

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК 614.253.5:614.253.83

На правах рукописи

АЙМОЛДИНА КУРОЛАЙ ЖОЛДЫБАЕВНА

**Оценка культуры безопасности пациентов в профессиональной
деятельности специалистов сестринского дела**

8D10101 – Сестринская наука

Диссертация на присуждение степени
доктора философии (PhD)

Научные консультанты
доктор PhD,
ассоциированный профессор
Н.К. Нургалиева

кандидат медицинских наук,
доцент
Г.А. Дербисалина

Зарубежный консультант
доктор PhD,
professor
Mojtaba Vaismoradi
(Nord University, Norway)

Республика Казахстан
Астана, 2026

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ.....	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ.....	5
ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ.....	7
ВВЕДЕНИЕ.....	8
1 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР.....	14
1.1 Понятие и значение культуры безопасности пациентов в здравоохранении.....	14
1.2 Международные стандарты в области безопасности пациентов.....	18
1.3 Роль сестринского персонала и среды сестринской практики в обеспечении безопасности пациентов.....	21
1.4 Управление инцидентами и факторы, влияющие на подачу медицинскими сестрами отчетов об инцидентах.....	25
1.5 Современные инструменты оценки факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов.....	29
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	35
2.1 Общая характеристика материалов и методов исследования.....	35
2.2 Количественные инструменты исследования.....	38
2.2.1 Процедура перевода и валидации опросников.....	42
2.2.2 Статистическая обработка данных.....	44
2.3 Качественные методы исследования.....	45
2.3.1 Процедура сбора данных.....	46
2.3.2 Анализ данных.....	47
2.4 Разработка и внедрение в практику рекомендаций для специалистов сестринского дела по совершенствованию культуры безопасности пациентов.....	50
2.5 Этическое одобрение.....	50
3 АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ.....	52
3.1 Анализ отчетов медицинских сестер об инцидентах в организациях, аккредитованных по международным стандартам JCI	52
3.2 Оценка культуры безопасности пациентов в работе специалистов сестринского дела и влияние среды сестринской практики на ее формирование	60
3.2.1 Культура безопасности пациентов с точки зрения специалистов сестринского дела.....	61
3.2.2 Оценка условий сестринской практики	82
3.2.3 Взаимосвязь культуры безопасности пациентов с рабочей средой медицинской сестры.....	87
3.3 Факторы, влияющие на культуру безопасности пациентов, по результатам полуструктурированных интервью со специалистами сестринского дела.....	92
3.4 Разработка методических рекомендаций по улучшению культуры безопасности пациентов в работе специалистов сестринского дела.....	125

ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	133
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	137
ПРИЛОЖЕНИЕ А – Свидетельства об авторском праве.....	149
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Акты внедрения.....	154
ПРИЛОЖЕНИЕ В – Официальное разрешение от AHRQ на использование анкеты HSOPSC 2.0.....	156
ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0.....	157
ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін бағалау үшін сауалнама 2.0.....	163
ПРИЛОЖЕНИЕ Е – Письменное разрешение на использование шкалы PES-NWI.....	169
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж – Шкала индекса условий сестринской практики...	170
ПРИЛОЖЕНИЕ И – Протокол полуструктурированных интервью ...	173

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Хельсинская декларация «Рекомендации для врачей, проводящих медико-биологическое исследование с участием людей» (принята в г. Хельсинки, 1964 г., пересмотрена в Токио, 1975 г.; г. Венеции, 1983 г.; Гонконге, 1989 г.).

Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК.

Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 15 марта 2026 года.

Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: принят 16 ноября 2015 года, №405-V (с изменениями и дополнениями по состоянию на 16.01.2026 г.).

Правила проведения мониторинга безопасности, качества и эффективности медицинских изделий: утв. Коллегией Евразийской экономической комиссии от 22 декабря 2015 года, №174.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»: утв. 5 июня 2018 года, №325.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций: утв. 5 ноября 2021 года, №ҚР ДСМ-111.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа: утв. 22 октября 2020 года, №ҚР ДСМ-147/2020.

Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников: утв. 24 июля 2024 года, №58.

Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил формирования и ведения единого реестра учета фактов наступления медицинского инцидента и страховых случаев: утв. 26 июня 2024 года, №32.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

«Вторая жертва» («second victim») – это работник здравоохранения, который прямо или косвенно вовлечен в непредвиденное неблагоприятное событие у пациента, непреднамеренную медицинскую ошибку или травму пациента, и испытывает негативное воздействие вследствие этих событий.

Качественное исследование – это научный подход, направленный на углубленное понимание явлений, процессов и опыта участников на основе интерпретации нечисловых данных (текстов, интервью, наблюдений).

Количественное исследование – это научный подход, основанный на сборе и анализе объективных, измеримых данных с использованием статистических методов с целью выявления закономерностей и взаимосвязей между переменными.

Культура безопасности пациентов – совокупность ценностей, установок, норм и моделей поведения медицинского персонала и руководства, направленных на приоритетное обеспечение безопасности пациентов, открытое обсуждение ошибок и инцидентов, а также постоянное совершенствование процессов оказания медицинской помощи.

Латентные факторы риска – это скрытые организационные, технические и поведенческие условия, которые повышают вероятность возникновения медицинских инцидентов, но не всегда проявляются напрямую.

Медицинский инцидент/инцидент – событие или обстоятельство, возникшее в процессе оказания медицинской помощи, которое привело или могло привести к неблагоприятным последствиям для пациента.

Модель Донабедиана – это научно обоснованная концептуальная модель оценки качества медицинской помощи, разработанная Аведис Донабедиан, в соответствии с которой качество медицинской помощи рассматривается как совокупность и взаимосвязь трех компонентов: структуры, процесса и результата оказания медицинской помощи.

Некарательный подход – принцип управления, при котором сообщения об ошибках и инцидентах не влекут наказания за непреднамеренные действия, а используются для анализа и совершенствования системы.

Пациентоориентированный подход – организация медицинской помощи с учетом ценностей, потребностей и безопасности пациента как главных приоритетов.

Полуструктурированное глубинное интервью – метод сбора информации, предполагающий проведение беседы с респондентом, основанной на непосредственном, личном контакте исследователя и респондента, «лицом к лицу».

«Почти ошибка» («near miss», «good catch», «close call») – ситуация, при которой потенциальный инцидент был своевременно предотвращен до нанесения вреда пациенту.

Проактивный подход – это характеристика индивидуального и

организационного поведения медицинского персонала, отражающая готовность заранее выявлять, обсуждать и предотвращать потенциальные риски для безопасности пациентов.

Специалист сестринского дела (медицинская сестра/медицинский брат) – это медицинский работник со средним или высшим (бакалавриат) образованием, обеспечивающий квалифицированный сестринский уход самостоятельно или под руководством врача.

Стандарты Joint Commission International – это международно признанные стандарты качества и безопасности медицинской деятельности, разработанные организацией Joint Commission International и применяемые для аккредитации медицинских организаций.

Триангуляция – метод повышения валидности данных в качественном исследовании путем выявления коллективного мнения относительно одного эмпирического объекта (триангуляция исследователей).

ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

ВОЗ	– Всемирная организация здравоохранения
КФ UMC/UMC	– Корпоративный фонд “University Medical Center”
ОШ	– отношение шансов
95% ДИ	– 95% доверительный интервал
AHRQ	– Agency for Healthcare Research and Quality/Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении
A-PaSKI	– Austrian Patient Safety Climate Inventory/Австрийский опросник климата безопасности пациентов
β	– стандартизированный коэффициент регрессии
B	– нестандартизированный коэффициент регрессии
CVI	– Content Validity Index/индекс содержательной валидности
df	– степень свободы
F	– F-статистика; проверка значимости модели в целом
H	– тест Краскела-Уоллиса
HSOPSC	– Hospital Survey on Patient Safety Culture / Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0
ICPS	– International Classification for Patient Safety/Международная классификация инцидентов безопасности пациентов
IPSGs	– International Patient Safety Goals/Международные цели безопасности пациентов
ISO	– International Organization for Standardization /Международная организация по стандартизации
JCI	– Joint Commission International/Объединенная международная комиссия
M	– средняя арифметическая
Me	– медиана
MSI-2006	– Modified Stanford Instrument/Модифицированный Стэнфордский инструмент-2006
OR	– Odds Ratio/Отношение шансов
PES-NWI	– Practice Environment Scale of the Nursing Work Index/Шкала индекса условий сестринской практики
PSCHO	– Patient Safety Climate in Health Care Organizations/Инструмент для измерения климата безопасности пациентов в медицинских организациях
QSEN	– Quality and Safety Education for Nurses/Образование медсестер в области качества и безопасности
SAQ	– Safety Attitudes Questionnaire/Опросник, оценивающий отношение к безопасности
SE	– стандартная ошибка коэффициента
SHSQ	– Scottish Hospital Safety Questionnaire/Шотландский опросник по безопасности больниц
U	– U-тест Манна-Уитни

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования. Безопасность пациентов является одной из ключевых проблем глобального здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 1 из 10 пациентов получает вред при оказании медицинской помощи, причем подобные случаи регистрируются даже в странах с высоким уровнем развития системы здравоохранения [1-3]. В последние годы вопросам обеспечения безопасности пациентов уделяется повышенное внимание на международном уровне. В частности, в мае 2019 года на 72-й Всемирной ассамблее здравоохранения (WHA) была принята резолюция WHA72.6 «Глобальные действия в области безопасности пациентов», в соответствии с которой был учрежден Всемирный день безопасности пациентов, ежегодно отмечаемый 17 сентября [2]. Его цель заключается в повышении осведомленности, активизации глобального сотрудничества и укреплении международной солидарности в вопросах предотвращения вреда пациентам.

Существенную роль в обеспечении безопасности играет культура безопасности пациентов, которая представляет собой совокупность ценностей, убеждений и норм, формирующих поведение руководства и медицинского персонала и определяющих приоритет безопасности пациентов, стандарты поведения, а также процессы и практики, направленные на предотвращение ошибок [4]. Концепция безопасности пациентов привлекла значительное внимание в исследованиях и практике сестринского дела после публикации знакового доклада Института медицины США «To Err Is Human» («Человеку свойственно ошибаться») [5]. Этот доклад подчеркнул критическую необходимость системного интегрирования вопросов безопасности в процессы оказания медицинской помощи, утвердив безопасность пациентов как фундаментальный компонент качества здравоохранения.

Реализация принципов безопасности пациентов в медицинских организациях во многом зависит от деятельности медицинских сестер. Медицинские сестры являются ключевыми участниками профилактических и противоэпидемических мероприятий и активно способствуют развитию культуры безопасности пациентов [6]. Тесный контакт с пациентами, выполнение инвазивных процедур и участие в клинических процессах подчеркивают их центральную роль в уходе за пациентами. Безопасность пациентов остается основой качественного сестринского ухода [7, 8]. Профессиональная деятельность медсестер включает проведение инвазивных процедур и деkontаминацию окружающей среды, медицинского инструментария и оборудования [9]. Исследования в данной области часто опираются на теоретические модели оценки качества здравоохранения. Одной из наиболее широко используемых является модель Донабедиана, которая выделяет три взаимосвязанных компонента: структуру, процесс и результаты [10]. Данная модель позволяет анализировать, каким образом организационные условия и процессы оказания медицинской помощи влияют на безопасность пациентов. Кроме того, одним из механизмов повышения качества медицинской помощи и безопасности пациентов считается аккредитация медицинских

организаций. Однако данные о её влиянии на формирование культуры безопасности и особенности её проявления остаются ограниченными [11-13].

Вместе с тем, исследования, проведенные в разных странах мира, показывают, что существуют проблемы с соблюдением культуры безопасности в медицинских организациях [14]. Данные свидетельствуют о том, что ошибки в работе медицинских сестер приводят их к чувству вины, унижения, смущения, самообвинения, разочарования, потери уверенности в себе, которые могут длиться годами [15-17]. Следовательно, важной составляющей культуры безопасности в медицинских организациях является не только безопасность пациентов, но и безопасность медицинских работников.

Все большее количество стран, включая Соединенные Штаты Америки, Великобританию и Австралию [18], активно внедряют и оценивают культуру безопасности пациентов. Основное внимание уделяется таким ключевым аспектам, как командная работа, обучение, управление ошибками и постоянное совершенствование качества, с целью выявления сильных и слабых сторон системы здравоохранения. Для обеспечения безопасности пациентов рекомендуется развивать культуру безопасности через систематическое обучение, профессиональное развитие и создание неперсонифицированной (некарательной) среды для обсуждения и сообщения об ошибках [19].

В Казахстане в последние годы также проводятся реформы в области сестринского дела, включая изменения в практике, образовании и научных исследованиях [20]. В связи с этим одним из приоритетных направлений для организаций здравоохранения становится приведение вопросов безопасности пациентов в сестринской практике в соответствие с международными стандартами [21]. На протяжении многих лет данная проблема практически не обсуждалась публично на различных уровнях управления системой здравоохранения, и открытое признание подобных ошибок остается редкостью даже в настоящее время [22].

Термин «культура безопасности» впервые был официально введен в нормативных документах системы здравоохранения Казахстана в 2012 году (Приложение «Стандарты аккредитации медицинских организаций», утверждённое приказом Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года № 676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»). В данных документах культура безопасности определяется как «некарательная обстановка в коллективе, при которой безопасность пациента ставится выше профессиональной солидарности. Руководство организации внедряет и поддерживает культуру безопасности, поощряет выявление инцидентов и принимает системные меры по улучшению работы».

Таким образом, в нормативных документах РК прописаны требования к руководству медицинских организаций, согласно которым необходимо выявлять проблемы «безопасности пациента на различных этапах оказания медицинской помощи» и вести учет, анализ медицинских инцидентов (Приказ Министра здравоохранения РК от 21 декабря 2020 года №КР ДСМ-299/2020 «Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения» [23]; Кодекс

Республики Казахстан от 7 июля 2020 года №360-VI ЗРК «О здоровье народа и системе здравоохранения» [24]; Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан «Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа» от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-147/2020 [25]). Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 24 июля 2024 года №58 «Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников» подчеркивает актуальность и необходимость системного подхода к обеспечению безопасности пациентов в медицинских организациях [26].

В настоящее время культура безопасности наиболее активно внедряется в медицинских организациях Казахстана, аккредитованных по национальным и международным стандартам, такие как Joint Commission International (JCI), которые применяют международные передовые практики для обеспечения высокого уровня безопасности и качества медицинской помощи. Девять медицинских организаций Казахстана аккредитованы в соответствии с международными стандартами JCI [27, 28].

Исследование, проведенное в Казахстане [29] показало, что 40,8% опрошенных пациентов сталкивались с медицинскими ошибками. В свою очередь, авторы другого исследования [30] отметили, что культура безопасности пациентов в Казахстане остается недостаточно развитой и подчеркнули необходимость внедрения некарательных мер. При этом вопросы оценки культуры безопасности пациентов среди медицинских работников остаются недостаточно изученными. Понимание текущего состояния культуры безопасности пациентов имеет ключевое значение для выявления проблем и повышения безопасности и качества медицинской помощи.

В этой связи оценка культуры безопасности пациентов в профессиональной деятельности специалистов сестринского дела и разработка направлений её совершенствования представляют собой актуальную научную и практическую задачу для системы здравоохранения Казахстана.

Цель исследования:

Провести комплексную оценку состояния культуры безопасности пациентов среди специалистов сестринского дела в аккредитованных по национальным и международным стандартам клиниках с целью разработки рекомендаций по ее совершенствованию.

Объект и предмет исследования:

Объект исследования – культура безопасности пациентов в работе специалистов сестринского дела.

Предмет исследования – отчеты специалистов сестринского дела об инцидентах, результаты анкетирования медицинских сестер с использованием международных валидированных опросников HSOPSC 2.0 и PES-NWI, результаты полуструктурированного интервьюирования специалистов сестринского дела.

Задачи исследования:

1. Провести анализ отчетов медицинских сестер об инцидентах в клиниках корпоративного фонда «University Medical Center», аккредитованных по

национальным и международным стандартам «Joint Commission International», для выявления структурных и динамических характеристик инцидентов.

2. Оценить состояние культуры безопасности пациентов в практической деятельности специалистов сестринского дела и ее взаимосвязь с рабочей средой медицинской сестры.

3. Определить факторы, влияющие на культуру безопасности пациентов, на основе результатов полуструктурированных глубинных интервью.

4. Разработать и внедрить научно-обоснованные методические рекомендации по совершенствованию культуры безопасности пациентов для практикующих медицинских сестер.

Методы исследования:

1. Информационно-аналитический

2. Метод анкетирования

3. Статистические методы анализа данных (методы описательной статистики, непараметрические статистические методы, корреляционный анализ, множественная линейная регрессия, бинарная логистическая регрессия)

4. Индуктивный контент-анализ

Научная новизна результатов исследования:

В рамках исследования:

Впервые в Казахстане проведен комплексный анализ текущего положения культуры безопасности пациентов в работе медсестер с использованием методов количественного и качественного исследования.

Проведена оценка связи культуры безопасности пациентов с рабочей средой медицинской сестры, а также выявлены факторы, влияющие на культуру безопасности пациентов.

Впервые валидированы на казахском и русском языках анкеты опросники Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 (HSOPSC 2.0) и Practice Environment Scale of the Nursing Work Index (PES-NWI) в Республике Казахстан для специалистов сестринского дела, которые могут применяться для оценки культуры безопасности и условий сестринской среды в организациях здравоохранения различных уровней.

Впервые разработаны и внедрены в медицинские организации Республики Казахстан научно-обоснованные методические рекомендации для практикующих медицинских сестер по совершенствованию культуры безопасности пациентов.

Практическая значимость:

Выявленные типы инцидентов, особенности их регистрации, а также факторы, влияющие на качество обеспечения безопасности пациентов, могут быть использованы при разработке и корректировке внутренних регламентов медицинских организаций, с целью совершенствования системы управления рисками и формирования ненаказуемой среды отчетности.

Разработанные научно-обоснованные методические рекомендации по совершенствованию культуры безопасности пациентов могут быть интегрированы в систему непрерывного профессионального развития медицинских сестер и использованы в качестве практического инструмента повышения качества и безопасности медицинской помощи.

Адаптированные международные опросники могут быть использованы для мониторинга культуры безопасности в практической деятельности медицинских организаций.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Наиболее частыми типами являются инциденты, связанные с нарушениями организационных процессов, технических условий и госпитализации пациентов, доля инцидентов о «почти ошибке» («near miss»), является низкой относительно международной практики со зрелыми системами культуры безопасности, выявлен рост анонимной подачи медсестрами отчетов об инцидентах.

2. Общая оценка культуры безопасности пациентов в практике медицинских сестер показала средний уровень её сформированности.

3. Условия среды сестринской практики являются значимыми предикторами высокого уровня культуры безопасности пациентов.

4. На культуру безопасности пациентов влияют факторы, проявляющиеся на организационном, групповом и индивидуальном уровнях.

Публикации по теме диссертации:

По теме диссертационного исследования опубликовано 16 научных трудов, среди которых 1 полнотекстовая статья в журнале, индексируемом базами Scopus, Web of Science (Clarivate Analytics, процентиль 96, квартиль Q1), 2 публикации в изданиях, рекомендованных Комитетом по обеспечению качества в сфере науки и высшего образования Министерства науки и высшего образования Республики Казахстан (список 2), 5 тезисов в сборниках международных конференций, 1 методические рекомендации, 5 свидетельств о государственной регистрации прав на объект авторского права РК (Приложение А), 2 акта внедрения методических рекомендаций в деятельность организаций практического здравоохранения (Приложение Б).

Апробация диссертации:

Результаты исследования и основные положения диссертации были представлены и обсуждены на следующих международных научно-практических конференциях:

- научно-практической конференции «Наши медицинские сестры – наше будущее», РОО ССД «Парыз» (Астана, 2023);
- республиканской научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы первичной медико-санитарной помощи: современные тенденции, проблемы и пути их решения» (Астана, 2024);
- международной сестринской конференции «От навыков к качеству. От заботы к результату» РОО ССД «Парыз» (Астана, 2025);
- круглом столе, посвященному обсуждению актуальных вопросов в сестринском деле «Расширение роли медицинской сестры в системе здравоохранения: от раннего вмешательства до реабилитации» (Астана, 2025);
- международной конференции «Глобальная миссия милосердия: сестринское дело в меняющемся мире», приуроченная к Международному дню медицинской сестры (Алматы, 2025);
- 1-й международной конференции Назарбаев Университета по

планетарному здоровью и экологически устойчивому здравоохранению (Астана, 2025).

Личный вклад автора

Личный вклад автора заключается в разработке теоретической и методологической программы исследования, цели, задач исследования, организации и проведении исследования, непосредственном участии во всех этапах исследовательских работ, статистической обработке данных, написании разделов диссертации, интерпретации и обсуждении результатов, формулировании положений, выносимых на защиту, а также, выводов и практических рекомендаций.

Объем и структура диссертации. Диссертация представлена на 148 страницах печатного текста, включает введение, три раздела, заключение с выводами и практическими рекомендациями, а также список использованной отечественной и зарубежной литературы, содержащий 184 источников, и 8 приложений.

1 ЛИТЕРАТУРНЫЙ ОБЗОР

1.1 Понятие и значение культуры безопасности пациентов в здравоохранении

Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет безопасность пациентов как «систему организованных мероприятий, формирующих культуру, процессы, процедуры, модели поведения, технологии и среду в сфере здравоохранения, которые последовательно и устойчиво снижают риски, уменьшают вероятность возникновения предотвратимого вреда, делают ошибки менее вероятными и смягчают их последствия в случае возникновения» [1]. Обеспечение доступа населения к качественным и безопасным медицинским услугам, по мнению ВОЗ, невозможно без создания высоконадежных систем, основанных на поддержке прозрачной культуры безопасности, ориентированной на непрерывное обучение и исключая карательные подходы.

В научной литературе термин «культура безопасности» впервые был введен Международной консультативной группой по ядерной безопасности в докладе о Чернобыльской катастрофе 1986 года [31]. Впоследствии он стал использоваться в различных отраслях с высоким уровнем риска, включая систему здравоохранения [32]. Культура безопасности понимается как система ценностей и норм, определяющих поведение персонала в вопросах обеспечения безопасности пациентов [4, р. 199]. Так, Агентство по исследованиям и качеству в здравоохранении (AHRQ) трактует культуру безопасности как уровень организационной поддержки и содействия безопасности пациентов [33]. ВОЗ подчеркивает, что она представляет собой сочетание индивидуальных и коллективных ценностей, установок и моделей поведения, определяющих подход к управлению безопасностью в организациях [1].

По данным ВОЗ, безопасность пациентов заключается в предотвращении медицинских ошибок и их неблагоприятных последствий для пациентов во время оказания медицинской помощи. Культура безопасности пациентов основывается на системе мероприятий, формирующих ценности, убеждения и принципы медицинских организаций, в которых безопасность пациентов становится приоритетом [4, р. 199]. Небезопасная медицинская практика может привести к травмам, смерти или инвалидности пациента [34]. В рамках глобальной политики здравоохранения по улучшению безопасности пациентов ВОЗ признала основополагающим право человека на безопасное медицинское обслуживание [35] и приняла Глобальный план действий по безопасности пациентов на 2021–2030 гг.: «На пути к устранению предотвратимого вреда в здравоохранении» [1] на 74-й Всемирной ассамблее здравоохранения [36].

Значимость культуры безопасности особенно проявляется в масштабах последствий небезопасной медицинской практики. Ненадлежащее оказание медицинской помощи ежегодно приводит к 134 миллионам неблагоприятных событий в больницах стран с низким и средним уровнем дохода [37]. Примерно один из каждых 10 пациентов получает вред при оказании медицинской помощи, и более 3 миллионов смертей ежегодно происходят вследствие небезопасного ухода. В настоящее время из каждых 100 госпитализированных пациентов 10 в

развивающихся странах и 7 в развитых странах сталкиваются с осложнениями, связанными с оказанием медицинской помощи. В странах с низким и средним уровнем дохода от небезопасного ухода умирают 4 из 100 пациентов [38]. Более 50% негативных последствий в сфере здравоохранения можно предотвратить, при этом каждый двадцатый пациент сталкивается с ними, половина этого вреда связана с лекарствами [34, р. 313; 39]. Нанесение вреда пациентам может ежегодно ограничивать мировой экономический рост на 0,7%. Косвенные издержки этого явления во всем мире ежегодно измеряются триллионами долларов США [38, р. 3-73]. Распространение подобных инцидентов привело к признанию необходимости улучшения культуры безопасности пациентов в отрасли здравоохранения во всем мире.

Безопасность пациентов рассматривается как один из стратегических компонентов управления здравоохранением. Существенный вклад в развитие данной концепции внес доклад Института медицины США «To Err Is Human» (2000) [5, р. 3-310], в котором безопасность была определена как фундаментальный аспект ухода за пациентами и обозначена необходимость системного подхода к предотвращению медицинских ошибок и минимизации их последствий. Культура безопасности пациентов формируется на основе ценностей, убеждений и норм, определяющих поведение руководства и медицинского персонала. Она охватывает отношение к вопросам безопасности, ожидаемые модели поведения, допустимые и недопустимые установки, а также организационные процессы и процедуры, которые поддерживаются или отвергаются в контексте обеспечения безопасности [4, р. 199]. Актуальные данные в сфере здравоохранения подчеркивают острую необходимость, чтобы системы здравоохранения в срочном порядке поставили безопасность пациентов в число своих главных приоритетов [1].

Исследования, посвященные качеству медицинской помощи и безопасности пациентов, часто основываются на модели Донабедиана [10, р. 691-728], которая является одной из наиболее фундаментальных теоретических основ в этой области. Она опирается на три взаимосвязанных компонента: структура (ресурсы и организация системы), процессы (взаимодействия, ведущие к оказанию помощи) и результаты (состояние здоровья, удовлетворенность пациентов и другие итоги). Эта модель позволила стандартизировать подход к управлению качеством, создав основу для последующих разработок в области безопасности пациентов [10, р. 691-728].

В свою очередь, модель «Safer Culture Framework», предложенная Bisbey Т.М. и коллегами (2021), представляет собой современный, мультидисциплинарный подход к формированию культуры безопасности в организациях (рисунок 1) [40, 41].

Эта рамочная модель подчеркивает, что культура безопасности является не просто следствием организационных структур, а результатом социального обучения, психологической безопасности, лидерского поведения и вовлеченности персонала. Модель включает четыре ключевых измерения: 1. Shared beliefs and values (разделяемые убеждения и ценности). 2. Action and learning orientation (направленность на действия и обучение). 3. Fair accountability

(справедливая подотчетность) и 4. Enabling leadership (поддерживающее лидерство). Эта структура позволяет активно влиять на формирование позитивной культуры безопасности и обеспечивает устойчивые изменения на организационном, групповом и индивидуальном уровнях.

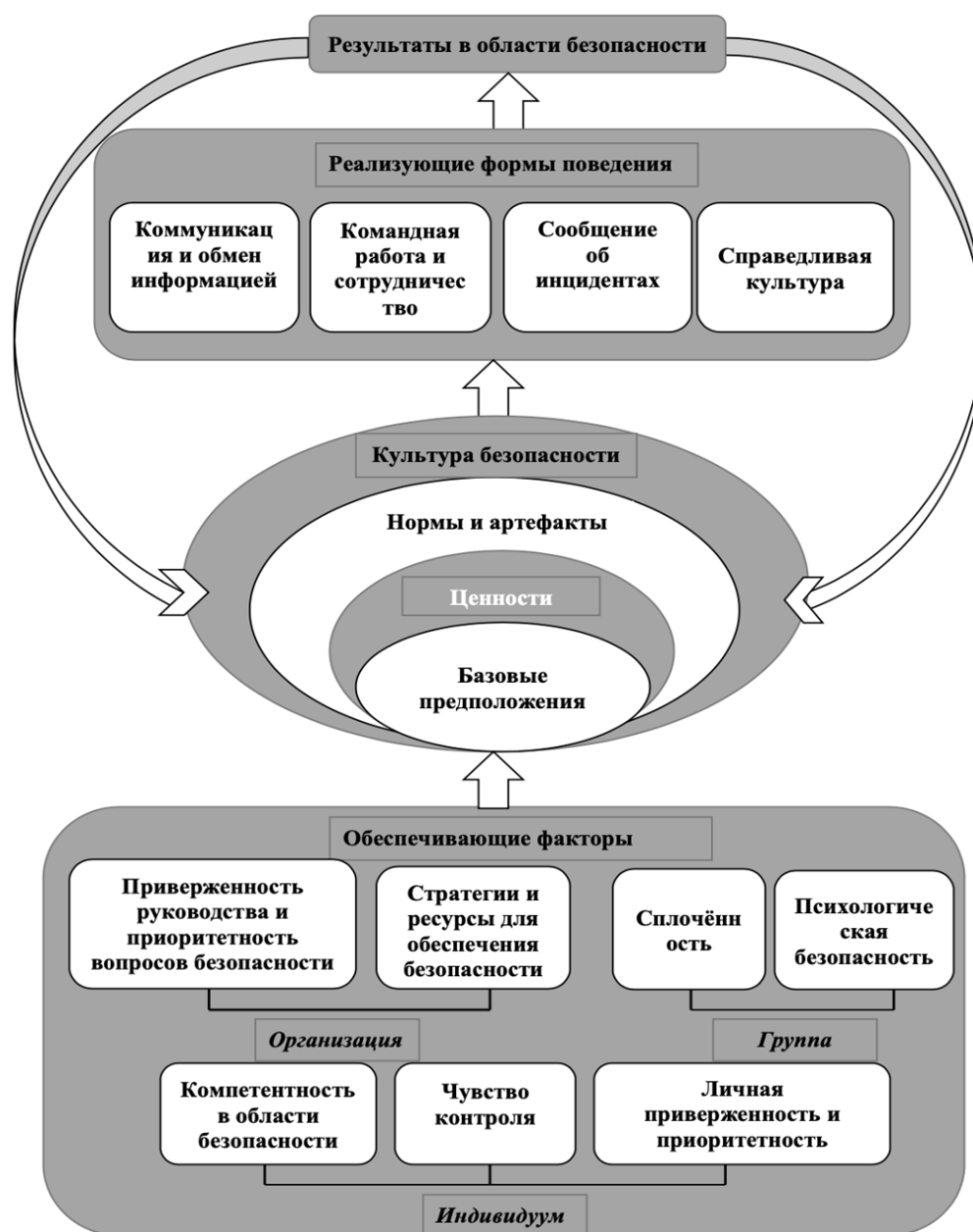


Рисунок 1 – Рамочная модель «Safer Culture Framework»

Примечание – Составлено по источнику [41, р. 209]

Таким образом, модель Донабедиана закладывает основу для анализа систем здравоохранения с точки зрения качества, тогда как Safer Culture Framework предлагает инструменты для формирования и укрепления культуры безопасности как динамичного и обучающегося явления. Вместе они представляют собой эволюцию взглядов: от оценки «что есть» к

целенаправленному созданию «что должно быть» в контексте безопасной медицинской среды.

Модели оценки и повышения качества медицинской помощи и уровня безопасности пациентов получили распространение в ряде стран, включая США, Великобританию и Австралию, где предпринимаются системные меры по внедрению и оценке культуры безопасности пациентов [18, p. 95]. Основное внимание при этом уделяется таким ключевым аспектам, как командная работа, обучение, управление ошибками и постоянное повышение качества, с целью выявления сильных сторон и устранения проблем в системе здравоохранения. Кроме того, для обеспечения безопасности пациентов рекомендуется развивать культуру безопасности через систематическое обучение, профессиональное развитие и создание некарательной среды для обсуждения и сообщения об ошибках [19, p. 1057].

Термин «культура безопасности пациентов» впервые появился в нормативных актах здравоохранения Казахстана в 2018 году. С этого времени медицинские организации обязаны внедрять меры по обеспечению безопасности, поощрять сообщение об инцидентах и систематически совершенствовать свою практику (приказ Министра здравоохранения от 5 июня 2018 года №325 «О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»)) [42, 43].

В настоящее время внедрение культуры безопасности в Казахстане в основном распространено среди медицинских учреждений, прошедших аккредитацию по стандартам JCI. В соответствии с этими стандартами данные клиники внедряют международные передовые практики с целью обеспечения высокого уровня безопасности и качества медицинских услуг. На сегодняшний день девять казахстанских медицинских организаций имеют международную аккредитацию JCI. Стандарты JCI, охватывающие клиническую помощь, безопасность пациентов, управление инфраструктурой и административные процессы, служат мировым ориентиром для обеспечения высококачественной, безопасной и постоянно совершенствующейся медицинской помощи [28, p. 4-458]. Однако исследование, проведенное в Казахстане О. Tsigengagel и соавт., показало, что 109 из 267 участников (40,8%) сообщили о проблемах, связанных с практическими ошибками [29, p. skab165.445]. Кроме того, А.К. Мусаханова и соавт. отметили, что культура безопасности пациентов в Казахстане все еще остается недостаточно развитой, подчеркнув необходимость усиленного внимания к некарательным мерам при рассмотрении ошибок медицинского персонала [30, p. 60-70].

С 2021 года в нормативно-правовой системе здравоохранения Республики Казахстан действует Приказ Министра здравоохранения РК от 22 октября 2020 года №ҚР ДСМ-147/2020, утвердивший «Правила определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа». Согласно данному документу, на руководство медицинских организаций возложена обязанность по обеспечению выявления, регистрации и анализа медицинских инцидентов, а также по принятию системных мер, направленных на снижение рисков и

повышение безопасности пациентов [25]. Эти положения фактически закрепляют требования к формированию культуры безопасности в клинической практике на уровне нормативной базы. Также были введены новые правила для системы обязательного страхования профессиональной ответственности медицинских работников, которые позволяют пациентам получать компенсацию за вред, причиненный в процессе оказания медицинской помощи [26].

Таким образом, культура безопасности пациентов в здравоохранении представляет собой сложный и многокомпонентный феномен, требующий междисциплинарного подхода, организационной зрелости и активного участия всех уровней медицинского персонала. Медицинские сестры, находясь на передовой линии оказания помощи, играют стратегическую роль в обеспечении безопасной среды для пациентов и должны рассматриваться как полноправные участники системы обеспечения качества медицинской помощи.

1.2 Международные стандарты в области безопасности пациентов

Безопасность пациентов рассматривается не только как соблюдение процедур, но и как формирование культуры безопасности, постоянное совершенствование процессов, обучение персонала и вовлечение пациентов. Управление качеством в здравоохранении представляет собой непрерывный процесс, направленный на повышение эффективности, безопасности и удовлетворенности пациентов посредством анализа и оптимизации клинических процессов. Эффективная система управления качеством снижает риски, предупреждает инциденты и обеспечивает устойчивое развитие медицинской организации [33]. Одним из ключевых инструментов реализации этих принципов на практике является аккредитация медицинских организаций.

Аккредитация во всем мире считается важным механизмом повышения качества и безопасности медицинской помощи, поскольку помогает улучшать управление клиническими процессами, укреплять работу медицинских организаций и внедрять практики безопасности, что в итоге связано с сокращением сроков госпитализации и лучшим выявлением предотвратимых инцидентов [19, p. 1057; 44]. Как правило, аккредитованные медицинские организации работают более организованно, в них более ясно распределены обязанности персонала, внедрены протоколы безопасности и системы управления рисками по сравнению с неаккредитованными учреждениями [19, p. 1057; 44, p. 1-9].

Стандарты Международной организации по стандартизации (International Organization for Standardization, ISO) устанавливают единые требования к качеству и безопасности медицинской помощи, а сертификация подтверждает их соблюдение, повышает доверие пациентов и специалистов [45] и способствует улучшению внутренних процессов и снижению рисков; при этом стандарт ISO 45001 направлен на охрану труда и безопасность персонала, формируя безопасную среду и культуру безопасности в организациях [46]. Сертификация ISO позволяет независимо подтвердить, что медицинская организация соответствует требованиям качества и безопасности и тем самым повышает доверие к ее работе [47].

Исследования показывают, что внедрение сертифицированной системы может быть сложным процессом, особенно если сертификация воспринимается лишь как формальная процедура, а не как реальный инструмент улучшения качества [48]. Достижение сертификации ISO следует рассматривать не как самоцель, а как долгосрочный процесс, который дает устойчивые результаты только при его интеграции в организационную культуру. Стандарты ISO также влияют на практику безопасности пациентов в сестринской деятельности, укрепляя культуру безопасности, поддерживая использование доказательных практик и непрерывное профессиональное развитие [49]. Исследования подтверждают, что повышение компетенций медсестер в рамках обучения по стандартам ISO ведет к улучшению клинических результатов и снижению частоты неблагоприятных событий [7, p. 2028].

Кроме того, командная работа и межпрофессиональное взаимодействие, на которых акцентируют внимание стандарты ISO, способствуют более эффективному соблюдению протоколов безопасности в медицинских организациях [7, p. 2028; 50]. Формирование позитивного восприятия культуры безопасности и поддержка со стороны руководства играют ключевую роль в успешной интеграции стандартов ISO в повседневную медицинскую практику [51].

Международные цели безопасности пациентов (International Patient Safety Goals, IPSGs) имеют особое значение для регулирования деятельности медицинских сестер, направленной на обеспечение безопасного ухода за пациентами [52]. ВОЗ и ведущие медицинские организации выделяют шесть ключевых международных целей по безопасности пациентов [28, p. 4-458; 53-55]:

1. Правильная идентификация пациента. Перед любой диагностической или лечебной процедурой пациента обязательно идентифицируют минимум по двум данным (например, ФИО и дате рождения). Номер палаты или отделения для этого не используется. Идентификация обязательна перед всеми диагностическими и лечебными процедурами.

2. Четкая передача информации между медицинскими работниками. Информация должна передаваться по стандартным правилам при смене дежурств, переводе пациента между отделениями, а также при передаче назначений и результатов обследований.

3. Безопасное применение лекарств повышенного риска. Назначение, хранение, приготовление и введение таких препаратов находятся под строгим контролем, чтобы избежать ошибок и возможного вреда пациенту.

4. Проверка пациента, процедуры и места операции. Перед операцией проводится подтверждение данных пациента, процедуры и участка вмешательства, выполняется маркировка. После операции фиксируются объем вмешательства и основные результаты в медицинской документации.

5. Профилактика внутрибольничных инфекций. Основная мера – соблюдение правил гигиены рук медицинским персоналом и контроль их выполнения.

6. Предотвращение падений пациентов. Медицинский персонал оценивает риск падения и принимает необходимые меры для его снижения.

Исследования подтверждают высокий уровень соблюдения стандартов IPSPGs среди среднего медицинского персонала, при этом более 84% медицинских сестер демонстрируют надлежащую реализацию целей безопасности [56]. Тем не менее, такие факторы, как рабочая нагрузка, стиль руководства и уровень институциональной поддержки, существенно влияют на соблюдение стандартов безопасности [57]. В связи с этим программы вроде «Образование медсестер в области качества и безопасности» (Quality and Safety Education for Nurses, QSEN) играют важную роль в формировании профессиональных компетенций, направленных на укрепление культуры безопасности среди медицинских сестер [58, 59].

Интеграции IPSPGs уделяется особое внимание в рамках Глобального плана действий ВОЗ по обеспечению безопасности пациентов на 2021-2030 годы [1; 56, р. 20-26]. План направлен на укрепление безопасности пациентов на глобальном уровне и включает развитие национальных политик, создание систем учета инцидентов, формирование обучающей среды и внедрение инновационных медицинских технологий и практик [58, р. 64].

Значительное влияние на деятельность специалистов сестринского дела и развитие культуры безопасности также оказывает аккредитация JCI. Исследования показывают, что ее прохождение улучшает восприятие безопасности среди медсестер, повышает готовность сообщать об инцидентах и укрепляет командную работу [60, 61]. Внедрение стандартов JCI способствует оптимизации работы операционных, совершенствованию практик назначения лекарственных средств и идентификации пациентов, что снижает уровень медицинских ошибок [62]. Однако внедрение этих стандартов может сопровождаться сопротивлением персонала, поэтому требует активной поддержки руководства и развития открытых каналов коммуникации [63].

Исследования показывают, что повышение осведомленности медицинских сестер и активное участие во внедрении стандартов JCI способствует укреплению культуры безопасности и улучшению качества медицинской помощи [62, р. 138-144; 64]. Кроме того, медсестры, лучше знакомые с протоколами безопасности пациентов, чаще проявляют инициативу в вопросах безопасности, что связано с лучшими результатами лечения, снижением повторных госпитализаций и более качественным ведением медицинской документации [62, р. 138-144; 65]. На уровне организаций стандарты JCI способствуют развитию культуры постоянного совершенствования качества, в основе которой лежат механизмы обратной связи и система непрерывного обучения [66]. Это особенно заметно в тех учреждениях, где внедрение стандартов JCI привело к созданию структурированных программ обучения для медицинского персонала, что способствует развитию профессиональных навыков и укреплению коллективной ответственности за безопасность пациентов [67]. Необходимо учитывать и вызовы аккредитации JCI, она может вызывать скепсис среди медицинских работников из-за культурного сопротивления и практических последствий внедрения этих стандартов [68].

В Казахстане наблюдается постепенный рост интереса медицинских организаций к международным аккредитациям, особенно среди крупных и частных клиник, ориентированных на повышение качества медицинской помощи и соответствие международным стандартам. Прохождение данных аккредитаций рассматривается как инструмент укрепления репутации медицинских организаций, повышения доверия пациентов и развития медицинского туризма. Наряду с международной аккредитацией важную роль в системе обеспечения качества медицинской помощи в стране играет национальная аккредитация медицинских организаций, проводимая в рамках государственной системы регулирования здравоохранения Казахстана [23].

Кроме того, образование и непрерывное профессиональное развитие являются неотъемлемыми элементами международных стандартов в сфере безопасности пациентов. Руководство ВОЗ по многопрофильному обучению безопасности пациентов (WHO Multi-Professional Patient Safety Curriculum Guide) предлагает образовательные модели, направленные на интеграцию концепций безопасности пациентов в программы подготовки медицинских работников [69]. Это обеспечивает медицинский персонал необходимыми знаниями и компетенциями для внедрения ключевых протоколов безопасности, таких как Контрольный список безопасной хирургии ВОЗ, применение которого достоверно снижает количество хирургических осложнений [70].

Таким образом, международные стандарты в области безопасности пациентов играют ключевую роль в совершенствовании систем здравоохранения и улучшении медицинских результатов во всем мире. Программы аккредитации, стандарты ISO, стратегические инициативы ВОЗ и классификационные системы, такие как ICPS, формируют системный подход к управлению рисками, укрепляют культуру безопасности и обеспечивают медицинских работников, особенно средний медицинский персонал, эффективными инструментами для оказания качественной и безопасной медицинской помощи. Непрерывное взаимодействие и активное участие медицинских организаций в реализации международных стандартов позволяют систематически улучшать показатели безопасности пациентов.

1.3 Роль сестринского персонала и среды сестринской практики в обеспечении безопасности пациентов

Профессиональная деятельность медсестер, основанная на постоянном непосредственном контакте с пациентами, играет ключевую роль в обеспечении их безопасности. Среди основных функций медсестер можно выделить наблюдение за состоянием пациентов, проведение перевязок и введение медикаментов. Кроме того, они выполняют управленческие задачи, включая отчеты о случаях, связанных с безопасностью, участие в административной деятельности и реализацию мер по улучшению условий работы [71].

Качество сестринского ухода за пациентами и общее благополучие медицинских работников тесно взаимосвязаны с условиями труда, в которых осуществляется их профессиональная деятельность. Рабочая среда медсестры – это совокупность организационных условий, которые могут поддерживать или

затруднять профессиональную сестринскую практику, включая физическую среду, взаимодействие в коллективе, организацию работы и политику регулирования условий труда [72]. На глобальном уровне в области сестринского дела активно обсуждается важность условий труда медсестер как катализатора повышения качества медицинской помощи.

Доклад Института медицины (ИОМ) 2004 года «Обеспечение безопасности пациентов: трансформация условий труда медсестер» [73] и инициатива Всемирного дня безопасности пациентов в 2020 году, проведенная под девизом «Безопасные медицинские работники, безопасные пациенты» [74] подчеркивают значение безопасных условий труда медицинского персонала. Эти примеры демонстрируют стратегическое значение улучшения условий труда медсестер для повышения безопасности пациентов и эффективности системы здравоохранения. Кроме того, рабочая среда медсестер считается важным структурным компонентом в модели качества медицинской помощи «Структура-процесс-результат», разработанной Донабедианом [10, р. 691-728]. Улучшение рабочей среды медсестры способствует оптимизации процессов оказания помощи, что, в свою очередь, приводит к улучшению результатов для пациентов, включая их выздоровление и снижение риска ошибок.

Более того, ВОЗ подчеркивает, что высокий уровень безопасности медицинской помощи зависит не только от технического оснащения больниц, но и от условий труда медицинских работников, особенно медицинских сестер, которые непосредственно участвуют в уходе за пациентами [75]. Так, публикация доклада «To Err Is Human» (1999) выявила высокий уровень смертности пациентов в США, связанный с медицинскими ошибками (от 44 000 до 98 000 случаев ежегодно), что привлекло повышенное внимание к вопросам медицинской безопасности и вызвало активный рост числа научных публикаций на эту тему [5, р. 4-310]. Эти исследования показывают, что неблагоприятные условия труда для медицинских сестер повышают вероятность совершения медицинских ошибок [76, 77]. Рабочая среда медицинских сестер представляет собой многогранное понятие, которое определяется как «организационные характеристики рабочего места, способствующие или ограничивающие профессиональную практику медицинских сестер» [72, р. 176-187].

Международные исследования показали, что благоприятная рабочая среда, характеризующаяся справедливым распределением рабочей нагрузки и отзывчивым руководством, не только снижает риск медицинских ошибок, но и повышает общее качество медицинской помощи [78]. Более того, эти исследования подчеркивают, что культура безопасности пациентов зависит от таких факторов, как эффективное руководство, всесторонняя подготовка персонала и наличие четко определенных нормативных регламентов [79]. Исследование в США доказало, что благоприятная рабочая среда для медицинских сестер снижает уровень профессионального стресса, улучшает коммуникацию внутри медицинских команд и способствует более внимательному отношению к пациентам [80]. Пандемия COVID-19 наглядно продемонстрировала необходимость изучения вопросов безопасности пациентов в больницах, особенно в контексте условий труда медицинских сестер [81].

В Казахстане система здравоохранения проходит активные реформы, направленные на повышение качества медицинской помощи и модернизацию системы сестринского образования [82]. Однако рабочая среда медицинских сестер в стране по-прежнему сталкивается с рядом проблем, включая высокую рабочую нагрузку и эмоциональное выгорание [22, р. е70005]. Эти факторы могут оказывать негативное влияние на культуру безопасности пациентов, что делает изучение данной темы особенно актуальным.

Международные исследования подтверждают связь между благоприятными условиями труда медсестер и качеством, и безопасностью медицинской помощи. Поддерживающая рабочая среда способствует формированию культуры безопасности и эффективности сестринской практики, на которую влияют такие факторы, как межпрофессиональное взаимодействие, лидерство, рабочая нагрузка, профессиональный статус, организационная политика, профессиональное развитие и механизмы обеспечения безопасности пациентов.

Недостаточная коммуникация медсестер с пациентами повышает риск задержки помощи, ухудшения состояния и снижения удовлетворенности пациентов [83]. Эффективность сестринской практики во многом зависит от командной работы, включая сотрудничество с коллегами, клиническую поддержку, совместное принятие решений и эффективную коммуникацию [84, 85]. Взаимодействие медсестер с администрацией и врачами, основанное на организационной поддержке, признании профессиональной роли и эффективной коммуникации, является важным фактором формирования благоприятной профессиональной среды [86].

Лидерство – ключевой элемент культуры безопасности, влияющий на командное взаимодействие, управление ошибками и ситуационную осведомленность, что напрямую повышает безопасность и качество помощи пациентам [87]. Особенно важна роль руководителей подразделений, которые создают условия для эффективной командной работы, обмена информацией и обеспечения безопасности пациентов [88]. Руководители сестринского персонала должны своевременно выявлять трудности в работе сотрудников, поддерживать развитие эмоциональной устойчивости и создавать благоприятную рабочую среду, где проблемы можно обсуждать и решать открыто [89, 90]. Эффективное управление требует учета возрастных, национальных и образовательных различий медсестер, чтобы адаптировать стратегии и повышать удовлетворенность работой [91].

Тяжелые условия работы в реанимации усиливают стресс у медсестер, способствуют выгоранию, усталости от сострадания и повышают текучесть кадров [92, 93]. Длительные смены, недостаток сна и отсутствие перерывов приводят к переутомлению, что ухудшает качество жизни медсестер, снижает концентрацию и повышает риск ошибок и нежелательных событий в медицинской практике [94]. Недостаток сна и смены более 12,5 часов у медсестер в три раза повышают риск медицинских ошибок [90, р. 224-226; 94, р. 70-76].

Признание роли медсестер и повышение их профессионального статуса важны для создания благоприятных условий работы. Недостаток признания и поддержки снижает удовлетворенность работой и качество жизни медсестер, повышая риск ошибок. В условиях дефицита кадров и растущей нагрузки важно уделять внимание управлению стрессом, что помогает снижать текучесть кадров и укреплять престиж сестринской профессии [90, р. 224-226; 95]. Пандемия COVID-19 показала важную роль медсестер, однако сотрудники первичной медико-санитарной помощи часто оставались без достаточного признания и поддержки, несмотря на возросшую нагрузку. Недооценка их вклада может снижать мотивацию персонала и негативно влиять на безопасность пациентов, поэтому важно поддерживать профессиональную автономию медсестер и чувство их значимости в системе здравоохранения [90, р. 224-226; 96, 97]. Создание руководителями позитивной среды через вовлечение медсестер в постановку целей и стратегическое планирование повышает их удовлетворенность, снижает конфликты и ошибки, улучшая безопасность и результаты лечения [98, 99].

Нормативные акты и организационная политика играют ключевую роль в формировании условий работы медсестер и определяют качество предоставляемой медицинской помощи. Наличие четких стандартов и протоколов сестринского ухода, основанных на унифицированных процедурах и стандартизированном языке, а также создание соответствующих руководств способствуют повышению качества и безопасности медицинской помощи. Эти инструменты формируют «позитивную среду сестринской практики», что увеличивает удовлетворенность медсестер работой, стимулирует их профессиональную мотивацию и укрепляет кадровую устойчивость как в рамках медицинских учреждений, так и в профессии в целом [100, 101].

Поддержка профессионального развития медсестер рассматривается как ключевой компонент благоприятной профессиональной среды, способствующий повышению квалификации, формированию мотивации и профессиональной приверженности, что в совокупности положительно влияет на качество сестринского ухода и безопасность пациентов [85, р. 140-152; 102]. Исследования подтверждают, что медсестры с более высоким уровнем образования и знаний демонстрируют лучшие результаты: более благоприятную рабочую среду, меньший уровень выгорания и текучести кадров, а также большую готовность к отчетности о неблагоприятных событиях [102, р. 241-244; 103].

Для медицинских учреждений крайне важно реализовать политику охраны труда, которая способствует созданию комфортной и поддерживающей рабочей среды. Спокойная атмосфера, минимизация стресса и наличие профессиональной поддержки являются основой для эффективной работы медсестер. Профессиональный стресс, вызванный перегрузкой, конфликтами или нехваткой ресурсов, может стать причиной ошибок и снизить качество ухода за пациентами [101, р. 585-588]. Контроль и оценка психического здоровья и благополучия медицинских специалистов имеют ключевое значение. Меры поддержки позволяют снизить стресс и способствуют повышению качества

медицинской помощи [85, р. 140-152]. Эффективное преодоление этих вызовов требует гибких графиков, психологической поддержки, обучения стресс-менеджменту и развития культуры доверия и равных возможностей, что укрепляет психоэмоциональное состояние медсестер, повышает мотивацию, лояльность и качество работы [104]. Для создания благоприятной среды сестринской практики важны программы наставничества, которые помогают медсестрам развивать профессиональные навыки и применять доказательные подходы в работе [100, р. e13291]. Особенно они полезны для новых сотрудников и стажеров, позволяя учиться у опытных коллег и повышая мотивацию, производительность и удовлетворенность работой [105, 106].

Таким образом, систематическая работа по улучшению условий труда медсестер и внедрению практик, ориентированных на безопасность и качество, должна стать стратегическим приоритетом для организаций здравоохранения. Рабочая среда является ключевым фактором, определяющим эффективность сестринской практики и безопасность пациентов. Признание роли медсестер, их профессиональной автономии и активное вовлечение в процессы управления и планирования напрямую влияют на качество ухода. Поддерживающая среда, включающая справедливую нагрузку, лидерство, наставничество и психологическую поддержку, снижает риск ошибок и выгорания, повышает удовлетворенность и удержание персонала. Формирование позитивного климата в коллективе и развитие культуры безопасности укрепляют статус медсестер и способствуют улучшению качества и результатов медицинской помощи.

1.4 Управление инцидентами и факторы, влияющие на подачу медицинскими сестрами отчетов об инцидентах

Медицинские ошибки или инциденты имеют серьезные последствия для общественного здравоохранения. По определению ВОЗ, инцидент в сфере безопасности пациентов – это событие, связанное с оказанием медицинской помощи, которое привело или могло привести к причинению вреда здоровью пациента, включая риск угрозы жизни или смерти [107]. Одним из ключевых инструментов обеспечения безопасности пациентов и улучшения качества ухода является система отчетности об инцидентах в сестринском деле. Она представляет собой механизм документирования любых неблагоприятных событий (например, падений пациентов, ошибок при приеме лекарственных средств, резкого ухудшения состояния пациента). Такие отчеты должны заполняться медперсоналом, который стал очевидцем или непосредственным участником инцидента, в кратчайшие сроки после его возникновения [3].

Согласно исследованиям, до 70% медицинских ошибок могут быть предотвращены при использовании систематической отчетности об инцидентах медицинскими сестрами [108]. Достижению этих целей способствует формирование надежной системы отчетности, направленной на повышение качества сестринской помощи, снижение неблагоприятных инцидентов и укрепление культуры безопасности в здравоохранении [109]. Несмотря на центральную роль медсестер в выявлении и управлении медицинскими ошибками, от 50 до 96% случаев остаются незарегистрированными [110, 111].

Это существенно ограничивает потенциал институциональных систем управления ошибками и препятствует развитию культуры безопасности.

Для объяснения возникновения медицинских ошибок широко используется модель швейцарского сыра, разработанная J. Reason [112]. Согласно этой модели, система здравоохранения состоит из нескольких уровней защиты (клинические протоколы, контроль коллег, технологические системы и организационные процедуры). Каждый уровень содержит определенные зоны риска («отверстия»), возникающие из-за человеческих, организационных или технических факторов. Когда такие уязвимости совпадают на нескольких уровнях, ошибка может пройти через все барьеры и привести к вреду для пациента. В сестринской практике система отчетности об инцидентах позволяет выявлять такие зоны, анализировать причины ошибок и предотвращать их повторение. Добровольное сообщение медсестер об инцидентах рассматривается как важный элемент организационного обучения и повышения безопасности пациентов.

Корректный отчет об инциденте должен содержать точные данные о времени, месте, обстоятельствах события, предпринятых действиях и мерах по предотвращению повторения. Такая отчетность повышает прозрачность, поддерживает культуру открытости и способствует улучшению качества и безопасности медицинской помощи [28, р. 4-458].

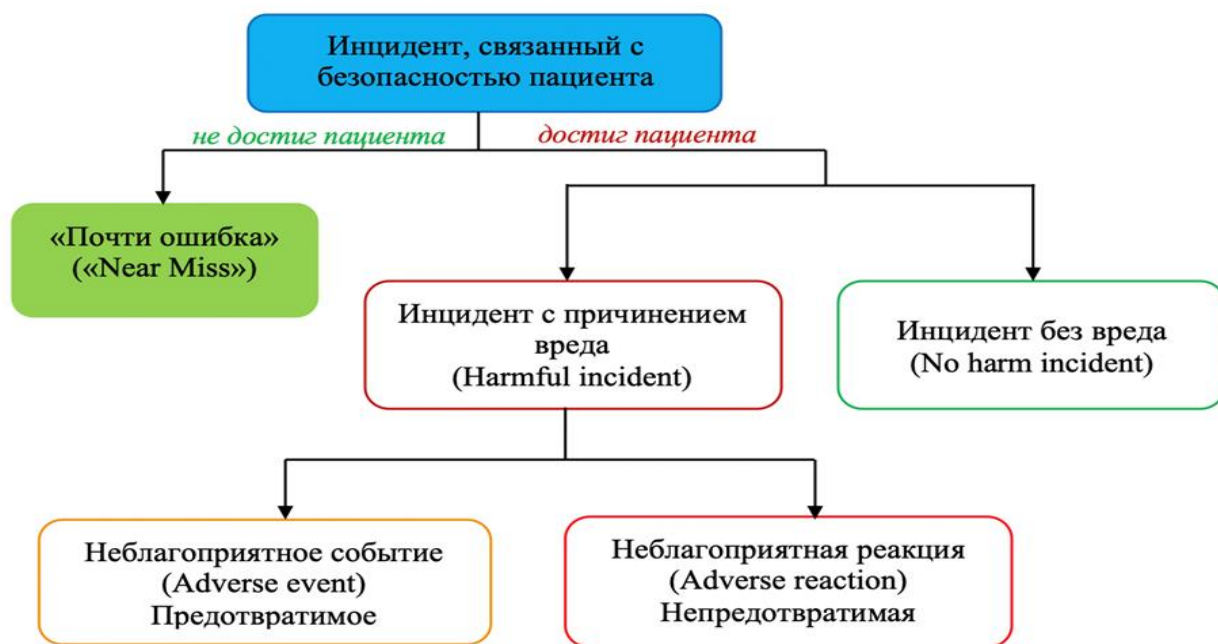


Рисунок 2 – Классификация инцидентов, связанных с безопасностью пациентов (ВОЗ, 2024)

В соответствии с рисунком 2, структурированная система классификации инцидентов, связанных с безопасностью пациентов, разработана и применяется на международном уровне, в частности Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) в рамках Международной классификации инцидентов безопасности пациентов (International Classification for Patient Safety, ICPS).

Данная классификация представляет собой стандартизированную систему, обеспечивающую единообразие учета, анализа и сопоставления данных о случаях, связанных с безопасностью пациентов, в медицинских организациях по всему миру [3].

В сестринской практике применение ICPS дает медсестрам инструменты для своевременного выявления, регистрации и анализа инцидентов, что способствует повышению эффективности обучающих мероприятий и предотвращению подобных случаев в будущем [113, 114]. Исследования показывают, что использование ICPS улучшает коммуникацию между персоналом, поддерживает образовательные инициативы и способствует развитию коллективной ответственности за безопасность пациентов [115-117]. Важнейшей функцией ICPS является систематизация анализа неблагоприятных событий, в том числе в условиях кризисов, таких как пандемия COVID-19 [118, 119].

Исследования, в которых изучалось отношение медсестер к добровольному отчету об инцидентах, дали неоднозначные результаты. В одних медсестры положительно относятся к добровольному отчету об инцидентах [120], в то время как в других исследованиях сообщалось об обратном [111, р. 806-813; 121]. Позитивное отношение обычно связано с чувством профессиональной ответственности: многие медсестры считают сообщение об инцидентах своей обязанностью и важным вкладом в обеспечение безопасности пациентов и качества ухода [121, р. 212-216; 122, 123]. В то же время высокая рабочая нагрузка и административные задачи часто приводят к тому, что отчетность воспринимается как менее приоритетная задача [121, р. 212-216; 124].

Недостаток знаний и сложности в распознавании ошибок также могут приводить к несообщению об инцидентах [125, 126]. Медсестры чаще сообщают о более серьезных ошибках, причиняющих значительный вред пациентам [126, р. 931-937; 127-129], тогда как менее значительные ошибки или «почти ошибки» нередко остаются незарегистрированными, поскольку считаются неопасными или вовремя исправленными [128, р. 690-694; 130]. Медсестры также реже сообщали об ошибках, когда об ошибках знали только они сами [129, р. 1941-1948]. Кроме того, некоторые сотрудники избегают отчетности из-за опасения негативной реакции коллег [110, р. 453-468]. Что касается формы сообщения, медсестры чаще предпочитают устно информировать коллег или руководителей, а не оформлять письменный отчет. Это связано с желанием получить поддержку и разъяснения, а также с опасением фиксировать собственные ошибки в документах [126, р. 931-937]. Исследования в странах Юго-Восточной Азии показывают, что из-за выраженной иерархии медсестры чаще сначала устно сообщают об инцидентах старшим коллегам или руководителям смены и только после их одобрения оформляют официальный отчет [131, 132].

О.О. Afolalu et al. [127, р. 1007-1014] выявили положительные организационные факторы, такие как ясность в определении ошибок, четкие инструкции по отчетности и руководители сестринского дела в качестве образцов для подражания, которые стимулируют медсестер к приверженности

добровольному отчету об инцидентах. Также была подтверждена необходимость предоставления обратной связи [121, р. 212-216; 127, р. 1007-1014; 133, 134].

Одним из факторов, сдерживающих медсестер сообщать об инцидентах, является отсутствие уверенности в анонимности таких сообщений и страх раскрытия своей личности, что снижает их готовность участвовать в системе отчетности [123, р. 129-136; 135]. Также, готовность медсестер сообщать об инцидентах снижается, когда руководство не реагирует на сообщения, не анализирует причины ошибок и сохраняется практика поиска виновных, что вызывает у персонала страх обвинений и возможных негативных последствий [121, р. 212-216; 126, р. 931-937; 127, р. 1007-1014; 128, р. 690-694; 131, р. 1178-1187; 136-138]. Наконец, медсестры также опасаются огласки своих ошибок в средствах массовой информации [121, р. 212-216; 138, р. 580-587; 139, 140] и были обеспокоены тем, что это запятнает их репутацию и может негативно повлиять на оценку их профессионализма [128, р. 690-694; 135, р. 215-218; 138, р. 580-587]. Культура наказания в медицинских организациях, связанная со страхом дисциплинарных мер, штрафов или негативных последствий для карьеры, может заставлять медсестер скрывать ошибки и снижает их готовность добровольно сообщать об инцидентах [111, р. 806-813; 121, р. 212-216; 128, р. 690-694; 131, р. 1178-1187; 136, р. 566-573; 138, р. 580-587; 139, р. 135-143]. Причина нежелания медсестер заключалась в стремлении избежать совместной ответственности за ошибки своих коллег, которые могут привести к наказанию для всей команды. Это связано с их опасением оказаться виновными в ошибке, даже если они не были непосредственно вовлечены, что может привести к созданию атмосферы страха и недопонимания в команде [135, р. 215-218; 141].

Тем не менее, в литературе по культуре безопасности пациентов утверждается, что инциденты обычно возникают не в результате единичного события, вызванного человеком (человеческая ошибка), а скорее в результате серии событий. Эта точка зрения отражает сложность взаимодействия множества факторов [107; 142]. Несмотря на призывы медицинских учреждений снизить акцент на индивидуальной вине для продвижения поддерживающей культуры отчетности [123, р. 129-136; 136, р. 566-573], исследования показали, что нежелание медсестер регистрировать инциденты было частично связано с укоренившейся организационной культурой, характеризующейся недовольством руководителей сестринского дела ошибками медсестер. Таким образом, медсестры рассматривают отчет об инциденте как механизм, который отражает их неудачи и подвергает их дисциплинарным взысканиям, что может привести к тому, что медсестры потеряют доверие к организации, когда они увидят несоответствие между декларируемыми принципами и реальной практикой.

Руководителям сестринского дела рекомендуется повышать осведомленность медсестер о системе отчетности об инцидентах через обучение и внедрение соответствующих инструкций, что способствует готовности персонала сообщать о происшествиях. Не менее важно формировать в отделениях культуру безопасности, где ошибки открыто обсуждаются,

анализируются их причины и принимаются меры по их предотвращению, а не по поиску виновных.

Факторами, побуждающими медсестер к добровольному отчету об инцидентах, являются соответствующие знания, навыки, мотивация и четкие инструкции по подаче отчетов о таких событиях. Медсестры более склонны к регистрации инцидентов, когда они чувствуют поддержку со стороны руководства и возможность открыто обсуждать ошибки. Позитивное отношение медсестер к таким сообщениям способствует созданию безопасной и справедливой организационной культуры, которая позволяет им без опасений сообщать о случившихся ошибках.

Факторы, препятствующие добровольному отчету об инцидентах, имеют сложный и разнообразный характер в зависимости от ситуации. Страх перед негативными последствиями, такими как возможные обвинения, наказания, унижения и юридические сложности, являлся главным препятствием и основной причиной сокрытия информации о медицинских ошибках среди медсестер. Неправомерные действия руководства, неадекватные процессы отчетности об инцидентах и отсутствие мер поощрения являлись барьерами для медсестер при принятии решения об открытом сообщении об ошибках.

1.5 Современные инструменты оценки факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов

Для формирования культуры безопасности в системе здравоохранения важно учитывать представления, установки, нормы и ценности, связанные с безопасностью пациентов, а также уровни их восприятия риска. Оценка этих аспектов позволяет выявлять проблемные зоны и служит основой для разработки мер по повышению безопасности, что, в свою очередь, способствует улучшению качества медицинской помощи и укреплению доверия к медицинским учреждениям [143].

Медицинские сестры играют центральную роль в уходе за пациентами, и их уровень подготовки, эмоциональное состояние, способность к командной работе и степень рабочей нагрузки могут оказывать значительное влияние на безопасность пациентов [7, p. 2028; 28, p. 4-458]. Культура безопасности пациентов в практике медицинских сестер оценивается с помощью различных методов, включая анкетирование, анализ инцидентов, наблюдение за рабочими процессами и мониторинг соблюдения стандартов безопасности [28, p. 4-458].

В ходе анализа мировой литературы нами были выявлены шесть основных инструментов, применяемых для оценки культуры безопасности пациентов в условиях стационара: 1) «Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов» (HSOPSC, Hospital Survey on Patient Safety Culture), 2) опросник, оценивающий отношение к безопасности (SAQ, Safety Attitudes Questionnaire), 3) опросник для измерения климата безопасности пациентов в медицинских организациях (PSCHO, Patient Safety Climate in Health Care Organizations), 4) Шотландский опросник по безопасности больниц (SHSQ, Scottish Hospital Safety Questionnaire), 5) модифицированный Стэнфордский инструмент–2006 (MSI-2006, Modified Stanford Instrument – 2006) и 6)

Австрийский опросник климата безопасности пациентов (A-PaSKI, Austrian Patient Safety Climate Inventory) [144].

Опросник HSOPSC (Hospital Survey on Patient Safety Culture), широко используемый в исследованиях для оценки культуры безопасности пациентов, был разработан Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении (AHRQ) в рамках Министерства здравоохранения и социальных служб США в 2004 году. Этот опросник позволяет оценить мнения персонала относительно медицинских ошибок, сообщений об инцидентах и других вопросов, имеющих отношение к безопасности пациентов [4, р. 199]. Также этот опросник был дополнен различными вариантами вопросов для измерения культуры безопасности пациентов в амбулаторных медицинских учреждениях, домах престарелых и государственных аптеках. Опросник HSOPSC переведен на 43 языка и используется в 99 странах [145].

Версия опросника HSOPSC содержит 42 пункта и оценивает 12 составных элементов, которые рассматриваются как подшкалы, включая «обратную связь об ошибках», «открытость коммуникации», «укомплектование персоналом», «управленческая поддержка для обеспечения безопасности пациентов», «организационное обучение», «ожидания непосредственного руководителя/менеджера», «командная работа между подразделениями», «командная работа внутри подразделений», «частота сообщений об инцидентах» и «общее восприятие безопасности». В дополнение к 42 пунктам в опросе респондентам предлагалось дать своему рабочему месту/подразделению общую оценку по безопасности пациентов и предоставить минимальную демографическую информацию о себе. В опросе используется 5-балльная шкала Лайкерта (от 1 до 5, где 1 означает «категорически не согласен» и 5 означает «полностью согласен»). Оценка по всем пунктам в каждом измерении используется для выявления сильных и слабых сторон больницы. Рассчитывались частота и процент положительных ответов по каждому измерению ((общее количество положительных ответов/общее количество респондентов по каждому пункту) × 100%). Сочетание ответов («полностью согласен», или «согласен», или «всегда и большую часть времени») с результатом около 75% и выше указывает на позитивные области, которые считаются сильными, а области, набравшие 50% или менее, были отмечены как нуждающиеся в улучшении [4, р. 199].

Новая версия опросника HSOPSC 2.0, разработанная AHRQ в 2019 году, содержит ряд изменений по сравнению с первоначальной версией HSOPSC. В обновленной версии были переформулированы сложные и труднопереводимые вопросы анкеты, добавлена дополнительная опция ответа «Не применимо / Не знаю», а также внедрен подход «справедливой культуры» (Just Culture) для оценки реакции организации на ошибки. Кроме того, были пересмотрены категории должностей медицинского персонала и подразделений (рабочих зон), а также сокращено количество пунктов с негативной формулировкой вопросов, что позволило повысить понятность инструмента и улучшить качество получаемых данных. Опросник HSOPSC 2.0 переведен на 35 языков и используется в 62 странах [146].

Следующий опросник отношения к безопасности (SAQ) был разработан в Техасском университете США. SAQ состоит из шести основных компонентов. Основное преимущество SAQ заключается в том, что его можно применять в различных медицинских учреждениях. Полная версия SAQ использует в общей сложности 60 компонентов или позиций, причем 30 позиций считаются стандартными для всех областей. В опросе используется пятибалльная шкала Лайкерта, варьирующаяся от «полностью согласен» до «категорически не согласен». В дополнение к 30 стандартным пунктам, этот опросник может включать еще 6 пунктов, из которых 3 относятся к демографическим характеристикам респондентов. Краткая форма опросника легко доступна на разных языках, включая английский, шведский, голландский, норвежский, немецкий, арабский и китайский [147].

Опросник PSCHO («Patient Safety Climate in Healthcare Organizations», «Климат безопасности пациентов в медицинских организациях») был разработан с помощью Стэнфордского инструмента безопасности. Инструмент PSCHO включает в себя 38 пунктов, которые используются для оценки структурных подразделений, межличностных факторов и взаимосвязанных организационных вопросов [148]. Ответы оценивали по шкале Лайкерта. PSCHO считается первым инструментом, который проанализировал составляющие безопасности и предоставил информацию путем измерения климата безопасности в корпорациях за пределами больниц. Информация из этого опросника, касающаяся руководства и клинического персонала, может быть применена к широкому кругу организаций здравоохранения. PSCHO прошел психометрические тесты и может быть использован для сравнения эффективности работы нескольких типов больничных отделений [148, p. 853-858].

SHSQ был разработан для клинического персонала Национальной службы здравоохранения Шотландии с основной целью оценки результатов безопасности и климата как для пациентов, так и для персонала. SHSQ включает в себя 4 основных компонента: 44 пункта, связанных с обследованием больниц (HSOPSC), 10 аспектов поведения работников в области безопасности, 2 пункта, связанных с травмами пациентов и работников, о которых они сообщили сами, и 7 пунктов, посвященных демографии [149].

Опросник MSI-2006 «Культура безопасности пациентов в организациях здравоохранения» [150] был разработан в Йорском университете в Канаде для оценки восприятия сотрудниками культуры безопасности пациентов. MSI-2006 состоит из 27 пунктов, измеряющих четыре аспекта культуры безопасности пациентов (поддержка высшего руководства в области безопасности, поддержка руководящего состава в области безопасности, воспринимаемое состояние безопасности, а также чувство стыда и последствия отчетности об инцидентах). Модификация инструмента MSI-2006 облегчила оценку восприятия большинства больничного персонала, включая непосредственных медицинских работников, технических специалистов, практикующих врачей, менеджеров и медсестер. Этот инструмент также включает оценку других сотрудников, таких как персонал вспомогательной службы, поскольку эти работники являются

неотъемлемой частью больницы и медицинских учреждений. MSI-2006 был разработан для широкого спектра больничных учреждений с целью получения актуальных и точных данных в долгосрочной перспективе, что позволяет наблюдать за изменениями или тенденциями в различных больничных учреждениях на протяжении продолжительного периода.

Австрийский опросник климата безопасности пациентов (A-PaSKI) был разработан на основе австрийских эмпирических данных и показал очень хорошие результаты на уровне модели, индикатора и конструкции [151]. A-PaSKI – это переведенная, расширенная и психометрически протестированная немецкая версия HSOPSC в Швейцарии [151, р. e049270]. Он включает все факторы HSOPSC и два дополнительных фактора с девятью новыми позициями. Семь факторов на уровне подразделения (ожидания и действия непосредственного руководителя/менеджера, обеспечивающих безопасность, командная работа внутри подразделений, открытость коммуникации, обратная связь и информирование об ошибках, некарательное реагирование на ошибки, поддержка руководством подразделения безопасности пациентов, а также передача функций и перевод пациентов из одного отделения в другое), два фактора на уровне больницы (поддержка руководством больницы безопасности пациентов, передача функций и командная работа в больничных подразделениях), а также один фактор результата (частота сообщений об инцидентах). Все пункты оценивались по 5-балльной шкале Лайкерта (от «категорически не согласен» до «полностью согласен») или по частоте (от «никогда» до «всегда»). A-PaSKI включает в себя несколько демографических исходных переменных наряду с тремя переменными результата (степени безопасности пациента, количество зарегистрированных инцидентов и влияние на безопасность пациента) [151, р. e049270].

Опросники HSOPSC и SAQ являются единственными, которые сосредоточены на аспекте командной работы. Среди исследований, в которых использовался SAQ, выраженная разница в восприятии культуры безопасности пациентов была заметна среди медицинского персонала, который непосредственно участвует в уходе за пациентами, непосредственных руководителей и менеджеров [152]. В свою очередь, HSOPSC представляет более подробную информацию об эффективности командной работы внутри отделения больниц и между ними. Кроме того, командная работа является основным фактором, который имеет отношение к другим характеристикам безопасности пациентов. Среди исследований, в которых использовался HSOPSC, были получены высокие баллы за командную работу внутри подразделений, особенно в развивающихся странах [153]. Эти результаты подтверждают, что отрасль здравоохранения в значительной степени полагается на междисциплинарные команды специалистов, обладающих набором навыков, необходимых для выполнения специализированных задач.

Согласно проведенным оценкам культуры безопасности пациентов, организационное обучение также является критическим фактором, влияющим на безопасность пациентов. В большинстве рассмотренных исследований были даны положительные ответы на организационное обучение/непрерывное

совершенствование [7, p. 2028; 154]. Постоянное совершенствование может быть достигнуто за счет ежедневных рабочих процедур и отчетов об инцидентах. Безопасность пациентов также может улучшаться за счет повышения навыков и знаний соответствующего персонала на основе анализа инцидентов. Кроме того, младший персонал может учиться у более опытных сотрудников во время совместной работы [147, p. 2466]. В исследовании S. Moosavi и др. [155] отмечают, что менеджеры здравоохранения должны обеспечить основу для улучшения культуры безопасности пациентов и снижения нежелательных явлений с помощью таких методов, как поощрение за добровольное сообщение о нежелательных явлениях, а также проведение курсов подготовки медсестер [155, p. 20].

Многочисленные различия в восприятии медсестрами культуры безопасности пациентов связаны с различными демографическими и профессиональными характеристиками, включая пол, возраст, уровень образования, многолетний стаж работы, используемый язык и продолжительность рабочей смены [156, 157]. В целом, медсестры-женщины имели более позитивный взгляд на культуру безопасности пациентов, чем их коллеги-мужчины. Более того, медсестры в возрасте от 40 до 60 лет имели более позитивный взгляд на культуру безопасности пациентов, чем медсестры в возрасте от 20 до 40 лет [150, p. 13-22]. A. Elsous и др. [156, p. 446-453] оценили восприятие медсестрами культуры безопасности пациентов и исследовали влияние возраста, иерархического положения, рабочего времени и стажа. Удовлетворенность работой и восприятие руководством культуры безопасности пациентов оказали сильное влияние на эти переменные. Врачи имели менее позитивное отношение к безопасности пациентов, чем медсестры-менеджеры. Более того, позитивное отношение усиливалось с годами стажа.

Продолжительность рабочей смены и возраст медсестер оказывали прямое влияние на восприятие безопасности пациентов. Медсестры, работающие в течение обычных часов, выделяемых в неделю, и в возрасте 35 лет и старше показали лучшее восприятие культуры безопасности пациентов [156, p. 446-453]. В данном исследовании также сообщалось об отсутствии различий в показателях отношения к безопасности между медсестрами и врачами в зависимости от пола, возраста и стажа работы [156, p. 446-453].

Исследование в США показало, что в больницах с более низким уровнем культуры безопасности чаще наблюдаются повторные госпитализации пациентов с инфарктом миокарда и сердечной недостаточностью в течение 30 дней после выписки [147, p. 2466]. В то же время опыт и длительная работа медсестер в одном учреждении положительно влияют на формирование культуры безопасности пациентов [154, p. 2770].

Проведенный анализ различных опросников показал, что ряд широко используемых инструментов имеет определенные ограничения. Так, некоторые анкеты включают слишком большое количество вопросов, что может вызывать усталость у респондентов и снижать точность их ответов. Кроме того, различия в формулировках вопросов, структуре шкал и культурно-языковые особенности нередко затрудняют сравнение результатов между странами и исследованиями.

Часть инструментов также ориентирована лишь на отдельные аспекты безопасности, в частности, на отношение персонала к безопасности или на организационный климат, что не всегда позволяет получить целостное представление о культуре безопасности пациентов. На этом фоне опросник HSOPSC 2.0 рассматривается как один из наиболее современных и усовершенствованных инструментов оценки культуры безопасности пациентов. Опросник охватывает ключевые факторы культуры безопасности, включая командную работу, организационное обучение, коммуникацию об ошибках и поддержку со стороны руководства. Благодаря международной апробации, наличию переводов на различные языки и улучшенным психометрическим характеристикам HSOPSC 2.0 в настоящее время считается одним из наиболее надежных и универсальных инструментов для оценки культуры безопасности пациентов в медицинских организациях.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1 Общая характеристика материалов и методов исследования

Проведено комплексное исследование, включающее как количественные, так и качественные методы научного исследования. Для решения поставленных задач диссертационного исследования были выполнены: 1) анализ отечественной и зарубежной научной литературы по вопросам культуры безопасности пациентов; 2) обсервационное описательное поперечное исследование; 3) качественное исследование с применением полуструктурированных интервью. Такой подход позволил собрать как количественные, так и качественные данные, обеспечив глубинное понимание восприятия и поведения специалистов сестринского дела в контексте культуры безопасности пациентов.

Настоящее диссертационное исследование проводилось на основе предварительно разработанной программы и в соответствии с поставленными целью и задачами исследования (таблица 1).

Таблица 1 – Программа исследования

Этапы исследования	Дизайн/методы исследования	Материалы и объем исследования
1	2	3
Анализ международного и отечественного опыта по культуре безопасности пациентов в медицинских организациях	Информационно-аналитический метод	184 научных публикаций, из них 176 на английском языке, 8 на русском языке: - нормативно-правовые акты РК; - зарубежные сестринские руководства; - результаты исследований, представленные в виде опубликованных статей, тезисов конференций, аннотаций, монографий, индексируемых в базах доказательной медицины.
Проанализировать отчеты медицинских сестер об инцидентах в организациях, аккредитованных по международным стандартам «Joint Commission International»	Обсервационное описательное поперечное исследование со статистической обработкой результатов/информационно-аналитический метод	Было проанализировано 6696 отчетов медицинских сестер, зарегистрированных за 2021-2023 годы в электронной программе для регистрации инцидентов в клиниках Корпоративного фонда «University Medical Center» (КФ УМЦ/UMC), аккредитованных по международным стандартам «Joint Commission International».
Оценить культуру безопасности в профессиональной деятельности специалистов сестринского дела	Обсервационное описательное поперечное исследование методом анкетирования с последующей статистической обработкой и индуктивным контент-анализом комментариев респондентов/анкетирование	Для выявления уровня культуры безопасности пациентов было проведено анкетирование 319 медицинских сестер, работающих в организациях КФ УМЦ города Астаны. Данные были собраны с применением валидированной международной анкеты «Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0» (Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0, HSOPSC 2.0).

Продолжение таблицы 1

1	2	3
Оценить среду профессиональной деятельности медицинских сестер	Обсервационное описание поперечное исследование/метод анкетирования с последующей статистической обработкой результатов	Для оценки среды профессиональной деятельности медицинских сестер был проведен опрос 319 специалистов сестринского дела, работающих в организациях КФ УМС города Астана. Данные были собраны с использованием международной анкеты «Шкала индекса условий сестринской практики» (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI)
Оценить связь между уровнем культуры безопасности пациентов и средой профессиональной деятельности медицинских сестер	Корреляционный анализ, множественный линейный регрессионный анализ, бинарный логистический регрессионный анализ	Данные, полученные в ходе анкетирования HSOPSC 2.0 и PES-NWI (n=319).
Выявление факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов	Индуктивный контент-анализ материалов полуструктурированных глубинных интервью с медицинскими сестрами	Для выявления факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов, было проведено полуструктурированное глубинное интервью с 26 старшими медицинскими сестрами, работающими в организациях КФ УМС города Астаны.
Разработать методические рекомендации для совершенствования и повышения культуры безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинских сестер	Информационно-аналитический	Материалы, полученные по результатам проведенного диссертационного исследования, обзора научных публикаций и зарубежных сестринских руководств по культуре безопасности пациентов.

На первом этапе был изучен отечественный и зарубежный опыт по вопросам культуры безопасности пациентов в деятельности специалистов сестринского дела. Поиск зарубежных и отечественных литературных источников проводился в доказательных базах данных: EBSCOhost Research Databases, CINAHL, Nursing Reference Center Plus, PubMed, eLIBRARY, Cochrane Library. Кроме того, были проанализированы зарубежные сестринские руководства по заявленной тематике (Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses, USA, 2008; Safety Strategies Every Nurse Leader Needs to Know, USA, 2024), нормативно-правовые акты РК (Приказы МЗРК от 05.11.2021 г. № ҚР ДСМ – 111; 22.10.2020 г. № ҚР ДСМ-147/2020; 24.07.2024 г. № 58) и статистические доклады ВОЗ (Global patient safety report 2024, WHO, 2024, Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025, WHO, 2021). Поиск и отбор литературных источников осуществлялись систематически на протяжении всего периода исследования. В ходе подготовки литературного обзора были проанализированы 176 источников на английском языке и 8 – на русском.

На втором этапе проведено обсервационное описательное поперечное исследование медицинских инцидентов, зафиксированных в системе

регистрации инцидентов клиник УМС за период 2021–2023 годов. В выборку были включены сообщения об инцидентах, зарегистрированных медицинскими сестрами. Всего проанализировано 6 696 отчетов медицинских сестер об инцидентах, поданных в системе регистрации инцидентов, функционирующей в Национальном научном центре материнства и детства, Республиканском диагностическом центре и Национальном научном кардиохирургическом центре – медицинских организациях УМС, аккредитованных по стандартам JCI.

В рамках данного этапа исследования инциденты не рассматривались как показатели качества лечения или клинической безопасности, анализ был направлен на описание их структуры, динамики и характеристик зарегистрированных инцидентов, а также практики их регистрации в сестринской деятельности.

В клиниках УМС функционирует система внутреннего контроля качества и безопасности, предусматривающая регистрацию инцидентов, выявленных персоналом, включая медицинских сестер. Это требование закреплено во внутренних нормативных документах и поддерживается как часть организационной культуры безопасности пациентов. Все сотрудники прошли инструктаж по использованию системы регистрации инцидентов, доступ к которой осуществляется через электронные программы, размещенные на рабочем столе каждого компьютера, а также с помощью QR-кодов, доступных во всех подразделениях. Под медицинским инцидентом понимается любое событие или отклонение в процессе оказания медицинской помощи, которое представляет или может представлять потенциальную угрозу безопасности пациента, независимо от того, повлекло ли оно фактический вред [25; 28, р. scab165.445; 158]. Сбор информации проводится на добровольной основе, что соответствует принципам без применения санкций в отношении сотрудников. Сообщение об инциденте может оставить любой сотрудник, ставший его свидетелем, выявивший инцидент в ходе профессиональной деятельности либо непосредственно участвовавший в его возникновении, с возможностью анонимной подачи сообщения.

Для целей исследования была сформирована аналитическая база данных, представляющая собой совокупность зарегистрированных сообщений об инцидентах, извлеченных из внутренней электронной системы регистрации инцидентов, со следующими полями: время инцидента, краткое описание инцидента и форма подачи (анонимно или с указанием автора). В аналитическую базу были включены все сообщения об инцидентах, поданных медицинскими сестрами за анализируемый период. Перед началом анализа из базы данных были удалены полностью идентичные записи, возникшие в результате повторной регистрации медицинскими сестрами одних и тех же сообщений. Также были удалены все персональные идентификаторы пациентов и сотрудников. Текстовые описания сообщений об инцидентах анализировались с применением метода дедуктивного контент-анализа с целью последующей классификации инцидентов по типу и характеру события. Кодирование осуществлялось по перечню категорий, разработанному ВОЗ в рамках Международной классификации безопасности пациентов (International Classification for Patient

Safety, ICPS) [158], с использованием следующих элементов классификации: тип инцидента (Incident Type) и признак достижения пациента (инцидент, не достигший пациента - near miss (почти ошибка)/инцидент, достигший пациента). Выбор указанных категорий был обусловлен задачами настоящего исследования и содержанием зарегистрированных сестринских сообщений. «Почти ошибка (near miss) – это инцидент, который не достиг пациента» [158], он был предотвращен и не привел к воздействию на пациента. В международной практике безопасности пациентов сообщения о «near miss» рассматриваются как индикатор культуры безопасности, отражающий готовность медицинского персонала выявлять и фиксировать потенциально опасные ситуации до причинения вреда пациенту [124, с. 201-220]. Инциденты, достигшие пациента, рассматривались без последующей дифференциации по наличию или степени вреда, установлению причинно-следственных связей ввиду отсутствия данных о клинических исходах.

В процессе анализа было установлено, что часть инцидентов, регистрируемых медицинскими сестрами, не относится напрямую к инцидентам безопасности пациентов в понимании ICPS, в частности события, связанные с травмированием персонала (уколы иглой, порезы острыми предметами), а также отдельные организационные и процессные отклонения, не затрагивающие пациента непосредственно. Указанные события не исключались из анализа, поскольку регистрация таких инцидентов является неотъемлемой частью системы внутреннего контроля качества и безопасности, функционирующей в клиниках УМС. Инциденты, не соответствующие типам ICPS, были выделены в отдельную аналитическую группу «прочие», что позволило сохранить методологическую прозрачность анализа и избежать искажения структуры данных.

Для анализа зарегистрированных инцидентов в практике специалистов сестринского дела применялся метод описательной статистики, позволивший обобщить количественные данные, рассчитать частоту и долю различных типов инцидентов, определить их структуру и динамику во времени, а также наиболее распространенные нарушения в процессе оказания медицинской помощи.

2.2 Количественные инструменты исследования

На третьем и четвертом этапах диссертационного исследования было проведено наблюдательное описательное поперечное исследование. Исследование проводилось в период с декабря 2023 года по январь 2024 года.

Генеральную совокупность составили специалисты сестринского дела клиник УМС. Критериями включения являлись: возраст старше 18 лет, стаж работы в клиниках УМС не менее 6 месяцев и фактическая занятость на момент исследования. В клиниках УМС работали 850 специалистов, из которых 624 соответствовали критериям включения. Из данной совокупности методом простой случайной выборки была сформирована исследуемая выборка. Медицинские сестры, случайным образом отобранные из списка сотрудников, соответствующих критериям включения, получили по корпоративной электронной почте персональные ссылки для участия в онлайн-анкетировании.

Минимальный объем выборки рассчитывался с использованием программы G*Power 3.1 при уровне значимости $\alpha=0,05$, размере эффекта 0,25 и статистической мощности 80% и составил не менее 180 участников. В исследовании приняли участие 319 специалистов сестринского дела, что превышает расчетный минимальный объем выборки и обеспечивало достаточную статистическую мощность исследования.

В исследовании были использованы два валидированных международных инструмента: опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0 (Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0, HSOPSC 2.0) – для оценки уровня культуры безопасности пациентов, а также шкала индекса условий сестринской практики (Practice Environment Scale of the Nursing Work Index, PES-NWI) для анализа восприятия условий труда со стороны специалистов сестринского дела.

Для оценки культуры безопасности пациентов использовалась анкета HSOPSC 2.0, разработанная в 2019 году Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении США (Agency for Healthcare Research and Quality, AHRQ). Это обновленная версия широко распространенного инструмента для оценки культуры безопасности пациентов, переведенного на 35 языков и применяемого в 62 странах [145]. Нами получено официальное разрешение от AHRQ (в форме электронного письма) на перевод, адаптацию и использование данной анкеты HSOPSC 2.0 среди медицинских сестер в Республике Казахстан (Приложение В).

HSOPSC 2.0 состоит из 40 пунктов, из которых 32 объединены в 10 измерений культуры безопасности пациентов (полный текст опросника приведен в (Приложении Г) – русская версия, и (Приложении Д – казахская версия): «Командная работа» (пункты A1, A8, A9), «Обеспеченность кадрами и темп работы» (пункты A2, A3, A5, A11), «Организационное обучение – непрерывное совершенствование» (пункты A4, A12, A14), «Реакция на ошибку» (пункты A6, A7, A10, A13), «Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя» (пункты B1, B2, B3), «Коммуникация по поводу ошибок» (пункты C1, C2, C3), «Коммуникационная открытость» (пункты C4, C5, C6, C7), «Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов» (пункты D1, D2), «Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов» (пункты F1, F2, F3), «Передача полномочий и обмен информацией» (пункты F4, F5, F6).

Ответы на утверждения в анкете HSOPSC 2.0 предоставлялись респондентами с использованием двух типов пятибалльной шкалы Лайкерта: шкалы согласия («полностью не согласен» – «полностью согласен») и шкалы частоты («никогда» – «всегда»). Вариант ответа «Не знаю / Не применимо» рассматривался как пропущенное значение и не учитывался при статистической обработке. Для анализа использовались только валидные ответы в диапазоне 1-5 баллов. Анкета содержит 13 утверждений с негативной формулировкой, смысл которых указывает на наличие проблем или неблагоприятных явлений в сфере культуры безопасности пациентов. Для обеспечения корректной интерпретации результатов и сопоставимости показателей данные утверждения подвергались

обратному перекодированию (reverse coding) при расчете процента «положительных» ответов, средних значений и интегральных показателей по соответствующим шкалам согласно рекомендациям AHRQ [143, p. 7-38]. Перекодировка выполнялась по следующему принципу: 5 = «Полностью не согласен», 4 = «Не согласен», 3 = «Нейтрален», 2 = «Согласен», 1 = «Полностью согласен». Таким образом, при негативной формулировке утверждения высокий итоговый балл отражал благоприятную оценку ситуации, а не формально «негативный» ответ. Максимальные значения присваивались вариантам ответа, указывающим на отсутствие описываемой проблемы, тогда как минимальные – на ее наличие и выраженность. Например, утверждение A9 («Существует проблема, связанная с неуважительным поведением сотрудников этого отделения») имеет негативную направленность. В связи с этим вариант ответа «Полностью не согласен», отражающий отсутствие указанной проблемы, кодировался максимальным баллом, тогда как вариант «Полностью согласен», указывающий на наличие выраженной проблемы, кодировался минимальным баллом. Такой подход позволил обеспечить единое направление интерпретации данных, при котором более высокие значения по всем пунктам анкеты соответствовали более высокому уровню культуры безопасности пациентов.

Для расчета доли положительных ответов по каждому измерению использовалась формула: сумма положительных ответов (оценки «4» и «5» по пятибалльной шкале Лайкерта) по всем пунктам измерения делилась на общее число утверждений в этом измерении. Согласно результатам по опроснику HSOPSC 2.0, положительные ответы респондентов составляют 73,5%, что соответствует среднему уровню (от 50% до 75% положительных ответов) культуры безопасности пациентов. Согласно методологии, разработанной Агентством по исследованиям и качеству в здравоохранении (AHRQ, США) [143, p. 7-38], высокому уровню культуры безопасности соответствует результат от 75 до 100% положительных ответов, результат менее 50% положительных ответов оценивается как низкий уровень культуры безопасности. Коэффициент альфа Кронбаха равен 0,76 для общего балла, значение более 0,7 считается достаточным для проверки внутренней согласованности и надежности изучаемых характеристик. Коэффициенты альфа Кронбаха для 10 измерений культуры безопасности пациентов, оцениваемых анкетой HSOPSC 2.0: «Командная работа» – 0,71, «Обеспеченность кадрами и темп работы» – 0,60, «Организационное обучение – непрерывное совершенствование» – 0,70, «Реакция на ошибку» – 0,82, «Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя» – 0,74, «Коммуникация по поводу ошибок» – 0,70, «Коммуникационная открытость» – 0,78, «Сообщение о инцидентах, связанных с безопасностью пациентов» – 0,73, «Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов» – 0,72, «Передача полномочий и обмен информацией» – 0,72.

Кроме того, анкета включает блоки, оценивающие: частоту сообщений об инцидентах, общую оценку безопасности пациентов в своем подразделении, а также 6 общих вопросов (должность, подразделение, стаж в этой клинике, стаж в этом отделении, количество рабочих часов, наличие или отсутствие прямого

взаимодействия с пациентами при выполнении профессиональных обязанностей). В конце анкеты респондентам предлагалось оставить комментарии в свободной форме. Для углубления понимания количественных результатов был проведен качественный контент-анализ полученных комментариев. Для обеспечения анонимности из всех комментариев были удалены сведения, позволяющие идентифицировать участников [143, р. 7-38]. Комментарии, не несущие смысловой нагрузки или не относящиеся к тематике исследования, исключались из дальнейшего анализа. Контент-анализ текстовых данных выполнялся в соответствии с методологией Vaismoradi и Snelgrove (2019) [159], включавшей этапы кодирования, категоризации и последующего согласования категориальной структуры для обеспечения надежности результатов. Всего 103 респондента (32,0%) оставили комментарии. Из них 36 сообщений были исключены из анализа: 18 комментариев касались содержания или формы анкеты, преимущественно выражая положительные оценки инструмента и благодарность организаторам исследования. Также были исключены комментарии, не несущие смысловой нагрузки (например, содержащие только эмодзи, односложные ответы «нет», «ничего добавить» и т.п.). После исключения нерелевантных данных в анализ было включено 67 содержательных комментариев, которые подверглись детальному кодированию и категоризации.

Для оценки условий сестринской практики была использована шкала индекса условий сестринской практики PES-NWI, разработанная Эйлин Лейк [72, р. 176-187]. Этот инструмент, созданный медсестрой-исследователем, имеющей степень PhD, был общедоступен с момента его первоначального одобрения Национальным форумом по качеству в 2004 году и последующего повторного одобрения в 2009 году. Поскольку шкала PES-NWI является общественным достоянием и широко используется специалистами разных стран при проведении исследований, официального разрешения на использование инструмента не требовалось. Тем не менее, нами было получено письменное подтверждение разрешения на его использование по электронной почте в переписке с автором (Приложение Е). PES-NWI состоит из 31 пункта в пяти подшкалах, которые характеризуют области профессиональной сестринской практики (полный текст опросника приведен в (Приложении Ж)). PES-NWI содержит следующие подшкалы: «Участие медсестер в управлении делами больницы» (пункты №5, 6, 11, 15, 17, 21, 23, 27, 28); «Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода» (пункты №4, 14, 18, 19, 22, 25, 26, 29, 30, 31); «Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка» (пункты №3, 7, 10, 13, 20); «Обеспеченность персоналом и ресурсами» (пункты №1, 8, 9, 12), а также «Коллегиальные отношения между медсестрами и врачами» (пункты №2, 16, 24). Шкала Лайкерта, используемая в этом опроснике, включает четыре варианта ответов, варьирующихся от «полностью согласен» до «полностью не согласен», а именно: 1 = полностью согласен, 2 = согласен, 3 = не согласен и 4 = полностью не согласен. Поскольку исходное кодирование подразумевало, что меньшие значения отражают более высокую степень согласия, перед расчетом субшкальных показателей было выполнено обратное кодирование ответов. Для

этого значение каждого ответа преобразовывалось по формуле (5 – исходное значение = новое значение). Такая процедура обеспечила единообразие направления шкалы, при котором более высокие баллы соответствуют большей степени согласия с утверждениями. После унификации направления кодирования индивидуальные показатели по каждой субшкале вычислялись как среднее арифметическое (М) значений пунктов, входящих в данную субшкалу. Применение среднего значения позволяет сопоставлять результаты между субшкалами и упрощает их интерпретацию. Интерпретация результатов основана на средних оценках по пяти подшкалам, где «благоприятный» результат достигается, когда средние оценки по четырем или пяти подшкалам превышают 2,5, «умеренный» результат – когда средние оценки по двум или трем подшкалам превышают 2,5, и «неблагоприятный» результат – среднее значение превышает 2,5 не более чем в одной подшкале или ни в одной. Эта методология позволяет провести детальную оценку изучаемого явления и обеспечивает четкую классификацию результатов. Коэффициент альфа Кронбаха равен 0,88 для общего балла, значение более 0,8 оценивается как хорошее для проверки внутренней согласованности и надежности изучаемых характеристик. Коэффициент альфа Кронбаха для подшкалы «Участие медсестер в управлении делами больницы» – 0,87; для подшкалы «Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода» – 0,84; для подшкалы «Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка» – 0,76; для подшкалы «Обеспеченность персоналом и ресурсами» – 0,80; для подшкалы «Коллегиальные отношения между медсестрами и врачами» – 0,89.

2.2.1 Процедура перевода и валидации опросников

Обе анкеты, использованные при проведении исследования, впервые были переведены с английского на казахский и русский языки. Разрешение на перевод, адаптацию и использование анкеты HSOPSC 2.0 было официально получено от AHRQ. При переводе использовались методические рекомендации по адаптации инструмента [143, р. 7-38].

Для обеспечения языковой точности, содержательной эквивалентности и культурной адаптации опросников HSOPSC 2.0 и PES-NWI была проведена процедура прямого и обратного перевода (forward–back translation) с английского на казахский и русский языки согласно рекомендациям Beaton et al. (2000) [160]. Процесс перевода включал участие трех сертифицированных переводчиков, владеющих английским, русским и казахским языками, а также имеющих опыт в области медицинской терминологии. Два специалиста выполнили первичный перевод анкет с английского на казахский и русский языки, а третий сертифицированный переводчик – обратный перевод обеих анкет с казахского и русского языков на английский язык. Сравнение оригинальной и обратно переведенной версий позволило выявить расхождения и устранить неточности. Оценка соответствия перевода проводилась по критериям семантической, идиоматической, концептуальной и эмпирической эквивалентности, что соответствует международным стандартам культурной адаптации инструментов.

Семантическая эквивалентность отражает точность передачи терминов и формулировок; идиоматическая – корректность передачи устойчивых выражений и профессиональных оборотов; концептуальная – соответствие исследуемых понятий культурному и профессиональному контексту; эмпирическая – применимость и понятность пунктов для респондентов целевой выборки. По результатам лингвистической адаптации и предварительного анализа содержания были внесены уточнения, включая удаление терминов «float» («плавающие») и «PRN staff» («временно приходящие медсестры»), касающихся кадров, из пункта А5 измерения «Обеспеченность кадрами и темп работы» анкеты HSOPSC 2.0, поскольку эти понятия не применимы в контексте Казахстана, где медицинские сестры, как правило, занимают постоянные позиции и только при необходимости временно перемещаются между отделениями.

После завершения лингвистической и культурной адаптации была проведена оценка содержательной валидности (Content Validity Index, CVI) по методике D.F. Polit и С.Т. Beck (2006). Целью данного этапа было количественное подтверждение того, что пункты переведенных анкет HSOPSC 2.0 и PES-NWI адекватно отражают исследуемые показатели и сохраняют смысл оригинальных формулировок. Экспертную оценку осуществляли три специалиста с профессиональным стажем более 20 лет, обладающие глубокими знаниями системы аккредитации и международных стандартов качества сестринской помощи. Каждый пункт анкеты оценивался по четырехбалльной шкале релевантности, где 1 – «не соответствует», 2 – «частично соответствует», 3 – «в целом соответствует», 4 – «полностью соответствует». Для каждого пункта был рассчитан индекс содержательной валидности на уровне пункта (I-CVI) как доля экспертов, присвоивших оценку 3 или 4. При участии трех экспертов значение I-CVI, равное 1,00, достигалось в случае, если все три эксперта оценивали пункт как релевантный, что соответствовало полной согласованности экспертных суждений. Общий показатель шкалы (средний индекс содержательной валидности шкалы, Scale Content Validity Index, Average, S-CVI/Ave) определялся как среднее значение всех I-CVI. Согласно методике D.F. Polit и С.Т. Beck, при числе экспертов ≤ 3 показатель I-CVI должен составлять 1,00, что отражает полное согласие между экспертами и считается критерием достаточной содержательной валидности при малой выборке специалистов. В данном исследовании было принято решение ограничить экспертную группу тремя специалистами, что соответствует минимальным требованиям методики. Такой выбор был обусловлен высоким уровнем компетентности экспертов, что обеспечило достоверность и обоснованность полученных оценок. Индекс содержательной валидности (Content Validity Index, CVI) составил 1,00 на уровне каждого пункта и шкалы для обеих языковых версий, что свидетельствует о высоком уровне содержательной валидности [161].

Перед началом основного этапа сбора данных был проведен предварительный тест (пилотное исследование) с участием 30 специалистов сестринского дела, работающих в клиниках УМС. Целью предтеста была оценка понятности, релевантности и полноты формулировок в используемых

опросниках (HSOPSC 2.0 и PES-NWI).

Участникам было предложено высказать замечания по структуре, языковым формулировкам и содержанию вопросов. Полученные отзывы были проанализированы, и на их основе были внесены коррективы в формулировки отдельных пунктов, с целью повышения ясности, культурной адаптированности и соответствия контексту практики в УМС. Надежность инструмента оценивалась с использованием коэффициента альфа Кронбаха, который составил для русской версии $\alpha = 0,72$, для казахской версии $\alpha = 0,78$.

2.2.2 Статистическая обработка данных

Статистический анализ данных проводился с использованием программного обеспечения SPSS версии 25. Для оценки нормальности распределения количественных переменных использовался тест Шапиро-Уилка, а также графические средства визуализации распределения, включая гистограммы и Q-Q графики. При интерпретации результатов теста Шапиро-Уилка значения $p < 0,05$ интерпретировались как статистически значимое отклонение распределения от нормального, что служило основанием для выбора непараметрических методов статистического анализа. Для описательной статистики использовались как количественные (непрерывные), так и категориальные переменные. Количественные переменные характеризовались с использованием медианы как меры центральной тенденции с указанием первого (25-й процентиль) и третьего (75-й процентиль) квартилей. Категориальные переменные описывались с применением абсолютных чисел и процентов (n, %).

Для оценки силы и направления связи между переменными использовался коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Первоначально был проведен корреляционный анализ между шкалами PES-NWI и HSOPSC 2.0. Затем был проведен множественный линейный регрессионный анализ, чтобы определить вклад отдельных компонентов рабочей среды в восприятие культуры безопасности пациентов. Зависимой переменной в данном случае был общий балл HSOPSC, а предикторами были пять подшкал PES-NWI: участие медсестры в работе учреждения, качество медицинской помощи, лидерство и поддержка менеджера, наличие персонала и ресурсов, а также коллегиальность медсестер и врачей. Перед включением в модель мультиколлинеарность оценивалась с использованием коэффициента увеличения дисперсии (VIF); значения были в пределах допустимых значений, что указывает на отсутствие существенной взаимозависимости между предикторами. Независимость остатков была подтверждена с помощью статистики Дарбина-Уотсона. Статистическая значимость модели регрессии была оценена с помощью F-критерия.

Для определения взаимосвязи между результатом и прогностическими переменными был проведен анализ методом бинарной логистической регрессии. Зависимая переменная была дихотомизирована на основе эмпирически рассчитанной медианы общего балла по шкале HSOPSC 2.0, которая составила 3,79. Баллы выше медианы были обозначены как 1 (высокий балл), в то время как баллы ниже или равные медиане были обозначены как 0 (низкий балл). Также для оценки вклада компонентов рабочей среды поэтапно проводился

логистический регрессионный анализ, включающий построение базовой и расширенной моделей с последовательным включением потенциальных конфаундинг-факторов.

Для анализа различий между демографическими характеристиками и восприятием культуры безопасности пациентов были использованы непараметрические статистические методы, обусловленные отклонением распределения данных от нормального. Сравнение между двумя независимыми группами проводилось с использованием U-критерия Манна–Уитни с расчетом размера эффекта r , а при наличии более двух независимых групп применялся критерий Краскела–Уоллиса с определением коэффициента размера эффекта ϵ^2 . В случае выявления статистически значимых различий между группами по критерию Краскела–Уоллиса применялись непараметрические пост-хок тесты (тест Данна с поправкой Бонферрони).

Внутренняя согласованность шкал оценивалась с использованием коэффициента α Кронбаха. Уровень статистической значимости во всех анализах принимался равным $p < 0,05$.

2.3 Качественные методы исследования

На пятом этапе исследования с целью более глубокого понимания факторов, влияющих на формирование и поддержание культуры безопасности пациентов, применялся качественный метод сбора данных – полуструктурированное интервью. Полуструктурированное интервью является методом качественного исследования, сочетающего аспекты как структурированного, так и неструктурированного интервью. Интервью проводились на основе заранее разработанного протокола вопросов. В рамках методологии полуструктурированного интервью (Приложение И) допускалось формулирование дополнительных и уточняющих вопросов, возникающих в процессе беседы на основе ответов участников исследования. Такой подход делает метод особенно эффективным при изучении субъективного опыта, ценностей и профессионального восприятия [162]. Цель полуструктурированных интервью – получение мнения участников о предмете исследования. Такие интервью помогают выявить восприятие, убеждения, ценности, эмоции участников, их субъективный опыт.

Использование данного метода обусловлено природой изучаемого явления: вопросы, касающиеся профессиональной культуры, восприятия, ценностей и повседневной клинической практики, связаны с личным и субъективным опытом специалистов сестринского дела. Такие аспекты не поддаются полному и точному измерению количественными методами и требуют гибкого, методологически чувствительного подхода [162, р. 7-395]. Полуструктурированные интервью позволили сохранить баланс между стандартизированной направленностью обсуждения и возможностью для участников свободно выражать мнение, выявляя скрытые смыслы, барьеры и контекстуальные особенности, связанные с восприятием культуры безопасности пациентов. Особенно актуально это в сфере сестринского дела, где многие аспекты культуры безопасности пациентов – например, отношение к отчетности

об инцидентах, страх наказания или поддержка со стороны руководства – носят социальный и эмоциональный характер, поэтому интервью дает возможность раскрыть их в естественной форме [163].

Кроме того, метод интервью активно используется в исследованиях культуры безопасности пациентов, так как позволяет идентифицировать скрытые организационные процессы, неформальные нормы и барьеры, которые невозможно зафиксировать с помощью анкетирования [164]. Именно это делает метод качественного интервью особенно ценным при изучении факторов, влияющих на поведение медсестер в отношении отчетности об инцидентах, доверия к системе и восприятия управленческих решений в области безопасности [159, р. 23].

Участниками исследования стали старшие медицинские сестры из различных подразделений клиник КФ УМС. Критериями включения были: стаж работы в должности старшей медсестры более одного года, отсутствие ограничений по профилю отделения (включались представители терапевтических, хирургических и амбулаторных подразделений). Критерием исключения являлся стаж работы в должности старшей медицинской сестры менее одного года. Для рекрутинга участников были получены служебные адреса электронной почты всех действующих старших медсестер, соответствующих критериям включения. Нами были лично направлены информационные письма с пояснением целей исследования, формата и предполагаемой длительности интервью.

Перед началом интервью каждому участнику предлагалось ознакомиться с формой информированного согласия, после чего они подписывали информированное согласие на участие. Интервью проводились на добровольной основе при соблюдении всех требований анонимности и конфиденциальности. Всего в исследовании приняли участие 26 старших медицинских сестер из трех клиник КФ УМС: Национального научного центра материнства и детства, Республиканского диагностического центра и Национального научного кардиохирургического центра.

2.3.1 Процедура сбора данных

Данные были собраны с помощью полуструктурированных интервью с февраля по май 2024 года. Протокол интервью был апробирован в пилотном режиме на трех старших медицинских сестрах и скорректирован таким образом, чтобы более полно отражать точку зрения участников (Приложение И). Интервью включало вводные и базовые вопросы, а также дополнительные уточняющие вопросы, призванные дать более глубокое представление о факторах, влияющих на безопасность пациентов с точки зрения медсестер. Ключевые вопросы включали: «Как вы думаете, влияет ли это на пациентов?», «Можете ли вы привести примеры?», «Почему, по вашему мнению, это происходит?», «Как можно улучшить ситуацию?» и «Что бы вы предложили изменить в этой ситуации?».

Каждое интервью проводилось в помещении, заранее согласованном с участником, с учетом индивидуальных предпочтений участника. Места были

выбраны таким образом, чтобы обеспечить тихую и конфиденциальную обстановку, благоприятную для откровенного и свободного обмена мнениями. С разрешения участников все интервью записывались на портативный диктофон, что обеспечивало высокое качество звука и точность при последующей расшифровке. Продолжительность интервью варьировалась от 25 до 45 минут, в зависимости от вовлеченности и заинтересованности участника.

После завершения каждого интервью аудиозапись была транскрибирована дословно. Полученные транскрипты интервью направлялись участникам для ознакомления и подтверждения точности, что способствовало повышению надежности и достоверности собранных данных. После подтверждения текстовых версий интервью аудиофайлы удалялись, чтобы обеспечить защиту конфиденциальной информации и исключить возможность последующей идентификации участников. Параллельно с расшифровкой, после проведения каждой сессии интервью осуществлялось предварительное обобщение и анализ, фиксировались ключевые идеи, возникающие категории и возможные паттерны, отражающие опыт участников. Для обеспечения анонимности каждому участнику был присвоен уникальный идентификационный номер (P1–P26), не содержащий персональных данных.

Согласно методологии проведения полуструктурированного интервью, процесс сбора данных продолжался до достижения насыщенности (data saturation) – момента, когда новые интервью перестали приносить принципиально новую информацию или категорию. В данном исследовании насыщенность была достигнута после 24 интервью, когда ответы стали повторяться, и все основные категории были четко обозначены. Тем не менее, с целью повышения надежности и полноты результатов, было принято решение провести еще два дополнительных интервью (общее количество – 26), которые подтвердили ранее выявленные категории и не привели к появлению новых кодов. Это подтвердило достаточность объема собранных данных и обоснованность завершения этапа интервьюирования.

2.3.2 Анализ данных

Для анализа текстовых данных использовался метод качественного контент-анализа, ориентированный на систематическое выявление ключевых смысловых единиц, категорий и закономерностей, связанных с восприятием культуры безопасности пациентов среди специалистов сестринского дела. Анализ проводился параллельно со сбором данных, что позволило оперативно корректировать фокус исследовательского интереса и отслеживать достижение насыщенности.

Каждое интервью было прочитано несколько раз для глубокого погружения в содержание. Этот этап способствовал формированию интуитивного понимания контекста, эмоциональной окраски и языковых паттернов, характерных для участников интервью. Особое внимание уделялось повторяющимся словам, фразам и интонациям, отражающим значимые переживания и установки.

На основе целей исследования и вопросов интервью были выделены

смысловые единицы – фрагменты текста (предложения или абзацы), содержащие законченную мысль или значимый фрагмент опыта. Выделение происходило индуктивно: каждый элемент рассматривался с точки зрения его ценности для понимания исследуемого феномена. При кодировании текстов мы опирались на наш многолетний клинический опыт, что позволило более точно интерпретировать смысловые единицы в профессиональном контексте. Принципы кодирования включали: ясность – код должен точно отражать содержание единицы; компактность – лаконичная, но полная формулировка; нейтральность – избегание интерпретации на этом этапе; привязка к цели исследования – только релевантные элементы включались в анализ.

Пример высказывания: «Я не сообщаю об ошибках, потому что боюсь потерять дружеские отношения с коллегами» было закодировано как «Опасение потерять поддержку коллег».

Анализ кодов проводился с использованием метода постоянного сравнения, при котором каждый новый код сопоставлялся с ранее выделенными. Это позволило обнаруживать сходства и различия между высказываниями; уточнять или переопределять коды; укрупнять категории, если код повторялся в различных интервью.

Сформированные коды были сгруппированы в подкатегории и категории на основе содержательного и концептуального сходства. Категории отражали ключевые аспекты исследуемого явления, такие как инциденты, организационные факторы, эмоциональное выгорание – и представляли собой обобщенные смысловые конструкции, объединяющие схожие по содержанию коды. Подкатегории использовались для детализации внутренних аспектов категории и раскрывали ее структуру на более конкретном уровне (рисунок 3).



Рисунок 3 – Фрагмент процесса анализа

Такой подход обеспечил систематизацию и упорядочивание данных, позволив структурировать высказывания участников в соответствии с целью исследования [165, 166]. Для управления данными использовалось программное обеспечение MAXQDA Analytics Pro 24 (лицензия № MQST00-EI2w9r-QkMvui-1D6kA4-ARSCt6).

Обоснованность и надежность исследования

Для обеспечения научной строгости при проведении качественного исследования применялись критерии, предложенные Y.S. Lincoln и E.G. Guba [167]. Интерпретация данных осуществлялась с учетом профессионального контекста сестринской практики, что позволило глубже понять специфику повседневной деятельности, профессиональных взаимодействий и условий оказания медицинской помощи. Это позволило точнее интерпретировать высказывания участников и обеспечило чувствительность к важным смысловым нюансам. Тщательный сбор данных и их детальное изучение обеспечили точную интерпретацию результатов. Повторное прочтение расшифровок и последующий сравнительный анализ помогли уточнить интерпретации. Для повышения надежности интерпретации результатов отчет был проанализирован двумя независимыми экспертами в области проведения качественных исследований в сестринском деле (триангуляция). В ходе анализа применялся рефлексивный подход, обусловленный активной ролью исследователя в процессе взаимодействия с участниками. Особое внимание уделялось осознанию возможного влияния профессионального опыта и исследовательских установок на формулировку вопросов, интерпретацию ответов и динамику интервью. Для поддержания научной объективности и повышения доверительности исследования велись рефлексивные записи после каждого интервью, где фиксировались личные реакции, сомнения, наблюдения за поведением участников, а также предположения о контексте высказываний. Эти записи позволили отслеживать и минимизировать потенциальные искажения, повышая прозрачность аналитического процесса. Подобная практика соответствует современным подходам к методологии проведения качественных исследований в области здравоохранения [168].

Подтверждаемость была обеспечена за счет открытого и прозрачного изложения результатов с включением прямых цитат из интервью, что позволило проследить взаимосвязь между исходными данными и выводами. Чтобы повысить надежность исследования и смягчить ограничения, связанные с однородностью выборки, был использован метод выборки с максимальной вариативностью, особенно с учетом демографических характеристик. Этот метод предполагает намеренное включение участников с максимально различающимися характеристиками, такими как возраст, стаж, место работы, для того чтобы охватить широкий спектр точек зрения. Такой подход обеспечивает более полное и сбалансированное представление различных профессиональных и личных опытов, что способствует более глубокому пониманию исследуемого явления. В исследование были включены 26 старших медицинских сестер, различающихся по возрасту (от 25 до 57 лет), полу (24 женщины и 2 мужчины), семейному положению (11 участников состояли в

браке), уровню образования (высшее и среднее специальное), общему стажу (от 6 до 40 лет) и стажу работы в данной организации (от 3 до 18 лет). Это позволило охватить разнообразные контексты профессиональной практики и обеспечить достаточную глубину анализа.

2.4 Разработка и внедрение в практику рекомендаций для специалистов сестринского дела по совершенствованию культуры безопасности пациентов

Шестой этап исследования был направлен на разработку методических рекомендаций для практикующих медицинских сестер «Культура безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинской сестры». Этап носил прикладной характер и был ориентирован на систематизацию и интеграцию теоретических положений, а также результатов аналитических и эмпирических этапов исследования в структурированный методический инструмент, предназначенный для практического применения в сестринской деятельности. В рамках данного этапа был проведен систематический обзор и целенаправленный поиск научных исследований по проблеме безопасности пациентов и роли сестринского персонала в базах данных доказательной медицины Cochrane Library, CINAHL, PubMed и EBSCOhost.

При разработке методических рекомендаций использовались результаты собственного исследования, а также международные нормативно-методические и аналитические документы в области безопасности пациентов и сестринской практики, включая Improvement Cymru Academy Toolkit Guide (UK, 2023), Patient Safety Essentials Toolkit (USA, 2019), стандарты аккредитации Joint Commission International для стационаров (USA, 2024), Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025 (WHO, 2021), Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety (USA, 2017), Patient safety curriculum guide: multi-professional edition (WHO, 2011), Global patient safety report 2024 (WHO, 2024), а также аналитические материалы Safety Strategies Every Nurse Leader Needs to Know (USA, 2024). Указанные документы были использованы в качестве методологической и содержательной основы при разработке методических рекомендаций для практикующих медицинских сестер, утвержденных Сенатом НАО «Медицинский университет Астана» (протокол №5 от 19 декабря 2025 года). Методические рекомендации изложены на 60 страницах, структурированы в три главы и содержат ссылки на 44 литературных источника.

2.5 Этическое одобрение

Диссертационное исследование получило этическое одобрение Локальной комиссии по биоэтике НАО «Медицинский университет Астана» (Протокол №4 от 23 февраля 2023 года; Протокол №2 от 09 июня 2025 года) и Комитета по этике научных исследований КФ «УМС» (Решение №3, заседание №3/2023/МЕ, 2023/07-007). Все процедуры были проведены в соответствии с Хельсинкской декларацией и применимыми руководящими принципами. Конфиденциальность данных и анонимность участников строго соблюдались. Участники были подробно проинформированы о целях исследования и подписали

информированное согласие на участие. Исследование проводилось в соответствии с принципами декларации в отношении сбора, хранения и обработки данных.

3 АНАЛИЗ И ИНТЕРПРЕТАЦИЯ ПОЛУЧЕННЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ

3.1 Анализ отчетов медицинских сестер об инцидентах в организациях, аккредитованных по международным стандартам JCI

В исследовании проанализированы 6 696 зарегистрированных инцидентов, зафиксированных в 2021-2023 годах в Национальном научном центре материнства и детства, Республиканском диагностическом центре и Национальном научном кардиохирургическом центре, входящих в состав КФ УМС, аккредитованных по международным стандартам JCI. Такой временной период исследования позволяет провести анализ динамики регистрации инцидентов медицинскими сестрами в рамках функционирующей системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Кроме того, данный временной промежуток соответствует стандартному трехлетнему циклу аккредитации медицинских организаций.

В период с 2021 по 2023 год наблюдалась следующая динамика регистрации инцидентов медицинскими сестрами: в 2021 году было зарегистрировано 1792 случая, что составляет 26,76% от общего числа инцидентов за три года; в 2022 году произошел значительный рост – зарегистрировано 2936 инцидентов (43,85%), что на 63,84% больше по сравнению с 2021 годом. Возможной причиной может быть изменение подхода к регистрации инцидентов, усиление внутренних механизмов контроля за качеством и безопасностью медицинской помощи, либо рост нагрузки в постковидный период, сопровождающийся дефицитом кадров и организационными сложностями. В 2023 году количество зарегистрированных случаев снизилось до 1968 (29,39%), что на 33% меньше по сравнению с 2022 годом. Однако, несмотря на снижение, уровень 2023 года остается выше, чем в 2021 году на 9,8%, что может отражать устойчивый интерес специалистов сестринского дела к участию в системе регистрации инцидентов и постепенное укрепление культуры безопасности в организации (рисунок 4).



Рисунок 4 – Количество инцидентов, зарегистрированных специалистами сестринского дела в 2021-2023 гг., (n=6696, 100%)

Все зарегистрированные медицинскими сестрами инциденты были распределены нами по типам инцидентов. Всего было выявлено 23 типа различных инцидентов, в соответствии с Международной классификацией инцидентов безопасности пациентов (ICPS). Анализ распределения инцидентов по типам показал, что за трехлетний период наибольшее количество случаев связано с нарушениями организационных процессов и внутреннего распорядка – 757 (11,31%). Далее следуют инциденты, обусловленные техническими условиями – 737 (11,01%), проблемы, возникающие при госпитализации пациентов – 695 (10,38%), а также медикаментозные инциденты – 468 (6,99%) (таблица 2). Процентные значения в таблице по годам рассчитаны от общего числа инцидентов соответствующего года, тогда как итоговый показатель за три года отражает долю каждого типа от общего числа инцидентов за весь период (n = 6696). Такой принцип расчета позволяет корректно сравнивать структуру инцидентов по годам и видеть вклад каждого типа в общую совокупность данных за три года.

Таблица 2 – Количество и типы инцидентов, зарегистрированных специалистами сестринского дела за 2021, 2022 и 2023 годы

Тип инцидента	2021 год	2022 год	2023 год	За 3 года
	абс. число (%)	абс. число (%)	абс. число (%)	абс. число (%)
1	2	3	4	5
Травмирование персонала острыми предметами	4 (0,22)	7 (0,24)	12 (0,61)	23 (0,34)
Нарушение режима и агрессивное поведение пациента	46 (2,57)	100 (3,41)	123 (6,25)	269 (4,02)
Нарушение гигиены рук	18 (1,00)	26 (0,89)	10 (0,51)	54 (0,81)
Трансфузионные инциденты	14 (0,78)	35 (1,19)	55 (2,79)	104 (1,55)
Нарушение ведения медицинской документации	142 (7,92)	190 (6,47)	94 (4,78)	426 (6,36)
Идентификация пациента	17 (0,95)	46 (1,57)	25 (1,27)	88 (1,31)
Инциденты электронных систем (МИС, 1С)	93 (5,19)	144 (4,90)	114 (5,79)	351 (5,24)
Хирургическая безопасность	2 (0,11)	12 (0,41)	49 (2,49)	63 (0,94)
Медикаментозные инциденты	145 (8,09)	193 (6,57)	130 (6,61)	468 (6,99)
Нарушение норм поведения (этики и деонтологии)	76 (4,24)	127 (4,33)	67 (3,40)	270 (4,03)
Нарушение санитарно-эпидемиологического режима	64 (3,57)	148 (5,04)	86 (4,37)	298 (4,45)
Неисправное оборудование и инструментарий	156 (8,71)	125 (4,26)	99 (5,03)	380 (5,68)
Нарушение организационных процессов и внутреннего распорядка	169 (9,43)	383 (13,04)	205 (10,42)	757 (11,31)
Инциденты при выполнении медицинских процедур	16 (0,89)	29 (0,99)	14 (0,71)	59 (0,88)
Сбой лекарственного обеспечения	164 (9,15)	181 (6,16)	116 (5,89)	461 (6,88)
Падение	27 (1,51)	45 (1,53)	44 (2,24)	116 (1,73)
Нарушение предоперационной подготовки	8 (0,45)	174 (5,93)	275 (13,97)	457 (6,82)
Антибиотикопрофилактика перед операцией	3 (0,17)	63 (2,15)	104 (5,28)	170 (2,54)
Проблемы госпитализации	179 (9,99)	483 (16,45)	33 (1,68)	695 (10,38)
Инциденты, связанные с техническими условиями	303 (16,91)	248 (8,45)	186 (9,45)	737 (11,01)

Продолжение таблицы 2

1	2	3	4	5
Нарушение процесса стерилизации и обращения с медицинскими изделиями	62 (3,46)	106 (3,61)	77 (3,91)	245 (3,66)
Безопасность лечебного питания	7 (0,39)	22 (0,75)	22 (1,12)	51 (0,76)
Прочие	77 (4,30)	49 (1,67)	28 (1,42)	154 (2,30)
Итого	1792	2936	1968	6696

Как видно из таблицы 2, в 2021 году наибольшая доля инцидентов была обусловлена техническими условиями – 303 (16,91%), далее следуют проблемы, связанные с госпитализацией – 179 (9,99%), нарушениями организационных процессов и внутреннего распорядка – 169 (9,43%), а также сбоями в системе лекарственного обеспечения – 164 (9,15%). В 2022 году наибольшее количество инцидентов наблюдалось по следующим направлениям: проблемы госпитализации – 483 (16,45%), нарушения организационных процессов и внутреннего распорядка – 383 (13,04%), технические условия – 248 (8,45%), медикаментозные инциденты – 193 (6,57%). Наибольшая доля зарегистрированных инцидентов в 2023 году была связана с нарушением предоперационной подготовки пациента – 275 (13,97%). За ними следуют нарушения организационных процессов и внутреннего распорядка – 205 (10,42%), инциденты, обусловленные техническими условиями – 186 (9,45%), а также медикаментозные инциденты – 130 (6,61%).

Таким образом, на протяжении трех лет сохраняется значительная доля инцидентов, связанных с организационными аспектами, техническими условиями, а также с нарушениями, возникающими при госпитализации пациентов. Согласно анализу текстовых описаний сообщений медицинских сестер, к нарушениям организационных процессов и внутреннего распорядка относились: хронический дефицит персонала (отсутствие провизоров и санитарок в ночные смены и выходные дни), переполненность отделений (до 37 пациентов при нормативе в 18 коек), неудовлетворительные условия пребывания пациентов (нехватка подушек, одеял, тумбочек), сбои в коммуникации (недоступность телефонов, несвоевременное прибытие персонала на операции), а также проблемы с документооборотом и архивным хранением. Высокая доля инцидентов, связанных с организационными процессами и внутренним распорядком, отражает наличие устойчивых организационных факторов, потенциально влияющих на условия оказания сестринского ухода и требующих внимания со стороны системы управления качеством. Перечисленные факторы характеризуют условия профессиональной деятельности специалистов сестринского дела и могут рассматриваться как элементы организационного контекста культуры безопасности пациентов.

Анализ представленных инцидентов, обусловленных техническими условиями, выявляет ряд устойчивых проблем, связанных со сбоями технических и санитарно-бытовых условий в медицинских организациях, которые негативно отражаются как на качестве сестринского ухода, так и на безопасности пациентов. Отмечены неисправности инженерных систем:

неработающая вытяжка и слив в бассейне, постоянные перебои с электроэнергией в ночное время, множественные протечки воды (в палатах, коридорах, операционных, боксах), выход из строя лифтов и систем вентиляции. Эти нарушения создают физический дискомфорт для пациентов, особенно уязвимых (беременных женщин, новорожденных, пациентов с ограниченной подвижностью, послеоперационных больных и лиц с иммунодефицитными состояниями) и препятствуют выполнению стандартов инфекционного и температурного контроля. Кроме того, зафиксированы нарушения противопожарной безопасности, связанные с неправильной эксплуатацией микроволновой печи, а также случаи неудовлетворительного состояния белья из прачечной. Повторяемость подобных сообщений свидетельствует о системном характере технических затруднений, выявляемых на основании анализа данных системы регистрации инцидентов. К проблемам госпитализации относятся случаи отсутствия необходимой предварительной информации (включая данные с медицинского портала), неполноты клинико-лабораторных анализов, отсутствия доверенностей и других юридически значимых документов (например, квоты на бюджетное лечение). Подобные затруднения во многом были обусловлены ограничительными мерами, введенными в условиях пандемии COVID-19, когда усилились требования к представлению документов, справок и лабораторных результатов как со стороны медицинских организаций, так и со стороны пациентов. Это, в частности, подтверждается статистическими данными: в 2023 году инциденты, связанные с нарушениями при госпитализации, составили лишь 33 случая (1,68%), что может свидетельствовать о стабилизации процессов приема и маршрутизации пациентов.

В то же время медикаментозные инциденты остаются стабильной и регулярно регистрируемой категорией инцидентов. В сообщениях медицинских сестер указывались нарушения в поставках лекарственных средств в отделения, а также сложности взаимодействия между медицинскими сестрами и сотрудниками клинико-фармакологического отделения, что подчеркивает необходимость системного контроля на всех этапах обращения лекарственных препаратов – от назначения и хранения до введения и последующего учета.

Травмы персонала острыми предметами зарегистрированы в 23 случаях, что составляет 0,34% от общего числа инцидентов. Данные события относятся к категории профессиональных рисков, с которыми медицинские работники сталкиваются в процессе повседневной деятельности. Несмотря на относительно низкую долю, эта категория требует постоянного внимания и строгого соблюдения стандартов охраны труда и инфекционной безопасности, поскольку связана с риском инфицирования, в том числе вирусами гепатита В, С и ВИЧ. Анализ динамики за трехлетний период показывает рост количества подобных инцидентов: в 2021 году зарегистрировано 4 случая, в 2022 году – 7 случаев, а в 2023 году – уже 12 случаев. По сообщениям медицинских сестер, наибольшее число травм от уколов иглой происходило во время проведения оперативных вмешательств, при этом пострадавшими чаще всего становились врачи и резиденты. Отдельные случаи были связаны с уколами медицинских сестер при

утилизации отходов класса Б. Такая тенденция может свидетельствовать как о повышении настороженности и ответственности медицинских сестер в отношении последствий контакта с потенциально инфицированными материалами, так и об усилении контроля за обязательной регистрацией профессиональных травм.

Обязательная регистрация подобных инцидентов играет ключевую роль в установлении причинно-следственной связи между профессиональной деятельностью и потенциальным заражением. Это, в свою очередь, имеет важное значение как для своевременного медицинского наблюдения за пострадавшим сотрудником, так и для правовой защиты медицинского персонала в случае возникновения заболевания, связанного с профессиональной деятельностью.

Анализ распределения зарегистрированных инцидентов по времени суток за период 2021–2023 гг. свидетельствует о выраженной неоднородности их возникновения в зависимости от смены. Наибольшее количество инцидентов зафиксировано в утренние часы (с 6:00 до 12:00) – 3099 случаев, что составляет 46,28% от общего числа. Несколько меньшая доля инцидентов приходится на дневной период (с 12:00 до 20:00) – 2929 случаев (43,74%). Минимальное число инцидентов отмечено в ночное время (с 20:00 до 6:00) – 668 случаев, что соответствует 9,98% (рисунок 5).

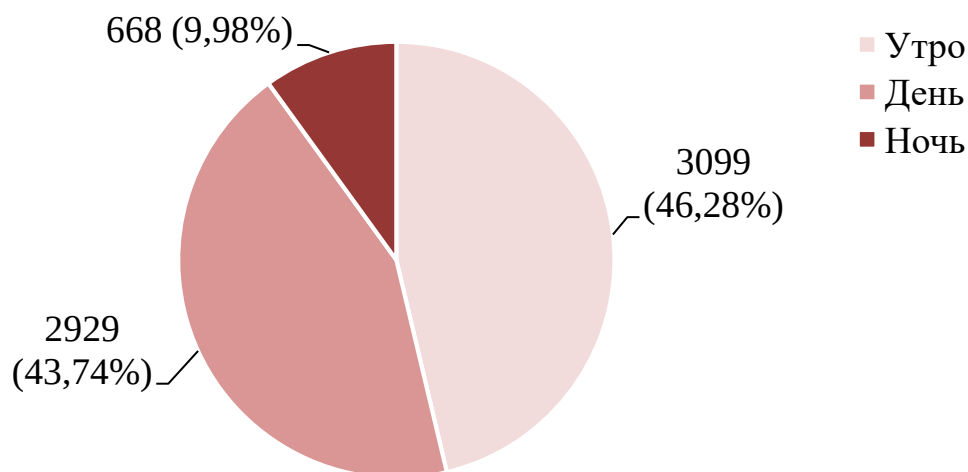


Рисунок 5 – Распределение инцидентов по времени суток (n, %)

Из данных, представленных на рисунке 5, следует, что утренние часы (n = 3099; 46,28%) остаются периодом с высокой концентрацией инцидентов, что связано с переходом между сменами, выполнением большого объема процедур, приемом пациентов, проведением перевязок, выполнением назначений медикаментозной терапии и началом диагностических процессов. Риск возрастает также из-за необходимости быстро перераспределять информацию между сотрудниками, что делает утреннюю смену чувствительной к инцидентам, связанным с коммуникацией и идентификацией пациентов.

Дневной период (n = 2929; 43,74%) также демонстрирует сопоставимо высокую долю зарегистрированных инцидентов. Это связано с высоким уровнем

активности медицинского персонала, одновременно выполняющего диагностические, лечебные, административные и организационные задачи. В это время увеличивается количество контактов с пациентами, манипуляций, назначений, операций и консультаций, что повышает вероятность как инцидентов, связанных с лечебным процессом, так и организационно-технических. Дневная смена также характеризуется активной работой всех служб, из-за чего возрастает вероятность системных инцидентов (сбоев в информационных системах, нарушений логистики, перегрузки инфраструктуры).

Ночная смена (n=668; 9,98%) демонстрирует наименьшее количество зарегистрированных инцидентов. Снижение числа инцидентов может быть обусловлено меньшим объемом процедур и снижением интенсивности лечебного процесса. Однако такой показатель может быть связан и с тем, что не все ночные инциденты фиксируются, что обусловлено меньшей численностью персонала, высокой нагрузкой на сотрудников, отсутствием руководителей подразделений в ночное время. В исследованиях по культуре безопасности отмечается, что ночные смены часто характеризуются низким уровнем отчетности по инцидентам не потому, что в это время происходит меньше инцидентов, а наоборот – вследствие повышенной нагрузки и утомляемости персонала в ночные часы [169].

Распределение инцидентов по времени суток демонстрирует, что выводы о безопасности не могут основываться только на абсолютных значениях: различия между сменами отражают сочетание реальной динамики активности персонала, особенностей лечебного процесса и специфики практики регистрации событий. Для окончательной интерпретации важно учитывать, как объективные различия нагрузки, так и возможные поведенческие или организационные факторы, влияющие на полноту регистрации в каждой смене. Такое понимание позволяет более точно планировать мероприятия по укреплению культуры безопасности пациентов, в том числе направленные на улучшение коммуникации в утренние часы, оптимизацию процессов в дневной период и повышение поддержки персонала в ночное время.

На рисунке 6 показан анализ формы подачи сообщений о медицинских инцидентах за 2021-2023 годы, где выявлена выраженная тенденция к росту доли анонимных отчетов.

В 2021 году анонимно было подано 753 (42,02%) инцидентов, в 2022 году данный показатель увеличился до 1991 (67,81%), а в 2023 году зарегистрировано 1938 (98,48%), что свидетельствует о преимущественном переходе к анонимной регистрации инцидентов. Существенный рост доли анонимных сообщений в 2023 году следует интерпретировать с учетом организационно-технических изменений, а именно внедрения возможности анонимной подачи сообщений через QR-коды, что значительно упростило доступ персонала к системе регистрации. Аналогичная динамика прослеживается по большинству категорий инцидентов, где в 2023 году преобладала анонимная форма подачи сообщений, включая нарушения ведения медицинской документации, медикаментозные инциденты, организационные процессы, трансфузионные инциденты, связанные

с техническими условиями. В совокупности полученные данные указывают на изменение практик регистрации инцидентов в сторону анонимного информирования, что может отражать снижение организационно-технических барьеров за счет внедрения упрощенных цифровых каналов регистрации.

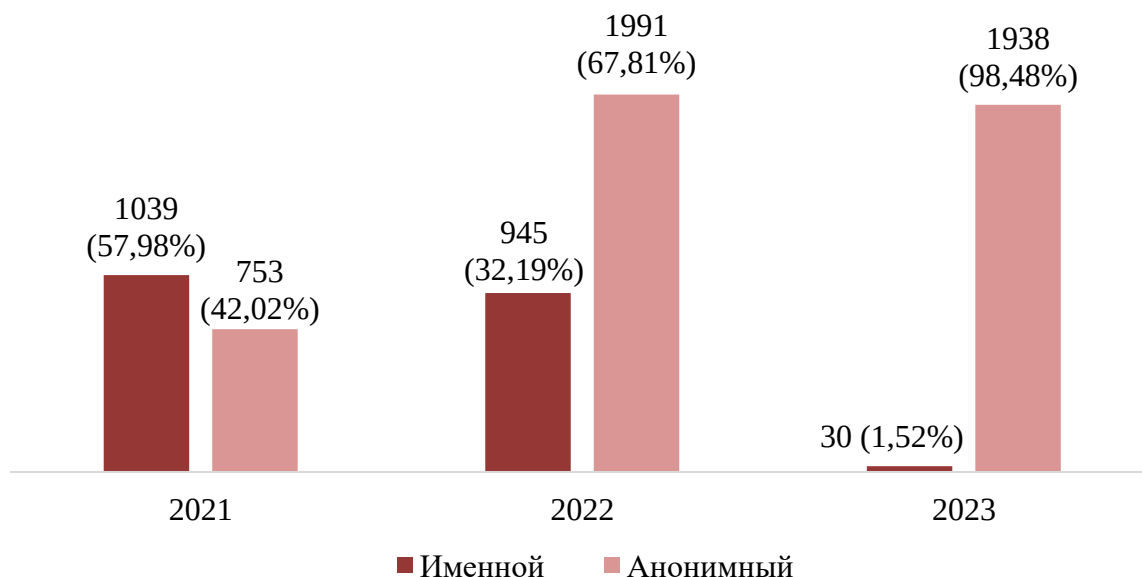


Рисунок 6 – Распределение инцидентов по типу сообщения (n, %)

Анализ динамики «почти ошибок», то есть инцидентов, не достигших пациента, показал, что за 2021–2023 годы зарегистрировано 664 случая, что составило 9,92% от общего числа инцидентов. По годам отмечены колебания: 134 случая (7,48%) в 2021 году, рост до 328 (11,17%) в 2022 году и уменьшение до 202 случаев (10,26%) в 2023 году. Для характеристики динамики «почти ошибок» был выполнен анализ их распределения по годам в структуре общего числа инцидентов (рисунок 7).

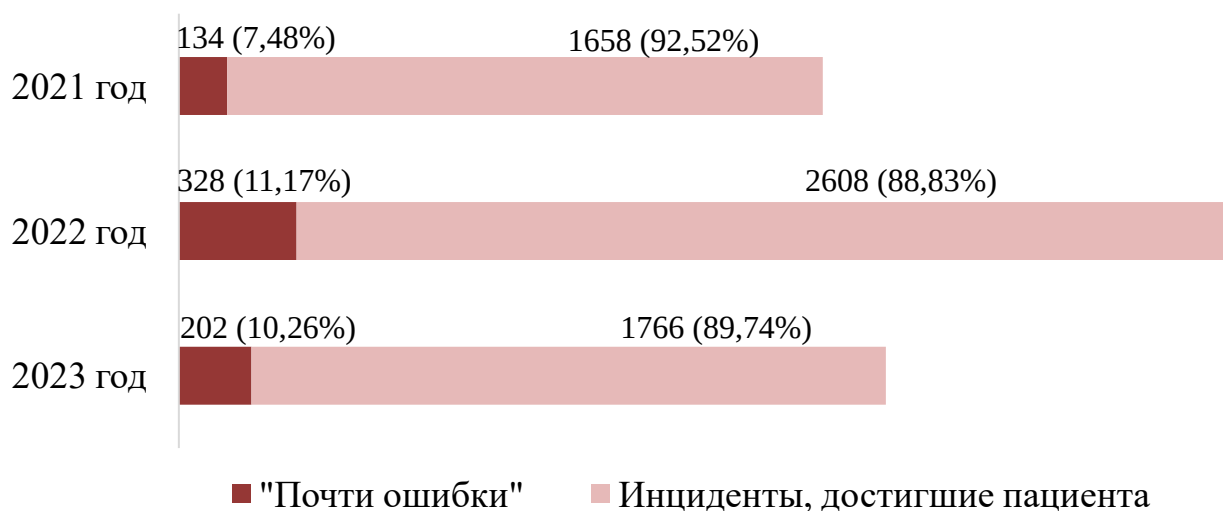


Рисунок 7 – Доля «почти ошибок» от общего числа инцидентов (n, %)

В международной практике в зрелых системах безопасности доля регистрации «почти ошибок» значительно выше и может составлять существенную часть всех зарегистрированных событий от 35 до 80% [170, 171]. В этом контексте выявленный уровень регистрации свидетельствует о недостаточной выявляемости потенциально опасных ситуаций в исследуемых организациях. Поскольку «почти ошибки» отражают предотвращенные инциденты и позволяют выявлять уязвимости системы до причинения вреда пациенту, их активная регистрация является ключевым индикатором проактивной культуры безопасности. Наибольшая доля «почти ошибок» зафиксирована в таких критически значимых направлениях, как нарушения ведения медицинской документации – 243 случая (36,60%), медикаментозные инциденты – 70 случаев (25,60%) и трансфузионные инциденты – 100 случаев (15,06%), которые совокупно формируют 77,26% всех зарегистрированных «почти ошибок».

Таблица 3 – Распределение инцидентов, достигших пациента, и «почти ошибок» по категориям (n, %)

Тип/категория инцидента	Инциденты, достигшие пациента	«Почти ошибки»	Всего инцидентов	% «почти ошибок»
Травмирование персонала острыми предметами	23	0	23	0
Нарушение режима и агрессивное поведение пациента	269	0	269	0
Нарушение гигиены рук	54	0	54	0
Трансфузионные инциденты	4	100	104	96,15
Нарушение ведения медицинской документации	183	243	426	57,04
Идентификация пациента	18	70	88	79,55
Инциденты электронных систем (МИС, ИС)	351	0	351	0
Хирургическая безопасность	31	32	63	50,79
Медикаментозные инциденты	298	170	468	36,32
Нарушение норм поведения (этики и деонтологии)	270	0	270	0
Нарушение санитарно-эпидемиологического режима	298	0	298	0
Неисправное оборудование и инструментарий	380	0	380	0
Нарушение организационных процессов и внутреннего распорядка	757	0	757	0
Инциденты при выполнении медицинских процедур	59	0	59	0
Сбой лекарственного обеспечения	461	0	461	0
Падение	116	0	116	0
Нарушение предоперационной подготовки	438	19	457	4,16
Антибиотикопрофилактика перед операцией	170	0	170	0
Проблемы госпитализации	695	0	695	0
Инциденты, связанные с техническими условиями	737	0	737	0
Нарушение стерилизации и обращения с медицинскими изделиями	215	30	245	12,24
Безопасность лечебного питания	51	0	51	0
Другие	154	0	154	0
Итого	6032	664	6696	9,91

В соответствии с таблицей 3, при сопоставлении «почти ошибок» с фактическими ошибками (инцидентами) выявлены выраженные различия между категориями медицинских инцидентов по доле предотвращенных событий.

Наиболее высокий уровень «почти ошибок» отмечен в трансфузионных инцидентах: 100 случаев (96,15% от общего числа инцидентов данного типа), что указывает на высокую эффективность механизмов раннего выявления и предотвращения потенциально опасных отклонений в данной области. Существенная доля предотвращенных событий также выявлена для категории «Идентификация пациента» – 70 случаев (79,55%) и для нарушений ведения медицинской документации 243 случая (57,04%), что может отражать наличие формализованных контрольных процедур, а также повышенную настороженность персонала при выполнении данных процессов. В то же время в категории медикаментозных инцидентов доля предотвращенных событий остается сравнительно низкой 36,32%, несмотря на значительное абсолютное число зарегистрированных 170 случаев «почти ошибок». Это может свидетельствовать о сохраняющейся уязвимости лекарственного процесса и ограниченной эффективности мер предупреждения в категории медикаментозных ошибок на ранних этапах. Категория «Хирургическая безопасность» характеризуется сопоставимым соотношением ошибок и «почти ошибок» (50,79%), что может указывать на промежуточный уровень развития проактивного компонента культуры безопасности и наличие как работающих механизмов предупреждения, так и рисков их недостаточной реализации.

Таким образом, анализ 6696 инцидентов, зарегистрированных медицинскими сестрами в клиниках КФ УМС в 2021–2023 гг., выявил пик регистрации в 2022 году и сохранение уровня сообщений в 2023 году выше показателей 2021 года. В структуре преобладают организационные, технические и процессные инциденты, преимущественно возникающие в утренние и дневные часы, что указывает на устойчивые системные зоны риска.

Доля «почти ошибок» составила 664 случая (9,92%). Несмотря на их выявление в критически значимых процессах (документация, медикаментозные и трансфузионные процедуры), данный показатель остается недостаточным для системы, ориентированной на проактивное управление рисками. В зрелых системах безопасности доля регистрации «почти ошибок» существенно выше.

Следовательно, необходимо усилить выявление и регистрацию «почти ошибок» как ключевого инструмента профилактики неблагоприятных событий и повышения зрелости культуры безопасности пациентов.

3.2 Оценка культуры безопасности пациентов в работе специалистов сестринского дела и влияние среды сестринской практики на ее формирование

В диссертации оценена культура безопасности пациентов в деятельности специалистов сестринского дела, а также проанализировано влияние среды сестринской практики на ее формирование. В выборку вошли 319 специалистов сестринского дела, большинство из которых занимали позицию «медицинская сестра/медицинский брат» (n = 251, 78,7%). Возраст специалистов сестринского

дела варьировался от 19 до 64 лет, средний возраст составил 35,4 года (SD = 11,61). Большинство участников были женщины (n = 290, 90,9%).

Большинство специалистов сестринского дела имели среднее техническое и профессиональное образование (227; 71,2%) и около 30% (92; 28,8%) участников имели степень бакалавра. Большинство из них имели стаж работы в клинике от 1 до 5 лет. Более половины специалистов сестринского дела были замужем/женаты и работали более 40 часов в неделю (таблица 4).

Таблица 4 – Демографические и профессиональные характеристики респондентов (n = 319)

Переменная	Абс. число	%
Возраст (лет)	-	-
19-30	144	45,1
31-40	67	21,0
41-50	65	20,4
51 и старше	43	13,5
Пол	-	-
Женский	290	90,9
Мужской	29	9,1
Семейное положение	-	-
Холостой/не замужем	141	44,2
Женат/замужем	178	55,8
Уровень образования	-	-
ТИПО	227	71,2
Бакалавр	92	28,8
Профессия	-	-
Медицинская сестра/медицинский брат	251	78,7
Другое (операционная медсестра, участковая медсестра, анестезистка и др.)	68	21,3
Место работы в клинике	-	-
Амбулатория	81	25,4
Стационар	238	74,6
Стаж работы в клинике (лет)	-	-
11 и более	61	19,1
6 - 10	89	27,9
1 - 5	130	40,8
Менее 1 года	39	12,2
Стаж работы в отделении (лет)	-	-
11 и более	45	14,1
6 - 10	81	25,4
1 - 5	147	46,1
Менее 1 года	46	14,4
Количество рабочих часов в неделю	-	-
Менее 40 часов	156	48,9
Более 40 часов	163	51,1

3.2.1 Культура безопасности пациентов с точки зрения специалистов сестринского дела

Оценка восприятия культуры безопасности пациентов проводилась по опроснику HSOPSC 2.0. В таблице 5 отражено процентное распределение ответов по типам (*негативный / нейтральный / позитивный*), медианы (Me) и

межквартильные размахи (IQR) по каждому измерению, а также коэффициенты надежности (α Кронбаха), демонстрирующие внутреннюю согласованность шкал.

Таблица 5 – Утверждения и комплексные показатели опросника HSOPSC 2.0 (n=319)

Измерения культуры безопасности пациентов	Негативный, n (%)	Нейтральный, n (%)	Позитивный, n (%)	Me [IQR]	α Кронбаха
1	2	3	4	5	6
<i>1. Командная работа</i>	(8,1)	(8,5)	(83,4)	4,00(3,67-4,33)	0,71
A1. В этом отделении мы работаем вместе как эффективная команда.	27 (8,5)	20 (6,4)	269 (85,1)	4,00(4,00-5,00)	-
A8. В напряженные периоды сотрудники этого отделения помогают друг другу.	12 (3,8)	21 (6,6)	284 (89,6)	4,00(4,00-5,00)	-
A9. Существует проблема, связанная с неуважительным поведением сотрудников этого отделения ^a	37 (12,1)	38 (12,3)	233 (75,6)	4,00(4,00-4,00)	-
<i>2. Обеспеченность кадрами и темп работы</i>	(27,9)	(12,7)	(59,4)	3,50(3,00-3,75)	0,60
A2. В этом отделении у нас достаточно сотрудников, чтобы справиться с такой нагрузкой.	65 (20,6)	34(10,8)	216 (68,6)	4,00(3,00-4,00)	-
A3. Персонал этого отделения работает дольше, чем это необходимо для ухода за пациентами ^a	194 (63,4)	33 (10,8)	79 (25,8)	2,00(2,00-4,00)	-
A5. Это отделение слишком сильно полагается на временный персонал ^a	34 (11,2)	40 (13,2)	229 (75,6)	4,00(4,00-4,00)	-
A11. Темп работы в этом отделении настолько высокий, что это негативно сказывается на безопасности пациентов ^a	51 (16,3)	50 (16,1)	211 (67,6)	4,00(3,00-4,00)	-
<i>3. Организационное обучение – Постоянное совершенствование</i>	(8,6)	(10,3)	(81,1)	4,00(3,67-4,00)	0,70
A4. Это отделение регулярно пересматривает рабочие процессы, чтобы определить, необходимы ли изменения для повышения безопасности пациентов.	21 (6,6)	18 (5,7)	277 (87,7)	4,00(4,00-4,00)	-
A12. В этом отделении оцениваются изменения, направленные на повышение безопасности пациентов, чтобы понять, насколько хорошо они сработали.	15 (4,8)	38 (12,4)	258 (82,8)	4,00(4,00-4,00)	-
A14. В данном отделении одни и те же проблемы, связанные с безопасностью пациентов, повторяются снова и снова ^a	45 (14,5)	40 (12,8)	224 (72,7)	4,00(3,00-4,00)	-
<i>4. Реакция на ошибку</i>	(15,1)	(14,3)	(70,6)	4,00(3,50-4,00)	0,82
A6. В этом отделении сотрудники чувствуют, что их ошибки ставятся им в вину ^a	47 (15,2)	64 (20,8)	187 (64,0)	4,00(3,00-4,00)	-

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5	6
A7. Когда в этом отделении сообщается о каком-либо событии, создается впечатление, что речь идет о человеке, а не о проблеме ^a	56 (18,3)	50 (16,2)	202 (65,5)	4,00(3,00-4,00)	-
A10. Когда сотрудники совершают ошибки, это отделение фокусируется на обучении, а не на обвинении отдельных лиц.	39 (12,3)	30 (9,5)	248 (78,2)	4,00(4,00-4,00)	-
A13. В этом отделении отсутствует поддержка персонала, причастного к ошибкам в области безопасности пациентов ^a	47 (15)	33 (10,4)	234 (74,6)	4,00(4,00-4,00)	-
5. Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя	(12,5)	(15,3)	(72,2)	4,00(3,33-4,00)	0,74
B1. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) серьезно рассматривает предложения персонала по повышению безопасности пациентов.	29 (9,2)	34 (10,8)	252 (80)	4,00(4,00-4,00)	-
B2. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) требует, чтобы мы ускорялись в периоды высокой нагрузки, даже если для этого приходится сокращать время на пациента ^a	55 (17,6)	74 (23,8)	184 (58,6)	4,00(3,00-4,00)	-
B3. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) принимает меры для решения проблем безопасности пациентов, которые доводятся до их сведения.	33 (10,5)	36 (11,4)	246 (78,1)	4,00(4,00-4,00)	-
6. Коммуникация по поводу ошибок	(3,9)	(5,8)	(90,3)	4,00(4,00-4,33)	0,70
C1. Нас информируют об ошибках, которые происходят в этом отделении.	12 (3,8)	16 (5)	288 (91,2)	4,00(4,00-4,00)	-
C2. Когда в этом отделении возникают ошибки, мы обсуждаем способы предотвращения их повторения.	11 (3,4)	11 (3,4)	295 (93,2)	4,00(4,00-4,00)	-
C3. В этом отделении нас уведомляют об изменениях, основанных на отчетах об инцидентах.	14 (4,4)	29 (9,2)	273 (86,4)	4,00(4,00-4,00)	-
7. Коммуникационная открытость	(11,1)	(13,1)	(75,8)	4,00(3,50-4,00)	0,78
C4. Сотрудники этого отделения высказывают обеспокоенность, если замечают угрозу качеству ухода за пациентами.	29 (9,1)	22 (7,1)	264 (83,8)	4,00(4,00-4,00)	-

Продолжение таблицы 5

1	2	3	4	5	6
C5. Если сотрудники этого отделения замечают, что кто-то из руководства поступает небезопасно для пациентов, они говорят об этом.	33 (10,8)	39 (12,8)	233 (76,4)	4,00(4,00-4,00)	-
C6. Когда сотрудники этого отделения выражают обеспокоенность по поводу безопасности пациентов, руководство прислушивается к ним.	24 (7,7)	56 (17,8)	234 (74,5)	4,00(4,00-4,00)	-
C7. В этом отделении сотрудники боятся задавать вопросы, когда что-то кажется им неправильным ^a	52 (16,6)	47 (14,9)	216 (68,5)	4,00(3,00-4,00)	-
8. Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов	(18,3)	(29,6)	(52,1)	3,50(3,00-4,00)	0,73
D1. Как часто сообщается об ошибке, если ее удалось обнаружить и исправить до того, как она затронула пациента?	54 (18,8)	88 (30,7)	145 (50,5)	4,00(3,00-4,00)	-
D2. Как часто сообщается об ошибке, которая дошла до пациента и могла бы причинить вред, но не причинила?	51 (17,6)	83 (28,6)	156 (53,8)	4,00(3,00-4,00)	-
9. Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов	(15,6)	(8,8)	(75,6)	4,00(4,00-4,50)	0,72
F1. Действия руководства больницы показывают, что безопасность пациентов является главным приоритетом.	24 (7,5)	19 (6)	275 (86,5)	4,00(4,00-5,00)	-
F2. Руководство больницы предоставляет достаточные ресурсы для повышения безопасности пациентов	34 (10,7)	23 (7,2)	261 (82,1)	4,00(4,00-4,00)	-
F3. Похоже, руководство больницы начинает интересоваться безопасностью пациентов только после возникновения инцидента ^a	88 (28,5)	41 (13,2)	180 (58,3)	4,00(2,00-4,00)	-
10. Передача полномочий и обмен информацией	(12,6)	(13,2)	(74,2)	4,00(3,33-4,00)	0,72
F4. При переводе пациентов из одного отделения в другое важная информация часто упускается. ^a	42 (14,2)	50 (16,9)	204 (68,9)	4,00(3,00-4,00)	-
F5. Во время смен дежурств важная информация об уходе за пациентами часто упускается. ^a	32 (10,8)	42 (14,2)	223 (75,0)	4,00(3,00-4,00)	-
F6. Во время посменной работы есть достаточно времени для обмена всей ключевой информацией по уходу за пациентами.	38 (12,8)	24 (8,3)	234 (78,9)	4,00(4,00-4,00)	-
Примечание ^a указывает на вопросы с обратной кодировкой и негативными формулировками					

Наиболее высоко была оценена подшкала «Коммуникация по поводу ошибок» – 90,3% участников согласны или полностью согласны с соответствующими утверждениями ($Me = 4,00$; $IQR = 4,00–4,33$; $\alpha = 0,702$). Это указывает на высокий уровень открытости в обсуждении ошибок и стремление к обучению на их основе. Следом по уровню положительных оценок идут измерения «Командная работа» – 83,4% согласных ($Me = 4,00$; $IQR = 3,67–4,33$; $\alpha = 0,713$), «Организационное обучение – постоянное совершенствование» – 81,1% ($Me = 4,00$; $IQR = 3,67–4,00$; $\alpha = 0,701$) и «Коммуникационная открытость» – 75,8% ($Me = 4,00$; $IQR = 3,50–4,00$; $\alpha = 0,782$).

В свою очередь, наименьший уровень положительных ответов продемонстрировало измерение «Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов», где только 52,1% участников указали на готовность сообщать о таких инцидентах ($Me = 3,50$; $IQR = 3,00–4,00$; $\alpha = 0,732$). Это может свидетельствовать о наличии барьеров в системе отчетности, таких как страх наказания или отсутствие обратной связи. Также низкие оценки получило измерение «Обеспеченность персоналом и темпы работы» – только 59,4% положительных ответов ($Me = 3,50$; $IQR = 3,00–3,75$; $\alpha = 0,604$), что указывает на возможные проблемы с нагрузкой и дефицитом кадров.

Наивысшее медианное значение наблюдалось по утверждению A8 («В напряженные периоды сотрудники помогают друг другу») – $Me=4,00$; $IQR=4,00–5,00$, что отражает высокую командную поддержку. Напротив, наименьшие оценки получило утверждение A3 («Персонал работает дольше, чем необходимо») – $Me = 2,00$; $IQR = 2,00–4,00$, указывающее на переработки и высокую нагрузку.

Несколько утверждений с обратной формулировкой (помечены знаком^a) получили также относительно высокую долю негативных ответов, что подтверждает наличие культуры обвинения (например, A6, A7) и проблем с доверием в среде (C7).

Рассчитанный интегральный показатель (среднее значение доли позитивных ответов по всем 10 доменам) составил 73,5%, что указывает на средний уровень сформированности культуры безопасности в восприятии персонала (рисунок 8).

В соответствии с методикой HSOPSC 2.0, это свидетельствует, в целом, о благоприятной оценке условий, связанных с безопасностью пациентов. При этом остаются зоны, требующие управленческого внимания и целенаправленных улучшений, особенно если сопоставить данный результат с компонентами, набравшими более низкие значения (например, кадровая обеспеченность или сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов).

Результаты оценки культуры безопасности пациентов показали, что в целом специалисты сестринского дела характеризуют культуру безопасности пациентов и среду своей профессиональной деятельности как благоприятные. Наиболее высокие оценки были получены по компонентам, отражающим коммуникацию по поводу ошибок, командную работу, организационное обучение и поддержку со стороны руководства, что свидетельствует о наличии элементов поддерживающей и ориентированной на безопасность

профессиональной среды. Вместе с тем выявлен ряд уязвимых зон культуры безопасности пациентов. Наиболее низкие показатели были зафиксированы по компонентам, связанным с сообщением об инцидентах, а также обеспеченностью персоналом и темпами работы. Это указывает на существование разрыва между декларируемыми установками на открытость и обучаемость и фактической готовностью персонала к формальному сообщению о событиях, связанных с безопасностью пациентов.



Рисунок 8 – Мнения респондентов о культуре безопасности пациентов (n=319)

Согласно результатам оценки по опроснику HSOPSC 2.0, специалисты сестринского дела несколько чаще сообщают об ошибках, достигших пациента, но не причинивших вред – 42,6% (рисунок 9), чем о «почти ошибках» – 39,5% (рисунок 10). Это указывает на преобладание реактивной модели и недостаточную сформированность проактивной культуры безопасности.

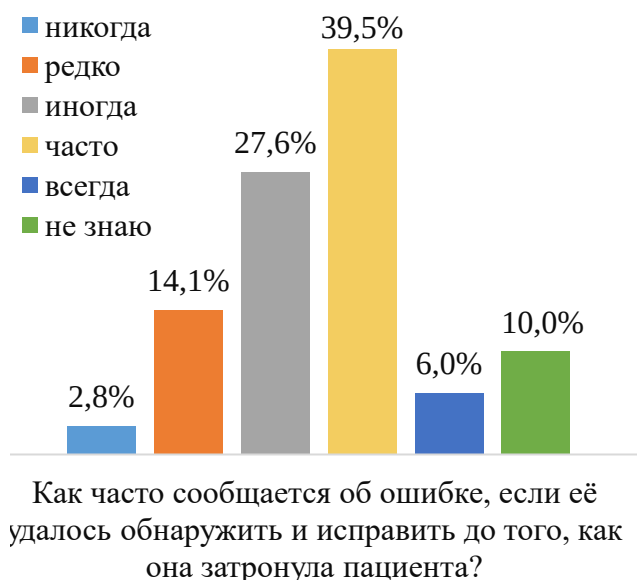


Рисунок 9 – Распределение ответов о «почти ошибках» (n = 319)

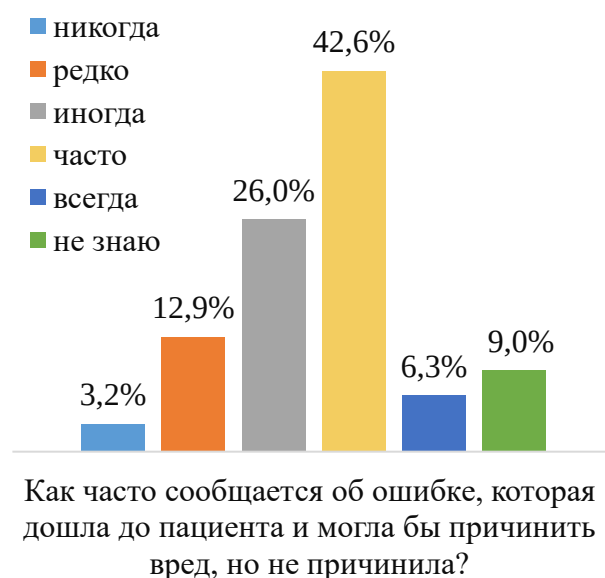


Рисунок 10 – Распределение ответов об инцидентах, достигших пациента (n = 319)

Согласно данным, представленным на рисунке 11, значительная часть специалистов сестринского дела (43,6%) за последние 12 месяцев не сообщала ни об одном инциденте.

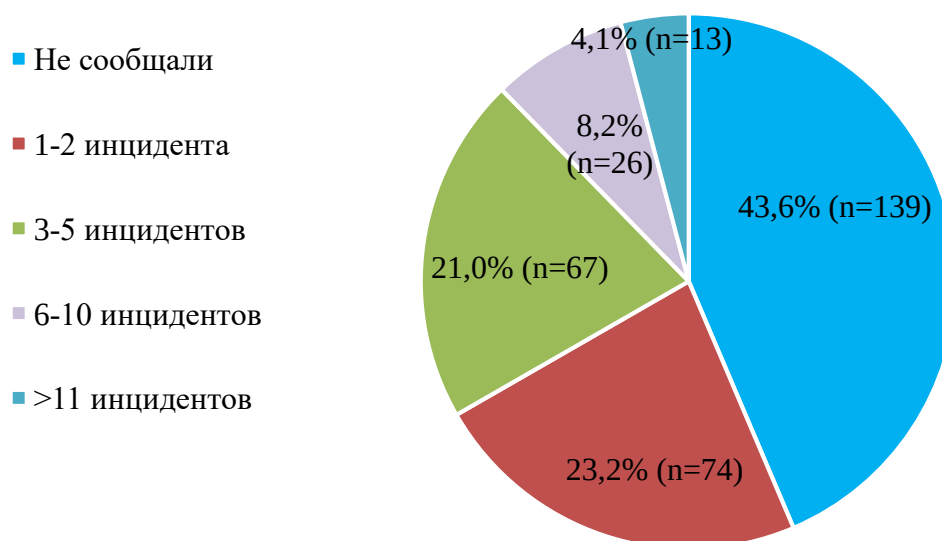


Рисунок 11 – Количество сообщений об инцидентах за последние 12 месяцев (n=319)

Учитывая, что во всех подразделениях использовалась единая система отчетности, данный результат не может быть объяснен различиями в организационных регламентах или инструментах регистрации. В связи с этим отсутствие сообщений можно рассматривать в контексте клинического профиля подразделений, различий в частоте возникновения событий, потенциально

влияющих на безопасность пациентов, а также профессионального суждения специалистов сестринского дела при отнесении конкретных ситуаций к инцидентам, подлежащим регистрации.

Одновременно выявлена группа респондентов, сообщивших о значительном количестве инцидентов за анализируемый период – 23,2% (74), что свидетельствует о вариабельности практического использования единой системы отчетности. Подобная вариабельность отражает не столько различия в формальных требованиях, сколько особенности вовлеченности персонала в процессы обеспечения безопасности, уровень чувствительности к рискам и степень интеграции принципов культуры безопасности в повседневную профессиональную деятельность.

Сопоставление субъективных оценок частоты сообщения об инцидентах и фактических данных о количестве зарегистрированных событий позволяет выявить разрыв между декларируемым признанием значимости безопасности пациентов и практической реализацией процессов регистрации. Данный разрыв характерен для организаций, находящихся на этапе развития культуры безопасности, при котором формирование ценностных установок опережает устойчивое закрепление поведенческих практик. Полученные результаты указывают на необходимость дальнейшего развития механизмов поддержки специалистов сестринского дела в вопросах идентификации и регистрации инцидентов, включая уточнение критериев событий, подлежащих сообщению, и укрепление некарательного подхода к анализу ошибок в рамках единой системы безопасности пациентов.

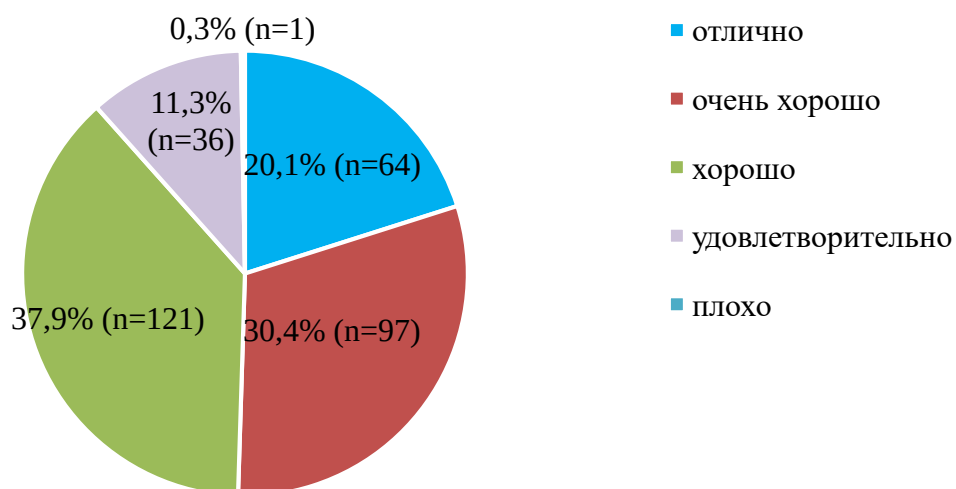


Рисунок 12 – Оценка рабочего места относительно безопасности пациентов (n=319)

Как показано на рисунке 12, большинство специалистов сестринского дела (50,5%; n = 161) охарактеризовали свое рабочее место как очень хорошее или отличное; 121 участник (37,9%) оценил его как хорошее, и лишь один – как неудовлетворительное.

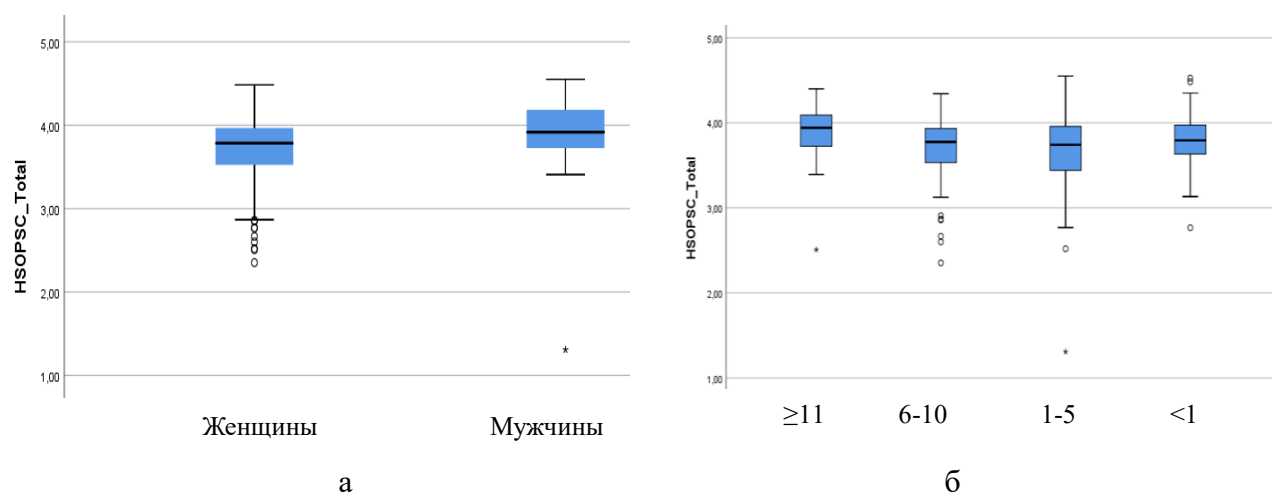
В таблице 6 представлены результаты двухфакторного анализа, в котором

изучалась взаимосвязь между демографическими и профессиональными характеристиками специалистов сестринского дела и их восприятием культуры безопасности пациентов.

Таблица 6 – Результаты двухфакторного анализа взаимосвязей между культурой безопасности пациентов и характеристиками специалистов сестринского дела

Переменная	Me	IQR	Статистический анализ (U-критерий Манна–Уитни (U), критерий Краскела–Уоллиса (H), корреляция Спирмена (ρ))	p
Возраст	-	-	$\rho = -0,054$	0,340
Пол	-	-	$U = 2810,00; r = 0,17$	0,003*
Женский	3,79	3,53–3,97	-	-
Мужской	3,92	3,70–4,22	-	-
Семейное положение	-	-	$U = 11284,00; r = 0,09$	0,122
Холостой/не замужем	3,84	3,58–4,00	-	-
Женат/замужем	3,77	3,52–3,98	-	-
Уровень образования	-	-	$U = 10117,00; r = 0,02$	0,663
ТИПО	3,79	3,53–3,98	-	-
Бакалавр	3,80	3,59–3,98	-	-
Профессия	-	-	$U = 8041,00; r = 0,04$	0,465
Медсестра/медбрат	3,79	3,54–3,98	-	-
Другое	3,85	3,54–4,01	-	-
Место работы в клинике	-	-	$U = 9030,50; r = 0,05$	0,396
Амбулатория	3,78	3,47–3,97	-	-
Стационар	3,80	3,56–3,98	-	-
Стаж работы в клинике	-	-	$H(3) = 6,90; \varepsilon^2 = 0,012$	0,075
11 и более лет	3,90	3,68–4,04	-	-
6 - 10 лет	3,78	3,49–3,93	-	-
1 - 5 лет	3,76	3,47–4,00	-	-
Менее 1 года	3,80	3,65–3,97	-	-
Стаж работы в отделении ^a	-	-	$H(3) = 12,16; \varepsilon^2 = 0,029$	0,007*
11 и более лет	3,94	3,73–4,09	-	-
6 - 10 лет	3,78	3,53–3,94	-	-
1 - 5 лет	3,74	3,43–3,96	-	-
Менее 1 года	3,79	3,63–3,98	-	-
Количество рабочих часов в неделю	-	-	$U = 11576,00; r = 0,08$	0,167
Более 40 часов	3,67	3,40–3,95	-	-
Менее 40 часов	3,85	3,58–4,02	-	-
* - Статистически значимо на уровне 0,01				
Примечания:				
1. ^a 11 или более лет > 6-10 лет ($p = 0,015$) и 1-5 лет ($p = 0,006$; поправка Бонферрони)				
2. r – стандартизированный коэффициент размера эффекта для U-критерия Манна–Уитни				
3. ε^2 – коэффициент размера эффекта для критерия Краскела–Уоллиса				

Визуальное распределение общего показателя культуры безопасности пациентов в зависимости от значимых демографических и профессиональных характеристик представлено на рисунке 13.



а – пол; б – стаж в отделении (лет)

Рисунок 13 – Общий показатель культуры безопасности пациентов в зависимости от демографических и профессиональных характеристик

На рисунке 13 показано, что респонденты мужского пола ($Me = 3,92$; $IQR=3,70-4,22$) имели более позитивное восприятие культуры безопасности пациентов, чем респонденты женского пола ($Me = 3,79$; $IQR = 3,53-3,97$; $U = 2810,00$; $p = 0,003$). Размер эффекта при этом был слабым ($r = 0,17$), что указывает на небольшую величину различий между сравниваемыми группами. Также была выявлена статистически значимая разница в восприятии культуры безопасности пациентов в зависимости от стажа работы в отделении ($H(3) = 12,16$; $p = 0,007$). Величина эффекта была малой ($\epsilon^2=0,029$), что отражает небольшую выраженность различий между группами по стажу работы в отделении. Пост-хок анализ с использованием попарных сравнений с поправкой Бонферрони показал, что специалисты сестринского дела со стажем 11 лет и более имели более высокие оценки культуры безопасности ($Me=3,94$), чем те, кто работал от 6 до 10 лет ($p = 0,015$), и от 1 до 5 лет ($p=0,006$). Между другими группами статистически значимых различий не выявлено. Это может свидетельствовать о том, что с накоплением профессионального опыта восприятие кадровой обеспеченности и интенсивности работы становится более положительным. Вероятно, сотрудники с более длительным стажем обладают большей адаптацией к условиям труда, устойчивостью к стрессу и более реалистичными ожиданиями по отношению к рабочей нагрузке и кадровому обеспечению. Остальные параметры, такие как возраст, семейное положение, уровень образования, занимаемая позиция, подразделение работы в клинике, стаж работы в клинике и количество рабочих часов не оказали статистически значимого влияния на общее восприятие культуры безопасности пациентов ($p > 0,05$; таблица 6).

В ходе анализа взаимосвязи между демографическими характеристиками специалистов сестринского дела и измерениями культуры безопасности пациентов были выявлены как статистически значимые, так и статистически незначимые ассоциации (таблица 7).

Таблица 7 – Анализ взаимосвязи между измерениями культуры безопасности пациентов и демографическими характеристиками специалистов сестринского дела (n=319)

Демографические показатели	Командная работа			Обеспеченность кадрами и темп работы			Организационное обучение - Постоянное совершенствование			Реакция на ошибку		
1	2			3			4			5		
Переменная	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p
Возраст	-	$\rho = -0,161$	0,004**	-	$\rho = 0,208$	<0,001**	-	$\rho = -0,089$	0,112	-	$\rho = -0,024$	0,674
Пол	-	U = 3021,50	0,011*	-	U = 3704,00	0,287	-	U = 2657,00	<0,001**	-	U = 3556,50	0,161
Женский	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Мужской	4,33 (4,00–4,67)	-	-	3,25 (2,88–3,88)	-	-	4,00 (4,00–4,67)	-	-	4,00 (3,50–4,25)	-	-
Семейное положение	-	U = 10733,50	0,024*	-	U = 12188,00	0,657	-	U = 11497,00	0,169	-	U = 11998,50	0,491
Холостой/не замужем	4,33 (4,00–4,67)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Женат/замужем	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Уровень образования	-	U = 10076,50	0,617	-	U = 10152,50	0,696	-	U = 10325,00	0,867	-	U = 9802,50	0,380
ТИПО	4,00 (4,00–4,33)	-	-	3,50 (3,00–3,75)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Бакалавр	4,00 (3,67–4,46)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	3,88 (3,50–4,19)	-	-
Демографические показатели	Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя			Коммуникация по поводу ошибок			Коммуникационная открытость			Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов		
Переменная	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p
Возраст	-	$\rho = -0,046$	0,411	-	$\rho = -0,093$	0,096	-	$\rho = -0,079$	0,157	-	$\rho = -0,121$	0,037*
Пол	-	U = 3215,50	0,030*	-	U = 2729,00	0,001**	-	U = 3103,00	0,017*	-	U = 3136,50	0,077
Женский	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Мужской	4,00 (3,50–4,33)	-	-	4,33 (4,00–4,67)	-	-	4,00 (3,63–4,63)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-

Продолжение таблицы 7

1	2			3			4			5		
Семейное положение	-	U = 11571,50	0,215	-	U = 11064,00	0,045*	-	U = 11330,50	0,126	-	U = 10073,00	0,225
Холостой/не замужем	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,13)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Женат/замужем	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Уровень образования	-	U = 9820,50	0,388	-	U = 10289,00	0,821	-	U = 9360,00	0,137	-	U = 8717,50	0,650
ТИПО	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Бакалавр	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,25)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Демографические показатели	Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов			Передача полномочий и обмен информацией			-	-	-	-	-	-
Переменная	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	-	-	-	-	-	-
Возраст	-	p = -0,073	0,194	-	p = -0,119	0,039*	-	-	-	-	-	-
Пол	-	U = 3645,50	0,201	-	U = 3308,00	0,108	-	-	-	-	-	-
Женский	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Мужской	4,00 (3,75–5,00)	-	-	4,00 (3,50–4,17)	-	-	-	-	-	-	-	-
Семейное положение	-	U = 12021,00	0,485	-	U = 10185,50	0,092	-	-	-	-	-	-
Холостой/не замужем	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Женат/замужем	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Уровень образования	-	U = 9076,50	0,048*	-	U = 9437,50	0,998	-	-	-	-	-	-
ТИПО	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,3–4,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
Бакалавр	4,00 (3,50–4,00)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-	-	-
* - Статистически значимо на уровне 0,05; ** - Статистически значимо на уровне 0,01												

В частности, обнаружена отрицательная статистически значимая корреляция между возрастом и рядом компонентов культуры безопасности (таблица 7), включая «Командную работу» ($\rho = -0,161$; $p = 0,004$), «Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов» ($\rho = -0,121$; $p = 0,037$), «Передачу полномочий и обмен информацией» ($\rho = -0,119$; $p = 0,039$). В то же время между возрастом и оценками компонента «Обеспеченность кадрами и темп работы» выявлена положительная статистически значимая корреляция ($\rho = 0,208$; $p < 0,001$).

Специалисты сестринского дела мужского пола давали более высокие оценки компонентам «Командная работа» ($U = 3021,50$; $p = 0,011$), «Организационное обучение – Постоянное совершенствование» ($U = 2657,00$; $p < 0,001$), «Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя» ($U = 3215,50$; $p = 0,030$), «Коммуникация по поводу ошибок» ($U = 2729,00$; $p = 0,001$), «Коммуникационная открытость» ($U = 3103,00$; $p = 0,017$) по сравнению с женщинами-медсестрами (таблица 7).

В зависимости от семейного положения, как показано в таблице 7, статистически значимые различия выявлены по компонентам «Командная работа» и «Коммуникация по поводу ошибок»: более высокие оценки по обоим компонентам отмечались у специалистов сестринского дела, не состоящих в браке, по сравнению с состоящими в браке ($U = 10733,50$; $p = 0,024$ и $U = 11064,00$; $p = 0,045$ соответственно).

В зависимости от уровня образования статистически значимые различия выявлены по компоненте «Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов» ($U = 9076,50$; $p = 0,048$); по другим компонентам культуры безопасности статистически значимых различий не обнаружено (таблица 7).

Согласно данным таблицы 7, сила выявленных связей и различий между группами соответствовала преимущественно слабой степени выраженности ($|\rho| \leq 0,21$; $r \leq 0,20$).

В таблице 8 отражены результаты статистического анализа взаимосвязей измерений культуры безопасности пациентов с профессиональными характеристиками специалистов сестринского дела.

Таблица 8 – Анализ взаимосвязи между измерениями культуры безопасности пациентов и профессиональными характеристиками специалистов сестринского дела (n=319)

Демографические показатели	Командная работа			Обеспеченность кадрами и темп работы			Организационное обучение - Постоянное совершенствование			Реакция на ошибку		
1	2			3			4			5		
Переменная	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p
Профессия	-	U = 8200,50	0,614	-	U = 8188,50	0,606	-	U = 7994,00	0,392	-	U = 8248,50	0,665
Медсестра/медбрат	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Другое	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,29 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Место работы в клинике	-	U = 8296,00	0,056	-	U = 7201,00	0,001**	-	U = 9560,50	0,907	-	U = 8383,00	0,073
Амбулатория	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,50 (3,25–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	3,75 (3,25–4,00)	-	-
Стационар	4,00 (3,67–4,50)	-	-	3,33 (3,00–3,75)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Стаж работы в клинике (лет)	-	H(3) = 12,280	0,006**	-	H(3) = 7,712	0,052	-	H(3) = 3,628	0,305	-	H(3) = 3,082	0,379
11 и более	4,00 (4,00–4,58)	-	-	3,50 (3,25–4,00)	-	-	4,00 (3,83–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,13)	-	-
6 - 10	4,00 (3,50–4,33)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	3,75 (3,25–4,00)	-	-
1 - 5	4,00 (3,67–4,54)	-	-	3,33 (3,00–3,75)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,31–4,00)	-	-
Менее 1 года	4,33 (4,00–4,67)	-	-	3,25 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Стаж работы в отделении (лет)	-	H(3) = 8,016	0,046*	-	H(3) = 13,217	0,004**	-	H(3) = 5,675	0,129	-	H(3) = 5,533	0,137
11 и более	4,00 (4,00–4,42)	-	-	3,50 (3,29–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,75–4,13)	-	-
6 - 10	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	3,75 (3,25–4,00)	-	-
1 - 5	4,00 (3,67–4,50)	-	-	3,25 (3,00–3,75)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-
Менее 1 года	4,33 (4,00–4,67)	-	-	3,38 (2,94–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,33)	-	-	3,88 (3,25–4,00)	-	-
Демографические показатели	Поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя			Коммуникация по поводу ошибок			Коммуникационная открытость			Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов		
Переменная	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Стат. анализ	p
Профессия	-	U = 8460,50	0,910	-	U = 7574,00	0,116	-	U = 7331,50	0,067	-	U = 6991,00	0,287

Продолжение таблицы 8

1	2			3			4			5		
Медсестра/мед брат	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Другое	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,75–4,25)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Место работы в клинике	-	U = 9470,50	0,807	-	U = 8569,50	0,100	-	U = 8512,50	0,107	-	U = 5639,00	<0,001*
Амбулатория	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	3,75 (3,50–4,00)	-	-	3,00 (3,00–3,50)	-	-
Стационар	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Стаж работы в клинике (лет)	-	H(3) = 3,189	0,363	-	H(3) = 5,755	0,124	-	H(3) = 13,458	0,004**	-	H(3) = 0,819	0,845
11 и более	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,63–4,25)	-	-	3,75 (3,00–4,00)	-	-
6 - 10	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,38–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
1 - 5	4,00 (3,33–4,33)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,25 (3,00–4,00)	-	-
Менее 1 года	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,33)	-	-	4,00 (3,75–4,50)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Стаж работы в отделении (лет)	-	H(3) = 6,530	0,088	-	H(3) = 1,988	0,575	-	H(3) = 11,358	0,010*	-	H(3) = 3,956	0,266
11 и более	4,00 (3,67–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,63–4,25)	-	-	4,00 (3,00–4,00)	-	-
6 - 10	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
1 - 5	4,00 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (4,00–4,33)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	3,00 (3,00–4,00)	-	-
Менее 1 года	3,83 (3,33–4,00)	-	-	4,00 (3,67–4,33)	-	-	4,00 (3,75–4,50)	-	-	3,50 (3,00–4,00)	-	-
Демографические показатели	Поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов			Передача полномочий и обмен информацией			-	-	-	-	-	-
Переменная	Me [IQR]	Стат. анализ	p	Me [IQR]	Статистический анализ	p	-	-	-	-	-	-
Профессия	-	U = 8514,00	0,974	-	U = 6854,50	0,122	-	-	-	-	-	-

Продолжение таблицы 8

1	2		3		4			5		
Медсестра/м едбрат	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-
Другое	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-
Место работы в клинике	-	U = 9624,50	0,983	-	U = 6952,50	0,030*	-	-	-	-
Амбулатория	4,00 (4,00–4,25)	-	-	3,67 (3,00–4,00)	-	-	-	-	-	-
Стационар	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	-	-	-	-
Стаж работы в клинике (лет)	-	H(3) = 4,037	0,257	-	H(3) = 2,304	0,512	-	-	-	-
11 и более	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	-	-	-	-
6 - 10	4,00 (4,00–4,00)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-
1 - 5	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-
Менее 1 года	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,58–4,00)	-	-	-	-	-	-
Стаж работы в отделении (лет)	-	H(3) = 7,057	0,070	-	H(3) = 1,845	0,605	-	-	-	-
11 и более	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,67–4,00)	-	-	-	-	-	-
6 - 10	4,00 (3,75–4,00)	-	-	4,00 (3,38–4,00)	-	-	-	-	-	-
1 - 5	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,33–4,00)	-	-	-	-	-	-
Менее 1 года	4,00 (4,00–4,50)	-	-	4,00 (3,50–4,00)	-	-	-	-	-	-
* - Статистически значимо на уровне 0,05; ** - Статистически значимо на уровне 0,01										

Специалисты сестринского дела, работающие в амбулаторных отделениях, имели более позитивное восприятие «Обеспеченность кадрами и темп работы», чем их коллеги из стационарных отделений ($U = 7201,00$; $p = 0,001$). В то же время, специалисты сестринского дела, работающие в стационарных отделениях, лучше оценивали «Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов» ($U = 5639,00$; $p < 0,001$) и «Передача полномочий и обмен информацией» ($U = 6952,50$; $p = 0,030$), чем амбулаторные сотрудники.

Были зафиксированы статистически значимые различия в восприятии «Командная работа» ($H(3)=12,280$; $p=0,006$) и «Коммуникационная открытость» ($H(3)=13,458$; $p=0,004$) между группами специалистов сестринского дела с разной продолжительностью работы в клинике. При пост-хок анализе (тест Данна с поправкой Бонферрони) выявлены статистически значимые различия: сотрудники со стажем менее 1 года лучше оценивали «Командная работа», чем те, кто работает от 6 до 10 лет ($p=0,001$), а также выше оценивали «Коммуникационная открытость», чем коллеги с 1-5 годами стажа ($p = 0,002$) и с 6-10 годами стажа ($p = 0,003$).

Установлены значимые различия в восприятии компонентов «Командная работа» ($H(3) = 8,016$; $p = 0,046$), «Обеспеченность кадрами и темп работы» ($H(3) = 13,217$; $p = 0,004$) и «Коммуникационная открытость» ($H(3) = 11,358$; $p = 0,010$) в зависимости от стажа работы в конкретном подразделении. Пост-хок анализ показал, что сотрудники со стажем работы в подразделении более 11 лет выше оценивали «Обеспеченность кадрами и темп работы», чем те, кто работает от 1 до 5 лет ($p = 0,001$), а сотрудники со стажем менее 1 года лучше воспринимали «Коммуникационная открытость», чем коллеги с 1-5 годами стажа ($p = 0,002$). Несмотря на наличие статистически значимых различий в восприятии компонента «Командная работа» по критерию Краскела–Уоллиса, при пост-хок анализе статистически значимых различий между отдельными группами выявлено не было.

Значимых различий в восприятии культуры безопасности пациентов в зависимости от занимаемой позиции специалистов сестринского дела и количества рабочих часов в неделю обнаружено не было. Величина эффектов по критериям Краскела–Уоллиса и Манна–Уитни соответствовала малой степени выраженности межгрупповых различий по всем профессиональным характеристикам ($\epsilon^2 \leq 0,033$; $r \leq 0,25$).

Отдельного внимания заслуживает выявленное расхождение между высокой субъективной оценкой рабочей среды и низкой частотой подачи сообщений об инцидентах. Данный результат указывает на необходимость разграничения понятий благоприятной среды сестринской практики и зрелой культуры отчетности, а также подчеркивает, что наличие поддерживающих условий само по себе не гарантирует активного участия персонала в формальных механизмах обеспечения безопасности пациентов.

В рамках исследования также были проанализированы комментарии, оставленные респондентами в конце опроса. Для анализа качественных данных был использован контент-анализ, позволивший выявить ключевые смысловые

акценты в восприятии культуры безопасности пациентов специалистов сестринского дела. Всего закодировано 67 комментариев, на основании которых выделены девять тематических категорий.

Первая категория «Межпрофессиональная коммуникация и культура безопасности» характеризует роль коммуникации и командного взаимодействия в формировании культуры безопасности пациентов. Часть комментариев носит краткий позитивный характер и отражает восприятие коллектива как сплоченной команды. Эти высказывания указывают на благоприятный психологический климат и положительную оценку межпрофессионального взаимодействия, однако не содержат описания конкретных коммуникативных практик обеспечения безопасности.

«Неэффективная коммуникация между сотрудниками и с пациентами, многие коммуницируют из позиции воспитания своих норм и мнений» (1)

«Нужно улучшить взаимодействие между персоналом и пациентами, и персоналом между собой» (2)

Указание на недостаток коммуникации и поддержки свидетельствует о наличии организационных и психологических барьеров, препятствующих открытому взаимодействию и совместной ответственности за безопасность пациентов.

«Необходимо обеспечение безопасности на работе, благоприятные условия, поведение персонала, их развитие. Не хватает коммуникации, отсутствует поддержка» (3)

Таким образом, представленные комментарии отражают неоднородное восприятие культуры безопасности, сочетающее положительную оценку командной сплоченности с осознанием проблем коммуникации и поддержки персонала.

Категория «Обучение медицинских сестер как фактор формирования культуры безопасности пациентов» отражает восприятие обучения специалистов сестринского дела как ключевого условия формирования культуры безопасности пациентов. Респонденты указывают на недостаточную системность образовательных мероприятий, дефицит времени и высокую рабочую нагрузку.

«У нас недостаток в обучении, загруженность медсестер» (4)

«Недостаточно времени для обучения на рабочих местах» (5)

Одновременно подчеркивается необходимость непрерывного профессионального развития и формирования осознанного отношения к безопасности, при этом отмечается низкая мотивация части персонала к обучению.

«Надо проводить непрерывное обучение медсестер, нужно воспитывать в них культуру безопасности, потому что они выбрали профессию медсестры» (6)

Третья категория «Открытость и поддержка при сообщении об инцидентах» характеризует наличие открытой и некарательной организационной среды, способствующей активному сообщению о нежелательных событиях и инцидентах. Респонденты отмечают готовность

медицинского персонала фиксировать проблемы, связанные с оборудованием, процедурами и другими аспектами оказания помощи.

«О нежелательных моментах, которые происходят в отделении, смело об этом пишем, заполняем инциденты» (7)

Сообщения об инцидентах сопровождаются поддержкой со стороны руководства и открытого обсуждения проблем как среди специалистов сестринского дела, так и среди врачей.

«Открыто говорят обо всех моментах, как среди медсестер, так и среди врачей» (8)

Открытость коммуникации и отсутствие карательных реакций рассматриваются респондентами как важный элемент культуры безопасности пациентов.

Четвертая категория «Реакция на ошибки и анализ инцидентов» отражает этап управленческой обработки сообщений об инцидентах. Респонденты подчеркивают значимость не только факта регистрации нежелательных событий, но и системного анализа инцидентов, включающего выявление причин и принятие управленческих решений.

«Инциденты должны оцениваться (мониторинг) руководителями отделения (старшая медсестра, заведующий) постоянно» (9)

Одновременно в комментариях отмечаются проблемы, связанные с отсутствием достоверной статистики медицинских ошибок и недостаточной прозрачностью использования данных об инцидентах.

«Отсутствует реальная статистика медицинских ошибок» (10)

Таким образом, данная категория отражает различия между декларируемыми принципами безопасности и реальными практиками анализа и использования информации об инцидентах, подчеркивая необходимость дальнейшего развития системного и проактивного подхода к управлению рисками.

Пятая категория «Восприятие и понимание культуры безопасности пациентов» отражает различия в восприятии и уровне понимания культуры безопасности пациентов медицинскими сестрами. Часть респондентов характеризует культуру безопасности как сформированную и реализуемую в повседневной практике, связывая ее с наличием условий и соблюдением правил.

«У нас в отделении культура безопасности на высоком уровне» (11)

«Мы создаем все условия для безопасного нахождения пациентов у нас в центре» (12)

В то же время отдельные участники демонстрируют частичное понимание концепции культуры безопасности, что указывает на необходимость ее дальнейшего разъяснения.

«Я вообще не понимаю, что такое культура безопасности. Я спрашивала и у заведующего, и у менеджера. Но до сих пор полностью не понимаю, что это?» (13)

Шестая категория «Пациентоориентированный уход как компонент культуры безопасности пациентов» описывает понимание культуры

безопасности пациентов как совокупности пациентоориентированных практик, направленных на обеспечение физической, психологической и организационной безопасности. Отмечается влияние условий труда специалистов сестринского дела на безопасность пациентов.

«24 часовые смены медсестер приводят к большому количеству ошибок в уходе и лечении пациентов» (14)

Уважение индивидуальных предпочтений пациентов и обеспечение психологической поддержки рассматриваются как важные элементы безопасного и качественного ухода.

«В нашем центре по желанию пациента можно пригласить психолога для оказания психологической поддержки» (15)

Седьмая категория «Роль медицинской сестры в обеспечении безопасности пациентов» отражает восприятие специалистов сестринского дела как ключевого участника системы безопасности.

«Если бы медсестры не писали инциденты и не говорили об этих ситуациях, то достаточно много вреда бы было причинено» (16)

Осознанное отношение к культуре безопасности и готовность открыто заявлять о рисках рассматриваются как важные условия эффективной профилактики неблагоприятных исходов и повышения безопасности пациентов.

«Если медсестра хорошо понимает культуру безопасности пациентов и об этом заявляет, то вред минимизируется, и пациент не страдает в конечном итоге» (17)

Таким образом, данная категория отражает ключевую роль специалистов сестринского дела в обеспечении безопасности пациентов через активное выявление и сообщение о небезопасных ситуациях, строгое соблюдение стандартных операционных процедур.

Восьмая категория «Влияние кадрового дефицита на безопасность пациентов» отражает восприятие респондентами кадровых проблем как одного из ключевых системных факторов, влияющих на устойчивость процессов оказания медицинской помощи и уровень безопасности пациентов. В комментариях подчеркивается нехватка медицинских сестер, высокая текучесть кадров и значительная рабочая нагрузка на одного сотрудника, что связывается с несоответствием уровня ответственности условиям труда, оплате и профессиональным ожиданиям.

«Они не хотят к нам идти из-за высокой ответственности, низкой оплаты труда и больших требований» (18)

Отдельное внимание в комментариях уделяется низкой привлекательности организации для молодых специалистов и отсутствию воспринимаемых профессиональных перспектив, что препятствует формированию стабильного и опытного кадрового состава.

«Молодежь не видит перспектив, а то, что предлагает наш центр им не интересно» (19)

Девятая категория «Соблюдение стандартов и правил» отражает восприятие респондентами нормативного и процедурного компонента культуры

безопасности как одного из ключевых факторов предотвращения ошибок, осложнений и неблагоприятных исходов для пациентов. В комментариях подчеркивается, что строгое следование стандартным операционным процедурам, клиническим алгоритмам и требованиям международных стандартов рассматривается персоналом как основа безопасного оказания медицинской помощи.

«При поведении каких-либо манипуляций в отделении, мы соблюдаем все СОПы и правила. Это уменьшает количество осложнений» (20)

Респонденты указывают на прямую связь между соблюдением регламентированных процедур и снижением частоты осложнений и инвалидизации пациентов.

«Соблюдение правил безопасности уменьшает количество инвалидизации» (21)

«Медсестры с большим стажем на автоматизме соблюдают все правила JCI, все алгоритмы» (22)

Одновременно отмечаются трудности соблюдения стандартов при высокой рабочей нагрузке и дефиците времени.

«При высокой нагрузке и дефиците времени не всегда есть возможность соблюдать все требования JCI» (23)

В совокупности данная категория демонстрирует, что соблюдение стандартов, СОПов и клинических алгоритмов воспринимается персоналом как неотъемлемый элемент культуры безопасности, эффективность которого зависит как от профессионального опыта и ответственности сотрудников, так и от организационных условий их работы.

Тематический анализ комментариев позволил выявить девять смысловых категорий, отражающих профессиональное восприятие культуры безопасности пациентов специалистами сестринского дела. Представленные высказывания дополняют количественные результаты опросника HSOPSC, обеспечивая более глубокое понимание как позитивных практик, так и существующих ограничений в реализации культуры безопасности в сестринской практике.

Таким образом, установлено, что восприятие культуры безопасности пациентов специалистами сестринского дела является неоднородным и зависит от демографических и профессиональных характеристик. Статистически значимые различия выявлены в зависимости от пола и стажа работы в конкретном подразделении. Анализ отдельных измерений показал, что наиболее высокие оценки получены по компонентам, связанным с коммуникацией по поводу ошибок, командной работой и организационным обучением, тогда как наименьшие значения зафиксированы по измерениям, отражающим сообщение об инцидентах и обеспеченность персоналом. Одновременно зафиксировано расхождение между высокой субъективной оценкой рабочей среды и низкой активностью специалистов сестринского дела в сообщении об инцидентах. Полученные данные свидетельствуют об среднем уровне сформированности культуры безопасности пациентов в сестринской практике.

В следующем подразделе представлены результаты анализа характеристик

рабочей среды сестринской практики.

3.2.2 Оценка условий сестринской практики

Восприятие профессиональной среды специалистами сестринского дела оценивалось с использованием опросника шкалы профессиональной среды сестринской практики (PES-NWI). Интерпретация результатов основывалась на методике, согласно которой рабочая среда считается благоприятной, если среднее значение $\geq 2,5$ достигается по четырём или более подшкалам из пяти. Данный подход применяется в международных исследованиях (таблица 9).

Таблица 9 – Результаты описательного анализа PES-NWI (n = 319)

Подшкалы PES-NWI	Количество вопросов	Среднее (M)	Стандартное отклонение (SD)
Участие медсестер в управлении делами больницы	9	2,97	0,45
Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода	10	2,96	0,39
Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка	5	2,99	0,49
Обеспеченность персоналом и ресурсами	4	2,89	0,54
Коллегиальные отношения между медицинскими сестрами и врачами	3	3,10	0,57
Общий индекс условий сестринской практики (PES-NWI)	31	2,97	0,39

Средние значения (M) рассчитывались как среднее арифметическое индивидуальных значений подшкал на основе ответов респондентов (n = 319). Стандартное отклонение (SD) отражает вариабельность значений относительно среднего.

Анализ показал, что среднее значение по всем подшкалам PES-NWI превышает пороговое значение 2,5, что указывает на благоприятную оценку профессиональной среды сестринским персоналом. Наиболее высокое среднее значение отмечено по подшкале «Коллегиальные отношения между медицинскими сестрами и врачами» (M = 3,10), что отражает положительную оценку межпрофессионального взаимодействия. Наименьшее среднее значение получено по подшкале «Обеспеченность персоналом и ресурсами» (M = 2,89). Внутренняя согласованность шкалы была высокой (α Кронбаха = 0,88), что свидетельствует о надёжности используемого инструмента. Таким образом, поскольку все пять подшкал имеют средние значения выше 2,5, профессиональная среда может быть классифицирована как благоприятная. При этом наиболее сильной стороной является межпрофессиональное взаимодействие, а относительно более слабой – обеспеченность персоналом и ресурсами.

В таблице 10 приведена характеристика условий сестринской практики, оцененных с использованием опросника PES-NWI.

Таблица 10 – Результаты опросника PES-NWI

Шкала и утверждения индекса условий сестринской практики	Среднее (М)	Стандартное отклонение (SD)	α Кронбаха
1	2	3	4
Участие медсестер в управлении делами больницы	-	-	0,87
Возможность карьерного роста / продвижения по клинической лестнице	2,98	0,65	-
Возможность для штатных медсестер участвовать в принятии стратегических решений	2,98	0,59	-
Главная медсестра или директор сестринского дела, которую хорошо знают, доступна для персонала	3,19	0,59	-
Главная медсестра или директор сестринского дела, равная по силе и авторитету другим руководителям больницы высшего уровня	3,21	0,57	-
Возможности для продвижения	2,98	0,67	-
Администрация, которая прислушивается к проблемам сотрудников и реагирует на них	2,82	0,71	-
Штатные медсестры участвуют во внутреннем управлении организации (например, комитеты по практике и политике)	2,80	0,67	-
Штатные медсестры имеют возможность участвовать в комитетах организации и комитетах сестринского дела	2,84	0,68	-
Руководители сестринского дела консультируются с персоналом по повседневным проблемам и процедурам	2,87	0,66	-
Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода	-	-	0,84
Активные программы повышения квалификации персонала или непрерывного образования для медсестер	3,06	0,58	-
Администрация ожидает высоких стандартов сестринского ухода	3,08	0,51	-
Четкая философия сестринского дела, которая пронизывает среду ухода за пациентами	3,09	0,56	-
Работа с медсестрами, которые клинически компетентны	3,11	0,56	-
Активная программа обеспечения качества	2,99	0,59	-
Программа наставничества для вновь принятых на работу медсестер	2,96	0,63	-
Сестринское обслуживание основано на сестринской, а не медицинской модели	2,86	0,66	-
Письменные и актуальные планы сестринского ухода для всех пациентов	3,03	0,59	-
Закрепление пациентов за медицинскими сестрами, способствующее непрерывности ухода, т.е. одна и та же медсестра ухаживает за пациентом изо дня в день	2,71	0,68	-
Использование сестринских диагнозов	2,67	0,69	-
Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка	-	-	0,76
Вышестоящий персонал, который оказывает поддержку медсестрам	2,94	0,67	
Руководители используют ошибки как возможность для обучения, а не для критики	2,97	0,63	
Старшая медсестра, которая является хорошим менеджером и лидером	3,28	0,60	
Применяется похвала и признание за хорошо выполненную работу	2,87	0,77	
Медсестра-менеджер, которая поддерживает сестринский персонал в принятии решений, даже если конфликт происходит с врачом	2,87	0,71	

Продолжение таблицы 10

1	2	3	4
Обеспеченность персоналом и ресурсами	-	-	0,80
Адекватные службы поддержки позволяют мне проводить время со своими пациентами	3,03	0,58	
Достаточно времени и возможностей для обсуждения проблем ухода за пациентами с другими медсестрами	2,86	0,68	
Достаточно медсестер для обеспечения качественного ухода за пациентами	2,85	0,74	
Достаточно персонала, чтобы выполнить работу	2,84	0,70	
Коллегиальные отношения между медсестрами и врачами	-	-	0,89
У врачей и медсестер хорошие рабочие отношения	3,17	0,65	
Большая командная работа между медсестрами и врачами	3,07	0,63	
Сотрудничество (совместная практика) между медсестрами и врачами	3,07	0,63	

Наиболее высокое значение отмечено по утверждению «Старшая медсестра, которая является хорошим менеджером и лидером» ($M=3,28$), что отражает высокую оценку управленческих и лидерских качеств руководителя сестринского персонала. Наименьшее значение получено по утверждению «Использование сестринских диагнозов» ($M=2,67$), что указывает на сравнительно менее благоприятную оценку применения сестринского процесса в практической деятельности.

В таблице 11 приведены результаты сравнения общего показателя по шкале PES-NWI между группами медицинских сестер, сформированными по социально-демографическим и профессиональным признакам.

Таблица 11 – Связь между демографическими и профессиональными характеристиками и общим показателем по шкале PES-NWI ($n = 319$)

Переменные	n	Me [IQR]	Статистический анализ	p	Пост-хок анализ*
1	2	3	4	5	6
Пол	-	-	U =1942,00; $r = 0,27$	<0,001**	51 и старше > 41-50 ($p = 0,008$)
Женщины	290	2,94 (2,74–3,03)	-	-	
Мужчины	29	3,48 (2,97–3,84)	-	-	
Возраст (лет)	-	-	H (3) = 9,305; $\varepsilon^2 = 0,02$	0,026**	
19 - 30	144	2,98 (2,74–3,26)	-	-	11 лет и более > 6-10 ($p = 0,006$)
31 - 40	67	2,87 (2,61–3,03)	-	-	
41 - 50	65	2,94 (2,76–3,00)	-	-	
51 и старше	43	2,97 (2,94–3,03)	-	-	
Стаж работы в отделении (лет)	-	-	H (3) = 8,700; $\varepsilon^2 = 0,02$	0,034**	
11 и более	45	2,97 (2,92–3,10)	-	-	
6 - 10	81	2,90 (2,71–3,00)	-	-	
1 - 5	147	2,97 (2,74–3,19)	-	-	
Менее 1 года	46	2,98 (2,80–3,23)	-	-	

Продолжение таблицы 11

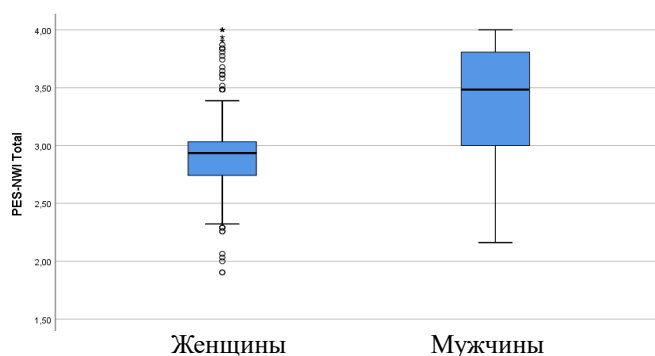
1	2	3	4	5	6
Стаж работы в клинике (лет)	-	-	H (3) = 9,888; $\varepsilon^2 = 0,02$	0,020**	Менее 1 года > 6-10 (p = 0,005)
11 и более	61	2,97 (2,87–3,06)	-	-	
6 - 10	89	2,90 (2,61–3,00)	-	-	
1 - 5	130	2,97 (2,74–3,19)	-	-	
Менее 1 года	39	3,00 (2,90–3,26)	-	-	
Профессия	-	-	U = 7945,00; r = 0,05	0,382	-
Медсестра/ медбрат	251	2,94 (2,77–3,06)	-	-	-
Другие	68	2,97 (2,77–3,12)	-	-	-
Клиника	-	-	U = 9054,00; r = 0,05	0,414	-
Амбулатория	81	2,94 (2,81–3,05)	-	-	-
Стационар	238	2,97 (2,77–3,10)	-	-	-

* - Пост-хок анализ: тест Данна с поправкой Бонферрони;

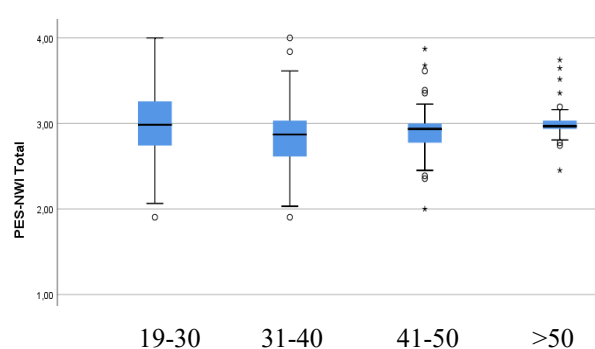
** - Статистически значимо (p < 0,05)

Примечания:

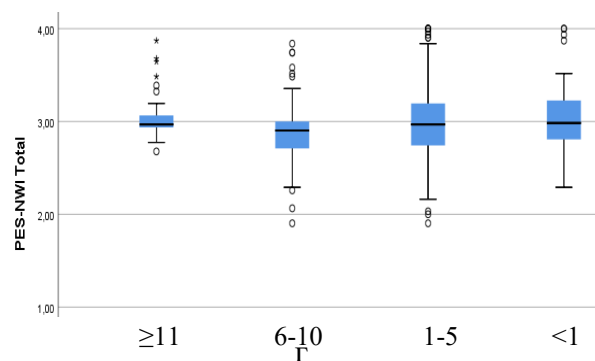
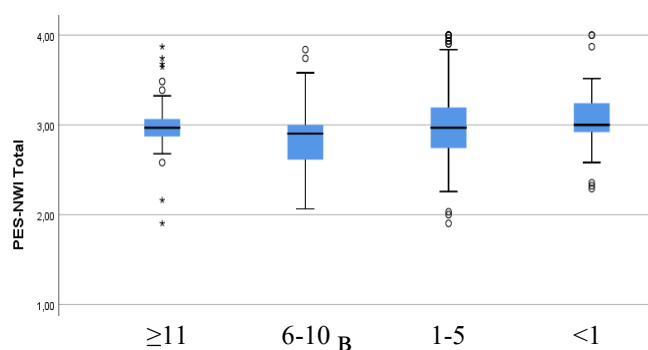
1. U – U-тест Манна-Уитни.
2. H – тест Краскела-Уоллиса.
3. r – стандартизированный коэффициент размера эффекта для U-критерия Манна-Уитни.
4. ε^2 – коэффициент размера эффекта для критерия Краскела-Уоллиса



а



б



а – пол; б – возраст (лет); в – стаж в клинике (лет); г – стаж в отделении

Рисунок 14 – Общий показатель условий сестринской практики в зависимости от демографических и профессиональных характеристик

В соответствии с рисунком 14, визуализированы результаты значимых межгрупповых сравнений, где показано распределение общего показателя PES-NWI в зависимости от пола, возраста и стажа.

Согласно рисунку 14, выявлена разница в оценке общей профессиональной среды между мужчинами и женщинами. Медиана оценок у мужчин составила 3,48, тогда как у женщин – 2,94. Значимость различий подтверждается результатами U-критерия Манна–Уитни ($U = 1942,00$; $p < 0,001$). Размер эффекта соответствовал малой величине, приближающейся к умеренной ($r = 0,27$), что отражает выраженность межгрупповых различий.

При анализе различий в восприятии профессиональной среды между возрастными группами обнаружены статистически значимые различия ($H(3)=9,305$; $p=0,026$). Размер эффекта при этом был малым ($\epsilon^2=0,02$), что указывает на небольшую величину межгрупповых различий. Пост-хок анализ (тест Данна с поправкой Бонферрони) показал, что медсестры в возрасте 51 года и старше статистически значимо выше оценивают профессиональную среду по сравнению с участниками в возрастной группе 41–50 лет ($p = 0,008$). В остальных случаях статистическая значимость не выявлена.

Установлены статистически значимые различия в оценке профессиональной среды в зависимости от продолжительности работы в текущем отделении ($H(3) = 8,700$; $p = 0,034$). Размер эффекта соответствовал малой величине ($\epsilon^2 = 0,02$). Результаты пост-хок анализа показали, что значимое различие наблюдается только между сотрудниками с опытом работы 11 лет и более и группой со стажем 6–10 лет: более высокие оценки профессиональной среды зафиксированы у первой группы ($p = 0,006$).

Дополнительно были выявлены статистически значимые различия в оценке профессиональной среды в зависимости от общей продолжительности работы в клинике ($H(3) = 9,888$; $p = 0,020$). Величина эффекта также была малой ($\epsilon^2=0,02$). Анализ попарных сравнений показал наличие статистически значимого различия в оценке профессиональной среды между группами стажа 6–10 лет и менее 1 года: более высокие оценки были характерны для сотрудников с минимальным стажем работы в клинике ($p=0,005$). В остальных сравнениях значимых различий обнаружено не было.

Таким образом, результаты оценки профессиональной среды медицинских сестер по шкале PES-NWI свидетельствуют о в целом благоприятных условиях сестринской практики в исследуемых медицинских организациях. Наиболее высокие показатели были зафиксированы в области межпрофессионального взаимодействия между медицинскими сестрами и врачами, а также в аспектах лидерства и управленческой поддержки со стороны старшего сестринского персонала. Вместе с тем относительно более низкие значения отмечены по показателям, связанным с обеспеченностью персоналом и ресурсами, а также с организацией непрерывности ухода. Установлены статистически значимые различия в восприятии профессиональной среды в зависимости от пола, возраста и профессионального стажа, что указывает на неоднородность оценок внутри сестринского персонала. Полученные данные формируют эмпирическую основу

для последующего анализа взаимосвязи характеристик рабочей среды медицинских сестер с показателями культуры безопасности пациентов.

3.2.3 Взаимосвязь культуры безопасности пациентов с рабочей средой медицинской сестры

Для комплексной оценки взаимосвязи культуры безопасности пациентов с рабочей средой медицинской сестры применялся поэтапный количественный аналитический подход, включающий корреляционный анализ, множественную линейную регрессию и бинарную логистическую регрессию. Такой подход позволил последовательно оценить наличие ассоциаций, независимый вклад отдельных компонентов рабочей среды и устойчивость выявленных связей после учета потенциальных конфаундинг-факторов.

Для выявления связи между характеристиками рабочей среды и восприятием культуры безопасности пациентов был проведен корреляционный анализ Спирмена (таблица 12).

Таблица 12 – Корреляционный анализ между значениями опросников PES-NWI и HSOPSC 2.0 (n = 319)

Переменные	Общая оценка HSOPSC 2.0
	ρ (p-value)
Участие медсестер в управлении делами больницы	0,394* (p<0,001)**
Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода	0,415* (p<0,001)**
Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка	0,450* (p<0,001)**
Обеспеченность персоналом и ресурсами	0,389* (p<0,001)**
Коллегиальные отношения между медицинскими сестрами и врачами	0,327* (p<0,001)**
* - Представлены коэффициенты корреляции Спирмена (ρ); ** - p<0,001 – статистически значимо	

Графическое представление взаимосвязи между условиями сестринской практики и культурой безопасности пациентов приведено на рисунке 15.

На рисунке 15 каждая точка диаграммы рассеяния соответствует индивидуальному значению респондента по PES-NWI Total и HSOPSC_Total. Линия на графике отражает линейную регрессионную зависимость между переменными. Диаграмма демонстрирует слабую положительную линейную зависимость между условиями сестринской практики и уровнем культуры безопасности пациентов ($R^2 = 0,15$). Это означает, что около 15% вариации показателей культуры безопасности объясняется различиями в условиях рабочей среды. Повышение оценки рабочей среды ассоциируется с более высоким уровнем восприятия культуры безопасности.

Результаты показали наличие умеренной положительной и статистически значимой корреляции между всеми пятью подшкалами шкалы PES-NWI и общей оценкой культуры безопасности пациентов ($\rho = 0,327–0,450$; $p < 0,001$). Наиболее выраженные корреляционные связи были установлены для подшкал «Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка» ($\rho=0,450$; $p<0,001$), «Основы сестринского дела для обеспечения качества ухода» ($\rho=0,415$;

$p < 0,001$) и «Участие медсестер в управлении делами больницы» ($p = 0,394$; $p < 0,001$). Полученные данные подтверждают, что более благоприятная оценка рабочей среды связана с более высоким уровнем восприятия культуры безопасности пациентов.

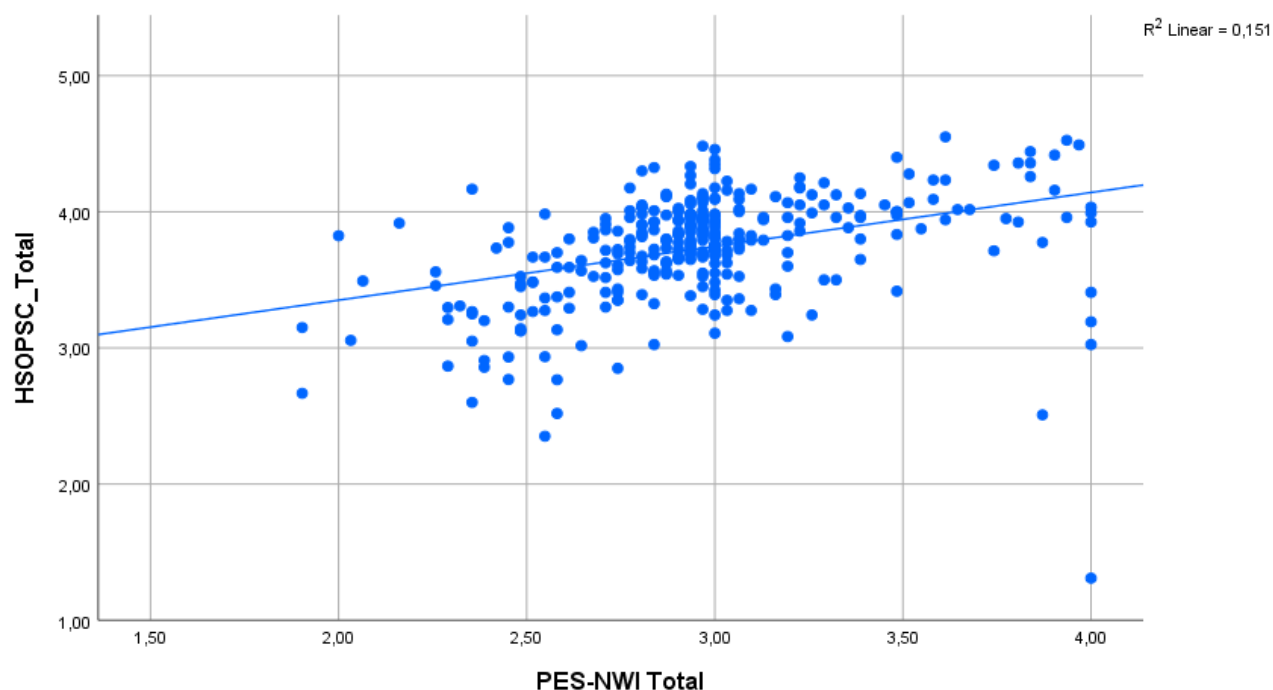


Рисунок 15 – Связь между условиями сестринской практики и культурой безопасности пациентов

Для выявления значимых предикторов культуры безопасности пациентов был проведен множественный линейный регрессионный анализ, в котором в качестве независимых переменных использовались пять подшкал шкалы PES-NWI. Регрессионная модель оказалась статистически значимой ($F(5,313) = 12,58$, $p < 0,001$) и объясняла 15,4% вариации показателя HSOPSC_Total (скорректированный $R^2 = 0,154$) (таблица 13).

Таблица 13 – Показатели качества модели множественной линейной регрессии для прогнозирования общего уровня культуры безопасности пациентов (HSOPSC_Total)

Показатель	Значение
R (коэффициент множественной корреляции)	0,409
R^2 (коэффициент детерминации)	0,167
Скорректированный R^2	0,154
Стандартная ошибка оценки (SE)	0,367
F	12,581
p	< 0,001
Durbin–Watson	1,746

Статистически значимыми предикторами общей культуры безопасности оказались следующие подшкалы «Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка» ($\beta = 0,195$; $p = 0,047$; 95% ДИ: 0,002-0,316) и «Обеспеченность персоналом и ресурсами» ($\beta = 0,140$; $p = 0,038$; 95% ДИ: 0,006-0,203) (таблица 14).

Таблица 14 – Коэффициенты множественной линейной регрессии для прогнозирования общего уровня культуры безопасности пациентов (HSOPSC_Total)

Подшкалы PES-NWI	B	SE	β	t	p	95% ДИ для B
Участие медсестер в управлении делами больницы	0,014	0,092	0,016	0,154	0,878	–0,166-0,194
Сестринские основы обеспечения качества ухода	0,029	0,092	0,028	0,314	0,754	–0,153-0,211
Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка	0,159	0,080	0,195	1,995	0,047*	0,002-0,316
Обеспеченность персоналом и ресурсами	0,104	0,050	0,140	2,083	0,038*	0,006-0,203
Коллегиальные отношения между медицинскими сестрами и врачами	0,073	0,047	0,105	1,545	0,123	–0,020-0,165
* - Статистически значимые предикторы ($p < 0,05$) Примечания: 1. Зависимая переменная – общий уровень культуры безопасности пациентов (HSOPSC_Total) 2. B – нестандартизированный коэффициент регрессии 3. β – стандартизированный коэффициент 4. Модель статистически значима и объясняет 15,4% вариабельности HSOPSC_Total 5. Признаков мультиколлинеарности не выявлено ($VIF < 5$)						

С целью оценки факторов, ассоциированных с достижением высокого уровня культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0 > 3,79), был проведен бинарный логистический регрессионный анализ с включением подшкал PES-NWI в качестве непрерывных предикторов (таблица 15).

Таблица 15 – Бинарный логистический регрессионный анализ для прогноза высокого уровня восприятия культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0>3,79)

Подшкалы PES-NWI	OR	95% ДИ	p
Участие медсестер в управлении делами больницы	0,83	0,28–2,44	0,734
Сестринские основы обеспечения качества ухода	2,00	0,64–6,23	0,233
Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка	2,81	1,09–7,29	0,033*
Обеспеченность персоналом и ресурсами	1,67	0,91–3,06	0,095
Коллегиальные отношения между медицинскими сестрами и врачами	1,28	0,73–2,25	0,390
* - Статистически значимые связи ($p < 0,05$) Примечания: 1. Зависимая переменная – высокий уровень культуры безопасности пациентов (HSOPSC_Total>3,79). 2. OR – отношение шансов; 95% ДИ – 95% доверительный интервал. 3. Подшкалы PES-NWI использовались как непрерывные переменные. 4. Модель адекватна данным (тест Хосмера–Лемешоу: $p = 0,134$; R^2 Нагелькерке = 0,197)			

В данной модели единственным статистически значимым предиктором высокого уровня культуры безопасности пациентов оказалась подшкала «Компетентность старшей медсестры, лидерство и поддержка» (OR = 2,81; 95% ДИ: 1,09–7,29; $p = 0,033$). Модель продемонстрировала хорошее соответствие данным (тест Хосмера–Лемешоу: $p = 0,134$). Значение R^2 Нагелькерке составило 0,197, что указывает на умеренную объясняющую способность модели, характерную для медицинских исследований.

Для оценки устойчивости выявленной ассоциации был применен поэтапный подход с построением двух бинарных логистических регрессионных моделей с использованием интегрального показателя условий сестринской практики (PES-NWI Total). В базовой модели (Model 1), включающей PES-NWI Total, возраст и рабочую нагрузку, условия сестринской практики являлись статистически значимым предиктором высокого уровня культуры безопасности пациентов (OR = 9,10; 95% ДИ: 4,15–19,93; $p < 0,001$). Модель объясняла 23,4% вариабельности вероятности исхода (R^2 Нагелькерке=0,234) и характеризовалась адекватной подгонкой к данным (таблица 16).

Таблица 16 – Факторы, ассоциированные с высоким уровнем культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0>3,79), по данным бинарного логистического регрессионного анализа (Model 1, $n = 319$)

Переменные	Высокий уровень культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0 > 3,79)	
	OR (95% ДИ)	p-value
Условия сестринской практики (PES-NWI Total)	9,10 (4,15–19,93)	< 0,001
Возраст (общий эффект)	–	0,023
19–30 лет	reference	–
31–40 лет	1,54 (0,74–3,20)	0,251
41–50 лет	0,54 (0,23–1,24)	0,146
51 год и старше	1,25 (0,56–2,80)	0,590
Количество рабочих часов в неделю (общий эффект)	–	0,042
< 30 часов	reference	–
30–40 часов	1,82 (0,53–6,27)	0,340
> 40 часов	3,17 (0,91–11,00)	0,070
(Константа)	0,000	<0,001
Примечания:		
1. Зависимая переменная – высокий уровень культуры безопасности пациентов (HSOPSC_Total > 3,79).		
2. Model 1 - базовая бинарная логистическая регрессионная модель.		
3. Модель статистически значима (Omnibus test $p < 0,001$), R^2 Нагелькерке = 0,234.		
4. Адекватность модели подтверждена тестом Хосмера–Лемешоу ($p > 0,05$)		

В расширенной модели (Model 2), дополнительно скорректированной по социально-демографическим и профессиональным характеристикам медицинских сестер (таблица 17), ассоциация между условиями сестринской практики и высоким уровнем культуры безопасности пациентов сохранялась (OR = 8,66; 95% ДИ: 3,79–19,79; $p < 0,001$). При этом большинство социально-демографических и профессиональных переменных статистически значимой независимой связи с уровнем культуры безопасности пациентов не

продемонстрировали. Возраст и количество рабочих часов в неделю показали статистически значимый общий эффект, однако отдельные категории данных переменных не достигли уровня статистической значимости в парных сравнениях.

Таблица 17 – Факторы, ассоциированные с высоким уровнем культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0 > 3,79), по данным бинарного логистического регрессионного анализа (Model 2, n = 319)

Переменные		Высокий уровень культуры безопасности пациентов (HSOPSC 2.0 > 3,79)	
		OR (95% ДИ)	p-value
Условия сестринской практики (PES-NWI Total)		8,66 (3,79–19,79)	<0,001
Социально-демографические и профессиональные факторы	Пол		
	Мужской	reference	
	Женский	0,90 (0,31-2,60)	0,845
	Семейное положение		
	Холостой/не замужем	reference	
	Женат/замужем	0,92 (0,52-1,62)	0,766
	Возраст (общий эффект)	-	0,006
	19 – 30 лет	reference	
	31 - 40 лет	2,5 (0,94-6,66)	0,068
	41 - 50 лет	0,56 (0,22-1,44)	0,231
	51 год и старше	1,39 (0,57-3,35)	0,469
	Уровень образования	-	
	ТиПО	reference	
	Бакалавр	0,70 (0,38-1,32)	0,270
	Стаж работы в отделении (общий эффект, Wald χ^2)	-	0,150
	Стаж работы в клинике (общий эффект, Wald χ^2)	-	0,653
	Профессия		
	Медсестра/медбрат	reference	
	Другие (операционная медсестра, участковая медсестра, анестезистка и др.)	0,73 (0,38-1,40)	0,348
	Клиника		
	Амбулатория	reference	
	Стационар	1,05 (0,56-2,00)	0,873
	Количество рабочих часов в неделю (общий эффект, Wald χ^2)	-	0,042
	Менее 30 часов в неделю	reference	
	30-40 часов в неделю	1,98 (0,53-7,45)	0,314
	Более 40 часов в неделю	3,49 (0,91-13,33)	0,068
(Константа)		0,001	<0,001
Примечания:			
1. Reference – референтная категория (OR = 1), относительно которой рассчитывались отношения шансов.			
2. Модель статистически значима (Omnibus test p < 0,001), R ² Нагелькерке = 0,281.			
3. Адекватность модели подтверждена тестом Хосмера–Лемешоу (p = 0,099)			

Таким образом, результаты количественного анализа указывают на наличие устойчивой ассоциации между характеристиками рабочей среды медицинских сестер и культурой безопасности пациентов. Наиболее значимым

и независимым предиктором высокой культуры безопасности пациентов выступают условия сестринской практики в целом, измеренные интегральным показателем PES-NWI, что подчеркивает ключевую роль организационных и управленческих характеристик рабочей среды в формировании культуры безопасности в сестринской практике. Обеспечение лидерской поддержки, адекватной кадровой обеспеченности, а также вовлеченности сестринского персонала в управленческие процессы являются ключевыми условиями для формирования зрелой и устойчивой культуры безопасности пациентов.

Вместе с тем, количественные методы анализа позволяют выявить статистические ассоциации, но не раскрывают субъективные представления медицинских сестер и механизмы влияния выявленных факторов в клинической практике. В связи с этим следующим этапом исследования стало качественное изучение факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов, на основе данных полуструктурированных интервью с медицинскими сестрами.

3.3 Факторы, влияющие на культуру безопасности пациентов, по результатам полуструктурированных интервью со специалистами сестринского дела

В рамках данного исследования были проанализированы данные, полученные в результате проведения 26 полуструктурированных глубинных интервью со старшими медицинскими сестрами, работающими в различных структурных подразделениях медицинских организаций КФ УМС. Цель интервьюирования заключалась в выявлении восприятия и профессионального опыта участников для определения факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов. Анализ собранного материала проводился с применением метода качественного контент-анализа, что позволило систематизировать данные интервью и выделить ключевые подкатегории и категории, отражающие наиболее значимые тематические направления. В результате анализа было выделено шесть категорий, каждая из которых включает несколько подкатегорий, интерпретируемых как факторы, влияющие на формирование культуры безопасности пациентов.

Демографические и профессиональные характеристики участников интервью представлены в таблице 18. Большинство участников составляли женщины, только двое – мужчины (медицинские братья). Возраст участников варьировался от 25 до 57 лет, при этом средний возраст составил 42,5 года. Основная часть участников находилась в возрастной группе от 35 до 50 лет, что указывает на преобладание специалистов с длительным профессиональным опытом.

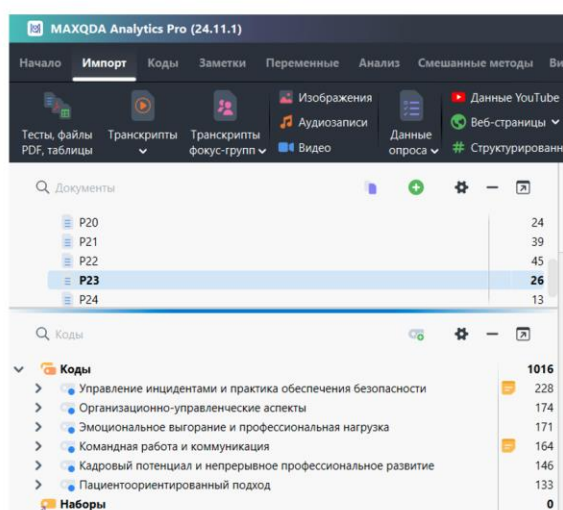
Общий стаж работы составлял от 6 до 40 лет, в среднем – 22,2 года. В КФ УМС стаж работы участников варьировался от 3 до 18 лет, в среднем – 10,8 года. Анализ уровня образования участников показал, что 65,4% медсестер имели высшее образование (степень бакалавра), тогда как 30,8% завершили программы технического и профессионального образования (ТПО). Анализ семейного положения участников интервью показал, что 57,7% из них не состояли в браке

на момент исследования (12 незамужних/холостых и 3 разведенные старшие медицинские сестры). Остальные 42,3 % (n=11) участников указали, что состоят в браке (замужем или женаты).

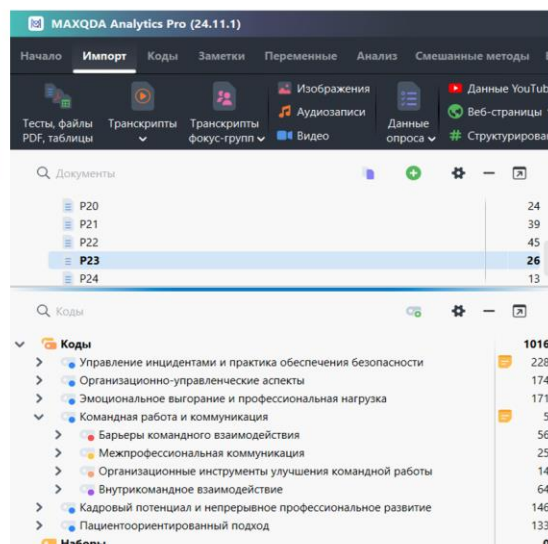
Таблица 18 – Демографические и профессиональные характеристики участников исследования (n = 26)

Идентификационный номер участника	Возраст	Пол	Семейное положение	Общий стаж	Стаж в этой клинике	Образование
P1	38	Женский	не замужем	18	16	Бакалавр
P2	38	Женский	замужем	14	4	Бакалавр
P3	46	Женский	не замужем	26	17	Бакалавр
P4	29	Женский	замужем	10	9	Бакалавр
P5	29	Женский	не замужем	10	4	ТиПО
P6	48	Женский	не замужем	28	15	Бакалавр
P7	49	Женский	не замужем	29	18	Бакалавр
P8	35	Женский	не замужем	15	6	ТиПО
P9	53	Женский	замужем	28	7	Бакалавр
P10	46	Женский	замужем	30	12	Бакалавр
P11	50	Женский	замужем	32	12	Бакалавр
P12	44	Женский	не замужем	24	12	Бакалавр
P13	45	Женский	замужем	23	12	ТиПО
P14	33	Женский	замужем	9	7	ТиПО
P15	52	Женский	замужем	34	5	Бакалавр
P16	50	Женский	замужем	30	17	Бакалавр
P17	57	Женский	замужем	36	16	Бакалавр
P18	52	Женский	не замужем	30	3	Бакалавр
P19	35	Мужской	женат	18	12	ТиПО
P20	57	Женский	разведена	40	12	Магистр
P21	30	Женский	разведена	10	7	ТиПО
P22	41	Женский	не замужем	22	17	Бакалавр
P23	39	Женский	разведена	15	15	Бакалавр
P24	32	Мужской	холост	9	9	ТиПО
P25	25	Женский	не замужем	6	6	ТиПО
P26	51	Женский	не замужем	30	10	Бакалавр

В ходе анализа интервью было зафиксировано 1 016 кодирований (смысловых единиц), соответствующих 419 уникальным кодам. Коды определялись с различной частотой в зависимости от распространенности соответствующих смыслов в высказываниях участников (рисунок 16).



а



б

Рисунок 16 – Результат кодирования в программе анализа качественных данных MAXQDA Analytics Pro 24.1.11

Далее коды были объединены в 22 подкатегории и затем сгруппированы в шесть основных категорий (таблица 19).

Таблица 19 – Категории и подкатегории факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов (по данным контент-анализа интервью со старшими медицинскими сестрами, n = 26)

Подкатегории	Категории
Понимание значения отчетов об инцидентах	Управление инцидентами и практика обеспечения безопасности
Барьеры сообщения об инцидентах	
Причины и условия возникновения инцидентов	
Недостаточная организация процессов регистрации и анализа инцидентов	Организационно-управленческие аспекты
Поддерживающий стиль управления отделением	
Проблемы организации рабочих процессов	
Системные и ресурсные ограничения	Эмоциональное выгорание и профессиональная перегрузка
Психологическая поддержка медсестер	
Документация как фактор стресса	
Влияние перегрузки на медсестер	Командная работа и коммуникация
Влияние перегрузки на пациентов	
Высокий уровень внутрикомандного взаимодействия	
Налаженная межпрофессиональная коммуникация	Кадровый потенциал и непрерывное профессиональное развитие
Организационные инструменты улучшения командной работы	
Барьеры командного взаимодействия	
Профессиональное развитие и образование	Пациентоориентированный подход
Адаптация и профессиональная поддержка медсестер	
Проблемы кадрового обеспечения	
Пациентоориентированный уход	Пациентоориентированный подход
Эффективная коммуникация с пациентами и родственниками	
Работа с экстренными и сложными пациентами	
Обучение и информирование пациентов	

Выделенные категории отражают ключевые направления, обозначенные участниками интервью, и обеспечивают структурированное представление факторов, влияющих на культуру безопасности пациентов в сестринской практике. Результаты анализа показали, что основные категории связаны со следующими аспектами: 1) управление инцидентами и практика обеспечения безопасности; 2) организационно-управленческие аспекты; 3) эмоциональное выгорание и профессиональная перегрузка; 4) командная работа и коммуникация; 5) кадровый потенциал и непрерывное профессиональное развитие; 6) пациентоориентированный подход. Каждая из категорий включает соответствующие подкатегории, позволяющие более детально раскрыть содержание обсуждаемых аспектов и глубже понять профессиональный опыт и взгляды медицинских сестер.

Выделенные в ходе анализа категории факторов были распределены в разрезе уровней их проявления (организационного, группового и индивидуального) согласно рамочной модели по культуре безопасности пациентов исследователей T.M. Bisbey, M.P. Kilcullen и др. [40, p. 88-109; 41, p. 207-226]. Представленная схема отражает распределение категорий факторов культуры безопасности пациентов по соответствующим уровням. Такое представление позволяет уточнить, на каком уровне профессиональной среды медицинских сестер проявляются данные факторы (рисунок 17).



Рисунок 17 – Категории факторов культуры безопасности пациентов по уровням их проявления

Примечание – По данным контент-анализа интервью

Наряду с уровневой классификацией категорий факторов дальнейший анализ был направлен на оценку направленности их влияния на культуру

безопасности пациентов. В связи с этим подкатегории были классифицированы в зависимости от характера их воздействия на формирование культуры безопасности [40, р. 88-109; 41, р. 207-226]. По результатам контент-анализа данных интервью каждая подкатегория была отнесена к одной из двух групп факторов: 1) способствующие – поддерживающие и укрепляющие культуру безопасности; 2) препятствующие – создающие барьеры, риски или ослабляющие условия для ее развития (рисунок 18). Такой подход позволил не только структурировать выявленные данные, но и глубже понять, какие аспекты профессиональной среды медицинских сестер выступают в роли ресурсов, а какие – источниками напряжения и потенциальных угроз для обеспечения безопасности пациентов.



Рисунок 18 – Выявленные факторы по характеру влияния на культуру безопасности пациентов

Примечание – По данным контент-анализа интервью со старшими медицинскими сестрами

I. Первая категория «Управление инцидентами и практика обеспечения безопасности» объединяет представления участников интервью об ошибках, нарушениях, системе подачи сообщений об инцидентах, а также реакции медицинского персонала и организационной среды на подобные случаи. Анализ высказываний участников позволил выделить четыре подкатегории, отражающие разные аспекты отношения к инцидентам. В ходе контент-анализа подкатегории были классифицированы по характеру их влияния на культуру безопасности пациентов. В одну из подкатегорий вошли способствующие факторы, поддерживающие формирование безопасной и открытой профессиональной среды. Остальные три подкатегории отражают препятствующие факторы, указывающие на наличие барьеров, ограничений и системных проблем, негативно влияющих на реализацию принципов безопасности в повседневной практике. Такой подход позволил глубже раскрыть противоречивый характер восприятия инцидентов с одной стороны, как инструмента для роста и обучения, с другой, как источника страха, вины и недоверия.

Подкатегория «Понимание значения отчетов об инцидентах» отражает позитивное восприятие участниками интервью практики регистрации инцидентов и ее роль в формировании культуры безопасности пациентов. Медицинские сестры подчеркивали важность понимания сути инцидента и осознанности в отношении ошибок, как инструментов для анализа и совершенствования практики. Подача отчетов об инцидентах воспринималась не как формальность, а как средство для улучшения процессов, предупреждения повторных ошибок и обеспечения безопасности. Участники подчеркивали, что сообщения об инцидентах не обязательно связаны с грубыми ошибками, а могут касаться любых отклонений от нормы, требующих внимания.

P11: «У нас каждый сотрудник понимает, и я тоже стараюсь это всегда донести, что инцидент не про то, что вы человек плохой и так далее. Если произошел инцидент, значит, что-то в системе работает неправильно»

Многие участники интервью отмечали, что, хотя поощрение за активность в сообщении об инцидентах отсутствует, вместе с тем отсутствие санкций со стороны руководства способствует формированию более открытой культуры взаимодействия и снижает страх перед признанием ошибок.

P25: «Тоже нет такого, чтобы поощрять за сообщения об инцидентах»

P21: «Наказания у нас нет. В основном стараемся поговорить, разобраться в причине. Если нужно назначаем ментора. Бывали такие случаи человек учится у тех, кто делает правильно и начинает работать так же»

Отдельное внимание уделялось возможности извлечения уроков из инцидентов, как на уровне отдельного сотрудника, так и всей команды. Сообщения об ошибках помогают не только выявлять слабые места в организации процессов, но и решать текущие проблемы отделения.

P15: «Это просто выявление ошибки, понятия и принятия для себя, что в следующий раз я так уже не поступлю, потому что ты уже когда на себя напишешь, ты уже понимаешь, что это ошибка была»

Р24: «После того как оформляется инцидент, мы всегда проводим его тщательный разбор. И как правило медсестры после этого уже не совершают эти ошибки. Я считаю это очень хорошо»

Положительной тенденцией участники считали и то, что некоторые сотрудники не боятся подавать инциденты на самих себя, рассматривая это как проявление профессиональной честности и ответственности.

Р13: «Наоборот, иногда я говорю, там у тебя же был инцидент, она идет на себя и пишет инцидент. Адекватно воспринимает это, что надо писать»

Р14: «Медсестра может и на себя подать инцидент, были такие случаи, когда писали, что сделали что-то неправильно. Это не потому, что кто-то заставлял. Раньше, может, и боялись, думали, что инцидент обязательно наказание. А сейчас нет, это воспринимается как способ решить проблему»

Подкатегория демонстрирует, что часть медсестринского персонала рассматривает инциденты не как повод для обвинений или наказания, а как возможность для профессионального роста. Инцидент воспринимается как сигнал о необходимости изменений в системе, а не как персональная неудача. Такой подход способствует формированию культуры обучения, в которой ошибки становятся источником анализа, обсуждения и усовершенствования рабочих процессов. Специалисты сестринского дела подчеркивали, что открытость, готовность делиться трудностями и признавать собственные действия создают психологически безопасную рабочую среду, в которой легче не только учиться, но и совместно искать решения. Это также усиливает взаимное доверие в коллективе и укрепляет уверенность в том, что система ориентирована на развитие, а не на наказание. Таким образом, подача инцидентов воспринимается как активный вклад в улучшение качества ухода и безопасности пациентов, что позволяет говорить о наличии элементов зрелой культуры безопасности в отдельных подразделениях.

Подкатегория «Барьеры сообщения об инцидентах» отражает ряд факторов, препятствующих открытой регистрации инцидентов и снижению рисков в повседневной сестринской практике. Участники интервью подчеркивали, что эмоциональные и психологические барьеры играют ключевую роль в том, как медсестры воспринимают необходимость подачи сообщений об инцидентах. Одним из наиболее частых сдерживающих факторов оказался страх наказания. Несмотря на официально заявленную некарательную политику, часть участников все еще связывает подачу инцидентов с возможными последствиями со стороны руководства.

Р16: «Но вот я у них спрашиваю, они говорят, ну страх наказания, как всегда, боятся, что это повлияет на их должность... у них вот страх говорить»

Р21: «Страх. Боятся, да. Они прямо приходят и говорят, что на меня скорее всего напишут инцидент. К вам придет письмо и будет разбор»

Многие специалисты сестринского дела боятся слово «инцидент», которое воспринимается как юридическое, то есть вызывающее опасение. В результате, даже при наличии отклонений от нормы, сотрудники могут избегать формального оформления случая инцидента.

Р4: «... им уже сколько раз объясняла, что инцидент – это ненаказуемо, просто чтобы разобраться, чтобы ошибок больше не было. У них, когда слово «инциденты», их начинает мандражить»

Дополнительным препятствием для сообщений об инцидентах становится восприятие подачи инцидентов как донос на коллег или руководство. Такая позиция может вызывать внутренний конфликт у сотрудников, особенно если ситуация касается вышестоящих лиц.

Р8: «Как медсестры говорят, что инцидент — это «стукачество». ...хотя я много раз объясняла, что это такое. Это, наоборот, хорошо, что мы можем подать и на врача, и на руководителей. Если это действительно с их стороны ошибка, то есть тебя не уволят за это и не будут тебя не любить за это»

Некоторые участники интервью указывали, что обратная связь по поданным инцидентам либо отсутствует, либо носит формальный характер, что существенно снижает мотивацию персонала к участию в системе отчетности. Медицинские сестры отмечали, что после подачи сообщения часто не проводится конструктивный разбор ситуации, а информация не возвращается в виде решений, рекомендаций или изменений в практике. Отсутствие «замкнутого цикла» управления инцидентами приводит к разочарованию сотрудников в эффективности системы и формирует ощущение, что регистрация инцидентов является формальной обязанностью, не приносящей практической пользы. Ожидание того, что «ничего не изменится», способствует снижению инициативности к процедуре сообщения об инцидентах, особенно в условиях высокой рабочей нагрузки и дефицита времени.

Р2: «...нужна обратная связь от отдела менеджмента. Ну не знаю, потому что иногда бывает, напишешь инцидент, а ничего не слышно. Решили его не решили, а на самом деле, эти ошибки опять повторяются»

Специалисты сестринского дела подчеркивали, что даже при анонимной подаче сообщений персоналу важно получать обобщенную информацию о принятых мерах и результатах анализа, поскольку это способствует обучающему эффекту и профилактике повторных ошибок.

Р5: «...хотя бы огласку давать, ...каждый может прочитать и думать, а я так больше не буду делать. В этом плане нужна обратная связь»

Также упоминалось, что в коллективе существует убеждение, что мелкие инциденты не требуют регистрации, особенно если они не привели к серьезным последствиям. Такое отношение может препятствовать раннему выявлению системных проблем и мешать формированию культуры профилактики.

Р11: «Вопрос сразу решили, на месте был дежурный врач, был старший медбрат. То есть нет необходимости фиксировать, для чего, для галочки, писать очень много инцидентов»

Таким образом, подкатегория демонстрирует, что страх, недоверие и восприятие отчетности как карательного инструмента, а также отсутствие обратной связи после подачи отчета об инциденте продолжают оставаться значимыми барьерами на пути к формированию открытой, обучающей и профилактически ориентированной культуры безопасности. Участники

интервью подчеркивают, что, несмотря на отдельные позитивные сдвиги, в сознании сотрудников все еще укоренено представление об инциденте как о потенциальной угрозе репутации, статусу или даже карьере. Отсутствие конструктивной обратной связи, неясность последующих действий после подачи инцидента и формализованный характер процедуры усиливают ощущение бесполезности участия в системе отчетности. В результате может снижаться вовлеченность персонала в процессы управления рисками, что особенно опасно в клинической среде, требующей постоянного анализа.

Устранение этих барьеров требует целенаправленной и последовательной работы управленческого звена. Это включает внедрение обучающих программ, формирование устойчивой обратной связи, а также развитие психологически безопасной среды, в которой сотрудники будут чувствовать поддержку, а не угрозу при обсуждении ошибок и инцидентов. Только при таких условиях возможно формирование зрелой культуры безопасности, основанной на доверии, обучении и профессиональной ответственности.

В рамках анализа подкатегории «Причины и условия возникновения инцидентов» инциденты рассматривались через призму причин их возникновения. Ошибки, происходящие в клинической практике, отражаются в системе отчетности и учета инцидентов. Их регистрация напрямую связана с уровнем зрелости культуры безопасности пациентов в медицинской организации. Характер и частота таких ошибок, а также реакция на них со стороны как персонала, так и управленческого звена, позволяют судить о степени системной устойчивости и уровне эффективности существующих механизмов профилактики, управления рисками и профессионального развития сотрудников. Анализ причин ошибок способствует выявлению препятствующих факторов, ограничивающих формирование обучающей и проактивной системы управления безопасностью.

Медицинские сестры подчеркивали, что медицинские ошибки продолжают иметь место в повседневной практике и воспринимаются как следствие не только индивидуальных действий, но и системных нарушений. Часть из них связана с недостаточным профессиональным опытом сотрудников, особенно новых специалистов, которые не всегда ориентируются в клинической обстановке.

Р12: «Ошибки в палатах тоже бывают. Чаще это что-то из-за неопытности. Например, медсестра-новичок может не взять с собой все необходимые изделия медицинского назначения...»

Часто ошибки возникают в палате при выполнении рутинных действий, особенно в условиях высокой нагрузки или нехватки персонала. Участники интервью отмечали, что такие ошибки могут не фиксироваться формально, если не привели к тяжелым последствиям.

Р16: «...почему ты руки не обрабатываешь? Говорит, ну вот я не успеваю. Там нужно срочно что-то делать. Там экстренное назначение, ну в основном в таких моментах, а когда все спокойно, все качественно проводится. То, что перегрузка в отделении, все это мне кажется влияет на это»

Р3: «На посту 2 медсестры, и они должны успеть на все 13 палат

пациентов. Бывает, что не уследит...»

Особо отмечались медикаментозные ошибки, которые иногда обнаруживаются только по состоянию пациента, что свидетельствует о слабой системе двойной проверки и недостатке контроля на этапах назначения и введения препаратов.

Р5: *«Но это смотря какая ошибка. Бывают разные ошибки, бывают медикаментозные, что-то не ввели не так, что пациенту плохо стало. В таких случаях, конечно, если даже никто не говорит, мы уже узнаем по состоянию пациента...»*

Также были упомянуты ошибки в заполнении медицинской документации, особенно при спешке или нехватке внимания. Неполные или некорректные записи усложняют передачу информации и могут привести к повторению уже допущенных нарушений.

Р26: *«Принесли обоснование, а в МИС забыли одно. Мы соответственно, это делаем... происходили такие моменты, что ты снимаешь на рентгене одно, а по факту они просто не нашли нужную услугу. Мы сняли тоже, например, грудную клетку, а надо было другое. Ну потом опять приходится снимать заново»*

Р6: *«Когда в отделение не могут позвонить, но это опять дело техническое. Что-то не сохранилось в компьютере, какие-то данные, которые могут быть в моменте нужны»*

Р22: *«Бывает, что не дописал. Допустим, у нас есть карта перевода пациента в отделение, не написал информацию»*

Отдельно участники указывали на отсутствие своевременного реагирования на инциденты, что снижает их воспринимаемую значимость и формирует отношение к ошибкам как к неизбежному элементу повседневной работы, а не как к объекту анализа и предотвращения. В интервью отмечалась тенденция к реактивному реагированию со стороны организации, при котором управленческие меры принимаются преимущественно после наступления вреда, несмотря на ранее поступавшие сигналы о наличии рисков.

Р11: *«Мы уже два года об этом пишем служебные записки. Но вот нужно было, чтобы сотрудник получил травму и только тогда на это обратили внимание. Таких моментов много. Иногда ведь доходит и до смерти пациента по нашей вине, и только тогда начинается реакция. А у нас нет такого, чтобы заранее реагировать. Вот, например, гигиена рук – да, стараемся заранее. А вот когда касается вреда пациенту, к сожалению, только после того, как уже что-то случилось, начинается движение»*

Некоторые участники интервью объясняли нарушение стандартов не нехваткой знаний или ресурсов, а убежденностью в том, что за действиями персонала никто не наблюдает и не будет ответственности. Подобное отношение формирует толерантность к отклонениям и снижает значимость стандартов как основы безопасной практики. Это, в свою очередь, препятствует развитию открытой обратной связи, мешает коллективному обсуждению ошибок и сдерживает распространение обучающей культуры в коллективе.

P21: *«Средств достаточно у нас. Первое, это я думаю это менталитет. Наши именно, делать правильно, когда кто-то стоит, наблюдает вот. Во-вторых, нет нужного контроля»*

P11: *«Это наш менталитет, здесь не только медсестры и санитарки, здесь и врачи. Бывает такое, что с изолятора в чистую палату заходят, никто не обрабатывает руки, в том числе и с хирургии. Особенно это в праздничные дни... потому что нет заведующего, нет старшего брата, и ночное время, где люди более расслабляются»*

Таким образом, подкатегория демонстрирует, что наличие повторяющихся ошибок, возникающих на фоне организационных и коммуникационных сбоев, указывает на низкий уровень проактивности системы. Без надлежащего анализа причин и системной работы по их устранению формирование зрелой культуры безопасности становится затруднительным. Ошибки остаются не только фактом, но и симптомом слабости управленческих и образовательных процессов в медицинской организации.

Подкатегория «Недостаточная организация процессов регистрации и анализа инцидентов» отражает системные и межличностные трудности, возникающие на различных этапах взаимодействия персонала в процессе регистрации, обсуждения и анализа инцидентов. Выявленные факторы препятствуют эффективному функционированию механизмов отчетности и подрывают доверие к системе безопасности в целом.

Несмотря на то, что система подачи инцидентов формально налажена и у каждого сотрудника имеется доступ к электронной форме отчетности через рабочий компьютер, а интерфейс программы упрощен и удобен в использовании, фактическое участие персонала в этой процедуре остается крайне низким. Респонденты подчеркивали, что в подавляющем большинстве случаев сообщения об инцидентах оформляет старшая медицинская сестра, поскольку остальные сотрудники избегают участия, а само слово «инцидент» вызывает у них тревожные ассоциации и страх возможных последствий. Такая ситуация свидетельствует о низком уровне коллективной вовлеченности и препятствует формированию культуры открытого обсуждения и распределенной ответственности за безопасность пациентов.

P4: *«Инциденты подаются, но не всегда почему-то, медсестры думают, что это наказуемо, что это какая-то там не знаю, их накажут, а так стараемся подавать»*

P19: *«В данный момент, как сказать, особо не хотят писать. Хотя оно как бы не ущемляет их и не вредит оно. С трудом пишут. Либо им не хватает времени, либо может быть они не понимают, наверное, что это важно»*

P16: *«Я как старшая замечая, я пишу инциденты, но медсестры иногда, бывает, это скрывают. Могут не говорить об этом»*

P8: *«В основном приходят, все мне говорят и так получается, что все инциденты идут от меня»*

Кроме того, специалисты сестринского дела обращали внимание на то, что первая реакция на инцидент со стороны коллег или руководства может быть

неоднозначной от равнодушия до обвинения. Это формирует чувство неуверенности, особенно у тех, кто оказался единственным свидетелем события и сомневается, стоит ли его оформлять.

Р2: «В этом плане наказания не будет, потому что наоборот, мне будет плюс, что я заметила. Но отношения испортятся с тем сотрудником, так как он поймет, что это я сделала, потому что я единственный свидетель этой ошибки»

Отдельное внимание уделялось профессиональным взаимоотношениям в коллективе, которые могут страдать после подачи отчета. В некоторых случаях сотрудники опасаются, что сообщение о нарушении может повлиять на атмосферу в отделении, вызвать конфликт или подорвать доверие.

Р8: «Но смотря как. Если что-то касается личного характера, ты чувствуешь себя какой-то, ну, как будто в итоге виновата. А если это касается какой-то техники, либо программного обеспечения, то нет»

Также респонденты выражали неуверенность в итогах разбора зарегистрированных случаев. Отсутствие прозрачности, редкость командных обсуждений и формализованный характер разбирательств вызывают сомнение в эффективности всей системы регистрации:

Р12: «Сразу же надо отработать, иначе оно будет повторяться»

Р9: «Так всеобщего разбора такого нет. Они, наверное, все-таки менеджмент в плане, что разборы еще как-то, столько и много инцидентов пишут или что? Не знаю, такого не было вообще, сами разбирали внутри»

Р4: «Не знаю, мы подаем, потом сами же подходим в отдел менеджмента и спрашиваем, когда там будет разбор этого случая? В основном мы же подаем, чтобы решилась эта проблема»

Таким образом, подкатегория показывает, что недостаточная организационная проработанность, а также непрозрачность процедур и потенциальные риски для внутриколлективных отношений существенно снижают как вовлеченность сотрудников, так и доверие к системе отчетности об инцидентах. Когда сообщения об ошибках воспринимаются как угроза профессиональному имиджу или как источник напряженности в коллективе, это формирует атмосферу недоверия и сдерживает открытость. Подачи инцидентов одним ответственным лицом, недостаточность обратной связи, а также отсутствие безопасных условий для командного обсуждения нарушений указывают на структурную уязвимость системы управления безопасностью. В такой среде сотрудники предпочитают сохранять нейтралитет или молчание, даже при наличии нарушений, что, в свою очередь, мешает выявлению системных ошибок и нарушает принцип «обучения на опыте». Без устранения этих барьеров и без выстраивания среды, где каждый сотрудник чувствует свою ответственность и защищенность при сообщении об инцидентах, развитие зрелой и устойчивой культуры безопасности остается затрудненным. Необходима системная управленческая поддержка, обучение, развитие внутреннего диалога и нормализация самой процедуры регистрации инцидентов как элемента профессионального роста, а не дисциплинарной меры.

II. Категория «Организационно-управленческие аспекты» охватывает ключевые факторы управленческих решений, внутренней логистики и распределения ресурсов в медицинской организации, оказывающих влияние на формирование культуры безопасности пациентов. В результате анализа интервью были выделены три подкатегории организационно-управленческих факторов, отражающие разные уровни организационного функционирования. Из них одна подкатегория «Поддерживающий стиль управления отделением» включает факторы, способствующие укреплению культуры безопасности: качественное руководство, делегирование, участие персонала в принятии решений, использование профессионального опыта и ресурсов отделения. В то же время, две другие подкатегории «Системные и ресурсные ограничения» и «Проблемы организации рабочих процессов» относятся к препятствующим факторам, поскольку они отражают барьеры, связанные с нехваткой ресурсов, перегрузкой персонала, неэффективным планированием и организационными сбоями, способными ослаблять устойчивость системы безопасности.

Подкатегория «Поддерживающий стиль управления отделением» отражает восприятие участниками факторов, способствующих устойчивой организации повседневной работы, рациональному распределению обязанностей и построению слаженной командной среды. Участники интервью подчеркивали, что успешное функционирование отделения во многом зависит от профессионального руководства, способности к адаптации и использованию внутренних ресурсов.

Среди положительных факторов отмечались структурные особенности многопрофильных отделений, позволяющие гибко реагировать на различные клинические ситуации и эффективно распределять нагрузку между специалистами. Специалисты сестринского дела уделяли внимание роли руководителя, подчеркивая значимость управленческого стиля, при котором старшая медсестра не просто контролирует, а вовлекает персонал, прислушивается к их мнению и делегирует задачи.

P13: «Ну это большая работа, это проводит все старшая медсестра»

P22: «Я как старшая медсестра контролирую весь процесс у нас ... то есть и днем, и ночью 24/7. Кроме отпуска я доступна по телефону всем и руководству, и нашим медсестрам, врачам других отделений и плюс еще региональным врачам»

Рациональное использование оборудования и знание его возможностей также выделялись как ресурс повышения качества ухода. Некоторые участники интервью отмечали, что улучшения в работе отделения происходили за счет инициативы руководства или командного обсуждения внутренних проблем.

P14: «Я советуюсь с ними: как вам, как бы вам улучшить, что вам необходимо, потому что они непосредственно работают с ними»

Важным элементом эффективности считалась организация ротации медсестер, обеспечивающая равномерную нагрузку и расширение компетенций. Это воспринималось не как дестабилизирующий фактор, а как управленческое решение, способствующее развитию гибкости в коллективе.

Р12: «Смотришь сильные стороны, где слабые стороны, где надо и на это опираясь, работаешь заодно»

Р11: «Перевести в другое отделение, может, человек не открылся, но откроется в других отделениях. Такой опыт есть»

В некоторых отделениях подчеркивалась эффективность модели, где медсестра занимает управленческую позицию, что способствует лучшему пониманию специфики ухода и делает коммуникацию внутри команды более продуктивной.

Р6: «На сегодняшний день наша цель госпитализация пациентов. Мы принимаем круглосуточно плановых пациентов, работаем самостоятельно, без врачей. Моя роль состоит в том, чтобы руководить этими процессами»

Таким образом, подкатегория демонстрирует, что грамотное и вовлекающее управление, построенное на доверии, распределенной ответственности и профессиональном уважении, воспринимается респондентами как ключевой фактор успешной организации работы и формирования устойчивой культуры безопасности. Особое значение придается тем структурам, где отделение функционирует без постоянного присутствия врачей, что усиливает роль и ответственность медсестер в процессе принятия решений, уходе за пациентами и координации всех этапов сестринской помощи. Участники подчеркивали, что в таких условиях повышается осознанность, профессиональная активность и инициативность, что положительно влияет на общий уровень качества и безопасности оказываемой помощи.

Подкатегория «Проблемы организации рабочих процессов» отражает восприятие респондентами тех организационных барьеров, которые возникают в процессе планирования и распределения времени, ресурсов и нагрузки внутри отделений. Эти факторы в совокупности могут негативно сказываться на эффективности процессов ухода и увеличивать риски для безопасности пациентов. Участники подчеркивали, что рациональное использование рабочего времени и его грамотное планирование играют важную роль в поддержании устойчивого ритма работы. Однако многие сталкиваются с трудностями в планировании, связанными с непредсказуемыми потоками пациентов, срочными изменениями в графике и нехваткой ресурсов.

Р3: «Вернее, есть планирование, госпитализация новых в таком плане, что каждый пациент должен поступать в свое время, полностью берутся все анализы, и ему уже надо будет получать химиотерапию, нельзя задерживаться, то завтра, когда будут рецидивы, они начинают обвинять всех подряд. И поэтому нет такого, что у нас сегодня 22 пациента есть и коек нет, мест нет, мы вас не примем, а 22 пациента есть. У него портал на сегодня есть, он должен сегодня поступить, и он будет 23, будет 25, будет 32 это разницы нет, нагрузка идет на медсестер»

Проблемы с поставками и заменой лекарств также влияют на временные параметры оказания помощи: персоналу приходится тратить дополнительные усилия и время на поиск альтернатив, что нарушает общую последовательность клинических процессов и увеличивает нагрузку:

P1: «Вот, например, ампула. За весь год ее использовали только два раза. И то можно сказать, что это была одна ампула на весь год. А потом, когда идет закуп, они же смотрят: зачем заказывать, если не используете? Начинается цепочка»

Отдельное внимание уделялось трудностям адаптации при переходе из одного отделения в другое. Так, специалисты сестринского дела, имеющие предыдущий опыт работы в других структурных подразделениях, описывали случаи, когда особенности новой среды и различия в организации работы вызывали дезориентацию и затрудняли быстрое включение в процессы.

P10: «Обычно это новые молодые медсестры. Ну им в среднем приходится около полугода, чтобы они адаптировались к такому ритму операционных»

P14: «Хотя они не хотят на ротацию в другие отделения, никто и из других отделений никто не хочет в наше отделение, потому что это самый, самый вот в нашем центре после реанимации- это отделение самое, самое такое тяжелое отделение»

Таким образом, подкатегория демонстрирует, что неустойчивость планирования, сбои в снабжении и нехватка адаптационных механизмов при переходе между отделениями могут значительно снижать эффективность управления временем и затруднять поддержание стабильной и безопасной клинической среды.

Подкатегория «Системные и ресурсные ограничения» объединяет структурные и логистические трудности, с которыми сталкивается персонал при оказании медицинской помощи в условиях высокой загруженности и ограниченности ресурсов. Участники интервью указывали, что высокий поток пациентов в течение дня, особенно при внеплановых госпитализациях, затрудняет соблюдение стандартов ухода, вызывает перегрузку персонала и способствует росту профессионального выгорания. Внимание участники уделяли сложностям с госпитализацией. Задержки, несвоевременное оформление и необходимость длительного ожидания создают дополнительную нагрузку как на сотрудников, так и на пациентов.

P6: «Пациент приехал, а отделение неделю назад закрыли на карантин. Регион не оповестил, вот что с таким пациентом делать, мы либо его госпитализируем в другое отделение, либо же есть моменты, когда в других отделениях мест нет, мы можем просто перенаправить на другую дату госпитализации. Бывают родители, которые неадекватно воспринимают данную информацию...»

Нехватка ресурсов не всегда воспринимается респондентами как объективный численный дефицит. В некоторых случаях она определяется структурными особенностями конкретного отделения. Так, одна из участниц подчеркивает, что высокий поток пациентов в отделении не связан с нехваткой персонала. Напротив, наличие большего числа врачей привлекает больше пациентов, что сохраняет нагрузку высокой. Таким образом, даже при достаточном кадровом обеспечении поток концентрируется в отделении, усиливая нагрузку. Это подчеркивает важность организационного распределения

пациентов, а не только численности персонала.

Р8: «Мне кажется нет, персонала хватает, но у нас просто большие отделения. Это от отделения зависит. Я до этого работала в педиатрии, я такого не замечала, что была перезагружена. Это зависит от количества врачей, мне кажется, от самого отделения, куда больше идут пациенты»

Также были отмечены проблемы с регистрацией, что приводит к сбоям в координации и может стать причиной инцидентов. Неэффективные или перегруженные административные процессы не позволяют оперативно реагировать на изменяющиеся потребности отделения и ставят под угрозу своевременное оказание помощи. Некоторые участники критически оценивали последствия организационных изменений, таких как реорганизация регистратур. Подобные изменения не только создают дополнительные сложности для пациентов, но и увеличивают нагрузку на медицинский персонал. Кроме того, респонденты отмечают недостаточное участие руководства отделений в принятии подобных решений, что снижает управляемость процессов и препятствует выстраиванию эффективной культуры безопасности. По их мнению, подобные решения ухудшают маршрутизацию пациентов и затрудняют процесс приема:

Р26: «Убрали регистратуру... они пришли уже к нам, и вместо того, чтобы мы их приняли, мы отправляем, сходите на 1 этаж, а потом обратно... QR-код не всегда работает. Ну это реорганизация, сможет ли заведующий на это повлиять»

Р17: «Регистратура – это главные ворота, от которых зависит общее мнение, а регистраторы – они регулируют поток пациентов. Они, как психологи, мне кажется, должны знать к какому врачу, с какой патологией»

Таким образом, подкатегория подчеркивает, что ограниченные ресурсы и неустойчивые системные процессы представляют собой значимые препятствия для обеспечения безопасной и качественной медицинской помощи, особенно в условиях высокой интенсивности работы.

III. Третья категория «Эмоциональное выгорание и профессиональная перегрузка» отражает восприятие медицинскими сестрами психоэмоциональных и организационных нагрузок, возникающих в процессе профессиональной деятельности и оказывающих влияние как на состояние персонала, так и на культуру безопасности пациентов. Анализ полуструктурированных интервью показал, что эмоциональное выгорание рассматривается респондентами как многофакторный феномен, формирующийся на пересечении высокой рабочей нагрузки, дефицита персонала, организационных условий труда и уровня психологической поддержки в коллективе.

В рамках подкатегории «Психологическая поддержка медицинских сестер» респонденты подчеркивали значимость психологической поддержки как ключевого ресурса профилактики и преодоления эмоционального выгорания. Особая роль отводилась организационной позиции старшей медицинской сестры, которая, по мнению участников, способна выполнять функции не только управленческого, но и эмоционального лидера, обеспечивая поддержку,

понимание и своевременное реагирование на признаки профессионального истощения у сотрудников. Участники интервью отмечали, что своевременное внимание со стороны руководителя, проявление эмпатии, признание эмоциональных нагрузок и гибкость в организации рабочего процесса способствуют снижению уровня стресса и формированию доверительной и поддерживающей рабочей среды. Это рассматривается как важное условие сохранения профессиональной устойчивости персонала и профилактики ошибок в клинической практике.

Р13: «Открыто обсуждаем, если видим у человека кризисное состояние, сейчас на данный момент. Я не могу ее пустить завтра на смену. Даем ей выходной, чтобы она отдохнула»

В интервью отмечалась важность эмпатии, сострадания и признания эмоциональных нагрузок, с которыми сталкиваются медицинские сестры в повседневной практике.

Р5: «Когда пациенту плохо, и ты близко к сердцу все принимаешь, это все видишь, хочешь помочь, но не можешь помочь. Это эмоционально сильно влияет на психологическое состояние сотрудников»

Р19: «Мы стараемся разгрузить отделение...ходим в кабинет психологов, записываемся на расслабляющие процедуры, потом мы еще можем где-то выйти, посидеть сами в компании, кофе попить»

Личный опыт выгорания и чувство эмоционального истощения описывались как распространенные явления, при этом наличие наставника или поддерживающего коллеги в период профессионального кризиса рассматривалось как фактор, смягчающий негативные последствия перегрузки. Наряду с этим участники упоминали и позитивные аспекты профессиональной деятельности, такие как благодарность пациентов и благоприятные условия труда, которые в отдельных случаях воспринимались как защитные факторы, способствующие сохранению мотивации и снижению риска выгорания. В ряде интервью также звучали высказывания об отсутствии выраженных признаков выгорания, что респонденты связывали с поддерживающей рабочей средой и устойчивыми механизмами взаимопомощи в коллективе.

Р24: «У нас хорошие взаимоотношения в коллективе. Я считаю, что если в коллективе есть взаимопонимание, то и работа складывается хорошо»

Р15: «Для меня важно условия работы и коллектив, чтобы была безопасность. Человек должен чувствовать здесь себя настолько хорошо, как дома»

Эмоциональное благополучие персонала напрямую связано с внимательностью, ответственностью и способностью соблюдать стандарты безопасного ухода. Отсутствие системной поддержки повышает риск профессионального выгорания, что может негативно отражаться на качестве и безопасности медицинской помощи. Полученные данные подчеркивают необходимость институционализации механизмов психологической поддержки сестринского персонала как компонента организационной культуры безопасности пациентов.

В подкатегории «Документация как фактор стресса» отдельным источником профессионального стресса респонденты называли документационную нагрузку. Участники отмечали, что значительный объем бумажной работы, необходимость заполнения документации после окончания смены и совмещение клинических обязанностей с административными задачами усиливают чувство перегрузки и эмоционального напряжения. Особое внимание респонденты уделяли наличию строгих дедлайнов и внешнего контроля за своевременностью предоставления информации, что формирует дополнительное психологическое давление.

Р2: «Медсестры испытывают стресс, потому что у них есть жесткие дедлайны для заполнения информации. В такие моменты медицинские сестры испытывают сильное напряжение. Время ограничено, начинаются звонки, напоминания и просьбы сдать информацию вовремя»

В интервью также подчеркивались трудности, связанные с внедрением новой документации и необходимостью освоения обновленных алгоритмов работы, что требует дополнительных когнитивных и временных ресурсов.

Р9: «Вот сейчас на данный момент, новая документация. Мы должны обучаться и знать новые алгоритмы. И за счет этого бывает у них напряжение»

Документационная деятельность воспринималась медицинскими сестрами как обязательная, но ресурсозатратная часть работы, которая отнимает время и силы, снижая возможности для восстановления и увеличивая общее стрессовое воздействие рабочей среды.

Р17: «Я трачу свое личное время на бумажную работу, которая не нужна, потому что все уже есть в электронном виде. Непонятно, зачем мы делаем одно и то же параллельно»

В высказываниях участников прослеживалось внутреннее противоречие между приоритетом ухода за пациентом и требованиями к своевременному оформлению документации.

Р4: «Медсестры же в первую очередь хотят пациента обслужить, а потом уже когда пациент уйдет, закончит свою работу с документацией»

Полученные данные позволяют рассматривать документационную нагрузку не только как организационную проблему, но и как фактор, потенциально влияющий на культуру безопасности пациентов. Перегруженность документацией может снижать концентрацию внимания медицинских сестер, ограничивать время непосредственного взаимодействия с пациентами и повышать риск ошибок, что подчеркивает необходимость оптимизации документационных процессов в рамках системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

Подкатегория «Влияние профессиональной перегрузки на медицинских сестер».

В интервью подчеркивалось, что профессиональная перегрузка напрямую связана с условиями работы медицинских сестер, организацией безопасной рабочей среды и доступностью кадровых ресурсов. Респонденты описывали

напряженность на работе, ощущение постоянной нехватки времени и необходимость одновременного выполнения множества задач как устойчивое состояние, способствующее развитию чувства перегрузки и эмоционального выгорания. Существенным фактором усугубления ситуации называлась нехватка медицинских сестер в отделениях, а также временное отсутствие сотрудников по причине болезни или отпуска. По мнению участников, подобные условия нередко приводят к снижению удовлетворенности работой и, в крайних случаях, к принятию решения об увольнении, что дополнительно усиливает кадровую нестабильность.

Р5: «По графику работы, во-первых, из-за нехватки сотрудников возникает перегрузка: выходят через сутки, работают сменами, сутками. Иногда после дневной смены ставят сразу сутки. Такое бывает переработка это все влияет на здоровье медсестры и на работу с пациентами»

Респонденты также указывали на специфику медицинского учреждения как фактор дополнительной нагрузки. В частности, отмечалось, что в специализированные центры поступают пациенты с наиболее тяжелыми клиническими случаями, что увеличивает интенсивность работы персонала.

Р4: «Мы работаем с перегрузкой, потому что все сложные пациенты с нарушениями ритма поступают именно в наш центр. В регионах такие операции почти не делают, поэтому пациенты едут к нам»

Респонденты подчеркивали, что перегрузка негативно отражается на возможности полноценного взаимодействия с пациентами и качестве сестринского ухода, связанная с числом пациентов на одного сотрудника.

Р3: «Бывает, что 22 пациента распределены на три поста - это по 6–7 пациентов на одну медсестру. При этом она выполняет всю основную работу: назначения врача, инфузии, переливания крови, химиотерапию, обследования»

Таким образом, результаты интервью демонстрируют, что профессиональная перегрузка медицинских сестер носит системный характер и обусловлена сочетанием кадрового дефицита, высокой интенсивности клинической деятельности и значительного объема административных обязанностей. Перегруженность персонала ограничивает возможности качественного взаимодействия с пациентами, снижает внимание к деталям ухода и может повышать риск ошибок, что имеет прямое значение для культуры безопасности пациентов. Полученные данные подтверждают необходимость организационных решений, направленных на оптимизацию нагрузки, стабилизацию кадрового состава и перераспределение административных функций в рамках системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

В подкатегории «Влияние перегрузки медицинских сестер на пациентов» респонденты отмечали, что профессиональная перегрузка медицинских сестер имеет прямые последствия для пациентов и затрагивает ключевые аспекты безопасности медицинской помощи. Участники связывали высокую нагрузку с ограниченным временем, доступным для каждого пациента, повышением риска ошибок, особенно в экстренных ситуациях и при проведении инвазивных процедур, а также с потенциальным негативным влиянием на состояние

пациентов.

Р20: «Когда медсестра работает одна, у нее может не хватить времени лишний раз подойти к пациенту, поговорить с ним или дать рекомендации. Она выполняет все сама: процедуры, перевязки, транспортировку пациентов, оформление документации. Очень много времени уходит на работу за компьютером»

В интервью также отмечалось, что в условиях перегрузки особое значение приобретает качество коммуникации с пациентами, поскольку именно от нее во многом зависит уровень удовлетворенности и понимание пациентами происходящих процессов лечения и госпитализации. Участники подчеркивали, что недостаток времени вынуждает медицинских сестер ограничивать общение с пациентами, что может усиливать напряжение и вызывать недовольство.

Р14: «На продолжительность ожидания госпитализации и реакцию пациентов влияет прежде всего коммуникация: как, что и каким тоном сказано. Когда времени мало, разговаривать становится сложнее»

Несмотря на признание высокой нагрузки, респонденты указывали на наличие компенсаторных механизмов, направленных на предотвращение негативных последствий для пациентов. К таким механизмам относились взаимопомощь и взаимозаменяемость в коллективе, перераспределение обязанностей и приоритетное внимание пациентам в тяжелом состоянии.

Р13: «У нас есть взаимозаменяемость: медсестры всегда поддерживают и помогают друг другу, чтобы из-за нагрузки качество помощи не страдало»

В то же время участники признавали, что при значительной перегрузке и увеличении количества тяжелых пациентов данные компенсаторные стратегии имеют ограниченные возможности. В таких ситуациях возрастает риск пропусков отдельных аспектов ухода и снижается субъективное ощущение безопасности.

Р16: «Когда тяжелые пациенты, тогда перегрузка однозначно приходится на одну медсестру не 8 пациентов, а по 10. Однозначно здесь как бы рабочий процесс усложняется, потому что медсестры не успевают»

В ряде интервью подчеркивалось, что, несмотря на стремление соблюдать стандарты и обеспечивать безопасность, перегрузка повышает утомляемость персонала и вероятность непреднамеренных упущений.

Р9: «Мы стараемся выполнять все безопасно, но при большой нагрузке где-то что-то может забываться»

Таким образом, профессиональная перегрузка медицинских сестер оказывает прямое влияние на безопасность пациентов, проявляясь в сокращении времени на одного пациента, ограничении коммуникации и росте утомляемости персонала. Несмотря на наличие компенсаторных механизмов, их эффективность снижается при хронической перегрузке, что подчеркивает необходимость организационных решений по оптимизации кадрового обеспечения и распределения нагрузки.

Результаты данной категории позволяют рассматривать эмоциональное выгорание и профессиональную перегрузку медицинских сестер не только как

индивидуальную проблему персонала, но и как значимый организационный фактор риска для культуры безопасности пациентов. Полученные данные подчеркивают необходимость комплексных управленческих решений, направленных на оптимизацию кадрового обеспечения, рационализацию документационной нагрузки и институционализацию психологической поддержки как обязательного компонента системы обеспечения безопасности медицинской помощи.

IV. Четвертая категория «Командная работа и коммуникация» охватывает четыре подкатегории, отражающие ключевые аспекты взаимодействия внутри медицинского коллектива. По мнению участников интервью, эффективная командная работа и качественная коммуникация являются критически важными факторами, способствующими формированию культуры безопасности пациентов. Участники исследования подчеркивали, что благоприятная атмосфера, взаимопонимание и поддержка внутри коллектива не только улучшают качество медицинской помощи, но и снижают профессиональное напряжение. В процессе анализа подкатегории данной категории были классифицированы в зависимости от характера их влияния: три подкатегории отражают способствующие факторы, укрепляющие культуру безопасности, и одна подкатегория указывает на препятствующий фактор, снижающий эффективность коммуникации и командного взаимодействия.

Подкатегория «Высокий уровень внутрикомандного взаимодействия», относящаяся к способствующим факторам развития культуры безопасности пациентов, отражает восприятие респондентами ключевых характеристик командного взаимодействия, направленного на обеспечение безопасности пациентов. Участники подчеркивали, что основой эффективной командной работы является как четкое распределение обязанностей, так и готовность к взаимопомощи и уважительное отношение друг к другу. Одним из важнейших элементов устойчивого взаимодействия стала ответственность медицинского персонала, проявляющаяся в осознании общего вклада в уход за пациентами. Это чувство коллективной ответственности поддерживается через участие медицинских сестер и других членов команды. Ответственность за пациента рассматривается как коллективная задача, а не индивидуальное бремя. Участники подчеркивали, что поддержка со стороны врачей снижает нагрузку и укрепляет чувство профессионального единства.

Р7: «Ну, всегда врачи приходят на помощь. Тот же мочевой катетер, конечно же... У нас нагрузка идет в основном при постановке мочевого катетера»

Также сами старшие медицинские сестры выражали готовность лично включаться в работу, демонстрируя пример командного взаимодействия и равенства в распределении ответственности.

Р5: «Я сама могу тоже пойти и как бы в эту рутину войти или с медсестрами работать в одной команде, что там принести и унести, внутривенно сделать, просанировать, перевернуть, там кого-то покормить»

Отдельно была отмечена помощь со стороны помощников старших

медицинских сестер, которую респонденты расценивали как надежную поддержку в организации повседневной работы. Их вовлеченность способствует снижению нагрузки и укрепляет горизонтальные связи внутри коллектива.

Р3: «На данный момент, когда у нас есть, менеджеры, они помогают нам, то такой нагрузки лично у меня нет...»

Также отмечалось, что позитивная атмосфера в коллективе и доброжелательное взаимодействие между коллегами создают благоприятную эмоциональную среду, снижающую уровень стресса. Таким образом, командная работа в коллективе воспринимается респондентами как значимый ресурс, способствующий эффективному выполнению профессиональных задач, повышению качества ухода за пациентами и укреплению культуры безопасности в медицинской организации.

Подкатегория «Налаженная межпрофессиональная коммуникация» отражает особенности взаимодействия медицинских сестер с персоналом других отделений и профессиональных групп в повседневной клинической практике, особенно в ситуациях, требующих оперативного межотделенческого взаимодействия для предотвращения рисков и обеспечения безопасности пациентов. Участники интервью подчеркивали, что такое взаимодействие носит преимущественно неформальный, но эффективный характер и проявляется в готовности персонала разных подразделений оперативно включаться в решение клинических задач, независимо от формальной принадлежности к отделению.

Равное отношение ко всем пациентам, вне зависимости от их статуса, профиля отделения или сложности клинической ситуации, рассматривалось участниками как важный элемент культуры безопасности, поддерживаемый за счет согласованных действий персонала различных подразделений. Единые стандарты ухода и внимательность к деталям, по мнению участников, способствуют формированию доверия пациентов и снижению рисков. Особо подчеркивалась готовность персонала к межотделенческой взаимопомощи в экстренных ситуациях. Это подчеркивает высокий уровень профессиональной солидарности и ориентированности на пациента.

Р1: «Вот, например, тот раз пациентка дала анафилактический шок. Все задействованы были. Друг другу, помогали все, прямо переживали. Никто не сказал, что это не мое... Все участвуют, все участвовали»

Также медицинские сестры отмечали, что получают поддержку от коллег и старших сотрудников при необходимости, особенно в случаях перегрузки или сложных клинических ситуаций. Такая готовность к помощи способствует снижению тревожности и повышает уверенность в своих действиях:

Р14: «Ну, во время, например, дежурства, в вечернее или ночное время они могут друг к другу обращаться, позвонить, узнать, спросить что-то. Взаимосвязь есть у них, есть хорошая, нет таких конфликтных ситуаций, они понимают друг друга»

Р4: «Да у нас нормальные отношения, мы всегда даже старшие между собой, мы всегда можем попросить друг у друга помощи. Какой-то вопрос решить, какой-то совет, в принципе никто друг другу не отказывает»

Таким образом, межпрофессиональная коммуникация в восприятии старших медицинских сестер реализуется не только через формальные каналы взаимодействия, но и через устойчивые неформальные связи между отделениями, основанные на профессиональной солидарности и общей ответственности за безопасность пациентов.

Третья подкатегория «Организационные инструменты улучшения командной работы» отражает восприятие медсестрами инициатив и практических подходов, направленных на развитие командной сплоченности и укрепление рабочих отношений в коллективе. Участники подчеркивали, что организация активно внедряет как формальные инструменты, так и неформальные традиции, способствующие созданию позитивной и поддерживающей атмосферы. Одним из таких подходов стала практика начала смены с позитивной установки «WIN» – короткого мотивационного настроения, в ходе которого персонал делится хорошими новостями, поддерживает друг друга и настраивается на конструктивную работу. Это воспринимается как способ повысить эмоциональную устойчивость и наладить эффективную командную динамику.

Р18: «Первое время, когда мы начинали вводить это на планерке, медсестры как-то стеснялись, не аплодировали. Было. А потом смотрю им понравилось, начали часто говорить об этом, допустим, что-то вспоминать в течение недели, что у нас были такие хорошие моменты...»

Некоторые отделения инициировали новые внутренние традиции, которые способствуют формированию чувства принадлежности и идентичности внутри команды. Такие инициативы, как правило, исходят от самих сотрудников и со временем становятся частью культуры отделения. Также респонденты положительно отзывались о внедрении программы AIDET, структурированной модели коммуникации с пациентами и их семьями. Хотя основная цель AIDET – улучшение взаимодействия с пациентами, участники интервью отмечали, что программа способствует и внутреннему порядку в коллективе, так как задает единый стандарт поведения и уважительного общения.

Р22: «В работе медицинской сестры самое основное это внимательное отношение к пациенту, то есть проявление эмпатии с соблюдением коммуникативных навыков. У нас есть новый инструмент коммуникации, это AIDET, и мы его как бы начинаем вводить в нашу работу»

Р6: «Сейчас мы внедряем программу AIDET, которая была представлена нашими сотрудниками. В общем, да, я вижу, как они разговаривают. Как бы знаете, мы снизили еще и долю жалоб. Разговаривать стали более так конструктивно»

Кроме того, в организации поощряются совместные мероприятия вне рабочего времени, направленные на развитие личных связей и командного духа. Это могут быть выезды на природу, праздники или неформальные встречи, которые укрепляют доверие между сотрудниками.

Р19: «Заведующая такой человек, что всегда помогает, понимает эту ситуацию, разгружает отделение. Ходим в кабинет психологов, записываемся

на эти расслабляющие процедуры. Потом мы еще можем где-то выйти посидеть сами в компании, кофе попить»

Р9: «И в целом мы ощущаем себя командой, участвуем вместе в мероприятиях, ездим куда-то, отдыхаем вместе в свободное время»

Таким образом, инструменты и программы, внедренные в организации, способствуют укреплению командной работы, улучшению коммуникации и созданию благоприятного социально-психологического климата, который напрямую влияет на безопасность пациентов.

Подкатегория «Барьеры командного взаимодействия» относится к факторам, препятствующим развитию культуры безопасности пациентов. Данная подкатегория отражает те аспекты взаимодействия в медицинском коллективе, которые, по мнению участников, препятствуют формированию эффективной командной работы и ослабляют культуру безопасности пациентов. Участники указывали на целый ряд проблем, связанных как с управлением персоналом, так и с повседневной профессиональной коммуникацией. Отсутствие налаженной коммуникации внутри команды – одна из ключевых тем, обозначенных в интервью. Участники интервью говорили о том, что часто возникают проблемы в общении, особенно в ситуациях, где необходима быстрая и слаженная реакция. Они отмечали случаи перекладывания ответственности между сотрудниками, что затрудняло коммуникацию и замедляло оказание помощи пациентам. В результате внимание смещалось с предотвращения рисков на поиск «виновного», что негативно влияло на культуру безопасности.

Р1: «Лишь бы от себя отмахнуться, снять с себя ответственность. Говорят, «Нам не говорили», «Мы не слышали». Все молчат. Хотя, например, препарат должен лежать на столе – это же жизненно важно. А потом говорят: «Ты же знала, что это один из основных препаратов, он должен быть у тебя!» И все равно потом на меня указали. Да, да, в итоге сказали: «Ты виновата»»

Некоторые участники указывали на наличие иерархических отношений между врачами и медицинскими сестрами, которые в отдельных случаях могут затруднять открытое обсуждение профессиональных вопросов. Отмечалось, что медсестры не всегда чувствуют возможность свободно высказывать свое мнение, особенно если оно расходится с позицией врача.

Р2: «Команда вроде бы есть... Ммм, но все равно сохраняется тот принцип, что есть врач, есть медсестра – и определенная иерархия присутствует. И вот в такие моменты они как бы уже не команда, например, когда медсестра не может сказать врачу, что он неправ. А я, допустим, считаю, что нужен другой уход предоставить пациенту. В этом смысле – все равно иерархия есть, и вот эта коммуникация снизу-вверх у нас не работает. Может, это связано с уровнем образования медсестер – не хватает компетентности или мышления соответствующего. А может быть, и с тем, что у нас все еще работает принцип, что врач все решает»

Также были отмечены разногласия между врачами и сестринским персоналом, которые негативно сказываются на командной атмосфере и мешают

согласованным действиям. Отдельные медсестры прямо указывали, что в их рабочей среде отсутствует чувство команды.

P11: *«Определенно команды нет, могу сразу сказать»*

В ряде случаев упоминалась необходимость повышения коммуникативных навыков среди персонала – как у руководства, так и у рядовых сотрудников. Отсутствие навыков ведения конструктивного диалога и разрешения конфликтов усугубляет ситуацию.

P19: *«Бывает, что что-то скрывается, не все проговаривается. Я не могу сказать, что все идеально. Наверное, на 60–70 процентов - да, взаимодействие хорошее, но есть и обратная сторона. Сложности бывают и с пациентами, и с врачами»*

Проблемы управления персоналом также фигурировали как фактор, усиливающий разобщенность. Отмечается такой важный аспект, как неравномерная вовлеченность сотрудников в работу отделения. По мнению участников, только часть персонала демонстрирует инициативу и чувство ответственности. Остальные воспринимаются как формально присутствующие, без заинтересованности в результате.

P11: *«Это буквально считанные сотрудники, не все вовлечены. Есть, конечно, такие, кто действительно работает с полной отдачей... А вообще работать с персоналом непросто. Есть такие сотрудники, как будто просто пришли, как студенты, отработали и ушли. Но и среди таких бывают те, кто действительно переживает за отделение»*

Таким образом, недостатки командного взаимодействия, по мнению участников интервью, представляют собой значимый барьер для формирования культуры безопасности, снижая эффективность коммуникации, уровень доверия и согласованность действий в клинической практике.

V. Пятая категория «Кадровый потенциал и непрерывное профессиональное развитие» включает три подкатегории, отражающие различные аспекты, связанные с человеческими ресурсами, профессиональной подготовкой и поддержкой медицинских сестер. Полученные данные свидетельствуют о том, что уровень кадрового обеспечения, доступность образовательных возможностей и наличие мотивационных факторов оказывают значительное влияние на формирование культуры безопасности пациентов. Участники исследования подчеркивали, что профессиональный рост, стабильность коллектива и поддержка со стороны руководства формируют условия для повышения ответственности, внимательности и приверженности стандартам безопасности. Установлено, что подкатегории «Профессиональное развитие и образование» и «Мотивация и поддержка медсестер» характеризуются положительным влиянием на формирование культуры безопасности пациентов и, соответственно, были отнесены к способствующим факторам. В то же время подкатегория «Проблемы кадрового обеспечения и ротации персонала» была идентифицирована как ограничивающий фактор, затрудняющий развитие культуры безопасности в сестринской практике.

Подкатегория «Профессиональное развитие и образование» отражает

значимость постоянного профессионального роста и образовательной активности в контексте формирования культуры безопасности пациентов. По мнению участников исследования, качество сестринской помощи напрямую связано с уровнем компетентности, вовлеченности в научную и практико-ориентированную деятельность, а также с осознанием необходимости непрерывного развития как на индивидуальном, так и на системном уровне.

Один из ключевых кодов «самообразование» отражает высокую степень личной ответственности медицинских сестер за уровень собственных знаний и профессиональных навыков. Специалисты сестринского дела подчеркивали важность самостоятельного освоения новых клинических рекомендаций, стандартов безопасности и современных подходов к уходу. Инициатива обучения часто исходит от самих медсестер, что связано с изменением их профессиональной роли и расширением зоны ответственности. Один из участников исследования описывает этот процесс следующим образом:

Р6: «Мы работаем самостоятельно. Это привело к тому, что медсестры стали более образованные в плане именно осмотра пациента. Потому что ранее у них был осмотр уже после врача. На сегодняшний день медсестра чувствует себя уверенно. Она постоянно находится в обучении, в повышении своих знаний»

Самообразование, в этом контексте, становится не только средством профессионального роста, но и одним из механизмов формирования культуры безопасности, так как повышает уверенность специалистов в собственных действиях и снижает риск ошибок при уходе за пациентами.

Вовлечение в научную деятельность способствует профессиональному росту и формирует осознанное отношение к безопасности ухода, так как требует критического анализа, планирования и оценки рисков. Как отмечают участники интервью, темы исследований зачастую формируются на основе реальных практических проблем, с которыми сталкиваются медсестры. Это позволяет обеспечить прикладной характер научной работы и делает ее результаты непосредственно релевантными для клинической практики.

Р9: «Вот как раз-таки я говорила об идентификации, я писала научную работу, была участником научной работы. Мы взяли именно эту тему, потому что она нам показалась интересной и тем, что нужна медсестрам и не только нашему отделению, а для всех»

Анализ высказываний участников интервью показал, что научная и образовательная активность медицинских сестер тесно связана с формированием культуры безопасности. Участие в исследовательских проектах, разработка и внедрение профессиональных программ, а также обучение коллег воспринимаются как неотъемлемая часть современной сестринской практики. Медсестры не только осваивают и применяют новые подходы в собственной работе, но и становятся проводниками изменений в коллективе, транслируя принципы доказательной медицины и безопасного ухода другим членам команды. Это свидетельствует о развитии лидерских компетенций и сформированности профессиональной идентичности.

Одна из участниц исследования подчеркивает многоплановость профессиональной роли следующим образом:

Р7: «Да в целом, участвовать в программах, разрабатывать их, участвовать в исследовательских работах, обучать медицинский персонал»

Анализ интервью показал, что для части участников профессиональное развитие выходит за рамки непрерывного обучения в его традиционном понимании. Медицинские сестры осознают необходимость не только усвоения новых знаний, но и передачи накопленного практического опыта, обмена результатами клинической деятельности и участия в формировании профессионального знания на более широком уровне. Подобное понимание профессионального развития свидетельствует о переходе от роли пассивного потребителя знаний к позиции активного носителя и генератора профессионального опыта, что, по мнению участников, способствует укреплению статуса сестринской профессии и распространению практик, ориентированных на безопасность пациентов.

Одна из участниц подчеркивала необходимость выхода за пределы внутренней профессиональной среды и включения в более широкий научно-профессиональный контекст:

Р13: «Мы уже на таком этапе, где не только заниматься непрерывным обучением... нам уже надо выходить за пределы центра, делиться своим опытом. Нам надо писать кейс-репорты, потому что у нас много уникальных пациентов... нам уже надо наукой заниматься, выходить из зоны комфорта и показывать свою работу, делиться опытом»

Данное высказывание отражает стремление части медицинских сестер к расширению профессиональной роли от выполнения клинических функций к участию в научной и образовательной деятельности, что рассматривается ими как важный ресурс развития профессии и повышения качества и безопасности медицинской помощи.

Подкатегория «Адаптация и профессиональная поддержка медсестер» показала, что мотивация медицинских сестер и ощущение профессиональной поддержки формируются в тесной связи с организацией работы, доступностью помощи со стороны коллег и руководства, а также условиями адаптации и обучения, особенно на ранних этапах профессионального пути. Специалисты сестринского дела подчеркивали, что открытое обсуждение трудностей и готовность коллег помогать снижают напряженность и способствуют более устойчивому включению новых сотрудников в работу. В этом контексте командная поддержка рассматривается не только как элемент благоприятной рабочей среды, но и как организационный механизм сохранения кадрового потенциала и обеспечения устойчивости сестринского коллектива.

Р14: «Они могут сесть и сказать: «У меня вот это не получается», и коллеги друг другу помогают. Тем самым поддерживают и молодежь, которая тоже старается, но часто боится трудностей. Если не помогать, такая медсестра может уйти. Поэтому они стараются вовлекать, работать вместе, поддерживать»

Поддержка медицинских сестер также реализуется через создание гибких графиков работы для сотрудников, совмещающих профессиональную деятельность с обучением в Назарбаев Университете. Участники интервью отмечали, что администрация учитывает учебную нагрузку медицинских сестер, продолжающих обучение по программе бакалавриата, и стремится адаптировать график смен с целью снижения перегрузки и поддержания устойчивости персонала.

P21: *«У нас поступило в этом году 7 медсестер в Назарбаев университет на бакалавриат и есть те, которые уже на тот момент учились. В связи с этим есть гибкий график. То есть они с учебы, потом еще ночь, с ночи на учебу»*

Ежедневные планерки с участием руководства рассматриваются как значимый организационный механизм эмоциональной и профессиональной поддержки, способствующий поддержанию мотивации медицинских сестер и обеспечивающий обучение с регулярным профессиональным обсуждением клинически сложных случаев, особенно в работе с молодыми специалистами.

P10: *«Медсестры через обучение проходят, и они уже знают эту категорию пациентов, и они как бы не входят в конфликт, потому что понимают. И также беседа каждый день на планерке, мы говорим, успокаиваем медсестру, даже заведующая, старшая. «Ты же понимаешь, что ты же знаешь, ты же сама видишь историю, посмотри энцефалопатия, столько всего перенес. И поэтому у него вот эта раздражительность»*

Таким образом, результаты анализа показывают, что мотивация медицинских сестер поддерживается за счет сочетания командной взаимопомощи, организационной гибкости и активной роли руководства в повседневной поддержке персонала. Поддержка новых и обучающихся сотрудников, гибкое планирование графиков и регулярные профессиональные обсуждения способствуют адаптации, снижению профессионального напряжения и сохранению кадрового потенциала. В совокупности данные практики формируют поддерживающую рабочую среду, рассматриваемую медицинскими сестрами как важное условие устойчивости сестринского коллектива и обеспечения безопасности пациентов.

Подкатегория «Проблемы кадрового обеспечения» отражает восприятие респондентами кадровых ограничений и организационных сложностей, влияющих на устойчивость работы отделений, распределение нагрузки и обеспечение безопасности пациентов. Анализ интервью показал, что дефицит персонала и высокая текучесть кадров рассматриваются медицинскими сестрами как один из наиболее значимых системных факторов риска.

Участники интервью отмечали высокую рабочую нагрузку, обусловленную тяжелым клиническим профилем отделения и нестабильностью кадрового состава. Указывалось на ежегодную текучесть персонала и значительное число медицинских сестер, временно выбывающих из работы в связи с декретными отпусками, что приводит к постоянной недоукомплектованности штата. В результате оставшийся персонал компенсирует кадровый дефицит за счет увеличения индивидуальной нагрузки,

воспринимаемой как устойчивый фактор рабочего напряжения, влияющий на условия профессиональной деятельности медицинских сестер. По мнению участников, подобная кадровая ситуация не только увеличивает профессиональную нагрузку, но и потенциально снижает возможности для полноценного наблюдения и своевременного ухода за пациентами.

P25: «Нагрузка очень высокая, потому что профиль отделения тяжелый. Кроме того, наблюдается значительная текучесть кадров. В настоящее время 11 медицинских сестер находятся в декретном отпуске»

Участница подчеркивает, что кадровый дефицит в отделениях оказывает критическое влияние на культуру безопасности пациентов. По ее словам, на отделение с 30-35 пациентами приходится всего 3-4 медсестры, что исключает возможность индивидуального поста и приводит к уходу одной медсестры за 6-7 пациентами одновременно. Это ведет к упущениям в уходе и рискам для пациентов. В условиях нехватки персонала в работу фактически вовлекаются родственники, хотя сама медсестра подчеркивает, что «уход – это наша работа», что отражает конфликт между профессиональными стандартами и реальными условиями практики. Данный фрагмент иллюстрирует, как нехватка кадров нарушает принципы культуры безопасности пациентов (своевременность, наблюдение, ответственность и профессиональный уход).

P11: «В отделениях это большая проблема, нехватка специалистов сестринского дела... так как у нас индивидуальных постов нет, соответственно упускаются какие-то моменты»

Особое внимание уделялось влиянию кадрового дефицита на пациентов. По мнению участников, сокращение числа медицинских сестер напрямую отражается на качестве наблюдения, своевременности вмешательств и уровне безопасности, особенно в отделениях интенсивной терапии и при работе с клинически нестабильными пациентами. В интервью подчеркивалась необходимость увеличения численности медицинских сестер как ключевого условия обеспечения безопасного ухода. Специалисты сестринского дела указывали, что нормативная численность персонала не всегда соответствует реальной сложности пациентов и интенсивности работы, что требует пересмотра подходов к кадровому планированию. Проблемы подбора медицинских сестер для работы также рассматривались как значимый фактор. Участники отмечали сложности в привлечении специалистов, готовых работать в условиях высокой интенсивности труда и ответственности, а также необходимость длительного периода адаптации новых сотрудников.

P10: «Когда есть недопонимание между врачом, хирургом или медсестрой, обычно это новые молодые медсестры, им в среднем требуется около полугода, чтобы они адаптировались к ритму операционных»

Участники интервью связывали кадровый дефицит с ростом эмоционального выгорания, подчеркивая, что постоянная перегрузка, частые переработки и недостаток возможностей для восстановления способствуют профессиональному истощению и снижению мотивации. В интервью также отмечалась высокая годовая текучесть кадров, которая, по мнению участников,

является следствием совокупного воздействия высокой нагрузки, эмоционального выгорания и ограниченных возможностей восстановления. Текучесть, в свою очередь, усиливает кадровый дефицит и нарушает преемственность практик безопасного ухода.

P19: «Медицинские сестры начинают выгорать, когда нагрузка становится нестабильной и незапланированной. При этом тяжесть работы связана не столько с выполнением сестринских манипуляций, сколько с постоянным взаимодействием с пациентами, которые могут быть эмоционально сложными и требовать быстрой реакции и обратной связи. В периоды наплыва пациентов это особенно усиливается, и тогда выгорание становится заметным»

Дополнительную нагрузку на коллектив создает высокая доля медицинских сестер, совмещающих профессиональную деятельность с получением высшего образования. Участники интервью подчеркивали, что данные медицинские сестры являются квалифицированными и опытными сотрудниками, выполняющими свои профессиональные обязанности на надлежащем уровне. Вместе с тем необходимость регулярного участия в учебных занятиях обуславливает их периодическое отсутствие на рабочем месте, что в условиях кадрового дефицита приводит к дополнительной нагрузке на оставшийся персонал. В контексте кадрового дефицита респонденты также упоминали необходимость обучения молодых хирургов и ординаторов, что в условиях дефицита сестринского персонала увеличивает нагрузку на медицинских сестер, вовлеченных в организацию процессов и контроль соблюдения стандартов.

P17: «Хотя формально это полномочия врача, на практике именно медицинские сестры часто контролируют работу резидентов. Резиденты находятся на стадии обучения и часто меняются, из-за чего эта нагрузка ложится на плечи опытных медицинских сестер. Они контролируют назначения пациентам, обследования, замечают ошибки и не могут их не исправлять, даже если это выходит за рамки их прямых компетенций»

Таким образом, проблемы кадрового обеспечения формируют системный контекст повышенной нагрузки и нестабильности, в котором медицинские сестры вынуждены компенсировать дефицит персонала, что напрямую отражается на устойчивости работы отделений и на культуре безопасности пациентов.

VI. Категория «Пациентоориентированный подход» отражает представления медицинских сестер о приоритете интересов пациента в организации ухода, коммуникации и принятии профессиональных решений. Анализ интервью показал, что пациентоориентированность рассматривается респондентами как базовый принцип профессиональной деятельности, напрямую связанный с обеспечением безопасности, качеством ухода и формированием доверительных отношений между пациентами, их родственниками и медицинским персоналом. В рамках данной категории были выделены подкатегории, как способствующие формированию культуры

безопасности пациентов, так и потенциально препятствующие ей.

Подкатегория «Пациентоориентированный уход» (Patient first) объединяет высказывания участников, в которых подчеркивается приоритет безопасности и потребностей пациента в повседневной практике. Полученные данные свидетельствуют о том, что ориентация на пациента в восприятии респондентов выступает не абстрактной гуманистической установкой, а медицинские сестры отмечали, что принцип «Patient first» реализуется через внимательное и ответственное выполнение манипуляций, соблюдение стандартов безопасности пациентов и проведение послеоперационных мероприятий с учетом индивидуального состояния пациента.

P22: «В работе медицинской сестры самое основное – это внимательное отношение к пациенту. Это самое первое, то есть проявление эмпатии и коммуникация»

Респонденты подчеркивали важность поддержания порядка в палатах как элемента безопасной среды, способствующей восстановлению пациентов и снижению рисков осложнений. Забота о пациенте описывалась не только как выполнение клинических задач, но и как ориентация на его физические и эмоциональные потребности.

P5: «Это общение с пациентом, но общение по любому есть, где-то надо пациента тоже психологически поддержать»

Удовлетворенность пациента рассматривалась участниками как показатель качества оказанной помощи и подтверждение правильности выбранного подхода к уходу.

P18: «Нет осложнений, самое главное. Уходят пациенты довольные, это тоже показательно на нашей работе»

Полученные данные свидетельствуют о том, что ориентация на пациента в восприятии участников выступает практико-ориентированным фактором, непосредственно влияющим на обеспечение безопасности медицинской помощи. Медицинские сестры подчеркивали значимость внимательного и ответственного отношения к пациенту как основы безопасного ухода. Эмпатия и эффективная коммуникация рассматривались как обязательные компоненты профессиональной роли, позволяющие своевременно выявлять изменения состояния пациента и предупреждать возможные риски.

Таким образом, пациентоориентированный уход в восприятии медицинских сестер выступает интегративным фактором культуры безопасности пациентов, объединяющим ценностные установки, профессиональное поведение и организацию безопасной среды. Приоритет пациента способствует более внимательному выполнению сестринских вмешательств, улучшению коммуникации и снижению вероятности осложнений, что в совокупности усиливает культуру безопасности пациентов.

Подкатегория «Эффективная коммуникация с пациентами и родственниками» отражает значимость межличностного взаимодействия как неотъемлемой части пациентоориентированного подхода. Респонденты подчеркивали, что эффективная коммуникация обеспечивает формирование

доверия, снижение тревожности пациентов и предотвращение конфликтных ситуаций. Отсутствие жалоб на конкретных медицинских сестер рассматривалось как индикатор качественного общения и уважительного отношения к пациентам.

В интервью отмечались хорошие отношения между пациентами и персоналом, основанные на внимательности, заботе и четкости в объяснении происходящих процедур. Медицинские сестры подчеркивали важность четкого разграничения ролей врача и пациента при одновременном сохранении доступного и понятного общения. Особое внимание уделялось взаимодействию с родственниками, включая общение с родителями пациентов, что рассматривалось как необходимое условие психологической поддержки и повышения удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

Подкатегория «Работа с экстренными и сложными пациентами» включает описания ситуаций, требующих от медицинских сестер высокого уровня профессиональной готовности, эмоциональной устойчивости и способности быстро принимать решения в условиях ограниченного времени. Участники отмечали индивидуальные различия между пациентами (уровень тревожности, болевой синдром, когнитивное состояние), которые необходимо учитывать при организации ухода и коммуникации для предотвращения ошибок, и конфликтных ситуаций. В интервью упоминались случаи раздражения пациентов в связи с назначениями, проявления агрессии, а также страх и напряжение, испытываемые медсестрами при работе с пациентами в тяжелом состоянии.

P14: «Вот такие ситуации с пациентами бывают, пациенты такие агрессивные, что до слез доводят сотрудников, особенно молодых»

P13: «У них еще нервы неустойчивые, нет большого опыта, когда вот повидали тяжелых пациентов. У них боязнь в глазах»

Экстренные ситуации рассматривались как особый контекст. Пациентоориентированный подход проявляется через участие медицинских сестер в спасении пациента, сокращение времени ожидания помощи и приоритетность жизненно важных вмешательств. Участники подчеркивали, что даже в условиях высокой нагрузки и стресса сохранение ориентации на пациента остается ключевым профессиональным ориентиром.

Подкатегория «Обучение и информирование пациентов» отражает роль медицинских сестер в передаче информации и формировании осознанного участия пациента в процессе лечения. Респонденты подчеркивали значимость процесса обучения пациентов, направленного на повышение их информированности о состоянии здоровья, процедурах и правилах ухода, что снижает риск недопонимания и ошибок. В интервью упоминалось внедрение информационных стендов и создание унифицированных шаблонов для пациентов как способов структурирования информации и повышения ее доступности.

P23: «Поэтому вот это доска настенная. Информация, которая дается утром на обходе, должна быть доступна для пациентов. То есть пациенты не

знают своего лечащего врача, что ему сегодня планируется. Мы это пишем, чтобы они запоминали эти моменты»

Информированность пациентов рассматривалась как фактор, снижающий тревожность, повышающий удовлетворенность и укрепляющий доверие к медицинскому персоналу. Медсестры подчеркивали, что обучение пациентов является важной частью пациентоориентированного подхода и способствует более безопасному и эффективному оказанию медицинской помощи.

P15: «Обучаем мамочек при поступлении, обязательно проводятся беседы. У нас есть медсестры, которые прямо собирают их, обучают мам, говорят им, как проводятся все процедуры»

P20: «Разъяснительная работа должна, наверное, еще дальше проходить, чтобы пациент не стеснялся. Если у него болит, то терпеть пациент не должен, то есть это влияет на его здоровье, у него может так развиваться шок болевой. Дополнительно надо объяснять пациентам»

Таким образом, пациентоориентированный подход в представлениях медицинских сестер реализуется через приоритет безопасности и потребностей пациента, эффективную коммуникацию, а также обучение и информирование пациентов, формируя основу качественного и безопасного ухода.

Проведенный качественный контент-анализ данных 26 полуструктурированных интервью со старшими медицинскими сестрами позволил выявить многокомпонентную структуру факторов, влияющих на формирование и поддержание культуры безопасности пациентов в сестринской практике. Полученные результаты подтверждают, что культура безопасности пациентов воспринимается медицинскими сестрами как комплексное явление, формирующееся под воздействием как индивидуальных, так и организационно-системных условий профессиональной деятельности.

Выделенные шесть категорий отражают ключевые направления, через которые медицинские сестры осмысливают безопасность пациентов: управление инцидентами и практика обеспечения безопасности; организационно-управленческие аспекты; эмоциональное выгорание и профессиональная перегрузка; командная работа и коммуникация; кадровый потенциал и непрерывное профессиональное развитие. Каждая из категорий включает подкатегории, раскрывающие конкретные практики, барьеры и ресурсы, влияющие на повседневную клиническую деятельность и принятие решений в контексте безопасности.

Классификация подкатегорий на способствующие и препятствующие факторы позволила углубить понимание механизмов формирования культуры безопасности. С одной стороны, эффективная коммуникация, поддерживающий стиль управления, возможности профессионального развития, системное обучение пациентов и ориентация на их потребности рассматривались участниками как ресурсы, укрепляющие безопасность пациентов. С другой стороны, кадровый дефицит, профессиональная перегрузка, эмоциональное выгорание, недостаточная поддержка персонала и барьеры в системе управления инцидентами выступали как факторы риска, ослабляющие культуру

безопасности и повышающие вероятность небезопасной помощи.

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о том, что культура безопасности пациентов в сестринской практике формируется в условиях взаимодействия организационных, профессиональных и индивидуальных факторов. Медицинские сестры рассматривают безопасность пациентов не только как набор регламентированных процедур, но как ценностно-ориентированную практику, требующую системной поддержки, устойчивых управленческих решений и внимания к благополучию персонала. Полученные данные создают эмпирическую основу для дальнейшего обсуждения направлений развития культуры безопасности пациентов и разработки методических рекомендаций, ориентированных на укрепление роли специалистов сестринского дела в обеспечении безопасной медицинской помощи.

3.4 Разработка методических рекомендаций по улучшению культуры безопасности пациентов в работе специалистов сестринского дела

Практика, основанная на научных доказательствах (Evidence-Based Practice, EBP), является важным инструментом повышения безопасности сестринской деятельности, поскольку объединяет результаты научных исследований, клинический опыт и потребности пациентов. Применение доказательных подходов способствует снижению неблагоприятных событий, включая падения, ошибки лекарственной терапии и внутрибольничные инфекции.

В мировой практике реализуются международные инициативы по повышению безопасности пациентов. К ключевым из них относятся создание Всемирного альянса по безопасности пациентов ВОЗ [55], внедрение контрольного перечня хирургической безопасности ВОЗ, позволившего снизить частоту осложнений и смертности более чем на 30% [53], а также глобальная инициатива ВОЗ «Лекарства без вреда» и др. [54]. Стратегические направления развития отражены в Глобальном плане действий по безопасности пациентов на 2021-2030 гг. [1].

В Казахстане также предпринимаются шаги по укреплению культуры безопасности пациентов и внедрению принципов доказательной практики (EBP) [172] через образовательные инициативы, включая краткие доказательные обзоры Института Джоанны Бриггс (JBI) [173], а также через стандартизацию сестринской документации [10, р. 2565-2571; 21, р. 1722480; 174]. Международные исследования подтверждают, что применение EBP и стандартизированных сестринских вмешательств способствует снижению осложнений, длительности госпитализации и внутрибольничной смертности [175]. Образовательные программы JBI также показали эффективность в развитии навыков критической оценки и профилактики рисков [173].

Вместе с тем, анализ доступных источников показал отсутствие в Казахстане специализированных сестринских руководств и научно-обоснованных методических рекомендаций, направленных на формирование и

развитие культуры безопасности пациентов в практике медицинских сестер. Это создает разрыв между образовательными инициативами и клинической практикой и обуславливает необходимость разработки практико-ориентированных рекомендаций, включающих алгоритмы действий, стандартизированные чек-листы, сценарии коммуникации и разборы профессиональных ситуаций, направленных на повышение безопасности сестринского ухода.

На основе концепции Safer Culture Framework (рисунок 1) [40, р. 88-109], опросника HSOPSC 2.0, а также результатов проведенного исследования нами были определены приоритетные направления развития культуры безопасности пациентов, которые легли в основу разработки методических рекомендаций (таблица 20).

Таблица 20 – Классификация измерений по приоритетным направлениям повышения культуры безопасности пациентов

Категория	Измерения
Инциденты (выявление, анализ и предотвращение)	- реакция на ошибку; - сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов
Кадровое обеспечение и темп работы	- обеспеченность кадрами и темп работы
Коммуникация	- коммуникация по поводу ошибок; - командная работа; - коммуникационная открытость; - передача полномочий и обмен информацией
Лидерство и менеджмент	- поддержка руководства больницы в обеспечении безопасности пациентов; - поддержка безопасности пациентов со стороны непосредственного руководителя
Обучение	- организационное обучение – постоянное совершенствование

Представленные в таблице 20 измерения концептуально соотносятся с моделью Safer Culture Framework, отражая обеспечивающие организационные и индивидуальные факторы (лидерство, кадровое обеспечение, обучение), групповые аспекты (коммуникация, командная работа) [40, р. 88-109].

Наше исследование показало, что для обеспечения качественного сестринского ухода медицинским сестрам необходимо развивать культуру безопасности пациентов. Результаты также выявили необходимость дальнейшего повышения осведомленности специалистов о культуре безопасности и ее формировании через регистрацию медицинских инцидентов и «почти ошибок» [22, р. е70005]. Существуют барьеры и непонимание значения отчетности об инцидентах, а некоторые медсестры отмечают отсутствие обратной связи по зарегистрированным случаям. Лишь немногие медсестры, как показало наше исследование, подали более шести отчетов за последний год, связанных с безопасностью пациентов [22, р. е70005]. Дополнительные факторы риска – недостаток кадров, высокая рабочая нагрузка, слабая коммуникация

между сотрудниками и профессиональное выгорание, что отрицательно сказывается на уходе. Формирование культуры безопасности и создание благоприятной рабочей среды могут существенно повысить качество и безопасность сестринского ухода.

Нами также установлено, что медицинские сестры в целом демонстрируют положительное отношение к вопросам обеспечения безопасности пациентов по всем десяти измерениям культуры безопасности. Однако наиболее низкие показатели зафиксированы в областях, связанных с выявлением, анализом и предотвращением медицинских инцидентов, а также с кадровым обеспечением и организационным темпом работы, что указывает на необходимость целенаправленного развития данных направлений. Вместе с тем, формирование культуры безопасности пациентов возможно лишь при комплексном учете всех обеспечивающих и реализующих факторов. Медицинские сестры, находящиеся в постоянном контакте с пациентами, играют в этом процессе ключевую роль: их способность своевременно распознавать инциденты и сообщать о них без страха наказания является одним из приоритетных направлений дальнейшего развития культуры безопасности.

В связи с этим мы разработали методические рекомендации «Культура безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинской сестры» на основе результатов проведенного исследования культуры безопасности пациентов среди медицинских сестер, выявленных организационных и поведенческих факторов риска, а также положений современных концепций культуры безопасности. При их подготовке использованы отчеты Всемирной организации здравоохранения по безопасности пациентов, научные публикации в зарубежных журналах по сестринской науке, документы Американской ассоциации медицинских сестер и материалы Института улучшения здравоохранения США (Institute for Healthcare Improvement) [3; 176, 177]. Рекомендации предназначены для практикующих медицинских сестер медицинских организаций Республики Казахстан и направлены на совершенствование профессиональных знаний и практических навыков в области обеспечения безопасности пациентов. Их структура и содержание ориентированы на устранение выявленных дефицитов и снижение профессиональных рисков в сестринской практике. Разработка рекомендаций также соответствует требованиям национальной и международных систем аккредитации в здравоохранении, таких как JCI, и глобальным инициативам ВОЗ по обеспечению качества и безопасности медицинской помощи. В этих условиях ключевыми результатами профессионального развития медицинской сестры являются внедрение инновационных подходов в сестринский уход, применение принципов доказательной медицины, эффективная работа в мультидисциплинарной команде и развитие профессиональной коммуникации с пациентом и его семьей.

Таким образом, цель разработанных нами методических рекомендаций – содействие формированию и развитию культуры безопасности пациентов в медицинских организациях Республики Казахстан путем повышения

профессиональной осведомленности и компетенций медицинских сестер.

Основные задачи:

- сформировать у медицинских сестер четкое понимание сущности культуры безопасности пациентов и ее значимости;
- предложить практические инструменты и алгоритмы для выявления, анализа и предотвращения медицинских инцидентов;
- повысить уровень коммуникации и сотрудничества в мультидисциплинарных командах;
- укрепить роль руководства и клинических лидеров в поддержке безопасности пациентов;
- содействовать внедрению принципов организационного обучения и постоянного совершенствования в ежедневную практику.

При разработке методических рекомендаций нами были использованы ключевые международные практики и аналитические материалы:

1. Improvement Cymru Academy Toolkit Guide (UK, 2023).
2. Patient Safety Essentials Toolkit (USA, 2019).
3. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (USA, 2024).
4. Global strategic directions for nursing and midwifery 2021–2025 (WHO, 2021).
5. Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety (USA, 2017).
6. Patient safety curriculum guide: multi-professional edition (WHO, 2011).
7. Global patient safety report 2024 (WHO, 2024).
8. Safety Strategies Every Nurse Leader Needs to Know (USA, 2024).

Учитывая структуру рамочной концепции по культуре безопасности пациентов «Safer Culture Framework», зарубежных руководств по безопасности пациентов и научных исследований по данной тематике в базах данных доказательной медицины (PubMed, Cochrane Library, EBSCOhost, CINAHL), содержание методических рекомендаций состоит из следующих основных глав: основы культуры безопасности пациентов; практические аспекты развития культуры безопасности пациентов, включающие медицинские инциденты в системе безопасности пациентов, кадровую обеспеченность и рабочую нагрузку медицинской сестры, как факторов безопасности пациентов, коммуникацию и сотрудничество для обеспечения безопасности пациентов, системный подход к обеспечению и устойчивому развитию культуры безопасности пациентов, рассматривающий роль руководства и клинических лидеров в поддержке и развитии культуры безопасности пациентов, организационное обучение и постоянное совершенствование.

В первой части («Основы культуры безопасности пациентов») раскрываются ключевые понятия, принципы и международные подходы, на которых строится безопасная клиническая практика. Здесь формируется фундамент для понимания того, что безопасность пациентов включает не только предотвращение ошибок, но и создание безопасной организационной среды, где

каждый сотрудник вовлечен в процесс защиты пациента от возможного вреда. В контексте медицинских сестер это особенно важно, так как именно они проводят наибольшее количество времени с пациентом, первыми замечают изменения в его состоянии и становятся основным звеном в системе раннего выявления рисков.

Вторая часть посвящена практическим аспектам, поскольку именно на уровне ежедневной работы медицинской сестры проявляются реальные риски и возможности для улучшения. В ней выделяются три важнейших направления: работа с медицинскими инцидентами, которые служат источником анализа и обучения для сестринского персонала; кадровая обеспеченность и рабочая нагрузка, напрямую влияющие на качество и безопасность ухода; а также коммуникация и сотрудничество в мультидисциплинарной команде, где медсестра играет ключевую роль в передаче информации и координации ухода. В практике медсестер это предполагает применение чек-листов, точное соблюдение протоколов, использование безопасных методов передачи информации (например, по модели SBAR) и своевременное сообщение о «почти ошибках» для предотвращения более серьезных последствий [28, р. 4-458; 176].

Формирование устойчивой культуры «безопасность прежде всего» требует от сестринского персонала не только клинической компетентности, но и способности к управлению, инициативности, стратегическому мышлению и поддержке команды. Эффективное сестринское лидерство способствует внедрению инноваций, координации действий между профессиональными группами и согласованному принятию решений на всех уровнях системы здравоохранения [3]. Именно поэтому третья часть рекомендаций фокусируется на системном уровне развития культуры безопасности, где ключевыми факторами выступают роль руководства, клинических лидеров и организация процессов постоянного обучения. Медицинские сестры в этой системе рассматриваются не только как исполнители, но и как активные участники улучшений: они могут инициировать сообщения об инцидентах, участвовать в обучающих программах, предлагать изменения в алгоритмах ухода и внедрять элементы культуры безопасности в свою повседневную деятельность. Поддержка со стороны старших медсестер и клинических лидеров помогает закрепить у сестринского персонала уверенность в том, что сообщение об ошибке не приведет к наказанию, а будет воспринято как вклад в общее улучшение. Таким образом, структура рекомендаций охватывает все уровни, а именно от базовых принципов и индивидуальной практики до системного управления, делая акцент на ключевой роли медицинских сестер в формировании и поддержании культуры безопасности пациентов.

Регистрация и системное отслеживание медицинских инцидентов составляют фундамент культуры безопасности пациентов. Для этого медицинские сестры должны владеть международной классификацией событий, предложенной ВОЗ (ICPS), AHRQ и JCI, в рамках которой выделяются такие типы, как «почти ошибка» (near miss, good catch), «инцидент без вреда» (no-harm incident) и «инцидент с негативными последствиями» (harmful incident).

Независимо от исхода, причинен ли вред пациенту или событие удалось предотвратить, каждое происшествие подлежит обязательной фиксации [3; 28, p. 4-458].

Для учета используется система отчетности, охватывающая весь цикл: выявление инцидента, заполнение формы (бумажной или электронной, включая современные технологии с QR-кодами), анализ причин и выработка мер улучшения. Особое значение имеет оценка риска, включающая определение вероятности и потенциальной тяжести последствий. Такой подход позволяет рассматривать даже «почти ошибки» как ценные индикаторы для предупреждения более серьезных событий.

В методических рекомендациях подробно описываются практические инструменты по анализу причин и разработке улучшений, которые являются важнейшей частью работы с медицинскими инцидентами. В практике сестринского дела применяются методы Root Cause Analysis (RCA) и его расширенный вариант RCA² (Root Cause Analysis Squared), которые ориентированы на поиск системных причин, а не на поиск виновных лиц [176]. Ключевым результатом такого анализа всегда становятся конкретные корректирующие меры, направленные на устранение выявленных уязвимостей.

Для проведения RCA медсестры и команда могут использовать специальные инструменты: метод «5 Почему?», позволяющий пошагово выявить корневую причину проблемы, и диаграмму Исикавы (Fishbone diagram), которая структурирует факторы по категориям и помогает выявить ключевые узкие места. В RCA² применяется также «Иерархия действий» (Action Hierarchy), где меры различаются по силе: сильные (системные и технические изменения), промежуточные (процедуры, дублирование действий, организационные корректировки) и слабые (обучение персонала, напоминания, инструктажи) [33; 176; 178].

Результаты анализа фиксируются в плане корректирующих мероприятий, где четко обозначается, кто отвечает за выполнение, что конкретно нужно сделать, в какой срок, какая форма завершения ожидается, и к какой категории по силе относится мера. Важным условием является совместный разбор инцидентов с участием сестринского персонала, а также регулярный мониторинг соблюдения новых правил и анализ нарушений. Такой системный и командный подход обеспечивает устойчивое снижение рисков и укрепляет культуру безопасности пациентов.

Дефицит медсестринского персонала напрямую повышает риски для безопасности пациентов: перегрузка ведет к ошибкам, выгоранию и снижению качества ухода. Эффективное распределение обязанностей по навыкам и удержание опытных сотрудников важнее, чем постоянный набор новых, поскольку это обеспечивает стабильность и безопасность. Поддерживающая среда и наставничество помогают новичкам быстрее адаптироваться, снижая стресс и ошибки. Международные стандарты JCI указывают, что решающее значение имеет не только численность, но и компетентность персонала, подтверждение квалификации, система обучения и участие в программах

качества [28, р. 4-458].

В методических рекомендациях представлены ключевые инструменты развития культуры безопасности в контексте кадровой обеспеченности и рабочей нагрузки медицинской сестры. К ним относятся мониторинг профессиональной компетентности, оптимизация нагрузки, наставничество и адаптация новых сотрудников, непрерывное обучение, участие в программах качества, кадровая политика, ориентированная на удержание персонала, а также гибкие формы организации труда, включая использование пула «плавающих» («floating») медсестер [179-181].

Исходя из вышеизложенного, можно заключить, что безопасность пациентов обеспечивается не только достаточным количеством медсестер, но и уровнем их компетентности, рациональным распределением нагрузки, эффективной системой адаптации и профессионального развития, а также гибкими моделями организации работы.

Безопасность пациентов в медицинской организации начинается с доверия и открытого общения между сотрудниками, где каждый может сообщить о проблеме без страха осуждения, что помогает своевременно выявлять риски и предотвращать ошибки [1; 3]. Культура безопасности основана на сотрудничестве и обсуждении ошибок как возможности для обучения, а не поиска виновных [28, р. 4-458].

Для ее поддержания важны простые и практичные инструменты, встроенные в повседневную работу медсестер: чек-листы и стандартизированные процедуры, снижают риск ошибок, а структурированные форматы передачи информации (SBAR, ISBAR3) и bedside shift report помогают обеспечить четкую коммуникацию, преемственность ухода и вовлечение пациента в процесс лечения [28, р. 4-458; 176; 178, р. 4-270; 179; 182].

Существенным инструментом является своевременное и полное документирование сестринской деятельности, обеспечивающее юридическую защиту и точность передачи клинической информации. Для повышения информированности и приверженности лечению применяется методика «Ask Me 3®», стимулирующая пациента задавать три ключевых вопроса о своей проблеме, действиях и их значении, а медсестру – давать ясные ответы простыми словами. Еще одним важным практическим инструментом являются ежедневные короткие совещания по безопасности (Huddles), которые позволяют персоналу оперативно обмениваться актуальной информацией, выявлять риски и координировать действия команды [176].

В разделе «Роль руководства и клинических лидеров в поддержке и развитии культуры безопасности пациентов» раскрывается важность сестринского лидерства и вовлеченности руководителей в построение прочной культуры безопасности. Подчеркивается, что медсестрам важны не только клинические знания, но и лидерские навыки – координация работы, поддержка коллег и участие в улучшении качества помощи, чему способствуют обучение, наставничество и междисциплинарное сотрудничество [3]. Также рассматривается концепция «справедливой культуры» (Just culture), где ошибки

анализируются без наказаний, а внимание уделяется системным причинам, и отмечается необходимость поддержки медицинских работников, переживающих последствия инцидентов («вторая жертва», «Second Victim») [3; 183].

К ключевым направлениям работы относятся развитие доверительной командной среды и межпрофессионального сотрудничества, обучение лидерству и участие медсестер в проектах по безопасности и улучшению качества [177]. Важны также улучшение условий труда, профилактика выгорания, открытая обратная связь с руководством, развитие поддерживающего лидерства и внедрение систем помощи медицинским работникам, пережившим инциденты («вторая жертва») [184]. Таким образом, в данной главе подчеркивается, что лидерство медсестер, поддержка руководства и формирование справедливой культуры ошибок создают условия, при которых безопасность пациентов становится частью командной ответственности и повседневной практики.

Кроме того, безопасность пациентов обеспечивается не только правилами, но и способностью организации учиться на опыте, выявлять риски, анализировать ошибки и предотвращать их повторение. Для этого применяются принципы организационного обучения – открытая среда без страха наказания, анализ корневых причин, обмен знаниями и постоянный цикл улучшений [176]. Практическими инструментами являются метод разработки надежных процессов, блок-схемы для анализа и оптимизации процессов ухода, а также FMEA – анализ потенциальных ошибок и их последствий. Эти подходы помогают выявлять риски, предотвращать ошибки и повышать качество сестринского ухода.

Таким образом, разработанные методические рекомендации отражают ключевые аспекты организации работы по обеспечению безопасности пациентов в условиях медицинских организаций Республики Казахстан. В них акцентировано внимание на теоретических основах культуры безопасности, практических инструментах ее развития и механизмах системной поддержки, что позволяет использовать рекомендации как в ежедневной работе медицинских сестер, так и в образовательных и управленческих целях.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Безопасность пациентов является одной из ключевых проблем глобального здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, примерно каждый десятый пациент получает вред при оказании медицинской помощи. В этой связи вопросам безопасности пациентов уделяется значительное внимание на международном уровне, включая принятие резолюции WHA72.6 «Глобальные действия в области безопасности пациентов» и учреждение Всемирного дня безопасности пациентов. Важную роль в обеспечении безопасности пациентов играет культура безопасности, формирование которой во многом зависит от деятельности медицинских сестер как непосредственных участников процесса оказания медицинской помощи.

Целью нашего исследования была комплексная оценка текущего состояния культуры безопасности пациентов среди специалистов сестринского дела в аккредитованных по международным стандартам медицинских организациях с целью разработки рекомендаций по ее улучшению. Исследование было направлено на комплексное изучение культуры безопасности пациентов в сестринской практике и анализ влияния рабочей среды медицинских сестер на формирование безопасных клинических практик в медицинских организациях, аккредитованных по международным стандартам. Использование смешанного дизайна, включающего анализ данных системы регистрации инцидентов, стандартизированные опросники и качественные методы, позволило рассмотреть культуру безопасности пациентов как многомерное явление, объединяющее организационные процессы, профессиональные установки и повседневные практики сестринского ухода.

Результаты исследования показали, что в изучаемых медицинских организациях функционирует система регистрации медицинских инцидентов, являющаяся важным элементом инфраструктуры культуры безопасности пациентов. Анализ структуры зарегистрированных инцидентов показал, что значительная часть рисков в сестринской практике связана с системными условиями оказания медицинской помощи.

Оценка культуры безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинских сестер показала средний уровень. Специалисты сестринского дела воспринимают рабочую среду как благоприятную и поддерживающую безопасность. Высокие оценки получили компоненты, связанные с командной работой, коммуникацией и обучающей направленностью реакции на ошибки. Это свидетельствует о наличии в организациях элементов поддерживающей и ориентированной на развитие профессиональной среды.

Вместе с тем, несмотря на наличие системы отчетности о неблагоприятных событиях, готовность персонала сообщать об инцидентах остается ограниченной из-за страха дисциплинарных санкций, профессиональной дискредитации и ухудшения отношений в коллективе, что также снижает регистрацию «почти ошибок» и ограничивает возможности профилактики рисков. При этом выявлен разрыв между положительной оценкой рабочей среды и низкой активностью сотрудников в системе отчетности, что указывает на недостаточное

формирование практических поведенческих механизмов культуры безопасности. Рабочая среда сестринской практики в целом воспринимается как поддерживающая безопасность ухода благодаря командному взаимодействию и управленческой поддержке, однако дефицит кадров, ограниченные ресурсы и проблемы с организацией непрерывности ухода остаются факторами риска.

Исследование показало наличие устойчивой связи между характеристиками рабочей среды сестринской практики и уровнем культуры безопасности пациентов. Установлено, что ключевое влияние оказывают организационные факторы, управленческое лидерство, участие медицинских сестер в управлении, поддержка профессиональной автономии и обеспеченность ресурсами, тогда как индивидуальные социально-демографические характеристики персонала имеют меньшее значение. Это свидетельствует о том, что уровень культуры безопасности в большей степени определяется организационными условиями и управленческими решениями.

Качественный анализ позволил углубить понимание количественных результатов и продемонстрировал, что медицинские сестры воспринимают культуру безопасности как часть своей профессиональной идентичности и ежедневной практики. Безопасность пациентов в их представлении формируется через командное взаимодействие, уважительную коммуникацию, соблюдение стандартов и активную позицию сестринского персонала в выявлении рисков. Одновременно выявлены барьеры, связанные с кадровым дефицитом, профессиональной перегрузкой, эмоциональным выгоранием и недостаточной прозрачностью управленческих реакций на инциденты.

Результаты исследования показывают, что психологическое состояние медицинских сестер и поддержка со стороны руководства связаны с уровнем безопасности пациентов. Эмоциональное истощение и высокая рабочая нагрузка могут снижать способность персонала поддерживать необходимое внимание и соблюдать стандарты ухода, тогда как поддерживающая рабочая среда и конструктивное руководство способствуют более устойчивому соблюдению требований безопасности. В целом культура безопасности пациентов в сестринской практике формируется под влиянием организационных условий, профессиональной среды и ежедневного взаимодействия персонала, поэтому обеспечение безопасности требует не только регламентов и контроля, но и создания условий, поддерживающих профессиональную деятельность медицинских сестер.

Разработаны научно-обоснованные методические материалы для практикующих медицинских сестер, направленные на формирование знаний и позитивного отношения к культуре безопасности пациентов. Предложенные рекомендации могут способствовать повышению уровня теоретической подготовки медицинских сестер и более глубокому пониманию принципов обеспечения безопасности пациентов в профессиональной деятельности.

Полученные результаты следует рассматривать с учетом ряда ограничений: исследование проводилось в медицинских организациях, аккредитованных по международным стандартам, что ограничивает возможность обобщения выводов на другие учреждения; данные об инцидентах

основаны на системе отчетности и могут отражать практику регистрации, а не фактическую частоту событий. Перспективным направлением дальнейших исследований является проведение продольных и интервенционных исследований, расширение выборки медицинских организаций, а также оценка эффективности внедрения разработанных рекомендаций для повышения культуры безопасности пациентов.

На основании проведенного исследования сделаны следующие **выводы**:

1. Анализ 6696 инцидентов, добровольно зарегистрированных с 2021 по 2023 годы, показал, что медсестры вовлечены в систему внутреннего контроля качества и безопасности медицинской помощи. Всего было выявлено 23 типа различных инцидентов, в соответствии с Международной классификацией инцидентов безопасности пациентов (ICPS). Чаще фиксировались инциденты, связанные с нарушением внутреннего распорядка ($n=757$, 11,31%), техническими сбоями ($n=737$, 11,01%) и проблемами госпитализации ($n=695$, 10,38%), что указывает на сформированную практику регистрации организационно-технических событий. При этом доля «почти ошибок» составила 664 случая (9,92%).

2. Оценка культуры безопасности пациентов показала средний уровень – 73,5%. Высокий уровень культуры безопасности пациентов были в измерениях «Коммуникация по поводу ошибок» 90,3% ($Me = 4,00$; $IQR = 4,00–4,33$), «Командная работа» 83,4% ($Me = 4,00$; $IQR = 3,67–4,33$), «Организационное обучение – постоянное совершенствование» 81,1% ($Me = 4,00$; $IQR = 3,67–4,00$). Слабыми сторонами явились «Обеспеченность кадрами и темп работы» 59,4% ($Me = 3,50$; $IQR = 3,00–3,75$), «Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов» 52,1% ($Me = 3,50$; $IQR = 3,00–4,00$). Выявлена статистически значимая положительная корреляция между всеми пятью подшкалами шкалы PES-NWI и суммарным баллом по шкале HSOPSC 2.0 ($p<0,001$). По данным бинарного логистического регрессионного анализа статистически значимый предиктор, ассоциированный с высоким уровнем культуры безопасности пациентов – условия сестринской практики, измеренные интегральным показателем PES-NWI ($OR=8,66$; 95% ДИ: 3,79-19,79; $p<0,001$).

3. Качественный контент-анализ 26 полуструктурированных интервью позволил выделить 1016 единиц кодирования, соответствующих 419 уникальным кодам. В процессе тематической категоризации коды были сгруппированы в 22 подкатегории, которые далее интегрированы в 6 ключевых категорий, отражающих восприятие и профессиональный опыт участников в контексте формирования культуры безопасности пациентов. Выделенные категории интерпретированы как факторы, влияющие на культуру безопасности пациентов на организационном, групповом и индивидуальном уровнях и проявляющиеся как способствующие либо препятствующие ее развитию: (1) управление инцидентами и практики обеспечения безопасности; (2) организационно-управленческие аспекты; (3) эмоциональное выгорание и профессиональная перегрузка; (4) командная работа и коммуникация; (5) кадровый потенциал и непрерывное профессиональное развитие; (6) пациентоориентированный подход.

4. Разработанные научно-обоснованные методические материалы для практикующих медицинских сестер направлены на совершенствование профессиональных знаний и позитивного отношения к культуре безопасности пациентов в процессе их образовательной и практической деятельности. Предложенные методические рекомендации способствуют повышению уровня теоретической подготовки и углубленному пониманию основных принципов культуры безопасности пациентов. Эффективность данных инструментов требует дальнейшего подтверждения в рамках более масштабных исследований.

Практические рекомендации:

1. Рекомендуется внедрить современную систему менеджмента сестринской службы в медицинских организациях Республики Казахстан с адаптацией лучших практик ведущих национальных медицинских центров, имеющих международную и национальную аккредитацию, направленную на формирование культуры безопасности пациентов.

2. Рекомендуется внедрить регулярные обучающие мероприятия для специалистов сестринского дела, направленные на формирование и укрепление культуры безопасности пациентов. При разработке образовательных программ особое внимание следует уделять вопросам предупреждения медицинских ошибок, а также развитию открытой, поддерживающей и некарательной профессиональной среды.

3. Рекомендуется разработать и внедрить образовательную программу для руководителей специалистов сестринского дела (главных и старших медицинских сестер), направленную на развитие управленческих и коммуникативных компетенций.

4. Необходимо уделять приоритетное внимание созданию и поддержанию благоприятной рабочей среды для специалистов сестринского дела, как одному из ключевых условий формирования культуры безопасности пациентов.

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Global patient safety action plan 2021–2030: Towards eliminating avoidable harm in health care / World Health Organization // <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety>. 20.09.2025.
- 2 Seventy-second World Health Assembly. Resolution WHA72.6 Global action on patient safety / World Health Assembly // <https://www.who.int/teams>. 30.08.2025.
- 3 Global patient safety report 2024 / World Health Organization // <https://www.who.int/publications/i/item/9789240095458>. 24.09.2025.
- 4 Sorra J.S., Dyer N. Multilevel psychometric properties of the AHRQ hospital survey on patient safety culture // BMC Health Services Research. – 2010. – Vol. 10, №1. – P. 199.
- 5 Kohn L.T., Corrigan J.M., Donaldson M.S. et al. To err is human: building a safer health system / – Washington (DC), 2000. – 312 p.
- 6 Glarcher M., Vaismoradi M. A systematic integrative review of specialized nurses' role to establish a culture of patient safety: A modelling perspective // Journal of Advanced Nursing. – 2025. – Vol. 81, №9. – P. 5248-5263.
- 7 Vaismoradi M., Tella S., Logan P.A. et al. Nurses' adherence to patient safety principles: a systematic review // International Journal of Environmental Research and Public Health. – 2020. – Vol. 17, №6. – P. 2028.
- 8 World Health Organization. State of the world's nursing 2025: Investing in education, jobs, leadership and service delivery. Geneva: World Health Organization, 2025.
- 9 Alrasheadi B.A., Alamri M.S., Aljohani K.A. et al. Nurses' perception of safety culture in medical-surgical units in hospitals in Saudi Arabia // Medicina (Kaunas). – 2022. – Vol. 58, №7. – P. 897.
- 10 Donabedian A. Evaluating the quality of medical care // Milbank Quarterly. – 2005. – Vol. 83, №4. – P. 691-729.
- 11 Alanzi H.R. Critical care nurses' perception towards patient safety culture and practices: a descriptive study // American Journal of Nursing Research. – 2022. – Vol. 10, №3. – P. 90-97.
- 12 Granel N., Manresa-Domínguez J.M., Watson C.E. et al. Nurses' perceptions of patient safety culture: a mixed-methods study // BMC Health Services Research. – 2020. – Vol. 20, №1. – P. 584.
- 13 Brás C. P. C., Ferreira M. M. C., Figueiredo M. C. A. B. et al. Patient safety culture in nurses' clinical practice // Revista Latino-Americana de Enfermagem. – 2023. – Vol. 31. – P. e3837.
- 14 Eltaybani S., Abdelwareth M., Abou-Zeid N. A. et al. Recommendations to prevent nursing errors: content analysis of semi-structured interviews with intensive care unit nurses in a developing country // Journal of Nursing Management. – 2020. – Vol. 28, №3. – P. 690-698.
- 15 Eltaybani S., Mohamed N., Abdelwareth M. Nature of nursing errors and their contributing factors in intensive care units // Nursing in Critical Care. – 2019. – Vol. 24, №1. – P. 47–54.
- 16 Ghezeljeh T.N., Gharasoflo S., Haghani Sh. The relationship between missed

nursing care and teamwork in emergency nurses: a predictive correlational study // Nursing Practice Today. – 2021. – Vol. 8, №2. – P. 103-112.

17 Chegini Z., Jafari-Koshki T., Kheiri M. et al. Missed nursing care and related factors in Iranian hospitals: a cross-sectional survey // Journal of Nursing Management. – 2020. – Vol. 28. – P. 2205-2215.

18 Vaismoradi M., Amaniyan S., Jordan S. Patient safety and pro re nata prescription and administration: a systematic review // Pharmacy. – 2018. – Vol. 6, №3. – P. 95.

19 Hussein M., Pavlova M., Ghalwash M. et al. The impact of hospital accreditation on the quality of healthcare: a systematic literature review // BMC Health Services Research. – 2021. – Vol. 21. – P. 1057.

20 Tiittanen H., Heikkilä J., Baigozhina Z. Development of management structures for future nursing services in the Republic of Kazakhstan requires change of organizational culture // J of Nursing Management. – 2021. – Vol. 29. – P. 2565-2572.

21 Sydykova B., Smailova D., Khismetova Z. et al. Enhancing nursing documentation in Kazakhstan: assessing utilization and standardization for improving patient care // Frontiers in Public Health. – 2025. – Vol. 13. – P. 1722480.

22 Aimoldina K., Nurgaliyeva N., Derbissalina G. et al. Assessing patient safety culture in nursing practice in Kazakhstani healthcare institutions: a cross-sectional study // International Nursing Review. – 2025. – Vol. 72. – P. e70005.

23 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил аккредитации в области здравоохранения: утв. 22 декабря 2020 года, №21852 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/>. 31.08.2025.

24 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360> 31.08.2025.

25 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении правил определения случаев (событий) медицинского инцидента, их учета и анализа: утв. 22 октября 2020 года, № ҚР ДСМ-147/2020 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2000021511> 28.08.2025.

26 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Правил страхования профессиональной ответственности медицинских работников: утв. 24 июля 2024 года, №58 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V2400034803/info> 24.08.2025.

27 Joint Commission International Accreditation // <https://www.jointcommission.org/en/accreditation> 28.05.2025.

28 Joint Commission International. Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals: 8-е изд. – Oakbrook Terrace: Joint Commission Resources, 2024. – 460 p.

29 Tsigengagel O. и др. The public's views on responsibility for medical errors in the Republic of Kazakhstan // European Journal of Public Health. – 2021. – Vol. 31, Suppl. 3. – P. ckab165.445.

30 Mussakhanova A., Omarova S., Baibussinova A. Assessment of Safety Culture in a Medical Organization and Impact of Safety Culture Measures on Incident Reporting // Journal of Health Development. – 2023. – Vol. 50. – P. 60-71.

- 31 Safety culture in nuclear installations: guidance for use in the enhancement of safety culture / International Atomic Energy Agency // https://www-pub.iaea.org/MTCD/Publications/PDF/te_1329_web.pdf. 25.12.2025.
- 32 Flin R., Burns C., Mearns K. et al. Measuring safety climate in health care // *BMJ Quality & Safety*. – 2006. – Vol. 15. – P. 109-115.
- 33 What Is Patient Safety Culture? / Agency for Healthcare Research and Quality // <https://www.ahrq.gov/sops/about/patient-safety-culture.html>. 23.04.2025.
- 34 Hodkinson A., Tyler N., Ashcroft D.M. et al. Preventable medication harm across health care settings: a systematic review and meta-analysis // *BMC Medicine*. – 2020. – Vol. 18. – P. 313.
- 35 Patient safety rights charter / World Health Organization // <https://www.who.int/publications/i/item/9789240093249>. 31.08.2025.
- 36 Update from the Seventy-fourth World Health Assembly – 28 May 2021 / World Health Organization // <https://www.who.int/news/item>. 31.08.2025.
- 37 Crossing the global quality chasm: improving health care worldwide / National Academies of Sciences et al. – Washington (DC), 2018. – 334 p.
- 38 Slawomirski L., Klazinga N. The economics of patient safety: From analysis to action: working pap. – Paris: OECD Publishing, 2022. – №145. – 74 p.
- 39 Panagioti M., Khan K., Keers R.N. et al. Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis // *BMJ*. – 2019. – Vol. 366. – P. 14185.
- 40 Bisbey T.M., Kilcullen M.P., Thomas E.J. et al. Safety culture: an integration of existing models and a framework for understanding its development // *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*. – 2021. – Vol. 63, №1. – P. 88-110.
- 41 Kilcullen M.P., Bisbey T.M., Ottosen M.J. et al. The safer culture framework: an application to healthcare based on a multi-industry review of safety culture literature // *Human Factors: The Journal of the Human Factors and Ergonomics Society*. – 2022. – Vol. 64, №1. – P. 207-227.
- 42 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций: утв. 5 ноября 2021 года, №КР ДСМ-111 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/>. 25.08.2025.
- 43 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. О внесении изменения и дополнения в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 2 октября 2012 года №676 «Об утверждении стандартов аккредитации медицинских организаций»: утв. 5 июня 2018 года, №325 // https://online.zakon.kz/Document/?doc_id=34123759 25.08.2025.
- 44 Brubakk K., Vist G.E., Bukholm G. et al. A systematic review of hospital accreditation: the challenges of measuring complex intervention effects // *BMC Health Services Research*. – 2015. – Vol. 15. – P. 1-10.
- 45 Al-Qatawneh L. Framework for establishing records control in hospitals as an ISO 9001 requirement // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. – 2017. – Vol. 30, №1. – P. 37-42.
- 46 Hemphill T.A., Kelley K.J. Socially responsible global supply chains: the human rights promise of shared responsibility and ISO 45001 // *Journal of Global*

Responsibility. – 2016. – Vol. 7, №2. – P. 163-180.

47 Sidjabat F.M., Habibah R., Pasaribu M. Comparative analysis of quality and environmental management strategic implementation in cement industry // MITL Media Ilmiah Teknik Lingkungan. – 2019. – Vol. 4, № 2. – P. 58-70.

48 Miller S., Jayaram J., Xu K. Obtaining global certification: analysis of ownership structures and TQM commitment in emerging markets by adapting the theory of planned behavior // International Journal of Operations & Production Management. – 2018. – Vol. 38, №4. – P. 957-978.

49 Zaitoun R.A., Said N.B., de Tantillo L. Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: a systematic review // BMC Nursing. – 2023. – Vol. 22. – P. 173.

50 Mihdawi M., Al-Amer R., Darwish R. et al. The influence of nursing work environment on patient safety // Workplace Health & Safety. – 2020. – Vol. 68, №8. – P. 384-390.

51 Seo J.-K., Lee S.E. Mediating roles of patient safety knowledge and motivation in the relationship between safety climate and nurses' patient safety behaviors: a structural equation modeling analysis // BMC Nursing. – 2022. – Vol. 21. – P. 335.

52 Gamal Attia A., Saeed Ahmed E., Moustafa Safan S. Nurses' application of international patient safety goals at accredited and non-accredited hospitals // Journal of Nursing Science Benha University. – 2021. – Vol. 2, №2. – P. 129-142.

53 WHO Surgical Safety Checklist. Tool and Resources / World Health Organization // <https://www.who.int/teams/integrated-health-services>. 28.09.2025.

54 Medication without harm / World Health Organization. – Geneva, 2023. – 36 p.

55 World Alliance for Patient Safety / World Health Organization // <https://www.who.int/news/item/27-10-2004-world-alliance-for-patient>. 28.09.2025.

56 Safrullah S., Bashir A. Analysis of nurse perception factors on compliance implementing patient safety standards in emergency installations and intensive care unit // KESANS: Int. J. of Health and Science. – 2022. – Vol. 2, №1. – P. 20-27.

57 Khater W.A., Akhu-Zaheya L.M., Al-Mahasneh S.I. et al. Patient safety culture // International Nursing Review. – 2015. – Vol. 62. – P. 82-91.

58 Zhao S., Liang Q., Tao H. et al. Transition shock among nursing interns and its relationship with patient safety attitudes, professional identity and climate of caring: a cross-sectional study // BMC Nursing. – 2024. – Vol. 23. – P. 64.

59 Cho I. Frameworks for evaluating the impact of safety technology use // Healthcare Informatics Research. – 2023. – Vol. 29, №2. – P. 89-92.

60 Al-Sayedahmed H., Al-Tawfiq J., Al-Dossary B. et al. Impact of accreditation certification on improving healthcare quality and patient safety at Johns Hopkins Aramco Healthcare // Global Journal on Quality and Safety in Healthcare. – 2021. – Vol. 4. – P. 117-122.

61 Al-Sayedahmed H., Al-Qaaneh A., Al-Tawfiq J. et al. Perception of health care professionals toward hospital accreditation at Johns Hopkins Aramco Healthcare // Quality Management in Healthcare. – 2023. – Vol. 32, №4. – P. 238-246.

62 Zhang H., Chiu H.-C., Shi L. et al. The impact of JCI accreditation on the

clinical, operational, and financial performance of Chinese private hospitals // *Journal of Radiology and Clinical Imaging*. – 2023. – Vol. 6, №3. – P. 138-145.

63 Zhang H., Huang S.-T., Bittle M.J. et al. Perceptions of Chinese hospital leaders on Joint Commission International accreditation: a qualitative study // *Frontiers in Public Health*. – 2023. – Vol. 11. – P. 1258600.

64 Inomata T., Mizuno J., Iwagami M. et al. The impact of Joint Commission International accreditation on time periods in the operating room: a retrospective observational study // *PLoS ONE*. – 2018. – Vol. 13, №9. – P. e0204301.

65 Algahtani H., Aldarmahi A., Manlangit J.Jr. et al. Perception of hospital accreditation among health professionals in Saudi Arabia // *Annals of Saudi Medicine*. – 2017. – Vol. 37, №4. – P. 326-332.

66 Nazareth J., Kamath R., Lakshmi R.V. et al. An exploratory study on adherence to Joint Commission International standards on facility management and safety at a tertiary care hospital in Dubai, United Arab Emirates // *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*. – 2023. – Vol. 11(E). – P. 271-275.

67 Hwang Y.S., Lee H.W., Kim E.H., Min P. A Joint Commission International-accredited small-scale clinic: a case report // *Journal of Health Informatics and Statistics*. – 2021. – Vol. 46, №2. – P. 141-146.

68 Bord S. et al. Involvement and skepticism towards the JCI Accreditation process among hospital's four sectors employees: suggestions for cultural change // *Israel Journal of Health Policy Research*. – 2021. – Vol. 10, № 1. – P. 74.

69 Farley D., Zheng H., Rousi E. et al. Field test of the World Health Organization multi-professional patient safety curriculum guide // *PLoS ONE*. – 2015. – Vol. 10, №9. – P. e0138510.

70 Sharma V., Alderton S., McNamara H. et al. A safety checklist for transoesophageal echocardiography from the British Society of Echocardiography and the Association of Cardiothoracic Anaesthetists // *Echo Research and Practice*. – 2015. – Vol. 2. – P. G25-G27.

71 Rainbow J.G., Drake D.A., Steege L.M. Nurse health, work environment, presenteeism and patient safety // *Western J of Nursing Research*. – 2020. – Vol. 42, №5. – P. 332-339.

72 Lake E.T. Development of the practice environment scale of the Nursing Work Index // *Research in Nursing & Health*. – 2002. – Vol. 25, №3. – P. 176-188.

73 Keeping patients safe: transforming the work environment of nurses / ed. by A. Page et al. – Washington, DC: National Academies Press, 2004. – 488 p.

74 Charter: health worker safety: a priority for patient safety / World Health Organization // <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011595>. 04.12.2025.

75 Patient safety / WHO // <https://www.who.int>. 13.12.2025.

76 Dalky A., Oweidat I.A., Abuzaid S.R. et al. Exploring the influence of nurses' demographics and hospital work environment on medical error reporting practices in Jordan: a cross-sectional study // *BMJ Open*. – 2024. – Vol. 14. – P. e087057.

77 Vikan M., Haugen A.S., Bjørnnes A.K. et al. The association between patient safety culture and adverse events: a scoping review // *BMC Health Services Research*. – 2023. – Vol. 23. – P. 300.

78 Janes G., Mills T., Budworth L. et al. The association between health care

staff engagement and patient safety outcomes: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Patient Safety*. – 2021. – Vol. 17, №3. – P. 207-216.

79 Agbar F., Zhang S., Wu Y. et al. Effect of patient safety education interventions on patient safety culture of health care professionals: systematic review and meta-analysis // *Nurse Education in Practice*. – 2023. – Vol. 67. – P. 103565.

80 Wei H., Sewell K.A., Woody G. et al. The state of the science of nurse work environments in the United States: a systematic review // *International Journal of Nursing Sciences*. – 2018. – Vol. 5, №3. – P. 287-300.

81 Membrillo-Pillpe N.J. et al. Association between the nursing practice environment and safety perception with patient safety culture during COVID-19 // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2023. – Vol. 20, №10. – P. 5909.

82 Bekbergenova Z., Baigozhina Z., Umbetzhanova A. et al. The satisfaction of the new competencies and roles of nurses in Kazakhstan // *European Journal of Public Health*. – 2019. – Vol. 29, Suppl. 4. – P. ckz186.400.

83 Umberfield E., Ghaferi A.A., Krein S.L. et al. Using incident reports to assess communication failures and patient outcomes // *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. – 2019. – Vol. 45, №6. – P. 406-413.

84 Kim M.J., Jang S.G., Kim I.S. et al. A study on the status and contributory factors of adverse events due to negligence in nursing care // *Journal of Patient Safety*. – 2021. – Vol. 17, №8. – P. e904-e910.

85 Vaismoradi M., Lillo Crespo M., Turjamaa R. Nurse-led medication management for older people in home care: a systematic review of evolving nurse responsibilities in technology-assisted care // *Home Health Care Management & Practice*. – 2024. – Vol. 37, №2. – P. 140-153.

86 Poghosyan L., Boyd D.R., Clarke S.P. Optimizing full scope of practice for nurse practitioners in primary care: a proposed conceptual model // *Nursing Outlook*. – 2016. – Vol. 64, №2. – P. 146-155.

87 Murray M., Cope V. Leadership: patient safety depends on it! // *Collegian*. – 2021. – Vol. 28, №6. – P. 604-609.

88 Lee M., Lee N.-J., Seo H.-J. et al. Interventions to engage patients and families in patient safety: a systematic review // *Western Journal of Nursing Research*. – 2020. – Vol. 43, №10. – P. 972-983.

89 Shen Z.M., Wang Y.Y., Cai Y.M. et al. Thriving at work as a mediator of the relationship between psychological resilience and the work performance of clinical nurses // *BMC Nursing*. – 2024. – Vol. 23. – P. 194.

90 Rogers A. Promoting health and wellbeing across community nursing teams: role of the specialist practitioner district nurse // *British Journal of Community Nursing*. – 2021. – Vol. 26, №5. – P. 224-227.

91 Eva G.-F., Amo-Setién F., César L.-C. et al. Effectiveness of intervention programs aimed at improving the nursing work environment: a systematic review // *Int. Nurs. Rev.* – 2024. – Vol. 71. – P. 148-159.

92 Quesada-Puga C., Izquierdo-Espin F.J., Membrive-Jiménez M.J. et al. Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: a systematic review and meta-analysis // *Intensive and Crit. Care Nurs.* – 2024. – Vol. 82. –

P. 103660.

93 Dall'Ora C., Griffiths P., Ball J. et al. Association of 12 h shifts and nurses' job satisfaction, burnout and intention to leave: findings from a cross-sectional study of 12 European countries // *BMJ Open*. – 2015. – Vol. 5. – P. e008331.

94 Nejati A., Shepley M., Rodiek S. A review of design and policy interventions to promote nurses' restorative breaks in health care workplaces // *Workplace Health & Safety*. – 2016. – Vol. 64, №2. – P. 70-77.

95 Al Sabei S.D., Labrague L.J., Miner Ross A. et al. Nursing work environment, turnover intention, job burnout, and quality of care: the moderating role of job satisfaction // *Journal of Nursing Scholarship*. – 2020. – Vol. 52. – P. 95-104.

96 Chemali S., Mari-Sáez A., El Bcheraoui C. et al. Health care workers' experiences during the COVID-19 pandemic: a scoping review // *Human Resources for Health*. – 2022. – Vol. 20. – P. 27.

97 Majrabi M. Nurses burnout, resilience and its association with safety culture: a cross-sectional study // *Open J. of Nurs.* – 2022. – Vol. 12, №1. – P. 70-102.

98 Johansen M.L. et al. Exploration of the meaning of healthy work environment for nurses // *Nurse Leader*. – 2021. – Vol. 19, №4. – P. 383–389.

99 Liu J., Zheng J., Liu K. et al. Relationship between work environments, nurse outcomes, and quality of care in ICUs: mediating role of nursing care left undone // *Journal of Nursing Care Quality*. – 2019. – Vol. 34, №3. – P. 250-255.

100 Ribeiro O.M.P.L., de Lima Trindade L., da Rocha C.G. et al. Scale for the environments evaluation of professional nursing practice-shortened version: psychometric evaluation // *Int. J. of Nurs. Pract.* – 2024. – Vol. 30, №6. – P. e13291.

101 Donley J. The impact of work environment on job satisfaction: pre-COVID research to inform the future // *Nurse Leader*. – 2021. – Vol. 19, №6. – P. 585-589.

102 Manning J., Jones N. Improving healthy work environments through specialty nursing professional development // *Journal of Radiology Nursing*. – 2021. – Vol. 40, №3. – P. 241-245.

103 Al Sabei S.D., AbuAlRub R., Labrague L.J. et al. The impact of perceived nurses' work environment, teamness, and staffing levels on nurse-reported adverse patient events in Oman // *Nursing Forum*. – 2021. – Vol. 56. – P. 897-904.

104 Soheili M., Taleghani F., Jokar F. et al. Oncology nurses' needs respecting healthy work environment in Iran: a descriptive exploratory study // *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. – 2021. – Vol. 8, №2. – P. 188-196.

105 Lopes R.P., Oliveira R.M., Gomes M.S.B. et al. Professional practice environment and nursing work stress in neonatal units // *Revista da Escola de Enfermagem da USP*. – 2021. – Vol. 55. – P. e20200539.

106 Sarıköse S., Göktepe N. Effects of nurses' individual, professional and work environment characteristics on job performance // *Journal of Clinical Nursing*. – 2022. – Vol. 31, №5-6. – P. 633-641.

107 World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to action: WHO/EIP/SPO/QPS/05.3. // <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3>. 23.12.2025.

108 Anderson J.E., Kodate N., Walters R. et al. Can incident reporting improve safety? Healthcare practitioners' views of the effectiveness of incident reporting // *Int.*

J. for Quality in Health Care. – 2013. – Vol. 25, №2. – P. 141-150.

109 Hammoudi B.M., Ismaile S., Abu Yahya O. Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2018. – Vol. 32, №3. – P. 1038-1046.

110 Woo M.W.J., Avery M.J. Nurses' experiences in voluntary error reporting: an integrative literature review // *International Journal of Nursing Sciences*. – 2021. – Vol. 8, №4. – P. 453-469.

111 Chiang H.-Y., Lee H.-F., Lin S.-Y. et al. Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses // *Journal of Nursing Management*. – 2019. – Vol. 27. – P. 806-814.

112 Perneger T.V. The Swiss cheese model of safety incidents: are there holes in the metaphor? // *BMC health services research*. – 2005. – Vol. 5. – P. 71.

113 Saragih S., Debora T., Ginting L.B. Relationship of the nurse's work environment with patient safety at Sejati Medan Partner General Hospital // *Science Midwifery*. – 2022. – Vol. 10, №3. – P. 2438-2442.

114 Lima M.M.S., Rocha F.G.S., Fernandes C.S. et al. Patient safety in hemodialysis clinics: perception of the nursing team // *Revista Gaúcha de Enfermagem*. – 2023. – Vol. 44. – P. e20230022.

115 Bianchi M., Bressan V., Cadorin L. et al. Patient safety competencies in undergraduate nursing students: a rapid evidence assessment // *Journal of Advanced Nursing*. – 2016. – Vol. 72, №12. – P. 2966-2979.

116 Palojoki S., Saranto K., Reponen E. et al. Classification of electronic health record-related patient safety incidents: development and validation study // *JMIR Medical Informatics*. – 2021. – Vol. 9, №8. – P. e30470.

117 Šimec M., Krsnik S., Erjavec K. Assessment of nurses' communication with department and hospital management in implementation of integrated clinical pathways in Slovenia // *Nursing in the 21st Century*. – 2022. – Vol. 21, №3(80). – P. 138-142.

118 Purchase T., Cooper A., Price D. et al. Analysis of applying a patient safety taxonomy to patient and clinician-reported incident reports during the COVID-19 pandemic: a mixed methods study // *BMC Medical Research Methodology*. – 2023. – Vol. 23. – P. 234.

119 Torres-Manrique B., Nolasco-Bonmatí A., Maciá-Soler L. et al. Cultural analysis of surgical safety checklist items in Spain and Argentina // *Revista Gaúcha de Enfermagem*. – 2016. – Vol. 37, №3. – P. e56359.

120 Hung C.-C., Chu T.-P., Lee B.-O. et al. Nurses' attitude and intention of medication administration error reporting // *J of Clinical Nursing*. – 2016. – Vol. 25. – P. 445-453.

121 Rashed A., Hamdan M. Physicians' and nurses' perceptions of and attitudes toward incident reporting in Palestinian hospitals // *Journal of Patient Safety*. – 2019. – Vol. 15, №3. – P. 212-217.

122 Choi E.Y., Pyo J., Ock M., Lee S.-I. Nurses' perceptions regarding disclosure of patient safety incidents in Korea: a qualitative study // *Asian Nursing Research*. – 2019. – Vol. 13, №3. – P. 200-208.

123 Hewitt T., Chreim S., Forster A. Sociocultural factors influencing incident

reporting among physicians and nurses: understanding frames underlying self- and peer-reporting practices // *J of Patient Safety*. – 2017. – Vol. 13, №3. – P. 129-137.

124 Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. Анализ опыта медсестер и факторов, влияющих на добровольное сообщение об инцидентах // *Наука и здравоохранение*. – 2024. – №2(26). – С. 201–221.

125 Atwal A., Phillip M., Moorley C. Senior nurses' perceptions of junior nurses' incident reporting: a qualitative study // *Journal of Nursing Management*. – 2020. – Vol. 28, №6. – P. 1215-1222.

126 Dirik H.F., Samur M., Seren Intepeler S. et al. Nurses' identification and reporting of medication errors // *Journal of Clinical Nursing*. – 2019. – Vol. 28. – P. 931-938.

127 Afolalu O.O., Jordan S., Kyriacos U. Medical error reporting among doctors and nurses in a Nigerian hospital: a cross-sectional survey // *Journal of Nursing Management*. – 2021. – Vol. 29, №5. – P. 1007-1015.

128 Mansouri S.F., Khaleghdoost Mohammadi T., Adib M. et al. Barriers to nurses reporting errors and adverse events // *British J of Nursing*. – 2019. – Vol. 28. – P. 690-695.

129 Rutledge D.N., Retrosi T., Ostrowski G. Barriers to medication error reporting among hospital nurses // *Journal of Clinical Nursing*. – 2018. – Vol. 27, №9-10. – P. 1941-1949.

130 Lee S.E., Dahinten V.S. The enabling, enacting, and elaborating factors of safety culture associated with patient safety: a multilevel analysis // *Journal of Nursing Scholarship*. – 2020. – Vol. 52, №5. – P. 544-552.

131 Lee W., Kim S.Y., Lee S. et al. Barriers to reporting of patient safety incidents in tertiary hospitals: a qualitative study of nurses and resident physicians in South Korea // *International Journal of Health Planning and Management*. – 2018. – Vol. 33. – P. 1178-1188.

132 Yang R., Pepper G.A., Wang H. et al. The mediating role of power distance and face-saving on nurses' fear of medication error reporting: a cross-sectional survey // *International Journal of Nursing Studies*. – 2020. – Vol. 105. – P. 103494.

133 Aljabari S., Kadhim Z. Common barriers to reporting medical errors // *The Scientific World Journal*. – 2021. – Vol. 2021. – P. e6494889.

134 Farag A., Blegen M., Gedney-Lose A. et al. Voluntary medication error reporting by ED nurses: examining the association with work environment and social capital // *Journal of Emergency Nursing*. – 2017. – Vol. 43, №3. – P. 246-254.

135 Ajri-Khameslou M., Aliyari S., Pishgooie A.H. et al. Factors affecting reporting of nursing errors: a qualitative content analysis study // *Annals of Medical and Health Sciences Research*. – 2018. – Vol. 8. – P. 215-219.

136 Koehn A.R., Ebright P.R., Draucker C.B. Nurses' experiences with errors in nursing // *Nursing Outlook*. – 2016. – Vol. 64, №6. – P. 566-574.

137 Soydemir D., Seren Intepeler S., Mert H. Barriers to medical error reporting for physicians and nurses // *Western Journal of Nursing Research*. – 2017. – Vol. 39, №10. – P. 1348-1363.

138 Yung H.-P., Yu S., Chu C. et al. Nurses' attitudes and perceived barriers to the reporting of medication administration errors // *Journal of Nursing Management*. –

2016. – Vol. 24. – P. 580-588.

139 Nasiri T., Bahadori M., Ravangard R. et al. Factors affecting the failure to report medical errors by nurses using the analytical hierarchy process (AHP) // *Hospital Topics*. – 2020. – Vol. 98, №4. – P. 135-144.

140 Qin C., Xie J., Jiang J. et al. Reporting among nurses and its correlation with hospital safety culture // *Journal of Nursing Care Quality*. – 2015. – Vol. 30, №1. – P. 77-83.

141 Afaya A. et al. Improving patient safety through identifying barriers to reporting medication administration errors among nurses: an integrative review // *BMC Health Services Research*. – 2021. – Vol. 21, №1. – P. 1156.

142 Shanks L.C., Chiu S.-H., Zelko M.I. et al. Speaking up to authority in a simulated medication error scenario // *Clinical Simulation in Nursing*. – 2020. – Vol. 45. – P. 28-31.

143 Sorra J., Yount N., Famolaro T. et al. AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Version 2.0: User's Guide. – Rockville (MD), 2021. – 39 p.

144 Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А. Инструменты и ключевые аспекты оценки культуры безопасности пациентов в медицинских организациях // *Наука и здравоохранение*. – 2024. – Т. 26, №4. – С. 238-249.

145 International Use of SOPS / Agency for Healthcare Research and Quality // <https://www.ahrq.gov/sops/international/index.html>. 22.09.2025.

146 Olsen E., Addo S.A.J., Hernes S.S., Christiansen M.H., Haugen A.S., Leonardsen A.C.L. Psychometric properties and criterion related validity of the Norwegian version of hospital survey on patient safety culture 2.0 // *BMC Health Services Research*. – 2024. – Vol. 24, №1. – P. 642.

147 Azyabi A., Karwowski W., Davahli M.R. Assessing patient safety culture in hospital settings // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. – 2021. – Vol. 18, №5. – P. 2466.

148 Benzer J.K., Meterko M., Singer S.J. The patient safety climate in healthcare organizations (PSCHO) survey: short-form development // *Journal of Evaluation in Clinical Practice*. – 2017. – Vol. 23, №4. – P. 853-859.

149 Agnew C., Flin R., Mearns K. Patient safety climate and worker safety behaviours in acute hospitals in Scotland // *J of Safety Research*. – 2013. – Vol. 45. – P. 95-101.

150 Zaheer S., Ginsburg L., Chuang Y.-T. et al. Patient safety climate (PSC) perceptions of frontline staff in acute care hospitals: examining the role of ease of reporting, unit norms of openness, and participative leadership // *Health Care Management Review*. – 2015. – Vol. 40, №1. – P. 13-23.

151 Draganović Š., Offermanns G. Development of the German version of the patient safety climate inventory to the Austrian context // *BMJ Open*. – 2022. – Vol. 12, №2. – P. e049270.

152 Kristensen S., Badsberg J.H., Rischel V. et al. The patient safety climate in Danish hospital units // *Danish Medical Journal*. – 2015. – Vol. 62, №11. – P. A5153.

153 Aouicha W., Tlili M.A., Sahli J. et al. Exploring patient safety culture in emergency departments: a Tunisian perspective // *International Emergency Nursing*. – 2021. – Vol. 54. – P. 100941.

- 154 Fuseini A.-K.J., Teixeira da Costa E.I.M., Matos F.A.S. et al. Patient-safety culture among emergency and critical care nurses in a maternal and child department // *Healthcare*. – 2023. – Vol. 11, №20. – P. 2770.
- 155 Moosavi S., Amerzadeh M., Azmal M. et al. The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: a survey among 360 nurses // *Patient Safety in Surgery*. – 2023. – Vol. 17. – P. 20.
- 156 Elsous A., Akbari Sari A., AlJeesh Y. et al. Nursing perceptions of patient safety climate in the Gaza Strip, Palestine // *International Nursing Review*. – 2017. – Vol. 64. – P. 446-454.
- 157 Kakemam E., Albelbeisi A.H., Davoodabadi S. et al. Patient safety culture in Iranian teaching hospitals: baseline assessment, opportunities for improvement and benchmarking // *BMC Health Services Research*. – 2022. – Vol. 22. – P. 403.
- 158 Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety / World Health Organization // <https://www.who.int/publications/i/item.26.12.2025>.
- 159 Vaismoradi M., Snelgrove S. Theme in qualitative content analysis and thematic analysis // *Qualitative Social Research*. – 2019. – Vol. 20, №3. – P. 23.
- 160 Beaton D.E., Bombardier C., Guillemin F. et al. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // *Spine*. – 2000. – Vol. 25, №24. – P. 3186-3191.
- 161 Polit D.F., Beck C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations // *Research in Nursing & Health*. – 2006. – Vol. 29, №5. – P. 489-497.
- 162 Braun V., Clarke V. Successful qualitative research: a practical guide for beginners. – London: SAGE Publications, 2013. – 400 p.
- 163 Creswell J.W., Poth C.N. Qualitative inquiry and research design: choosing among five approaches. – Ed. 4th. – Thousand Oaks, CA, 2018. – 365 p.
- 164 Gale N.K., Heath G., Cameron E. et al. Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research // *BMC Medical Research Methodology*. – 2013. – Vol. 13. – P. 117.
- 165 Vaismoradi M., Jones J., Turunen H. et al. Theme development in qualitative content analysis and thematic analysis // *Journal of Nursing Education and Practice*. – 2016. – Vol. 6, №5. – P. 100-110.
- 166 Graneheim U.H., Lundman B. Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness // *Nurse Education Today*. – 2004. – Vol. 24, №2. – P. 105-112.
- 167 Lincoln Y.S., Guba E.G. *Naturalistic Inquiry*. – Beverly Hills, CA: Sage Publications, Inc., 1985. – 416 p.
- 168 Finlay L. Negotiating the swamp: the opportunity and challenge of reflexivity in research practice // *Qualitative Res*. – 2002. – Vol. 2, №2. – P. 209-230.
- 169 Pickup L., Redfern N., Plunkett E. et al. Healthcare staff fatigue: the unrecognised risk for patient safety // *Future Healthcare Journal*. – 2025. – Vol. 12, №2. – P. 100250.
- 170 Kumpuvaara K., Jormanainen V., Vainiola T. et al. Medical Device Incident Reports by Professional Users in Finland 2014-2021 // In book: *Advances in Informatics, Management and Technology in Healthcare*. – Thousand Oaks, CA:

SAGE Publications, 2022. – P. 414-417.

171 Salo M. et al. Systematic analysis of adverse incident reports revealed the need for improvements in the neonatal unit // *Acta Paediatrica*. – 2023. – Vol. 112, №11. – P. 2322-2328.

172 Aimoldina K., Salpynov Zh., Kaliyev M. et al. Nurses' and midwives' experiences of the sustainability of evidence-based inpatient postnatal care: an interpretive description // *JBIEvidence Implementation*. – 2025. – Vol. 24, №2. – P. 431-440.

173 Collet P. Using JBI Evidence Summaries as an educational resource in a Foundations of Nursing Practice Course // <https://jbi.global/jbi-ebp>. 12.12.2025.

174 Zhetmecova Z., Logar Č.M., Akhmetova A. et al. D.2.2.5 Recommendations on enhancing evidence-based nursing for the Ministry of Health of Kazakhstan. WP2.2. Efficiency and quality by evidence-based nursing // <https://proinca-nursing.kz/wp-content/uploads/2021/02/5.-ang-rekomendaczii-minzdrav.pdf>. 28.09.2025.

175 Darraj S.T.A., Alajam E.Q.H., Ahmed A.A.A. et al. Improving Patient Outcomes: The Impact of Evidence Based Nursing Practices // *Journal of Population Therapeutics and Clinical Pharmacology*. – 2022. – Vol. 29, №4. – P. 1142-1151.

176.IHI's Patient Safety Essentials Toolkit / Institute for Healthcare Improvement // <https://www.ihl.org/library/tools/patient-safety-essentials>. 20.08.2025.

177 Safety Strategies Every Nurse Leader Needs to Know / ANA Nursing Resources Hub // <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources>. 20.08.2025.

178 Patient safety curriculum guide: multi-professional edition / World Health Organization. – Geneva, 2011. – 272 p.

179 Стратегический план корпоративного фонда University Medical Center на 2024 – 2028 годы / КФ UMC // <https://umc.org.kz/2024/07/11>. 20.08.2025.

180 Fang Y., Shao L., Li C. Construction of float pool nursing management system in multi-campus hospitals // *Chinese Journal of Nursing Education*. – 2025. – Vol. 22, №3. – P. 329-334.

181 O'Connor K., Dugan J.L. Addressing floating and patient safety // *Nursing*. – 2017. – Vol. 47, №2. – P. 57-58.

182 Guide to Patient and Family Engagement in Hospital Quality and Safety // Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). / <https://www.ahrq.gov/research/findings>. 20.08.2025.

183 Li Q., Zhang Y., Gao Z. et al. Barriers and facilitators of nurse second victim of patient safety incident actively to seek support: a qualitative study // *BMC Nursing*. – 2025. – Vol. 24, №1. – P. 848.

184 Mira J.J., Carrillo I., Guilabert M. et al. The second victim phenomenon after a clinical error: the design and evaluation of a website to reduce caregivers' emotional responses after a clinical error // *Journal of Medical Internet Research*. – 2017. – Vol. 19, №6. – P. e203.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Свидетельства об авторском праве

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 64654 от «27» ноября 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
Аймолдина Куралай Жолдыбаевна, Нурғалиева Насихат Какимжановна,
Дербисалина Гульмира Аждадиновна

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0

Дата создания объекта: 18.01.2023

ҚР ҒМ «ҒЫЛЫМДЫҚ ЗИЯТКЕРЛІК МЕН ШІК ИНСТИТУТЫ» ДМҚ
«Национальный институт интеллектуальной собственности» ЖШС

Құжат тегін қолжеткізіледі: <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

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 64655 от «27» ноября 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
Аймолдина Куротай Жолдыбаевна, Нурғалиева Насихат Какимжановна,
Дербисалина Гульмира Ахмадиновна

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін бағалау үшін сауалнама 2.0

Дата создания объекта: 18.01.2023



Құжат тиынұсқалығын <http://www.kazpatent.kz/ru> сайтының
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруге болады <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

С. Ахметов

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 64795 от «1» декабря 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**АЙМОЛДИНА КУРОЛАЙ ЖОЛДЫБАЕВНА, НУРГАЛИЕВА НАСИХАТ КАКИМЖАНОВНА,
ДЕРБИСАЛИНА ГУЛЬМИРА АЖМАДИНОВНА**

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Шкала индекса условий сестринской практики

Дата создания объекта: 18.01.2023



Құжат тұлғасына қатысты <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

А. Артыкова

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

**СВИДЕТЕЛЬСТВО
О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 64801 от «2» декабря 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**АЙМОЛДИНА КУРОЛАЙ ЖОЛДЫБАЕВНА, НУРГАЛИЕВА НАСИХАТ КАКИМЖАНОВНА,
ДЕРБИСАЛИНА ГУЛЬМИРА АЖМАДИНОВНА**

Вид объекта авторского права: произведение литературы

Название объекта: Мейіргерлік тәжірибе шартының индекс шкаласы

Дата создания объекта: 18.01.2023



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

А. Артыкова

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ



РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 65682 от «23» декабря 2025 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
**АЙМОЛДИНА КУРОЛАЙ ЖОЛДЫБАЕВНА, НУРГАШЕВА НАСИХАТ КАКИМЖАНОВНА,
ДЕРЫСАЛЫНА ГУЛЬМИРА АЖМАДИНОВНА**

Вид объекта авторского права: произведение науки

Название объекта: Культура безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинской сестры

Дата создания объекта: 25.09.2025



Копия удостоверения по адресу <http://www.kazpatent.kz/rus> или на сайте
"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 Б

Акты внедрения

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

достижений современной науки и здравоохранения, основанной на принципах доказательной медицины, в клиническую практику
ТОО «Национальный научный онкологический центр» г. Астана

Наименование предложения: Методические рекомендации для практикующих медсестер «Культура безопасности пациентов в профессиональной деятельности медицинской сестры»

Работа включена из диссертации: «Оценка культуры безопасности пациентов в профессиональной деятельности специалистов сестринского дела»; внедрена в инициативном порядке.

Форма внедрения:

Проведение обучающего семинара для специалистов сестринского дела по вопросам формирования и развития культуры безопасности пациентов в ТОО «Национальный научный онкологический центр».

Ответственный за внедрение и исполнители: Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К., Дербисалина Г.А.

Эффективность внедрения:

Повышение уровня компетентности специалистов сестринского дела в области культуры безопасности пациентов, снижение количества неблагоприятных событий, связанных с нарушением стандартов безопасности, оптимизация ресурсов за счёт профилактики ошибок и осложнений, а также развитие академических подходов и внедрение принципов доказательной медицины в клиническую практику сестринского дела.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендовать дальнейшее распространение и адаптацию методических рекомендаций в медицинских организациях, а также использование материалов в обучение медицинских сестер для формирования единого подхода к культуре безопасности пациентов.

Сроки внедрения: 4 квартал 2025

Председатель комиссии:

Галимова Г.З. _____ Управляющий директор по сестринскому делу
ТОО «Национальный научный онкологический центр»

Член комиссии:

Садвокасова А.А. _____ Начальник отдела менеджмента и развития
сестринского дела ТОО «Национальный научный онкологический центр»

Ответственные за внедрение:

Аймолдина К.Ж. _____ заместитель декана школы СД НАО «Медицинский университет Астана»

Нургалиева Н.К. _____ PhD, ассоциированный профессор, профессор кафедры
ОВП с курсом ДМ, НАО «Медицинский университет Астана»

Дербисалина Г.А. _____ к.м.н., заведующая кафедрой ОВП с курсом ДМ,
НАО «Медицинский университет Астана»

Исполнитель: Аймолдина К.Ж.

"ҰЛТТЫҚ БАЛАЛАРДЫ ОҢАЛТУ ОРТАЛЫҒЫ"
КОММЕРЦИЯЛЫҚ ЕМЕС АКЦИОНЕРЛІК ҚОҒАМЫ

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ
АСТАНА ҚАЛАСЫ
ТҰРАН ДАҢҒЫЛЫ, 36, ИНДЕКС 010000

АКТ ВНЕДРЕНИЯ

достижений современной науки и здравоохранения, основанной на принципах
доказательной медицины, в клиническую практику
НАО «Национальный центр детской реабилитации» г. Астана

Наименование предложения: Методические рекомендации для практикующих
медицинских сестер «Культура безопасности пациентов в профессиональной деятельности
медицинской сестры»

Работа включена из диссертации: «Оценка культуры безопасности пациентов в
профессиональной деятельности специалистов сестринского дела»; внедрена в
инициативном порядке.

Форма внедрения:

Проведение обучающего семинара для специалистов сестринского дела по вопросам
формирования и развития культуры безопасности пациентов в НАО «Национальный центр
детской реабилитации».

Ответственный за внедрение и исполнители: Аймолдина К.Ж., Нургалиева Н.К.,
Дербисалина Г.А.

Эффективность внедрения:

Повышение уровня компетентности специалистов сестринского дела в области культуры
безопасности пациентов, снижение количества неблагоприятных событий, связанных с
нарушением стандартов безопасности, оптимизация ресурсов за счёт профилактики
ошибок и осложнений, а также развитие академических подходов и внедрение принципов
доказательной медицины в клиническую практику сестринского дела.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение: Рекомендовать
дальнейшее распространение и адаптацию методических рекомендаций в медицинских
организациях, а также использование материалов в обучение медицинских сестер для
формирования единого подхода к культуре безопасности пациентов.

Сроки внедрения: 4 квартал 2025

Председатель комиссии:

Тлеулинова Р.Р. _____ Директор по сестринскому делу НАО
«Национальный центр детской реабилитации»

Ответственные за внедрение:

Аймолдина К.Ж. _____ заместитель декана школы СД НАО «Медицинский
университет Астана»

Нургалиева Н.К. _____ PhD, ассоциированный профессор, профессор кафедры
ОВП с курсом ДМ, НАО «Медицинский университет Астана»

Дербисалина Г.А. _____ к.м.н., заведующая кафедрой ОВП с курсом ДМ,
НАО «Медицинский университет Астана»

Исполнитель: Аймолдина К.Ж.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Официальное разрешение от AHRQ на использование анкеты HSOPSC 2.0

От: Safety Culture Surveys <SafetyCultureSurveys@westat.com>

Отправлено: 19 июля 2024 г. 0:49:54

Кому: Аймолдина Куролай Жолдыбаевна

Копия: Howard Holland

Тема: RE: Permission Request for Translation and Use of HSOPSC 2.0 Survey CRM:00910322

Dear Kuroalay,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Mr. [Howard Holland](#), Director, AHRQ's Office of Communications. We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Permission. Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital 2.0 Survey on Patient Safety Culture into Russian and Kazakh. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at Astana Medical University in Kazakhstan.

Instructions for Use. There are a few restrictions involved in using a SOPS survey outside the United States. The SOPS name and trademark (Surveys on Patient Safety Culture®(SOPS®)) is only allowed to be used on official validated AHRQ SOPS surveys. Therefore, surveys used outside the U.S. whether in English, in translation, or adapted for the local health care system, cannot use the SOPS® name and trademark in the title.

You should include a note on the survey as a subtitle or in a footnote that says the survey is "Translated from English with permission from the Agency for Healthcare Research and Quality (an Agency of the United States Department of Health and Human Services); Rockville, Maryland USA."

Reprinting the English form, in full or in part, in a professional journal article or book chapter would require additional permission from the AHRQ Office of Communication to the publisher.

Additionally, all reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture®. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD
USA. <https://www.ahrq.gov/sops/>

You should make the translated materials available to researchers at Kazakhstan in electronic format free of charge, requesting them to give source credit to your organization.

Guidance Documents. The AHRQ SOPS survey and related materials may be found on the AHRQ website at: <https://www.ahrq.gov/sops/>. Additionally, you may find it helpful to review the Information for Translators and Translation Guidelines documents, available on the AHRQ Web site: <https://www.ahrq.gov/sops/international/>. These documents provide translation guidelines and information about the intended meaning of the survey items, in order to help you develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Mr. Holland (copied on this email).

Sincerely,
Olivia

AHRQ Surveys on Patient Safety Culture® (SOPS®) Technical Assistance

Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850

phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates, news, and events and select "Surveys on Patient Safety Culture" under Quality and Safety topics:

<https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new>

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Опросник для больниц по оценке культуры безопасности пациентов 2.0

Этот опросник о Вашем мнении по безопасности пациентов, медицинских ошибках и отчетах об инцидентах, и на его заполнение уходит от 10 до 15 минут. Если вопрос не касается вас или вашей больницы или вы не знаете ответа, выберите «не применимо или не знаю».

«Безопасность пациентов» определяется как предотвращение вреда пациентам или неблагоприятных событий, возникающих в процессе оказания медицинской помощи.

«Событие, связанное с безопасностью пациентов», определяется как любая ошибка, заблуждение или инцидент, связанный со здоровьем, независимо от того, причиняет ли оно пациенту вред.

Какова ваша должность в этой больнице?

Выберите один ответ.

- ☐ медицинская сестра/медицинский брат общей практики
- ☐ операционная медицинская сестра
- ☐ анестезистка
- ☐ акушерка
- ☐ лаборант
- ☐ рентген лаборант

Ваше подразделение / рабочее место

- ☐ стационар
- ☐ амбулатория

Пол

- ☐ Женский
- ☐ Мужской

Образование

- ☐ Среднее техническое и профессиональное образование (ТиПО)
- ☐ Прикладной бакалавр
- ☐ Академический бакалавр
- ☐ Магистр

Возраст

- ☐ 18 – 25
- ☐ 26 – 30
- ☐ 31 – 35
- ☐ 36 – 40
- ☐ 41 – 45
- ☐ 46 – 50
- ☐ 51 – 55
- ☐ старше 55

РАЗДЕЛ А: Ваше подразделение/Рабочая зона

Таблица Г.1 – Насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о вашем подразделении/рабочей зоне?

Подумайте о своем подразделении/рабочей зоне:	Полностью не согласен 1	Не согласен 2	Затрудняюсь ответить 3	Согласен 4	Полностью согласен 5	Не применимо или не знаю 9
1	2	3	4	5	6	7
1. В этом отделении мы работаем вместе как эффективная команда	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. В этом отделении у нас достаточно сотрудников, чтобы справиться с такой нагрузкой	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

Продолжение таблицы Г.1

1	2	3	4	5	6	7
3. Персонал этого отделения работает дольше, чем это необходимо для ухода за пациентами	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Это отделение регулярно пересматривает рабочие процессы, чтобы определить, необходимы ли изменения для повышения безопасности пациентов	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Это отделение слишком сильно полагается на временный персонал	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. В этом отделении сотрудники чувствуют, что их ошибки ставятся им в вину	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
7. Когда в этом отделении сообщается о каком-либо событии, создается впечатление, что речь идет о человеке, а не о проблеме	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
8. В напряженные периоды сотрудники этого отделения помогают друг другу	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
9. Существует проблема, связанная с неуважительным поведением сотрудников этого отделения	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
10. Когда сотрудники совершают ошибки, это отделение фокусируется на обучении, а не на обвинении отдельных лиц	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
11. Темп работы в этом отделении настолько высокий, что это негативно сказывается на безопасности пациентов	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
12. В этом отделении оцениваются изменения, направленные на повышение безопасности пациентов, чтобы понять, насколько хорошо они сработали	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

Продолжение таблицы Г.1

1	2	3	4	5	6	7
13. В этом отделении отсутствует поддержка персонала, причастного к ошибкам в области безопасности пациентов	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
14. В данном отделении одни и те же проблемы, связанные с безопасностью пациентов, повторяются снова и снова	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

РАЗДЕЛ В: Ваша главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор.

Таблица Г.2 – Насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о вашей главной медсестре, директоре сестринского дела или медицинском директоре?

Утверждения	Полностью не согласен 1	Не согласен 2	Затрудняюсь ответить 3	Согласен 4	Полностью согласен 5	не применимо или не знаю 9
1. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) серьезно рассматривает предложения персонала по повышению безопасности пациентов	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) требует, чтобы мы ускорялись в периоды высокой нагрузки, даже если для этого приходится сокращать время на пациента	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Мой непосредственный руководитель (главная медсестра, директор сестринского дела или медицинский директор) принимает меры для решения проблем безопасности пациентов, которые доводятся до их сведения	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

РАЗДЕЛ С: Коммуникация

Таблица Г.3 – Как часто в вашем подразделении/рабочей зоне происходят следующие события?

Подумайте о своем подразделении/рабочей зоне:	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5	Не применимо или не знаю 9
1. Нас информируют об ошибках, которые происходят в этом отделении	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Когда в этом отделении возникают ошибки, мы обсуждаем способы предотвращения их повторения	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. В этом отделении нас уведомляют об изменениях, основанных на отчетах об инцидентах	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Сотрудники этого отделения высказывают обеспокоенность, если замечают угрозу качеству ухода за пациентами	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Если сотрудники этого отделения замечают, что кто-то из руководства поступает небезопасно для пациентов, они говорят об этом	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Когда сотрудники этого отделения выражают обеспокоенность по поводу безопасности пациентов, руководство прислушивается к ним	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
7. В этом отделении сотрудники боятся задавать вопросы, когда что-то кажется им неправильным	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

РАЗДЕЛ D

Таблица Г.4 – Сообщение об инцидентах, связанных с безопасностью пациентов

Подумайте о своем подразделении/рабочей зоне:	Никогда 1	Редко 2	Иногда 3	Часто 4	Всегда 5	Не применимо или не знаю 9
1. Как часто сообщается об ошибке, если ее удалось обнаружить и исправить до того, как она затронула пациента?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Как часто сообщается об ошибке, которая дошла до пациента и могла бы причинить вред, но не причинила?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

3. О скольких инцидентах/событиях, связанных с безопасностью пациентов, вы сообщили за последние 12 месяцев?

- ☐ а. нет
☐ б. 1 до 2
☐ в. 3 до 5
☐ г. 6 до 10
☐ д. 11 и более

РАЗДЕЛ Е: Оценка безопасности пациентов

1. Как бы вы оценили свое отделение/рабочую зону с точки зрения безопасности пациентов?

Плохое Удовлетворительное Хорошо Очень хорошее Отличное
▼ ▼ ▼ ▼ ▼
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

РАЗДЕЛ F: Ваша больница

Таблица Г.5 – Насколько вы согласны или не согласны со следующими утверждениями о вашей больнице?

Подумайте о своей больнице:	Полностью не согласен 1	Не согласен 2	Затрудняюсь ответить 3	Согласен 4	Полностью согласен 5	Не применимо или не знаю 9
1. Действия руководства больницы показывают, что безопасность пациентов является главным приоритетом	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Руководство больницы предоставляет достаточные ресурсы для повышения безопасности пациентов	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Похоже, руководство больницы начинает интересоваться безопасностью пациентов только после возникновения инцидента	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. При переводе пациентов из одного отделения в другое важная информация часто упускается	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Во время смен дежурств важная информация об уходе за пациентами часто упускается	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Во время посменной работы есть достаточно времени для обмена всей ключевой информацией по уходу за пациентами	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

Общие вопросы

1. Как долго вы работаете в этой больнице?

- ☐a. Меньше 1 года
- ☐b. 1 до 5 лет
- ☐c. 6 до 10 лет
- ☐d. 11 или больше лет

2. Как долго вы работаете в этой больнице в вашем текущем отделении/рабочей зоне?

- ☐a. Меньше 1 года
- ☐b. 1 до 5 лет
- ☐c. 6 до 10 лет
- ☐d. 11 или больше лет

3. Как правило, сколько часов в неделю вы работаете в этой больнице?

- ☐a. Меньше чем 30 часов неделю
- ☐b. 30 до 40 часов в неделю
- ☐c. Больше чем 40 часов в неделю

4. На вашей должности сотрудника вы обычно непосредственно взаимодействуете или контактируете с пациентами?

- ☐a. ДА, обычно у меня есть прямое взаимодействие или контакт с пациентами
- ☐b. НЕТ, обычно у меня нет прямого взаимодействия или контакта с пациентами

Ваши комментарии

Пожалуйста, оставьте любые ваши комментарии о том, что делается или что можно было бы сделать в вашей больнице, влияющее на безопасность пациентов.

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін бағалау үшін сауалнама 2.0

Пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін бағалау үшін сауалнама 2.0 – *Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 (HSOPSC)*, Agency for Health Care Research And Quality (AHRQ) әзірленген.

Бұл сауалнама пациенттердің қауіпсіздігі, медициналық қателіктер және инциденттер туралы есептерге қатысты пікіріңізді білу үшін арналған. Сауалнаманы толтыруға 10-15 минут уақыт кетеді. Егер сұрақ Сізге немесе Сіздің ауруханаңызға қатысты болмаса, немесе Сіз жауапты білмесеңіз, «қатысы жоқ немесе білмеймін» дегенді таңдаңыз.

*«Пациенттердің қауіпсіздігі» деп медициналық көмек көрсету процестерінің нәтижесінде пациенттердің жарақаттануының немесе жағымсыз оқиғалардың алдын алу ретінде түсіндіріледі.

*«Пациенттердің қауіпсіздігіне қатысты оқиға» деп пациент денсаулығына қатысты кез келген қателікті, жаңылысты немесе инцидентті атаймыз, бұл жерде оған зиян келтіргені немесе келтірмегені маңызды емес.

1. Бұл ауруханадағы лауазымыңыз қандай?

Бір жауапты таңдаңыз.

- | | |
|--|--|
| ☐ жалпы практика мейіргері/ мейіргері | ☐ Білім |
| ☐ операция мейіргері | ☐ Орта техникалық және кәсіптік орта білім (ТЖКБ) |
| ☐ анестезист | ☐ Колданбалы бакалавриат |
| ☐ акушер | ☐ Академиялық бакалавриат |
| ☐ зертханашы | ☐ Магистр |
| ☐ рентген – зертханашы | |

Сіздің бөлімшеңіз / жұмыс орыныңыз

- ☐ стационар
☐ амбулатория

Жасы

- ☐ 18 – 25
☐ 26 – 30
☐ 31 – 35
☐ 36 – 40
☐ 41 – 45
☐ 46 – 50
☐ 51 – 55
☐ 55 – тен жоғары

Жыныс

- ☐ әйел
☐ еркек

А БӨЛІМІ: Сіздің бөлімшеңіз/жұмыс орныңыз

Кесте Д.1 – Сіз өзіңіздің бөлімшеніз/жұмыс аймағыңыз туралы төмендегі тұжырымдармен қаншалықты келісесіз немесе келіспейсіз?

Өзіңіздің бөлімшенізді / жұмыс аймағыңызды ой елегінен өткізіңіз:	Толықтай келіс пеймін 1	Келіс пеймін 2	Жауап беру қиын 3	Келісемін 4	Толық келісемін 5	Қатысы жоқ немесе білмеймін 9
1	2	3	4	5	6	7
1. Бұл бөлімшеде біз сенім артуға болатындай команда ретінде бірлесе жұмыс істейміз.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Бұл бөлімшеде жұмыс жүктемесін орындау үшін қызметкерлер жеткілікті.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Бұл бөлімшенің қызметкерлері пациенттерге күтім жасауға қажет уақыттан ұзағырақ жұмыс істейді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Бұл бөлімше пациенттердің қауіпсіздігін жақсарту үшін өзгерістер қажет пе, жоқ па, соны анықтау мақсатында жұмыс процестерін үнемі тұрақты түрде отырады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Бұл бөлімше басқа бөлімшелерден уақытша келетін мейіргерлерге тым көп сенім артады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Бұл бөлімшеде қызметкерлер өз қателіктерінен өздері соққы көретіндігін сезінеді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
7. Бұл блокта инцидент немесе оқиға туралы хабарланған кезде, проблемаға емес, адамға бағыт талып жатқандай әсер қалдырады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
8. Қиын кезеңде осы бөлімшенің қызметкерлері бір біріне көмектеседі	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
9. Бұл бөлімшеде жұмыс істейтіндердің әдепсіз мінез-құлықтарына қатысты мәселе бар	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
10. Қызметкерлері қателіктер жіберген кезде, бұл бөлімше жеке адамдарды айыптауға емес, оқытуға назар аударады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
11. Бұл бөлімшедегі жұмыс қарқыны соншалықты тез, бұл пациенттердің қауіпсіздігіне кері әсерін тигізеді	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
12. Бұл бөлімшеде пациенттер қауіпсіздігін арттыруға бағытталған өзгерістердің тиімділігі, олардың қаншалықты жақсы жұмыс істеп жатқанын көру үшін бағаланып отырады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

Д.1-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5	6	7
13. Бұл бөлімшеде пациенттер қауіпсіздігін қамтамасыз етуге қатысатын персоналға қолдау көрсетілмейді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
14. Бұл бөлімшеде пациенттер қауіпсіздігімен байланысты сол бұрынғы мәселелер туындап отырады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

В БӨЛІМІ: Сіздің бас мейіргеріңіз, Мейіргер ісі директорыңыз немесе Медициналық директорыңыз.

Кесте Д.2 – Сіз бас мейіргеріңізге, Мейіргер ісі директорыңызға немесе Медициналық директорыңызға қатысты төмендегі тұжырымдармен қаншалықты келісесіз немесе келіспейсіз?

Атау	толықтай келіспей мін 1	келіспей мін 2	жауап беру қиын 3	келісем ін 4	толықт ай келісем ін 5	қатысы жоқ немесе білмеймі н 9
1. Менің тікелей басшым (бас мейіргер, Мейіргер ісі директоры немесе Медициналық директор) пациенттердің қауіпсіздігін жақсарту бойынша қызметкерлердің ұсыныстарын байыпты түрде қарастырады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Менің тікелей басшым (бас мейіргер, Мейіргер ісі директоры немесе Медициналық директор) пациентке кететін уақытты қысқарту керек болса да, қарбалас уақытта тезірек жұмыс істегенімізді қалайды	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Менің тікелей басшым (бас мейіргер, Мейіргер ісі директоры немесе Медициналық директор) пациенттердің назарына жеткізілетін қауіпсіздік мәселелерін шешу үшін шаралар қабылдайды	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

С БӨЛІМІ: Коммуникация

Кесте Д.3 – Сіздің бөлімшеңізде/жұмыс орныңызда төмендегі оқиғалар қаншалықты жиі болады?

Өзіңіздің бөлімшеңізді / жұмыс аймағыңызды ой елегінен өткізіңіз:	Ешқашан 1	Сирек 2	Кейде 3	Жиі 4	Әрқашан 5	Қатысы жоқ немесе білмеймін 9
1. Біз бұл бөлімшеде орын алатын қателіктер туралы хабардармыз.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Бұл бөлімшеде қателіктер болған кезде, біз олардың қайталануын болдырмау жолдарын талқылаймыз	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Бұл бөлімшеде бізге инциденттер/оқиғалар туралы есептер негізінде енгізілетін өзгерістер туралы ақпарат беріледі	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Бұл бөлімшеде қызметкерлер пациенттердің күтіміне теріс әсер етуі мүмкін нәрсені байқаса, пікірін білдіреді	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Бұл бөлімшенің қызметкерлері егер жоғары лауазымды тұлғалар пациенттер үшін қауіпті емес әрекеттер жасағанын байқаса, өз пікірлерін білдіреді	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Бұл бөлімшенің қызметкерлері пікір білдіргенде, көбірек өкілеттіктері бар адамдар ашық түрде пациенттердің қауіпсіздігі жөнінде алаңдаушылықтарын білдіреді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
7. Бұл бөлімшеде қызметкерлер бір нәрсені дұрыс еместігін сезінсе де, сұрақ қоюдан тартынады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

D БӨЛІМІ

Кесте Д.4 – Пациенттер қауіпсіздігіне қатысты оқиғалар туралы хабарлама

Өзіңіздің бөлімшеңізді / жұмыс аймағыңызды ой елегінен өткізіңіз:	Ешқашан 1	Сирек 2	Кейде 3	Жиі 4	Әрқашан 5	Қатысы жоқ немесе білмеймін 9
1. Қателік пациентке жетпей тұрып анықталып, түзетілген кезде, осы туралы қаншалықты жиі хабарланады?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Қателік жайында пациентке жетіп, оған зиян келтіре алатын болса да, бірақ зиян тигізбеген жағдайда, осы туралы қаншалықты жиі хабарланады?	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

3. Соңғы 12 айда пациенттердің қауіпсіздігіне байланысты қанша оқиға туралы хабарладыңыз?

- ☐ а. жоқ
☐ б. 1-ден 2-ге дейін
☐ с. 3-тен 5-ке дейін
☐ д. 6-дан 10-ға дейін
☐ е. 11 және одан көп

Е БӨЛІМІ: Пациенттердің қауіпсіздігін бағалау

1. Сіз өзіңіздің бөлімшеңізді / жұмыс орныңызды пациенттердің қауіпсіздігі тұрғысынан қалай бағалайтын едіңіз?

Жама Қанағаттанарлы Жақсы Өте жақсы Керемет
 н ▼ қ ▼ ▼ ▼ ▼
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5

Ғ БӨЛІМІ: Сіздің ауруханаңыз

Кесте Д.5 – Сіз өз ауруханаңыз туралы төмендегі мәлімдемелермен қаншалықты келісесіз немесе келіспейсіз?

Өз ауруханаңыз туралы ой елегінен өткізіңіз:	толықтай келіспеймін 1	Келіспеймін 2	жауап беру қиын 3	келісемін 4	Толықтай келісемін 5	қатысы жоқ немесе білмеймін 9
1. Аурухана басшылығының әрекеттері пациенттердің қауіпсіздігі басты басымдық екенін көрсетеді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Аурухана басшылығы науқастардың қауіпсіздігін жақсарту үшін жеткілікті ресурстар ұсынады	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Аурухана басшылығы қолайсыз оқиға болғаннан кейін ғана пациенттердің қауіпсіздігіне қызығушылық танытатын сияқты	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Пациенттерді бір бөлімшеден екінші бөлімшеге ауыстыру кезінде маңызды ақпарат ескерілмейді.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Ауысым кезінде пациенттерге күтім жасау туралы маңызды ақпарат жиі назардан тыс қалады.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Ауысым кезінде пациенттерге күтім жасау туралы барлық негізгі ақпаратпен бөлісуге жеткілікті уақыт бар	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

Жалпы сұрақтар

1. Сіз бұл ауруханада қанша уақыт жұмыс істейсіз?

- ☐ а. 1 жылдан аз
- ☐ б. 1 - 5 жыл аралығы
- ☐ с. 6 -10 жыл аралығы
- ☐ д. 11 жыл немесе одан көп

2. Сіз осы ауруханада ағымдағы бөлімшеде / жұмыс орнында қанша уақыт жұмыс істейсіз?

- ☐ а. 1 жылдан аз
- ☐ б. 1 - 5 жыл аралығы
- ☐ с. 6 -10 жыл аралығы
- ☐ д. 11 жыл немесе одан көп

3. Әдетте, Сіз осы ауруханада аптасына қанша сағат жұмыс жасайсыз?

- ☐ а. Аптасына 30 сағаттан аз
- ☐ б. Аптасына 30-дан 40 сағатқа дейін
- ☐ с. Аптасына 40 сағаттан артық

4. Лауазымыңыз бойынша қызметкер ретінде Сіз әдетте пациенттермен тікелей қарым-қатынас жасайсыз ба немесе байланыс жасайсыз ба?

- ☐ а. Иә, әдетте менде пациенттермен тікелей қарым-қатынас немесе байланыс бар
- ☐ б. ЖОҚ, әдетте менде пациенттермен тікелей қарым-қатынас немесе байланыс жоқ

Сіздің пікіріңіз

Өтініш, ауруханаңызда пациенттердің қауіпсіздігіне әсер ететін немесе әсер етуі үшін жасалатын немесе жасалуы қажет іс-шаралар туралы пікіріңізді қалдырыңыз. _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Письменное разрешение на использование шкалы PES-NWI



Barol, Andrea L. <ajb@nursing.upenn.edu>

21 дек. 2022 г., 23:49



кому: МНЕ ▼

Dear Kurolay Aimoldina,

Thank you for your email to Dr. Lake. Enclosed, please find the instrument, scoring instructions, an article containing PES-NWI scores for ANCC Magnet hospitals from 1998 in Table 1, and a Warshawsky & Haven article you may find useful. These materials are sent to everyone who makes the request.

Dr. Lake's permission is not needed as the instrument is in the public domain due to its endorsement by the National Quality Forum in 2004 and re-endorsement in 2009: <http://www.qualityforum.org/QPS/QPSTool.aspx?m=1129&e=3>. However, if you prefer to have Dr. Lake's permission, this email serves as her permission.

Please direct any reply to Dr. Eileen Lake at elake@nursing.upenn.edu. If you need anything else, feel free to write to us again.

All the best,

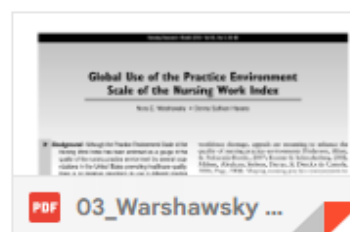
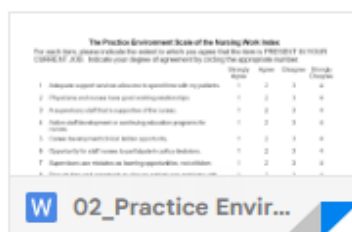
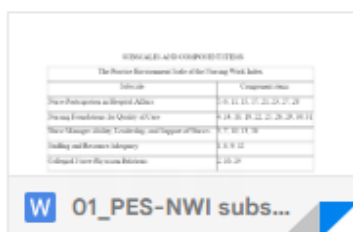
Andrea Barol

Research Center Coordinator

Center for Health Outcomes and Policy Research

University of Pennsylvania School of Nursing

4 прикрепленных файла • Просканировано системой Gmail



ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Таблица Ж.1 – Шкала *индекса* условий сестринской практики

Шкала	Полностью согласен	Согласен	Не согласен	Полностью не согласен
1	2	3	4	5
Адекватные службы поддержки позволяют мне проводить время со своими пациентами.	1	2	3	4
У врачей и медсестер хорошие рабочие отношения	1	2	3	4
Вышестоящий персонал, который оказывает поддержку медсестрам.	1	2	3	4
Активные программы повышения квалификации персонала или непрерывного образования для медсестер.	1	2	3	4
Возможность карьерного роста / продвижения по клинической лестнице.	1	2	3	4
Возможность для штатных медсестер участвовать в принятии стратегических решений.	1	2	3	4
Руководители используют ошибки как возможность для обучения, а не для критики.	1	2	3	4
Достаточно времени и возможностей для обсуждения проблем ухода за пациентами с другими медсестрами	1	2	3	4
Достаточно медсестер для обеспечения качественного ухода за пациентами	1	2	3	4
Старшая медсестра, которая является хорошим менеджером и лидером	1	2	3	4
Главная медсестра или директор сестринского дела, которую хорошо знают, доступна для персонала	1	2	3	4
Достаточно персонала, чтобы выполнить работу	1	2	3	4
Применяется похвала и признание за хорошо выполненную работу	1	2	3	4
Администрация ожидает высоких стандартов сестринского ухода	1	2	3	4
Главная медсестра или директор сестринского дела, равная по силе и авторитету другим руководителям больницы высшего уровня	1	2	3	4
Большая командная работа между медсестрами и врачами	1	2	3	4
Возможности для продвижения.	1	2	3	4
Четкая философия сестринского дела, которая пронизывает среду ухода за пациентами.	1	2	3	4
Работа с медсестрами, которые клинически компетентны.	1	2	3	4
Медсестра-менеджер, которая поддерживает сестринский персонал в принятии решений, даже если конфликт происходит с врачом.	1	2	3	4
Администрация, которая прислушивается к проблемам сотрудников и реагирует на них.	1	2	3	4
Активная программа обеспечения качества.	1	2	3	4
Штатные медсестры участвуют во внутреннем управлении организации (например, комитеты по практике и политике).	1	2	3	4
Сотрудничество (совместная практика) между медсестрами и врачами..	1	2	3	4
Программа наставничества для вновь принятых на работу медсестер.	1	2	3	4

Продолжение таблицы Ж.1

1	2	3	4	5
Сестринское обслуживание основано на сестринской, а не медицинской модели.	1	2	3	4
Штатные медсестры имеют возможность участвовать в комитетах организации и комитетах сестринского дела.	1	2	3	4
Руководители сестринского дела консультируются с персоналом по повседневным проблемам и процедурам	1	2	3	4
Письменные и актуальные планы сестринского ухода для всех пациентов.	1	2	3	4
Закрепление пациентов за медицинскими сестрами, способствующее непрерывности ухода, т.е. одна и та же медсестра ухаживает за пациентом изо дня в день.	1	2	3	4
Использование сестринских диагнозов.	1	2	3	4
Примечание – Для каждого элемента, пожалуйста, укажите, в какой степени вы согласны с тем, что этот элемент <i>ПРИСУТСТВУЕТ В ВАШЕЙ ТЕКУЩЕЙ РАБОТЕ</i> . Укажите степень вашего согласия или не согласия, обведя соответствующую цифру кружком				

Кесте Ж.2 – Мейіргерлік тәжірибе шартының индекс шкаласы

Шкаласы	Толық келісемін	Келі семін	Келіс пеймін	Толық келіспей мін
1	2	3	4	5
Тиісті қолдау қызметтері маған пациенттеріммен уақыт өткізуге мүмкіндік береді	1	2	3	4
Дәрігерлер мен мейіргерлер жақсы жұмыс қарым-қатынаста	1	2	3	4
Мейіргерлерге қолдау көрсететін жоғары лауазымдағы персонал	1	2	3	4
Мейіргерлер үшін персоналдың біліктілігін арттыру немесе үздіксіз білім беру белсенді бағдарламалары.	1	2	3	4
Мансаптық өсу / клиникалық баспалдақпен көтерілу мүмкіндігі.	1	2	3	4
Штаттық мейіргерлер үшін стратегиялық шешімдер қабылдауға қатысу мүмкіндігі.	1	2	3	4
Басшылар қателіктерді сын үшін емес, оқу мүмкіндігі ретінде пайдаланады.	1	2	3	4
Пациенттерге күтім көрсету мәселелерін басқа мейіргерлермен талқылауға жеткілікті уақыт пен мүмкіндік бар.	1	2	3	4
Пациенттерге сапалы күтім жасау үшін мейіргерлер жеткілікті	1	2	3	4
Жақсы менеджер және көшбасшы саналатын аға мейіргер	1	2	3	4
Бас мейіргерді немесе Мейіргер ісі директорын персонал жақсы біледі және олар персоналға қолжетімді.	1	2	3	4
Жұмысты орындау үшін персонал жеткілікті	1	2	3	4
Жақсы орындалған жұмыс үшін мақтау мен оны мойындау қолданылады.	1	2	3	4
Әкімшілік мейіргерлік күтімнің жоғары стандарттарын күтеді	1	2	3	4
Бас мейіргер немесе Мейіргер ісі директоры, басқа жоғары деңгейдегі аурухана басшыларының күші мен беделіне тең	1	2	3	4
Мейіргелер мен дәрігерлер арасындағы үлкен командалық жұмыс	1	2	3	4

Ж.2-кестенің жалғасы

1	2	3	4	5
Көтерілу мүмкіндіктері	1	2	3	4
Мейіргерлік іс-қызметтің айқын философиясы, ол пациенттерге күтім көрсету ортасын қамтиды.	1	2	3	4
Клиникалық біліктілігі жоғары мейіргерлермен жұмыс	1	2	3	4
Дәрігермен жанжал туындаса да, шешім қабылдауда мейіргер қызметкерлеріне қолдау көрсететін мейіргер менеджері.	1	2	3	4
Қызметкерлердің мәселелерін тыңдайтын және оларға жауап беретін әкімшілік.	1	2	3	4
Сапаны қамтамасыз етудің белсенді бағдарламасы.	1	2	3	4
Штаттағы мейіргерлер ұйымның ішкі басқаруына қатысады (мысалы, тәжірибе мен саясат бойынша комитеттер).	1	2	3	4
Мейіргерлер мен дәрігерлер арасындағы ынтымақтастық (бірлескен тәжірибе)	1	2	3	4
Жаңадан қабылданған мейіргерлерге арналған тәлімгерлік бағдарламасы.	1	2	3	4
Мейіргерлік қызмет, медициналық емес, мейіргерлік модельге негізделген.	1	2	3	4
Штаттағы мейіргерлер ұйым комитеттеріне және мейіргер ісі комитеттеріне қатыса алады.	1	2	3	4
Мейіргер ісінің жетекшілері күнделікті мәселелер мен емшаралар бойынша персоналмен кеңеседі.	1	2	3	4
Барлық пациенттерге арналған жазбаша және өзекті мейіргерлік жоспарлар.	1	2	3	4
Пациенттерді мейіргерлерге бекіту жүйесі күтімнің үздіксіздігін қамтамасыз етеді, яғни бір мейіргер бір пациентке күн сайын тұрақты түрде күтім көрсетеді.	1	2	3	4
Мейіргерлік диагноздарды қолдану.	1	2	3	4
Ескерту – Әр элемент үшін, өтініш, осы элементтің <i>СІЗДІҢ ҚАЗІРГІ ЖҰМЫСЫҢЫЗДА</i> бар екеніне қандай деңгейде келісетінін көрсетіңіз. Келісу немесе келіспеу дәрежесін көрсетіп, тиісті санды шеңбермен қоршаңыз				

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Протокол полуструктурированных интервью

Оценка культуры безопасности пациентов в профессиональной деятельности специалистов сестринского дела

Дата: _____ Время и место: _____
Интервьюер: _____ Интервьюируемый: _____

Информация и процедуры перед собеседованием

Представление:

Здравствуйте, добрый день! Меня зовут _____, и я _____. Мы - команда исследователей с кафедры общей врачебной практики с курсом доказательной медицины НАО «Медицинский университет Астана».

Спасибо, что уделите свое время мне/нам, учитывая ваш плотный график. Прежде чем мы начнем, я хотел бы рассказать о нашем исследовании, включая процесс получения согласия, информацию об интервью и о том, что будет происходить после исследования. В любое время вы можете задать вопросы или попросить дать разъяснения.

Начало собеседования

Вводные вопросы:

1. Вводный вопрос: Расскажите мне вкратце о Вашей нынешней роли в этом подразделении?

Другие сопутствующие вопросы для ознакомления: возраст, пол, стаж работы, семейное положение

Ключевые вопросы интервью:

1. Перечислите ваши приоритеты как специалиста сестринского дела на рабочем месте. Почему вы придаете этому первостепенное значение?

2. Сколько пациентов находится в вашем отделении?

3. Какие основные задачи вы выполняете в отделении?

4. Как вы управляете своим рабочим временем в течении дня?

5. Как бы вы оценили текущую нагрузку в отделении? Почему? Как это влияет на пациентов?

6. Какие методы безопасной работы вы используете в своей практике? Почему?

7. Какие задачи медсестры выполняют, не соответствующие их компетенциям? Почему?

8. В каких ситуациях на работе возникает эмоциональное напряжение у вас или ваших коллег? Как это проявляется и как вы с этим справляетесь?

9. Как складываются отношения с членами многопрофильной команды?

10. Опишите, как вы взаимодействуете с коллегами в команде. Приведите примеры.

11. Как вы оцениваете коммуникацию в палатах?
12. Как часто ошибки случаются в палате? Приведите примеры.
13. Как в отделении организовано сообщение об ошибках? В каких ситуациях сотрудники могут не сообщать о них и почему?
14. Проходите ли вы обучение, связанное с безопасностью пациентов или культурой безопасности пациентов? Если да, перечислите основные темы, которые рассматриваются на этих занятиях?
15. Что, по вашему мнению, можно было бы изменить для улучшения культуры безопасности в работе специалистов сестринского дела?

Спасибо за Ваше время и Ваши идеи. Если возникнут какие-либо неясности, мы можем связаться с Вами снова.

Әңгімелесу хаттамасы

Мейіргерлердің кәсіби қызметінде пациенттердің қауіпсіздік мәдениетін бағалау.

Күні: _____ уақыты мен орны: _____

Сұхбат алушы: _____ Сұхбат берушы: _____

Сұхбат алдындағы ақпарат және рәсімдер

Ұсыну:

Сәлеметсіз бе, Қайырлы күн! Менің атым _____ мен _____. Біз «Астана медицина университеті» КеАҚ дәлелді медицина курсымен жалпы дәрігерлік практика кафедрасының зерттеушілер тобымыз.

Сіздің жұмыс кестеңізді ескере отырып, маған/бізге уақыт бөлгеніңіз үшін рахмет. Біз бастамас бұрын, мен зерттеу туралы, соның ішінде келісім алу процесі, сұхбат туралы ақпарат және зерттеуден кейін не болатыны туралы сөйлескім келеді. Кез-келген уақытта сіз сұрақтар қоя аласыз немесе түсіндіруді сұрай аласыз.

Әңгімелесу сеансын ашу

Кіріспе сұрақтар:

1. Кіріспе сұрақ: сіздің осы бөлімдегі қазіргі рөліңіз туралы қысқаша айтып беріңізші?

Танысуға арналған басқа қосымша сұрақтар: жасы, жынысы, еңбек өтілі, отбасылық жағдайы.

Сұхбаттың негізгі сұрақтары

1. Жұмыс орнында мейіргер ретінде сіздің басымдықтарыңыз қандай? Неге сіз бұл мәселелерге бірінші кезекте мән бересіз?

2. Сіз қанша науқасқа күтім жасайсыз?

3. Бөлімшеде сіз қандай негізгі міндеттерді орындайсыз?

4. Жұмыс күні ішінде өз жұмыс уақытыңызды қалай басқарасыз?

5. Бөлімшедегі қазіргі жұмыс жүктемесін қалай бағалайсыз? Неліктен? Бұл пациенттерге қалай әсер етеді?

6. Өз тәжірибеңізде қандай қауіпсіз жұмыс әдістерін қолданасыз? Неліктен?

7. Мейіргерлер өз құзыреттеріне сәйкес келмейтін қандай тапсырмаларды орындайды? Неліктен?

8. Жұмыста сізде немесе әріптестеріңізде эмоционалдық кернеу қандай жағдайларда туындайды? Ол қалай көрінеді және сіз онымен қалай күресесіз?

9. Көп салалы ұжым мүшелерімен қарым-қатынас қалай?

10. Командадағы әріптестеріңізбен қалай өзара әрекеттесетініңізді сипаттаңыз. Мысалдар келтіріңіз.

11. Палаталардағы коммуникацияны қалай бағалайсыз?

12. Палатада қателер қаншалықты жиі болады? Мысалдар келтіріңіз.

13. Бөлімшеде қателер туралы хабарлау қалай ұйымдастырылған? Қандай жағдайларда қызметкерлер олар туралы хабарламауы мүмкін және неге?

14. Сіз емделуші қауіпсіздігі немесе емделуші қауіпсіздігі мәдениетіне қатысты оқытуды аласыз ба? Тренингтің тақырыптарын түсіндіре аласыз ба?

15. Сіздің ойыңызша, мейіргерлердің жұмысындағы қауіпсіздік мәдениетін арттыру үшін нені өзгертуге болады?

Уақытыңыз бен идеяларыңыз үшін рахмет. Егер қандай да бір түсініксіздік пайда болса, біз Сізбен тағы байланыса аламыз.