

*Идеальные качества
главных медицинских
сестер в Европе:
исследование Дельфи
для ЕРБ ВОЗ*

Проект, заказанный Ainna Fawcett-Henesy,
региональным советником, руководителем
отделения организации и управления
системами здравоохранения, политика в
области систем здравоохранения, ВОЗ

Резюме

Повышение роли главных медицинских сестер в ряде государств - членов ЕРБ ВОЗ приведет к необходимости систематичного отбора и найма подходящих кандидатур на должности наряду с важным направлением подготовки как новых, так и существующих работников. Для информационного обеспечения этого процесса существенное значение имеет вопрос об определении качеств главной медицинской сестры, которые рассматриваются в качестве основных. В этих целях на начальном этапе было проведено исследование "Дельфи" в 22 государствах-членах. Согласованность была достигнута на втором этапе, в котором принимали участие 12 государств. Шестнадцать качеств были определены в качестве важных, и эти качества приведены ниже в порядке значимости:

- | | |
|--------------------------------------|--|
| 1. Коммуникабельность | 10. Личные качества |
| 2. Способность работать в коллективе | 11. Содействие сестринскому делу |
| 3. Стратегическое мышление | 12. Надлежащее выполнение обязанностей |
| 4. Профессиональная надежность | 13. Разрешение конфликтов |
| 5. Лидерство | 14. Обработка информации |
| 6. Политическая проницательность | 15. Исследовательские навыки |
| 7. Порядочность/честность | 16. Физические характеристики |
| 8. Новаторство | |
| 9. Принятие решений/решение проблем | |

Из 9 стран, в отношении которых можно было провести статистический анализ степени согласованности, 8 стран продемонстрировали значительный уровень согласия (Англия, Бельгия, Венгрия, Дания, Исландия, Нидерланды, Швейцария, Швеция) и лишь в Финляндии было достигнуто внутристрановое согласие.

Определенные качества могут быть использованы для информационного обеспечения будущего развития роли главной медицинской сестры в Европе.

© Всемирная организация здравоохранения – 2001 г.

Европейское региональное бюро ВОЗ оставляет за собой все права, связанные с настоящим документом. Тем не менее его можно свободно рецензировать, реферировать, воспроизводить или переводить на любой другой язык при условии, что при этом будет сделана ссылка на исходный документ (не разрешается лишь продажа документа либо иное его использование в коммерческих целях). Что касается использования эмблемы ВОЗ, то разрешение на это должно быть получено от Европейского регионального бюро ВОЗ. Любой перевод должен включать следующие слова: *Переводчик настоящего документа несет ответственность за точность перевода*. Региональное бюро будет признательно, если ему будут представлены три экземпляра любого перевода данного документа. Всю ответственность за любые взгляды, выраженные авторами в данном документе, несут сами авторы.



ИДЕАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА ГЛАВНЫХ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР В ЕВРОПЕ: ИССЛЕДОВАНИЕ "ДЕЛЬФИ" ДЛЯ ЕРБ ВОЗ

DEBORAH HENNESSY, бакалавр гуманитарных наук, магистр гуманитарных наук, д-р философии, дипломированная медсестра, дипломированная акушерка, дипломированная патронажная сестра, почетный старший научный сотрудник

и

CAROLYN HICKS, бакалавр гуманитарных наук, магистр гуманитарных наук, д-р философии, имеет свидетельство о постдипломном образовании и свидетельство по психологии, профессор психологии здравоохранения, Школа медицинских наук, Бирмингемский университет, Соединенное Королевство



СОДЕРЖАНИЕ

Стр.

История вопроса	1
Метод “Дельфи”	4
Анонимность ответа	6
Затраты	6
Получение значительного количества данных	6
Надежность метода	6
Выборка	7
Объем выборки	7
Надежность результатов	8
Необъективность исследователя и определение согласованности	8
Метод	8
Схема	8
Материалы	9
Выборка	9
Процедура	10
Результаты	12
Дискуссия	14
Библиография	17
Приложение 1.	19

История вопроса

В нескольких резолюциях Всемирной ассамблеи здравоохранения государствам-членам настоятельно предлагалось:

“поощрять и поддерживать назначение медсестринского/акушерского персонала на высшие руководящие и управленческие посты, с тем чтобы содействовать их участию в планировании и осуществлении деятельности в области здравоохранения в своих странах” (Tornquist, 1997 г., с. 82)¹.

Кроме того,

“государствам-членам было (также) настоятельно предложено укрепить управленческий и лидерский потенциал и укрепить положение сестринского и акушерского персонала во всех учреждениях медико-санитарной помощи” (там же, с. 2).

Несмотря на это, лишь в немногих странах Европы медицинские сестры в полной мере принимают участие в принятии решений по вопросам политики на всех уровнях служб здравоохранения, и многие медицинские сестры считают, что им необходимо постоянно бороться за то, чтобы был услышан их голос. Почти все страны считают трудным обеспечение серьезного отношения к проблемам сестринского дела (Tornquist, 1997 г.).

Единственным средством, благодаря которому профессия медицинской сестры может занять более заметное место, является представленность в самых высших правительственных органах. Например, многие правительства назначают главных медицинских сестер в своих министерствах здравоохранения. Ряд стран в Европе (например, Бельгия, Дания, Исландия, Нидерланды, Португалия, Соединенное Королевство и Турция) фактически учредили должность главной медицинской сестры в качестве официально признанной роли. Эти медицинские сестры предоставляют рекомендации по вопросам сестринского дела и акушерства и часто выполняют ряд других функций. Однако их роли являются разнообразными и могут включать работу в отделе по сестринскому делу или в отделах кадровых ресурсов и медико-

¹ Tornquist, E. (Editor) 1997. Nursing Practice Around the World. WHO/HDP/Nur-Mid/97.5 Geneva: Nursing/Midwifery Health Systems Development Programme.

санитарного просвещения; аналогичным образом они могут работать полный или неполный рабочий день и у них может быть очень большой бюджет или совсем никакого. В странах, по-видимому, не только не существует стандартной практики, а более того, это положение часто меняется. Tornquist (1997 г.) отмечает, что в некоторых странах правительство не считает необходимым участие в разработке политики в качестве надлежащей роли медицинских сестер, а в других эта роль ограничена предоставлением рекомендаций лишь по вопросам сестринского дела. Тем не менее, сами медицинские сестры начинают требовать предоставления им гораздо более активной политической роли.

С тем чтобы моментально запечатлеть существующее положение в отношении как представительства медицинских сестер на высшем и правительственном уровнях в Европе, так и развития сестринского дела и акушерства в национальных масштабах Министерство по социальным вопросам и здравоохранению Финляндии и Европейское региональное бюро Всемирной организации здравоохранения в начале 1999 г. провели исследование (Министерство по социальным вопросам и здравоохранению, 1999 г.). Вопросник был разослан в 51 государство-член Европейского региона Всемирной организации здравоохранения, и ответы поступили из 27 стран. В вопроснике был ряд разделов. Особое значение для данного исследования "Дельфи" имел раздел по управлению сестринским делом. Вопросы в этой части касались существования должности руководителя медицинских сестер, участие руководителей медицинских сестер в процессе принятия решений, независимые полномочия руководителей медицинских сестер по принятию решений и существование национальной стратегии содействия развитию сестринского дела.

В целом результаты показали, что 17 из 28 стран имеют должность руководителя медицинских сестер на центральном правительственном уровне. В одиннадцати странах эти руководители медсестер участвуют в принятии решений в качестве руководителей сестринских отделений в центральном правительстве. В 13 странах руководители сестринского дела имеют независимые полномочия на принятие решений на центральном правительственном уровне в отношении сестринских служб, а в семи странах они отвечают за персонал; семь других стран утверждали, что у них не существует независимых полномочий на принятие решений. В целом медицинские сестры на этом уровне также утверждают, что они располагают незначительными возможностями для внесения вклада в политику других служб здравоохранения или в управление делами экономического характера.

Эти данные также продемонстрировали геополитические различия. Например, главные медицинские сестры в правительствах стран Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ) играют самые различные роли при принятии решений в области национальной политики. В 1997 г. Венгрия учредила новый отдел по сестринскому делу в Министерстве с 11 штатными единицами, ответственными за все вопросы сестринского дела за исключением образования. Последняя область охватывалась Министерством образования. Отдел по сестринскому делу в Венгрии был самым большим министерским отделом по сестринскому делу в Европе (Tornquist, 1997 г.).

Кроме того, во время проведения этого исследования новые независимые государства (ННГ) не признавали того, что медицинские сестры имеют законное право принимать участие в разработке политики или управлении. Существовало несколько признанных лидеров сестринского дела и очень небольшие формальные возможности для подготовки старших медицинских сестер. Они по-видимому не обладали профессиональными знаниями и имели слабые навыки управления и руководства. Это ограничивало их возможности как по содействию в разработке политики, которая вела к изменению или модификации системы здравоохранения, так и по развитию системы сестринской помощи. Несмотря на это, в некоторых ННГ министерства и сами медицинские сестры признавали необходимость участия медсестер в разработке политики.

Дополнительные геополитические вариации роли медсестер в разработке политики были обнаружены в странах Западной Европы. В некоторых странах, например, в Соединенном Королевстве медицинские сестры активно участвовали в разработке политики и играли ведущую роль в решении вопросов, касающихся профессии медсестры. В других странах, например, во Франции и Италии медсестры выполняли лишь консультативные функции. В Австрии, Германии, Италии, Мальте, Норвегии, Швейцарии, Швеции и других странах функции медицинских сестер на министерском уровне были ограничены. Несколько причин этого включали разбросанность медсестер по различным управлениям; федеральная правительственная структура, которая снижает роль медсестер в центре; и представление о том, что медсестринское дело просто не является настолько важным, чтобы быть представленным.

Совершенно ясно, что картина лидерства в сестринском деле по всей Европе не поддается сравнению, основана на множественном понимании роли главных медицинских сестер и их воздействия на политику и практику. Если требуется укрепить и систематично развивать сестринское дело в качестве профессии в международном контексте, тогда было бы полезно иметь общее представление о роли главных медицинских сестер в правительствах в Европе

и о качествах, которые требуются для кандидата на такую должность. Кроме того, эту информацию можно было использовать для создания широких возможностей развития системы главных медицинских сестер по всей Европе. В этих целях было проведено исследование "Дельфи" для сбора мнений основных участников в европейских государствах-членах, с тем чтобы достигнуть согласованности в отношении наиболее важных качеств, необходимых для занятия должностей главных медицинских сестер. Результаты этого исследования могут затем быть использованы для руководства и информационного обеспечения последующего расширения важных направлений.

Метод "Дельфи"

Цель метода "Дельфи" заключается в том, чтобы достигнуть согласия среди экспертов в отношении конкретной области научных исследований с использованием систематичного ярусного подхода к сбору мнений. Он определен Bowles (1999 г.) как:

"исследовательский метод множественных итераций, который позволяет проводить анонимное систематичное уточнение экспертной оценки в целях достижения обобщенной или согласованной позиции" (с. 32).

Этот метод адаптировался и изменялся со времени своего принятия в 1950-е годы, но все варианты этого подхода имели следующие общие черты:

- Группа экспертов используется в качестве респондентов.
- Работа проводится в письменной форме с использованием последовательности вопросников.
- Предпринимается попытка достигнуть согласованности в оценках.
- Гарантируется анонимность респондентов и их утверждений.
- Используются повторения и контролируемая анонимная обратная связь.
- Согласованность достигается путем использования ряда этапов распространения вопросника; на каждом этапе экспертам представляется резюме предыдущих результатов для получения их замечаний.

(Beretta, 1996 г.)

Хотя этот метод подвергся многочисленным трансформациям, основные принципы этой процедуры остались неизменными. Экспертам в определенной области присылается форма обследования, в которой им предлагается высказать свое мнение по данной теме. Замечания по возвращенным формам

тщательно анализируются исследователем, и составляется перечень наиболее часто выражаемых мнений. Они затем отсылаются первоначальным респондентам с просьбой выразить свой уровень согласия с этими мнениями. Ответы, полученные на этом этапе, подвергаются дальнейшему отбору и возвращаются в эту выборку в виде последовательных итераций до тех пор, пока не достигается согласованность в рамках этой группы экспертов.

Его использование в рамках научных исследований в области здравоохранения является очень широким (см. Bowles, 1999 г.; Crisp и др., 1999 г.; Williams и Webb, 1994 г.; Jones и Hunter, 1995 г.), поскольку он является особенно подходящим средством получения экспертной оценки для предоставления информации при разработке политики и принятии решений в областях, где имеются недостаточные информационные или эмпирические данные. Кроме того, метод "Дельфи" обладает способностью побуждать респондентов к содействию изменениям посредством того, что было названо "каталитическая обоснованность" (Bowles, 1999 г.).

Особое значение для настоящего исследования имеют те исследования "Дельфи", в которых предпринимались попытки установить существенные характеристики роли групп специалистов здравоохранения. Ниже приведены несколько примеров такого использования этого метода:

- Kirk и др. (1997 г.) – меняющаяся роль преподавателя сестринского дела после осуществления Проекта-2000 в Соединенном Королевстве.
- Sentell и Finstuen (1998 г.) – прогнозирование навыков руководства и связанные с ними правомочия руководителей больниц на судах в США.
- Novak (1998 г.) – основные правомочия, связанные с ролью руководителя сестринского дела в США.
- Macdonald и др. (2000 г.) – потребности подготовки персонала по гигиене труда в Европе.
- White и Wilkes (1999 г.) – роль медсестры, специализирующейся в области заболеваний грудной железы в Австралии.

Вышеприведенное научное исследование продемонстрировало не только жизнеспособность метода "Дельфи" для установления основных характеристик различных профессиональных ролей в области здравоохранения, но также ее международную применимость. По этим причинам этот метод считается наиболее подходящим для сравнения экспертной оценки наиболее важных видов компетенции, которые требуются от главных медицинских сестер в европейских странах.

Признанными преимуществами метода "Дельфи" являются следующие:

Анонимность ответа

Хотя результаты методов достижения согласованности, таких, как метод сосредоточенных групп, могут быть искажены в результате влияния единичного, мощного, напористого индивидуума на мнение группы, метод "Дельфи" осуществляется анонимно по почте. Это предоставляет респондентам возможность выразить свое мнение без запрета, давления или внутригруппового конфликта. Область языков экспертов, используемых в настоящем исследовании, предотвращает использование других методов достижения согласованности в группах.

Затраты

Поскольку в методе "Дельфи" используются почтовые вопросники, то не требуется проведение опросов или совещаний, а также это не связано с поездками; таким образом, он является методологией с низкими затратами. В этом отношении у него есть преимущества по сравнению с другими методами достижения согласованности. Европейская перспектива, имеющая значение для данного исследования, была бы связана с выделением значительных ресурсов и использованием альтернативных форм сбора данных.

Получение значительного количества данных

Метод "Дельфи" особенно пригоден для сбора скорее субъективных, а не объективных оценок по выбранной теме. Кроме того, поскольку все респонденты являются экспертами, но имеют различный уровень квалификации и опыта, доводятся до максимума качество и объем базы данных. В практической перспективе невозможно получить сравнимый объем информации при использовании других методов достижения согласованности.

Надежность метода

Хотя этот метод не может быть доведен до той же степени статистической точности, как формальные экспериментальные методы, он тем не менее соответствует основным психометрическим критериям. Надежность содержания устанавливается посредством использования группы экспертов (Goodman, 1987 г.), а номинальная надежность и очень совпадающая надежность обеспечиваются, когда достигается согласованность после ряда последовательных итераций (Williams и Webb, 1994 г.). Однако следует отметить, что трудно установить надежность этого метода, поскольку одним из самых распространенных способов установления методологической надежности и надежности результатов осуществляется посредством проведения исследований реплицирования, которые обычно не подходят для

методов "Дельфи". Разработка альтернативного, эффективного и надежного механизма сбора данных для настоящего исследования потребовало бы использования других, менее подходящих методологий и было бы также невозможным в пределах временных рамок.

Вышеперечисленные преимущества исследования методом "Дельфи" делают его выбор однозначным для данного исследования, при котором основное намерение заключалось в выявлении точек зрения экспертов в отношении качеств идеальной главной сестры на национальном уровне. Однако существуют вопросы методологической схемы, которые необходимо рассмотреть до его применения. Они изложены ниже с указанием того, каким образом каждый из них решался в настоящем исследовании. Подробные данные о точной методологии и выборке, использованных в этом исследовании, будут представлены в разделе, озаглавленном "Метод".

Выборка

Обычно не оговариваются никакие критерии для включения в группу кроме предположения о наличии опыта в данной области. Решения о включении в группу обычно согласуются посредством проведения дискуссий с основными участниками данного научного исследования (Crisp и др., 1999 г.). В настоящем исследовании понятие "эксперт" было согласовано с сотрудниками высшего звена в ЕРБ ВОЗ, под которыми подразумеваются соответствующие участники, работающие в отделах здравоохранения на правительственном уровне, и включают ряд специалистов здравоохранения и ответственных сотрудников национальных организаций, например, ассоциаций медицинских сестер и других признанных лиц, имеющих важную перспективу в этой области.

Объем выборки

Не существует никаких официальных рекомендаций в отношении надлежащего объема выборки, и Bowles (1999 г.) действительно указывает, что в исследованиях используется промежуточное между 7 и 1 685 число экспертов. Учитывая, что число экспертов, определенное выше, вызывается необходимостью, ограниченной для настоящего исследования, было принято решение после проведения дискуссий с региональным советником ЕРБ ВОЗ по сестринскому делу, что должны быть специально подобраны 15 респондентов в каждой из 22 европейских стран (N = 330). Выбор этих стран включал классификацию ВОЗ новых независимых государств, стран Центральной и Восточной Европы и Западной Европы, а также обычные геополитические классификации Скандинавии, Восточной и Западной Европы и стран Средиземноморья (см. раздел о выборке).

Отсев выборки во время последовательных этапов применения метода "Дельфи" может быть проблематичен, но может быть сокращен посредством назначения указанных отдельных лиц в каждой итерации (Beretta, 1996 г.). Этот прием был использован в настоящем исследовании.

Надежность результатов

Уже была рассмотрена содержательная, номинальная и совпадающая надежность метода "Дельфи". На надежность результатов также влияет процент возвращаемых анкет при высоком проценте начальных ответов и низком отсеве, связанным с повышением надежности.

Необъективность исследователя и определение согласованности

Поскольку исследователь не имеет прямого контакта с респондентами, отсутствует какая-либо возможность для оказания влияния на получаемые оценки. Хотя тем не менее существуют потенциальные возможности для субъективности исследователя при классификации ответов по общим концептуальным темам. Можно использовать независимую классификацию ответов с последующим анализом степени согласованности в целях сведения к минимуму этого источника необъективности, и именно такая процедура использовалась в настоящем исследовании.

Кроме того, как и в отношении других элементов "Дельфи" не существует никаких руководящих принципов, касающихся определения согласованности в рамках этого контекста. Обычно исследователи принимают произвольное и ретроспективное определение. Для исключения этого источника необъективности в примененном здесь методе "Дельфи" использовано количественное измерение согласованности на втором этапе, на котором можно было бы провести статистический анализ. В самом начале было решено, что это исследование будет прекращено, как только будет достигнут статистически значимый уровень согласованности ($p < 0,05$) по всем странам.

Метод

Схема

Для определения качеств, которые считаются существенными для главной медицинской сестры, было проведено обследование методом "Дельфи" (см. описание выше) в 22 европейских государствах – членах ВОЗ.

Материалы

Первый этап: был разработан вопросник с открытым числом вопросов, в котором был представлен план исследования и его цель и в котором респондентам предлагали дать столько качеств, навыков и умений, сколько, по их мнению, было необходимо для идеальной главной медицинской сестры на правительственном уровне. Были представлены примеры, которые охватывали личные качества, технические навыки, физические качества и интеллектуальные способности.

Второй этап: было проведено сортирование ответов, полученных на первом этапе, с тем чтобы составить более структурированный вопросник. В нем предлагалось респондентам регистрировать степень своего согласия/несогласия по неотмеченной визуальной шкале вариантов для каждой из 16 тематических характеристик, которые были определены на материале этапа 1.

Оба вопросника были переведены ВОЗ на самые подходящие языки для страны-реципиента, и каждый вопросник сопровождался письмом с объяснением цели этого проекта.

Выборка

Этап 1: были разосланы в каждую из 22 стран (Бельгия, Венгрия, Германия, Греция, Дания, Исландия, Испания, Италия, Нидерланды, Норвегия, Польша, Португалия, Россия, Словакия, Соединенное Королевство, Турция, Финляндия, Франция, Хорватия, Чешская Республика, Швейцария, Швеция) пятнадцать вопросников с предложением распределить среди основных участников – экспертов в национальной системе здравоохранения (N = 330). Эти эксперты в сопроводительном письме были определены в качестве основных участников в отделах здравоохранения на правительственном уровне и включали ряд специалистов здравоохранения.

Таким путем классификация ВОЗ европейских стран была охвачена этим обследованием, т.е. страны Западной Европы (СЗЕ), новые независимые государства (ННГ) и страны Центральной и Восточной Европы (СЦВЕ)². Кроме

² В число стран СЦВЕ входят: Албания, Болгария, Босния и Герцеговина, Бывшая Югославская Республика Македония, Венгрия, Латвия, Литва, Польша, Румыния, Словакия, Словения, Хорватия, Чешская Республика, Эстония, Югославия. В число ННГ входят: Азербайджан, Армения, Беларусь, Грузия, Казахстан, Киргизия, Республика Молдова, Российская Федерация, Таджикистан, Туркменистан, Узбекистан, Украина. В число СЗЕ входят: Австрия, Англия, Бельгия, Германия, Греция, Ирландия, Исландия, Испания, Италия, Нидерланды, Португалия, Франция, Швейцария и скандинавские страны.

того, были представлены обычные геополитические группы стран Скандинавии, Западной Европы, Восточной Европы и Средиземноморья.

Этап 2: пятнадцать экземпляров второго вопросника были возвращены тому же самому контактному лицу в каждой из стран, которые ответили на вопросы на первом этапе, с предложением распространить их среди тех же экспертов, которые были использованы ранее. На этапе 1 дали ответы 12 стран (Англия, Бельгия, Венгрия, Греция, Дания, Исландия, Нидерланды, Россия, Финляндия, Чешская Республика, Швейцария и Швеция), таким образом, на этом этапе было распространено 180 вопросников. Подробные данные о проценте возвращенных анкет, общем числе и распределении по странам будут приведены в разделе "Результаты".

Процедура

Вопросники для этапа 1 были направлены контактному лицу в ЕРБ ВОЗ для перевода на соответствующий язык для страны-реципиента. Экземпляры этого вопросника затем были разосланы контактными лицам, определенным ЕРБ ВОЗ в каждом из указанных выше 22 государств-членов, с сопроводительным письмом, в котором объяснялась цель этого проекта и было представлено руководство по определению экспертов. Респондентам было предложено представить такое количество качеств, какое они считают необходимым (см. выше раздел "Материалы") и в кратчайшие сроки вернуть этот вопросник контактному лицу в своей стране. Все вопросники заполнялись анонимно, но страна респондента была зафиксирована. Вопросники были переведены на английский язык и возвращены исследователям.

Четыре тысячи двести семьдесят три качества были внесены в расширенную таблицу, и исследователи независимо распределили их по категориям в рамках определенных семантических тем. На число используемых тем не накладывалось никакого ограничения. Для определения степени согласованности затем было проведено сравнение этих тем и их содержания между всеми исследователями. Хотя один исследователь определил 19 тем, а другой 16, было достигнуто соглашение о классификации 3 659 характеристик, что составляет согласие на уровне 85,6%. Меньшее число тем было использовано для второго этапа распространения вопросников по следующим причинам:

- семантическое сходство 3-х дополнительных наименований позволило объединить темы с другими 16-ю;
- категории с четким значением сведут к минимуму любую двусмысленность, которая может повредить их переводу;
- уменьшенное число означало, что поставленная на втором этапе задача будет более разрешимой для респондентов.

Таковыми темами были следующие:

- Политическая проницательность
- Лидерство
- Коммуникабельность
- Стратегическое мышление
- Разрешение конфликтов
- Надлежащее выполнение обязанностей
- Профессиональная надежность
- Исследовательские навыки
- Принятие решений/решение проблем
- Физические характеристики
- Порядочность/честность
- Личные качества
- Новаторство
- Содействие сестринскому делу
- Способность работать в коллективе
- Обработка информации

Каждое из этих качеств было включено в вопросник на втором этапе, причем к каждому была приложена неотмеченная визуальная шкала вариантов. В соответствии с договоренностью этот визуальный вариант состоял из строки в 10 см, причем левая крайняя позиция была помечена как "не имеющая никакого значения" и крайняя правая позиция с отметкой "чрезвычайно важные". К каждому качеству был приложен ряд образцов для иллюстрации характера рассматриваемого признака. Респондентам было предложено рассматривать эти признаки относительно их применимости к идеальной главной медицинской сестре. Им было предписано делать отметку на этой шкале вариантов в соответствии с тем, насколько важными они считают каждое качество в этом отношении.

Ответы были вновь возвращены контактному лицу в ЕРБ ВОЗ для перевода, а затем возвращены исследователям для проведения анализа. Поскольку ответы второго этапа поддавались количественному определению (каждая мера значимости выражалась расстоянием между левым концом шкалы и сделанной пометкой), ответы можно было анализировать с использованием метода логического выведения статистических данных (коэффициенты соответствия Кендалла) для оценки степени согласованности внутри всей выборки, а также степени согласованности внутри страны. Если на этом этапе не был бы достигнут статистически значимый уровень согласованности, итеративный процесс продолжался бы до достижения согласованности. Однако если будет достигнута значительная согласованность, исследование завершится на этом этапе.

Результаты

Первый этап: было получено 75 ответов в общей сложности из 12 государств-членов, которые разработали 4 273 качества. Это составляет 23% возвращения ответов отдельных участников и 54,6% ответов из стран. В число 12 стран входили Англия (n = 3), Бельгия (n = 6), Венгрия (n = 9), Греция (n = 1), Дания (n = 10), Исландия (n = 7), Нидерланды (n = 1), Россия (n = 1), Финляндия (n = 4), Чешская Республика (n = 1), Швейцария (n = 9) и Швеция (n = 11). Эти качества были распределены по определенным выше 16 темам со степенью частичного совпадения/согласованности 85,6%.

Второй этап: были получены 63 ответа из 12 стран, причем было получено 8 дополнительных ответов еще из 3 стран, но слишком поздно для их включения (Бельгия = 4, Финляндия = 1, Англия = 3). Это составляет 84% ответов от отдельных участников из выборки первого этапа и 100% ответов, полученных из стран. Был проведен анализ ответов по всей выборке и по отдельным странам с использованием ряда коэффициентов соответствия Кендалла. Результаты приведены ниже.

Таблица 1. Результаты применения коэффициентов соответствия Кендалла по странам и по всей выборке

СТРАНА	N	W	DF	χ^2	P	ЗНАЧЕНИЕ
БЕЛЬГИЯ	6	0,57	5	51.3	<0,001	согласованность
ДАНИЯ	10	0,23	9	34.5	<0,01	согласованность
НИДЕРЛАНДЫ	1	н/п*	н/п	н/п	н/п	н/п
ГРЕЦИЯ	1	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
ЧЕШСКАЯ РЕСП.	1	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
АНГЛИЯ	3	0,67	2	30,15	<0,02	согласованность
ВЕНГРИЯ	9	0,36	8	48,6	<0,001	согласованность
ИСЛАНДИЯ	7	0,3	6	31,5	<0,01	согласованность
РОССИЯ	1	н/п	н/п	н/п	н/п	н/п
ШВЕЙЦАРИЯ	9	0.36	8	48,6	<0,001	согласованность
ШВЕЦИЯ	11	0,3	10	49,5	<0,001	согласованность
ФИНЛЯНДИЯ	4	0,36	3	21,6	н/п*	отсутствие согласован.
ВСЕ СТРАНЫ	63	0,17	160,65	15	<0,001	согласованность

*н/п - не применимо. Статистический анализ бесполезен в тех случаях, когда получен лишь один ответ.

Эти результаты четко показывают значительный уровень согласованности по всем 12 странам и во всех странах за исключением Финляндии. Поскольку достигнут значительный уровень согласованности в рамках выборки, применение метода "Дельфи" можно прекратить на этапе 2. Эти согласованные в рамках выборки характеристики были самыми важными для главной медицинской сестры, и ниже они расположены в порядке их значимости:

1. Коммуникабельность
2. Способность работать в коллективе
3. Стратегическое мышление
4. Профессиональная надежность
5. Лидерство
6. Политическая проницательность
7. Порядочность/честность
8. Новаторство
9. Принятие решений/решение проблем
10. Личные качества
11. Содействие сестринскому делу
12. Надлежащее выполнение обязанностей
13. Разрешение конфликтов
14. Обработка информации
15. Исследовательские навыки
16. Физические характеристики

Качества, считающиеся самыми важными во всей выборке по отдельным странам, графически представлены на рис. 1–13.

Дополнительный анализ с использованием коэффициентов соответствия Кендалла был проведен с применением классификации ЕРБ ВОЗ стран, т.е. СЦВЕ, ННГ и СЗЕ. Поскольку лишь одна страна (Россия) из группы ННГ возвратила этот вопросник, анализ был произведен лишь на оставшихся двух группах. Результаты представлены в табл. 2, а также на рис. 14 и 15.

Таблица 2. Результаты применения коэффициентов соответствия Кендалла к группам стран по классификации ВОЗ

ГРУППА	N	W	χ^2	DF	P	ЗНАЧЕНИЕ
СЦВЕ	2	0,34	51	1	<0,001	согласованность
СЗЕ	9	0,19	148,2	8	<0,001	согласованность

Вышеуказанные результаты показывают, что существует значительная согласованность в группах СЦВЕ и СЗЕ. Порядок значимости этих качеств представлен ниже.

Таблица 3. Порядок значимости качеств в группах стран по классификации ВОЗ

КАЧЕСТВО	СЗЕ	СЦВЕ
Коммуникабельность	1	5
Способность работать в коллективе	2	6
Лидерство	3	12
Стратегическое мышление	4	3,5
Политическая проницательность	5	15
Профессиональная надежность	6	1
Порядочность/честность	7	9
Новаторство	8	8
Личные качества	9	13
Принятие решения/решение проблем	10	3,5
Содействие сестринскому делу	11	7
Надлежащее выполнение обязанностей	12	2
Исследовательские навыки	13	16
Обработка информации	14	14
Разрешение конфликтов	15	10
Физические характеристики	16	11

Дискуссия

Существует удивительно высокий уровень согласованности в рамках всей выборки в отношении качеств, которые требуются от идеальной главной медицинской сестры. Кроме того, из 8 стран, ответы которых можно было подвергнуть статистическому анализу, в 7 зарегистрирована весьма значительная согласованность в странах, хотя порядок значимости характеристик не обязательно полностью согласуется с ответом по всей выборке.

Эти результаты указывают на то, что существует достаточная согласованность в рамках выборки в отношении определенных качеств, которую следует рассматривать как согласованное мнение об идеальной медсестре. Поэтому, если сочтут важным то, чтобы все страны осуществляли подборку и подготовку лидеров сестринского дела в соответствии с единой согласованной в международных масштабах моделью, тогда для

информационного обеспечения этого процесса можно использовать определенные 16 качеств. Кроме того, если конкретные национальные перспективы и позиции считаются важными при определении главной медицинской сестры, тогда, за исключением Финляндии, в отдельных странах будет наблюдаться высокий уровень внутренней согласованности.

Эти 16 качеств тождественны качествам, выявленным в ряде последовательных исследований в области навыков лидерства, и поэтому эти результаты в некоторой степени подтверждаются как существующими эмпирическими исследованиями, так и теоретическими перспективами (например, Lorentzon, 1992 г.; Cook, 2001 г.; Cunningham и Kitson, 2000 г.). Например, хотя ведутся широкие дебаты вокруг качеств хорошего лидера, три характеристики получили высокую степень согласованности в научной литературе: социальное влияние (степень, в которой кто-то может изменять, управлять и разрешать отношения и поведение других и направлять их на достижение конкретного результата); поведение лидерства, которое включает стратегическое планирование, принятие решений, способность работать в коллективе; и авторитет (личные качества и профессиональная надежность в целях получения ряда запланированных результатов). В других исследованиях было обнаружено, что лидеры должны быть интеллектуальными и знающими людьми (Lorentzon, 1992 г.), обладать такими личными качествами, как теплота, доверие, порядочность и честность (Tremblay, 2000 г.), обладать навыками, связанными с новаторством и творчеством (например, Tremblay, 2000 г.), способными принимать политические решения, быть хорошими руководителями и политически проницательными (McCormack и Hopkins, 1995 г.). В этом отношении характеристики, определенные выше странами-респондентами, имеют логическую притягательность. Возможно более всего беспокоит тот факт, что в культуре оказания медико-санитарной помощи, основанной на фактических данных, придается очень низкий приоритет научным исследованиям и обработке информации. Если повестку научных исследований в сестринском деле осуществлять фронтально, тогда возможно потребуются уделение большего внимания обязательствам по научным исследованиям. Наибольший интерес и, возможно, разочарование вызывает относительно низкая значимость, придаваемая содействию "сестринскому делу в качестве профессии, полезной обществу". Это можно было рассматривать в качестве ключевой функции главных медицинских сестер на правительственном уровне и это, возможно, обеспечивает дополнительную законность данной позиции. Возможно, что главные медсестры на правительственном уровне до настоящего времени не смогли оказать влияния на других в плане раскрытия преимуществ надлежащей сестринской помощи для здоровья общества. Конечно, низкая значимость может также отражать или предположение о том, что эта концепция уже обладает достаточно высоким

уровнем признания или же что этой профессии следует уделять менее значительное внимание в повестке медико-санитарной помощи.

В целом результаты показывают ясный, логический и потенциально полезный характер этих характеристик, которые рассматриваются в качестве существенных для главной медицинской сестры. Они могут быть использованы не только для составления протокола для отбора, но их также можно использовать для информационного обеспечения основной деятельности по подготовке кандидатов на такие должности, с тем чтобы по всей Европе можно было достигнуть более последовательного и международного характера определения главной медицинской сестры.

Библиография

- Beretta R (1996) A critical review of the Delphi technique. *Nurse Reseracher*. 3(4) 79 - 89
- Bowles N (1999) The Delphi technique. *Nursing Standard* 13(4) 32 - 36
- Cook M (2001) The attributes of effective clinical nurse leaders. *Nursing Standard* 15 (35) 33 - 36
- Crisp J, Pelletier D, Duffield C, Nagy S & Adams A (1999) I t's all in a name. When is a Delphi study not a Delphi Study? *Australian Journal of Advanced Nursing* 16 (3) 32 - 37
- Cunningham G & Kitson A (2000) An evaluation of the RCN Clinical Leadership Development Programme: part 2. *Nursing Standard* 15 (13-15) 34 - 40
- Goodman C (1987) The Delphi technique: a critique. *Journal of Advanced Nursing* 12 729 - 734
- Jones J & Hunter D (1995) Consensus methods for medical and health services research. *BMJ* 311 376 - 380
- Kirk S, Carlisle C & Luker KA (1997) The implications of Project 2000 and the formation of links with higher education for the professional and academic needs of nurse teachers in the United Kingdom. *Journal of Advanced Nursing* 26(5) 1036 -1044
- Lorentzon M (1992) Authority, leadership and management in nursing. *Journal of Advanced Nursing* 17 525 - 527
- Macdonald EB, Ritchie KA, Murray KJ & Gilmour WH (2000) Requirements for occupational medicine training in Europe: a Delphi study. *Occupational and Environmental Medicine* 57(2) 98 - 105
- MCCormack B & Hopkins E (1995) The development of clinical leadership through supported reflective practice. *Journal of Clinical Nursing* 4 161 - 168
- Министерство по социальным вопросам и здравоохранению, Финляндия (1999 г.). *Сестринское дело и акушерство в 21-ом столетии. Исследование*

вопросов практики, управления, образования и научных исследований в области сестринского дела в Европе. Финляндия, Министерство по социальным вопросам и здравоохранению

Novak DA (1998) Nurse managers' opinions of their role. *Nursing Case Management* 3(6) 231 - 237

Sentell JW & Finstuen K (1998) Executive skills 21: a forecast of leadership skills and associated competencies required by naval hospital administrators into the 21st century. *Military Medicine* 163(1) 3 - 8

Tornquist E (1997) Nursing Practice Around the World. Документ WHO/HDP/Nur-Mid/97.5, Женева, Программа развития систем здравоохранения в области сестринского дела/акушерства

Tremblay M (2000) 'Stepping Stones': Leadership development in the NHS. Monograph from Tremblay Consulting

White K & Wilkes L (1999) The specialist breast care nurse: an evolving role. *Collegian* 6(4) 8 -13

Williams PA & Webb C (1994) The Delphi technique: a methodological discussion. *Journal of Advanced Nursing* 19 180 - 186

Приложение 1

Рисунок 1. Все страны - порядок значимости характеристик

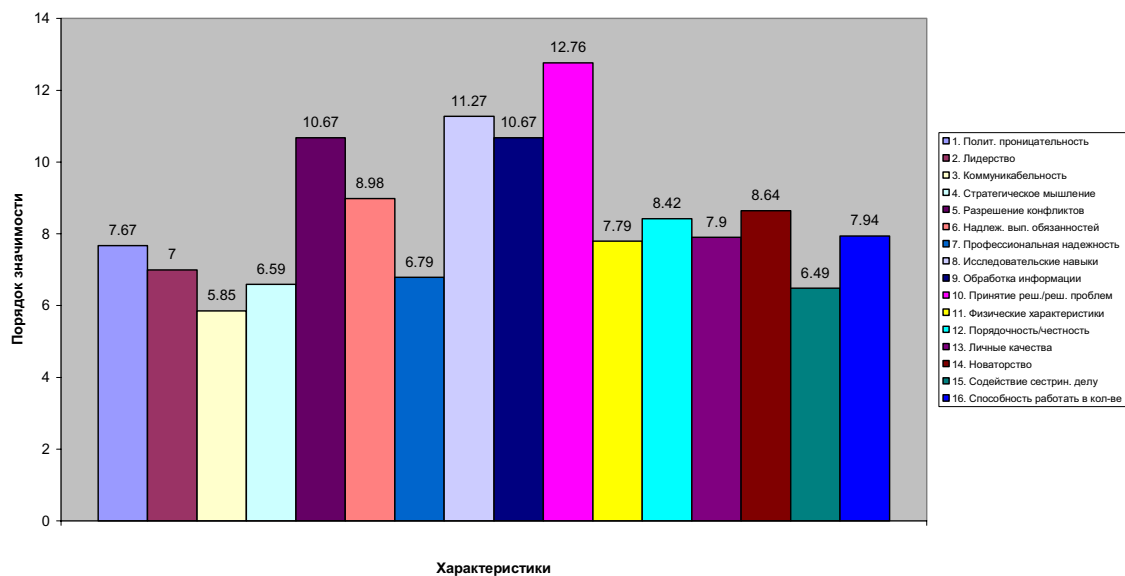


Рисунок 2. Бельгия - порядок значимости характеристик

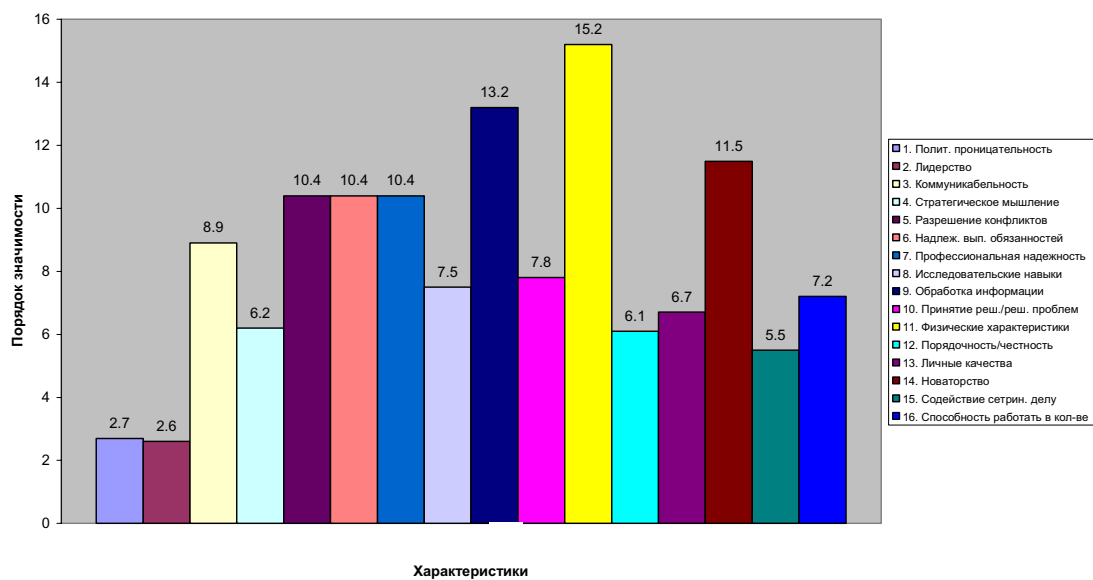


Рисунок 3. Дания - порядок значимости характеристик

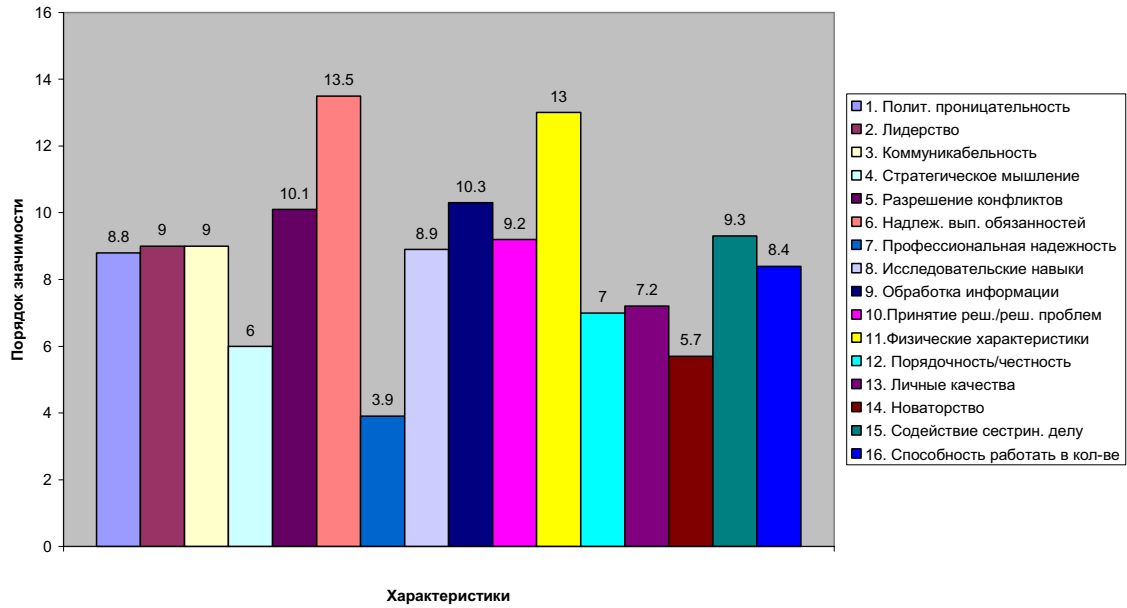


Рисунок 4. Нидерланды - порядок значимости характеристик

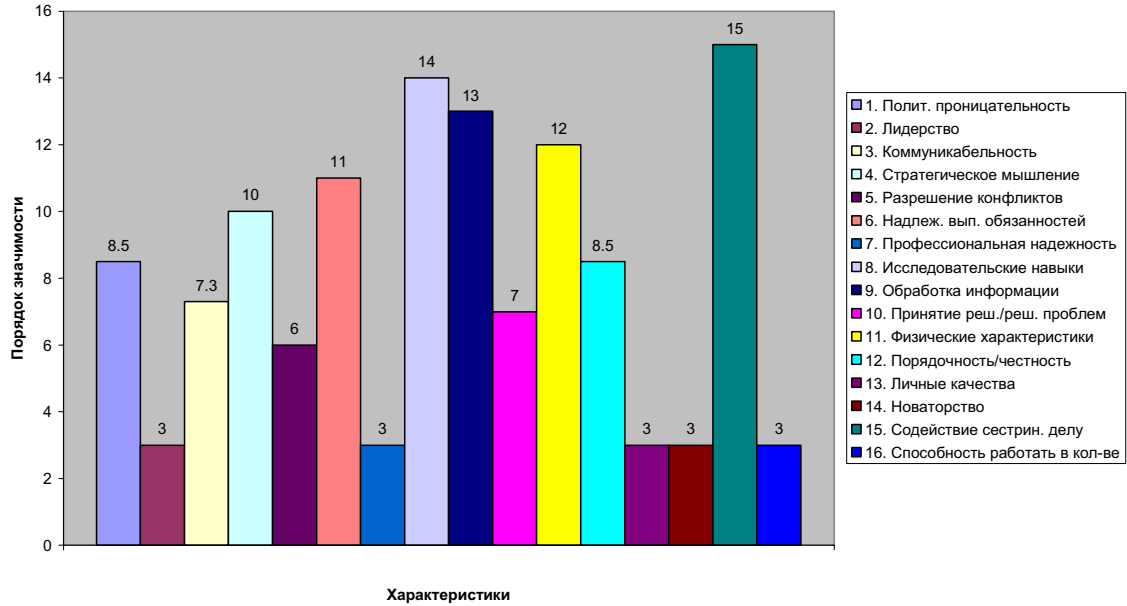


Рисунок 5. Греция - порядок значимости характеристик

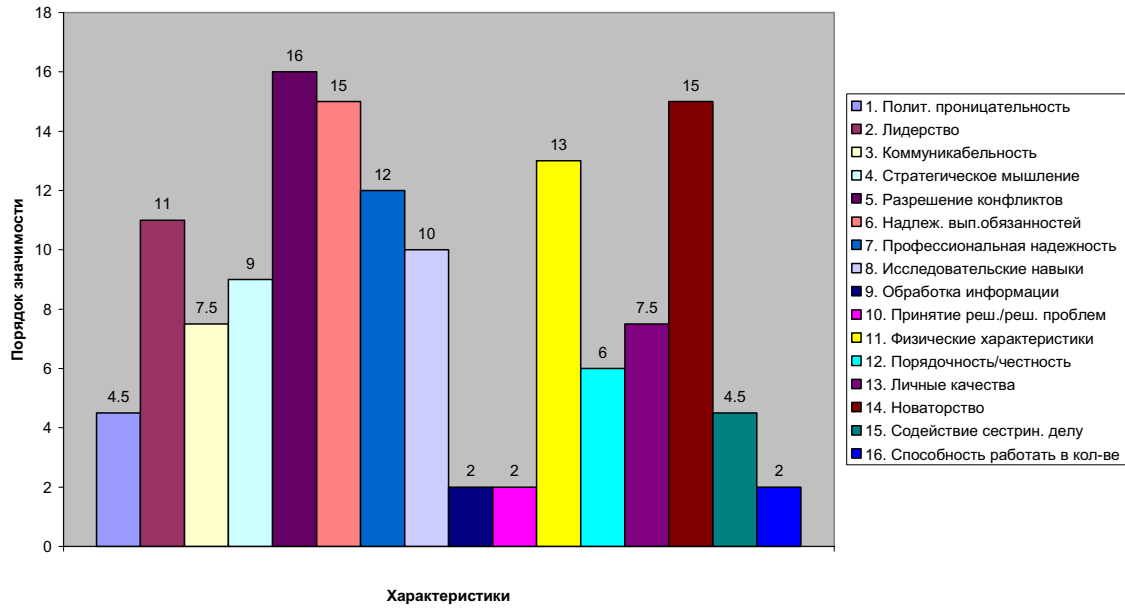


Рисунок 6. Чешская Республика - порядок значимости характеристик

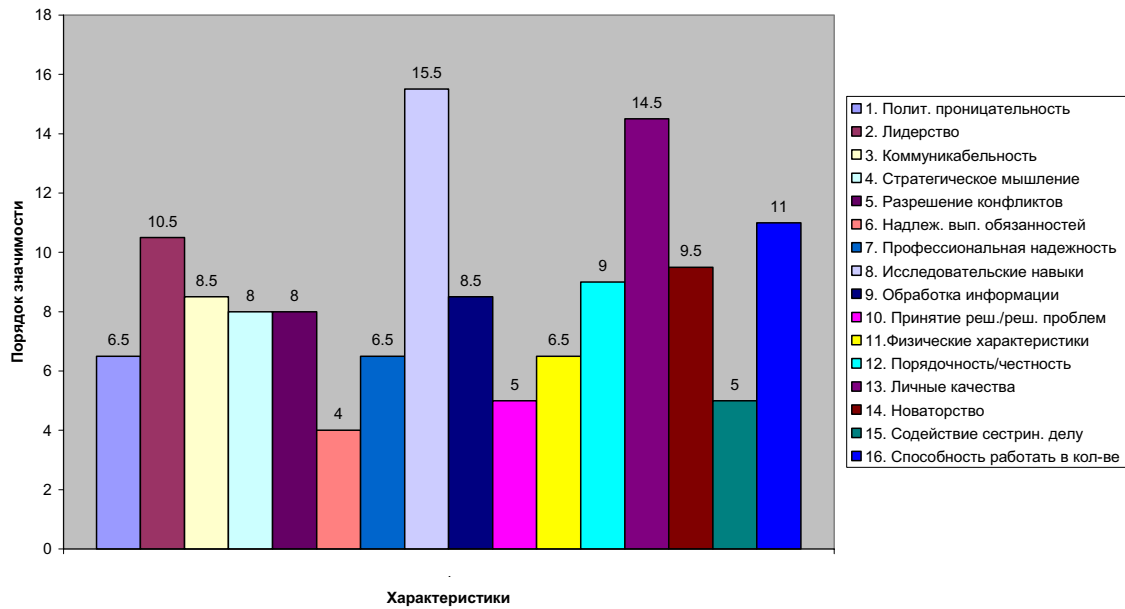


Рисунок 7. Соединенное Королевство - порядок значимости характеристик

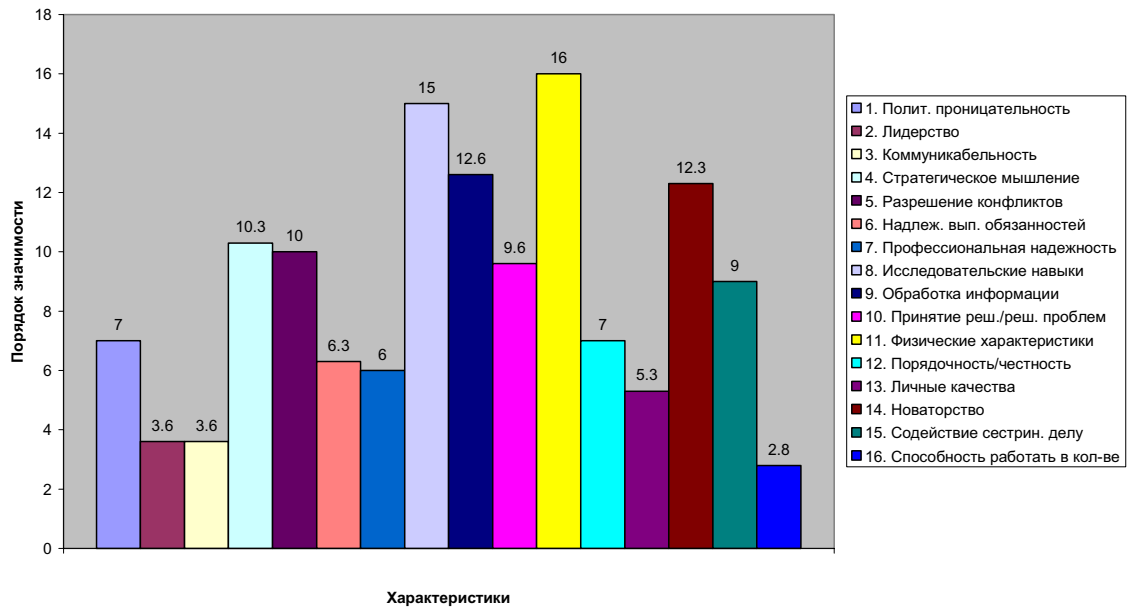


Рисунок 8. Финляндия - порядок значимости характеристик

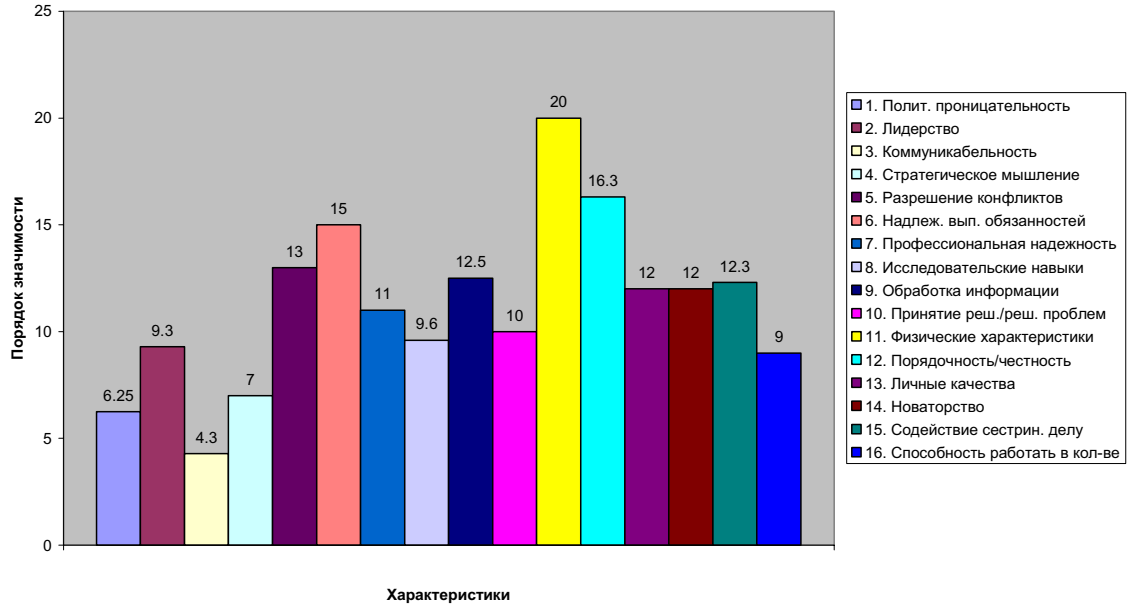


Рисунок 9. Венгрия - порядок значимости характеристик

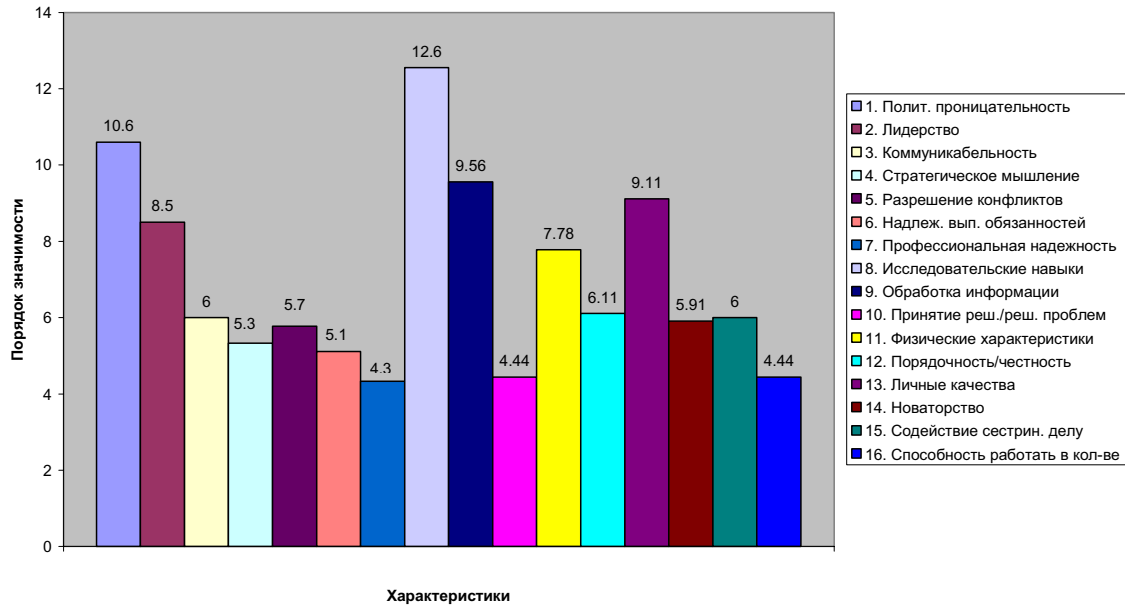


Рисунок 10. Исландия - порядок значимости характеристик

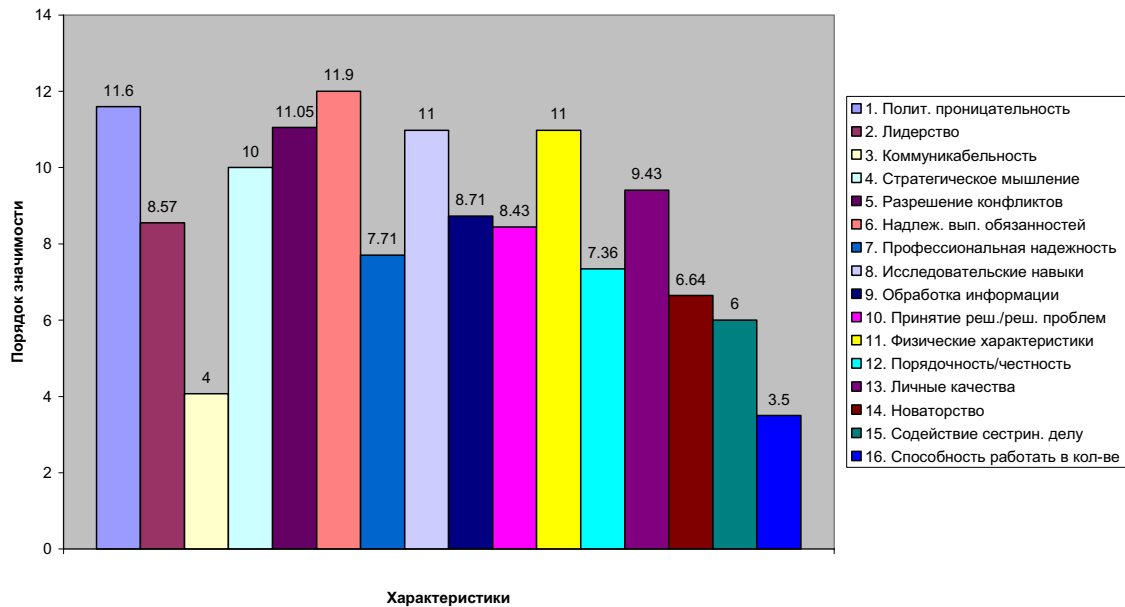


Рисунок 11. Россия - порядок значимости характеристик

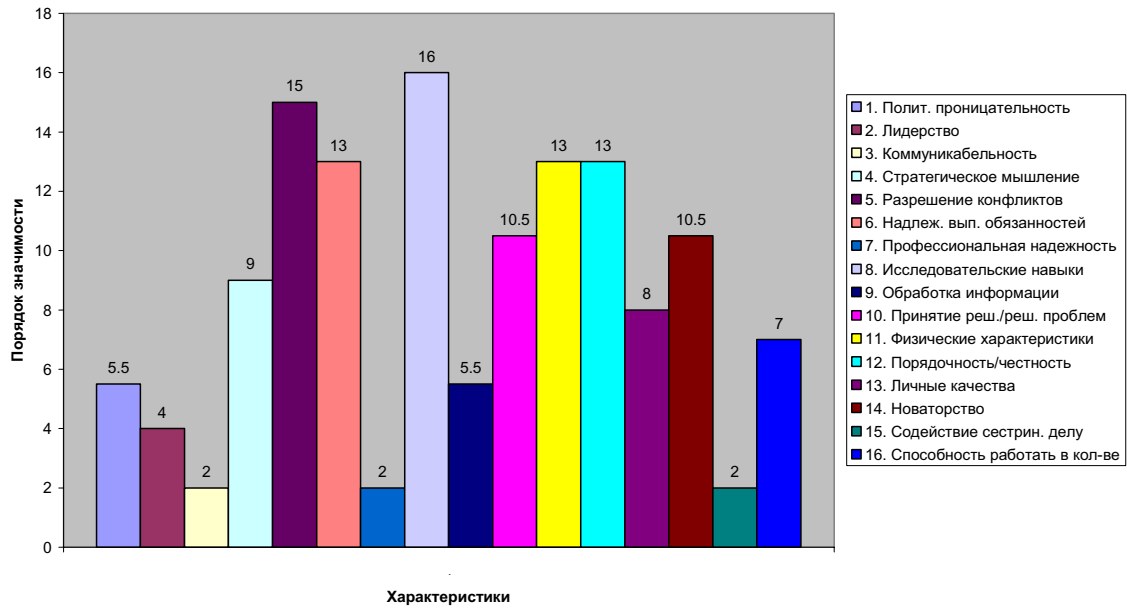


Рисунок 12. Швейцария - порядок значимости характеристик

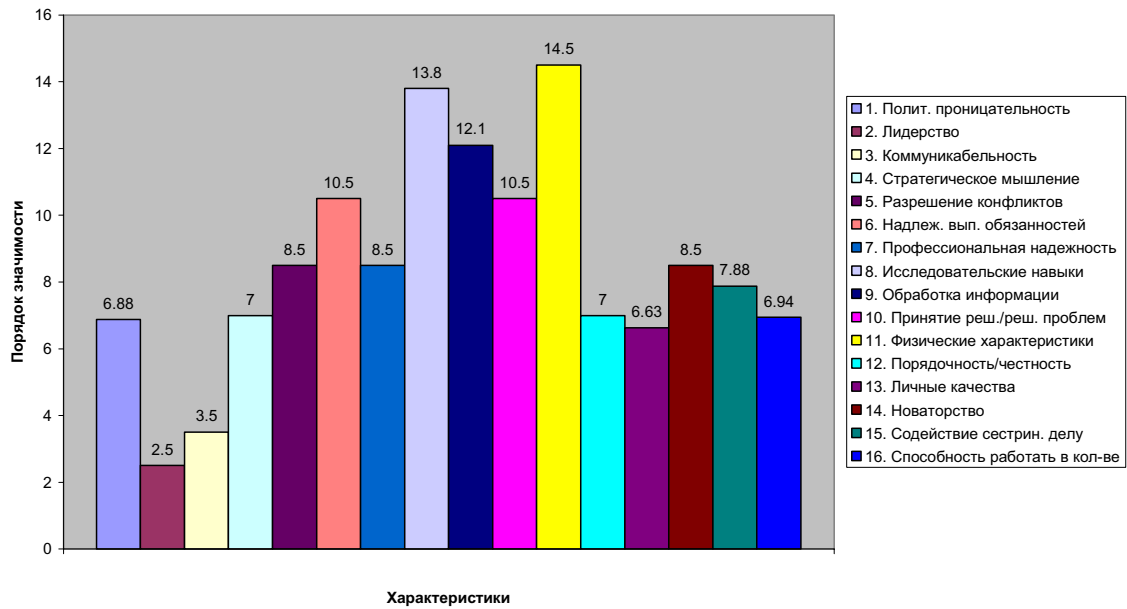


Рисунок 13. Швеция - порядок значимости характеристик

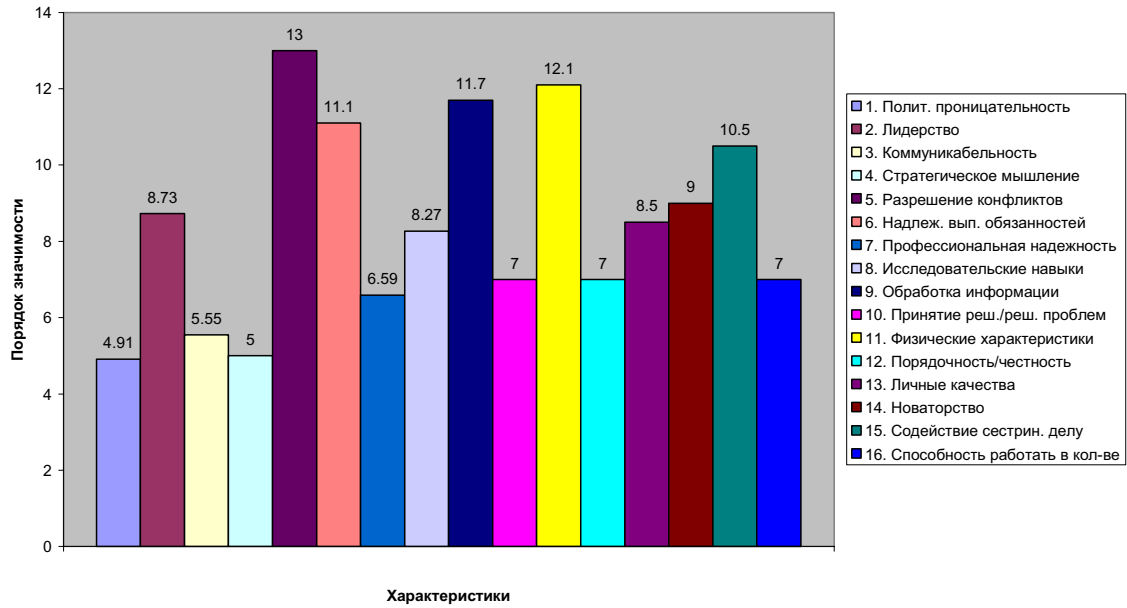


Рисунок 14. Страны Западной Европы - порядок значимости характеристик

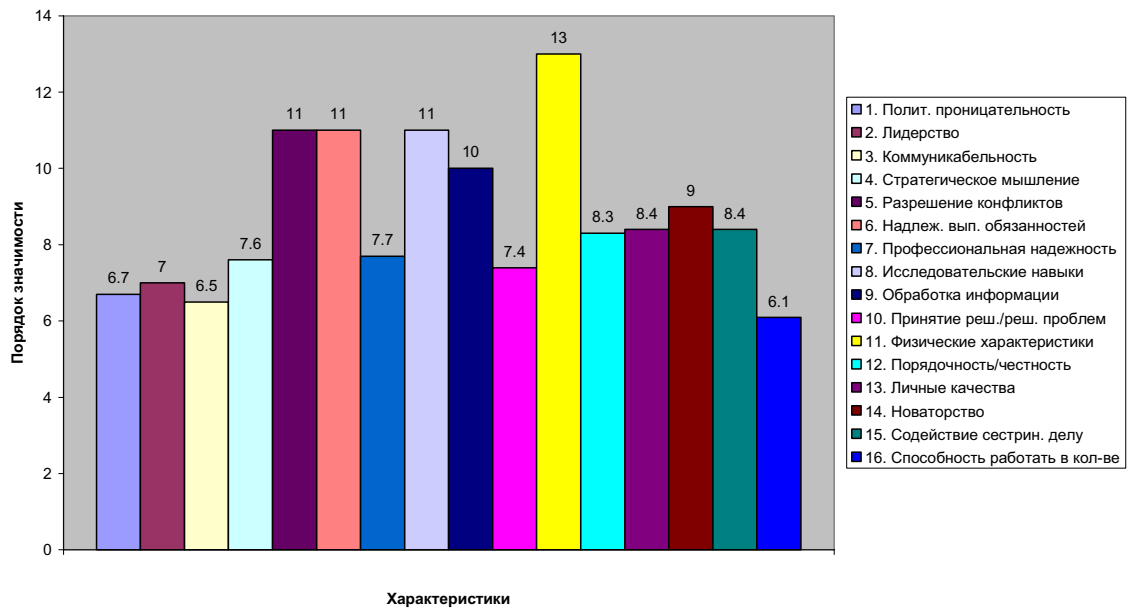
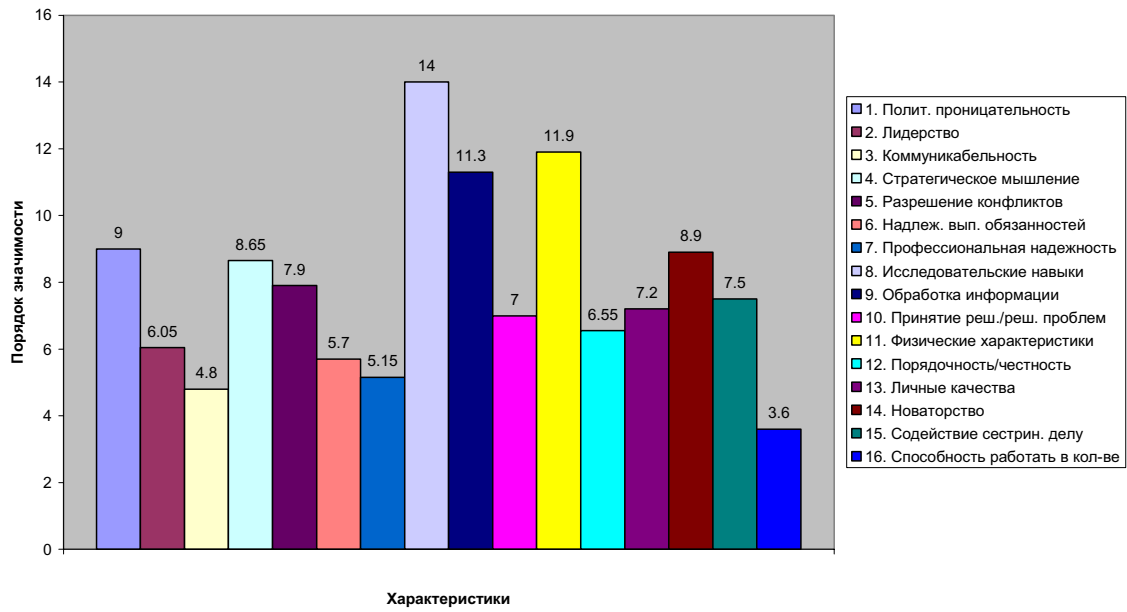


Рисунок 15. Страны Центральной и Восточной Европы - порядок значимости характеристик



EUR/01/5019319
ОРИГИНАЛ: АНГЛИЙСКИЙ
НЕОТРЕДАКТИРОВАННЫЙ ВАРИАНТ
E74525

Повышение роли главных медицинских сестер в ряде государств - членов ЕРБ ВОЗ приведет к необходимости систематического отбора и найма подходящих кандидатур на должности наряду с важным направлением подготовки как новых, так и существующих работников. Для информационного обеспечения этого процесса существенное значение имеет вопрос об определении качеств главной медицинской сестры, которые рассматриваются в качестве основных. В этих целях на начальном этапе было проведено исследование "Дельфи" в 22 государствах-членах. Согласованность была достигнута на втором этапе, в котором принимали участие 12 государств.



Всемирная организация здравоохранения
Европейское региональное бюро

Scherfigsvej 8
DK-2100 Copenhagen Ø
Denmark

Телефон: +45 39 17 17 17
Телефакс: +45 39 17 18 18
Телекс: 12000

Electronic mail: postmaster@who.dk
World Wide Web address:
<http://www.who.dk>