более 50 баллов говорит, что такие люди очень уязвимы для стресса, необходимо задуматься о переменах в жизни. Уровень внутренней согласованности данного раздела анкеты составил 0,900 для 20 вопросов.

2.2.2.5 Оценка уровня профессионального выгорания медицинских сестер

Для оценки уровня профессионального выгорания использовался опросник Маслач (Maslach Burnout Inventory – MBI), включающий три шкалы:

- Эмоциональное истощение (Emotional Exhaustion, EE);
- Деперсонализация (Depersonalization, DP);
- Редукция профессиональных достижений (Personal Accomplishment, PA).

Опросник на определения уровня профессионального выгорания для медицинского персонала MBI-HSS-MP, разработанный на основе трехфакторной модели C.Maslach и S.E.Jackson [132] и адаптированный Н.Водопьяновой, Е.Старченковой [133], состоит из 22 утверждений, направленных на выявление эмоционального истощения, деперсонализации и профессиональной успешности.Респондентам предложено 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с их работой. Необходимо ознакомиться с каждым из них и выбрать соответствующее частоту встречаемости каждого утверждения по 7-балльной шкале от 0 до 6. Если никогда не возникало – 0, 6 – ежедневно [134]. Оценивание результатов рассчитано на основании суммирования полученных баллов в соответствии с методологией проведения данного опроса. В таблице 14 представлено распределение ответов по субшкалам.

Таблица 14 - Распределение ответов по субшкалам

Шкала	Пункты в прямых значениях	Пункты в обратных значениях	Максимальная сумма баллов
Эмоциональное истощение	1, 2, 3, 8, 13, 14, 16, 20	6	54
Деперсонализация	5, 10, 11, 15, 22		30
Редукция профессионализма	4, 7, 9, 12, 17, 18, 19, 21		48

Каждое из утверждение направлено на тот или иной компонент лидерства: коммуникация, интуиция, умение расставлять приоритеты в работе, умение работать в команде, целеустремленность, приверженность своей работе.

Так, для каждого респондента рассчитываются три балла: по каждому из предложенных показателей фиксируется общее количество баллов и распределяется по трем уровням: высокий, средний, низкий. Высокие баллы по таким показателям как эмоциональное истощение и деперсонализация указывают на высокий уровень выгорания, тогда как высокие баллы по personal accomplishment свидетельствуют о более низком уровне выгорания. Высокий уровень выгорания по EE составляет ≥25, DP≥11 и PA⩽30; умеренный уровень EE составляет 16–24, DP 6–10, PA 36–31; низкий уровень EE составляет 0–15, DP 0–5 и PA≥37. Расчет результатов полученных данных ведется согласно представленным данным в таблице 15.

Таблица 15 - Оценка уровней выгорания

Субшкала	Низкий уровень L	Средний уровень M	Высокий уровень H
Эмоциональное истощение (среднее - 19,73)	0-15	16-24	25 и больше
Деперсонализация (среднее - 7,78)	0-5	6-10	11 и больше
Редукция профессионализма (среднее - 32,93)	37 и больше	31-36	30 и меньше

Низкий уровень по трем основным показателям показывает отсутствие выраженности анализируемого показателя синдрома выгорания. Средний уровень свидетельствует о стадии формирования определённого показателя синдрома выгорания. Высокий уровень подтверждает факт уже сформировавшегося показателя синдрома выгорания.

MBI отличается высокой согласованностью и надежностью, варьируясь 70–95% [132,p. 191]. В нашем исследовании коэффициент альфа Кронбаха данного раздела составил 0,929. Коэффициент внутренней согласованности по каждой из шкал представлен в таблице 16.

Таблица 16 - Статистика надежности

Шкала	Альфа Кронбаха	N элементов
Эмоциональное истощение	0,833	9
Деперсонализация	0,729	5
Редукция профессионализма	0,956	8
MBI-HSS-MP	0,929	22

2.2.2.6 Инструмент компетенций менеджеров медсестер (Linda Chase)

Инструмент компетенций менеджеров медсестер (Linda Chase) [37,p. 5]. Данный опросник разработан автором и протестирован. Анкета имеет пять измерений (техническое, концептуальное, человеческое, лидерское и

финансовое управление), но это исследование адаптировано только к лидерскому измерению [135]. Измерение лидерских качеств состояло из 14 пунктов. Исходный инструмент измеряется по четырехбалльной шкале Лайкерта (от 1 до 4), однако в этом исследовании авторы изменили инструмент на пятибалльную шкалу (1 = плохо, 2 = удовлетворительно, 3 = хорошо, 4 = очень хорошо, 5 = отлично). В исследовании Paarima et al. 2022 пятая точка была добавлена для обозначения самого высокого уровня знаний и способности применять компетенции, что согласуется с более ранними авторами, использующими инструмент в аналогичных исследованиях [136-138]. Анкета была разделена на разделы A и B. В разделе A были собраны данные о социально-демографических характеристиках участников, тогда как в разделе B были собраны данные о лидерских качествах медсестер-менеджеров. Общий коэффициент альфа Кронбаха исходного инструмента составлял 0,88, технического 0,80, человеческого 0,85 и концептуального 0,84. В этом исследовании NMCI дал общий коэффициент альфа Кронбаха 0,984, технический 0,963, человеческий 0,971 и концептуальный 0,977, что считается приемлемым.

В представленном исследовании менеджеры сестринской службы отвечали на предложенные утверждения в соответствии со шкалой Лайкерта: 1 – необходимо для компетенций менеджеров сестринской службы; 2 – вносит значительный вклад в развитие компетенций менеджеров сестринской службы; – умеренно способствует развитию компетенций менеджеров сестринской службы; 4 – минимально способствует повышению компетенций менеджеров сестринской службы. Уровень внутренней согласованности в данном исследовании составил 0,994 (таблица 17).

Таблица 17 - Статистика надежности

Наименование	Шкала	Альфа Кронбаха	N элементов
Оцените знание и понимание менеджеров сестринской службы в этой области	Знания в области здравоохранения	0,974	9
	Коммуникация и взаимоотношения	0,988	11
	Лидерство	0,979	13
Итого		0,986	33
Оцените способность к применению и/или использованию данного утверждения	Знания в области здравоохранения	0,988	9
	Коммуникация и взаимоотношения	0,989	11
	Лидерство	0,987	13
Итого		0,993	33

2.2.2.7 Оценка стиля поведения в конфликте согласно Томасу

Тест-опросник «Стиль поведения в конфликте» разработан одним из американских психологов - Кеннетом Томасом. Цель его разработки – исследовать индивидуальные предрасположенности поведения в конфликтных ситуациях и определить стили разрешения конфликтов человека. Этот тест

интересен ввиду возможности изучения особенностей человека к адаптации и коммуникации, а также стиля общения индивида.

Данный раздел анкеты содержит 30 пар вариантов различного поведения в конфликте. В каждой из пар выбирается одна наиболее близкая респонденту. Каждый из ответов соответствует тому или иному типу поведения: соперничество, сотрудничество, компромисс, избегание, приспособление. Подсчет баллов ведется по каждому типу поведения. То количество баллов, которое набрано по каждому типу поведения свидетельствует на сколько выражена тенденция к тому или иному поведению в процессе конфликтного взаимодействия.

Сам разработчик инструмента, Кеннет Томас, полагал, что наиболее конструктивной и продуктивной стратегией поведения и решения конфликтов является стратегия сотрудничества, что связано с таким понятием как сотрудничество дает возможность остаться в выигрыши всем сторонам конфликта. Однако, часть специалистов в области психологии и поведения считают, что важны все пять стратегий поведения для разрешения конфликтов, поэтому наилучшими показателями признают наличие баллов по каждому из пяти типов поведения от 5 до 7 [139]. Уровень внутренней согласованности анкеты в данном исследовании составил 0,813 (30 элементов).

2.2.3 Полуструктурированное интервью

Интервью является одним из инструментов сбора качественных и количественных данных. Также оно признано наиболее распространенным способом сбора данных при проведении качественных исследований [140]. Интервью дает возможность собрать необходимую информацию о таких аспектах жизни человека как ожидания, чувства, предпочтения, жизненный опыт и т.д. [141]. Именно данный метод дает полное представление об интересующем вопросе для последующего формулирования теорию и рекомендации по развитию сестринского лидерства.

Полуструктурированное интервью помогает собрать важную информацию и не терять много времени на отвлеченные темы и дополнения со стороны респондентов. Так, исследователь во время проведения интервью имеет возможность задавать заранее подготовленные вопросы и не позволять далеко уходить от темы разговора [142]. При этом важно отметить, что данные вопросы со стороны исследователя ни в коем случае не прерывали рассказ респондента.

Таким образом, с целью более глубокого понимания развития лидерских компетенций среди медицинских сестер в Республике Казахстан проведено интервьюирование 23 менеджеров сестринской службы. Согласно Закону Республики Казахстан от 11 июля 1997 года No 151-I «О языках в Республике Казахстан» [143] казахский язык является государственным языком, русский – языком межнационального общения. Поэтому язык проведения интервью определял сам респондент.

2.3 Выборка

Размер предполагаемой рандомной репрезентативной выборки: 383+20% (460) (формула 1 – расчет размера выборки).

Размер фактической выборки составил 465 респондентов.

Размер генеральной совокупности, согласно данным Национального научного центра развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, составляет 190644 медсестер [144].

$$SS = \frac{Z^2 * (p) * (1-p)}{c^2} \quad (1)$$

где:

Z = Z фактор (например 1,96 для 95% доверительного интервала)

p = процент интересующих респондентов или ответов, в десятичной форме (0,5 по умолчанию)

c = доверительный интервал, в десятичной форме (0,5 по умолчанию).

При доверительном интервале ДИ=95% и генеральной совокупности 190644 требуемый размер выборки составляет 383 участника.

Критерии включения: наличие практического опыта по специальности не менее трех лет, согласие на участие в исследовании.

В данном исследовании приняли добровольное информированное участие 465 медицинских сестер, полностью соответствующих требованиям, что отвечает требованию по размеру предполагаемой выборки в 460 респондентов.

По второй анкете для менеджеров сестринской службы и проведению с ними интервью использован метод удобной выборки. Так, приглашение к участию в исследовании было разослано 75 менеджерам сестринской службы, 58 из которых ответили на онлайн-анкетирование и 23 прошли интервью (достижение сатурации). Полученных данных по интервью более чем достаточно, в последних собеседованиях наблюдалось дублирование полученной ранее информации, поэтому по результатам насыщения получено более 3,5 часов интервью с менеджерами сестринской службы.

2.4 Этические вопросы

Одобрение на проведение исследования получено этическом комитете в Западно-Казахстанском медицинском университете имени М.Оспанова. Заключение Локальной комиссии по биоэтике получено 26 января 2023г. (протокол №1, присвоенный номер 1.6, заседание от 24.01.2023г.)

Все участники проинформированы о цели и задачах проводимого исследования, а также принципах добровольного участия и анонимности полученных данных (Приложение В). В случае согласия респондентам необходимо нужно было лишь пройти по ссылке для заполнения гугл-формы, что подтверждало их решение участвовать в исследовании и приравнивалось к

подписанию информированного согласия, о чем они предупреждены заранее. Для менеджеров сестринской службы разработана форма информированного согласия на участие в интервью (Приложение Г). При проведении интервью соблюдены этические принципы согласно Хельсинской декларации относительно участия людей в исследовании [145].

Все полученные данные сохранены на персональном компьютере главного исследователя в папке с закрытым доступом. Все данные обезличены и закодированы, чтобы сохранить принцип анонимности участия в исследовании.

2.5 Процесс сбора данных

Набор участников исследования проводился по нескольким городам Казахстана (Астана, Алматы, Шымкент, Атырау, Кызылорда, Павлодар). Все потенциальные участники проинформированы о цели и задачах исследования, а также способах сбора информации и условиях ее хранения. Те, кто выразил свое согласие на участие в исследовании, получили ссылку на заполнение гугл-формы с вопросами анкеты. Свое согласии на участие в исследовании респонденты подтверждали нажатием ссылки на опрос и заполнением опросника.

Менеджерам сестринской службы разосланы приглашения на принятие участие в исследовании с информацией о его цели и задачах. Из 75 менеджеров 58 прошли по ссылке на онлайн-анкетирование и заполнили предложенные опросники. 23 менеджера прошли интервью с исследователем.

Интервьюирование - при личных встречах, либо через видеоконференцсвязь. Выбор формата зависел от самого респондента и его предпочтений. При проведении интервьюирования при оффлайн формате респондентам предложено ознакомиться и подписать форму информированного согласия на участие в исследовании (Приложение Г). Беседы записаны на аудиорекодер с согласия респондентов. В случаях онлайн сбора данных произведена видеозапись беседы с согласия респондента. Им также предложено ознакомиться с формой информированного согласия, чтобы респондент уже на камеру дал свое согласие на добровольное участие в исследовании, либо отказ от участия.

2.6 Метод обработки данных

2.6.1 Количественные данные

Статистическая обработка проводилась с помощью программы SPSS 23.0 (IBM SPSS Statistics, USA) Дана общая характеристика выборки: средние величины, среднеквадратическое отклонение, амплитуда распределения признака. Определена зависимость межу факторами, влияющими на лидерские компетенции медсестер посредством построения моделей множественной регрессии. Процедура исследования полученных данных состояла из описательной статистики, корреляции, дисперсионного и регрессионного анализов.

2.6.2 Качественные данные

Приглашение к интервью было разослано 75 менеджерам сестринской службы с информацией о проводимом исследовании. Из них 23 менеджера дали интервью исследователю.

В общей сложности получено аудио записи на общее время 3 часа 41 минута 30 секунд. Полученные в ходе проведения интервьюирования данные транскрибированы и переведены в текстовый формат. Текст транскрибации представлен на 81 страницах word, шрифт Times New Roman, межстрочный интервал 1,5, размер шрифта 14.

Далее проведен индуктивный контент-анализ, который помог выделить основные категории и описать их, чтобы из всего материала выделить основные моменты. Анализ проводился с использованием программы обработки качественных данных atlas.ti 25.

Общее количество закодированных фрагментов – цитат 568. Общее количество кодов 883. Общее количество представленных кодов составило 345 (с учетом повторов). Коды объединены по смыслу. Вышло 175 уникальных кодов. Сформировано 19 подтем. Подтемы объединены в 8 больших тем (таблица 18). Основная тема - Лидерство в сестринском деле: развитие профессиональных и личностных качеств, управление и эмоциональный интеллект в обеспечении качества ухода и социальной ответственности.

Таблица 18 - Тематическая группировка кодов по направлениям

Основное направление	Группы кодов	Примеры кодов
1	2	3
Лидерство и управление	Лидерские качества и навыки	Самоидентификация как лидер, Универсальные лидерские качества, Специфические компетенции лидера в сестринстве, Эффективный стиль лидерства, Эффективное руководство
	Управленческие процессы	Управление, Управление командой, Делегирование, Кризисное управление, Управление конфликтами, Принятие решений, Планирование, Тайм-менеджмент
	Командная работа и взаимодействие	Умение вести команду, Формирование сплочённой команды, Тимбилдинг, Участие, Учет мнения команды
Эмоциональный интеллект и поддержка	Эмоциональная устойчивость и стрессоустойчивость	Стрессоустойчивость, Стрессоустойчивость и адаптация, Эмоциональная устойчивость, Эмоциональный интеллект, Эмоциональный контроль
	Эмпатия и эмоциональная поддержка	Эмпатия, Эмпатия и забота, Эмоциональная поддержка, Эмоциональная чувствительность
Профессиональное развитие и экспертиза	Саморазвитие и мотивация	Саморазвитие, Саморазвитие и мотивация, Стремление к знаниям, Стремление к успеху, Стимулирование профессионального роста
	Опыт и экспертиза	Экспертиза, Опыт и знания, Профессиональный опыт, Передача опыта, Рефлексия опыта
	Образование и связь с административной ролью	Связь образования с административной ролью, Теоретическая база через образование, Совет получать высшее образование
Социальная ответственность и влияние	Влияние на общество и коллектив	Социальная ответственность, Влияние на общество, Защита интересов, Социальное влияние, Социальные объединения, Социальные связи
	Конфликты и их разрешение	Конфликтология, Разрешение конфликтов, Управление конфликтами
	Этические аспекты и справедливость	Этика, Честность, Честность и этика, Социальная справедливость, Справедливость и доверие в команде
Самооценка и самоутверждение	Самооценка и уверенность	Самооценка, Уверенность в себе, Уверенность и мотивация команды, Самоутверждение, Самоутверждение: Автократия
	Самопрезентация	Самопрезентация, Самопрезентация: Внешний вид, Самопрезентация: Коммуникабельность, Самопрезентация: Самовосприятие
Рабочие процессы и качество ухода	Современные методы и стандарты ухода	современные методы ухода, соблюдение стандартов ухода, совершенствование практики

Продолжение таблицы 18

1	2	3
	Организация и управление уходом за пациентами	управление уходом за пациентами, эффективная организация работы, эффективное руководство сестринской службой
Личные качества и мотивация	Стремление и мотивация	стремление к лидерству, стремление к развитию, финансовая мотивация, социальная мотивация
	Спокойствие и стресс	спокойствие, стресс, стрессоустойчивость как зона развития, управление стрессом
Коммуникация и взаимодействие	Навыки общения и влияние	эффективная коммуникация с коллегами и пациентами, влияние на пациентов, социальные навыки, социальное взаимодействие
	Позитивное влияние и поддержка	позитивное влияние, помощь другим, социальная поддержка, эмоциональная поддержка

3 ЛИДЕРСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ В СЕСТРИНСКОМ ДЕЛЕ

3.1 Условия труда как важный фактор влияния на развитие сестринского лидерства

В исследовании приняли участие 465 медсестер Республики Казахстан. Демографические данные респондентов представлены в таблице 19. Средний возраст составляет 39,9 лет (стандартное отклонение ±10,01). При этом возраст респондентов варьировал от 21 до 60 лет.

Таблица 19 - Демографические данные респондентов (n=465)

Категория	Признак	Частота	%
Пол	Женский	461	99,1
	Мужской	4	0,9
Возраст	21-30	94	20,2
	31-40	132	28,4
	41-50	158	34,0
	51-60	81	17,4
Образование	ТиПО	167	35,9
	прикладной бакалавриат	147	31,6
	академический бакалавриат	145	31,2
	магистратура	6	1,3
Должность	медсестра	350	75,3
	медсестра расширенной практики	40	8,6
	старшая медсестра	68	14,6
	главная медсестра	2	0,4
	зам.директора по сестринской службе	5	1,1
Опыт работы	0-10	156	33,5
	11-20	148	31,8
	21-30	113	24,3
	31-40	41	8,8
	более 40 лет	7	1,5
Годы работы в должности	0-5 лет	96	20,6
	6-10 лет	135	29,0
	11-15 лет	99	21,3
	16-20 лет	49	10,5
	21-25 лет	41	8,8
	26-30 лет	22	4,7
	31-35 лет	16	3,4
	более 35 лет	7	1,5

35,9% респондентов имеют диплом технического и профессионального образования, прикладной бакалавриат закончили на момент проведения опроса 31,6%, 31,2% имеют высшее образование – академический бакалавриат, послевузовское образование имеют 6 человек, что составляет 1,3%.

Три четверти респондентов занимают должность медсестры – 75,3%, 68 респондентов являются старшими медсестрами – 14,6%, 40 – медсестры расширенной практики (8,6%). Только две главные медсестры приняли участие

в опросе, и 5 являются заместителями директора по сестринской службе – 1,1%. В общей сложности среди 465 респондентов менеджерами сестринской службы являлись 75 человек.

Общий стаж работы респондентов в среднем составил 16,3 года. При этом 1,5% трудятся в роли медсестры более 40 лет, а стаж 31-40 лет имеют 8,8%. Треть всех респондентов занимаются сестринским делом до 10 лет, 31,8% – 11-20 лет, четверть медсестер трудится уже 21-30 лет. При этом годы работы в настоящей должности в среднем составляют 16,7 лет.

Таким образом, общее количество респондентов составило 465 медсестер преимущественно женского пола, средний возраст которых составил 39,9 лет. В среднем общий стаж работы респондентов составляет 16,3 года. Треть респондентов имеют диплом прикладного бакалавриата, треть – академического, 35,9% - диплом технического и профессионального образования (ТиПО), диплом послевузовского образования имеют 1,3%. 75,3% работают медсестрами, 8,6% медсестры расширенной практики, позицию стражей медсестры занимают 14,5%, 1,1% - заместители директора по сестринской службе. Менеджерами сестринской службы явились 75 человек из всей выборки.

Медицинские организации, в которых работают респонденты расположены в разных регионах Республики Казахстан (таблица 20). 21,9% респондентов работают в г.Алматы, 17,0 – г.Астана, 3,4% - г.Шымкент. Павлодарская область представлена среди 19,1%, а Кызылординская – 14,0% респондентов.

Таблица 20 - Характеристика медицинских организаций, в которых работают респонденты (n=465)

Категория	Признак	Частота	%
1	2	3	4
Местоположение медицинской организации	г.Астана	79	17,0
	г.Алматы	102	21,9
	г.Шымкент	16	3,4
	Акмолинская область	28	6,0
	Актюбинская область	2	0,4
	Алматинская область	17	3,7
	Атырауская область	25	5,4
	Жамбылская область	1	0,2
	Область Жетiсу	2	0,4
	Западно-Казахстанская область	9	1,9
	Карагандинская область	1	0,2
	Костанайская область	1	0,2
	Кызылординская область	65	14,0
	Мангистауская область	28	6,0
	Павлодарская область	89	19,1
Тип медицинской организации	Больница	284	61,1
	Поликлиника	116	24,9
	Самостоятельный центр семейной медицины	13	2,8
	Врачебная амбулатория	15	3,2
	Диспансеры	6	1,3

Продолжение таблицы 20

1	2	3	4
	Научно-исследовательский институт / Исследовательский центр	24	5,2
	Хоспис	2	0,4
	Клинико-диагностическая лаборатория	2	0,4
	Другое	3	0,6
Форма собственности	Государственная	407	87,5
	Частная	58	12,5
Место расположения медицинской организации	Город	399	85,8
	Деревня	42	9,0
	Районный центр	24	5,2
Количество сотрудников в медицинской организации	До 25 человек	43	9,2
	25 - 99 человек	64	13,8
	100 - 245 человек	71	15,3
	Более 250 человек	287	61,7

При этом в условиях круглосуточного стационара работают более половины всей представленной выборки – 284 респондента, что составляет 61,1%, на втором месте поликлинические учреждения – 24,9%. Остальные типы организации представлены в незначительном количестве.

87,5% медсестер работают в условиях государственных медицинских учреждений, а 12,5% - в частных структурах здравоохранения. 85,8% респондентов работают в условиях города, в сельской местности – 9,0%, в районных центрах - 5,2%.

В крупных государственных медицинских организациях работают 253 респондента (таблица 21), что составляет 54,4% всей выборки. При этом в крупных государственных медицинских организациях, расположенных в городе, работают 232 медицинских сестры, что составляет практически половину всей выборки – 49,9%. В мелких медицинских организациях (в штате до 25 человек) в городе работают 30 человек – (6,5%), в сельской местности – 5 человек, что составляет 1,1% от всей выборки.

Таблица 21 - Соотношение между местом расположения, размерами и формой собственности медицинских организаций

Сколько сотрудников в МО		Местность МО							
		Город		Село		Районный центр		Всего	
		abs	%	abs	%	abs	%	abs	%
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
До 25 человек	Государственная	30	7,5	5	11,9	1	4,2	36	7,7
	Частная	7	1,8	0	0	0	0	7	1,5
Всего		37	9,3	5	11,9	1	4,2	43	9,2
25 - 99 человек	Государственная	33	8,3	23	54,8	3	12,5	59	12,7
	Частная	5	1,3	0	0	0	0	5	1,1
Всего		38	9,5	23	54,8	3	12,5	64	13,8

Продолжение таблицы 21

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
100 - 245 человек	Государственная	46	11,5	8	19,0	5	20,8	59	12,7
	Частная	12	3,0	0	0	0	0	12	2,6
	Всего	58	14,5	8	19,0	5	20,8	71	15,3
Более 250 человек	Государственная	232	58,1	6	14,3	15	62,5	253	54,4
	Частная	34	8,5	0	0	0	0	34	7,3
	Всего	266	66,7	6	14,3	15	62,5	287	61,7
Всего	Государственная	341	85,5	42	100	24	100	407	87,5
	Частная	58	14,5	0	0	0	0	58	12,5
	Всего	399	100	42	100	24	100	465	100

Таким образом, 61,1% респондентов работают в больницах, в амбулаторных условиях трудятся 24,9%. В государственной структуре работают 54,4% медсестер. В условиях города трудятся 85,8% респондентов.

3.2 Влияние рабочей среды на сестринское лидерство

При проведении анализа влияния рабочей среды на развитие сестринского лидерства всем респондентам из выборочной совокупности предложено ответить на несколько подразделов анкеты: уровень знания лидерства и поддержка со стороны администрации, оценка рабочей среды, поведение на рабочем месте, возможности принятия решений в сестринской практике, производительность (деятельность) и руководство медсестры.

3.2.1 Поддержка лидерства со стороны администрации

Группа вопросов, направленная на выявление знаний среди медсестер о самом понятии лидерства и поддержки со стороны администрации медицинских организаций (таблица 22), показала, что 94,8% медсестер знают о лидерстве, 2,4% затруднились ответить на данный вопрос.

90,5% респондентов считают, руководство медицинской организации поддерживает менеджеров сестринской службы. С этим мнением не согласны 9,5% опрошенных. При определении уровня лидерства среди руководителей сестринской службы отмечено следующее соотношение: высокий уровень отметили 46,5%, средний уровень отметили 47,1%, и низкий отметили 6,5% респондентов. Аналогичные результаты были представлены при анализе данных показателей среди выборки медсестер, работающих в больницах и амбулаторных учреждениях [67,с. 79].

Таблица 22 - Знание о понятии «Лидерства» (n=465)

Категория	Признак	Частота	%
1	2	3	4
Знаете ли вы понятие «Лидерство»	да	441	94,8
	нет	13	2,8
	затрудняюсь ответить	11	2,4

Продолжение таблицы 22

1	2	3	4
Поддерживает ли руководство организации лидерство менеджеров сестринской службы?	да	421	90,5
	нет	44	9,5
Какой уровень лидерства у менеджера сестринской службы?	высокий	216	46,5
	средний	219	47,1
	низкий	30	6,5

При изучении корреляционной зависимости (таблица 23) выявлена значимая прямая средняя корреляция между поддержкой лидерства со стороны руководства медицинской организации и уровнем развития сестринского лидерства (r=0,455 при p=0,01). Чем больше администрация поддерживает менеджеров сестринской службы и поощряет развитие сестринского лидерства на рабочих местах, тем выше оценивается уровень лидерства среди менеджеров сестринской службы организации.

Таблица 23 - Корреляция между знанием о лидерстве, поддержкой со стороны руководства МО и уровнем развития сестринского лидерства (n=465)

		Знаете ли вы понятие «Лидерство»	Поддерживает ли руководство организации лидерство менеджеров сестринской службы?	Какой уровень лидерства у менеджера сестринской службы?
Поддерживает ли руководство организации лидерство менеджеров сестринской службы?	Корреляция Пирсона	0,058	1	0,455**
	Знач. (двухсторонняя)	0,214		0,000
	N	465	465	465
Какой уровень лидерства у менеджера сестринской службы?	Корреляция Пирсона	0,114*	0,455**	1
	Знач. (двухсторонняя)	0,014	0,000	
	N	465	465	465
Примечание - * Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя). ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)				

При анализе зависимости между такими факторами как должность, опыт работы и знаниями о понятии «Лидерства» выявлено следующее: обратная слабая корреляционная связь между должностью медицинской сестры и знанием понятия лидерства r=-0,100 при p<0,05 (таблица 24). Чем выше занимаемая должность, тем чаще отмечается знание о понятии «Лидерства». При этом наличие опыта работы медицинской сестры имеет слабое влияние на

занимаемую должность r=0,265 при p<0,01. Также следует отметить, что уровень образования имеют значимое слабое прямое корреляционное влияние на занимаемую должность r=0,96 при p<0,05. Однако в то же время, опыт работы оказывает обратное слабое влияние на понятия о лидерстве r=-0,120 при p<0,01. Таким образом, хоть данные факторы и имеют значимое корреляционное влияние друг на друга, но данные корреляционные связи выражены в слабой степени.

Таблица 24 – Корреляционная зависимость знания о понятии лидерства от должности, опыта работы и уровня образования респондентов (n=465)

		должность	опыт работы	знаете ли вы понятие «Лидерство»
должность	Корреляция Пирсона	1	0,265**	-0,100*
	Знач. (двухсторонняя)		0,000	0,031
	N	465	465	465
опыт работы	Корреляция Пирсона	0,265**	1	-0,120**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000		0,010
	N	465	465	465
образование	Корреляция Пирсона	0,096*	-0,024	0,042
	Знач. (двухсторонняя)	0,038	0,604	0,370
	N	465	465	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя). *. Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)				

Модель множественной регрессии показала, что на уровень лидерских компетенций медицинских сестер статистически значимое влияние оказывают поддержка сестринского лидерства со стороны руководства медицинской организации (B=0,933, β=0,450, p<0,001) и знание и понимание значения сестринского лидерства среди медицинских сестер (B=0,156, β=0,088, p=0,034) (таблица 25).

Таблица 25 - Коэффициенты регрессии «Уровень лидерства»

Предиктор	B (β)	Значимость (p)	Интерпретация
поддержка сестринского лидерства со стороны руководства медицинской организации	0,933 (β=0,450)	p<0,001	Самый сильный предиктор: высокая поддержка со стороны руководства существенно повышает уровень лидерства
знание и понимание значения сестринского лидерства среди медицинских сестер	0,156 (β=0,088)	p=0,034	Знание лидерства связано с ростом лидерских компетенций

Таким образом, определено, что в медицинских организациях администрация поддерживает развитие сестринского лидерства. Большинство респондентов знакомы с понятие «Лидерства» и оценивают уровень его развития

среди менеджеров сестринской службы на высоком и среднем уровне. При этом лидерство больше признано и выше оценено именно в тех организациях, в которых руководство старается поддерживать руководителей сестринской службы и развитие сестринского лидерства в целом. Наличие поддержки сестринского лидерства со стороны руководства медицинской организации существенно повышает уровень лидерских компетенций медицинских сестер. Также уровень осведомленности медсестер о лидерстве напрямую влияет на развитие их лидерского потенциала.

3.2.2 Оценка рабочей среды

Частотный анализ согласно ответам подраздела «Рабочая среда» представлен на рисунке 4. Эти данные показывают, что наиболее распространённый ответ практически по всем пунктам имеет «согласен», который варьируется в среднем от 41,1% до 52,5%. Полностью согласны были респонденты от 11,2% до 24,9%. При детальном разборе ответов с отмеченным пунктом «абсолютно не согласен», то наблюдается следующее частота от 8,4% до 13,5% по различным утверждениям данного раздела анкеты. «Не согласен» встречается среди от 8,6% до 18,1% респондентов. При этом нейтральную позицию занимают по всем пунктам от 8,0% до 17,0%.



Рисунок 4 - Частотное распределение ответов респондентов по разделу «Рабочая среда» (n=465)

Для выявления фактора достоверности полученных данных определены среднее значение, стандартное отклонение и средняя ошибка средней по факторам рабочей среды (таблица 26). Наименьшее среднее значение имеет «Достаточно ли времени у менеджера сестринской службы для участия в процедуре ухода за пациентом» 3,25 (SD=1,056, m=0,091), наибольшее среднее значение имеют «Между Вами и вашими коллегами, включая руководителей и врачей, существуют хорошие рабочие отношения» 3,78 (SD=1,176, m=0,101) и «Я слежу за тем, чтобы моя роль в коллективе была понятна всем участникам» 3,78 (SD=1,150, m=0,099).

Таблица 26 - Средние значения, SD, m по факторам рабочей среды

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка средней
Имеется ли у Вас возможность повышения своего уровня развития на рабочем месте	3,55	1,157	0,054
Ваша должность дает вам возможность использовать весь спектр сестринских навыков	3,54	1,172	0,054
Можете ли Вы принимать собственные решения по сестринскому уходу в соответствии с потребностями пациентов	3,41	1,206	0,056
Получаете ли Вы адекватную оценку за хорошо выполненную работу	3,39	1,213	0,056
Имеете ли Вы право голоса при разработке политики в отношении сестринского обслуживания	3,30	1,224	0,057
Достаточно ли времени у менеджера сестринской службы для участия в процедуре ухода за пациентом	3,31	1,170	0,054
Между Вами и вашими коллегами, включая руководителей и врачей, существуют хорошие рабочие отношения	3,68	1,234	0,057
Есть ли в вашей организации электронная регистрация на услуги по уходу?	3,38	1,280	0,059
Я слежу за тем, чтобы моя роль в коллективе была понятна всем участникам	3,65	1,231	0,057

Для определения влияния факторов рабочей среды произведен однофакторный дисперсионный анализ ANOVA (относительно типа медицинской организации). Все полученные данные представлены в таблице 27. Высокий уровень значимости наблюдается практически по всем факторам. Значит, тип медицинской организации имеет значимое влияние на формирование факторов рабочей среды (p-значимость колеблется от 0,000 до 0,009). Лишь один фактор не показал значимого влияния «Есть ли в вашей организации электронная регистрация на услуги по уходу?» F=1,252 при p=0,267. Таким образом, тип медицинской организации является значимым при развитии рабочей среды.

Таблица 27 - ANOVA факторов рабочей среды медицинской сестры в зависимости от типа медицинской организации (n=465)

Фактор		Сумма квадратов	Степень свободы	Средний квадрат	F	p значимость
1	2	3	4	5	6	7
Имеется ли у Вас возможность повышения своего уровня развития на рабочем месте	Между группами	36,885	8	4,611	3,600	0,000
	Внутри групп	583,967	456	1,281		
	Всего	620,852	464			
Ваша должность дает вам возможность использовать весь спектр сестринских навыков	Между группами	48,817	8	6,102	4,727	0,000
	Внутри групп	588,615	456	1,291		
	Всего	637,432	464			
Можете ли Вы принимать собствен ные решения по сестринскому уходу в соответствии с потреб ностями пациентов	Между группами	48,112	8	6,014	4,379	0,000
	Внутри групп	626,253	456	1,373		
	Всего	674,366	464			
Получаете ли Вы адекватную оценку за хорошо выполненную работу	Между группами	54,708	8	6,838	4,969	0,000
	Внутри групп	627,615	456	1,376		
	Всего	682,323	464			
Имеете ли Вы право голоса при разработке политики в отношении сестринс кого обслуживания	Между группами	50,616	8	6,327	4,474	0,000
	Внутри групп	644,833	456	1,414		
	Всего	695,449	464			
Достаточно ли време ни у менеджера сест ринской службы для участия в процедуре ухода за пациентом	Между группами	29,239	8	3,655	2,753	0,006
	Внутри групп	605,397	456	1,328		
	Всего	634,637	464			
Между Вами и вашими коллегами, включая руководи телей и врачей, существуют хорошие рабочие отношения	Между группами	34,145	8	4,268	2,893	0,004
	Внутри групп	672,750	456	1,475		
	Всего	706,895	464			
Есть ли в вашей организации электронная регистрация на услуги по уходу?	Между группами	16,326	8	2,041	1,252	0,267
	Внутри групп	743,536	456	1,631		
	Всего	759,862	464			

Продолжение таблицы 27

1	2	3	4	5	6	7
Я слежу за тем, чтобы моя роль в коллективе была понятна всем участникам	Между группами	30,437	8	3,805	2,579	0,009
	Внутри групп	672,819	456	1,475		
	Всего	703,256	464			

Для оценки влияния факторов рабочей среды на уровень лидерских компетенций проведена множественная линейная регрессия. Полученная модель показала свою значимость ($F=6,350$; $p<0,001$) и объяснила 11,2% дисперсии уровня лидерства ($R^2=0,112$). Модель позволила выделить факторы рабочей среды, которые способствуют развитию лидерских компетенций: хорошие рабочие отношения внутри коллектива ($\beta=0,237$; $p=0,014$), роль медсестры понятна всему коллективу ($\beta=0,449$; $p<0,001$).

3.2.3 Анализ поведения на рабочем месте

При проведении анализа поведения медсестер на рабочем месте были проанализированы несколько вопросов анкеты. Частотные данные представлены на рисунке 5. В своем большинстве респонденты согласны с тем, что у них есть возможность повышения своего уровня развития на рабочем месте и их должность дает им возможность использовать весь спектр сестринских навыков.

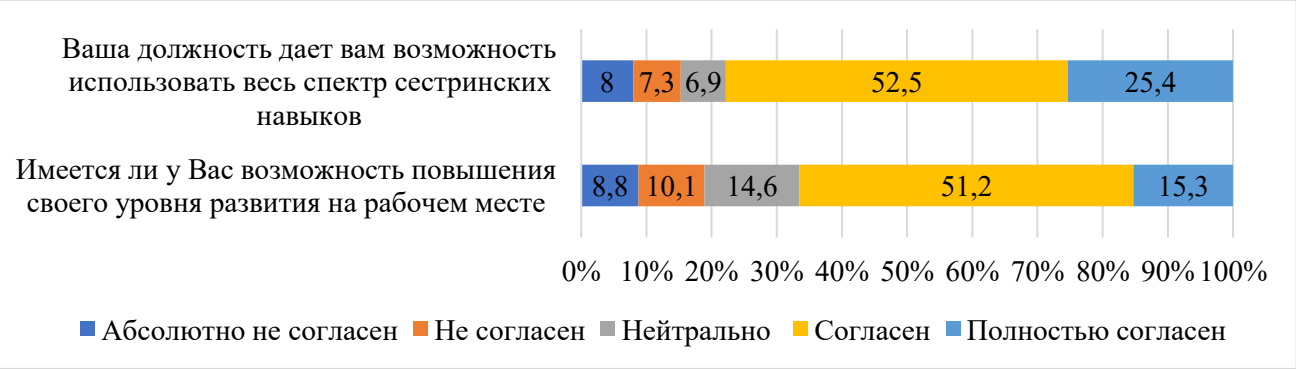


Рисунок 5 - Частотное распределение ответов респондентов по разделу «Поведение на рабочем месте» (n=465)

При выявлении взаимосвязи между такими факторами как количество сотрудников в медицинской организации, возраст респондентов, уровень образования, опыт работы и занимаемая должность выявлено, что имеется слабая корреляционная связь (таблица 28). Однако значимой является только влияние количества сотрудников в организации на оценку себя как дружелюбного и доступного к общению сотрудника $r=0,153$ при $p=0,01$.

Таблица 28 - Корреляция общих факторов на поведение (n=465)

Наименование	Значение	Я дружелюбный и доступный к общению
Количество сотрудников в медицинской организации	Корреляция Пирсона	0,153**
	Знач. (двухсторонняя)	0,001
	N	465
Возраст респондентов	Корреляция Пирсона	0,074
	Знач. (двухсторонняя)	0,111
	N	465
Образование респондентов	Корреляция Пирсона	-0,070
	Знач. (двухсторонняя)	0,130
	N	465
Должность респондентов	Корреляция Пирсона	0,010
	Знач. (двухсторонняя)	0,830
	N	465
Опыт работы респондентов	Корреляция Пирсона	0,083
	Знач. (двухсторонняя)	0,073
	N	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)		

Таким образом поведение медсестер на рабочем месте характеризуется дружелюбием. Рабочая обстановка в коллективе располагает к применению всех своих практических навыков.

3.2.4 Возможность принятия решений

Принятие решений является немаловажной частью сестринской практики. Так, в этом разделе были проанализированы несколько вопросов анкеты, касательно принятия решения в сестринской практике (рисунок 6).

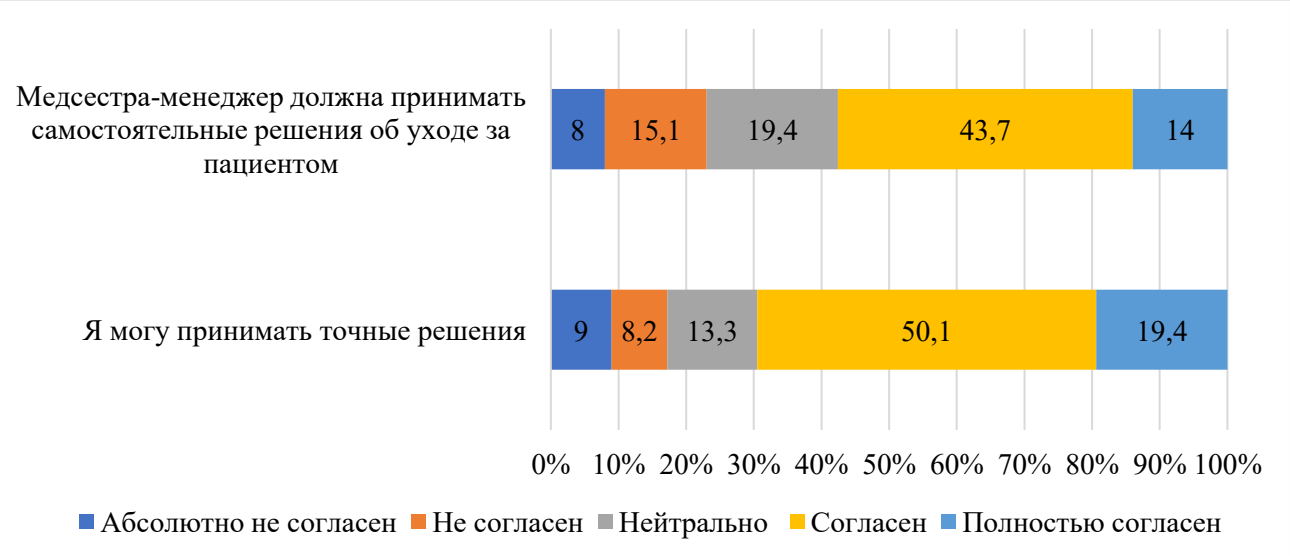


Рисунок 6 - Частотное распределение ответов респондентов по разделу «Принятие решений» (n=465)

Из анализа результатов видно, что медсестры осознают свою возможность принимать решения и пользуются ею на рабочем месте. При этом существует четкое понимание того, что сестринский процесс должен быть независимым и самостоятельным в плане принятия решений по вопросам ухода за пациентами.

Немаловажным является и тот факт, осознают ли медсестры последствия принятия ими решений в работе. Так, определена сильная прямая корреляционная связь (таблица 29) между такими элементами как морально-этические последствия принимаемых решений и способностью принятия точных решений (r=0,733 при p=0,01). Важно отметить, что медсестры осознают свою ответственность и последствия за принятия решений на рабочих местах. Средняя прямая корреляционная связь отмечена при изучении необходимости руководителю сестринской службы принимать самостоятельные решения об уходе за пациентом (r=0,634 при p=0,01).

Таблица 29 - Взаимосвязь между принятыми решениями и учетом их последствий (n=465)

Наименование		Я могу принимать точные решения	Медсестра-менеджер должна принимать самостоятельные решения об уходе за пациентом
Я рассматриваю морально-этические последствия принимаемых решений	Корреляция Пирсона	0,733**	0,634**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000
	N	465	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)			

Для изучения влияния факторов проведен однофакторный дисперсионный анализ. Выявлено влияние возраста респондентов на уровень знаний медсестер об управлении (F=4,690, p=0,003) и возможностью принятия точных решений (F=2,826, p=0,038) (таблица 30). Опыт работы влияет на уровень знаний о лидерстве и управлении в сестринской практике F=3,023 при p=0,18.

Таблица 30 - ANOVA (n=465)

Наименование		Сумма квадратов	ст.св.	Средний квадрат	F	Значимость
1	2	3	4	5	6	7
Я рассматриваю морально-этические последствия принимаемых решений	Между группами	12,757	3	4,252	3,352	0,019
	Внутри групп	584,757	461	1,268		
	Всего	597,514	464			
Я дружелюбный и доступный к общению	Между группами	8,508	3	2,836	2,209	0,086
	Внутри групп	591,892	461	1,284		
	Всего	600,400	464			
Я могу принимать точные решения	Между группами	11,141	3	3,714	2,826	0,038
	Внутри групп	605,749	461	1,314		
	Всего	616,890	464			

Продолжение таблицы 30

1	2	3	4	5	6	7
Медсестра-менеджер должна принимать самостоятельные решения об уходе за пациентом	Между группами	13,141	3	4,380	3,416	0,017
	Внутри групп	591,040	461	1,282		
	Всего	604,181	464			
Я знаю об управлении лидерством в сестринском деле	Между группами	16,470	3	5,490	4,690	0,003
	Внутри групп	539,625	461	1,171		
	Всего	556,095	464			

3.2.5 Руководство медсестры

В данном разделе рассматривались вопросы, касающиеся руководства и производительности (деятельности) медсестры-менеджера на рабочем месте. Частотный анализ представлен на рисунке 7. Согласно полученным данным практически половина всех респондентов отметила по всем факторам производительности ответ «согласен» 43,9%–51,6%. Наименее популярными ответами являются «абсолютно не согласен» и «не согласен» 9,2%–10,3% и 6,5%–11,8% соответственно (рисунок 7).

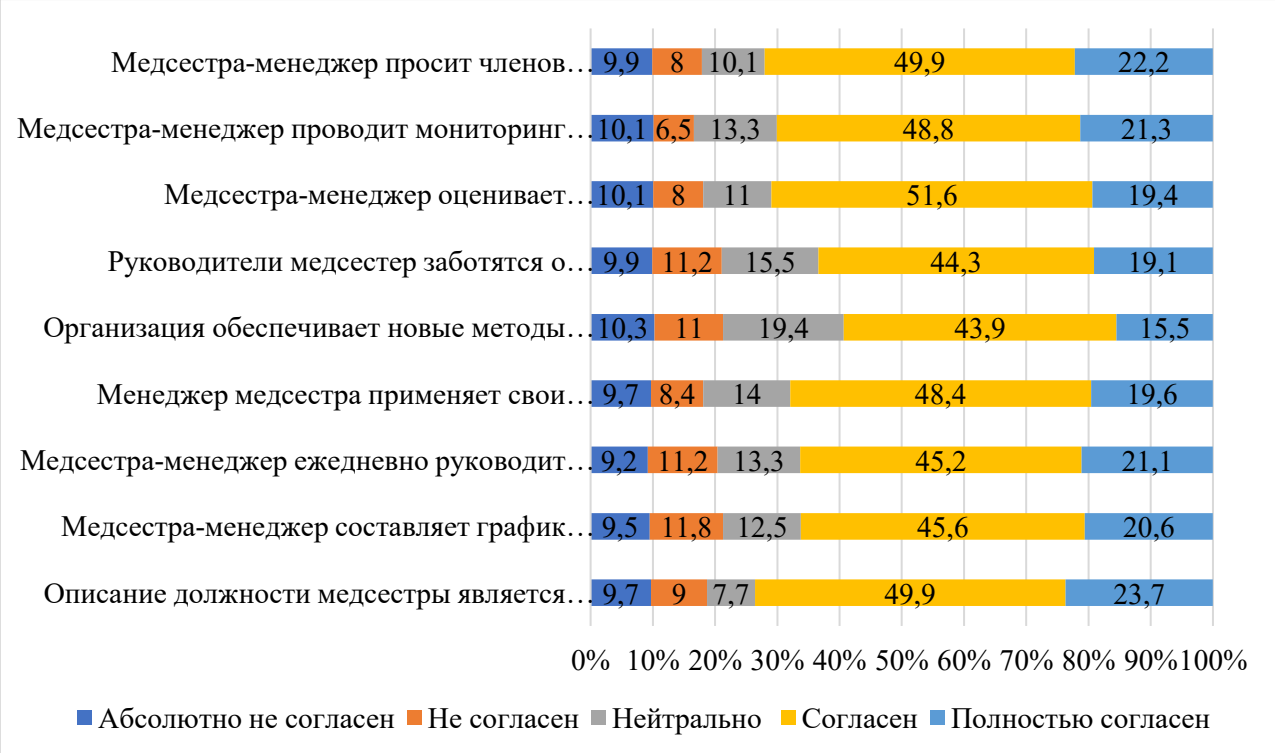


Рисунок 7 - Частотное распределение ответов респондентов по разделу «Производительность» (n=465)

Средние значения раздела «Производительность» представлены в таблице 31. Наименьшее среднее относится к «Организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы» 3,43 (SD=1,182,

m=0,055), наибольшее среднее значение имеется у такого показателя как «Описание должности медсестры является четким и адекватным» 3,69 (SD=1,205, m=0,056).

Таблица 31 - Средние значения, SD, m по факторам производительности

Показатель	Среднее значение	Стандартное отклонение	Средняя ошибка средней
Описание должности медсестры является четким и адекватным	3,69	1,205	0,056
Медсестра-менеджер составляет график работы персонала	3,56	1,211	0,056
Медсестра-менеджер ежедневно руководит работой бригады медсестер	3,58	1,203	0,056
Менеджер медсестра применяет свои преподавательские навыки	3,60	1,176	0,055
Организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы	3,43	1,182	0,055
Руководители медсестер заботятся о профессиональном развитии и медицинских исследованиях	3,52	1,205	0,056
Медсестра-менеджер оценивает комментарии или жалобы пациента на уход за больными	3,62	1,179	0,055
Медсестра-менеджер проводит мониторинг и контроль работы сестринского персонала отделения	3,65	1,180	0,055
Медсестра-менеджер просит членов группы следовать стандартным правилам и положениям	3,66	1,192	0,055

Для определения влияния факторов произведен факторный анализ. (факторы производительности относительно возраста респондентов). Данные представлены в таблице 32. Наиболее достоверной является информация по факторам «Медсестра-менеджер ежедневно руководит работой бригады медсестер» 7,536 (p=0,000), «Медсестра-менеджер оценивает комментарии или жалобы пациента на уход за больными» 6,716 (p=0,000), «Медсестра-менеджер просит членов группы следовать стандартным правилам и положениям» 4,811 (p=0,003). Также высокий уровень значимости критерий Фишера имеют такие факторы как «Медсестра-менеджер составляет график работы персонала» 3,895 (p=0,009), «Медсестра-менеджер проводит мониторинг и контроль работы сестринского персонала отделения» 3,901, p=0,009, «Менеджер медсестра применяет свои преподавательские навыки» 3,458 (p=0,016). Стоит отметить, что незначимыми факторами являются следующие: «Руководители медсестер заботятся о профессиональном развитии и медицинских исследованиях» F=2,482, p=0,060 и «Организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы» F=1,905, p=0,128.

Таблица 32 - ANOVA факторов производительности (n=465)

Фактор		Сумма квадратов	Степень свободы	Средний квадрат	F	p значимость
Описание должности медсестры является четким и адекватным	Между группами	23,393	3	7,798	5,527	0,001
	Внутри групп	650,392	461	1,411		
	Всего	673,785	464			
Медсестра-менеджер составляет график работы персонала	Между группами	16,824	3	5,608	3,895	0,009
	Внутри групп	663,680	461	1,440		
	Всего	680,503	464			
Медсестра-менеджер ежедневно руководит работой бригады медсестер	Между группами	31,393	3	10,464	7,536	0,000
	Внутри групп	640,147	461	1,389		
	Всего	671,540	464			
Менеджер медсестра применяет свои преподавательские навыки	Между группами	14,126	3	4,709	3,458	0,016
	Внутри групп	627,672	461	1,362		
	Всего	641,798	464			
Организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы	Между группами	7,935	3	2,645	1,905	0,128
	Внутри групп	640,181	461	1,389		
	Всего	648,116	464			
Руководители медсестер заботятся о профессиональном развитии и медицинских исследованиях	Между группами	10,717	3	3,572	2,482	0,060
	Внутри групп	663,413	461	1,439		
	Всего	674,129	464			
Медсестра-менеджер оценивает комментарии или жалобы пациента на уход за больными	Между группами	27,024	3	9,008	6,716	0,000
	Внутри групп	618,361	461	1,341		
	Всего	645,385	464			
Медсестра-менеджер проводит мониторинг и контроль работы сестринского персонала отделения	Между группами	15,996	3	5,332	3,901	0,009
	Внутри групп	630,163	461	1,367		
	Всего	646,159	464			
Медсестра-менеджер просит членов группы следовать стандартным правилам и положениям	Между группами	20,025	3	6,675	4,811	0,003
	Внутри групп	639,640	461	1,388		
	Всего	659,665	464			

При проведении корреляционного анализа выявлена взаимосвязь между уровнем преподавательских навыков и возрастом медсестры (таблица 33). В представленных данных четко прослеживается достоверная (p=0,05) прямая слабая корреляционная связь (r=0,102). Чем старше медсестра, тем чаще она применяет свои преподавательские навыки в работе.

Таблица 33 - Корреляция факторов производительности (n=465)

		Возраст респондентов
Менеджер медсестра применяет свои преподавательские навыки	Корреляция Пирсона	0,102*
	Знач. (двухсторонняя)	0,000
	N	465
Примечание - * Корреляция значима на уровне 0,05 (двухсторонняя)		

Таким образом, в ходе проведения статистического анализа выявлено, что значимые значения факторного анализа подтверждаются значимыми коэффициентами корреляции. Это в свою очередь говорит о достаточно высокой надежности влияния факторов производительности и рабочей среды.

Для оценки влияния факторов производительности на уровень сестринского лидерства построена модель множественной регрессии. Данная модель показала свою значимость: F=3,561 при p<0,001; но может объяснить лишь 6,6% вариации уровня лидерства (R^2=0,066), что указывает на наличие слабых, но значимых ассоциаций. Выявлены два статистически значимых предиктора: медсестра-менеджер оценивает комментарии или жалобы пациента на уход за больными (β=0,262; p=0,039); организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы (β=-0,276; p=0,007).

3.3 Трансформационное лидерство в сестринской практике

Определение стиля лидерства у медицинских сестер Республики Казахстан проведено по мультифакторному опроснику лидерства MLQ S6. Данный опросник включает в себя семь основных факторов, влияющих на стили лидерства: идеализированное влияние, вдохновляющая мотивация, интеллектуальная стимуляция, индивидуальное внимание, условное вознаграждение, управление посредством исключений, лидерство в духе невмешательства. Частотный анализ полученных данных представлен в таблице 34. Как видно из представленных данных наиболее распространенным ответом на вопросы был ответ «довольно часто», который имеет частоту встречаемости от 43,0% до 57,6%.

Таблица 34 - Частотный анализ ответов на MLQ S6 (n=465)

	совсем нет (%)	время от времени (%)	Иногда (%)	довольно часто (%)	часто, если не всегда (%)
Я стараюсь делать так, чтобы другим было со мной комфортно.	8,6	5,8	10,8	52,8	22,6
Я могу выразить цель простыми словами и указать, что люди должны делать.	8,0	4,3	6,5	56,3	24,9
Я способствую тому, что другие начинают думать по-новому.	9,0	4,5	13,8	53,5	19,1
Я помогаю другим развиваться.	8,4	3,9	13,1	53,3	21,3
Я говорю другим, что нужно сделать, чтобы они были вознаграждены за свою работу	8,2	6,7	15,3	52,0	17,8
Я удовлетворен, когда люди делают все в соответствии с согласованными стандартами	9,2	3,2	8,4	57,6	21,5
Я стремлюсь к тому, чтобы другие продолжали работать так же, как всегда.	8,8	4,7	12,7	55,1	18,7
Люди верят в меня.	8,4	4,3	13,1	53,8	20,4
Я показываю людям привлекательность результата, который мы должны достичь.	7,5	6,7	10,5	55,5	19,8
Я помогаю другим увидеть новые способы решения задач.	9,2	5,4	11,2	54,4	19,8
Я говорю людям, что я думаю об их работе.	8,2	9,2	13,3	49	20,2
Я стремлюсь к тому, чтобы люди получили признание / награды, когда достигают своих целей.	8,4	4,5	14,0	52,0	21,1
Пока все работает, я не пытаюсь что-то менять.	9,0	16,8	18,7	43,0	12,5
Я не вмешиваюсь в то, как работают другие люди.	9,2	12,9	21,1	46,2	10,5
Люди гордятся тем, что работают со мной.	8,6	6,2	21,7	45,4	18,1
Я помогаю другим найти смысл в их работе	8,8	5,8	17,8	47,1	20,4
Я помогаю другим осмыслить идеи, о которых они ранее не спрашивали.	8,6	9,5	15,5	49,0	17,4
Я проявляю личное внимание к тем, кого другие отвергают.	9,9	7,5	19,1	48,4	15,1
Я обращаю внимание на то, что другие могут получить за их достижения.	10,3	6,2	18,3	48,4	16,8
Я показываю другим стандарты, которые они должны знать, чтобы выполнять свою работу.	7,5	7,1	14,0	51,0	20,4
Я не прошу достигать больше, чем это абсолютно необходимо.	9,2	10,5	16,6	49,7	14,0

В таблице 35 представлены средние значения и их стандартные отклонения по каждому из представленных факторов лидерства согласно мультифакторного опросника лидерства. По всем семи факторам замечены средние значения, и интерпретация данных значений говорит о средних значениях каждого из

факторов. Однако стоит отметить, что показатели для лидерства в духе невмешательства несколько выше по сравнению с другими факторами 2,85 (SD=1,12), а количество очков по анкете составляет 7,55 балла. Таким образом, опрошенные медсестры применяют различные стили лидерства в своей практике, не выделяя какой-либо, в частности. При этом факторы трансформационного лидерства имеют большую частоту встречаемости.

Таблица 35 - Описательная статистика по факторам анкеты MLQ 6S (n=465)

№	Наименование фактора	Среднее значение	Ст. отклонение	асимметрия	Q1-Q3	Подсчет очков MLQ 6S	Интерпретация
1 TFL	Идеализированное влияние	2,69	1,02	-1,29	2,33-3,33	8,06	Среднее значение
2 TFL	Вдохновляющая мотивация	2,75	1,04	-1,29	2,33-3,33	8,24	Среднее значение
3 TFL	Интеллектуальная стимуляция	2,66	1,06	-1,21	2,33-3,0	7,97	Среднее значение
4 TFL	Индивидуальное внимание	2,63	1,03	-1,20	2,33-3,0	7,9	Среднее значение
5 TAL	Условное вознаграждение	2,64	1,05	-1,18	2,33-3,0	7,93	Среднее значение
6 TAL	Управление посредством исключений	2,61	1	-1,12	2,0-3,0	7,82	Среднее значение
7 LFL	Лидерство в духе невмешательства	2,52	0,99	-1,02	2,0-3,0	7,55	Среднее значение

Среднее значение (SD) трансформационного лидерства среди 465 медсестер, составило 2,68 (1,04), тогда как среднее значение (SD) транзакционного лидерства составило 2,62 (1,02) (таблица 36). При этом незначительно меньше от этих данных имеет оценка лидерства в духе невмешательства 2,52 (0,99).

Таблица 36 - Описательная статистика по стилям лидерства анкеты MLQ 6S (n=465)

Наименование фактора	Ср.значение	Ст.отклонение
Трансформационное лидерство	2,68	1,04
Транзакционное лидерство	2,62	1,02
Лидерство в духе невмешательства	2,52	0,99

Входе анализа данных определено, что воспринимаемые стили лидерства медсестер умеренно колеблются в зависимости от возраста респондентов (таблица 37). Более высокие оценки трансформационного стиля лидерства наблюдаются у более взрослой части респондентов (51–60 лет). Стоит отметить,

что в этой же возрастной категории довольную высокую оценку имеют и такие стили лидерства как транзакционное и лидерство в духе невмешательства. Наиболее низкие баллы замечены по всем стилям лидерства в молодой возрастной категории (21–30 лет). В целом оценки стилей лидерства в возрастных категориях от 21 до 50 лет колеблются незначительно, хотя больше доминирует трансформационное лидерство, нежели лидерство в духе невмешательства. При этом наиболее высокие оценки отмечены среди руководителей сестринской службы: трансформационное лидерство 3,11 (0,26), транзакционное 3,17 (0,37). Стоит отметить, что лидерство в духе невмешательства имеет более низкие оценки, чем остальные стили лидерства.

Таблица 37 - Подробная характеристика выборки исследования и стили лидерства в зависимости от характеристики респондентов (n = 465)

Характеристика		Частота (%)	Трансформационное лидерство	Транзакционное лидерство	Лидерство в духе невмешательства
Возраст	21-30	94 (20,2)	2,59 (0,91)	2,49 (0,9)	2,50 (0,92)
	31-40	132 (28,4)	2,63 (1,05)	2,57 (1,04)	2,54 (1,04)
	41-50	158 (34,0)	2,61 (1,12)	2,6 (1,1)	2,43 (1,02)
	51-60	81 (17,4)	2,99 (0,92)	2,9 (0,92)	2,66 (0,88)
Занимаемая должность	Медсестра	350 (75,3)	2,61 (1,06)	2,55 (1,05)	2,49 (1,00)
	Медсестра расширенной практики	40 (8,6)	2,74 (0,97)	2,69 (0,92	2,50 (0,92)
	Старшая медсестра	60 (12,0)	2,93 (0,94)	2,92 (0,91)	2,57 (0,99)
	Главная медсестра	10 (2,0)	3,50 (0,71)	3,50 (0,71)	4,00 (0)
	Заместитель директора по сестринской службе	5 (1,1)	3,11 (0,26)	3,17 (0,37)	2,93 (0,15)
Годы работы в данной должности	0-5 лет	96 (20,6)	2,60 (0,98)	2,52 (0,96)	2,53 (0,98)
	6-10 лет	135 (29,0)	2,69 (1,08)	2,64 (1,06)	2,55 (0,98)
	11-15 лет	99 (21,3)	2,70 (1,06)	2,59 (1,06)	2,54 (1,01)
	16-20 лет	49 (10,5)	2,60 (1,17)	2,58 (1,12)	2,2 (1,09)
	21-25 лет	41 (8,8)	2,86 (0,99)	2,93 (0,93)	2,68 (0,95)
	26-30 лет	22 (4,73)	2,99 (0,41)	2,99 (0,45)	2,76 (0,48)
	31-35 лет	16 (3,44)	2,23 (1,28)	2,14 (1,23)	2,17 (1,12)
	Более 35 лет	7 (1,5)	2,89 (0,44)	2,98 (0,58)	2,61 (0,65)

Для определения влияния фактора возраста на предлагаемые опросником утверждения проведен однофакторный дисперсионный анализ. Данные представлены в таблице 38. Наиболее значимым критерий Фишера определен у таких утверждений как «Я способствую тому, что другие начинают думать по-

новому» F=4,360 (p=0,005), «Я помогаю другим увидеть новые способы решения задач» F=3,842 (p=0,010), «Я проявляю личное внимание к тем, кого другие отвергают» F=4,470 (p=0,004). Также значимыми являются следующие факторы: «Я стараюсь делать так, чтобы другим было со мной комфортно» F=3,270 (p=0,021), «Я могу выразить цель простыми словами и указать, что люди должны делать» F=2,977 (p=0,031), «Я помогаю другим развиваться» F=3,314 (p=0,020), «Я удовлетворен, когда люди делают все в соответствии с согласованными стандартами» F=3,027 (p=0,029), «Я стремлюсь к тому, чтобы люди получили признание / награды, когда достигают своих целей» F=3,227 (p=0,022), «Я помогаю другим осмыслить идеи, о которых они ранее не спрашивали» F=2,684 (p=0,046), «Я обращаю внимание на то, что другие могут получить за их достижения» F=2,702 (p=0,045). Остальные критерии не столь значимы, т.е. уровень значимости у них выше 0,05.

Таблица 38 - Подробная характеристика выборки исследования и стили лидерства в зависимости от возраста респондентов (n = 465)

		Сумма квадратов	Степень свободы	Средний квадрат	F	Значимость
1	2	3	4	5	6	7
Я стараюсь делать так, чтобы другим было со мной комфортно.	Между группами	12,346	3	4,115	3,270	0,021
	Внутри групп	580,200	461	1,259		
	Всего	592,546	464			
Я могу выразить цель простыми словами и ука зать, что люди должны делать.	Между группами	10,451	3	3,484	2,977	0,031
	Внутри групп	539,463	461	1,170		
	Всего	549,914	464			
Я способствую тому, что другие начинают думать по-новому.	Между группами	15,754	3	5,251	4,360	0,005
	Внутри групп	555,269	461	1,204		
	Всего	571,024	464			
Я помогаю другим развиваться.	Между группами	11,707	3	3,902	3,314	0,020
	Внутри групп	542,852	461	1,178		
	Всего	554,559	464			
Я говорю другим, что нужно сде лать, чтобы они были вознаграж дены за свою работу	Между группами	7,765	3	2,588	2,152	0,093
	Внутри групп	554,394	461	1,203		
	Всего	562,159	464			
Я удовлетворен, когда люди делают все в	Между группами	10,922	3	3,641	3,027	0,029
	Внутри групп	554,424	461	1,203		

соответствии с согласованными стандартами	Всего	565,346	464			
Я стремлюсь к тому, чтобы другие продолжали работать так же, как всегда.	Между группами	7,003	3	2,334	1,941	0,122
	Внутри групп	554,447	461	1,203		
	Всего	561,449	464			
Люди верят в меня.	Между группами	8,963	3	2,988	2,525	0,057
	Внутри групп	545,502	461	1,183		
	Всего	554,465	464			
Я показываю людям привлекательность результата, который мы должны достичь.	Между группами	8,829	3	2,943	2,521	0,057
	Внутри групп	538,104	461	1,167		
	Всего	546,933	464			
Я помогаю другим увидеть новые способы решения задач.	Между группами	14,378	3	4,793	3,842	0,010
	Внутри групп	575,072	461	1,247		
	Всего	589,449	464			
Я говорю людям, что я думаю об их работе	Между группами	7,750	3	2,583	1,980	0,116
	Внутри групп	601,554	461	1,305		
	Всего	609,303	464			
Я стремлюсь к тому, чтобы люди получили признание / награды, когда достигают своих целей.	Между группами	11,597	3	3,866	3,227	0,022
	Внутри групп	552,262	461	1,198		
	Всего	563,858	464			
Пока все работает, я не пытаюсь что-то менять.	Между группами	7,665	3	2,555	1,902	0,128
	Внутри групп	619,333	461	1,343		
	Всего	626,998	464			
Я не вмешиваюсь в то, как работают другие люди.	Между группами	3,107	3	1,036	,823	0,481
	Внутри групп	579,917	461	1,258		
	Всего	583,024	464			
Люди гордятся тем, что работают со мной	Между группами	5,180	3	1,727	1,387	0,246
	Внутри групп	574,046	461	1,245		
	Всего	579,226	464			
Я помогаю другим найти смысл в их работе	Между группами	4,669	3	1,556	1,212	0,305
	Внутри групп	591,782	461	1,284		
	Всего	596,452	464			

Продолжение таблицы 38

1	2	3	4	5	6	7
Я помогаю дру гим осмыслить идеи, о которых они ранее не спрашивали	Между группами	10,364	3	3,455	2,684	0,046
	Внутри групп	593,472	461	1,287		
	Всего	603,837	464			
Я проявляю лич ное внимание к тем, кого другие отвергают.	Между группами	17,022	3	5,674	4,470	0,004
	Внутри групп	585,163	461	1,269		
	Всего	602,185	464			
Я обращаю вни мание на то, что другие могут по лучить за их достижения.	Между группами	10,663	3	3,554	2,702	0,045
	Внутри групп	606,400	461	1,315		
	Всего	617,062	464			
Я показываю другим стандар ты, которые они должны знать, чтобы выполнять свою работу	Между группами	7,722	3	2,574	2,132	0,095
	Внутри групп	556,524	461	1,207		
	Всего	564,245	464			
Я не прошу дос тигать больше, чем это абсолют но необходимо	Между группами	1,890	3	,630	,484	0,694
	Внутри групп	600,269	461	1,302		
	Всего	602,159	464			

Таким образом, среди медицинских сестер Республики Казахстан в ходе проведения данного исследования не был определен какой-либо ведущий стиль лидерства. Участники исследования не высказали особого предпочтения тому или иному стилю лидерства. По каждому из семи факторов лидерства определены средние значения. Среднее значение (SD) трансформационного лидерства среди 465 медсестер, составило 2,68 (1,04), тогда как среднее значение (SD) транзакционного лидерства составило 2,62 (1,02), незначительно меньше от этих данных имеет оценка лидерства в духе невмешательства 2,52 (0,99). При этом отмечена некоторая зависимость между применением трансформационного и транзакционного стиля лидерства среди медсестер в возрасте 51–60 лет. Что же касается возрастной категории 21–30 лет, то данные возрастные категории не имеют предпочтения по применению в своей практике какого-либо определенного стиля лидерства. В целом оценки стилей лидерства в возрастных категориях от 21 до 50 лет колеблются незначительно, хотя больше доминирует трансформационное лидерство, нежели лидерство в духе невмешательства. Полученные данные являются достоверными, однако, более конкретный вывод можно сделать лишь в результате проведения более детального и углубленного изучения стилей лидерства медсестер в Казахстане. Это связано с тем, что необходимо сначала провести обучение по вопросам лидерства среди медсестер,

а также тренинги по развитию у них лидерских качеств, которые необходимы им в сестринской практике. После такого обучения провести повторное исследование среди обученных слушателей, что даст возможность более детально проанализировать стили лидерства в сестринской деятельности Республики Казахстан.

В ходе проведенного исследования среди медицинских сестер Республики Казахстан были проанализированы факторы, определяющие стили лидерства. По результатам нельзя определить ведущий стиль, так как по всем факторам лидерства были определены средние значения, которые немногим друг от друга отличаются. Наравне с трансформационным лидерством медсестры Казахстана прибегают к транзакционному, а также к пассивному лидерству в духе невмешательства достаточно часто.

Множественная регрессия факторов, влияющих на стиль лидерства медицинской сестры, показала статистически значимое влияние следующих из них (таблица 39)**:** поддержка лидерства положительно влияет на транзакционное лидерство (β=0,150; p=0,014); количество сотрудников в организации продемонстрировало отрицательный вклад (β=-0,153; p=0,008), что свидетельствует о снижении транзакционного лидерства при увеличении размера коллектива; должность оказала отрицательное влияние на стиль лидерства в духе невмешательства (β=-0,160; p=0,009), что свидетельствует о снижении уровня данного стиля при повышении должности; опыт работы продемонстрировал положительное влияние (β=0,194; p=0,036), что указывает на рост склонности к лидерству в духе невмешательства с увеличением профессионального опыта; четкость описания должности медсестры также имеет положительный эффект (β=0,319; p=0,005). Поддержка лидерства и уровень лидерства приближались к статистической значимости (β=0,114; p=0,054 и β=-0,099; p=0,102 соответственно). Остальные предикторы, включая возраст, образование, стресс, профессиональное выгорание и пол, статистически значимого влияния не оказали (p>0,05). При этом транзакционное лидерство положительно влияет на развитие трансформационного стиля лидерства β=1,012; p<0,001), а лидерство в духе невмешательства продемонстрировало слабое отрицательное влияние (β=-0,021; p=0,029). Таким образом, основным предиктором трансформационного лидерства является транзакционное лидерство, которое объясняет почти весь вариационный компонент. Другие факторы, включая профессиональное выгорание, стресс, возраст, опыт работы и образование, статистически значимого влияния не оказывают. Это свидетельствует о тесной взаимосвязи между различными стилями лидерства у медицинских сестер, тогда как личностные и демографические характеристики имеют ограниченное влияние.

Таблица 39 - Множественная регрессия факторов стиля лидерства

Стиль лидерства	R^2	F	p	Значимые предикторы	β	p
Трансформационное	0,990	780,161	<0,001	Транзакционное лидерство	1,012	<0,001
				Лидерство в духе невмешательства	-0,021	0,029
Транзакционное	0,220	2,158	<0,001	Пол	0,188	0,001
				Профиль МО	0,128	0,031
				Количество сотрудников	-0,153	0,008
				Поддержка лидерства	0,150	0,014
				Уровень лидерства	-0,147	0,019
Лидерство в духе невмешательства	0,263	2,728	<0,001	Должность	-0,160	0,009
				Опыт работы	0,194	0,036
				Профиль МО	-0,316	<0,001
				Описание должности медсестры является четким и адекватным	0,319	0,005

При этом стоит отметить, что трансформационное лидерство оказывает значимое положительное влияние на уровень лидерства в целом (B=0,240; β=0,229; p=0,012); когда как транзакционное лидерство напротив оказывает отрицательное (B=-0,422; β=-0,362; p<0,001) - транзакционный стиль снижает уровень лидерства; лидерство в духе невмешательства не показало статистически значимого влияния (B=0,132; β=0,117; p=0,053).

3.4 Развитие лидерских способностей согласно мнению медсестер

Оценка лидерских качеств медсестер проводилась по стандартизированному опроснику Д.Уэлча, который состоит из 12 утверждений. 465 медсестрам было предложено провести самооценку на лидерские качества по данному опроснику. В таблице 40 представлены данные по этой самооценке.

Таблица 40 - Сводные данные по самооценке на лидерские способности (n=465)

Наименование	полностью не согласен со сказанным	не согласен со сказанным	это не относится ко мне	согласен со сказанным	полностью согласен со сказанным
1	2	3	4	5	6
Я очень прямой человек	6,9	15,7	19,4	42,4	15,7
У меня хорошее чутье в профессиональной деятельности	6,9	6,5	15,3	56,3	15,1
Я мыслю глобально	6,7	9,9	21,3	48,0	14,2
На первое место я ставлю пациента	6,9	5,6	11,6	51,2	24,7

Продолжение таблицы 40

1	2	3	4	5	6
Я расцениваю пере мены как возмож ность	6,9	5,8	9,9	56,1	21,3
Я умею эффективно общаться	6,9	4,5	8,4	56,8	23,4
Я умею выстраивать команду	6,0	7,1	17,0	51,4	18,5
Я помогаю компании добиваться ее целей	7,5	9,5	17,8	45,4	19,8
Я способен вдохновлять других	8,0	8,4	17,0	47,1	19,6
Я могу заражать других своим энтузиазмом	8,2	9,9	16,6	49,0	16,3
Я всегда выпол няю финансовые задачи, добиваюсь целей	7,5	9,0	17,6	47,1	18,7
Я люблю свою работу	5,4	6,5	8,4	45,6	34,2

Так, более половины опрошенных медсестер 58,1% признают себя прямыми людьми. Остальные считают, что это высказывание не про них – 41,9%. Наличие хорошего чутья в вопросах профессиональной деятельности отметили 71,4% респондентов. Отсутствие такого выявлено среди 28,6% медсестер. Глобально мыслить могут 62,2% медсестер. Остальные 37,8% не соотносят себя с данным высказыванием. На первое место ставят пациента 75,9%. 77,4% медсестер расценивают перемены как возможности. 80,2% умеют эффективно общаться, а остальные 19,8% такого за собой не отмечают. 69,9% умеют выстраивать команду. 65,2% медсестер помогают своей медицинской организации добиваться ее целей. 66,7% медсестер способны вдохновлять других. А заражать других своим энтузиазмом могут 65,3% респондентов. Всегда выполняют финансовые задачи и добиваются целей 65,8% - практически треть всех опрошенных респондентов. 79,8% любят свою работу. А 20,2% (пятая часть) медсестер не разделяют любовь к совей работе, что говорит об их вынужденности заниматься нелюбимым делом в силу тех или иных причин.

Стоит отметить, что между такими факторами как умение вдохновлять других и любить свою работу можно выявить прямую и сильную корреляционную связь - r=0,774 при p=0,01 (таблица 41), что говорит о том, в основном люди, которые по-настоящему любят свою работу, могут вдохновлять своею команду на развитие сестринского дела в будущем.

Таблица 41 - Корреляция между «Я люблю свою работу» и «Я способен вдохновлять других»

Наименование		Я люблю свою работу
Я способен вдохновлять других	Корреляция Пирсона	0,774**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000
	N	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)		

Также существует сильная корреляционная связь и между такими факторами как «Я умею эффективно общаться» и «Я умею выстраивать команду», которая является прямой и сильной, равной 0,893 при p=0,01 (таблица 42). Это свидетельствует, что чем выше уровень взаимодействия с командой, тем выше и уровень общения данного сотрудника в коллективе. Это две составляющие единого целого – коммуникабельной компетенции в целом.

Таблица 42 - Корреляция между «Я умею эффективно общаться» и «Я умею выстраивать команду»

Наименование		Я умею выстраивать команду
Я умею эффективно общаться	Корреляция Пирсона	0,893**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000
	N	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)		

При рассмотрении корреляционной зависимости между такими явлениями как «Я расцениваю перемены как возможность», «Я помогаю компании добиваться ее целей» и «Я всегда выполняю финансовые задачи, добиваюсь целей» можно отметить, что есть прямая сильная связь при p=0,01 корреляция составляет 0,778 и 0,784. Данные представлены в таблице 43.

Таблица 43 - Корреляция между «Я расцениваю перемены как возможность», «Я помогаю компании добиваться ее целей» и «Я всегда выполняю финансовые задачи, добиваюсь целей»

Наименование		Я помогаю компании добиваться ее целей	Я всегда выполняю финансовые задачи, добиваюсь целей
Я расцениваю перемены как возможность	Корреляция Пирсона	0,778**	0,784**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000
	N	465	465
Я помогаю компании добиваться ее целей	Корреляция Пирсона	1	0,807**
	Знач. (двухсторонняя)		0,000
	N	465	465
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)			

Главной целью проведения самооценки на лидерство согласно Д.Уэлча является подсчет набранных баллов и соответствующая характеристика и рекомендации по развитию лидерских качеств в зависимости от суммы набранных респондентами баллов.По сумме полученных баллов наблюдается следующее распределение, представленное на рисунке 8. Так, до 20 баллов набрали 31 респондент, что соответствует 6,7% от всей выборочной совокупности. Характеристика и рекомендации для этой группы следующие (по мнению Дж.Уэлча): согласно их собственной оценке, они только на 10% поднялись в рейтинге лидерства по Уэлчу. Не все рождены, чтобы стать лидерами. Причина этого таится в том, что хотя многие аспекты лидерского поведения можно усвоить, но таким качествам, как характер, открытость и доверительность, научиться невозможно (по крайней мере, взрослому человеку).

20-29 баллов набрали 23 медсестры – 4,9%. Характеристика и рекомендации: данный показатель ниже среднего. У таких людей либо не хватает опыта, либо врожденной способности к лидерству. Для них может быть полезен наставник. Также необходимо посещать курсы по развитию лидерских качеств. Настойчивость — еще одно ключевое качество лидера.

30-39 баллов набрали 51 респондент – 11,0%. Характеристика и рекомендации: еще есть над чем поработать. Но придется достаточно постараться. Последовательно выполняя рекомендации и обучаясь эти люди смогут улучшить свои лидерские качества и развить необходимые способности.

40-49 баллов набрали 247 медсестер (большая часть выборочной совокупности) – 53,1%. Характеристика и рекомендации: *у* них хорошие задатки и есть все предпосылки, чтобы стать настоящим лидером.

50 и более баллов набрали 113 респондентов – 24,3%. По мнению Д.Уэлча у таких людей всё есть, судя по их оценку. Это так называемые “игроки А”.

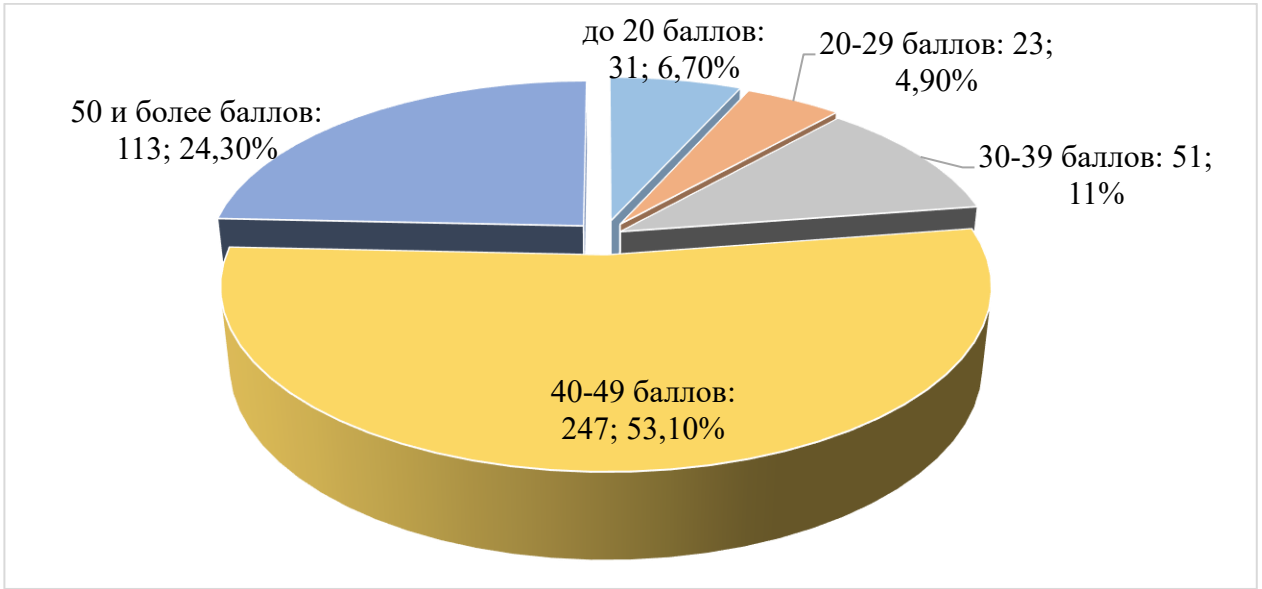


Рисунок 8 - Результаты самооценки на лидерские способности среди респондентов (n=465)

Так, более половины всех респондентов (53,1%) медсестер набрали 40–49 баллов, что, по мнению Дж.Уэлча, говорит о наличии у них хорошего задатка как лидера, что дает возможность в будущем стать настоящим лидером.

24,3% опрошенных респондентов – 113 медсестер, были определены как люди «игроки А», они обладают всем необходимым, чтобы быть лидером.

11,0% респондентам необходимо еще поработать над своими навыками и развивать лидерские способности. Эти люди способны выполнять рекомендации для развития своих лидерских качеств, а также обучаться на различных семинарах и тренингах, что даст им возможность развить необходимые лидерские способности в будущем.

20-29 баллов набрали 4,9%, что составило 23 респондента. Это показатель ниже среднего. У таких людей либо отсутствует достаточный практический опыт, либо отсутствуют врожденные способности к лидерству. Им необходим наставник, который поможет им развиваться в этом направлении.

6,7% медсестер набрали мене 20 баллов. Согласно Дж.Уэлчу, такие люди только на 10% поднялись в рейтинге лидерства. Безусловно, не каждый был рожден, чтобы стать лидером. Поэтому есть и те, кто не может и не хочет быть лидером.

При анализе результатов самооценки руководителей сестринской службы (старшие, главные медсестры и заместители директоров по сестринской службе) старшие медицинские сестры набрали в среднем 46,27 баллов (SD=11,56), а главные и заместители директоров сестринских служб набрали 50,7 балла (SD=4,86). По описанию Уэлча, 48,5% руководителей сестринских служб были личностями, имеющими абсолютно все задатки стать настоящим лидером, а 33,8% относились к так называемым А-игрокам – у таких людей было все, чтобы быть лидером. 7,4% не являются лидерами на момент проведения опроса, им необходимо работать над развитием своих лидерских качеств. В то же время 2,9% опрошенных нуждаются в наставнике и прилагают усилия для развития лидерских качеств. А 7,4% опрошенных не способны быть лидерами в силу своих личностных качеств. Так, 58,8% всех опрошенных (респондентов, набравших 20-49 баллов) нуждаются в развитии своих лидерских качеств. Стоит отметить, что среди старших медицинских сестер и заместителей директоров сестринских служб наблюдалась следующая картина: 71,4% имели все предпосылки быть лидером, 28,6% были абсолютными лидерами [146].

Лидерство в сестринском деле является важным компонентом для реализации качественного сестринского ухода. Лидерские качества важны как для руководителей сестринской службы, так и для всех участников в команде.

Проведён множественный регрессионный анализ для оценки влияния демографических и профессиональных факторов на показатель самооценки лидерских способностей среди медицинских сестер (таблица 44). Модель оказалась статистически значимой ($F=8,382$; $p<0,001$). Модель множественной регрессии показала, что уровень профессионального выгорания имеет значимое отрицательное воздействие (таблица 43): $\beta=-0,221$, $p<0,001$, чем выше уровень выгорания медсестры, тем ниже уровень самооценки на лидерские способности.

Поддержка сестринского лидерства со стороны руководства оказывает значимое положительное влияние (β=0,067, p=0,035): поддержка со стороны руководства повышает уверенность в своих лидерских навыках. Интересно отметить, что опыт работы оказывает значимое отрицательное влияние на уровень самооценки (β=-0,229, p<0,001): чем больше опыт, тем ниже самооценка лидерских способностей, возможно, из-за самокритики или более строгих стандартов. В то же время уровень образования медицинской сестры положительно влияет на самооценку лидерских способностей (β=0,080, p=0,005): более высокий уровень образования связан с лучшей самооценкой лидерских навыков.

Таблица 44 - Коэффициенты регрессии факторов самооценки на лидерские способности

Предиктор	β	p	Направление влияния	Примечание
Возраст	0,130	0,002	положительное	Старшие сотрудники оценивают себя выше
Образование	0,080	0,005	положительное	Более образованные оценивают себя выше
Опыт работы	-0,229	<0,001	отрицательное	Более опытные оценивают себя строже
Поддержка лидера	0,067	0,035	положительное	Поддержка руководства повышает уверенность
Уровень лидерства	-0,118	<0,001	отрицательное	Более высокий уровень формального лидерства снижает самооценку

3.5 Стрессоустойчивость среди специалистов сестринской службы

Оценка стрессоустойчивости среди 465 респондентов осуществлена по опроснику «Стресс». Респондентам предложено ответить на 20 вопросов и набрать определенное количество баллов согласно шкале Лайкерта. Общее распределение ответов в выборке представлены в таблице 45.

Как видно из представленных данных респонденты в своем большинстве здоровые люди, с правильными привычками питания и ограничивающие употребление спиртных напитков.

Согласно опроснику при суммировании баллов по методологии проведении расчета и вычитании 20 баллов, получается следующая градация по наличии стресса: до 10 баллов – прекрасная устойчивость к стрессу, более 30 баллов – стрессовые ситуации оказывают сильное влияние на жизнь, более 50 баллов – высокая уязвимость для стресса.

Таблица 45 - Сводные данные по самооценке по оценке стрессоустойчивости (n=465)

Наименование	почти всегда	часто	иногда	почти никогда	никогда
Вы едите, по крайней мере, одно горячее блюдо в день	61,7	19,8	13,5	3,0	1,9
Вы спите 7-8 часов, по крайней мере, четыре раза в неделю	46,0	17,6	28,6	5,2	2,6
Вы постоянно чувствуете любовь других и отдаете свою любовь взамен.	52,7	21,3	20,4	3,0	2,6
В пределах 50 километров у Вас есть хотя бы один человек, на которого Вы можете положиться	57,6	20,2	16,6	2,4	3,2
Вы упражняетесь до пота хотя бы два раза в неделю.	23,2	22,2	32,0	12,5	10,1
Вы выкуриваете меньше половины пачки сигарет в день.	7,7	5,6	8,6	9,0	69,0
За неделю Вы потребляете не больше пяти рюмок алкогольных напитков.	6,0	6,5	9,5	13,3	64,7
Ваш вес соответствует Вашему росту	35,1	18,7	18,3	13,5	14,4
Ваш доход полностью удовлетворяет Ваши основные потребности.	28,0	14,4	27,1	11,8	18,7
Вас поддерживает Ваша вера.	53,3	22,4	14,6	4,9	4,7
Вы регулярно занимаетесь клубной или общественной деятельностью.	17,8	18,1	27,3	11,8	24,9
У Вас много друзей и знакомых.	53,1	23,2	14,8	5,2	3,7
У Вас есть один или два друга, которым Вы полностью доверяете.	56,1	20,2	12,7	5,4	5,6
Вы здоровы.	60,4	17,2	14,8	5,2	2,4
Вы можете открыто заявить о своих чувствах, когда Вы злы или обеспокоены чем-либо.	49,7	19,4	18,7	7,5	4,7
Вы регулярно обсуждаете с людьми, с которыми живете, Ваши домашние проблемы.	43,4	22,4	19,4	6,9	8,0
Вы делаете что-то только ради шутки хотя бы раз в неделю.	31,4	20,0	29,7	7,7	11,2
Вы можете организовать Ваше время эффективно.	42,8	29,2	18,9	4,5	4,5
За день Вы потребляете не более трех чашек кофе, чая или других содержащих кофеин напитков.	28,6	16,3	25,6	12,7	16,8
У Вас есть немного времени для себя в течение каждого дня.	37,4	26,5	23,9	8,4	3,9

Количество баллов, набранное респондентами, представлено в таблицах 46. Как видно из представленных данных только десятая часть респондентов имеют высокую устойчивость к стрессу (9,5%). Половина респондентов достаточно легко справляются с влиянием стресса не особо поддаваясь ему (50,5%). 34,4%

респондентов подвержены влиянию стрессовых ситуаций в своей жизни, а 5,6% опрошенных не обладают устойчивости к стрессам и сильно уязвимы перед стрессовыми ситуациями.

Таблица 46 - Баллы по оценке стрессоустойчивости (n=465)

Количество набранных баллов	Частота	Процент
до 10 баллов	44	9,5
10-30 баллов	235	50,5
30-50 баллов	160	34,4
более 50 баллов	26	5,6
Всего	465	100

Для определения факторов, которые влияют на развитие стресса, проведена множественная линейная регрессия (таблица 47). Данная модель показала свою значимость на уровне $p<0,001$, $F=2,193$. Анализ показал несколько значимых предикторов. Профессиональное выгорание (B=0,157; p=0,004) и дружелюбность и доступность к общению (B=0,259; p=0,003) имеют прямое влияние на уровень стресса. Продолжение обучения (B=-0,185; p=0,011), профиль МО (B=-0,053; p=0,008), местность расположения МО (B=-0,234; p=0,027), рассмотрение морально-этических последствий принимаемых решений (B=-0,169; p=0,033) имеют отрицательное влияние на уровень стресса.

Таблица 47 - Коэффициенты регрессии факторов стресса

Наименование	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
продолжаю учебу	-0,185	0,073	-0,141	-2,547	0,011
профиль МО	-0,053	0,020	-0,183	-2,664	0,008
местность МО	-0,234	0,106	-0,140	-2,218	0,027
этические последствия	-0,169	0,079	-0,236	-2,136	0,033
дружелюбный	0,259	0,088	0,368	2,952	0,003
профессиональное выгорание	0,157	0,054	0,161	2,908	0,004
а. Зависимая переменная: стресс					

Таким образом, стресс в большей степени определяется уровнем профессионального выгорания, снижая стрессоустойчивость респондентов. При этом отмечается также и влияние организационных и образовательных факторов. Продолжение обучения на момент проведения опроса и особенности профиля и расположения МО оказывают защитное влияние, влияя на снижение уровня стресса.

3.6 Профессиональное выгорание медсестры на рабочем месте

Средние значения по трем показателям выгорания составили: эмоциональное истощение – 25,34 (SD=15,24), деперсонализация – 12,48 (SD=7,92), редукция персональных достижений – 30,15 (SD=16,32). Данные показатели свидетельствуют о высоком уровне эмоционального истощения среди медицинских сестер (n=465). А по подшкалам деперсонализация и редукция персональных достижений наблюдается средний уровень формирования.При этом из общего числа наблюдений выгорание присутствует у 65,6% (EE⩾25 and/or DP⩾11) медсестер по таким показателям как эмоциональное истощение (48,8%), деперсонализация (57,6%) и редукция персональных достижений (40,9%).

Распределение ответов респондентов на вопросы относительно профессионального выгорания представлена на рисунке 9. Наиболее яркими результатами являются следующие: 39,6% респондентов ежедневно проявляют к другим больше внимания и заботы, чем получают от них в ответ признательность. 19,8% общаются с пациентами только формально и без лишних эмоций. Многого могут достичь в своей жизни 45,6% респондентов. Успевают много сделать за день 38,3%. Легко общаются с пациентами и их родственниками вне зависимости от их социального статуса 44,9%. 39,8% могут ежедневно создавать атмосферу дружелюбия и непринужденности. 38,9% работают с удовольствием и имеют планы на свою профессиональную деятельность. 34,0% отметили, что ежедневно могут оказывать позитивное влияние на настроение пациентов. 38,1% умеют находить правильные решения в трудных ситуациях с пациентами и коллегами. 34,2% ощущают себя энергичными и воодушевленными на работе. 41,1% хорошо понимают чувства своих пациентов и используют это для успешной работы с ними. 46,5% никогда не чувствуют себя эмоционально опустошёнными. 42,6% отметили, что никогда нет плохого настроения по утрам в начале рабочего дня. 37,2% никогда не ищут уединения. 50,4% не испытывали никаких жизненных разочарований. 50,5% никогда не испытывали потерю интереса к своим профессиональным обязанностям.

При изучении группы респондентов, работающих в условиях стационара (n=284), выявлено, что средние значения по трем показателям выгорания составили: эмоциональное истощение – 18,79 (SD=11,71), деперсонализация – 12,90 (SD=7,57), редукция персональных достижений – 31,30 (SD=15,29). Эти данные также соответствуют среднему уровню развития данных показателей среди указанной группы респондентов. При этом из общего числа наблюдений выгорание присутствует у 61,97% (EE⩾25 and/or DP⩾11) медсестер (таблица 48).



Рисунок 9 - Сводные данные по оценке профессионального выгорания среди медсестер (n=465)

В ходе проведенного исследования среди медицинских сестер, оказывающих сестринский уход в условиях стационара, выявлен высокий уровень профессионального выгорания (61,97%) по таким показателям как эмоциональное истощение (29,23%), деперсонализация (60,92%) и редукция персональных достижений (38,73%) [69,p. 92]. Как видно, среди медицинских сестер, работающих в стационарах, эмоциональное истощение находится на среднем уровне развития, а если рассматривать всю выборку, то этот показатель находится на высоком уровне развития.

Таблица 48 – Уровень выгорания среди медсестер

Подшкалы выгорания	Общее число респондентов (n=465)				Меедсестры стационаров (n=284)			
	Ср.значение	Ст.отклонение	Уровень выгорания		Ср.значение	Ст.отклонение	Уровень выгорания	
Эмоциональное истощение	25,34	15,24	48,8%		18,79	11,71	29,23%	
Деперсонализация	12,48	7,92	57,6%	65,6%	12,90	7,57	60,92%	61,97%
Редукция персональных достижений	30,15	16,32	40,9%		31,30	15,29	38,73%	

Для определения факторов, которые влияют на развитие профессионального выгорания, проведена множественная линейная регрессия (таблица 49). Данная модель показала свою значимость на уровне p<0,001, F=2,660. Анализ показал несколько значимых предикторов. Годы в должности (B=0,76; p=0,032), профиль МО (B=0,045; p=0,026), наличие права голоса при разработке политики в отношении сестринского обслуживания (B=0,133, p=0,35), медсестра-менеджер оценивает комментарии или жалобы пациента на уход за больными (B=0,252, p=0,015) и стресс (B=0,157, p=0,004) имеют прямое влияние на уровень профессионального выгорания. Чем дольше респондент занимает одну и ту же должностную позицию, работа в эмоционально сложных сферах здравоохранения, чем больше и чаще оценка жалоб больных со стороны и руководства, и наличия права голоса в области политики оказания сестринской помощи, тем выше уровень эмоциональной нагрузки, что приводит к развитию эмоционального истощения среди медицинских сестер.

Область расположения МО (B=-0,023; p=0,002), организация обеспечивает новые методы ухода по предложению менеджера сестринской службы (B=-0,265; p=0,002) имеют отрицательное влияние на уровень профессионального выгорания. Это подчеркивает тот факт, что крупные города с плотным населением подвергают специалистов большему эмоциональному напряжению. Такое же влияние оказывает и внедрение новых методов ухода, что связано с профессиональным развитием и новыми действиями.

Таблица 49 - Коэффициенты регрессии факторов профессионального выгорания

Наименование	Нестандартизованные коэффициенты		Стандартизованные коэффициенты	т	Значимость
	B	Стандартная ошибка	Бета		
годы в должности	0,076	0,035	0,154	2,158	0,032
область МО	-0,023	0,007	-0,180	-3,129	0,002
профиль МО	0,045	0,020	0,151	2,240	0,026
право голоса	0,133	0,063	0,195	2,117	0,035
новые методы	-0,265	0,085	-0,375	-3,106	0,002
оценка жалоб	0,252	0,103	0,355	2,455	0,015
стресс	0,157	0,054	0,153	2,908	0,004
а. Зависимая переменная: профессиональное выгорание					

Таким образом, профессиональное выгорание в большей степени определяется уровнем стресса, влиянием организационных и образовательных факторов. Работа в условиях крупных мегаполисов и отсутствие нововведений на рабочем месте также способствует развитию профессионального выгорания среди специалистов сестринской службы.

3.7 Выявление ведущих факторов развития сестринского лидерства

В каждой группе факторов определены наиболее статистически значимые, оказывающие положительное либо отрицательное влияние на развитие сестринского лидерства. Выбранные факторы использованы в качестве предикторов при построении моделей множественной регрессии.

Построенные модели множественной линейной регрессии позволили определить влияние наиболее значимых факторов на уровень лидерства, трансформационное лидерство и самооценку на лидерские способности медицинской сестры.

При изучении факторов, влияющих на развитие уровня сестринского лидерства, определена умеренная положительная связь $R=0,563$, $R^2=0,317$, что объясняет 31,7% дисперсии уровня лидерства. В целом данная модель является статистические значимой $F=12,210$, $p<0,001$. Модель признана рабочей, однако может объяснить менее половины дисперсии, что свидетельствует также о влиянии и других факторов на уровень сестринского лидерства, не учтенных в данной регрессии.

Стоит отметить наиболее значимые предикторы в данной модели: поддержка лидерства со стороны руководства медицинской организации ($B=0,867$, $p<0,001$) является самым сильным предиктором – чем больше поддержка, тем выше уровень сестринского лидерства; количество сотрудников в МО ($B=-0,063$, $p=0,010$) имеет обратную связь – чем больше сотрудников, тем ниже уровень лидерства; знания о лидерстве ($B=0,165$, $p=0,020$) оказывает положительное влияние на уровень сестринского лидерства; хорошие отношения между коллегами имеет негативное влияние ($B=-0,148$, $p<0,001$), четкое понятие роли в коллективе имеет положительное влияние на развитие

сестринского лидерства (B=0,116, p=0,004); трансформационное лидерство оказывает положительное влияние (B=0,168, p=0,043); транзакционное – отрицательное (B=-0,324, p=0,002). Таким образом, трансформационное лидерство способствует повышению уровня сестринского лидерства, транзакционное – понижает. Знания в области лидерства имеют положительное влияние, когда как большое количество сотрудников приводит к снижению уровня лидерства. Модель подтверждает, что восприятие сестринского лидерства в медицинских организациях зависит от поддержки со стороны руководства медицинской организации и стиля лидерства. При этом эмоциональное состояние (стресс и выгорание) в данной модели не играют решающей роли, хотя теоретически имеет опосредованное влияние через поддержку лидеров на рабочих местах.

При построении модели множественной регрессии для зависимой переменной трансформационное лидерство определена очень высокая корреляция (R=0,870), R^2=0,757 - модель объясняет 75,7% дисперсии трансформационного лидерства. Данная модель является статистически значимой: F=81,916, p<0,001. При анализе предикторов можно выделить ведущие факторы, влияющие на трансформационное лидерство. Так, транзакционное лидерство (B=0,986, β=0,888, p<0,001) является ведущим фактором, связанным с трансформационным лидерством. Чем выше стаж работы медсестры, тем чаще проявляется трансформационный стиль лидерства (B=0,049, p=0,022). Профессиональное выгорание имеет слабое положительное влияние (B=0,037, p=0,031), что может быт обусловлено стимулированием лидерства как вынужденным ответом на выгорание, а также может указывать на то, что в трансформационном стиле лидерства выше затраты эмоциональных ресурсов. Чем выше оценивается уровень сестринского лидерства, тем больше применение трансформационного стиля лидерства (B=0,054, p=0,043). Стоит отметить и уровень образования, которые имеет пограничный уровень значимости (p=0,057), имеет положительное влияние: чем выше уровень образования, тем чаще встречается трансформационное лидерство.

При построении модели множественной линейной регрессии, где зависимой переменной является самооценка на лидерские способности, определена высокая корреляция между предикторами и зависимой переменной: R=0,754. Данная модель объясняет 56,9% дисперсии (R^2=0,569**).** Модель имеет статистическую значимость: F=34,740, p<0,001. Чем старше респонденты, тем выше их самооценка на лидерские способности (B=0,132, p=0,010). При этом стоит заметить, что опыт работы имеет обратную зависимость – чем больше стаж, тем ниже самооценка на лидерские способности (B=-0,223, p<0,001). Это может быть обусловлено тем, что стаж может давать эмоциональное истощение, что в итоге снижет самооценку. Чем выше уровень профессионального выгорания, тем ниже результаты самооценки на лидерство (B=-0,111, p=0,008).

Таким образом, в результате анкетирования 465 медсестер представлена общая характеристика респондентов: медицинские сестры в возрасте 40 лет с общим стажем работы не менее 15 лет, проявляющие дружелюбие на рабочем

месте. Среди респондентов не выделяется ведущий стиль лидерства, при этом каждый из стилей (трансформационный, транзакционный, лидерство в стиле невмешательства) находятся на среднем уровне развития. Половина медсестер обладают всеми необходимыми задатками, чтобы стать настоящими лидерами и способны достаточно спокойно справляться со стрессовыми ситуациями на рабочем месте. Стоит отметить, что 65,6% медсестер подвержены профессиональному выгоранию, при этом уровень эмоционального истощения находится на высоком уровне, деперсонализация и редукция личностных достижений – на среднем уровне. Ведущими значимыми факторами, влияющими на развитие сестринского лидерства признаны поддержка со стороны руководства, развитие трансформационного стиля лидерства, профессиональное выгорание.

4 ПРОФЕССИОНАЛЬНОЕ РАЗВИТИЕ И ЛИДЕРСТВО В СЕСТРИНСКОЙ ПРАКТИКЕ

Менеджерам сестринской службы предложено пройти опрос с использованием таких инструментов как “Инструмент оценки компетентности медсестры-менеджера Chase” и Тест-опросник Томаса на поведение в конфликте, а также пройти интервью по вопросам развития лидерских компетенций среди медицинских сестер.

4.1 Основные лидерские компетенции менеджеров сестринской службы

В опросе приняли участие 58 менеджеров сестринской службы Республики Казахстан. Демографические данные респондентов представлены в таблице 50. В своем большинстве респонденты представлены женским полом, среди них было 2 мужчины (3,4%). Средний возраст составляет 46,55 лет (SD +-7,61). При этом возраст респондентов варьировал от 31 до 60 лет.

Таблица 50 - Демографические данные респондентов (n=58)

Категория	Признак	Частота	%
Пол	Женский	56	96,6
	Мужской	2	3,4
Возраст	31-40	13	22,4
	41-50	23	39,7
	51-60	22	37,9
Образование	ТиПО	23	39,7
	прикладной бакалавриат	19	32,8
	академический бакалавриат	15	25,9
	магистратура	1	1,7

39,7% респондентов имеют диплом технического и профессионального образования, прикладной бакалавриат закончили на момент проведения опроса 32,8%, 25,9% имеют высшее образование – академический бакалавриат, послевузовское образование имеет 1 человек, что составляет 1,7%.67,2% респондентов являются старшими медсестрами – 14,6% (таблица 51), 27,6% – главные медсестры, 5,2% - заместители директора по сестринской службе.

Таблица 51 - Демографические данные респондентов (n=465)

Категория	Признак	Частота	%
Должность	старшая медсестра	39	67,2
	главная медсестра	16	27,6
	зам.директора по сестринской службе	3	5,2
Опыт работы	0-10	7	12,1
	11-20	18	31,0
	21-30	17	29,3
	31-40	16	27,6

Средний общий стаж работы респондентов составил 22,24 (SD=9,96) года. При этом стаж 31-40 лет четверть респондентов имеют 27,6%. Треть всех респондентов занимаются сестринским делом 21-30 лет (29,3%), 31,0% – 11-20 лет, а стаж до 10 лет имеют 12,1%.

Медицинские организации, в которых работают респонденты расположены в разных регионах Республики Казахстан (таблица 52). 15,5% респондентов работают в г.Алматы, 19,0 – г.Астана, 8,6% - г.Шымкент. Павлодарская область представлена среди 22,4%, а Северо-Казахстанская область – 8,6%.

Таблица 52 - Характеристика медицинских организаций, в которых работают респонденты (n=465)

Категория	Признак	Частота	%
1	2	3	4
Местоположение медицинской организации	г.Астана	11	19,0
	г.Алматы	9	15,5
	г.Шымкент	5	8,6
	Акмолинская область	1	1,7
	Актюбинская область	2	3,4
	Алматинская область	2	3,4
	Атырауская область	4	6,9
	Жамбылская область	1	1,7
	Область Жетiсу	2	3,4
	Кызылординская область	1	1,7
	Мангистауская область	2	3,4
	Павлодарская область	13	22,4
	Северо-Казахстанская область	5	8,6
Тип медицинской организации	Больница	37	63,8
	Поликлиника	11	19,0
	Самостоятельный центр семейной медицины	2	3,4
	Врачебная амбулатория	2	3,4
	Диспансеры	2	3,4
	Научно-исследовательский институт / Исследовательский центр	2	3,4
	Хоспис	1	1,7
	Клинико-диагностическая лаборатория	1	1,7
Форма собственности	Государственная	47	81,0
	Частная	11	19,0
Место расположения медицинской организации	Город	48	82,8
	Деревня	2	3,4
	Районный центр	8	13,8
Количество сотрудников в медицинской организации	До 25 человек	5	8,6
	25 - 99 человек	5	8,6
	100 - 245 человек	12	20,7
	Более 250 человек	36	62,1

Продолжение таблицы 52

1	2	3	4
Сколько медсестер в подчинении	До 20 человек	32	55,2
	21-40 человек	7	12,1
	41-60 человек	4	6,9
	61-80 человек	4	6,9
	Более 80 человек	11	19,0

63,8% респондентов работают в стационарных условиях, в амбулаторных (ПМСП) – 19,0%. В центрах семейной медицины, врачебных амбулаториях, диспансерах и научно-исследовательских институтах работают по 3,4% респондентов. В хосписе и клинико-диагностической лаборатории – по 1 респонденту.

47 респондентов (81,0%) работают в государственных медицинских организациях. В районных центрах работают 13,8% респондентов, в сельской местности – 3,4%, в городских условиях – 82,8% опрошенных.

Для проведения оценки компетентности менеджера сестринской службы использовался инструмент оценки Линды Чейз (разделы по лидерству, коммуникациям и знаниям в области здравоохранения).

Как показано в таблице 53, у менеджеров-медсестер по всем компетенциям наблюдается низкий уровень компетенций как по уровню знаний, так и по уровню применения. При этом незначительно выше уровень такой компетенции как «Знания в области здравоохранения» как на уровне знания и понимания (m=1,71, SD=1,006) и на уровне способности применения и использования (m=1,615, SD=0,936).

Таблица 53 - Средние значения по компетенциям (n=58)

Компетенция	n	Знание и понимание менеджеров сестринской службы в этой области		Способность к применению и/или использованию данного утверждения	
		Ср.значение	Ст.отклонение	Ср.значение	Ст.отклонение
Знания в области здравоохранения	58	1,71	1,006	1,615	0,936
Коммуникация и взаимоотношения	58	1,59	0,927	1,572	0,932
Лидерство	58	1,57	0,914	1,501	0,87
Всего	58	1,617	0,944	1,556	0,909

Если анализировать взаимосвязи между «знание и понимание менеджеров сестринской службы в области здравоохранения» и «способность к применению и/или использованию данного утверждения» (таблицы 54) в области здравоохранения, то при высоком уровне значимости (p=0,001) наблюдается прямая сильная (в некоторых случаях слабая) корреляционная связь, что горит о тесной взаимосвязи между теоретическими знаниями и применением в области

здравоохранения. Аналогичная картина наблюдается и при анализе утверждений по компетенции коммуникации и взаимосвязи, также при лидерстве. Однако стоит отмтетить, что в комптетенции лидерство чаще присутствует средняя связь, когда в остальных превалирующее большинство составялет сильная прямая корреляционная связь.

Таким образом, общее количество респондентов составило 58 менеджеров сестринской службы преимущественно женского пола, средний возраст которых составил 46,55 лет (SD= ±7,61). В среднем общий стаж работы респондентов составляет 22,24 года (SD=±9,96). Четвертая часть респондентов имеет диплом академического бакалавриата, 39,7% респондентов имеют диплом технического и профессионального образования, прикладной бакалавриат закончили 32,8%. 67,2% респондентов являются старшими медсестрами – 14,6%, 27,6% – главные медсестры, 5,2% - заместители директора по сестринской службе. Большинство респондентов (62,1%) работают в крупных медицинских организациях, количество сотрудников которых насчитывает более 250 человек. Пятая часть – 20,7% - в организациях, чье количество сотрудников насчитывает 100-250 человек. В мелких (до 25 человек) и средних (25-99 человек) медицинских организациях работают по 8,6% респондентов. 55,2% респондентов имеют в своем подчинении до 20 сотрудников. 12,1% - 21-40 человек, 19,0% - более 80 человек. При анализе компетенций среди менеджеров сестринской службы выявлен достаточно низкий уровень развития таких компетенций как знания в области здравоохранения, коммуникация и взаимоотношения, лидерство.

Таблица 54 - Корреляции между знаниями и применением в области здравоохранении

		Системы оказания сестринской помощи	Планирование сестринского ухода	Клинические навыки	Система оценки тяжести состояния пациента	Практика инфекционного контроля	Исследования и доказательная практика	Новые технологии в сестринском деле	Информационные системы и компьютеры
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Стандарты сестринской практики	Корреляция Пирсона	0,670**	0,735**	0,637**	0,663**	0,714**	0,570**	0,630**	0,630**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Системы оказания сестринской помощи	Корреляция Пирсона	0,711**	0,756**	0,697**	0,725**	0,789**	0,660**	0,668**	0,668**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Планирование сестринского ухода	Корреляция Пирсона	0,686**	0,670**	0,642**	0,739**	0,766**	0,679**	0,720**	0,663**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Клинические навыки	Корреляция Пирсона	0,791**	0,764**	0,807**	0,818**	0,809**	0,798**	0,810**	0,794**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Система оценки тяжести состояния пациента	Корреляция Пирсона	0,793**	0,740**	0,805**	0,873**	0,793**	0,841**	0,871**	0,871**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58

Продолжение таблицы 54

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Практика инфекционного контроля	Корреляция Пирсона	0,727**	0,637**	0,745**	0,776**	0,746**	0,812**	0,792**	0,774**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Исследования и доказательная практика	Корреляция Пирсона	0,780**	0,762**	0,785**	0,853**	0,822**	0,826**	0,853**	0,853**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Новые технологии в сестринском деле	Корреляция Пирсона	0,763**	0,693**	0,742**	0,828**	0,801**	0,773**	0,789**	0,735**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Информационные системы и компьютеры	Корреляция Пирсона	0,776**	0,747**	0,782**	0,839**	0,776**	0,760**	0,798**	0,816**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
	N	58	58	58	58	58	58	58	58
Примечание - ** Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя)									

4.2 Характеристики поведения менеджеров сестринской службы в конфликтных ситуациях

Для менеджеров сестринской службы важно поведение в конфликтных ситуациях. Для определения их стиля поведения менеджерам предложен опросник Томаса. Так, реже всех встречается тип поведения соперничество - 13,7% (рисунок 10). Остальные типы поведения распределены практически равномерно: сотрудничество и компромисс – 21,1% и 21,0% соответственно, избегание – 21,7%, приспособление – 22,5%.

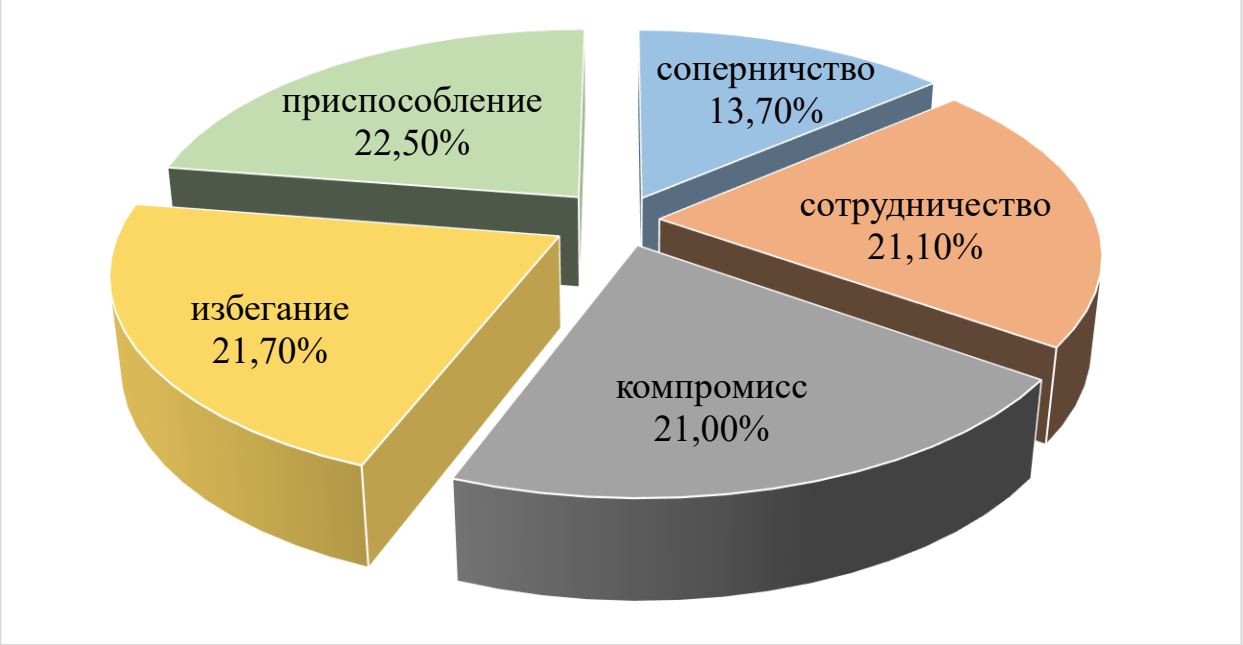


Рисунок 10 - Распределение типов поведения среди менеджеров сестринской службы (n=58)

При изучении влияния возраста на тип поведения в конфликтных ситуациях отмечено следующее распределение (рисунок 11): соперничество становится ниже в старшем возрасте (11,52%), сотрудничество в принципе равномерно распределено по возрастным категориям, когда как компромисс преимущественен с возрастом респондентов. Избегание имеет чёткую тенденцию к распространению в зависимости от возраста респондента – чем старше респондент, тем чаще он старается избегать конфликтов (23,33%). Что касается приспособления, то оно имеет обратную тенденцию –оно больше выражено среди менеджеров сестринской службы молодого возраста (24,10%).

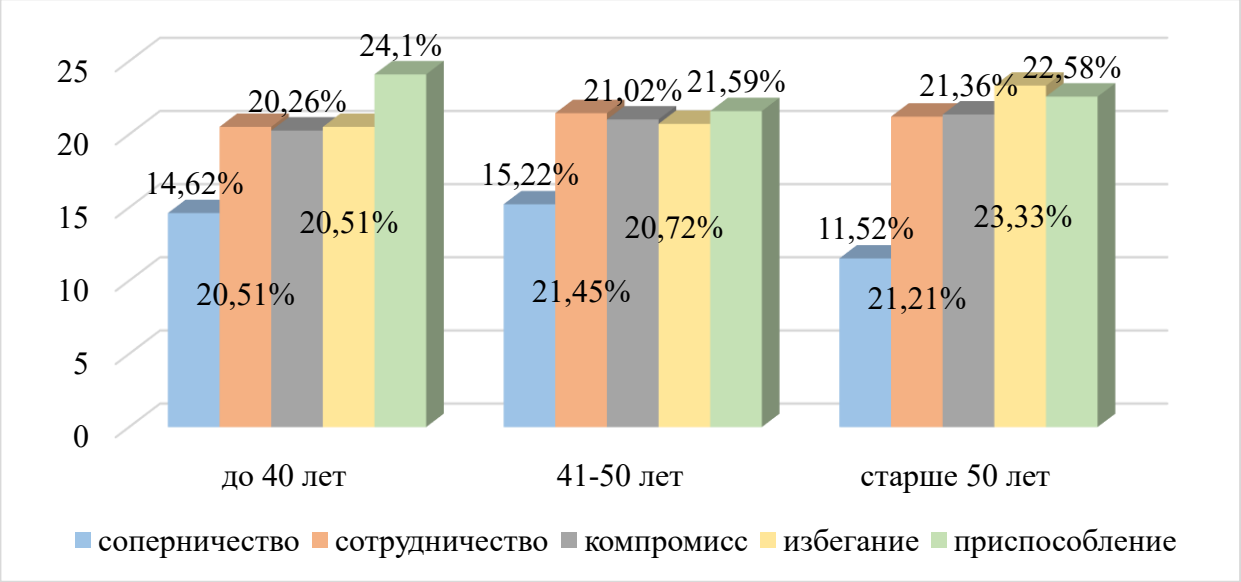


Рисунок 11 - Распределение типов поведение среди менеджеров сестринской службы в зависимости от возраста (n=58)

Также интересным является рассмотреть и влияние уровня образования на тип поведения менеджеров сестринской службы (рисунок 12). Так, у специалистов прикладного бакалавриата более выражены соперничество по сравнению с другими уровнями образования, а такие типы поведения как сотрудничество, компромисс и приспособление распространены меньше. При этом среди специалистов академического бакалавриата избегание стоит на первом месте, потом приспособление, компромисс, сотрудничество и, наконец, соперничество (12,0%).

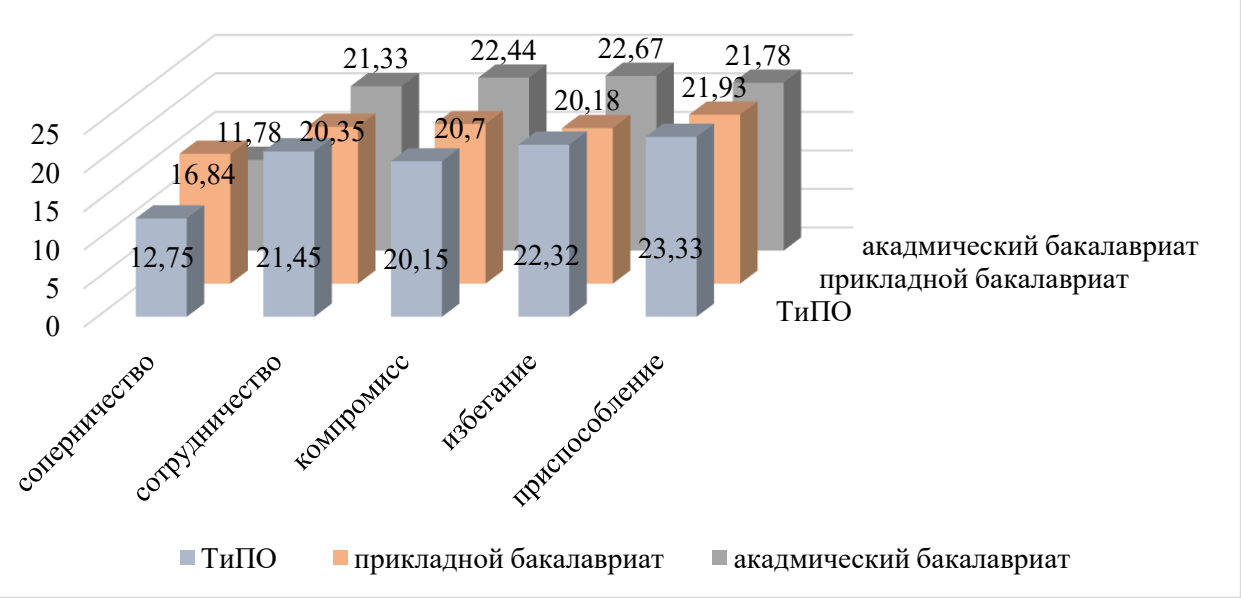


Рисунок 12 - Распределение типов поведение среди менеджеров сестринской службы в зависимости от уровня образования (n=58)

При рассмотрении проявления типа поведения в конфликтах в зависимости от занимаемой должности респондентов отмечена следующая тенденция (рисунок 13): соперничество не выражено среди заместителей по сестринской службе (6,68%), но среди них более проявлено избегание (24,44%), сотрудничество (23,33%) и приспособление (24,44%). Компромисс практически распределен равномерно по всем уровням должностей.

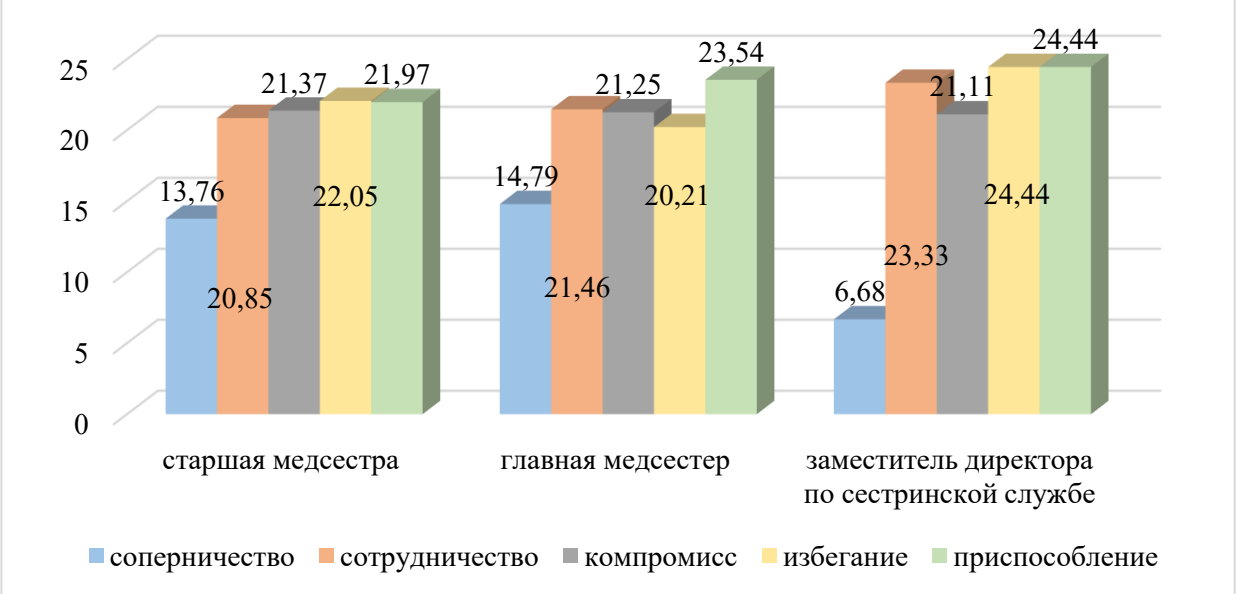


Рисунок 13 - Распределение типов поведение среди менеджеров сестринской службы в зависимости от занимаемой должности (n=58)

При изучении влияния опыта работы на проявление того или иного типа поведения (рисунок 14) отмечено, что соперничество чаще встречается среди представителей, имеющих меньший опыт работы (17,62%), чем у тех, кто имеет стаж 30 и более лет (11,25%). Что касается сотрудничество, то оно встречается с практически одинаковой частотой вне зависимости от стада работы менеджеров сестринской службы. Что касается компромисса, то он больше распространен среди сотрудников с опытом работы 11-20 лет (22,04%). В этой же категории избегание встречается реже всех остальных (18,89%). Избегание увеличивается с приобретением опыта (24,17%), однако стоит отметить, что начинающих работать оно также встречается (22,38%). Приспособление чаще встречается с опытом работы 11-20 лет (25,0%), и повышается постепенно в зависимости от приобретенного опыта работы.

Таким образом, в сводной таблице представлена распространенность типов поведения в конфликтных ситуациях менеджеров сестринской службы (таблица 55). Соперничество чаще встречается у сотрудников с меньшим опытом работы, реже всего среди заместителей директора по сестринской службе. Сотрудничество практически во всех группах представлено в одной пятой, как и рекомендовано психологами при решении конфликтов. Аналогичная ситуация наблюдается и для такого типа поведения как компромисс. Избегание и

приспособление имеет чуть большую частоту встречаемости среди менеджеров сестринской службы – от одной пятой до четверти всех опрошенных респондентов.

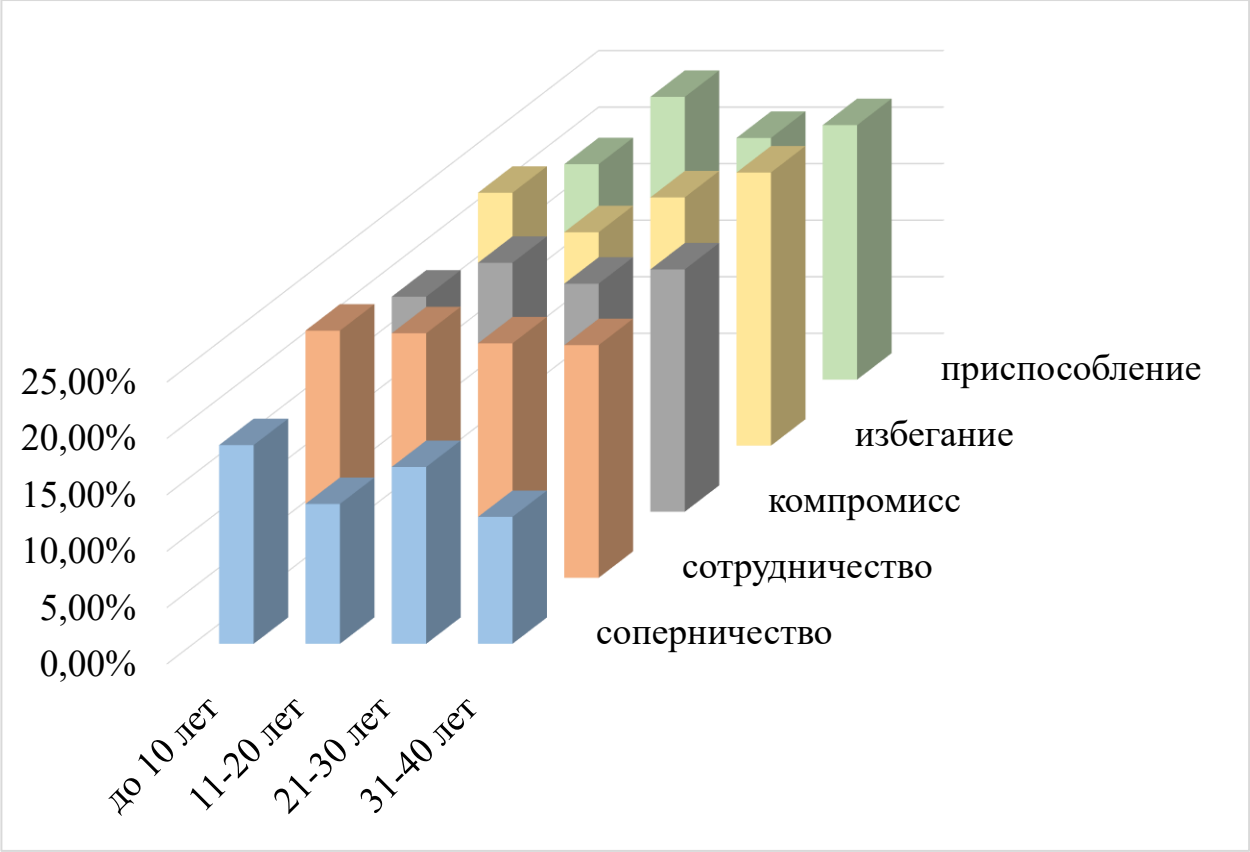


Рисунок 14 - Распределение типов поведение среди менеджеров сестринской службы в зависимости от опыта работы (n=58)

Таблица 55 - Сводные данные по распространению типов поведения в конфликтных ситуациях (n=58)

Категория	Признак	соперничество	сотрудничество	компромисс	избегание	приспособление
1	2	3	4	5	6	7
возраст	до 40 лет	14,62	20,51	20,26	20,51	24,1
	41-50 лет	15,22	21,45	21,02	20,72	21,59
	старше 50 лет	11,52	21,21	21,36	23,33	22,58
уровень образования	ТиПО	12,75	21,45	20,15	22,32	23,33
	прикладной бакалавриат	16,84	20,35	20,7	20,18	21,93
	академический бакалавриат	11,78	21,33	22,44	22,67	21,78
должность	старшая медсестра	13,76	20,85	21,37	22,05	21,97
	главная медсестер	14,79	21,46	21,25	20,21	23,54
	заместитель директора по сестринской службе	6,68	23,33	21,11	24,44	24,44

Продолжение таблицы 55

1	2	3	4	5	6	7
опыт работы	до 10 лет	17,62	21,9	19,05	22,38	19,05
	11-20 лет	12,4	21,67	22,04	18,89	25
	21-30 лет	15,68	20,78	20,2	21,97	21,37
	31-40 лет	11,25	20,62	21,46	24,17	22,5

4.3 Профессиональные компетенции в области сестринского лидерства на основе интервьюирования менеджеров сестринской службы

При проведении качественного контент-анализа проведенных интервью получены следующие результаты: 23 менеджера сестринской службы дали интервью по вопросам развития сестринского лидерства и лидерские компетенции в Республике Казахстан. Общее количество аудиозаписи составило 3 часа 41 минуту 30 секунд. Текст транскрибации представлен на 81 страницах word, шрифт Times New Roman, межстрочный интервал 1,5, размер шрифта 14. Анализ произведен с использованием программного обеспечения Atlas.ti 25. Общее количество закодированных фрагментов – цитат 568. Общее количество кодов 883. Общее количество представленных кодов составило 345 (с учетом повторов). Коды объединены по смыслу. Вышло 175 уникальных кодов. Сформировано 19 подтем. Подтемы объединены в 8 больших тем. Основная тема - Лидерство в сестринском деле: развитие профессиональных и личностных качеств, управление и эмоциональный интеллект в обеспечении качества ухода и социальной ответственности. На рисунке 15 представлены результаты кодирования и выделения тем.В ходе проведения исследования получено 23 интервью от менеджеров сестринской службы. Средний возраст респондентов составил 46,55 лет (SD +-7,61) и варьировал от 31 до 55 лет. Респонденты имеют общий стаж работы 22,24 (SD=9,96) года. При этом стаж 31-40 лет четверть респондентов имеют 27,6%. Треть всех респондентов занимаются сестринским делом 21-30 лет (29,3%), 31,0% – 11-20 лет, а стаж до 10 лет имеют 12,1%.

4.3.1 Лидерство и управление

Понятие лидера в сестринском деле означает профессионала, который обладает способностью вести свою команду к единой общей цели. Он может вдохновлять и направлять своих коллег, способствует обеспечению высокого качества сестринского ухода.

М23 «*Лидерство - процесс социального влияния, благодаря которому лидер получает поддержку со стороны других членов сообщества для достижения цели”*

Лидерство в сестринской практике включает в себя умение организовывать рабочий процесс, поддерживать коллег и принимать решения в сложных ситуациях. Это также требует от лидера высокой профессиональной компетентности, эмоционального интеллекта и навыков эффективной коммуникации. Развитие лидерских качеств — это длительный процесс, который требует времени и усилий.



Рисунок 15 - Выделение темы

М20 «*Лидер — это тот, кто умеет высказывать свои мысли открыто, может защитить свою позицию и поддержать своих коллег. Настоящий лидер в коллективе — это человек, который способен направить, объединить команду и вести её к общей цели*”

Лидер должен быть примером для своей команды, демонстрируя ответственность, доброжелательность и способность к обучению. Он должен уметь мотивировать сотрудников, создавать доверительную атмосферу и поддерживать их в профессиональном развитии.

М23 «*…внимание к своей работе и тот вклад, который она вносит в здоровье населения. Именно здесь лидерство должно быть сильным и решительным с упором на то, чтобы вести свою команду к выздоровлению пациентов... Главная и старшие медсестры должны слушать, доверять и действовать, чтобы сотрудники чувствовали что понимают их и понимают их эмоции и проявляют сочувствие”*

М20 «*…быть лидером — значит быть компетентным, решительным, ответственным и уважаемым специалистом, способным оказывать влияние на качество оказания медицинской помощи и поддерживать позитивную атмосферу в коллективе*”

Лидерство в сестринской практике играет важную роль в обеспечении высокого качества медицинской помощи и поддержании благоприятной рабочей атмосферы. Лидеры должны развивать свои качества и навыки, чтобы эффективно управлять командами и достигать поставленных целей.

Управленческие процессы в контексте лидерства и управления играют ключевую роль в обеспечении эффективного функционирования медицинской организаций. Они включают в себя такие составляющие как планирование, организацию, руководство и контроль. Эти процессы направлены на достижение поставленных целей и обеспечение высокое качество услуг, особенно в медицинских учреждениях.

«…также может которой обеспечивать безопасность и качество ухода за пациентами...” М2

Лидер в управлении не только определяет направление развития, но также вдохновляет команду и создает благоприятную атмосферу для развития доверия и сотрудничества. Лидер в сестринском деле должен мотивировать работу команды, разрешать конфликтные ситуации, принимать решения.

«…мотивацию, поддержку коллег, принятие решения в неотложных каких-либо ситуациях, ответственность за качество ухода, работа в команде...” М2

“*Умеющим устанавливать доверие в коллективе и оказывать положительное влияние на персонал*” М18

В то же время лидер в сестринской практике обучает персонал, способствует созданию благоприятной среды для работы и профессионального развития своих сотрудников.

Все эти аспекты в конечном итоге направлены на достижение главной цели – обеспечение качественного сестринского ухода. Лидер, активно

поддерживающий свою команду, способствует эффективности лечения и удовлетворенности пациентов.

Командная работа и взаимодействие в сестринском коллективе являются важными аспектами лидерства и управления сестринским делом.

Командная работа направлена на обеспечение эффективного взаимодействия между различными уровнями персонала. Задача лидеров - создание условий для сплоченной работы, в которой каждый член команды понимает свою роль и ответственность.

«…И лидер должен работать в этом направлении, потому что сплоченный коллектив – это же сила. Может быть мои понятия устарели, но это моё мнение...” М14

Лидер в команде не только управляет, но и вдохновляет, поддерживает и обучает своих коллег.

«…важно для эффективного взаимодействия в группах, для создания доверия и установления открытого и конструктивного общения...” М2

Лидер в сестринском деле должен быть открытым для своих коллег для формирования доверительных взаимоотношений, давать обратную связь, помогая всем членам команды эффективно взаимодействовать и развиваться.

“...опять же не обидеть человека, но в строгой такой форме. Чтобы человек понял свои ошибки. Чтобы твои замечания оказались для него полезными. Чтобы была обратная связь...” М10

При этом на первом месте при взаимодействии с людьми должны быть навыки эффективной коммуникации, создавая благоприятную атмосферу для развития сотрудничества.

“И тот лидер в этой области должен быть внимательным к эмоциям и потребностям, как пациентов, так и сотрудников. Справедливая должна быть, честная, навыки коммуникации, то есть он должен быть отличным коммуникатором, который умеет эффективно слушать, объяснять сложные вопросы, давать конструктивную обратную связь и координировать действия команды. Хорошие навыки коммуникации помогают не только в работе с коллегами, но и в взаимодействии с пациентами и их семьями.” М2.

“Если мы хотим, чтобы в любой ситуации мы друг друга понимали, и с полуслова должны помогать друг другу, то, естественно, мы должны работать слаженно. Если в коллективе есть понимание, нет соперничества, то работа будет идти.” М14.

Командная работа и взаимодействие признаны основой для успешного лидерства в здравоохранении. Лидеры должны активно развивать все перечисленные аспекты, чтобы обеспечить высокое качество медицинской помощи и создать благоприятную рабочую среду.

4.3.2 Эмоциональный интеллект и поддержка

Эмоциональный интеллект и его компоненты, такие как эмоциональная устойчивость, стрессоустойчивость, эмпатия, и эмоциональная поддержка

играют важную роль в лидерстве и управлении, особенно в условиях высокой профессиональной и коммуникативной нагрузки среди сестринского персонала.

Эмоциональная устойчивость представляет собой способность сохранять спокойствие и уверенность в сложных ситуациях. Поэтому это является неотъемлемой чертой лидера. Так, лидеры в сестринской практике обеспечивают психологическую поддержку своей команде, тем самым влияя на снижение влияния стресса, способствуют принимать осознанные решения.

«*В экстремальных ситуациях лидер должен всегда оставаться спокойным, не поддаваться панике и сохранять ясность мысли. Также он может себя проявить в команде со своим спокойствием, справиться с трудной ситуацией, обеспечивая психологическую поддержку и уверенность в том, что ситуация контролируется. Спокойствие лидера передается команде, конечно, что снижает уровень стресса и помогает принимать более осознанные решения"* М2

Стрессоустойчивость представляет собой способность справляться с эмоциональным и физическим стрессом. Так лидер создает благоприятную атмосферу на рабочем месте, что влияет на снижение стресса в коллективе и редукцию профессионального выгорания среди медицинских сестер.

"Уметь сохранять спокойствие и быстро реагировать в сложных ситуациях" М3

Эмпатия представляет собой способность понимать и разделять чувства других людей. Эмпатия направлена на создание доверительных отношений, поддержание сотрудников. Лидеры, помогают понимать потребности и переживания своих коллег, что в свою очередь способствует формированию сплоченной команды.

«…талант мотивировать, эмпатия к сотрудникам, быть ответственным…» М6

Также лидеры обязаны оказывать эмоциональную поддержку своим сотрудникам, чтобы помочь им повышать стрессоустойчивость и снижать выгорание.

"...настоящие лидеры сочувствуют искренне. Главная и старшие медсестры должны слушать, доверять и действовать, чтобы сотрудники чувствовали что понимают их и понимают их эмоции и проявляют сочувствие" М23

Развитие эмоционального интеллекта и поддержки способствует развитию благоприятного микроклимата в трудовом коллективе, что в итоге приводит к повышению качества сестринского ухода за пациентами.

4.3.3 Профессиональное развитие и экспертиза

Профессиональное развитие и экспертиза в сфере здравоохранения и, в частности, сестринской практике, включают в себя несколько следующие аспектов: саморазвитие и мотивация, опыт и экспертиза, образование и связь с административной ролью.

Саморазвитие является одной из составляющих профессионального роста лидера в сестринской практике. Поэтому важным представляется развитие своих навыков, которые обязательно должны включать эмоциональный интеллект, коммуникативные навыки, стратегическое мышление.

"...настоящий лидер это результат постоянного развития и обучения" М1

Опыт дает возможность обмениваться своими знаниями и наставлять молодых специалистов сестринской службы. Более опытные медицинские работники должны обучать младших коллег, что помогает поддерживать высокие стандарты ухода.

"Получение опыта, образование дает возможность лидерам получать опыт в различных областях, что помогает им развить свои лидерские качества" М23

Образование является необходимой ступенькой при формировании лидерских компетенций. Лидеры, обладающие высшим образованием, лучше понимают процессы управления и могут эффективно организовывать работу команды.

"...медицинским сестрам я советую получать высшее образование, что в будущем будут продвижения по карьерной лестнице" М2

"Я уверена, что получение высшего сестринского образования даёт стимул для развития и совершенствования лидерских качеств" М6

Образование открывает новые возможности для карьерного роста и улучшения качества ухода за пациентами.

"Очень важно для среднего персонала получить возможность высшее образование" М22

Лидеры должны быть готовы к принятию управленческих решений и организации работы, что требует наличия соответствующих знаний и навыков.

Профессиональное развитие и экспертиза в сестринской практике требуют постоянного саморазвития, обмена опытом и получения образования. Лидеры должны активно поддерживать данные направления для обеспечения высокого качества медицинской помощи и создания благоприятной рабочей атмосферы для своей команды.

4.3.4 Социальная ответственность и влияние

Лидеры в здравоохранении играют важную роль в формировании общественного мнения и стандартов ухода. Их влияние проявляется в виде создания поддерживающей атмосферы, участия в общественных мероприятиях. Пропаганда здорового образа жизни и осведомление населения также входит в функции работы лидера сестринской практики.

Возникновение конфликтов на рабочем месте является естественным процессом работы. При этом лидеры сестринской практики должны уметь эффективно разрешать конфликтные ситуации на рабочих местах как между коллегами, так и между сотрудниками и пациентами. главное при этом лидер должен оставаться спокойным и выслушивать все стороны конфликта, искать компромисс без обвинения какой-либо из сторон.

«…решить любые конфликтные ситуации, чтобы этих конфликтных ситуаций не было...” М9

Лидеры должны поощрять сотрудников делиться своими переживаниями и проблемами, что может помочь предотвратить конфликты.

«…Он остаётся спокойным, справедливым, не поддаётся эмоциям, умеет слушать обе стороны и стремится к мирному решению” М15

Соблюдение этических норм поведения, уважение к каждому члену команду и пациенту являются обязательной составляющей каждого сотрудника медицинской организации.

«…Ответственность, этику и честность...” М2

При этом лидер в сестринской практике обязан предоставить всем челнам команды равное отношение, что способствует развитию здорового микроклимата в организации и повышению эффективности работы.

Социальная ответственность и влияние лидеров в здравоохранении имеют критическое значение для обеспечения высокого качества сестринского ухода и создания благоприятной рабочей атмосферы. Эффективное управление конфликтами и соблюдение этических норм способствуют не только улучшению работы коллектива, но и повышению доверия со стороны пациентов и общества в целом.

4.3.5 Самооценка и самоутверждение

Самооценка — это восприятие собственных способностей и ценности. Получение высшего образования и профессиональных навыков способствует повышению уверенности в себе. Это позволяет медицинским работникам чувствовать себя более компетентными и востребованными.

«…А сейчас высшее образование, оно даже необходимо. Я лично решила поступать, я долго думала, и прежде чем решиться, взвесила все «за» и «против»” М13

Уверенность в своих силах помогает брать на себя ответственность за выполнение задач и принятие решений в сложных ситуациях.

цитата

Лидеры должны уметь четко и уверенно выражать свои мысли и идеи, что способствует созданию доверия и уважения в коллективе.

«Первое, умение четко формулировать мысли, слушать собеседника и доносить информацию так, чтобы люди понимали, что от них ожидается и зачем это нужно...” М1

Самооценка и самоутверждение являются важными составляющими в сестринской практике. Развитие уверенности в себе и эффективная самопрезентация помогают медицинским работникам не только достигать успеха в своей карьере, но и оказывать качественную помощь пациентам.

4.3.6 Рабочие процессы и качество ухода

Рабочие процессы и качество ухода в сестринской практике являются критически важными для обеспечения эффективного и безопасного ухода.

Лидеры должны внедрять четкие стандарты ухода, которые помогут оптимизировать рабочие процессы и снизить вероятность ошибок.

«Также обеспечивать профессиональное развитие персонала и поддерживать высокие стандарты медицинской практики” М2

Регулярное обучение сотрудников позволяет поддерживать высокие стандарты ухода и адаптироваться к новым методам и технологиям.

«Проводить обучения на постоянной основе по приказам, постановлениям” М5

«Лидерские навыки можно развивать и через практический опыт, работу в команде, участие в тренингах и курсах, а также через личную готовность к самосовершенствованию” М2

Лидеры играют ключевую роль в координации действий медицинского персонала, что способствует улучшению взаимодействия и повышению качества ухода.

Лидеры должны мотивировать сотрудников и создавать условия, в которых они чувствуют себя поддержанными и вовлеченными в процесс ухода за пациентами

Лидерство в сестринской практике оказывает значительное влияние на качество ухода за пациентами. это обусловлено как способностью принимать решения, тка и стремлением улучшить качество ухода.

Эффективное управление конфликтами внутри команды и с пациентами помогает поддерживать стабильность и высокое качество ухода.

«…мотивация, вдохновение команды, организация эффективной работы, развитие обучения персонала, разрешение конфликтов и поддержание их сплоченности, и также будет принятие быстрых и правильных решений” М2

“В таких ситуациях лидер должен быть уравновешенным и мудрым, уметь учитывать мнение коллег и принимать справедливые решения” М17

Лидеры должны инициировать регулярные проверки и опросы для выявления проблем и возможностей для улучшения качества ухода

«Умение решить сложные задачи возникающие в процессе работ как с сотрудниками с пациентами” М22

Рабочие процессы и качество ухода в сестринской практике зависят от эффективного лидерства, установления стандартов и постоянного обучения персонала. Лидеры должны активно управлять процессами ухода, создавая поддерживающую атмосферу и обеспечивая высокие стандарты медицинской помощи.

4.3.7 Личные качества и мотивация

Стремление к профессиональному росту и развитию является основным двигателем для медицинских работников. Поэтому лидеры в сестринской практике должны способствовать обучение и профессиональному развитию своих коллег, приобретению новых знаний и навыков.

При этом лидеры должны способствовать созданию благоприятной трудовой атмосферы, разрешать конфликты и принимать взвешенные решения.

“...лидер сестринской службы – это не только высококвалифицированный специалист, но и хороший организатор, который умеет эмоционально устойчиво и ответственно вести себя, который может эффективно управлять своей командой, принимать решения именно в сложных ситуациях, а также обеспечивать наилучшие условия для ухода за пациентами” М2

Лидеры должны быть готовы оказать поддержку своим коллегам, помогая им справляться с эмоциональными и физическими нагрузками.

«…но и способностью вдохновлять и поддерживать свою команду, также может которой обеспечивать безопасность и качество ухода за пациентами, а также создавать позитивную, продуктивную рабочую атмосферу” М4

Умение принимать ответственные решения и направлять команду к достижению общих целей является важным аспектом лидерства

“Способность оценивать результаты работы, видеть проблемы и находить пути их решения. Понимание чувств потребностей пациентов и сотрудников” М1

"Личные качества и мотивация являются основополагающими для успешного лидерства в сфере здравоохранения. Развитие стремления к обучению, поддержание спокойствия и управление стрессом помогают медицинским работникам достигать высоких результатов и обеспечивать качественный уход за пациентами.

4.3.8 Коммуникация и взаимодействие

Коммуникация и взаимодействие являются ключевыми аспектами эффективного лидерства в сфере здравоохранения.

Умение ясно и четко выражать свои мысли помогает избежать недоразумений и способствует лучшему пониманию задач.

“Коммуникативность прежде всего, способность решать все вопросы, лояльности, требовательность, уметь перестраиваться по ситуации” М7

Умение слушать коллег и пациентов позволяет лидерам лучше понимать их потребности и проблемы, что способствует созданию доверительных отношений

«Однозначно, от этого зависит многое как я ранее писала от климата или отношений между коллективом до исход лечение каждого пациента” М7

«Лидерство по моему мнению это тот человек, который имеет внутренний стержень не смотря на внешние факторы. В сестринской практике мы каждый день сталкиваемся с разными ситуациями и наш опыт, отношения к этим ситуациям формирует лидерство в целом. Да мы разные но лидеры по своему” М8

Позитивное влияние включает в себя вдохновение команды на достижение высоких стандартов работы и профессионального роста

«…какие задачи можно и нужно делегировать, а какие можно оставить в компетенции самого лидера. Адаптивность и гибкость, то есть способность быстро адаптироваться к изменениям. Также будут навыки стратегического мышления, его же качество стратегическое мышление... Мотивация,

вдохновение, компетенция в области управления временем и профессиональная компетентность будут входить." М2

"...в любой критической ситуации лидер должен оставаться, прежде всего, наверное, хладнокровным, чтобы принять взвешенные решения, правильные решения и уметь направить других" М13

Коммуникация и взаимодействие являются основополагающими для успешного лидерства в здравоохранении. Развитие навыков общения, создание поддерживающей атмосферы и эффективное управление конфликтами помогают медицинским работникам достигать высоких результатов и обеспечивать качественный уход за пациентами.

4.4 Тенденции развития сестринского лидерства в условиях его реформирования

Дополнительными темами, выделенными в результате проведения интервьюирования, являются: повышение уровня образования, усиление роли медсестры, создание профессиональных сообществ, развитие менторства и обмена опытом, развитие корпоративной культуры, улучшение условий труда и повышение заработной платы.

Что касается развитие образования по направлению сестринское дело, то важно дальнейшее развитие программ магистратуры и докторантуры, чтобы в сестринском деле также присутствовали все уровня подготовки специалистов. Также важно направление повышения квалификации.

М13 «*Для развития, я думаю, это повышение, обязательно повышение уровня образования и профессиональной подготовки. Здесь может быть развитие магистратуры, докторантуры по сестринскому делу, потому что после окончания бакалавриата как-то слабенько даже разговаривать со своими коллегами, предлагая, допустим, учиться дальше. Здесь немножко почему-то все, многие даже не знают, что можно учиться дальше*"

М15 «*…формирует профессиональный подход, развивает аналитическое мышление и управленческие навыки, открывает путь к лидерству*."

М13 «*Я думаю, этот вопрос развития магистратуры, докторантуры важен. Затем внедрять больше программ по лидерству и управлению в медицине. Затем, я думаю, что усиление роли медицинских сестер в управлении здравоохранением*."

Общеизвестный факт, что медсестры составляют основную часть персонала в системе здравоохранения. Поэтому их вовлечение в управление системой здравоохранения необходимо усиливать: разработка нормативно-правовой базы с участием сестринских кадров, СОПов, клинических руководств по направлению сестринское дело.

М13 "*Так как у нас в здравоохранении основную часть системы здравоохранения составляют среднемедицинские работники, то есть медсестры и медбратья, я считаю, что очень важно вовлекать в управлении здравоохранением. Как бы это у нас слабо развито. Потом разработка, может, каких-то нормативно-правовых актов, которые будут регламентировать*

функции медсестер, расширенные функции, улучшение условий труда, повышение заработной платы, чтобы была какая-то мотивация."

В настоящее время существуют профессиональные ассоциации и общественные объединения, однако их работа не выражена, точнее медсестры не видят результатов их деятельности. Хотя и признают их важность и значение в защите интересов и способствованию профессионального роста и развития.

М11 "*...потому что ассоциации помогают защищать права медсестёр, обмениваться опытом и формировать лидеров*"

М15 "*Сестринские сообщества очень важны — они защищают интересы медсестёр, способствуют профессиональному росту и развитию всей отрасли*»

М13 "*Пока вот на данный момент по работе ассоциаций мы ни разу не видели, мы только слышим, что есть какая-то ассоциация у нас в городе, но работу этой ассоциации мы не видим. Даже чтобы проведение было каких-то семинаров, пока что ничего не могу об этом сказать*"

М1 "*...ассоциации будут играть огромную роль в создании возможностей для медицинских сестер проявить лидерские качества и стать ключевыми фигурами в сфере здравоохранения, что непосредственно влияет на качество ухода за пациентами и улучшение систем здравоохранения в целом*"

Развитие менторства в сестринской практике дает возможность создать условия для передачи опыта и знаний молодому поколению медсестер. Такая преемственность знаний и навыков в значительной степени способствует развитию сестринского дела в стране.

М2 "*...также развитие менторства и наставничества, то есть программы должны быть наставничества, которые очень важны для развития сестринского лидерства, где более опытные сестры помогают младшим медицинским сестрам...*"

М19 "*После назначения необходимо обучать младший персонал, воспитывать молодые кадры. К нам приходят молодые специалисты, выпускники медицинских колледжей, и они учатся, смотря на нас. Они задают вопросы, а мы должны обучать их, наставлять*."

Так, современные направления развития сестринского лидерства позволяют медицинской сестре реализовать себя в той или иной сфере деятельности: педагогическая, наставническая, научная, практическая, управленческая. Главным условие развития специалиста сестринской службы в настоящее время является их мотивация и признание. Для повышения уровня мотивации медицинских сестер важно улучшение условий труда и повышения уровня заработной платы. Это в свою очередь будет влиять и на повышение статуса медицинской сестры.

Развитие сестринского лидерства определено как приоритетное направление развития сестринского дела в мире и в Республике Казахстан [3,с. 4]. В РК сестринское лидерство активно развивается в период реформирования сестринского дела. Проект ProInCa (2018-2021гг.) показал необходимость акцентирования внимания на развитии лидерских компетенций среди

медицинских сестер [10,с. 3] как ключевого аспекта дальнейшего реформирования сестринского дела в РК.

Наше исследование имеет смешанный дизайн, что дает возможность количественно определить влияние факторов и подтвердить качественными данными полученные результаты. в процессе обработки и анализа данных количественные показатели получили свое подтверждение качественными данными, собранными во время интервьюирования менеджеров сестринской службы.

В ходе проведенного исследовании среди медицинских сестер не был выявлен ведущий стиль лидерства. Участники исследования не высказали особого предпочтения тому или иному стилю лидерства. По каждому из семи факторов лидерства определены средние значения. Среднее значение (SD) трансформационного лидерства среди 465 медсестер, составило 2,68 (1,04), тогда как среднее значение (SD) транзакционного лидерства составило 2,62 (1,02), незначительно меньше от этих данных имеет оценка лидерства в духе невмешательства 2,52 (0,99). При этом отмечена некоторая зависимость между применением трансформационного и транзакционного стиля лидерства среди медсестер старшего возраста 51–60 лет. Что же касается возрастного диапазона 21–30 лет, то данные возрастные категории не имеют предпочтения по применению в своей практике какого-либо определенного стиля лидерства. В целом оценки стилей лидерства в возрастных категориях от 21 до 50 лет колеблются незначительно, хотя больше доминирует трансформационное лидерство, нежели лидерство в духе невмешательства. При этом наиболее эффективными стилями лидерства в сестринской практике признан трансформационный стиль [28,p. 631]. Оно способствует созданию благоприятной рабочей среде, доверительным отношениям в коллективе и повышению эффективности в сестринской практике [25,p. 2224].

Немаловажную роль играет управление и поддержка со стороны администрации медицинской организации. Наше исследование показало, что поддержка сестринского лидерства со стороны руководства медицинской организации имеет значительное влияние на уровень развития сестринского лидерства ($r=0,455$ при $p=0,01$) [67,с. 79]. В медицинских организациях администрация поддерживает развитие сестринского лидерства. Большинство респондентов знакомы с понятие «Лидерства» и оценивают уровень его развития среди менеджеров сестринской службы на высоком и среднем уровне. При этом лидерство больше признано и выше оценено именно в тех организациях, в которых руководство старается поддерживать руководителей сестринской службы и развитие сестринского лидерства в целом. Важность поддержки со стороны администрации сложно переоценить, она дает возможность применять лидерские навыки, способствуя созданию эффективной команды и благоприятных условий труда на рабочем месте [66,с. 71], таким образом поддержка не только способствует развитию сестринского лидерства, но и снижает уровень стресса и выгорания среди медицинских сестер, что в конечном

итоге оказывает положительное влияние на сохранение кадровых ресурсов и качество медицинской помощи [67,с. 79].

Результаты нашего исследования показали, что 40% медицинских сестер подвержены влиянию стресса, при чем 5,6% из них сильно уязвимы перед стрессовыми ситуациями. Работа Петрова выявила, что в 80,4% случаях стресс влияет на профессиональную деятельность медицинских сестер [45,с. 43].

Результаты интервью с менеджерами сестринской службы показали необходимость внедрения программ для обучения поведению в конфликтных ситуациях и редукции стресса на рабочем месте. Исследование Trisha Soul и соавторов (2025) показали необходимость обучения персонала стратегиям управления поведения стресса для создания безопасной рабочей среды [27,p. 215].

Аналогичные результаты по необходимости внедрения программ по управлению стрессом показаны и в работе Rebecca Sue Hawkins (2023). После прохождения кратскосрочной программы уровень стресса снизился с 51% до 19%. При этом желание продолжать работу уыеличилось с 28% до 43% [51,p. 93].

Также на уход из профессии влияет уровень профессионального выгорания. Средние значения по трем показателям выгорания составили: эмоциональное истощение – 25,34 (SD=15,24), деперсонализация – 12,48 (SD=7,92), редукция персональных достижений – 30,15 (SD=16,32). Данные показатели свидетельствуют о высоком уровне эмоционального истощения среди медицинских сестер (n=465). А по подшкалам деперсонализация и редукция персональных достижений наблюдается средний уровень формирования. При этом из общего числа наблюдений выгорание присутствует у 65,6% (EE⩾25 and/or DP⩾11) медсестер.

Эмоциональное истощение среди медицинских сестер стационаров РК составило 18,79 (SD=11,71), деперсонализация – 12,90 (SD=7,57), редукция персональных достижений – 31,30 (SD=15,29). Эти данные также соответствуют среднему уровню развития данных показателей среди указанной группы респондентов. При этом из общего числа наблюдений выгорание присутствует у 61,97% (EE⩾25 and/or DP⩾11) медсестер [69,p. 92]. Как видно, среди медицинских сестер, работающих в стационарах эмоциональное истощение находится на среднем уровне развития, а если рассматривать всю выборку, то этот показатель находится на высоком уровне развития. Работа в амбулаторных условиях сопровождена тяжелой эмоциональной нагрузкой на медицинского работника ввиду большого количества пациентов за день [68,с. 182].

Определяющее влияние на уровень стресса и профессионального выгорания имеет стиль лидерства. Трансформационное лидерство способствует созданию благоприятной рабочей среды, оказывает положительное влияние на удовлетворенность пациентов, исходы и повышение безопасности на рабочем месте [26,p. 19]. Это является первостепенной задачей как лидеров сестринской службы, так и руководства медицинской организации [47,p. 104]. Трансформационный стиль лидерства способствует снижению профессионального стресса среди медицинских сестер, а транзакционный

наоборот, способствует его повышению. В нашем исследовании нет преимущественного преобладания какого-либо стиля лидерства. Этот факт является одним из решающих при выявлении достаточно высоких уровней профессионального выгорания и низкой стрессоустойчивости среди специалистов сестринской службы. Аналогичными являются и результаты исследования Nourah Alsadaan (2023), где раскрыто влияние поведения медсестер-лидеров на эффективность работы сестринского персонала путем определения мотивирующих факторов к повышению производительности, а также анализ стилей лидерства, которые этому способствуют. Важным является развитие трансформационного лидерства для эффективной работы медицинских сестер [49,p. 469].

Основные области лидерских компетенций в сестринской практике следующие: коммуникации и построение взаимоотношений, лидерство, знание системы здравоохранения и клинических принципов, профессионализм, управленческие навыки, внутренняя лидерская позиция [31,p. 437]. Согласно международному совету медсестер (ICN), выделяются также пять областей лидерских компетенций: политическое и стратегическое лидерство, этика и ценности, видение и инновации, саморазвитие и устойчивость, влияние и сотрудничество [34,p. 5]. В Национальной службе здравоохранения (NHS - Великобритания) лидерские компетенции - Clinical Leadership Competency Framework (CLCF) - структурированы по 5 ключевым направлениям: личные качества, работа с другими, управление услугами, повышение качества, руководство и направление [35,p. 8]. В своем исследовании Линда Чейз разработала чек-лист для проведения самооценки по областям лидерских и управленческих компетенций: знание среды здравоохранения, управление коммуникациями и взаимоотношениями, профессионализм, лидерство, бизнес-навыки и управление. Таким образом можно выделить общие области лидерских компетенций по указанным классификациям, представленным в таблице 56:

- коммуникация и построение взаимоотношений: эффективное устное и письменное общение, активное слушание, установление доверия и партнерских отношений, работа в межпрофессиональной команде, решение конфликтов;
- лидерство и управление: формирование видения и целей, мотивация команды и наставничество, принятие решений и управление изменениями, лидерство в условиях кризиса, ответственность за результаты команды;
- знание клинической практики и системы здравоохранения: понимание организации и процессов здравоохранения, знание клинических стандартов и доказательной практики, обеспечение качества и безопасности медицинской помощи, навыки клинического мышления и принятия решений;
- профессионализм: этическое поведение и соблюдение стандартов, личная ответственность, приверженность постоянному обучению, уважение к разнообразию и культуре, демонстрация лидерского поведения и уверенности;
- управленческие и бизнес-компетенции: основы бюджетирования и финансового планирования, эффективное распределение ресурсов, анализ и

улучшение процессов, управление персоналом, использование цифровых и информационных систем;

- внутренние лидерские качества: эмоциональный интеллект, самоосознание и саморефлексия, стрессоустойчивость и адаптивность, инициативность и стремление к развитию, умение обучаться на опыте и ошибках.

Таблица 56 - Сводная таблица соответствия областей лидерских компетенций

AONL	ICN	NHS	Chais	Результаты собственного исследования
коммуникации и построение взаимоотношений	этика и ценности	работа с другими	управление коммуникациями и взаимоотношениями	коммуникации и взаимодействие
лидерство	политическое и стратегическое лидерство		лидерство	Лидерство, социальная ответственность и влияние, личные качества и мотивация, эмоциональный интеллект и поддержка
знание системы здравоохранения и клинических принципов		руководство и направление	знание среды здравоохранения	Рабочие процессы и качество ухода
профессионализм	видение и инновации	повышение качества	профессионализм	Профессиональное развитие
управленческие навыки	влияние и сотрудничество	управление услугами	бизнес-навыки и управление	Управление
внутренняя лидерская позиция	саморазвитие и устойчивость	личные качества		Самооценка и утверждение

Как видно, все эти компетенции отражают ключевые области, в которых развивается медсестра-лидер, чтобы быть успешной в управлении, наставничестве и клинической практике. Результаты проведенного количественного анализа по лидерским компетенциям выявили, что у менеджеров сестринской службы наблюдается низкий уровень по следующим трем основным компетенциям согласно самооценке как по уровню знаний, так и по уровню применения: знания в области здравоохранения, коммуникация и взаимоотношения, лидерство. При этом незначительно выше уровень такой компетенции как «Знания в области здравоохранения» как на уровне знания и

понимания (m=1,71, SD=1,006) и на уровне способности применения и использования (m=1,615, SD=0,936).

Результаты качественного исследования определили важность таких областей лидерских компетенций как лидерство и управление, эмоциональный интеллект и поддержка, профессиональное развитие, социальная ответственность и влияние, самооценка и утверждение, рабочие процессы и качество ухода, личные качества и мотивация, коммуникации и взаимодействие. При этом эмоциональный интеллект имеет важное значение в принятии решений, поведении в конфликтных ситуации, стрессоустойчивости, образованию команды и других областях лидерских компетенций [36,p. 559].

Полученные в ходе проведения исследования результаты полностью согласуются с основными направлениями и задачами реализованного международного проекта ProInCa (Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела для реформирования здравоохранения). Данный проект направлен на развитие потенциала сестринского дела через внедрение инноваций в области сестринского образования, науки и управления, а также на укрепление роли медицинских сестер в системе здравоохранения Республики Казахстан. Одним из направлений для изучения в рамках реализации проекта было формирование лидерских компетенций и управленческого потенциала медсестер. Результаты нашего исследования по изучению лидерских компетенций медсестер подтверждают эффективность проводимых реформ и образовательных инициатив, которые направлены на повышение уровня профессионализма и развитие лидерского потенциала в сестринской службе. При этом стоит отметить, что для дельнейшего развития сестринского дела в Республике Казахстан важно совершенствовать такие направления как развитие компетенций клинического и управленческого лидерства, внедрять систему наставничества и поддержки молодых специалистов, повышать мотивацию к профессиональному росту и развитию медицинских сестер. Таким образом, результаты проведенного исследования подтверждают, что реализованный проект ProInCa стал важным импульсом для совершенствования сестринского образования в Республике Казахстан. А дальнейшее развитие сестринского лидерства нуждается в поддержке со стороны руководства, применении непрерывного образования в сестринской практике, развитии наставнической деятельности и признания медсестер как лидеров в своей области.

Таким образом развитие лидерских компетенций представляет собой многогранный процесс, который касается всех уровней подготовки медицинских сестер, а также всех аспектов практической деятельности медицинской сестры: профессиональный, социальный, личностный. Лидерские навыки необходимо развивать не только в период реформирования сестринской службы в стране, но и продолжать этот процесс постоянно на протяжении всей жизни.

4 МОДЕЛЬ РАЗВИТИЯ ЛИДЕРСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В РЕСПУБЛИКЕ КАЗАХСТАН

Современный этап развития системы здравоохранения в Республике Казахстан характеризуется проведением комплексных реформ, среди которых совершенствование сестринского дела. Ввиду этого возрастает потребность в целенаправленном развитии лидерских компетенций медицинских сестер как фактора повышения качества сестринской помощи, управленческой эффективности и профессиональной автономности.

На основании изученных данных, а также полученных результатов проведенного исследования предложена модель развития лидерских компетенций медицинской сестры РК (рисунок 16). Данная модель опирается на компетентностный подход и принципы непрерывного профессионального развития. Концептуально модель соотнесена с международными рамками и рекомендациями: Clinical Leadership Competency Framework (NHS), Nurse Leader Core Competencies (AONL), инициативами Международного совета медсестер (ICN) и стратегическими направлениями Всемирной организации здравоохранения (WHO) по развитию сестринского дела. Вместе с этим учтены национальный контекст и нормативно-правовая база Республики Казахстан.

Представленная модель включает четыре уровня профессионального становления и пять ключевых компонентов обеспечения развития лидерства. Уровни отражают логику продвижения от личностного к стратегическому лидерству; компоненты задают организационно-педагогические условия реализации модели.

I. Образовательный уровень (колледж, бакалавриат).

Цель: формирование базовых лидерских установок, самоосознания и этической ответственности. Механизмы: интеграция модулей по лидерству и коммуникациям, ролевые и симуляционные практики, проектная работа, участие в студенческих организациях. Ключевые компетенции: внутренняя лидерская позиция, коммуникации, эмоциональный интеллект, основы межпрофессионального взаимодействия.

II. Начало профессиональной деятельности (1–5 лет стажа)

Цель: применение лидерских навыков в клинической практике и укрепление профессионализма. Механизмы: наставничество, клинические разборы, командные брифинги, управленческие поручения ограниченной сложности. Ключевые компетенции: коммуникации и командная работа, этика, ответственность за результаты, культура безопасности и качества.

III. Средний уровень (выполнение управленческих функций)

Цель: развитие управленческих и координационных компетенций. Механизмы: обучение менеджменту, участие в проектах по улучшению качества, анализ процессов, распределение ресурсов, работа с показателями эффективности. Ключевые компетенции: организация процессов, принятие решений, управление персоналом, основы бюджетирования и цифровые навыки.

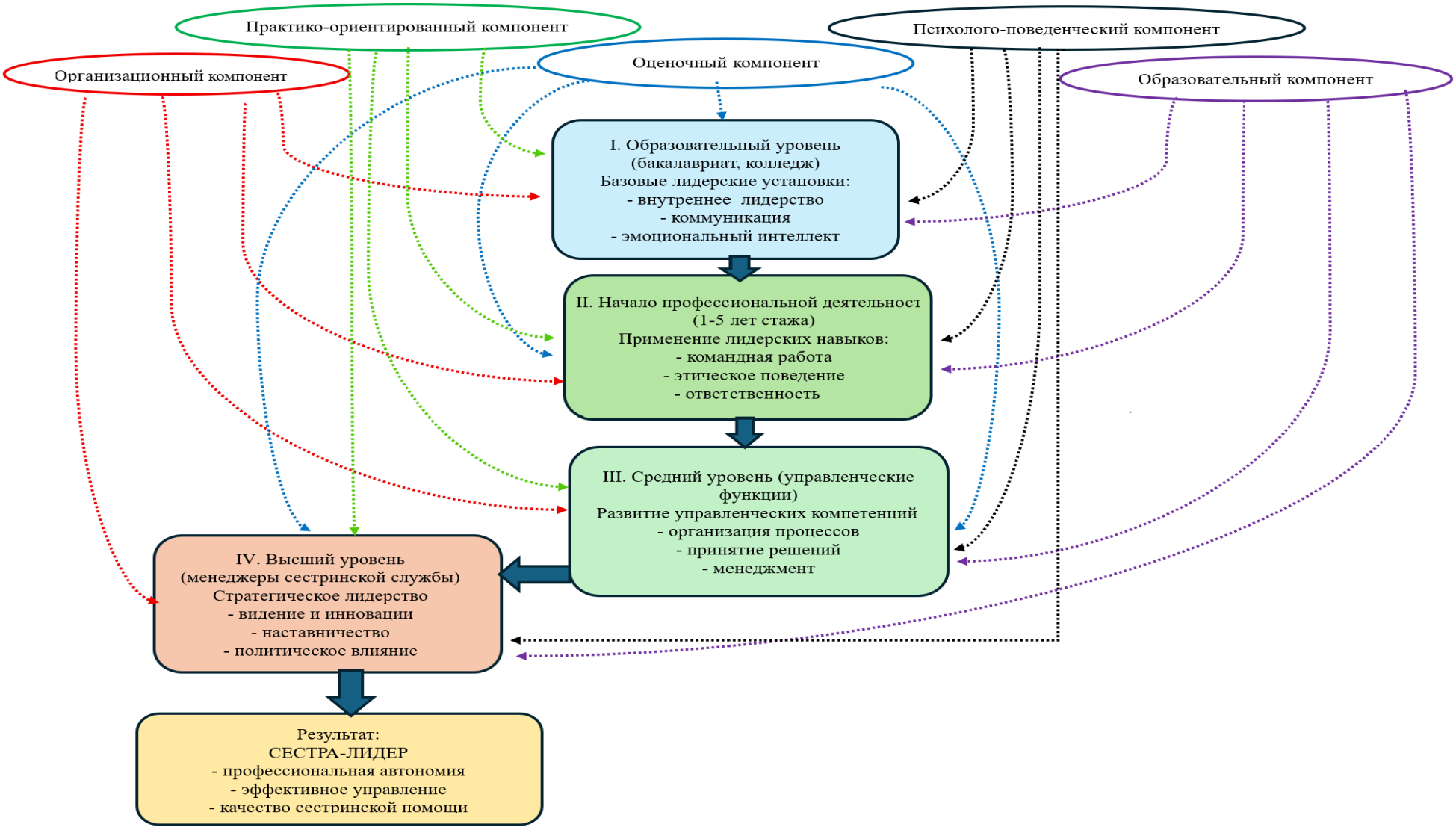


Рисунок 16 - Модель развития лидерских компетенций медицинских сестер в Республике Казахстан

IV. Высший уровень (менеджеры сестринской службы)

Цель: формирование стратегического лидерства, инновационного мышления и внешнего влияния. Механизмы: стратегическое и проектное управление, участие в разработке политики и стандартов, развитие института наставничества, продвижение профессиональных сообществ. Компетенции: политическое и стратегическое лидерство, видение, инновации, влияние и сотрудничество.

В модели выделены следующие компоненты обеспечения развития лидерства:

- **Образовательный компонент:** интеграция лидерских дисциплин в программы среднего, высшего и последипломного образования; использование кейсов, симуляций и межпрофессиональных модулей.
- **Практико-ориентированный компонент:** наставничество и тьюторство, ротация ролей, участие в проектах по качеству, включение лидерских индикаторов в аттестацию и карьерные траектории.
- **Организационный компонент:** создание условий для автономии и инициативности: проектные группы, распределённое лидерство, участие медсестер в принятии управленческих решений.
- **Психолого-поведенческий компонент:** развитие эмоционального интеллекта, стрессоустойчивости, навыков конструктивного конфликта, командного взаимодействия и мотивации.
- **Оценочный компонент:** сочетание самооценки и внешней оценки компетенций по поведенческим индикаторам; мониторинг динамики развития и формирование индивидуальных планов развития.

Матрицу компетенций по уровням профессионального развития представлена в соответствии с уровнями возможных компетенций (таблица 57): коммуникация и взаимоотношения; лидерство и управление; знание клинической практики и системы здравоохранения; профессионализм и этика; управленческие и бизнес-компетенции, а также внутренние лидерские качества, в зависимости от уровня специалиста в выбранной области: опыта работа, стажа по специальности и занимаемой должности.

Таблица 57 – Матрица развития лидерских компетенций на этапах профессионального становления

Компетенции / Уровни	Студенты	Молодые специалисты	Менеджеры среднего звена	Руководители сестринской службы
1	2	3	4	5
Коммуникация и взаимоотношения	✔	✔✔	✔✔✔	✔✔✔✔
Лидерство и управление		✔	✔✔	✔✔✔
Знание клинической практики и системы здравоохранения	✔✔	✔✔✔	✔✔✔	✔✔

Продолжение таблицы 57

1	2	3	4	5
Профессионализм и этика	✔	✔✔	✔✔✔	✔✔✔
Управленческие и бизнес-компетенции		✔	✔✔	✔✔✔✔
Внутренние лидерские качества	✔	✔✔	✔✔✔	✔✔✔✔

На рисунке 17 представлена схема, которая визуализирует переход от личностного к стратегическому лидерству и роль компонентов обеспечения развития.



Рисунок 17 – Пирамида развития лидерских компетенций медицинских сестер

Любая модель интересна возможностью понимания к каким результатам можно прийти и ее практической значимостью. Реализация представленной модели обеспечит:

1) системное формирование лидерских компетенций на всех уровнях профессионального развития;

2) повышение эффективности управления сестринской службой и культуры качества;

3) укрепление кадрового резерва и развитие наставничества;

4) рост профессиональной автономии и престижа сестринской профессии.

В образовательный процесс данная модель позволит внедрить на разных уровнях повышения знаний интеграцию модулей по лидерству в образовательные программы среднего и высшего образования. Внедрение симуляционных сценариев, межпрофессиональных модулей и процедур регулярной оценки компетенций с индивидуальными планами развития приведут к улучшению качества образовательного процесса и подготовки кадров для сестринской службы, способных сразу приступить к организации и управлению сестринским коллективом, а также участию в проектных группах.

В организациях практического здравоохранения модель даст возможность инновационных подходов лидерства, таких как: институционализация наставничества; формирование проектных групп по качеству; развитие распределенного лидерства; включение лидерских индикаторов в аттестацию и KPI; поддержка участия в профессиональных сообществах.

На уровне политики: учет положений Концепции развития здравоохранения до 2026 года; гармонизация локальных регламентов с действующими приказами МЗ РК по сестринскому уходу и номенклатуре должностей; поддержка программ повышения квалификации.

Предложенная модель развития лидерских компетенций согласована с международными рамками и национальными приоритетами системы здравоохранения Республики Казахстан. Её реализация обеспечивает преемственность между этапами образования, клинической практики и управленческого роста, создавая условия для повышения качества сестринской помощи и управленческой эффективности.

Разработанная модель, подкрепленная данными теоретического анализа и эмпирических исследований, соответствует цели работы — обоснованию и оптимизации развития лидерских компетенций медицинских сестер в условиях реформирования здравоохранения Республики Казахстан.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

За годы реформирования сестринского дела в РК медицинская сестра получила новый статус и свою независимую роль в системе здравоохранения как полноправный член медицинской команды, принимающий самостоятельные решения в ходе оказания сестринских услуг. В этих условиях необходимо развитие лидерских компетенций, которые играет важную роль в становлении медицинской сестры как одной из важных профессий в системе здравоохранения во всем мире.

В ходе проведения исследования по изучению развития лидерских компетенций медицинских сестер определено, что в медицинских организациях администрация поддерживает развитие сестринского лидерства по мнению 90,5% респондентов. Большинство респондентов знакомы с понятие «Лидерства» и оценивают уровень его развития среди менеджеров сестринской службы на высоком (46,5%) и среднем (47,1%) уровне. При этом лидерство больше признано и выше оценено именно в тех организациях, в которых руководство старается поддерживать руководителей сестринской службы и развитие сестринского лидерства в целом (r=0,455 при p=0,01)

При проведении анализа рабочей среды выявлено, что тип медицинской организации имеет значимое влияние на формирование факторов рабочей среды. При этом что касается поведения медицинских сестер на рабочем месте, то оно характеризуется дружелюбием, а рабочая обстановка в целом в сестринском коллективе располагает к применению всех своих практичсеких навыков (F=4,727 при 0,000). Организация рабочих мест позволяет медицинским сестрам принимать решения на рабочем месте. При этом они осознают морально-этические последствия принимаемых решений (r=0,733 при p=0,01). При этом уровень преподавательских навыков имеет слабую прямую зависимость от опыта и возраста медсестры (r=0,102 при p=0,05), что свидетельствует о развитии навыков менторства на уровне подготовке медсестры, и не сильно характеризует это навык как приобретенный с опытом и возрастом, а рабочая среда поддерживает специалистов в развитии наставничества.

В результате проведенного исследования по развитию лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в РК выявлено, что среди медицинских сестер Казахстан нет ведущего стиля лидерства. Анализ факторов по каждому из стилей лидерства в сестринской практике показал лишь некоторые колебания, но в целом для всех трех стилей преобладает среднее значение развития: среднее значение (SD) трансформационного лидерства среди 465 медсестер, составило 2,68 (1,04), тогда как среднее значение (SD) транзакционного лидерства составило 2,62 (1,02), незначительно меньше от этих данных имеет оценка лидерства в духе невмешательства 2,52 (0,99). По результатам нельзя определить ведущий стиль, так как по всем факторам лидерства были определены средние значения, которые немногим друг от друга отличаются. Наравне с трансформационным лидерством медсестры Казахстана прибегают к транзакционному, а также к пассивному лидерству в духе

невмешательства достаточно часто. Необходимо в дальнейшем распространять трансформационное лидерство среди медицинских сестер Республики Казахстан.

Самооценка медицинских сестер показывает достаточно высокое развитие лидерских способностей: 53,1% имеют все необходимые задатки, чтобы стать лидерами; 24,3% являются лидерами; 11,0% респондентам необходимо работать над развитием своих лидерских навыков; у 4,9% медсестер отсутствуют врожденные способности к лидерству и им необходим наставник для их развития; 6,7% респондентов не могут и не хотят становиться лидерами.

Стрессоустойчивость и профессиональное выгорание медицинских сестер напрямую зависят от стиля лидерства со стороны менеджеров сестринской службы. Наше исследование не выявило ведущего стиля лидерства, при этом выявило, что только десятая часть респондентов имеет высокую устойчивость к стрессу (9,5%). Половина респондентов достаточно легко справляются с влиянием стресса, не особо поддаваясь ему (50,5%). 34,4% респондентов подвержены влиянию стрессовых ситуаций в своей жизни, а 5,6% опрошенных не обладают устойчивости к стрессам и сильно уязвимы перед стрессовыми ситуациями, что имеет сильное негативное влияние на их здоровье. Профессиональное выгорание среди медицинских сестер распространено среди 65,6% респондентов. При этом анализ по подшкалам выгорания согласно MBI: эмоциональное истощение – 25,34 (SD=15,24), деперсонализация – 12,48 (SD=7,92), редукция персональных достижений – 30,15 (SD=16,32). Данные показатели свидетельствуют о высоком уровне эмоционального истощения среди медицинских сестер (n=465). А по подшкалам деперсонализация и редукция персональных достижений наблюдается средний уровень формирования. Поэтому важным становится лидерство и управление сестринским персоналом, которое должно быть направлено на создание благоприятных условиях труда сестринского персонала.

Множественный регрессионный анализ позволил выявить ряд статистических значимых факторов, оказывающих влияние на сестринское лидерство. Поддержка сестринского лидерства со стороны руководства медицинской организации, развитие трансформационного стиля лидерства, профессиональное выгорание специалистов сестринской службы оказывают наиболее значимое влияние на развитие сестринского лидерства.

При оценке компетенций менеджеров сестринской службы, согласно инструменту Л.Чейз, выявлен низкий уровень по лидерству, коммуникациям и знаниям в области здравоохранения. При этом незначительно выше уровень такой компетенции как «Знания в области здравоохранения» как на уровне знания и понимания (m=1,71, SD=1,006) и на уровне способности применения и использования (m=1,615, SD=0,936). При анализе взаимосвязи между «знание и понимание менеджеров сестринской службы в этой области» и «способность к применению и/или использованию данного утверждения» в области здравоохранения наблюдается прямая сильная (в некоторых случаях слабая) корреляционная связь при высоком уровне значимости (p=0,001), что говорит о

тесной взаимосвязи между теоретическими знаниями и применением в области здравоохранения. Аналогичная картина наблюдается и при анализе утверждений по таким областям компетенций как лидерство, а также коммуникации и взаимосвязи. Однако стоит отмтетить, что в комптетенции лидерство чаще присутствует средняя связь, когда в остальных превалирующее большинство составялет сильная прямая корреляционная связь.

Анализ поведения менеджеров сестринской службы в кофликтынх ситуациях показал следующее распределение стилей поведения: соперничество – 13,7%; сотрудничество – 21,1%; компромисс – 21,0%; избегание – 21,7%; приспособление – 22,5%. При этомизбегание имеет чаще встречается чем чаще респондент (23,33%). Выпускники прикладного бакалвриата больше придерживаются соперничества. А избегание больше рапспространено у специалистов, имеющих диплом академического бакалавриата по образовательной программе сестринское дело. Соперничество не выражено среди заместителей по сестринской службе (6,68%), но среди них более проявлено избегание (24,44%), сотрудничество (23,33%) и приспособление (24,44%). Копромисс практисеки равномерно распределен по всем уровням должностей. Опыт работы имеет следующее влияние на выбор типа поведения в конфликтах: соперничество у специалистов с малым опытом работы (17,62%), со стажем работы 30 и более лет он встречается у 11,25% респондентов. Компромисс чаще встречается среди медсестер со стажем работы 11-20 лет. А так избегание увеличивается в зависимости от приобретаемого стажа работы (24,17%). Таким образом, соперничество чаще используется сотрудниками с меньшим опытом работы, реже всего применяется среди заместителей директора по сестринской службе. Сотрудничество практически во всех группах представлено в одной пятой, как и рекомендовано психологами при решении конфликтов. Аналогичная ситуация наблюдается и для такого типа поведения как компромисс. Избегание и приспособление имеет чуть большую частоту встречаемости среди менеджеров сестринской службы – от одной пятой до четверти всех опрошенных респондентов.

Качественный анализ выявил основные области лидерских компетенций, которые важны в сестринской практике: лидерство и управление, эмоциональный интеллект и поддержка, профессиональное развитие, социальная ответственность и влияние, самооценка и утверждение, рабочие процессы и качество ухода, личные качества и мотивация, коммуникации и взаимодействие. При этом эмоциональному интеллекту уделяется особое внимание и значение в таких аспектах как принятие решений, поведение в конфликтных ситуациях, стрессоустойчивости, командообразования и т.д.

Так, количественные данные, определившие ключевые факторы, влияющие на развитие сестринского лидерства, получили свое подтверждение качественными данными. Такой инструмент управления как поддержка со стороны руководства является одним из важнейших факторов развития лидерства и обозначен одной из важнейших компетенций. Трансформационный стиль лидерства также является приоритетным направлением для дальнейшего

развития сестринского лидерства в стране. Профессиональное выгорание, как одна из составляющих эмоционального интеллекта, особо выделена при личных беседах с менеджерами сестринской службы и требует пристального внимания при дальнейшем процессе реформирования сестринской службы.

Таким образом развитие лидерских компетенций представляет собой многогранный процесс, который касается всех уровней подготовки медицинских сестер, а также всех аспектов практической деятельности медицинской сестры: профессиональный, социальный, личностный. Лидерские навыки необходимо развивать не только в период реформирования сестринской службы в стране, но и продолжать этот процесс постоянно на протяжении всей жизни. В развитии лидерских компетенций имеет важное значение поддержка со стороны руководства как на государственном уровне, так и на уровне медицинской организации, подготовка медицинских сестер, возможность профессионального развития, создание благоприятной рабочей среды, развитие института наставничества, возможность работать как полноправный член медицинской команды.

Выводы:

1. Сестринское лидерство находится на этапе активного развития: у большинства медицинских сестёр сформирован лидерский потенциал (53,1% имеют задатки лидера, 24,3% активно проявляют лидерские качества). При этом выявлена потребность в дальнейшем развитии лидерских навыков и наставнической поддержке, что обосновывает необходимость совершенствования образовательных программ и механизмов профессиональной мотивации.

2. Развитие сестринского лидерства статистически значимо связано с поддержкой со стороны руководства медицинской организации (B=0,867; p<0,001), уровнем знаний в области лидерства (B=0,165; p=0,020) и трансформационным стилем лидерства (B=0,168; p=0,043). Развитие трансформационного лидерства ассоциировано с профессиональным стажем и уровнем профессионального выгорания медицинских сестёр, что подтверждает необходимость комплексного подхода к формированию лидерских компетенций.

3. Установлено, что у менеджеров сестринской службы лидерские и коммуникативные компетенции сформированы недостаточно, при относительно более высоком уровне компетенции «Знания в области здравоохранения» (знание и понимание: m=1,71; SD=1,006; применение: m=1,615; SD=0,936). Выявлена сильная прямая связь между пониманием и практическим применением знаний в области здравоохранения (p=0,001).

4. Качественный анализ показал, что развитие сестринского лидерства в клинической практике основывается на совокупности взаимосвязанных лидерских компетенций, включающих лидерство и управление, эмоциональный интеллект, профессиональное развитие, социальную ответственность, самооценку и профессиональную идентичность, организацию рабочих

процессов и качество ухода, а также коммуникацию и командное взаимодействие.

5. Представленная модель развития лидерских компетенций медицинских сестер Республики Казахстан разработана на основе результатов качественного и количественного исследования и включает четыре уровня профессионального становления и пять ключевых компонентов обеспечения развития лидерства. Предложенная модель развития лидерских компетенций согласована с международными рамками и национальными приоритетами системы здравоохранения Республики Казахстан и служит основой для практических рекомендаций по развитию сестринского лидерства.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На основании проведенного исследования разработаны практические рекомендации, направленные на последующее развитие сестринского лидерства:

Практические рекомендации разработаны на основе полученных результатов и в соответствии с выявленными направлениями развития сестринского лидерства

Образовательно-профессиональное направление: использовать стандартизированные инструменты оценки лидерских компетенций (MLQ-6S, опросники самооценки лидерства и др.) в образовательном процессе для мониторинга динамики развития лидерских навыков у студентов и практикующих медсестер.

Организационно-управленческое направление: использование чат-бота для быстрого поиска информации в области сестринского дела в образовательной и практической сферах деятельности, а также последующее расширение функционала чат-бота для поиска доказательной базы в области сестринского дела.

Социально-мотивационное направление:

- профилактика выгорания. В связи с тем, что профессиональное выгорание снижает самооценку лидерских способностей и влияет на стил лидерства, рекомендуется внедрить программы психологической поддержки, обучения стрессоустойчивости, развития эмоционального интеллекта; учитывать показатели выгорания при планировании карьерного роста и управленческих нагрузок;

- развитие трансформационного лидерства. Учитывая, что трансформационный стиль повышает уровень сестринского лидерства, а транзакционный — снижает, рекомендуется ориентировать управленческую подготовку на развитие мотивационного лидерства, видения, поддержки команды, вовлечённости персонала; ограничивать использование преимущественно транзакционных подходов (контроль, санкции) в пользу поддерживающих стратегий.

- управление конфликтами и коммуникациями. Ввиду выявления особенностей поведения в конфликтных ситуациях и их связь с лидерскими компетенциями, рекомендуется обучать менеджеров сестринской службы стратегиям сотрудничества, конструктивного компромисса; снижать частоту стратегий избегания и приспособления через развитие коммуникативных навыков.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

1 Джайнакбаев Н.Т., Алдиярова М.А., Ибраймжанова Ж.Е. Сестринское дело в Казахстане и в мировых системах здравоохранения // Актуальные проблемы теоретической и клинической медицины. – 2020. - №1(27). – С. 15-22.

2 Heikkila J., Tiittanen H., Valkama K. Stages of reforming the nursing service in the Republic of Kazakhstan. Plans and prospects // Journal of Health Development. – 2018. – Vol. 2, №27. – P. 3–6.

3 Всемирная организация здравоохранения. Состояние сестринского дела в мире, 2020 г.: вложение средств в образование, рабочие места и воспитание лидеров. - Женева: ВОЗ; 2020 https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/331673/9789240003378-rus.pdf 12.04.26.

4 Комплексный план развития сестринского дела в Республике Казахстан до 2020 года: утвержден и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 августа 2014 года.

5 Northouse P.G. Leadership: Theory and Practice. - 7th ed. - Thousand Oaks: SAGE Publications, 2016 https://books.google.kz/books?id=TuyeBgAAQBAJ 18.06.2026.

6 Kim H.D., Cruz A.B. Transformational leadership and psychological well-being of service-oriented staff: hybrid data synthesis technique // Int J Environ Res Public Health. – 2022. - Vol. 19, №13. – P. 8189.

7 Moradi Korejan M., Shahbazi H. An analysis of the transformational leadership theory // J Fundam Appl Sci. – 2016. - Vol. 8, №3. – P. 452–461.

8 Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services Transition (ProInCa). – 2023 https://proinca-nursing.kz/ru/ 14.07.2025.

9 Promoting the Innovation Capacity of Higher Education in Nursing during Health Services Transition (ProInCa). Рабочий пакет 2.4. Модернизация лидерства в сестринском деле. – 2023 https://proinca-nursing.kz/ru/fokus-zony/liderstvo-v-sestrinskom-dele/ 11.03.2025.

10 Содействие инновационному потенциалу высшего образования в области сестринского дела для реформирования здравоохранения. Д 2. 4. 1. Современные лидерские и управленческие компетенции руководителей здравоохранения, а также структурные системные изменения, необходимые для реформирования сестринского дела в Казахстане. - 2021 https://proinca-nursing.kz/wp-content/uploads/2021/01/rekomendaczii-po-liderskim-kompetencziyam.pdf 13.02.2025.

11 Huotari P., Tiittanen H. Nursing leadership competence assessment and development in healthcare in kazakhstan // Journal of Health Development. - 2020. - №4(39). – P. 22-40.

12 Proinca Nursing. Резолюция итоговой международной конференции проекта ProInCa «Инновации в сестринском образовании, исследованиях,

лидерстве и клинической практике в Казахстане». - Алматы: Proinca Nursing, 2000 https://proinca-nursing.kz/ru/rezolyucziya/ 13.06.2025.

13 Olkowicz J., Jarosik-Michalak A. The role of leadership in the COVID-19 pandemic crisis // WSB J Bus Finance. – 2022. - Vol. 56, №1. – P. 55–63.

14 Кынырбекова Г.С. Модель современной медицинской сестры в системе здравоохранения. - Алматы: Талгарский высший медицинский колледж, 2023 https://e-nauka.kz/model-sovremennoy-medicinskoy-sest/ 11.06.2025.

15 Kohnen D., Witte H., Schaufeli W.B., Dello S., Bruyneel L., Sermeus W. Engaging leadership and nurse well-being: the role of the work environment and work motivation—a cross-sectional study // Hum Resour Health. – 2024. - Vol. 22, №1. – P. 8.

16 Qtait M. Systematic review of head nurse leadership style and nurse performance // Int J Africa Nurs Sci. – 2023. - Vol. 18. – P. 100564.

17 Çelik Durmuş S., Kırca K. Leadership styles in nursing. In: Çelik Durmuş S, editor. Nursing – New Perspectives. - London: Intech Open, 2020. - P. 1–18.

18 Sabbah I.M., Ibrahim T.T., Khamis R.H., Bakhour H.A., Sabbah S.M., Droubi N.S., Sabbah H.M. The association of leadership styles and nurses' well-being: a cross-sectional study in healthcare settings // Pan Afr Med J. – 2020. - Vol. 36. – P. 328.

19 Клышникова Т.А. Методы и стили руководства в сестринском деле // БМИК. - 2016. - №5. – С. 16-23.

20 Nguyen H.T., Nguyen V.Q. Transformational, transactional, laissez-faire leadership styles and employee engagement: evidence from Vietnam’s public sector // SAGE Open. – 2022. - Vol. 12, №2. – P. 215.

21 López-Medina I.M., Sáchez-García I., García-Fernández F.P., Pancorbo-Hidalgo P.L. Nurses and ward managers' perceptions of leadership in the evidence-based practice: a qualitative study // J Nurs Manag. – 2022. - Vol. 30, №1. – P. 135–143.

22 Bwalya A.R. Leadership styles // J Entrep Manag Innov. – 2023. - Vol. 11, №8. – P. 181.

23 Northouse P.G. Leadership: Theory and Practice. - Thousand Oaks: SAGE Publications, 2012. – 122 p.

24 Vecchio R.P., Justin J.E., Pearce C.L. The utility of transactional and transformational leadership for predicting performance and satisfaction within a path-goal theory framework. - Management Department Faculty Publications, 2008. – 75 p.

25 Hashlan M.A., Alqhtani N.A., Alshaiban A.M., Alqahtani M.M., Alqahtani M.S., Alward H.N., Al Qahtani M.M., Alqahtani M.S., Hadi R.L., Assiri A.H. Nursing leadership and its impact on healthcare quality: a systematic review // J Ecohumanism. – 2024. - Vol. 3, №6. – P. 2224.

26 Cummings G.G., MacGregor T., Davey M., Lee H., Muise M., Stafford E. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review // Int J Nurs Stud. – 2018. - Vol. 85. – P. 19–60.

27 Gavya V., Subashini R. The role of leadership styles in fostering organizational commitment among nurses // SAGE Open. – 2024. - Vol. 14, №2. – P. 215.

28 Kamaryati N.P., Suyasa I.G., Susanti N.L., Dewi N.M., Susanti N.P., Wahyu I.M. Leadership in nursing: styles, challenges, and barriers // Babali Nurs Res. – 2024. - Vol. 5, №4. – P. 631–649.

29 Ruben B.D. An overview of the leadership competency framework. In: Gigliotti RA, editor. Competencies for effective leadership: an applied framework for assessment, education, and research. - Bingley: Emerald Publishing, 2019. - P. 19–28.

30 Facião B.H., Aroni P., Haddad Rodrigues M., Malaquias T.S., Barreto M.F., Rossaneis M.A., Haddad M.D. Instrumentos para avaliação das competências de liderança em enfermagem: revisão de literature // Enfermería: Cuidados Humanizados. – 2022. - Vol. 11, №2. – P 2801.

31 Hughes R., Meadows M.T., Begley R. AONL nurse leader competencies: core competencies for nurse leadership // Nurse Leader. – 2022. - Vol. 20, №5. – P. 437–443.

32 Heinen M., van Oostveen C., Peters J., Vermeulen H., Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice // J Adv Nurs. – 2019. - Vol. 75, №11. – P. 2378–2392.

33 American Organization for Nursing Leadership (AONL). AONL Nurse Leader Core Competency Model©. - Chicago: AONL, 2022 https://www.aonl.org/system/files/media/file/2022/10/AONL%20Nurse%20Leader%20Core%20Competency%20Model%20-FINAL.pdf 14.07.2025.

34 Qureshi K., Medd C. Voices from nurses in practice – ICN's Leadership For Change (LFC)™. - Geneva: International Council of Nurses, 2019 https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN%20Nightingale%20Webinar%20270919.pdf 13.06.2025.

35 NHS Institute for Innovation and Improvement, Academy of Medical Royal Colleges. Clinical Leadership Competency Framework. - Coventry: NHS Institute for Innovation and Improvement, 2011 https://www.leadershipacademy.nhs.uk/wp-content/uploads/2012/11/NHSLeadership-Leadership-Framework-Clinical-Leadership-Competency-Framework-CLCF.pdf 11.08.2025.

36 Perez-Gonzalez S., Marques-Sanchez P., Pinto-Carral A., Gonzalez-Garcia A., Liebana-Presa C., Benavides C. Characteristics of leadership competency in nurse managers: a scoping review // J Nurs Manag. – 2024. - Vol. 1. – P. 559.

37 Chase L.K. Nurse manager competencies. - Iowa City: University of Iowa, 2010 https://iro.uiowa.edu/esploro/outputs/doctoral/Nurse-manager-competencies/9983777291202771/filesAndLinks?index=0 15.08.2025.

38 Littzen-Brown C., Dolan H., Norton A., Bethel C., May J., Rainbow J. Unbearable suffering while working as a nurse during the COVID-19 pandemic: A qualitative descriptive study // J Clin Nurs. – 2023. - Vol. 32, №7-8. – P. 1355-1365.

39 Sihvola S., Kvist T., Nurmeksela A. Nurse leaders' resilience and their role in supporting nurses' resilience during the COVID-19 pandemic: a scoping review // J Nurs Manag. – 2022. - Vol. 30, №6. – P. 1869–1880.

40 Lenssen E., Nagtegaal I., van Oostveen C., Sieben A., van Rijssen L., Weggelaar A.M. Exploring nurses' leadership and resilience in a complex daily work environment: a qualitative study // BMC Nurs. – 2025. - Vol. 24, №1. – P. 173.

41 Yaribeygi H., Panahi Y., Sahraei H., Johnston T.P., Sahebkar A. The impact of stress on body function: A review // EXCLI J. – 2017. - Vol. 16. – P. 1057–1072.

42 Kennedy A., Date S. Health Psychology & Stress Management. - 2022 https://www.researchgate.net/publication/358606469_Health_Psychology_Stress_Management 17.06.2025.

43 Vasyutina V.A., Shozda K.E., Bolshakova I.A. Исследование стресса в работе операционной медицинской сестры Карагандинской области // West Kazakhstan Medical Journal. – 2022. - Vol. 63, №4. – P. 225–229.

44 Werke E.B., Weret Z.S. Occupational stress and associated factors among nurses working at public hospitals of Addis Ababa, Ethiopia, 2022: a hospital-based cross-sectional study // Front Public Health. – 2023. - Vol. 11. – P. 1147086.

45 Петрова Н.Г., Погосян С.Г., Эпельман Б.В. О проблеме стресса среди среднего медицинского персонала // Научное наследие. – 2020. - №48. – С. 43-46.

46 Аксенова Е.И., Камынина Н.Н., Турзин П.С. Профессиональный стресс медицинских работников: обзор зарубежных практик: экспертный обзор. - М.: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2023. - 48 с.

47 Saul T., Bindler R.J., Callis A. Nurse Well-Being Interventions: The Nurse's Voice // Nurse Leader. – 2024. - Vol. 23, №5. – P. 104–109.

48 Hussain M., Akhtar S., Inayatullah, Afzal M., Gillani S.A. Impact of Leadership Styles on Work Related Stress among Nurses // Saudi J Med Pharm Sci. – 2017. - Vol. 3, №8. – P. 907–916.

49 Alsadaan N., Salameh B., Reshia F.A.A.E., Alruwaili R.F., Alruwaili M., Awad Ali S.A., Alruwaili A.N., Hefnawy G.R., Alshammari M.S.S., Alrumayh A.G.R., Alruwaili A.O., Jones L.K. Impact of nurse leaders behaviors on nursing staff performance: A systematic review of literature // Inquiry. – 2023. - Vol. 60. – P. 469.

50 Niinihuhta M., Terkamo-Moisio A., Kvist T., Häggman-Laitila A. A comprehensive evaluation of factors affecting nurse leaders' work-related well-being // Leadersh Health Serv. - Bradf Engl, 2022. - Vol. 35, №3. – P. 460–474.

51 Hawkins R.S. Managing Nurse Leader Stress to Promote Leader Retention. - Minneapolis: Walden University, 2023. - 93 p.

52 Гринёв В.В. Роль сестринского персонала в выявлении психологических проблем пациентов терапевтического профиля // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. - 2015. - №1. – С. 28-36.

53 Jiménez-Herrera M.F., Llauradó-Serra M., Acebedo-Urdiales S., Bazo-Hernández L., Font-Jiménez I., Axelsson C. Emotions and feelings in critical and emergency caring situations: a qualitative study // BMC Nurs. – 2020. - Vol. 19, №1. – P. 60.

54 LaBelle S. Burnout in the nursing profession: extant knowledge and future directions for research and practice // Nurs Commun. – 2021. - Vol. 1, №1. – P. 80-89.

55 Llop-Gironés A., Vračar A., Llop-Gironés G., Benach J., Angeli-Silva L., Jaimez L. et al. Employment and working conditions of nurses: where and how health

inequalities have increased during the COVID-19 pandemic? // Hum Resour Health. - 2021. - Vol. 19, №1. – P. 112.

56 Kwame A., Petrucka P.M. Communication in nurse-patient interaction in healthcare settings in sub-Saharan Africa: a scoping review // Int J Afr Nurs Sci. – 2020. - Vol. 12. – P. 100198.

57 Ernstmeyer K., Christman E., editors. Chapter 3: Stress, Coping, and Crisis Intervention. In: Nursing: Mental Health and Community Concepts. - Eau Claire: Chippewa Valley Technical College, 2022 https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK590037/ 11.01.2025.

58 Монгуш Ч.Н., Доспан-Оол С.С. Профессиональное выгорание медицинских сестер // Вестник Тувинского государственного университета. Педагогические науки. – 2021. - №4. – С. 61–70.

59 Мигина Л.Е., Мысаев А.О., Уристемова А.К., Толеутаева Д.М. Стресс и профессиональное выгорание у врачей и медицинских сестер первичной медико-санитарной помощи: обзор литературы // Наука и здравоохранение. - 2022. - №24(2). – С. 149–155.

60 Shah M.K., Gandrakota N., Cimiotti J.P., Ghose N., Moore M., Ali M.K. Prevalence of and factors associated with nurse burnout in the US // JAMA Netw Open. - 2021. - Vol. 4, №2. – P. 2036469.

61 Membrive-Jiménez M.J., Pradas-Hernández L., Suleiman-Martos N., Vargas-Román K., Cañadas-De la Fuente G.A., Gomez-Urquiza J.L., De la Fuente-Solana E.I. Burnout in nursing managers: a systematic review and meta-analysis of related factors, levels and prevalence // Int J Environ Res Public Health. – 2020. - Vol. 17, №11. – P. 3983.

62 Панасенко Т.В., Азарко Е.М. Эмоциональное выгорание у медицинских работников // Молодой исследователь Дона. – 2021. - №5(32). – С. 29-37.

63 Roshida D.S., Paskarini I., Martiana T. Leadership style influence on nurses' burnout: a systematic review // Indones J Public Health. – 2023. - Vol. 18, №2. – P. 341–52.

64 Zheng X., Song J., Shi X., Kan C., Chen C. The effect of authoritarian leadership on young nurses' burnout: the mediating role of organizational climate and psychological capital // BMC Health Serv Res. – 2025. - Vol. 25, №1. – P. 292.

65 Gyekye M.B. Nursing leadership and management of nursing staff burnout during the COVID-19 pandemic // Open Access Library Journal. – 2023. - Vol. 10. – P. 9754.

66 Мелентьев А.В., Лапко И.В., Бабанов С.А., Острякова Н.А., Стрижаков Л.А., Лаврентьева Н.Е., Лысова М.В. Особенности формирования синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников среднего звена в период пандемии коронавируса // Медицинский журнал. – 2024. - №23(7). – С. 71–75.

67 Максудова М.Х., Алибекова Л.Д., Султанова Г.Д., Векленко Г.В., Усебаева Н.Ж., Мұратхан А.Б., Құрманханова Р.Ж., Шоқай Ұ.Д., Оспанова Д.А. Поддержка сестринского лидерства в Республике Казахстан // Фтизиопульмонология. – 2024. - №4. – С. 235-241.

68 Акшулакова С.Р. Эмоциональное выгорание в работе медицинских сестер паллиативной помощи // West Kazakhstan Medical Journal. – 2022. - №64(4). – С. 182–189.

69 Maxudova M., Ospanova D., Stavropoulou A., Alibekova L., Sultanova G., Veklenko G., Tobzhanova K. Burnout among hospital nurses in Kazakhstan // Nurs Rep. – 2025. - Vol. 15, №3. – P. 92.

70 Nikitara M., Dimalibot M.R., Latzourakis E., Constantinou C.S. Conflict management in nursing: analyzing styles, strategies, and influencing factors: a systematic review // Nurs Rep. – 2024. - Vol. 14. – P. 4173–4192.

71 Munangatire T., Tomas N., Alweendo M.M. Nurses' experiences of conflict management at a teaching hospital in Namibia: a qualitative study // J Nurs Manag. – 2023. - Vol. 31, №1. – P. 1–9.

72 Alnajjar H., Abou Hashish E. Exploring the relationship between leadership and conflict management styles among nursing students // Nurs Manag. - 2022. - Vol. 29, №3. – P. 25–31.

73 Сухова А.С. Урегулирование конфликтов в медицинских учреждениях // Соц. работа. – 2020. - №12. – С. 104.

74 Dewi R.R., Yanti N.P., Rahajeng I.M., Krisnawati K.M. Nurses’ perceptions about conflict management strategy of head nurse // Nurs Health Sci J. – 2022. - Vol. 2, №3. – P. 224–227.

75 Abdyzhalieva A.S., Savin V.E., Chubakov T.Ch., Mamatova K.T., Rozyeva R.S. Conflict resolution style in professional activities of nurses // Heart Vessels Transplant. – 2025. - Vol. 9. – P. 28-39.

76 Tuan H.M., Huong T.T., Tung L.V. Conflict management styles of nurse managers and influencing factors in children’s hospital // J Integr Nurs. – Vietnam, 2023. - Vol. 5. – P. 266–272.

77 González-García A., Pinto-Carral A., Marqués-Sánchez P., Quiroga-Sánchez E., Bermejo-Martínez D., Pérez-González S. Characteristics of nurse managers' conflict management competency: a systematic review // J Adv Nurs. – 2025. - Vol. 81, №4. – P. 1717–1733.

78 Абдыжалиева А.С., Маматова К., Чубаков Т. Анализ конфликтной среды у специалистов сестринского дела // Бюллетень науки и практики. - 2023. - №11. – С. 50-64.

79 White B.A., White H.D., Bledsoe C.L., Hendricks R., Arroliga A.C. Conflict management education in the intensive care unit // Am J Crit Care. – 2020. - Vol. 29, №6. – P. 135–138.

80 Özduyan Kılıç M., Duygulu S. Investigating conflict management styles and emotional intelligence of unit charge nurses // Mediterr Nurs Midwifery. - 2024. - Vol. 4, №3. – P. 166–172.

81 Beserra E.P., Gubert F.A., Martins M.C., Vasconcelos V.M. Conflict management in nurse training // Rev Enferm UFPE on line. – 2018. - Vol. 12, №10. – P. 2891–2896.

82 Rosengren K., Lepp M., Widyawati. Drama, leadership and conflict management to support nurse's professional development: a qualitative study in Indonesia // Int Arch Nurs Health Care. – 2019. - Vol. 5. – P. 135.

83 Торемурат З., Шалабаева Г. Роль наставника в развитии профессиональных компетенций медицинских сестер бакалавров // Journal of Health Development. - 2018. - №2(27). – С. 19-28.

84 Lysfjord E.M., Skarstein S. Empowering leadership: a journey of growth and insight through a mentoring program for nurses in leadership positions // J Healthc Leadersh. – 2024. - Vol. 16. – P. 443–454.

85 Hafsteinsdóttir T.B., Huntink E., Schoonhoven L. Leadership mentoring in nursing research influencing leadership development, career development, and research productivity of PhD prepared nurses: a pretest-posttest study // Nurs Outlook. – 2025. - Vol. 73, №2. – P. 102359.

86 Shen Q., Tucker S. Fostering leadership development and growth of nurse leaders: Experiences from Midwest Nursing Research Society Leadership Academy // Nurs Outlook. – 2024. - Vol. 72, №6. – P. 102293.

87 Curley M.A., Wofford K., Odom-Forren J. et al. Call to action: Blueprint for change in acute and critical care nursing // Nurs Outlook. – 2024. - Vol. 72, №6. – P. 102.

88 Hafsteinsdóttir T.B., Schoonhoven L., Hamers J., Schuurmans M.J. The Leadership Mentoring in Nursing Research Program for Postdoctoral Nurses: A Development Paper // J Nurs Scholarsh. – 2020. - Vol. 52, №4. – P. 435–445.

89 Hodgson A.K., Scanlan J.M. A Concept Analysis of Mentoring in Nursing Leadership // Open J Nurs. – 2013. - Vol. 3, №5. – P. 389–394.

90 Kramer D.S., McCue V.Y., Butler E., Prentiss A.S., Ojeda M.M., Tugg K.K., Fuentes V., Bonet S. The Art of Nurse Mentoring: A Framework of Support // Nurs Health Sci Res J. – 2021. - Vol. 4, №1. – P. 16–25.

91 Wang Y., Hu S., Yao J., Pan Y., Wang J., Wang H. Clinical nursing mentors' motivation, attitude, and practice for mentoring and factors associated with them // BMC Nurs. – 2024. - Vol. 23, №1. – P. 76.

92 Gularte-Rinaldo J., Baumgardner R., Tilton T., Brailoff V. Mentorship ReSPeCT Study: A Nurse Mentorship Program's Impact on Transition to Practice and Decision to Remain in Nursing for Newly Graduated Nurses // Nurse Lead. – 2023. - Vol. 21, №2. – P. 262–267.

93 Bourgault A.M. Mentoring: A strategy to foster a sense of belonging // Crit Care Nurse. – 2024. - Vol. 44, №2. – P. 8–9.

94 Mínguez Moreno I., González de la Cuesta D., Barrado Narvión M.J., Arnaldos Esteban M., González Cantalejo M. Nurse mentoring: a scoping review // Healthcare. – Basel, 2023. - Vol. 11, №16. – P. 2302.

95 Dennis V. The value of mentorship in nursing // AORN J. – 2022. - Vol. 116, №3. – P. 215–217.

96 World Health Organization. State of the world's nursing 2025: investing in education, jobs, leadership and service delivery. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. - Geneva: World Health Organization, 2025

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/381329/9789240110236-eng.pdf?sequence=1 11.09.2025.

97 Кашафутдинова Г.Т. Концептуальные подходы к совершенствованию сестринского дела в Республике Казахстан. - Алматы: Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, 2024. – 112 с.

98 Иванченко Н.Н., Павлова А.П., Мартыкенова Д.С., Юсупова Н.С., Касиева Б.С. Анализ реформирования сестринского дела в Республике Казахстан // Вестник КазНМУ. – 2014. – №2(4). – С. 48-59.

99 Утепбергенова Ж.М., Калматаева Ж.А., Калмаханов С.Б. Новая формация профессиональной деятельности медицинских сестер первичного звена в Казахстане и мире // Вестник КазНМУ. – 2016. - №1. – С. 22-49.

100 Аманбеков А.А. Современные организационные технологии в сестринском деле // Бюллетень науки и практики. – 2024. - №10(5). – С. 350–359.

101 Zhatkanbayeva A., Saipinov D. The stages of the healthcare system reform of the Republic of Kazakhstan // Procedia Soc Behav Sci. – 2014. - Vol. 140. – P. 657–661.

102 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011–2015 годы. Указ Президента Республики Казахстан от 29 ноября 2010 года, №1113. - Алматы: Министерство юстиции Республики Казахстан, 2010 https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1000001113 15.08.2025.

103 Baygozhina Z.A., Koikov V., Umbetzhanova A. Experience of the reform of nursing education in the Republic of Kazakhstan // Int Nurs Rev. – 2017. - Vol. 64, №2. – P. 258–259.

104 Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан «Денсаулық» на 2016–2019 годы и внесении дополнения в Указ Президента Республики Казахстан от 19 марта 2010 года, №957 «Об утверждении Перечня государственных программ». Указ Президента Республики Казахстан от 15 января 2016 года, №176. - Алматы: Министерство юстиции Республики Казахстан, 2016 https://adilet.zan.kz/rus/docs/U1600000176 13.09.2025.

105 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменений и дополнений в некоторые нормативные правовые акты Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Приказ от 19 декабря 2018 года, №ҚР ДСМ-43. Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 26 декабря 2018 года, №18043. Утратил силу приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-305/2020 https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800018043/history 18.05.2025.

106 Министерство здравоохранения Республики Казахстан. О внедрении пилотного проекта новой модели сестринской службы в организациях здравоохранения. Приказ от 4 июля 2018 года, №419. - Алматы: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2018 https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1800018043/history 12.08.2025.

107 Heikkilä J., Syzdykova A., Colet P., Kalima M. editors. Promoting the innovation capacity of higher education in nursing during health services' transition. - Jyväskylä: JAMK University of Applied Sciences, 2021 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/409068/RU_PDF_Promoting%20the%20Innovation%20Capacity%20of%20Higher%20Education%20in%20Nursing_2021.pdf 14.07.2025.

108 ProInCa. Перспективы развития сестринского дела в Республике Казахстан. - Алматы: ProInCa, 2019 https://proinca-nursing.kz/wp-content/uploads/2019/12/8-perspektivy-razvitiya-sestrinskogo-dela-v-respublike-kazahstan.pdf 22.01.2025.

109 Шалхарова Ж.С., Байгожина З.А., Акимниязова Н.Д., Татибекова А.М., Нурмагамбетова Ж.А., Мокрова И.И., Кулушев Ж.К., Саханова Л.Х., Рахимжанова Р.Р., Ташкенбаева В., Ходжакулова У.А., Блялова А.А. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации для внедрения в образовательные программы колледжей. - Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2018. - 35 с.

110 Бабаева Б.Н., Ким Н.Г., Есимова Д.Г., Суханбердиев К.А., Тихонова Л.С. Универсальная прогрессивная модель патронажного обслуживания беременных женщин и детей раннего возраста на уровне первичной медико-санитарной помощи: методические рекомендации для внедрения в организациях первичной медико-санитарной помощи. - Астана: Министерство здравоохранения Республики Казахстан, 2018. - 87 с.

111 Национальный научный центр здоровья Республики Казахстан. Руководство по клинической практике. - Алматы: ННЦЗ РК, 2019 https://nrchd.kz/images/16.08.2019rukov_po_klin_prakt.pdf 23.04.2025.

112 Национальный научный центр развития здравоохранения Республики Казахстан. Рабочая учебная программа подготовки менторов для медицинских сестер. - Алматы: ННЦРЗ РК, 2015 https://nrchd.kz/docs/sestrdel/mentor_1.pdf 15.08.2025.

113 Национальный научный центр развития здравоохранения Республики Казахстан. Рабочая учебная программа подготовки менторов для медицинских сестер. - Алматы: ННЦРЗ РК, 2015 https://nrchd.kz/docs/sestrdel/mentor_2.pdf 29.05.2025.

114 Национальный научный центр развития здравоохранения Республики Казахстан. Руководство по организации профилактики и борьбы с инфекциями, связанными с оказанием медицинской помощи. - Алматы: ННЦРЗ РК, 2019 https://nrchd.kz/images/rukovodstva_po_OP_PB_UDK.pdf 21.07.2025.

115 Закон Республики Казахстан «О здоровье народа и системе здравоохранения». Кодекс Республики Казахстан от 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК. - Астана: Министерство юстиции Республики Казахстан, 2020.

116 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 23 ноября 2020 года, №ҚР ДСМ-199/2020 «Об утверждении правил оказания сестринского

ухода». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 25 ноября 2020 года, №21674.

117 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 21 декабря 2020 года, №ҚР ДСМ-305/2020 «Об утверждении номенклатуры специальностей и специализаций в области здравоохранения, номенклатуры и квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения». Зарегистрирован в Министерстве юстиции Республики Казахстан 22 декабря 2020 года, №21856.

118 Постановление Правительства Республики Казахстан от 24 ноября 2022 года, №945 «Об утверждении Концепции развития здравоохранения Республики Казахстан до 2026 года». – Астана, 2022.

119 Heinen M., Oostveen C., Peters J., Vermeulen H., Huis A. An integrative review of leadership competencies and attributes in advanced nursing practice // J Adv Nurs. – 2019. - Vol. 75, №11. – P. 2378–2392.

120 Bashir A., Afzal M. Understanding quantitative and qualitative research methods: A theoretical perspective for young researchers // J Educ Res. – 2021. - Vol. 9, №2. – P. 45-56.

121 Salkind N.J. Introduction to quantitative research methods // J Educ Learn. – 2010. - Vol. 4, №1. – P. 39-45.

122 Maji S. Introduction to the research tools for Research Methodology course // Int J Res Methodol. – 2016. - Vol. 5, №2. – P. 1-12.

123 Фомина Е.Е. Обзор методов оценки надежности измерительной шкалы в социологических исследованиях // Экономика. Социология. Право. - 2018. - №4(12). – С. 23-41.

124 Tavakol M., Dennick R. Making sense of Cronbach's alpha // Int J Med Educ. – 2011. - Vol. 2. – P. 53-55.

125 Taber K.S. The Use of Cronbach’s Alpha When Developing and Reporting Research Instruments in Science Education // Res Sci Educ. – 2018. - Vol. 48, №6. – P. 1273–1296.

126 Ziegenfuss J.Y., Easterday C.A., Dinh J.M., JaKa M.M., Kottke T.E., Canterbury M. Impact of demographic survey questions on response rate and measurement: A randomized experiment // Survey Practice. – 2021. - Vol. 14, №1. – P. 1–11.

127 Keane A., Islam S., Parsons S., Verma A., Farragher T., Forde D., Holmes L., Cresswell K., Williams S., Arru P., Howlett E., Turner-Uaandja H., MacGregor I., Grey T., Arain Z., Scahill M., Starling B. Understanding who is and isn’t involved and engaged in health research: capturing and analysing demographic data to diversify patient and public involvement and engagement // Res Involv Engagem. – 2023. - Vol. 9, №1. – P. 30.

128 Wang B.L., Batmunkh M.U., Samdandash O., Divaakhuu D., Wong W.K. Sustainability of nursing leadership and its contributing factors in a developing economy: A study in Mongolia // Front Public Health. – 2022. - Vol. 10. – P. 900016.

129 den Breejen-de Hooge L.E., van Os-Medendorp H., Hafsteinsdóttir T.B. Is leadership of nurses associated with nurse-reported quality of care? A cross-sectional survey // J Res Nurs. – 2021. - Vol. 26, №1-2. – P. 118-132.

130 Dhingra D., Srivastava S., Srivastava N. Psychometric validation of the Multifactor Leadership Questionnaire Form 6-S in Indian context // Int J Relig. – 2024. - Vol. 5, №8. – P. 502–512.

131 Salem S.M., Ahmed M.Z., Aldahshan M.E. Transformational Leadership Skills among Nursing Managers // Menoufia Nurs J. – 2022. - Vol. 7, №1. – P. 83–92.

132 Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. The Maslach Burnout Inventory Manual. In: Zalaquett CP, Wood RJ, editors. Evaluating Stress: A Book of Resources. - 3rd ed. - Lanham: Scarecrow Press, 1997. - P. 191–218.

133 Маслач К., Джексон С. Диагностика профессионального выгорания: методика MBI. Адаптация Н.Е. Водопьяновой https://dip-psi.ru/psikhologicheskiye-testy/post/metodika-diagnostika-professionalnogo-vygoraniya-k-maslach-s-dzhekson-v-adaptacii-n-e-vodopyanovoj 11.07.2025.

134 Schaufeli W.B., Leiter M.P., Maslach C. Burnout: 35 years of research and practice // Career Dev Int. – 2009. - Vol. 14, №3. – P. 204–220.

135 Paarima Y., Kwashie A.A., Asamani J.A., Ofei A.M.A.. Leadership competencies of first-line nurse managers: a quantitative study // Leadership Health Serv. – 2022. - Vol. 35, №3. – P. 338–354.

136 Karathanasi K., Prezerakos P., Malliarou M., Siskou O., Kaitelidou D. Operating room nurse manager competencies in Greek hospitals // Clin Nurs Stud. – 2014. - Vol. 2, №2. – P. 16–25.

137 Paarima Y., Kwashie A.A., Ofei A.M. Financial management skills of nurse managers in the Eastern Region of Ghana // Int J Africa Nurs Sci. - 2021. - Vol. 14. – P. 100.

138 Paarima Y., Ofei A.M.A., Kwashie A.A. Managerial competencies of nurse managers in Ghana // Afr J Nurs Midwifery. – 2020. - Vol. 22, №2. – P. 20–39.

139 Ногалес К. Тест-опросник Томаса на поведение в конфликте. 4brain. https://4brain.ru/blog/тест-опросник-томаса/ 29.05.2025.

140 Чернова Ж.В. методологические аспекты экспертных интервью: подходы, возможности и ограничения // Мониторинг. - 2023. - №5(177). – С. 18-24.

141 Браймен А. Интервью в качественных исследованиях 1 // Социология власти. - 2007. - №4. – С. 16-23.

142 Bergelson I., Tracy C., Takacs E. Best Practices for Reducing Bias in the Interview Process // Curr Urol Rep. – 2022. - Vol. 23, №11. – P. 319-325.

143 Закон Республики Казахстан от 11 июля 1997 года, №151-I. О языках в Республике Казахстан. ИПС «Әділет». – 1997 https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z970000151 12.03.2025.

144 Национальный научный центр развития здравоохранения имени Салидат Каирбековой, Министерство здравоохранения РК. Анализ каровой обеспеченности отрасли здравоохранения Республики Казахстан. - Астана, 2024 https://ksph.edu.kz/wp-

content/uploads/2024/05/%D0%94%D0%BE%D0%BA%D0%BB%D0%B0%D0%B4-%D0%92%D0%A8%D0%9E%D0%97-%D0%90%D0%BD%D0%B0%D0%BB%D0%B8%D0%B7-%D0%BA%D0%B0%D0%B4%D1%80%D0%BE%D0%B2%D0%BE%D0%B9-%D0%BE%D0%B1%D0%B5%D1%81%D0%BF%D0%B5%D1%87%D0%B5%D0%BD%D0%BD%D0%BE%D1%81%D1%82%D0%B8.pdf 19.08.2025.

145 World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki – Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects. 64-я Генеральная ассамблея WMA. - Форталеза; Бразилия, 2013 https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki/ 13.02.2025.

146 Alibekova L., Ospanova D., Muratkhan A., Abdimuratova B., Maxudova M. Self-assessment on leadership skills of nursing service managers in Kazakhstan // Georgian Medical News. – 2025. - Vol. 366. – P. 184-188.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Заключение переводческого агентства по переводу анкеты

Республика Казахстан, город Алматы
18 января 2024 года

Перевод текста данного документа с казахского на русский язык и перевод текста с русского на казахский язык а так же обратный перевод на язык оригинала выполнен переводческим бюро “Globaltext”.
Бюро переводов «Globaltext» подтверждает, что перевод является точным и главным образом соответствует содержанию оригинала документа.

Директор

Рысбек Әділет Жартыбайұлы

ТОО “Globaltext”

БИН: 200240039261
Юр. Адрес: Казахстан, г.Алматы, Бостандыкский райоч, Розыбакиева д. 289/1, кв. 4
Факт. Адрес: Казахстан, г. Алматы, Алмалинский район, Курмангазы 145, офис 7
тел: +77472603411
email: tooglobaltext@gmail.com
website: https://globaltext.kz

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Заключение терминологической комиссии

«МАРАТ ОСПАНОВ атындағы
БАТЫС ҚАЗАҚСТАН
МЕДИЦИНА УНИВЕРСИТЕТІ»
КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС
АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ

НЕКОММЕРЧЕСКОЕ
АКЦИОНЕРНОЕ ОБЩЕСТВО
«ЗАПАДНО-КАЗАХСТАНСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ
имени МАРАТА ОСПАНОВА»

030019, Ақтөбе қаласы, Маресьева көшесі,68
e-mail: info@zkmu.kz web: zkmu.kz
тел: 8(7132) 56-34-25, факс:8(7132) 56-32-01

030019, г. Актобе, ул. Маресьева, 68
e-mail: info@zkmu.kz web: zkmu.kz
тел: 8(7132) 56-34-25, факс:8(7132) 56-32-01

ХАТТАМАДАН ҮЗІНДІ

ВЫПИСКА ИЗ ПРОТОКОЛА

№ 1

Ақтөбе қ.
26.03.2024

г.Актобе

Терминологиялық жұмыс тобының мәжілісі
Төраға: Баубеков Ж.Т.
Хатшы: Утаргалиева Ш.Ш.

Қатысқандар: Жакиев Б.С., Зиналиева А.Н., Жайлыбаев М.С., Сәбитбекова М.М., Рамазанова А.А., Токбаева К.К., Нурманов К.Ж., Молдин Б.А., Калиев А.Р., Раманкулова А.Б., Артықбаева М.А., Молдашева Л.Ж., Нургалиева Ж.Ж., Ураз Р.М., Базарғалиев Е.Ш., Бисалиев Б.Н., Қожабекова Ж.Қ.

КҮН ТӘРТІБІ:

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің D10103 «Мейіргер ғылымы» білім беру бағдарламасының докторанты М.Х.Максудованың «Мейіргерлердің көшбасшылық құзіреттерін анықтау» сауалнамасы (ағылшын тілінен орыс тіліне, орыс тілінен қазақ тіліне аударылған) қазақ тіліндегі аудармасын баспаға ұсыну туралы

Зиналиева А.Н. Сауалнаманың аудармасын оқып танысқандығын, аударма барысында бекітілген терминдердің орынды қолданғандығын айтты. Қазақ тіліндегі аударым бастапқы сауалнаманың мәні мен деңгейін жоғалтпайды, талапқа сай орындалған. Барлық талаптарға сай, ұғынуға жеңіл, түсінікті жазылғанын, қолданылған қазақ тіліндегі терминдері орынды деп бағалайтынын айтты.

Акиева А.С. Сауалнама құрылымымен танысып шыққандығын, сұрақтардың бір бөлігі респонденттердің белгілі бір мәлімдемемен келісу/келіспеу деңгейін анықтауға арналған Лайкерт шкаласына сәйкес бағаланған. Автордың қазақ тілінде жарық көргелі тұрған бұл жұмыстың жеңіл стильде жазылғанын, сапалы аударылғандығын, бекітуге ұсынуға лайықты екендігін айтты.

Бисалиев Б.Н. Сауалнама кіріспе бөлімнен, респонденттер туралы ақпарат алуға арналған сұрақтар блогынан, көшбасшылық деңгейі мен стилін анықтауға арналған сұрақтардан, эмоционалды күйзелістерден, стресске төзімділіктен, жанжалды жағдайларды басқарудан және мейіргерлердің басқару құзыреттерін анықтауға арналған сұрақтардан тұрады.Докторант сауалнаманы аудару барысында бекітілген терминдер қолданған, практикада қолданғандығын, баспаға ұсынуға лайықты екендігін айтты.

Сабитбекова М.М. Сауалнаманы қазақ тіліне аудару кезінде орфографиялық, грамматикалық нормаларды білумен қатар стилистикалық тұрғыдан дұрыс жасалған. Қолжазба жеңіл стильде жазылғандығын, грамматикалық заңдылықтардың сақталғандығын, бекітілген терминдердің орынды қолданылғандығын айтты.

ШЕШІМ ҚАБЫЛДАНДЫ:

Марат Оспанов атындағы Батыс Қазақстан медицина университетінің D10103 «Мейіргер ғылымы» білім беру бағдарламасының докторанты М.Х.Максудованың «Мейіргерлердің көшбасшылық құзіреттерін анықтау» сауалнамасы (ағылшын тілінен орыс тіліне,орыс тілінен қазақ тіліне аударылған) сауалнамасы қазақ тіліндегі аудармасын жазу барысында терминдер орынды қолданылған, қазақ тілінің заңдылықтары сақталынған деген пікірлерді тұжырымдай келе, барлық талаптарға сай деген қорытынды жасалынып, қанағаттанарлық деп есептелінсін.

26.03.2024
Төраға: Баубеков Ж.Т.
Хатшы: Утаргалиева Ш.Ш.

Н Қ БҚМУ 05-02-05-19. Хаттама. Бірінші басылым.
Ф П ЗКМУ 05-02-05-19. Протокол. Издание первое.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Информация для участника исследования

Организация (спонсор): ЗКМУ имени Марата Оспанова

Исследовательский центр: кафедра общественного здоровья и здравоохранения

Название исследования: Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан

Дата последней экспертизы, проведённой ЛКБ: 24.01.2023г.

Дата одобрения последних поправок к протоколу исследования: 24.01.2023г.

Мы приглашаем Вас к участию в научном исследовании, проводимому в рамках образовательной программы докторантуры PhD «Сестринская наука»

Мы приглашаем именно Вас, потому что Вы представитель практического здравоохранения, который может дать объективный ответ на заданные вопросы и раскрыть имеющиеся лидерские компетенции медицинской сестры.

Мы хотим, чтобы Вы знали, что: участие в этом исследовании является добровольным; вы можете отказаться от участия в исследовании или выйти из него в любое время; в любом случае вам не будет отказано в том, на что Вы имеете право, будучи участником исследования; возможно, Ваше участие в исследовании не принесёт Вам дополнительной пользы, однако в результате исследования мы можем получить знания, которые в будущем принесут пользу другим людям; у некоторых людей могут быть личные, религиозные или другие взгляды, которые затрудняют участие в исследовании, если у Вас есть такие взгляды, пожалуйста, обдумайте хорошо до того, как согласиться на участие; прежде чем Вы дадите согласие на участие в исследование, не спеша, обсудите всё с любым сотрудником данной кафедры или со своими друзьями, родственниками, коллегами**.**

1. НАЗВАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ: Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан

2. ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ: оптимизация лидерских компетенций специалистов сестринского дела на различных этапах их профессионального становления на основе комплексного анализа современного состояния сестринского лидерства в Республике Казахстан

3. ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ:

- Методы исследования: Описательное исследование, кросс-секционное. Смешанное исследование: количественный метод сбора данных посредством проведения анкетирования целевых групп и сбор качественных данных через проведение интервью и анкетного опроса руководителей сестринской службы. Целевые группы: врачи, медсестры, старшие медсестры, главные медсестры, заместители глав.врачей по СД. Качественные данные будут обработаны посредством индуктивного контент-анализа. Количественный анализ будет проведен в программе SPSS
- ожидаемая продолжительность участия в исследовании: в течение проведения анкетирования и интервьюирования
- приблизительное (планируемое) количество испытуемых в исследовании: 383
- предупреждение о том, является ли участие в исследовании препятствием для участия в других исследованиях. Во время участия в данном исследовании респонденты могут спокойно участвовать и в других исследованиях.

4. УСЛОВИЯ ОПЛАТЫ/ВОЗМОЖНЫЕ РАСХОДЫ:

- Какие будут расходы со стороны испытуемого в исследовании? Со стороны респондентов будут только затраты по времени – время на заполнения анкеты и интервью
- Предусмотрена ли оплата испытуемым и в каком размере? Нет. Участие в исследовании на добровольной безвозмездной основе

5. ПРЕДСКАЗУЕМЫЕ РИСКИ И НЕУДОБСТВА: Участие в исследовании не связано с какими-либо физическими или медицинскими рисками для респондентов. Форма проведения исследования – анкетирование и интервьюирование респондентов. В ходе сбора информации исключается вмешательство в профессиональную деятельность, личную жизнь или здоровье участников. Возможные неудобства могут быть связаны с:

- временными затраты на анкетирование или интервью (примерно 20–30 минут);
- возможным возникновением чувства эмоционального дискомфорта при обсуждении профессионального опыта, трудностей в работе или самооценке лидерских качеств;
- опасениями относительно раскрытия личного мнения или оценок.

6. ОЖИДАЕМАЯ ПОЛЬЗА: Потенциальная польза для участников заключается в общий результатах исследования, с которыми будут ознакомлены широкие массы посредством публикации научный статей с результатами исследования

7. АЛЬТЕРНАТИВЫ К УЧАСТИЮ В ИССЛЕДОВАНИИ:

При отказе участника от исследования на любом этапе респондент спокойно может заниматься своей работой без каких-либо последствий для себя

КОНФИДЕНЦИАЛЬНОСТЬ:

Информация о Вашем участии в исследовании является конфиденциальной. Мы гарантируем, что Ваше имя не будет указано при публикации результатов исследования. Информация, полученная в результате этого исследования, считается конфиденциальной и будет храниться в надлежащих условиях, предусмотренных законом. Однако, эти материалы исследования и Ваша личная медицинская документация могут быть доступны для проверок официальными инстанциями.

8. КОНТАКТНЫЕ ЛИЦА:

Если у Вас возникают проблемы или вопросы, касающиеся данного исследования, Ваших прав как участника исследования, обратитесь к Главному исследователю: Максудова Махигуль Халмурзаевна, +7 702 567 6201, mahi@list.ru.

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Информированное согласие

Участника исследования

Я, нижеподписавшийся (-аяся)

_____

(ФИО полностью, печатными буквами)

Добровольно даю свое информированное согласие на участие в качестве участника в исследовании «**Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан**».

Я прочитал(а) «Информационный листок» для участника исследования. Мне была дана возможность задать вопросы, и я получил(а) удовлетворяющие меня ответы на все заданные вопросы.

Мне было дано достаточно времени для принятия решения об участии в исследовании или отказаться от участия.

Я понимаю, что в любое время до окончания исследования я имею право отказаться от дальнейшего участия, что не повлечет нежелательных для меня последствий.

Я добровольно соглашаюсь с последующим использованием данных, полученных с моим участием в исследовании «**Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан**», в научных целях (их публикация, презентация на конференциях и т.д.) при условии соблюдения конфиденциальности. Я понимаю, что идентификация данных может быть произведена только с моего согласия.

Экземпляр «Информационного листка для участника исследования» и «Информированное согласие участника исследования» мною получены.

_____ _____

(подпись) (дата)

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Авторские свидетельства



ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 45550 от «6» мая 2024 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
Максудова Махигуль Халмурзаевна, Оспанова Динара Алмахановна, Нұрлыбаева Мақбал Нұрлыбайқызы, Құрманханова Раушан Жансейітқызы, Усебаева Нэйля Жакеновна, Алибекова Ляззат Джаныбековна, Исаева Раушан Биномовна

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **образовательная программа Академическое сестринское дело с навыками менторства**

Дата создания объекта: **25.04.2024**

Құжат тұпнұсқалығын http://www.kazpatent.kz/ru сайтының "Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады https://copyright.kazpatent.kz

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz в разделе «Авторское право» https://copyright.kazpatent.kz

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 45622 от «13» мая 2024 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
Максудова Махигуль Халмурзаевна, Оспанова Динара Алмахановна, Усебаева Нэйля Жакеновна, Құрманханова Раушан Жансейітқызы, Толыбеков Анвар Шамилевич, Алибекова Ляззат Джаныбековна, Шоқай Ұлбосын Дүйсенқазықызы

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **тесты "Менеджмент и лидерство в здравоохранении"**

Дата создания объекта: **01.05.2024**

Құжат түпнұсқалығын http://www.kazpatent.kz/ru сайтының "Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады https://copyright.kazpatent.kz

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz в разделе «Авторское право» https://copyright.kazpatent.kz

Подписано ЭЦП

Е. Оспанов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 56577 от «9» апреля 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
МАКСУДОВА МАХИГУЛЬ ХАЛМУРЗАЕВНА, Максудов Хамитжан Халмурзаевич, Оспанова Динара Алмахановна

Вид объекта авторского права: **произведение литературы**

Название объекта: **Чат-бот с использованием технологий искусственного интеллекта для оптимизации поиска информации в сестринском деле**

Дата создания объекта: **08.04.2025**

Құжат түпнұсқалығын http://www.kazpatent.kz/ru сайтының "Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады https://copyright.kazpatent.kz

Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz в разделе «Авторское право» https://copyright.kazpatent.kz

Подписано ЭЦП

С. Ахметов

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Акты внедрения

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
КГП на ПХВ ЦПМСП Медеуского района

Наименование предложения - Чат-бот с использованием технологий искусственного интеллекта для оптимизации поиска информации в сестринском деле.

Работа включена из диссертации PhD Максудовой М.Х. «Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан» по образовательной программе 8D10103 – Сестринская наука, внедрена в инициативном порядке.

Форма внедрения: информационное программное обеспечение, поддержка

Ответственный за внедрение и исполнитель: Максудова М.Х., Оспанова Д.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чат-бота способствует повышению доступности нормативно-правовой, методической и клинической информации по сестринскому делу для медицинских сестёр и обучающихся. Использование цифрового инструмента позволит сократить время поиска профессиональных документов, повысить информированность пользователей и упростить доступ к актуальным стандартам, клиническим рекомендациям и стандартным операционным процедурам.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрения: расширить функционал чат-бота.

Сроки внедрения: ноябрь 2025г. – январь 2026г.

Председатель комиссии
Главная медсестра — Хасенова Н.Т.

Члены (ответственные за внедрение)
Старшая медсестра — Караева А.Ж.

Старшая медсестра — Суранширева Б.Т.

Исполнитель — Максудова М.Х.

АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы
ТОО «MEDITERRA» (МЕДИТЕРРА)

Наименование предложения - Чат-бот с использованием технологий искусственного интеллекта для оптимизации поиска информации в сестринском деле.

Работа включена из диссертации PhD Максудовой М.Х. «Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан» по образовательной программе 8D10103 – Сестринская наука, внедрена в инициативном порядке.

Форма внедрения: информационное программное обеспечение, поддержка

Ответственный за внедрение и исполнитель: Максудова М.Х., Оспанова Д.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чат-бота способствует повышению доступности нормативно-правовой, методической и клинической информации по сестринскому делу для медицинских сестёр и обучающихся. Использование цифрового инструмента позволит сократить время поиска профессиональных документов, повысить информированность пользователей и упростить доступ к актуальным стандартам, клиническим рекомендациям и стандартным операционным процедурам.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрения: расширить функционал чат-бота.

Сроки внедрения: ноябрь 2025г. – январь 2026г.

Председатель комиссии
Главная медсестра — Усенова Р.Ш.

Члены (ответственные за внедрение)
Старшая медсестра — Айгелдиева А.М.

Старшая медсестра — Куйкова Б.С.

Исполнитель — Максудова М.Х.

АКТ
внедрения результатов научно-исследовательской работы
КГП на ПХВ "Городская поликлиника №17"

Наименование предложения - Чат-бот с использованием технологий искусственного интеллекта для оптимизации поиска информации в сестринском деле.

Работа включена из диссертации PhD Максудовой М.Х. «Развитие лидерских компетенций в условиях реформирования сестринского дела в Республике Казахстан» по образовательной программе 8D10103 – Сестринская наука, внедрена в инициативном порядке.

Форма внедрения: информационное программное обеспечение, поддержка

Ответственный за внедрение и исполнитель: Максудова М.Х., Оспанова Д.А.

Эффективность внедрения: Внедрение чат-бота способствует повышению доступности нормативно-правовой, методической и клинической информации по сестринскому делу для медицинских сестёр и обучающихся. Использование цифрового инструмента позволит сократить время поиска профессиональных документов, повысить информированность пользователей и упростить доступ к актуальным стандартам, клиническим рекомендациям и стандартным операционным процедурам.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрения: расширить функционал чат-бота.

Сроки внедрения: ноябрь 2025г. – январь 2026г.

Председатель комиссии
Начальник отдела кадров — Абдибаева А.Е

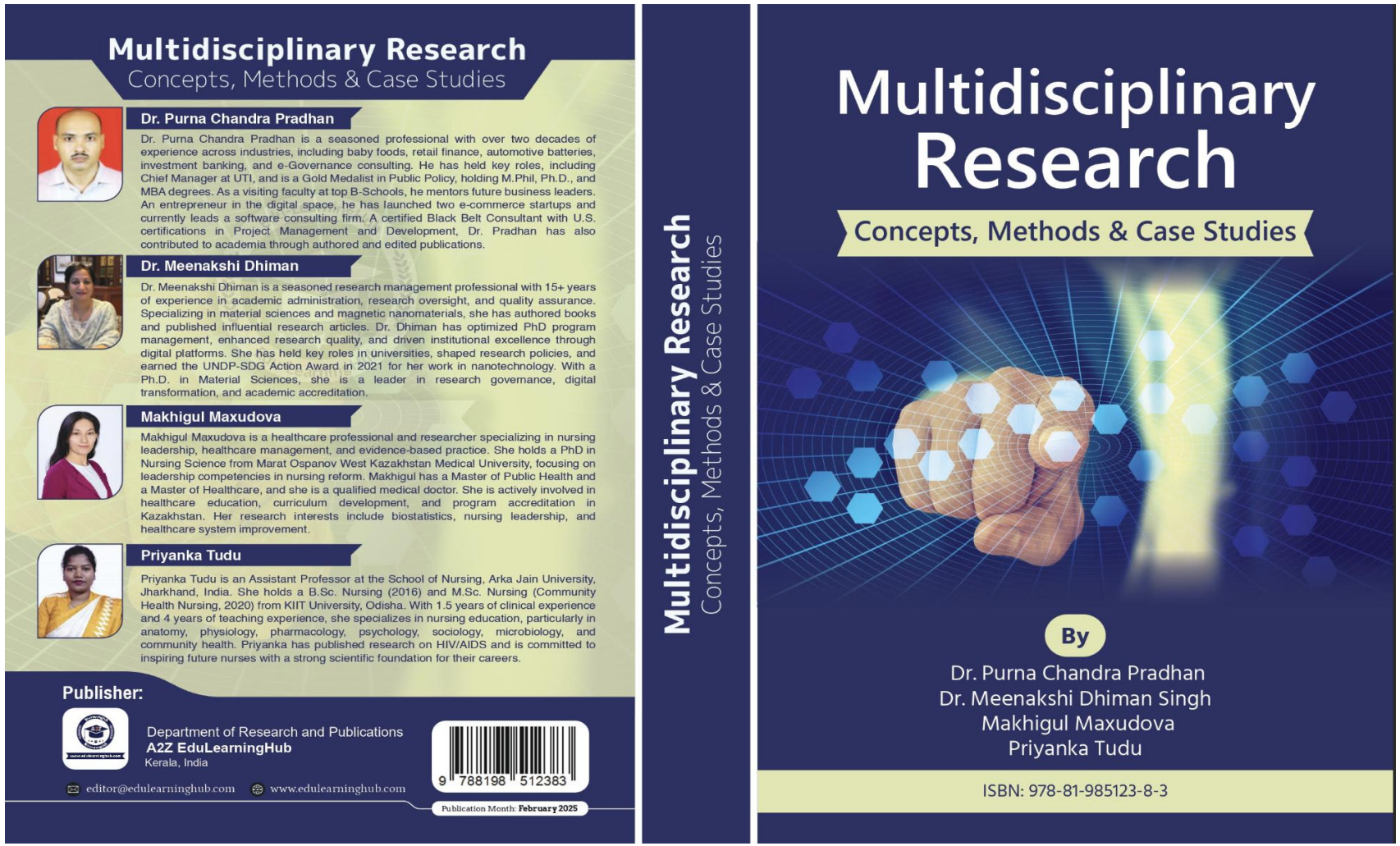
Члены (ответственные за внедрение) — Рахметова Г.А
Старшая медсестра

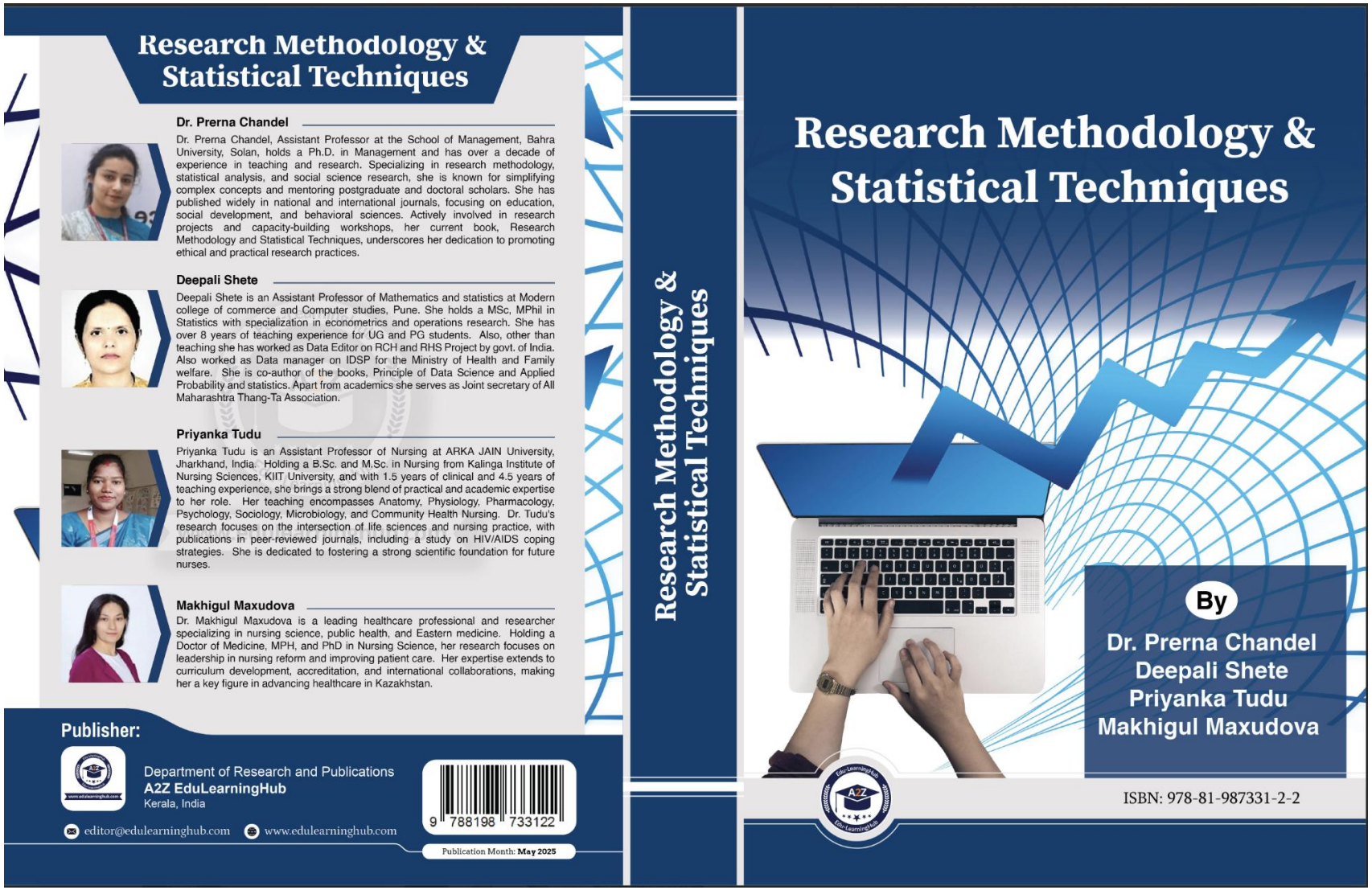
Старшая медсестра — Абижанова А.К

Исполнитель — Максудова М.Х.

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Изданные методические руководства на английском языке




Research Methodology & Statistical Techniques
Dr. Prerna Chandel
Dr. Prerna Chandel, Assistant Professor at the School of Management, Bahra University, Solan, holds a Ph.D. in Management and has over a decade of experience in teaching and research. Specializing in research methodology, statistical analysis, and social science research, she is known for simplifying complex concepts and mentoring postgraduate and doctoral scholars. She has published widely in national and international journals, focusing on education, social development, and behavioral sciences. Actively involved in research projects and capacity-building workshops, her current book, Research Methodology and Statistical Techniques, underscores her dedication to promoting ethical and practical research practices.
Deepali Shete
Deepali Shete is an Assistant Professor of Mathematics and statistics at Modern college of commerce and Computer studies, Pune. She holds a MSc, MPhil in Statistics with specialization in econometrics and operations research. She has over 8 years of teaching experience for UG and PG students. Also, other than teaching she has worked as Data Editor on RCH and RHS Project by govt. of India. Also worked as Data manager on IDSP for the Ministry of Health and Family welfare. She is co-author of the books, Principle of Data Science and Applied Probability and statistics. Apart from academics she serves as Joint secretary of All Maharashtra Thang-Ta Association.
Priyanka Tudu
Priyanka Tudu is an Assistant Professor of Nursing at ARKA JAIN University, Jharkhand, India. Holding a B.Sc. and M.Sc. in Nursing from Kalinga Institute of Nursing Sciences, KIIT University, and with 1.5 years of clinical and 4.5 years of teaching experience, she brings a strong blend of practical and academic expertise to her role. Her teaching encompasses Anatomy, Physiology, Pharmacology, Psychology, Sociology, Microbiology, and Community Health Nursing. Dr. Tudu's research focuses on the intersection of life sciences and nursing practice, with publications in peer-reviewed journals, including a study on HIV/AIDS coping strategies. She is dedicated to fostering a strong scientific foundation for future nurses.
Makhigul Maxudova
Dr. Makhigul Maxudova is a leading healthcare professional and researcher specializing in nursing science, public health, and Eastern medicine. Holding a Doctor of Medicine, MPH, and PhD in Nursing Science, her research focuses on leadership in nursing reform and improving patient care. Her expertise extends to curriculum development, accreditation, and international collaborations, making her a key figure in advancing healthcare in Kazakhstan.
Publisher:
Department of Research and Publications
A2Z EduLearningHub
Kerala, India
editor@edulearninghub.com
www.edulearninghub.com
9 788198 733122
Publication Month: May 2025
Research Methodology & Statistical Techniques
Research Methodology & Statistical Techniques
By
Dr. Prerna Chandel
Deepali Shete
Priyanka Tudu
Makhigul Maxudova
ISBN: 978-81-987331-2-2