

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и высшего образования Российской Федерации

На правах рукописи

Шукуров Мурат Рызакулович

**МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ
УСЛОВИЯМИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ
ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО И ХИРУРГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

***3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза***

Диссертация
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор
Коновалов Олег Евгеньевич

Москва – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УДОВЛЕТВЕРЕННОСТЬ ЕЮ ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	14
1.1. Понятийный аппарат формирования компетенций у врачебных кадров	14
1.2. Мнение врачей о профессиональной деятельности и удовлетворенность работой в современных условиях	19
1.3. Приверженность врачебного персонала к медицинской организации.....	26
1.4. Потери здоровья и профессиональное «выгорание» у врачей различных специальностей.....	29
1.5. Проблемы последиplomного образования врачей.....	34
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	39
ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ.....	48
3.1. Обеспеченность населения Воронежской области врачебными кадрами различных специальностей.....	48
3.2. Квалификация врачебных кадров в Воронежской области.....	57
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ.....	61
4.1. Субъективная оценка здоровья врачами.....	61
4.2. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности.....	68

4.3. Мнение врачебного персонала государственных и частных медицинских организаций о факторах эффективности их деятельности.....	75
ГЛАВА 5. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТОЙ ВРАЧЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ.....	83
5.1. Корпоративная культура в государственных и частных медицинских организациях.....	83
5.2. Возрастно-половые особенности установок на трудовую деятельность и удовлетворенность работой врачей в государственных и частных медицинских организациях.....	92
ГЛАВА 6. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ.....	104
6.1. Качественный SWOT-анализ организации профессиональной деятельности врачей Воронежской области.....	104
6.2. Мероприятия по решению медико-социальных и организационных проблем профессиональной деятельности врачей...	107
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	115
ВЫВОДЫ	120
ПРЕДЛОЖЕНИЯ.....	123
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	125
ПРИЛОЖЕНИЯ.....	152

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВО – Воронежская область

КМП – качество медицинской помощи

МО – медицинская организация

НМО - непрерывное медицинское образование

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПК – повышение квалификации

ПП – профессиональная подготовка

ПС – профессиональные стандарты

РФ – Российская Федерация

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт

ЦФО – Центральный федеральный округ

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Медицинские кадры являются главной, наиболее значимой частью ресурсов здравоохранения и обеспечивают, в конечном итоге, результативность и эффективность всей системы здравоохранения [Кудрина В.Г., 2018; Вишняков Н.И. и соавт., 2021; Латышова А.А., Иванова М.А., 2023]. Следует отметить, что в современных условиях активных преобразований в отечественном здравоохранении без решения проблемы повышения статуса врачебной профессии невозможно успешно реализовать задачи по повышению доступности и качества медицинской помощи [Дедова Я.Д., 2020; Гераськин Д.В., 2020, Кича Д.И. и соавт., 2022].

В связи с этим важно отслеживать динамику основных элементов статуса медицинских работников, включая профессиональный уровень, отношение к своей профессии, удовлетворенность работой и условиями труда, систему материального и морального стимулирования, социально-психологический климат в коллективе [Богдан И.В., 2021, Зудин А.Б. и соавт., 2023].

При этом определение потребностей и удовлетворенности работой медицинских работников позволяет обеспечить наиболее полное их вовлечение в производственный процесс [Lasater К.В., 2016, Абрамов А.Ю. и соавт., 2023], сформировать благоприятный социально-психологический климат в трудовом коллективе и повысить трудовую мотивацию [Timofeev D.A., 2022].

Весьма актуальной для медицинских организаций является проблема приверженности персонала. Согласно имеющимся данным, лишь треть врачей планирует продолжать свою деятельность в той же должности, и только половина удовлетворена сложившимися условиями своего труда [Канева Д.А., 2019]. Мотивация, так же как удовлетворенность и желание персонала строить карьеру в конкретной организации, неразрывно связана с приверженностью к

ней [И.А. Аликин, 2016].

На приверженность персонала медицинской организации, мотивацию и удовлетворенность работой выраженное значение оказывают стиль руководства и взаимоотношения персонала с руководством, а также корпоративная культура в целом [Е.А. Перевезенцев, В.М. Леванов, 2020; С.В. Умнов и соавт., 2022].

Как свидетельствуют данные литературы, врачи бывают не удовлетворены мерами материального стимулирования, назначаемыми в качестве вознаграждения за дополнительные обязанности [А.В. Волнухин, 2017; В.И. Орел, 2022]. В то же время ряд исследований выявляют высокую потребность медицинского персонала в разнообразии трудовых процессов. Установлено, что особенно важным для медицинских работников является возможность выполнять трудовые задачи, предполагающие самовыражение и некоторую степень независимости [С.Н. Черкасов, 2018].

В последние годы все более явно проявляется проблема, связанная с нарушением психологического состояния среди лиц, чья деятельность относится к так называемым массовым профессиям, в особенности профессиям, связанным с общением. Данное явление определяется как специфический вид профессионального заболевания среди лиц, работающих с людьми, включая врачей [Попов В.В., 2015; Hodkinson A., 2022; McClafferty Н.Н., 2022].

Степень разработанности проблемы

Проблеме обеспеченности врачебными кадрами, в том числе первичного звена здравоохранения, посвящены работы Л.В. Руголь и соавт. (2019 и 2020), Yeronakova et al. (2022). Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений изучена в работе С.Н. Черкасова и А.Ю. Костиковой (2017), I.A. Krotov et al. (2021). Вопросу удовлетворенности медицинского персонала сети негосударственных поликлиник условиями труда посвящен труд А.В. Волнухина (2017).

Особенности влияния профессиональной деятельности на здоровье врачей и причины возникновения синдрома эмоционального выгорания у врачей анализируются в статье Ф.М. Осипова (2019). Профессиональному выгоранию у врачей различных специальностей посвящены исследования Ю.А. Шевцовой, Р.В. Дорошенко (2018), С.С. Петрикова (2020), А.С. Рыбиной и соавт. (2022).

Новые подходы к оценке профессиональной деятельности медицинских работников рассматриваются в работе В.Г. Кудриной и соавт. (2021). Диссертационное исследование А.И. Доровской (2017) посвящено оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях. А.Н. Ворониным и Е.Л. Николаевым (2013) дано описание психологических характеристик самоорганизации в профессиональной деятельности врача. Вопросы административно-правового характера профессиональной деятельности врача анализируются в работе Т.Е. Сучковой и А.В. Сучкова (2015). Система коммуникации в медицинской организации как фактор повышения ее эффективности рассматривается в исследовании И.И. Хайруллина и соавт. (2017). Оценке работы заведующих отделениями и их стилю руководства посвящены статьи А.В. Кочубей и С.Ю. Яроцкого (2022, 2023).

В аналитическом обзоре Е.А. Перевезенцева и В.М. Леванова (2020) мотивация рассматривается как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях. Социально-гигиеническая характеристика жизненных ценностей медицинских работников представлена в статье Т.В. Андреевой и соавт. (2017).

Проблеме научного обоснования модели управления процессом мотивирования врачебных кадров поликлиники посвящена работа А.А. Косенко (2015). Вопросы развития мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности рассматриваются в исследовании Д.А. Каневой (2019). Систему оплаты труда

как инструмент повышения качества медицинской амбулаторно-поликлинической помощи рассматривают в своем труде В.И. Орел и соавт. (2021). Современные подходы к формированию высокой приверженности персонала медицинской организации освещены в статье С.В. Умнова и соавт. (2022).

Все вышеперечисленное определило цель и задачи настоящего исследования.

Цель исследования

Разработать и научно обосновать предложения медико-социального и организационного характера по улучшению условий профессиональной деятельности врачей терапевтического и хирургического профиля в государственных и частных медицинских организациях.

Задачи исследования

1) Оценить динамику обеспеченности населения Воронежской области врачами различных специальностей.

2) Проанализировать отношение врачей к организации и безопасности труда, а также к работе в команде в государственных и частных медицинских организациях.

3) Определить ведущие мотивационные факторы и установки в работе врачей различных возрастно-половых групп в современных условиях.

4) Провести медико-социологическое исследование удовлетворенности и причин неудовлетворенности условиями профессиональной деятельности врачей терапевтического и хирургического профиля с учетом места работы.

5) Разработать комплекс научно-обоснованных мероприятий по улучшению медико-социальных условий профессиональной деятельности врачей.

Научная новизна исследования

- получена новая информация о состоянии и тенденциях обеспеченности населения Воронежской области врачами различных специальностей;
- изучены возрастно-половые особенности мотивации и установок на

трудовую деятельность у врачей терапевтического и хирургического профиля на современном этапе;

- получена оценка условий профессиональной деятельности и удовлетворенности ею врачей амбулаторного и стационарного звена к трудовой деятельности по материалам медико-социологического исследования;

- изучено мнение врачей о состоянии своего здоровья и наличии признаков эмоционального выгорания в зависимости от возраста, пола и специальности;

- показано отношение врачебного персонала государственных и частных медицинских организаций к условиям и безопасности труда, работе в команде и лидерству;

- проанализирована корпоративная культура в медицинских организациях различной формы собственности и приверженность к ним врачебного персонала;

- изучено мнение врачей государственных и частных медицинских организаций о нарушении их прав;

- научно обоснованы меры медико-социального и организационного характера по улучшению условий и повышению удовлетворенности профессиональной деятельностью врачебного персонала.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Заключается в том, что получена оценка условий профессиональной деятельности и удовлетворенности ею врачей терапевтического и хирургического профиля медицинских организаций амбулаторного и стационарного типа различной формы собственности. Выявлены особенности корпоративной культуры, отношения врачебного персонала государственных и частных медицинских организаций к условиям и безопасности труда, работе в команде и лидерству. На основе этого научно обоснован комплекс мер по улучшению условий и повышению удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью.

Содержащиеся в диссертации материалы нашли следующее практическое применение:

Рекомендации по улучшению медико-социальных условий профессиональной деятельности врачей терапевтического и хирургического профиля внедрены в практику работы медицинских организаций амбулаторного и стационарного типа Республики Ингушетия (письмо Минздрава Республики Ингушетия от 19.01.2024 г. № 22/217) и Республики Татарстан (письмо Минздрава Республики Татарстан от 16.01.2024 г. №083-01).

Получено свидетельство о государственной регистрации базы данных «Медико-социальная характеристика удовлетворенности работой врачей различных специальностей в государственных и частных медицинских организациях» (номер свидетельства RU 2023622479 от 20.07.2023 г.).

Информационно-методические материалы по улучшению медико-социальных условий работы и повышению удовлетворенности ею врачей терапевтического и хирургического профиля в медицинских организациях различной формы собственности используются при проведении циклов повышения квалификации врачей в Институте дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко» Минздрава России (справка о внедрении от 18.06.2024), ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы» (акт внедрения от 22.01.2024) и ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России (акт внедрения от 14.03.2024).

Методология и методы исследования

Методологической основой проведения исследования явился комплексный подход к его выполнению с использованием адекватных поставленной цели и задачам методов: библиографический, социологический, аналитический, SWOT-анализ, математико-статистический.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Современные врачи к главным мотивационным факторам своей деятельности наряду со стимулами материального характера относят также стимулы нематериального характера, включая профессиональное развитие и признание на рабочем месте.
2. Большинство врачей, особенно хирургического профиля в частных медицинских организациях, уверены в том, что работа в команде повышает качество и эффективность оказываемой медицинской помощи.
3. Общая положительная оценка удовлетворенности условиями профессиональной деятельности характерна для врачей частных медицинских организаций как стационарного, так и амбулаторного типа.
4. Комплекс мер медико-социального и организационного характера по улучшению условий и повышению удовлетворенности профессиональной деятельностью врачебного персонала в современных условиях.

Степень достоверности и апробация результатов

Достоверность полученных результатов определяется научно обоснованной программой исследования, репрезентативностью выборки, использованием адекватных методов исследования и статистической обработки.

Основные положения диссертации представлены, доложены и обсуждены на:

- XXVI Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2022);
- конференции «Инновационные медицинские технологии» в рамках XIV региональной специализированной выставки «Молодой изобретатель и рационализатор - 2023» (Тверь, 2023);
- XXVII Международной конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2023);

- конференции «Здоровьесберегающие медицинские технологии» в рамках региональной специализированной выставки «Экология. Образование. Бизнес» (г. Тверь, 2023);
- Всероссийской конференции с международным участием «Профилактическая медицина – вчера, сегодня, завтра» (Москва, 2024);
- XXVIII Международной конференции «Социально-гигиенический мониторинг здоровья населения» (Рязань, 2024);
- межкафедральной конференции медицинского института Российского университета дружбы народов имени Патриса Лумумбы (Москва, 2024).

Личный вклад автора

Все использованные в работе данные получены при непосредственном участии автора, который лично проводил сбор и обработку первичных материалов, а также анализ и обобщение полученных результатов. Проведен критический обзор научной литературы по теме исследования и разработана его программа. Проанализирована обеспеченность населения Воронежской области врачебными кадрами различных специальностей. Диссертантом проведен анкетный опрос по вопросам оценки собственного здоровья, условий профессиональной деятельности и удовлетворённости работой. В итоге был научно обоснован комплекс мер медико-социального и организационного характера по улучшению условий и повышению удовлетворенности профессиональной деятельностью врачебного персонала государственных и частных медицинских организаций.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пункты 8, 10, 15.

Публикации

По материалам проведенного исследования опубликовано 10 работ, в том числе 2 публикации в журналах, индексируемых в международных базах цитирования (Scopus) и 2 публикации в журналах, входящих в Перечень РUDN.

Объем и структура диссертации

Основной текст диссертационной работы изложен на 158 страницах машинописного текста, состоит из введения, шести глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы и приложения. Диссертация содержит 17 рисунков и 46 таблиц. Список используемой литературы включает 208 источников, из которых 68 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. АКТУАЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И УДОВЛЕТВЕРЕННОСТЬ ЕЮ ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

1.1. Понятийный аппарат формирования компетенций у врачебных кадров

В процессе оценки качества медицинской помощи (КМП) ведущая роль принадлежит показателям, которые отражают ее эффективность, удовлетворенность потребителя и производственные затраты, в том числе оценка кадровых, материальных и технических ресурсов для пациентов и сотрудников медицинских организаций [42; 67; 94].

Отдельного внимания заслуживает оценка обеспечения ресурсами. Их главная часть, медицинские кадры, отвечают за результат и эффективность работы всей системы здравоохранения [39; 50]. Именно поэтому при интегральной оценке КМП нужно учитывать степень удовлетворенности объемом и качеством лечебно-профилактических мероприятий не только пациентов [141; 161], но и сотрудников лечебных учреждений [75; 170].

Изучение потребностей медицинских работников и удовлетворенности рабочим процессом дает возможность увеличить полноту вовлечения персонала в производственный процесс [177], создать благотворный психологический и социальный климат в коллективе и повысить мотивацию к труду [36; 203; 208]. В наши дни возмещение расходов медицинских организаций в денежном выражении напрямую связано с качеством оказания помощи и услуг, что повышает роль кадрового ресурса в поддержке стабильности этого качества и в управлении КМП [25; 31; 129; 118; 150].

В настоящее время в России насчитывается 551,4 тыс. врачей различных специальностей, что составляет 37,6 на 10 тыс. населения. Подавляющее большинство (71%) из них женщины. В сельской местности работает 53,1 тыс. врачей, обеспеченность которыми всего лишь 14,2 на 10 тыс. соответствующего населения. На долю клинических врачебных специальностей приходится 63,5% (94,4% терапевтического и 5,8%

хирургического профиля), 3,7% на руководителей медицинских организаций и их заместителей. В структуре клинических врачебных специальностей терапевты составляют 10,3%, акушеры-гинекологи – 10,2%, анестезиологи – 9,1%, неврологи – 6,1%, офтальмологи – 3,7%, травматологи-ортопеды – 3,6%, кардиологи – 3,3%, врачи общей практики – 3,2%, врачи скорой медицинской помощи и врачи психиатры – по 3%. Удельный вес врачей других клинических специальностей не превышает 3,0% [96].

По данным официальной статистики 42,6% врачей всех специальностей имеют квалификационную категорию и 95,8% - сертификат специалиста [96].

Среди приоритетных целей национального проекта «Здравоохранение» имеет место «ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях» [80]. Дефицит кадров – проблема не только количества медицинского персонала, но и его качества. Для того, чтобы ее решить, нужно формулировать адекватные и четкие требования в сфере медицинской деятельности, определять наличие у специалистов необходимых компетенций, а также возможность их реализации. Дефицит медицинских кадров в нашей стране связан в основном с неравномерным внутренним распределением специальностей [23; 199].

В числе направлений оптимизации работы медицинских учреждений особенно отмечается кадровая составляющая, потому что она способна обеспечить нужный результат по остальным направлениям [34; 56]. В «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» есть указание на «повышение профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников» (раздел IV, п. 17) [123]. Квалификация работника – это понятие, имеющее юридическую защиту, которое определяется как «уровень знаний, умений, профессиональных навыков и опыта работы работника» (Трудовой кодекс РФ, ст. 195.1) [119].

Цитируемый Трудовой кодекс внес определенные правки в другие правовые акты. Например, Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» (№ 273-ФЗ). При этом в 273-ФЗ термин «квалификация» имеет

иную трактовку. Это «уровень знаний, умений, навыков и компетенций, характеризующий подготовленность к выполнению определённого вида профессиональной деятельности» (ст. 2. п. 5) [125]. Из-за отсутствия обозначения данного термина, значимого юридически, можно найти определенное разнообразие его сфер использования и трактовок: для названия структурных подразделений (различные Центры компетенций), обозначения целевой области оценок (компетентностный подход) и характеристики специалистов (профессиональные и личностные качества) [56; 121].

В практическом смысле последняя упомянутая ситуация имеет тесную связь с возникновением термина «компетенция», которое произошло в 1965 году и применялось для того, чтобы охарактеризовать способность индивидуума к выполнению определенной деятельности. Приоритет компетенций получил научное обоснование. Продемонстрировано их формирование на базисе знаний, умений, навыков и полученного опыта. Когда в российской системе образования были приняты Болонские принципы, компетентностный подход получил новое развитие. Вначале он был закреплён только для поддержки образовательного процесса, но позднее получил роль ориентира в том числе для практического здравоохранения [13].

В соответствии с задачей обеспечения медицинской деятельности, регламентирующих или контролирующих мер, термин «компетенция» может трансформироваться. При этом он сохраняет общие черты: наличие знаний, умений, навыков, готовность эффективно действовать в конкретной ситуации. Это не простая сумма перечисленных слагаемых, умноженная на личный опыт, а их накопление с ориентацией на практику. Европейская формулировка обсуждаемого понятия отличается тем, что нужный набор характеристик необходимо «освоить и продемонстрировать» [13].

Роль такого направления в процессе модернизации здравоохранения отмечена В.З. Кучеренко с соавт. (2006). Ими указано, что для повышения качества медицинской помощи нужно активно повышать квалификацию специалистов. Для этого обучение и контроль его результативности должны

быть непрерывными [58]. Анкетирование врачей показало острую потребность здравоохранения в разработках и внедрении отечественных инновационных технологий и выявило многочисленные препятствующие этому факторы [143; 198].

Для проведения экспертизы КМП в лечебно-профилактических учреждениях есть критерии, которые учитывают личностные и профессиональные качества сотрудников. При этом большое внимание уделяется применению в профессиональной деятельности «клинических протоколов и алгоритмов выполнения манипуляций» [86; 87].

Авторы профессиональных стандартов при определении компетенций учитывали особенности включения «в профессиональных стандартах при описании трудовых функций и трудовых действий, необходимых знаний и умений» [20].

Самая уязвимая позиция - это подход к самой диагностической и лечебной работе. Известна целая серия изданных друг за другом документов, которые мало что изменили с тех времен, когда в 2014 году Д.В. Пивень и соавт., отмечали, что «...большинство руководителей медицинских организаций просто не представляют себе, а какой собственно порядок они должны организовать для осуществления внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности» [83].

Этот выбор должен идти вслед за реализацией обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности по регламенту. На модели внутреннего контроля КМП с этой целью применялись технологии «WorldSkill Russia» – «проверки умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности» [113]. Внутренний контроль КМП для врачей лечебного учреждения - это «задача профессиональной деятельности». Сформулировав ее как ведущую базовую компетенцию, была попытка ввести новый вектор улучшения профессиональных стандартов медицинской практики и образовательных программ для сотрудников в форме описательной компетентностной модели

развития их профессиональных способностей, имеющей четкую структуру. Начиная использование технологии «WorldSkill Russia», ввели в употребление и её терминологический базис. Компетентностный подход дает возможность применять WorldSkills по любым пунктам «проверки умений, знаний и практического опыта при выполнении задания, решения задачи профессиональной деятельности» [142; 173].

Оценка объема требований и компетенций выступила целью отдельного исследования, базирующегося на организационно-распорядительных документах и нормативно-правовых актах с переходом всех медицинских специалистов к аккредитации – обязательному условию допуска к профессиональной деятельности (2021 г.). Поликомпонентная экспертиза, анализа содержания и систематизация информации создали условия для характеристики ситуации, расстановки акцентов и выявления «опасных мест» в обосновании конкретных требований к профессиональным качествам [49].

Особого внимания заслужил поиск единого информационного базиса для подготовки и развития медицинских работников в профессиональном плане: федеральные государственные образовательные стандарты (ФГОСы) подлежат утверждению в Министерстве образования и науки России, большая часть их приняты раньше профессиональных стандартов (ПС), что создает противоречие приоритету ПС в медицинской деятельности. ПС утверждает Минтруд России, а внутренние профессиональные ориентиры–стандарты, протоколы ведения пациентов, порядки, клинические рекомендации, требования к медицинской деятельности подлежат утверждению Министерством здравоохранения России. Медицинским работникам важны не установочные нормы, а конкретные требования к профессиональной деятельности. Для клиницистов (в том числе организаторов здравоохранения) приоритетом являются требования по внутреннему контролю качества и безопасности медицинской деятельности [93], для обеспечения которых нужны опыт работы и должный уровень знаний.

В «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на

период до 2025 года», утверждённой Указом Президента РФ от 06.06.2019 №254, среди приоритетов выделено совершенствование системы медицинского образования [123]. Цели для достижения имеют модернизированную основу профессионального обучения (НМО) и аккредитации медицинских работников. Для ее построения созданы все принципы и с этапы допуска к труду, без которых решение проблем медицинских кадров с обязательным контролем необходимой последовательности стадий реализации не представляется возможным.

В наши дни введён в практику механизм и идет отслеживание кадровых ресурсов в Федеральном регистре медицинских и фармацевтических работников, выполняется видовой учет последиplomной подготовки врачей в формате профессиональной переподготовки (ПП), повышения квалификации (ПК) с учетом профессиональных мероприятий, от сертификации медицинские работники переходят к аккредитации. Но вопрос, который в Приказе Минздрава РФ от 07.06.2019 №381н определён как «формирование системы оценки деятельности и развития кадрового потенциала работников медицинских организаций» [91], остается открытым. На компетенции сейчас ориентируется «система оценки деятельности», и с точки зрения данного подхода предполагается построение механизма допуска к работе по профессии [46; 49].

Но продолжается выявление несовершенства нормативно-правового регулирования в области менеджмента качества и безопасности лечебно-диагностической работы, что послужило причиной множества клинических случаев, когда страховые медицинские организации осуществляют полномочия государственного органа по осуществлению проверки качества и оценки условий оказания помощи, высказывают мнение о способах решения проблемы [111; 117].

1.2. Мнение врачей о профессиональной деятельности и удовлетворенность работой в современных условиях

Социальный статус врача можно определить, как сочетание

обязанностей и прав, социальных потребностей, объема и формата вознаграждения в материальном и моральном выражении, сформировавшихся нормативов поведения, обусловленных основными характеристиками функционирования системы здравоохранения как социального института. Сейчас, когда активно ведутся активные преобразования в системе здравоохранения, крайне важно следить за динамикой составляющих статуса медицинского персонала. Квалификационный уровень, материальное благополучие, удовлетворенность условиями труда, система моральной и материальной стимуляции, отношение к своей специальности, психологический и социальный климат в коллективе, уровень коммуникации в системе врач-пациент - все это влияет на результативность лечебной работы [11; 163; 200].

Повысить доступность и качество медицинской помощи невозможно без решения проблемы роста профессионального статуса врача за счет подготовки специалистов, оптимизации системы оплаты труда, улучшения его условий, модернизация техники на рабочем месте и т.д. [5; 11; 12; 21; 22; 26; 47].

Медико-социологический мониторинг, работающий постоянно в системе обязательного медицинского страхования (ОМС), имеет в своем арсенале результаты опросов по изучению удовлетворенности медицинских работников своей трудовой деятельностью с подразделением на разные ее аспекты и показатели профессионального статуса [130; 137].

Работа с упомянутыми результатами определила список проблем, которые влияют на эффективность работы. Это дефицит кадров молодого возраста в лечебно-профилактических учреждениях и низкие цифры дохода в медицинских семьях. Даже при высокой квалификации врачей, чему работодатель, безусловно, способствовал, уровень заработной платы их не устраивал. Большинство респондентов оценивали условия работы как удовлетворительные, но большое внимание уделили воздействию на организм психологического напряжения [41; 104; 131; 136]. В основной массе врачи оказались удовлетворены работой. Чаше это удовлетворение касалось

занимаемой должности, психологическим климатом в коллективе и формата работы администрации лечебного учреждения. Гораздо ниже оказалась удовлетворенность особенностями материальных и моральных вознаграждений на рабочем месте, перспективами карьерного роста и престижем медицинской организации. Взаимоотношения с коллегами в основном были охарактеризованы благоприятно. При этом отмечено, что чаще всего конфликты возникали из-за несогласий в распределении функциональных обязанностей [41; 63; 108].

Вместе с этим, опрошенные врачи отмечали ряд организационных проблем как объективного характера (связанные с дефицитом финансирования здравоохранения), включая устаревшее оборудование, низкий уровень оплаты труда (не зависящий к тому же от его количественных и качественных показателей), перегрузку врачей (в том числе из-за нехватки среднего медицинского персонала), так и субъективные. К их числу были отнесены недостаточный уровень менеджмента в лечебно-профилактических учреждениях. Большинство респондентов нуждалось в дополнительных знаниях, как по своей основной специальности, так и в вопросах организации и экономики здравоохранения. Называлась необходимость установления четкого взаимодействия (обратной связи) между руководителями и медицинским персоналом, что могло бы способствовать выработке оптимальных (оправданных и ясных для исполнителей) управленческих решений [41].

Следует отметить, что результаты социологических исследований свидетельствуют о недостаточной удовлетворенности врачей организацией лечебно-диагностического процесса в больницах, перечнем диагностических методов исследований. По мнению авторов, это необходимо учитывать руководству при управлении деятельностью учреждения и организации информационно-образовательной работы среди врачей по регулярному ознакомлению их с программными документами развития здравоохранения [7].

В других работах опрос обнаружил позитивную тенденцию в динамике мнения врачей о качестве медицинской помощи в стационаре и те факторы, которые оказывают максимальное влияние на его оценку. При росте значения кадровых ресурсов в системе здравоохранения и с учетом результатов исследования есть предложение предусмотреть, чтобы техническая, образовательная и трудовая мотивация врачей способствовали их профессиональному росту, улучшению коммуникации в коллективе и стремлению к модернизации процесса лечения и обследования пациентов [31; 40; 165].

Особое внимание уделяется модернизации поликлинических организаций, что обуславливает актуальность медико-социологических исследований этого направления в контексте информированности медицинских работников об изменениях, происходящих в сфере здравоохранения и ОМС, а также их отношения к этим изменениям. Установлено, что в наибольшей степени медицинское профессиональное сообщество готово поддержать изменения в системе здравоохранения, направленные на привлечение молодых специалистов в медицинские организации, повышение заработной платы медицинских работников, увеличение объемов финансовых средств, поступающих в учреждения здравоохранения, улучшение лекарственного обеспечения и обеспеченности современным медицинским оборудованием, внедрение современных информационных технологий. По мнению исследователей, внедрение современных информационных систем в медицинских учреждениях необходимо сопровождать организацией специальных курсов и тренингов по обучению персонала [97].

Представляют интерес результаты фотохронометражного исследования рабочего процесса врачей-терапевтов участковых, оказывающих первичную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях. Установлены средневзвешенные затраты рабочего времени врача-терапевта участкового при посещении одним пациентом ($15,30 \pm 2,0$ мин) и при посещении на дому

(32,5±2,0 мин) [62].

Согласно данным анкетирования, особое значение приобретает характер и направленность организационно-управленческих решений. В числе первоочередных задач, например, педиатрической службы, по мнению участковых педиатров, находятся решение кадрового вопроса и укомплектование педиатрических участков врачами и врачами узких специальностей. Одной из основных проблем в первичной медико-санитарной помощи современной педиатрической службы остается проблема высокой загруженности участковых педиатров, что, несомненно, отражается на качестве лечебной и профилактической работы. Отмечается низкая готовность участковых педиатров к активному восприятию новаторских преобразований в деятельности детской поликлиники, требующих психологической перестройки медицинских работников. Наиболее ярко это проявилось в процессе внедрения информационных технологий и национального проекта «Бережливая поликлиника» [4].

В России проводится реформа системы оплаты труда работников бюджетной сферы, именуемая введением эффективного контракта. Исследование вскрыло разнонаправленное влияние эффективного контракта на готовность врачей работать более интенсивно и качественно. Однако большинство из них (особенно молодые врачи) высказали позитивное мнение о влиянии стимулирующих надбавок на трудовую мотивацию. Результаты проведенного исследования показывали, что изменения в системе оплаты труда врачей, направленные на рост их заработной платы, необходимы, но явно недостаточны. В статье это интерпретируется как следствие действия закона оптимума мотивации, согласно которому позитивный мотивационный эффект наблюдается только в том случае, если стимулы имеют среднюю силу воздействия. Особое место в работе уделено влиянию практик неформальных платежей на мотивацию врачей. Показано, что эти практики сглаживают мотивационный эффект, наблюдаемый от новых правил оплаты труда [133].

Коммуникация между врачом и пациентом – это меняющийся процесс.

В настоящее время его динамика обусловлена растущими требованиями больных к качеству, скорости и объему оказания медицинской помощи [26; 64].

Рассмотрены актуальные задачи, угрозы в условиях принятия различных врачебных решений. Акцентируется внимание на возможностях влияния пациента на принятие этих решений [128].

Следует отметить, что мнение медицинского персонала о значимости факторов оказания медицинской помощи для пациентов практически совпадает с мнением пациентов, за исключением фактора объяснения (обоснования) назначенного лечения. Результаты социологического опроса позволили в дальнейшем усовершенствовать программу лексического анализа медицинской документации, выявить ряд существенных дефектов качества оказания медицинской помощи [10].

Среди наиболее серьезных вызовов, стоящих перед мировыми системами здравоохранения, выделяется проблема беспрецедентно высокого, по сравнению с другими сферами человеческой деятельности, уровня риска причинения вреда здоровью пациентов при оказании медицинской помощи. Изучение причинных факторов и частоты развития разных осложнений, которые приводят к неблагоприятным исходам лечения, дает возможность анализировать действия медицинского персонала, определить пути своевременной диагностики, профилактики и лечения побочных явлений [27; 98].

Врачебный долг предполагает большую ответственность. Врачебные ошибки имеют многогранное значение: нравственное, моральное, социальное. Описанная тема имеет долгую историю обсуждения. За все это время не было сформулировано единого определения врачебной ошибки. Какой бы ни была трактовка, эта проблема отличается высокой общественной значимостью [28; 138; 189].

По результатам современных исследований более 80% врачей разного возраста и стажа, работающие в бюджетных и частных медицинских

учреждениях, выражают тревогу в своем отношении к врачебной ошибке. Наибольшая ее встречаемость имеет место у участковых терапевтов и педиатров. Высок этот уровень у врачей частных клиник и сотрудников диспансеров (по 89%). Врачи стационаров обеспокоены ситуацией несколько меньше (79%). Но наиболее спокойны узкие специалисты поликлинических учреждений (18%). 84% врачей, которые с тревогой относятся к врачебным ошибкам, боятся осложнений для пациента, 40% специалистов обеспокоены самой возможностью ошибочных решений и действий, 11% тревожатся за негативные последствия для собственной карьеры. Получается, что основная масса респондентов заботятся именно о здоровье и самочувствии больного, а не о самих себе [78].

Обеспечение безопасного применения лекарственных средств является одним из глобальных приоритетов современного здравоохранения. По данным Всемирной организации здравоохранения, нежелательные реакции (побочные действия) лекарственных средств входят в десятку ведущих причин смертности во многих странах мира. В настоящее время специалисты здравоохранения сообщают далеко не обо всех осложнениях применения лекарственных препаратов, с которыми они сталкиваются в своей работе. Во многом это обусловлено недостаточными знаниями о фармаконадзоре, опасениями административных санкций за развитие нежелательных реакций, недооценке значимости направляемой информации [69].

В нашей стране в последние годы активно развивается система фармаконадзора. При анализе результатов опроса практикующих врачей разных специальностей выявлен высокий уровень их заинтересованности в безопасности медикаментозного лечения. Низкая осведомленность о побочных эффектах связана, по их мнению, с дефицитом времени и ошибками информационной поддержки. Упомянутые результаты говорят о высокой потребности в повышении образовательного уровня врачей в вопросах фармаконадзора [14].

По результатам специальных исследований врачи любят свою

профессию и не жалеют о ее выборе, ценят свой общественный статус. Это является надежной основой для ощущения ими своей полноценности, общественной востребованности, повышения мотивации к конструктивной деятельности [130].

1.3. Приверженность врачебного персонала к медицинской организации

Вопрос приверженности медицинских работников является очень обостренным для медицинских организаций в России. 70% бюджета медицинского сектора составляют расходы на кадровый ресурс [193]. В этой связи увеличение размера заработной платы может стать для руководства невыполнимой задачей. Важно учесть, что большая часть медицинских учреждений не придерживаются принципа увеличения размеров прибыли в своей работе. У них нет возможности привлечения дополнительных источников финансирования, кроме бюджета. Поэтому все, казалось бы, очевидные рычаги влияния на мотивацию (премиальные выплаты, увеличение заработной платы) в значительной части случаев недоступны руководителям.

Нормирование труда – это один из самых важных инструментов управления кадрами, который дает возможность решения необходимых задач, среди которых на одном из главных мест находится стимулирование сотрудников. Нормы труда по мере внедрения новых технологий и организационных решений для роста его производительности могут быть пересмотрены. У работников есть гарантия применения систем нормирования труда, которые определяются работодателем и согласуются с профсоюзной организацией и устанавливаются коллективным договором [71].

Ситуация обостряется, если принять во внимание ставшую стабильной низкой удовлетворенность врачей. Чуть более 30% сообщают о своих планах продолжить работу в прежней должности, лишь половина удовлетворена имеющимися условиями профессиональной деятельности [35]. Таким образом, только треть врачей связывает свои карьерные планы с организацией, в которой уже работают. Мотивация, построения карьеры в конкретной

организации имеет тесную связь с приверженностью. Эти понятия необходимо изучать совместно друг с другом [3].

Известно большое количество интерпретаций приверженности медицинских работников. В соответствии с трёхкомпонентной моделью Аллен и Мейера, она подразделяется на истинную, прагматическую и вынужденную. Модель приверженности Морроу отображает взаимосвязь вовлеченности в работу и приверженностью трех видов (аффективной, организационной, профессиональной), а также трудовой этикой. Важно понимать, что одно рассматривается как составная часть другого, от большего к меньшему [106]. Универсальной трактовки термина «приверженность» в настоящее время нет.

Существует мнение, что приверженности сотрудников организации в настоящее время уделено крайне мало внимания. Известно большое количество исследований, посвященных мотивации и степени удовлетворенности персонала, связанных с приверженностью и влияющих на неё [9; 105; 133]. При этом общего понимания того, что главным образом оказывает влияние на лояльность медицинских работников и их приверженность конкретной структуре, до сих пор нет. С точки зрения организации здравоохранения рассмотрение данной темы является еще более редким. Однако именно приверженность непосредственно способно объединить сотрудника и медицинскую организацию. В процессе поиска методик увеличения приверженности они были сгруппированы в четыре основных направления. Каждое из них способно учесть внутренние и внешние определяющие факторы: уменьшение дистанции и оптимизация корпоративной культуры, увеличение функциональной гибкости сотрудников, стимуляция карьерного роста, привлечение сотрудников в процесс управления. Авторы нашли доказательства ценности каждой методики для увеличения приверженности медицинских работников [124].

Управленческий стиль и коммуникация сотрудников с руководителем, как и корпоративная культура, влияют на приверженность персонала, его

мотивацию и удовлетворенность условиями труда [188]. Сокращение дистанции стимулирует персонал к участию в анализе конкретных ситуаций и определении проблем. Эта деятельность способна, повысить мотивацию [81]. В ряде учреждений две трети сотрудников принимают решения, будучи недостаточно информированными, консультируются с начальством перед принятием решения [16]. Один из методов сокращения дистанции – это информирование сотрудников о ключевых нововведениях, привлечение их к обсуждению будущего организации и трансформация информационных потоков, что относится к мотивационной активности [43]. Открытая политика управления и своевременное информирование стимулирует развитие у сотрудников чувства сопричастности. Ряд авторов находят связь осведомленности персонала и его идентификации. Значит, процесс информирования напрямую способен определять приверженность [6; 179].

По данным литературы масса врачей не удовлетворены размерами и методами материального стимулирования, которое они получают за исполнение дополнительных обязанностей [18]. При этом в части исследований есть информация о высокой потребности медицинских работников в повышении разнообразия трудовых функций [132]. Расширение профессиональных обязанностей, когда оно имеет непосредственную связь с изменением в распределении ответственности и существенно не увеличивает нагрузку, способно повысить мотивацию персонала, как и его приверженность [134; 135; 195].

Следующий аспект функциональной гибкости – это график работы, который является фактором удовлетворенности сотрудников условиями труда [19]. Взаимосвязь графика работы и приверженности медицинского персонала мало изучена, но часть работ свидетельствует об их корреляции [166]. Ординаторы, график которых отличается большой загруженностью и недостаточной нормированностью, имеют низкую удовлетворенность, считают небольшой ценностью своей работы [33; 116; 149].

Одно из популярных управленческих направлений в медицинских

организациях – это обучающие мероприятия по выработке лидерских качеств у врачей [148]. Они позволяют делегировать обязанности, например, по урегулированию недопониманий и конфликтов, активным сотрудникам - «неформальным» лидерам. Такая практика, по данным опросов врачей, воспринимается как перспективное нововведение [95].

Многие авторы говорят о низкой удовлетворенности врачей (и соответственно низкой приверженности) перспективами профессионального роста и развития, корпоративной системой. Зачастую ответственные лица в организации не заинтересованы в планировании карьеры конкретных сотрудников [29]. Большое количество врачей испытывают недостаток вовлеченности в планирование и управление. В ситуации значительной дистанции между персоналом и администрацией решения начальства часто воспринимаются как некомпетентные и недальновидные со стороны подчиненных. Последние думают о недостаточном учете своих потребностей при принятии управленческих решений. Как только у персонала появляется шанс принять участие в обсуждении сложившейся ситуации, его мотивация повышается. Это важно с для определения вовлеченности – приоритеты сотрудников и организации совпадают, когда оба участвуют в их формулировке и обсуждают друг с другом. В случае низкой вовлеченности работника в управленческие процессы риск его увольнения становится выше. Эта логика не обходится без противоречий. Например, большая часть претендентов на руководящую должность в лечебных учреждениях не имеют должных профессиональных компетенций. Профильное образование по организации здравоохранения есть только у некоторых из них [66].

1.4. Потери здоровья и профессиональное «выгорание» у врачей различных специальностей

Согласно статистической информации ВОЗ, депрессивным расстройствам принадлежит лидирующая позиция в списке психосоматической патологии. Их основной причиной считают синдром хронической усталости и синдром эмоционального выгорания (СЭВ) на

работе [15; 153; 171; 201; 207].

В последнее время все заметнее становится проблема нарушения психологического здоровья среди представителей массовых профессий, в том числе, ассоциированных с общением. Сейчас этому уделяют большое внимание. Существует классификация профессий по «общему критерию трудности и вредности». В 1974 году в литературе возник особенный термин – синдром «эмоционального выгорания». Он определялся как специфическое профессиональное заболевание работающих с людьми: учителей, врачей, психологов и т.д. [85; 164; 185].

Изучение диагностических признаков синдрома буквально за несколько лет приобрело значительный размах. К 1982 году в зарубежной литературе имелось более тысячи публикаций, посвященных исследованию синдрома «эмоционального выгорания». При внимательном анализе можно заключить, что почти каждый автор попытался дать свое определение этого синдрома. Их различия определяются конкретными изучаемыми аспектами синдрома и выделяемыми особенностями, причинами и следствиями данного явления [85].

В нашей стране изучение СЭВ началось в конце 80-х, начале 90-х годов прошлого века. Под руководством М.Е. Красильникова была выполнена работа по исследованию причин «выгорания» анестезиологов-реаниматологов на станциях «скорой помощи» и в стационарах. Авторы работы считали основным фактором деструктивного действия на личность врачей отсутствие позитивного подкрепления. Они просто не владели информацией о результатах своей деятельности [85; 194].

Опасность данного состояния существует для работников, оказывающих помощь людям, общающихся в экстремальных и сложных ситуациях, для представителей массовых профессий, которые предполагают общение и высокую личную ответственность за результат труда. В первую очередь это врачи и учителя [2; 8; 115; 144].

Публикационный анализ продемонстрировал, что большинство

исследований СЭВ описательны и оценивают разные формирующие факторы [8; 77; 167; 181; 190; 191].

Работа составляет значительную часть жизни практически каждого социально адаптированного индивидуума. Это справедливо во временном, эмоциональном (мысли и эмоции, связанные с работой, профессиональным успехом и неудачей), финансовом (основной источник материальных средств к существованию) аспекте. Любые поведенческие и эмоциональные нарушения могут иметь связь с работой. Профессия врача – это фактор высокого риска развития СЭВ. Этому способствует ряд причин. [76; 202]. Среди них стоит назвать специфику условий труда (дежурства в ночное время, ненормированные рабочие смены, высокое постоянное эмоциональное напряжение), жесткие требования, необходимость временных затрат на ведение медицинской документации, непростые отношения в коллективе, особенности коммуникации с пациентами и их родственниками, агрессия по отношению к медицинским работникам со стороны общества, необоснованные претензии, жалобы и судебные тяжбы, вынужденная презумпция вины врача [15; 154; 155; 182]. Много решает с точки зрения эмоциональной сферы необходимость финансового обеспечения семьи, что может конфликтовать с профессиональными стремлениями врача [15; 165; 178].

Все перечисленное приводит к развитию синдрома эмоционального выгорания – состояния эмоционального, умственного и физического истощения, с развитием низкой самооценки, негативное отношение к работе, потерю сострадания, сочувствия и понимания по отношению к близким и пациентам. Человек не хочет идти на работу, устает, раздражается, испытывает общую слабость, конфликтует на работе, обижается, становится безынициативен, чувствует себя одиноким и разочарованным. Описаны головная боль, расстройства аппетита и сна [192]. Синдром особо опасен тем, что при нарастании проблем человек вместо их анализа замыкается в себе, ничего не делает, отстраняется от общества и ухудшает свое состояние [15;

178].

Согласно литературным данным, больше 80% медицинских работников отмечают, что их деятельность связана с повышенным напряжением, находят у себя симптомы выгорания разной степени выраженности. Есть корреляция между СЭВ, стажем и возрастом врачей. У мужского населения баллы по деперсонализации более высоки, а женщины более склонны к эмоциональному истощению [65; 158; 190].

Зарубежные исследователи в поиске причин развития СЭВ выделили два больших блока: характеристики профессиональной деятельности и индивидуальные особенности специалистов [73; 152].

Во всех вариантах определений авторы отмечают тяжесть состояния, при котором нет возможности справиться с личными трудностями; физическим и психическим истощением. Большая роль при этом принадлежит условиям работы и специфике профессии, связанной с оказанием помощи другим людям. Синдром профессионального угасания способен изменить отношение специалиста к своей деятельности и самому себе. Это выражается в истощении эмоций, чувстве личной несостоятельности и краха; нежелании работать, потере квалификационного уровня, смене профессии; хронической усталости, подмене результативной работы формалистическим подходом; сомнениях в своей пользе для общества [76; 168; 190; 191].

В литературе есть описание негативных факторов работы врача, которые могут вызвать синдром «эмоционального выгорания». Обществом создан конфликт установок, рассматривающих медицину и как призвание, и как способ обретения материальных благ. Профессиональная подготовка не обеспечивает достаточную психологическую адаптацию молодого врача к действительности, поэтому создается риск разочарования в профессии и стремления ее поменять.

В современных условиях вся ответственность за здоровье пациента лежит на враче. При анализе взаимоотношений и взаимодействий в лечебных учреждениях легко узнать принципы командной системы. Лечение подчинено

многочисленным рекомендациям и приказам, способствующим строгому соблюдению единства лечебного подхода. При этом беспомощность пациента, полностью полагающегося на врача, способна заблокировать его установки на здоровье [175]. При бесперспективности клинической ситуации вину ощущает в первую очередь врач. Общество одновременно проявляет большое внимание к деятельности врачей и не испытывает к ним уважения [24; 60; 79; 85; 167; 191].

Однако есть и иные точки зрения. Например, «эмоциональное выгорание» может брать истоки в профессиональных деформациях личности, которые имеют несколько уровней. При этом СЭВ берет на себя роль психологической защиты от прогрессирования деформации [59; 187].

Изучение данного синдрома и его особенностей в разных врачебных специальностях актуально и востребовано обществом. Все факторы, влияющие на его развитие, нужно исследовать комплексно и выделять содержательные особенности каждого [85; 103].

Важным представляется вопрос профилактики СЭВ. Есть предложение о переустановке приоритетов и изменении образа жизни. В частности, есть мысль о разделении работы и остальных жизненных интересов, защите нерабочего времени от решения профессиональных проблем, увеличении времени на отдых. Нужно проводить меры по устранению синдрома: внедрять в учреждениях работу кабинетов психологической разгрузки, направлять сотрудников на санаторно-курортное лечение, использовать медикаментозную терапию [15; 77; 183; 204].

Диагностика уровня профессионального выгорания выявила «мишени» воздействия при формировании программы профилактики и коррекции профессионального выгорания: неадекватное реагирование врачей в отношении пациентов; облегчение и сокращение профессиональных обязанностей; развитие коммуникативных навыков; развитие эмпатии; повышение эмоциональных ресурсов; неудовлетворённость собой; снижение тревожности; работа с психотравмирующими факторами профессиональной

деятельности [122; 126; 127; 146; 186; 197; 207].

Особое значение данный синдром приобрел в период эпидемии COVID-19 [114; 156; 172; 176; 184; 187]. Большинство медицинских работников имели симптомы профессионального выгорания (более 60% предъявляли жалобы на эмоциональное истощение), признаки депрессии разной степени тяжести (23%), повышенную ситуативную тревожность (25%) и суицидальные мысли (10%). Большой вклад в такую клинику внесли отрицательные эмоции (страх заболеть самому, ощущение одиночества, изоляции), проблемы организационного характера (дефицит средств и индивидуальной защиты), физические проблемы (дискомфорт от громоздкой защитной одежды, недостаток сна) и трудности общения (коммуникативные сложности с руководством и пациентами) [122; 145; 169; 180; 196].

Особенно часто в качестве проблемных областей медицинскими сотрудниками отмечали информационный «шум» и нехватка средств защиты. При этом у большинства медицинских работников, работающих с COVID-19, отмечены высокая профессиональная ответственность и мотивация [205]. Отмечена значительная роль доступности помощи психологов для сохранения психического здоровья медицинских работников [82; 101; 147; 151; 157].

1.5. Проблемы последипломного образования врачей

Работа медицинского персонала сейчас осложняется необходимостью адаптации к новой системе непрерывного профессионального образования и аккредитации [53; 181]. Полностью переход завершился в 2020 году, начавшись в 2016 году [88]. Соответствующими приказами Минздрава России регламентируются порядок, сроки и этапы аккредитации специалистов, порядок ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг, а также положение об аккредитации специалистов [89; 90; 92].

Исследование мнения врачей выявило низкую поддержку упомянутых нововведений. Разработаны следующие меры повышения адекватности внесенных изменений: повышение четкости профессиональных требований к

врачам, контроль качества и безопасности оказываемой ими медицинской помощи, определение профессиональных компетенций. Для поддержки практических решений со стороны науки был проведен социологический опрос практикующих специалистов, выполнена оценка нормативно-правовой и организационно-распорядительной основ образовательных и аккредитационных новаций, предложены и внедрены реальные меры, улучшающие профессиональную деятельность медицинских работников [49].

Насколько хорошо проработанная с официальных позиций образовательная новация непрерывного профессионального образования и аккредитации медицинских специалистов поддержана во врачебном сообществе, и насколько специалисты информированы о сути НМО и как они оценивают её перспективы представлены в работах В.Г. Кудриной с соавт. (2018) [50].

Выявленная при специальном исследовании низкая осведомленность организаторов здравоохранения, касающейся, например, действующих правил направления на получение высокотехнологичной медицинской помощи, обосновывает целесообразность включения в программу повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» данной тематики. Зависимость осведомленности от должности диктует необходимость разработки программ повышения квалификации разного уровня сложности в рамках одной тематики [102].

При изучении мнение врачей лучевой диагностики по вопросам доступности и качества лучевых исследований онкологическим пациентам они высоко оценили качество своей первичной специализации и дальнейшее последипломное образование, но 38,6% нуждаются в углублении этих знаний. По мнению опрошенных, качество и доступность медицинской помощи онкологическим пациентам повысит дополнительное обучение врачей лучевой диагностики и врачей-клиницистов, увеличение штатов врачей лучевой диагностики (36,1%) и использование телемедицинских технологий [61].

Анализ результатов опроса врачей-стоматологов показал наличие у них проблем последипломного образования. В условиях идущих преобразований возникает необходимость нового осмысления всей системы образования, внедрения новых послевузовских программ обучения, которые способны усилить практическую и теоретическую подготовку по основным разделам и наиболее полно отразить современные достижения стоматологии [70].

Изучение мнения врачей-офтальмологов в области определения полноценности программ обучения, представленных на портале НМО, их значимости и влияния на процесс получения знаний в современных условиях, в которых преобладают гибридные формы обучения проводилось на основании данных онлайн-анкетирования врачей-офтальмологов Российской Федерации с разным стажем и/или опытом работы, осуществляющих свою деятельность в учреждениях разной формы собственности. Показано, что 46% респондентов дают высокую оценку содержательности образовательных программ, 35% — отрицательную. С увеличением стажа работы отмечается увеличение количества положительных ответов, характеризующих информационную полноту циклов НМО (от 39,7% до 61,8%). При выборе лечебно-диагностической тактики доктора отдают предпочтение собственному клиническому, а главный источник знаний на сегодняшний день - циклы НМО [68].

Высокие технологии информационного обеспечения в современной дополнительной профессиональной подготовке медицинских кадров играют всё более активную роль, становясь основой при организации обучения [162]. С целью обоснования стратегии ее дальнейшего развития проведен анкетный опрос врачей, «погруженных» в новые формы обучения с использованием дистанционных образовательных технологий, а также приведены нормативные документы, которые должны стать объективной основой для создания условий эффективной учёбы врачей в реальных условиях ограничений по очной форме присутствия. Показано, что среди проблем ведущая роль принадлежит трудностям обучения на рабочих местах в

условиях непредоставления для этого возможностей. К настоящему времени создана юридически значимая основа для обучения врачей в условиях использования дистанционных образовательных технологий. Актуальной проблемой является то, насколько оперативно и сами врачи, и их работодатели внедряют новые нормы Трудового кодекса на практике [47; 160].

Согласно профессиональному стандарту врача организатора здравоохранения, знание порядков оказания медицинской помощи является обязательным, что обусловлено их значимостью для обеспечения доступности и качества медицинской помощи. Определялась осведомлённость организаторов здравоохранения в вопросах порядков направления на оказание медицинской помощи. Проведено анкетирование слушателей циклов повышения квалификации по организации здравоохранения и общественному здоровью на знание порядка направления на оказание высокотехнологичной медицинской помощи. Обнаружено, что 22,4% респондентов не знают ни одного из положений Порядка. Правильно на все вопросы теста ответили 31,6% респондентов. Имеется статистически достоверная разница между долей лиц, верно ответивших по всем вопросам, в объединенной группе врачей-статистиков и врачей-методистов и среди объединенной группы заместителей главных врачей и главных врачей. Недостаточная и элективная информированность организаторов здравоохранения обосновывает необходимость изучения порядков оказания медицинской помощи при повышении квалификации и предварительное тестирование слушателей [102].

Изучение правовой грамотности медицинского персонала важно для формирования эффективной и безопасной коммуникации врача и пациента, гражданской позиции современного специалиста здравоохранения России в аспекте его уважения к Закону и обществу. Знание основных положений законодательных документов – это гарант защиты профессиональной деятельности медицинского работника, в том числе от большого количества появляющихся необоснованных обвинений пациентов и их родственников. Есть информация о необходимости повышать уровень информированности

врачей в вопросах медицинского права, уровень знания ключевых законов в сфере охраны здоровья граждан, развивать умение использовать источники медицинского права во время исполнения должностных и профессиональных обязанностей [107; 120].

* * * * *

Таким образом, данные литературы свидетельствуют о том, что факторы, влияющие на профессиональную деятельность и удовлетворенность работой врачей, в значительной степени определяют качество оказываемой медицинской помощи, в связи с чем их изучение продолжает быть актуальным. Важным звеном в системе развития врачебного персонала и повышения его удовлетворенности профессиональной деятельностью является формирование корпоративной культуры, повышение приверженности к медицинской организации, профессиональная подготовка и повышение квалификации, грамотное управление карьерой лиц, желающих продвигаться по карьерной лестнице, а также развитие культуры обмена знаниями.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Предмет исследования: разработка комплекса научно-обоснованных мероприятий по улучшению медико-социальных условий профессиональной деятельности врачей.

Объектом исследования являлись врачи, работающие в государственных и частных медицинских организациях города Воронеж.

Единица наблюдения – врач терапевтического или хирургического профиля.

Настоящее исследование проводилось в 2021-2024 годах. По данным Росстата, на 01.01.2023 г. численность населения Воронежской области составляла 2285 тыс. чел., города Воронежа - 1052 тыс. чел.

Государственный сектор здравоохранения Воронежской области представлен такими крупными медицинскими организациями, как «Воронежская областная клиническая больница №1», «Воронежская областная клиническая больница №2», «Воронежская областная детская клиническая больница №1», «Областная детская клиническая больница № 2», «Воронежская областная клиническая офтальмологическая больница», «Воронежская областная клиническая инфекционная больница». В Воронежской области насчитывается 11 специализированных диспансера, работают 32 районные больницы.

В г. Воронеже действуют «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 1», «Воронежская городская клиническая больница № 2 им. К.В. Федяевского», «Воронежская городская клиническая больница № 3», «Воронежская городская больница № 4», «Воронежская городская клиническая больница № 5», «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 8», «Воронежская городская клиническая больница скорой медицинской помощи № 10», «Воронежская городская клиническая больница № 11», Воронежская

городская больница № 14», «Воронежская городская больница № 16», «Воронежская городская клиническая больница № 20».

Подготовку врачебных кадров для области ведет Воронежский государственный медицинский университет имени Н.Н. Бурденко.

В соответствии с поставленной целью и комплексом подлежащих решению задач, была сформирована программа исследования, которая включала в себя несколько последовательных этапов, на каждом из которых проводился сбор, статистическая обработка и анализ полученной информации (рисунок 2.1).



Рисунок 2.1. - Этапы исследования

Задача первого ***этапа*** заключалась в критическом анализе отечественной и зарубежной литературы по теме исследования. Изучено 140 отечественных и 68 зарубежных источников.

На **втором этапе** были проанализированы обеспеченность и квалификация врачебных кадров различного профиля населения в Воронежской области.

Анализировались данные Росстата, статистические отчеты Министерства здравоохранения Воронежской области.

На **третьем этапе** по специально разработанной анкете (см. приложение) был проведен социологический опрос среди врачей, работающих в государственных и частных медицинских организациях города Воронеж. Опрос проводился на кафедре Воронежского государственного медицинского университета имени Н.Н. Бурденко.

В ходе проведения медико-социологического исследования были определены ведущие мотивационные факторы и установки в работе врачей различных возрастно-половых групп в современных условиях. Проанализировано отношение врачей к организации и безопасности труда, работе в команде и лидерству в государственных и частных медицинских организациях.

На **четвёртом этапе** изучена удовлетворенность работой врачей терапевтического и хирургического профиля с учетом возраста, пола и здоровья.

Задачей **пятого этапа** было проведение качественного SWOT-анализа профессиональной деятельности врачей Воронежской области с оценкой сильных и слабых сторон организации деятельности врачебных кадров, а также возможностей и угроз, влияющих на данный процесс.

На **шестом этапе** были разработаны и научно обоснованы приоритетные направления по решению медико-социальных и организационных проблем профессиональной деятельности врачей.

Социологический опрос был проведен среди 404 врачей различных

специальностей в возрасте от 23 до 77 лет (средний возраст $41,2 \pm 13,2$ лет). Мужчины составили 40,8% (средний возраст $64,1 \pm 13,4$ лет), женщины - 59,2% (средний возраст $39,0 \pm 12,6$ лет). Группа женщин была статистически значимо более молодой не только по данным среднего возраста, но и по доле лиц в возрасте до 30 лет и 60 лет и старше (таблица 2.1).

Таблица 2.1. – Возрастно-половая структура врачей (в %)

Возраст	Всего	Пол	
		Мужчины	Женщины
до 30 лет	25,8	16,3	32,3*
30-39 лет	23,7	20,6	25,9
40-49 лет	23,2	26,3	21,1
50-59 лет	16,6	19,4	14,7
60 лет и старше	10,7	17,4	6,0*
Всего	100,0	100,0	100,0
Средний возраст, лет, $M \pm m$	$41,2 \pm 13,2$	$64,1 \pm 13,4$	$39,0 \pm 12,6^*$

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

В группе врачей, принявших участие в опросе, отмечался широкий спектр специальностей, который включал 35 наименований. Распределение врачей по специальности на момент опроса представлено в таблица 2.2.

После окончания ВУЗа 83,7% респондентов имели терапевтическую и соответственно 16,3% - хирургическую специальность. О смене специальности сообщили 29,2% врачей. В связи с этим данное соотношение изменилось – уменьшилась доля терапевтов до 68,6% и увеличилась доля хирургов до 31,4%.

Следует отметить, что почти треть респондентов (31,7%) не смогли назвать причину смены специальности и лишь небольшая часть из них сообщили о материальных (13,5%) и психологических (15,1%) факторах. Довольно большую долю составили ответы «Другое» (42,1%) в основном без расшифровки.

Среди специальностей терапевтического профиля наибольшая доля приходилась (25,3%) на «Терапию», распространены были специальности «Скорая медицинская помощь» (6,6%) и «Общая врачебная практика» (5,9%). Специальности хирургического профиля были представлены в основном

хирургами и анестезиологами-реаниматологами.

Таблица 2.2. - Распределение врачей по специальности на момент
опроса (в %)

Наименование специальности	%	Наименование специальности	%
Акушерство и гинекология	0,8	Пульмонология	1,0
Анестезиология реаниматология	23,5	Ревматология	2,0
Трансфузиология	0,8	Кардиология	0,5
Патологическая анатомия	0,3	Скорая медицинская помощь	6,6
Рентгенология	1,0	Терапия	25,3
Функциональная диагностика	1,0	Общая врачебная практика	5,9
Неонатология	0,8	Колопроктология	1,0
Педиатрия	2,6	Нейрохирургия	0,8
Психиатрия	1,5	Онкология	0,5
Гастроэнтерология	2,0	Сердечно-сосудистая хирургия	1,0
Дерматовенерология	1,0	Хирургия	5,4
Диетология	0,5	Урология	3,1
Кардиология	3,8	Эндоскопия	0,8
Неврология	1,8	Нефрология	0,8
Профпатология	0,5	Прочее	3,6

Средний общий стаж опрошенных был равен $16,4 \pm 13,1$ лет. В большинстве (67,4%) оказались респонденты, которые проработали в медицинской сфере более 10 лет. У значимой части врачей общий стаж составлял до 5 лет и 25 и более лет – 25,5% и 32,4% соответственно.

Сходные тенденции (но без различий с точки зрения статистики) выявлены в распределении величин специального стажа. В среднем он был равен $14,6 \pm 11,9$ лет ($p > 0,05$). Большая часть (62,5%) опрошенных работали по специальности более 10 лет ($p > 0,05$). В общей сложности практически у половины врачей специальный стаж был равен до 5 лет и 25 и более лет – 27,4% и 21,8% соответственно.

Врачи-специалисты, которые были участниками исследования, работали в государственных стационарах (40,2%) и поликлиниках (37,3%), а также в

частных (22,5%) медицинских организациях. При этом 40,1% работали по совместительству в разных видах медицинских организаций.

Квалификация является одной из важных характеристик медицинских кадров. Было выявлено, что практически у всех (96,9%) респондентов был сертификат специалиста. Квалификационная категория была присвоена 54,1% врачей: высшая - 30,7%, 1 категория –17,0% и 2 категория –6,6% специалистов. Установлено, что 12% опрошенных врачей имели ученую степень: кандидата медицинских наук – 10,5% и доктора медицинских наук – 1,5% (рисунок 2.2).

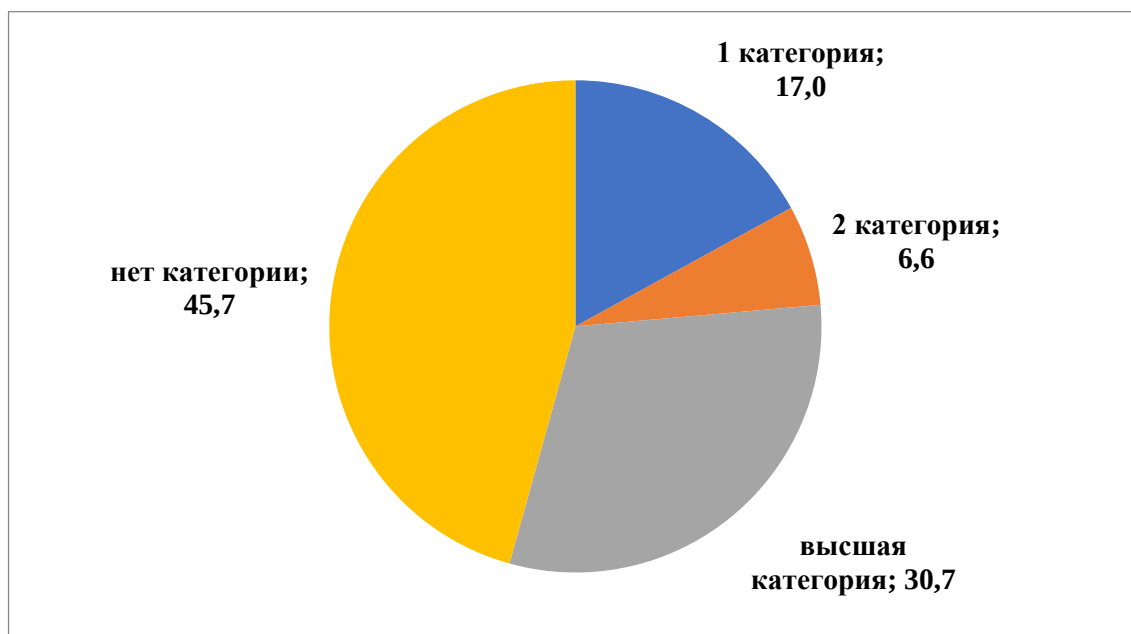


Рисунок 2.2. - Распределение врачей по наличию квалификационной категории (в %)

Социологический опрос, кроме паспортных данных, включал вопросы об удовлетворённости врачей своей работой и уточнялись причины неудовлетворённости. Уточнялось мнение опрошенных врачей о том, какие факторы действуют на их трудовую активность. Респондентами давалась оценка безопасности труда при выполнении повседневных обязанностей. Задавался вопрос о том насколько, по мнению опрошенных врачей, защищены их права на работе и были ли соответствующие нарушения.

В ходе проведения опроса получена субъективная оценка врачами собственного здоровья. Уточнялось с чем в большей степени связаны негативные последствия усталости и стресса на работе. Изучалось мнение

опрошенных врачей о наличии у них синдрома эмоционального выгорания. Анализировались ответы о необходимости организовывать образовательные мероприятия по стрессоустойчивости медицинских работников в виде тренингов и семинаров.

Блок вопросов посвящался корпоративной культуре в медицинских организациях. Спрашивалось о том, какую роль играет командная работа в достижении эффективности и качества оказания медицинской помощи. Была получена характеристика лидерских качеств руководителей медицинских организаций. Изучалась оценка врачами состояния отношений между администрацией и работниками медицинской организации. Уточнялся ответ на вопрос: «Что является главным мотивационным фактором в настоящее время в Вашей работе?». Анализировались ответы врачей на вопрос о том, считают ли они оплату своего труда достаточной, т. е. удовлетворяющей их требованиям.

SWOT-анализ включал несколько последовательных этапов проведения. На первом из них изучена внешняя и внутренняя среда, на втором - сформирована матрица анализа с обозначением установленных факторов для всех искомых категорий. В течение третьего этапа выполнено сопоставление и определение устойчивых взаимосвязей пар факторов. Это дало возможность ответить на вопросы:

- Позволяет ли изучаемая сильная сторона использовать исследуемую возможность?
- Создает ли слабая сторона помеху для использования исследуемой возможности?
- Дает ли исследуемая сильная сторона возможность уменьшить наносимый ущерб от изучаемой угрозы?
- Создает ли исследуемая слабая сторона помеху для борьбы с изучаемой угрозой?

На заключительном этапе исследования были обоснованы и разработаны три блока мероприятий, направленных на улучшение условий

профессиональной деятельности врачебных кадров:

1-й блок – Информационно-образовательный;

2-й блок – Медико-социальный;

3-й блок – Организационный.

Работа выполнена с учетом требований, предъявляемых к социально-гигиеническим исследованиям. В соответствии с программой исследования был использован комплекс методов: библиографический, социологический, аналитический, SWOT-анализ, математико-статистический.

Репрезентативность выборки была установлена с помощью таблицы В.И. Паниотто (Паниотто В.И., Максименко В.С. Статистический анализ социологических данных. - Киев: Издательский Дом «КМ Академия», 2004. - 270 с.). Согласно данным таблицы, начиная с некоторого момента (400 и более наблюдений), увеличение объема генеральной совокупности не оказывает существенного влияния на увеличение объема выборки.

Обработку данных, полученных в ходе работы, с точки зрения математической статистики проводили, используя методы вариационной статистики. Достоверность имеющихся различий оценивали, применяя расчёт критерия Стьюдента (t).

Математическая обработка первичного материала предусматривала выбор метода обработки результатов и статистического анализа полученного материала. Нормальность распределения определяли с помощью показателей асимметрии и эксцесса. Используемый подход позволял определить различия между частотой наблюдения качественных признаков, для которых количественные методы анализа были неприменимы. Расчет всех параметров производился по стандартным формулам и методикам.

Для определения силы и направления связи между качественными признаками использовали непараметрический аналог коэффициента корреляции – коэффициента ассоциации (K_{acc}). Принципы оценки его значения аналогичны коэффициенту корреляции: значение принимает значения от 0 до 1, где 0 означает отсутствие связи, а 1 - функциональную зависимость между

исследуемыми параметрами. Значения менее 0,3 по модулю демонстрировали отсутствие связи, 0,3-0,7 - наличие связи средней силы, а значения более 0,7 - наличие зависимости приближающейся к функциональной. Положительный знак указывал на наличие прямой зависимости (увеличение одного признака сочеталось с увеличением другого парного признака), отрицательный – обратной (увеличение одного признака сочеталось с уменьшением другого парного признака). Также определялось отличие полученного значения коэффициента ассоциации от нуля с достоверностью 95%.

Дополнительным критерием связи являлась безразмерная мера информативности, которая могла принимать только положительные значения. Чем выше было значение показателя информативности, тем более значимой была связь между параметрами.

Так как нормальность распределения исследуемых признаков практически во всех случаях не соблюдалась, то для анализа достоверности различий использовали критерий χ^2 . Наличие значимой зависимости признавалась только в случае превышения значения критерия χ^2 выше критического уровня для 95% уровня вероятности отрицания «нулевой гипотезы». Достоверность различий, с заданным уровнем вероятности, определяли путем сравнения полученного значения χ^2 с табличным для двустороннего распределения.

На персональном компьютере работу проводили в программе под названием стандартный пакет STATISTICA 6.0.

ГЛАВА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА ВРАЧЕБНЫХ КАДРОВ ВОРОНЕЖСКОЙ ОБЛАСТИ

3.1. Обеспеченность населения Воронежской области медицинскими кадрами различных специальностей

Численность врачей различных специальностей в Воронежской области в 2021 г. составляла 9295 человек, из них 5776 (62,1%) человек являлись врачами клинического профиля. Всего насчитывается 94 врачебные специальности. Самыми многочисленными группами специалистов были терапевты (всего) - 768 (8,3%), педиатры (всего) – 728 (7,8%), акушеры–гинекологи - 602 (6,5%), анестезиологи-реаниматологи – 549 (5,9%), стоматологи-терапевты - 534 (5,7%), врачи общей практики (семейные) – 456 (4,9%) человек. Значительную долю также составляли терапевты участковые (4,9%), педиатры участковые (4,4%), неврологи (4,3%) и хирурги (всего) (4,1%).

По многим специальностям врачи были представлены для соответствующих возрастных групп населения. Так, среди соответствующих специалистов для всего населения кардиологи детские составляли 8,9%, онкологи детские – 3,8%, стоматологи детские – 80,4%, урологи-андрологи детские – 2,3%, хирурги детские – 16% и эндокринологи детские – 12,8%. На долю психиатров детских в целом приходилось 10,1%, а среди них психиатры детские для детей в возрасте 0-14 лет составляли 89,5%, остальные 10,5% были для подростков в возрасте 15-17 лет.

Кроме того, по некоторым специальностям выделялись врачи для работы в амбулаторном звене здравоохранения: на долю педиатров участковых приходилось 56,7%, терапевтов участковых - 59,5%, психиатров (всего) участковых - 28,7%. При этом психиатры взрослые участковые составляли 26%, психиатры детские (в возрасте 0-17 лет) участковые – 52,6%, психиатры детские (в возрасте 0-14 лет) участковые – 52,9%, психиатры подростковые(в возрасте 0-14 лет) участковые – 50%.

Вместе с этим, в области отсутствовали врачи по ряду специальностей,

в том числе терапевты подростковые, сурдологи-протезисты, офтальмологи-протезисты, диabetологи, мануальной терапии, паразитологи, клинические микологи и косметологи.

Обеспеченность врачами всех специальностей в Воронежской области в 2021 г. составляла 40,3, а клинических специальностей – 25,1 на 10 тыс. населения. Показатели обеспеченности врачами терапевтического профиля на 10 тыс. соответствующего населения области в 2021 г. представлены в таблице 3.1.

Таблица 3.1. - Обеспеченность врачами терапевтического профиля населения Воронежской области в 2021 г. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Специальности	Число врачей, человек	на 10 тыс.
Аллергологи – иммунологи	11	0,05
Врачи по лечебной физкультуре	33	0,14
Врачи по медицинской профилактике	12	0,05
Врачи по паллиативной медицинской помощи	5	0,02
Врачи скорой медицинской помощи	136	0,59
Врачи ультразвуковой диагностики	259	1,12
Врачи функциональной диагностики	196	0,85
Гастроэнтерологи	37	0,16
Гематологи	25	0,11
Генетики	1	0
Гериатры	7	0,12
Дерматовенерологи	111	0,48
Диетологи	6	0,03
Инфекционисты	115	0,5
Кардиологи, всего	224	0,97
Кардиологи взрослые	204	1,08
Кардиологи детские	20	0,49
Неврологи	403	1,75
Неонатологи (на детей до 1 года)	94	49,42
Нефрологи	27	0,12
Общей практики (семейные)	456	1,98
Педиатры, всего	728	17,75
Педиатры участковые	413	10,07
Психиатры взрослые	169	0,89
Психиатры взрослые участковые	44	0,23
Психиатры детские 0-17 лет	19	0,46
Психиатры детские 0-17 лет участковые	10	0,24

Психиатры подростковые	2	0,32
Психиатры подростковые участковые	1	0,16
Психиатры, всего	188	0,82
Психиатры, всего участковые	54	0,23
Психиатры-наркологи	71	0,31
Психиатры-наркологи участковые	4	0,02
Психотерапевты	26	0,11
Пульмонологи	33	0,14
Радиотерапевты	21	0,09
Ревматологи	38	0,16
Рефлексотерапевты	17	0,07
Сурдологи-оториноларингологи	13	0,06
Терапевты, всего	768	4,05
Терапевты участковые	457	2,41
Физиотерапевты	82	0,36
Фтизиатры	96	0,42
Фтизиатры участковые	46	0,2
Эндокринологи взрослые	116	0,61
Эндокринологи детские	17	0,41
Эндокринологи, всего	133	0,58

Самая высокая обеспеченность была врачами педиатрического профиля: неонатологами – 49,42 на 10 тыс. детского населения в возрасте до 1 года жизни, педиатрами всего – 17,75 и педиатрами участковыми – 10,07 на 10 тыс. детского населения в возрасте 0-17 лет. Среди специалистов для взрослого населения более были распространены терапевты всего (4,05 на 10 тыс. соответствующего населения), стоматологи-терапевты (2,82), терапевты участковые (2,41), врачи общей практики (семейные) (1,98), неврологи (1,75). Следует отметить обеспеченность врачами диагностических специальностей: ультразвуковой диагностики - 1,12 и функциональной диагностики - 0,85 на 10 тыс. соответствующего населения.

Среди врачей хирургического профиля наибольшая обеспеченность в области была акушерами-гинекологами (4,82 на 10 тыс. женского населения), анестезиологами-реаниматологами - 2,38, хирургами взрослыми - 1,72, хирургами всего - 1,64, хирургами детскими - 1,27 на 10 тыс. соответствующего населения (таблица 3.2).

Таблица 3.2. - Обеспеченность врачами хирургического профиля населения Воронежской области в 2021 г. (на 10 тыс. соответствующего населения)

Специальности	Число врачей, человек	на 10 тыс.
Акушеры – гинекологи (на женское население)	602	4,82
Колопроктологи	15	0,07
Онкологи взрослые	150	0,79
Онкологи детские	6	0,15
Онкологи, всего	156	0,68
Оториноларингологи	123	0,53
Офтальмологи	199	0,86
Травматологи - ортопеды	173	0,75
Урологи взрослые	126	0,66
Урологи-андрологи детские	3	0,07
Урологи, всего	129	0,56
Анестезиологи-реаниматологи	549	2,38
Врачи по рентгеноваскулярным диагностике и лечению	16	0,07
Стоматологи-хирурги	112	0,49
Трансфузиологи	41	0,18
Хирурги взрослые	326	1,72
Хирурги детские	52	1,27
Хирурги, всего	378	1,64
Хирурги пластические	7	0,03
Хирурги сердечно-сосудистые	45	0,2
Хирурги торакальные	17	0,07
Хирурги челюстно-лицевые	24	0,1
Эндоскописты	80	0,35

Сравнительный анализ показал, что в последние 5 лет (2017-2021 гг.) обеспеченность врачами (всего) в Воронежской области стабильно была выше, чем в Российской Федерации (РФ) и Центральном федеральном округе (ЦФО), однако в отличие от последних характеризовалась стагнацией процесса (рисунок 3.1). Так, при моделировании трендов коэффициент аппроксимации (R^2) в области приближался к нулю – 0,0313, тогда как в РФ и ЦФО отмечалась статистически значимая тенденция¹ к повышению данного показателя - коэффициент аппроксимации был соответственно 0,5799 и

¹статистически значимой тенденция считается при коэффициенте аппроксимации $\leq 0,04$

0,8774.

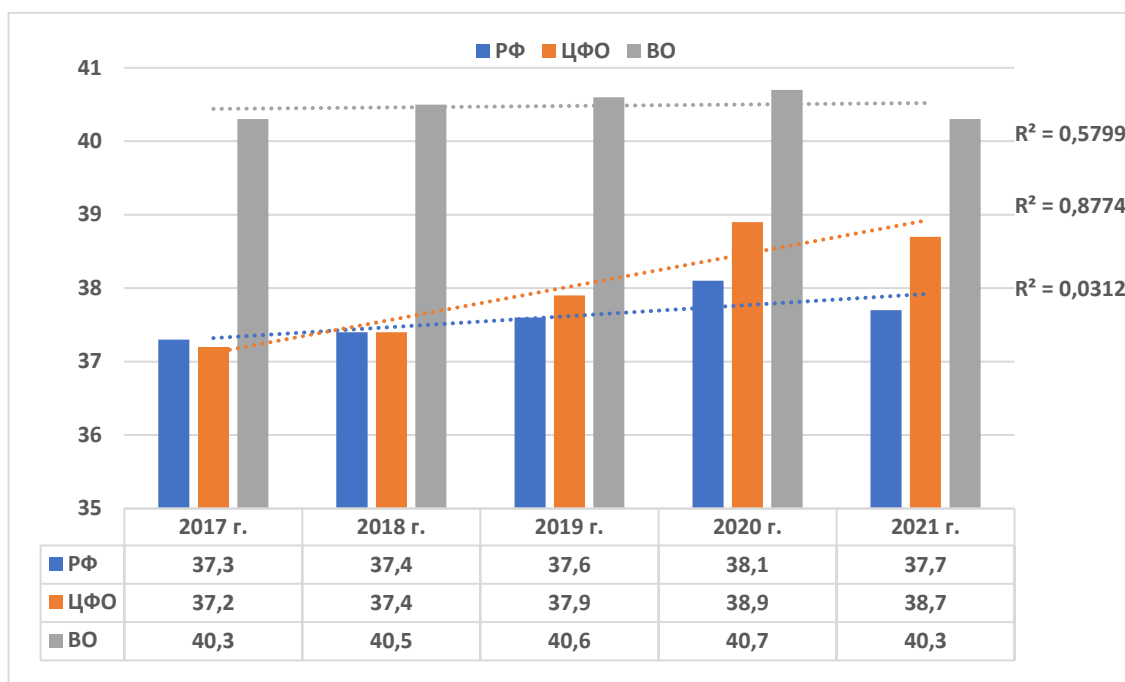


Рисунок 3.1. - Динамика показателей обеспеченности врачами (всего) населения в РФ, ЦФО и Воронежской области (на 10 тыс. населения)

Динамика показателей обеспеченности врачами терапевтического профиля в РФ, ЦФО и Воронежской области на 10 тыс. соответствующего населения за анализируемый период представлена в таблице 3.3. Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев отмечались статистически значимые тенденции повышения или снижения указанного показателя в сравниваемых территориях.

Таблица 3.3. – Динамика показателей обеспеченности врачами терапевтического профиля в РФ, ЦФО и Воронежской области (на 10 тыс. соответствующего населения)

Специальности	Годы					R ²
	2017	2018	2019	2020	2021	
Врачи скорой медицинской помощи						
РФ	0,79	0,75	0,72	0,69	0,65	0,9966*
ЦФО	0,84	0,80	0,77	0,72	0,68	0,995*
ВО	0,79	0,76	0,68	0,66	0,59	0,972*
Врачи ультразвуковой диагностики						
РФ	0,15	1,09	1,13	1,14	1,14	0,5407**
ЦФО	0,14	1,22	1,26	1,27	1,29	0,5489**
ВО	0,19	1,12	1,12	1,14	1,12	0,5051**

Врачи функциональной диагностики						
РФ	0,69	0,70	0,71	0,7	0,7	0,2
ЦФО	0,72	0,72	0,73	0,72	0,71	0,2
ВО	0,84	0,87	0,87	0,85	0,85	0
Дерматовенерологи						
РФ	0,57	0,55	0,55	0,53	0,52	0,9474*
ЦФО	0,54	0,53	0,54	0,53	0,52	0,5714*
ВО	0,55	0,55	0,51	0,50	0,48	0,9304*
Инфекционисты						
РФ	0,41	0,41	0,42	0,5	0,49	0,7697**
ЦФО	0,33	0,32	0,33	0,46	0,47	0,7643**
ВО	0,44	0,43	0,43	0,49	0,5	0,6923**
Кардиологи, всего						
РФ	0,83	0,85	0,86	0,87	0,88	0,973**
ЦФО	0,90	0,91	0,93	0,95	0,95	0,9423**
ВО	0,93	0,96	0,96	0,96	0,97	0,6957**
Неврологи						
РФ	1,49	1,47	1,46	1,44	1,4	0,9423*
ЦФО	1,51	1,51	1,51	1,48	1,43	0,7398*
ВО	1,25	1,86	1,81	1,78	1,75	0,3405**
Неонатологи (на детей до 1 года)						
РФ	35,64	36,89	36,18	39,83	38,72	0,6635**
ЦФО	35,97	36,30	35,90	39,92	38,93	0,6411*
ВО	41,72	44,84	44,37	49,95	49,42	0,8481**
Врачи общей практики (семейные)						
РФ	0,75	0,79	0,77	0,72	0,67	0,6011*
ЦФО	1,11	1,33	1,37	1,3	1,23	0,1058
ВО	2,47	2,36	2,29	2,09	1,98	0,9773*
Педиатры, всего (на детское население)						
РФ	16,10	16,19	16,37	16,38	16,2	0,254
ЦФО	17,75	17,88	18,37	18,37	18,06	0,3883
ВО	16,70	16,95	17,73	17,75	17,75	0,8059**
Психиатры, всего						
РФ	0,83	0,82	0,82	0,81	0,8	0,9423*
ЦФО	0,94	0,95	0,97	0,97	0,96	0,5294**
ВО	0,81	0,77	0,79	0,83	0,82	0,2729
Терапевты, всего						
РФ	5,04	5,06	5,10	5,33	5,37	0,8736**
ЦФО	4,50	4,37	4,42	4,97	5,14	0,7187**
ВО	3,55	3,74	3,86	4,00	4,05	0,9669**
Фтизиатры						

РФ	0,48	0,48	0,47	0,47	0,45	0,8167*
ЦФО	0,39	0,39	0,39	0,38	0,38	0,75*
ВО	0,44	0,41	0,42	0,42	0,42	0,1875
Эндокринологи, всего						
РФ	0,48	0,49	0,50	0,5	0,5	0,7812**
ЦФО	0,53	0,53	0,55	0,55	0,55	0,75**
ВО	0,54	0,58	0,58	0,56	0,58	0,2813

* статистически значимый тренд снижения показателей, $p < 0,05$

** статистически значимый тренд повышения показателей, $p < 0,05$

Обеспеченность врачами 13 (65%) из 20 основных специальностей терапевтического профиля в Воронежской области была выше российского уровня. При этом у большинства из них отмечалась статистически значимая тенденция к повышению данного показателя: инфекционисты ($R^2 - 0,6923$), кардиологи всего ($R^2 - 0,6957$), неврологи ($R^2 - 0,3405$), неонатологи ($R^2 - 0,8481$), педиатры всего ($R^2 - 0,8059$) (рисунок 3.2). Тенденция к снижению обеспеченности имела место среди таких специалистов как врачи общей практики (семейные) ($R^2 - 0,8481$). Отсутствовала динамика в обеспеченности врачами функциональной диагностики ($R^2 - 0,0$), психиатрами всего ($R^2 - 0,2729$), эндокринологами всего ($R^2 - 0,2813$).



Рисунок 3.2.- Распределение специальностей терапевтического профиля в зависимости от тенденций в динамике показателей обеспеченности

Среди специальностей терапевтического профиля ниже российского уровня статистически значимая тенденция к снижению показателей обеспеченности отмечалась у врачей скорой медицинской помощи ($R^2 - 0,972$) и дерматовенерологов ($R^2 - 0,9304$), к повышению – у врачей ультразвуковой диагностики ($R^2 - 0,5051$), терапевтов всего ($R^2 - 0,9669$). Стагнация процесса имела место среди таких специалистов как фтизиатры ($R^2 - 0,1875$).

Обеспеченность врачами хирургического профиля в Воронежской области во всех случаях была выше российского уровня (табл. 3.4).

Таблица 3.4. – Динамика показателей обеспеченности врачами хирургического профиля в РФ, ЦФО и Воронежской области (на 10 тыс. соответствующего населения)

Специальности Акушеры – гинекологи (на женское население)	Годы					R^2
	2017	2018	2019	2020	2021	
РФ	4,65	4,59	4,53	4,47	4,35	0,973*
ЦФО	4,39	4,38	4,33	4,28	4,19	0,9287*
ВО	5,28	5,24	5,17	4,99	4,82	0,9287*
Онкологи, всего						
РФ	0,52	0,66	0,70	0,62	0,64	0,2212
ЦФО	0,55	0,67	0,71	0,66	0,7	0,5166**
ВО	0,52	0,64	0,69	0,64	0,68	0,559**
Оториноларингологи						
РФ	0,63	0,62	0,62	0,62	0,62	0,5*
ЦФО	0,63	0,63	0,65	0,65	0,66	0,8889**
ВО	0,48	0,57	0,59	0,55	0,53	0,899**
Офтальмологи						
РФ	0,90	0,90	0,89	0,88	0,85	0,8372*
ЦФО	0,96	0,96	0,96	0,94	0,91	0,75*
ВО	0,87	0,88	0,84	0,84	0,86	0,2813
Травматологи - ортопеды						
РФ	0,84	0,84	0,85	0,86	0,85	0,5214**
ЦФО	0,88	0,89	0,91	0,93	0,92	0,8372**
ВО	0,75	0,76	0,77	0,76	0,75	0,0
Урологи, всего						
РФ	0,39	0,39	0,40	0,41	0,4	0,5714**
ЦФО	0,45	0,45	0,47	0,46	0,46	0,3214
ВО	0,51	0,55	0,55	0,56	0,56	0,7035**
Анестезиологи-реаниматологи						
РФ	2,14	2,14	2,17	2,2	2,21	0,9346**
ЦФО	2,21	2,24	2,30	2,38	2,45	0,9776**
ВО	2,34	2,30	2,31	2,33	2,38	0,3119

Стоматологи-хирурги						
РФ	0,31	0,31	0,31	0,31	0,30	0,5*
ЦФО	0,32	0,32	0,32	0,33	0,32	0,125
ВО	0,49	0,49	0,49	0,49	0,49	0,0
Хирурги, всего						
РФ	1,62	1,58	1,56	1,54	1,51	0,9826*
ЦФО	1,64	1,62	1,62	1,6	1,59	0,9474*
ВО	1,78	1,78	1,72	1,69	1,64	0,9454*
Нейрохирурги						
РФ	0,19	0,20	0,20	0,2	0,20	0,5**
ЦФО	0,19	0,20	0,21	0,21	0,22	0,9423**
ВО	0,29	0,29	0,29	0,28	0,27	0,7812*
Хирурги сердечно-сосудистые						
РФ	0,17	0,17	0,18	0,18	0,18	0,75**
ЦФО	0,17	0,18	0,19	0,20	0,20	0,9412**
ВО	0,21	0,21	0,21	0,20	0,20	0,75*
Хирурги торакальные						
РФ	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,0
ЦФО	0,05	0,05	0,05	0,05	0,05	0,0
ВО	0,09	0,09	0,09	0,08	0,07	0,7813*

* статистически значимый тренд снижения показателей, $p < 0,05$

** статистически значимый тренд повышения показателей, $p < 0,05$

Распределение специальностей хирургического профиля в зависимости от тенденций в динамике показателей обеспеченности врачами представлено на рисунке 3.3.

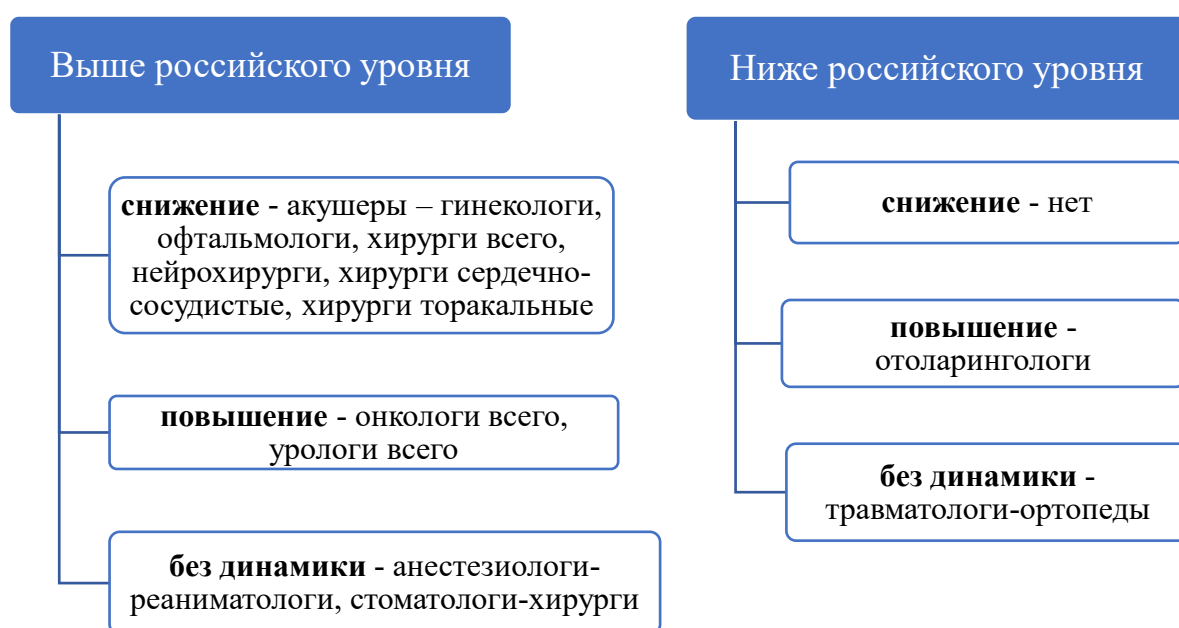


Рисунок 3.3.- Распределение специальностей хирургического профиля в зависимости от тенденций в динамике показателей обеспеченности

Моделирование трендов показало статистически значимое повышение обеспеченности онкологами всего ($R^2 - 0,559$), оториноларингологами ($R^2 - 0,899$) и урологи всего ($R^2 - 0,7035$). Одновременно отмечалось снижение обеспеченности хирургами всего ($R^2 - 0,9454$), нейрохирургами ($R^2 - 0,7812$), хирургами сердечно-сосудистыми ($R^2 - 0,75$), хирургами торакальными ($R^2 - 0,9669$), акушерами–гинекологами ($R^2 - 0,9287$), офтальмологами ($R^2 - 0,8372$). Вместе с этим, не отмечалась динамика в обеспеченности анестезиологами-реаниматологами ($R^2 - 0,3119$) и стоматологами-хирургами ($R^2 - 0,0$) и травматологами-ортопедами ($R^2 - 0,0$).

3.2. Квалификация врачебных кадров в Воронежской области

Сравнительный анализ показал, что в 2017-2021 гг. доля врачей (всего), имеющих квалификационную категорию, в Воронежской области стабильно была выше, чем в РФ и ЦФО, также, как и в последних характеризовалась тенденцией к снижению (табл. 3.5). Так, при моделировании трендов коэффициент аппроксимации в области составлял – 0,971, в РФ и ЦФО соответственно 0,9711 и 0,9626.

Таблица 3.5. - Динамика доли врачей, имеющих квалификационную категорию, в РФ, ЦФО и Воронежской области (в %)

Территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	R^2
РФ	45,7	44,0	42,5	40,7	40,3	0,9711
ЦФО	45,4	42,8	40,4	38,1	37,6	0,9626
ВО	62,6	61,2	59,4	57,3	56,9	0,971

Следует отметить, что статистически значимое превышение доли врачей, имеющих квалификационную категорию, в Воронежской области по сравнению с таковыми в РФ и ЦФО регистрировалось почти по всем специальностям терапевтического и хирургического профиля (табл. 3.6). Исключение составили офтальмологи, хирурги всего, среди них данные показатели превышали только уровни ЦФО (51,3% против 41,2% и 57,9% против 46,7% соответственно, $p < 0,05$) и фтизиатры – превышали только российский уровень (65,6% против 51,3%, $p < 0,05$).

Таблица 3.6. – Доля врачей, имеющих квалификационную категорию, в РФ, ЦФО и Воронежской области, 2021 г. (в %)

Специальности	РФ	ЦФО	ВО
Врачи, всего	40,3	37,6	56,9*/**
Акушеры – гинекологи (на женское население)	51,0	49,0	67,4*/**
Врачи скорой медицинской помощи	51,7	46,6	63,2*/**
Врачи ультразвуковой диагностики	37,9	35,7	60,2*/**
Врачи функциональной диагностики	47,4	44,8	68,9*/**
Дерматовенерологи	45,6	44,3	58,6*/**
Инфекционисты	39,9	36,5	57,4*/**
Кардиологи, всего	40,3	34,6	60,3*/**
Неврологи	41,8	41,6	51,4*/**
Неонатологи (на детей до 1 года)	56,0	52,3	71,3*/**
Общей практики (семейные)	19,9	15,1	48,5*/**
Онкологи, всего	36,3	31,4	50,0*/**
Оториноларингологи	39,8	37,9	52,8*/**
Офтальмологи	44,9	41,2	51,3**
Педиатры, всего	32,8	31,4	49,0*/**
Психиатры, всего	47,6	43,2	77,7*/**
Терапевты, всего	23,7	22,5	34,1*/**
Травматологи - ортопеды	46,0	41,5	60,1*/**
Урологи, всего	46,9	46,5	58,9*/**
Фтизиатры	51,3	57,7	65,6*
Эндокринологи, всего	35,4	34,5	52,6*/**
Анестезиологи-реаниматологи	52,8	47,5	69,0*/**
Хирурги, всего	48,3	46,7	57,9**
Нейрохирурги	52,3	42,8	79,0*/**
Хирурги сердечно-сосудистые	50,3	38,1	77,8*/**
Хирурги торакальные	62,1	66,8	100,0*/**

* статистически значимые различия с показателями РФ, $p < 0,05$

** статистически значимые различия с показателями ЦФО, $p < 0,05$

Установлено, что в 2017-2021 гг. доля врачей (всего), имеющих сертификат специалиста, в Воронежской области в основном была выше, чем в РФ и ЦФО, однако данные различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$). Также, как и в последних указанный показатель характеризовался тенденцией к снижению (табл. 3.7). Так, при моделировании трендов коэффициент аппроксимации в области составлял – 0,9403, в РФ и ЦФО соответственно 0,9479 и 0,9289.

Кроме этого, статистически значимое превышение доли врачей, имеющих сертификат специалиста, в Воронежской области по сравнению с таковыми в РФ и ЦФО не регистрировалось по всем специальностям

терапевтического и хирургического профиля (табл. 3.8). Однако у врачей 14 (53,8%) из 26 специальностей данные показатели все же были несколько ниже российского уровня. Среди них отмечались такие распространенные специалисты как неонатологи, врачи общей практики (семейные), педиатры всего, терапевты всего, неврологи, хирурги всего.

Таблица 3.7. - Динамика доли врачей (всего), имеющих сертификат специалиста, в РФ, ЦФО и Воронежской области (в %)

Территории	2017 г.	2018 г.	2019 г.	2020 г.	2021 г.	R ²
РФ	99,0	97,1	95,8	92,3	88,0	0,9479
ЦФО	99,3	97,7	96,5	92,8	88,2	0,9289
ВО	99,7	97,6	96,3	93,7	88,9	0,9403

Таблица 3.8. – Доля врачей, имеющих сертификат специалиста, в РФ, ЦФО и Воронежской области, 2021 г. (%)

Специальности	РФ	ЦФО	ВО
Врачи, всего	88,0	88,2	88,9
Акушеры – гинекологи (на женское население)	94,0	94,0	94,2
Врачи скорой медицинской помощи	97,6	98,3	97,1
Врачи ультразвуковой диагностики	96,5	96,3	94,6
Врачи функциональной диагностики	96,8	97,1	98,5
Дерматовенерологи	94,5	94,5	92,8
Инфекционисты	90,7	86,8	86,1
Кардиологи, всего	88,9	88,1	89,3
Неврологи	91,5	91,5	88,8
Неонатологи (на детей до 1 года)	93,3	92,8	90,4
Общей практики (семейные)	95,2	94,6	93,4
Онкологи, всего	84,0	86,4	84,6
Оториноларингологи	92,3	92,0	86,2
Офтальмологи	93,9	93,9	88,9
Педиатры, всего	80,8	82,3	78,7
Психиатры, всего	93,1	91,6	91,0
Терапевты, всего	71,2	67,4	67,3
Травматологи - ортопеды	93,0	93,2	97,2
Урологи, всего	92,8	93,9	95,3
Фтизиатры	95,0	95,3	91,7
Эндокринологи, всего	91,2	91,5	86,5
Анестезиологи-реаниматологи	92,7	92,8	92,7
Хирурги, всего	93,8	93,6	90,7

Нейрохирурги	92,6	92,5	96,8
Хирурги сердечно-сосудистые	91,7	91,0	97,8
Хирурги торакальные	93,9	94,6	100,0

Среди специалистов для взрослого населения преобладали терапевты всего (4,05 на 10 тыс. соответствующего населения), стоматологи-терапевты (2,82), терапевты участковые (2,41), врачи общей практики (семейные) (1,98) и неврологи (1,75). Среди врачей хирургического профиля наибольшая обеспеченность в области была акушерами-гинекологами (4,82 на 10 тыс. женского населения), анестезиологами-реаниматологами - 2,38, хирургами взрослыми - 1,72, хирургами всего - 1,64, хирургами детскими - 1,27 на 10 тыс. соответствующего населения.

В 2017-2021 гг. доля врачей (всего), имеющих сертификат специалиста, в Воронежской области была выше, чем в РФ и ЦФО, однако данные различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$). При этом в РФ и ЦФО указанный показатель характеризовался тенденцией к снижению.

ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ВРАЧАМИ РАЗЛИЧНОГО ПРОФИЛЯ УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ И СОБСТВЕННОГО ЗДОРОВЬЯ

4.1. Субъективная оценка здоровья врачами

Подавляющее большинство (89,4%) респондентов дали положительную оценку своему здоровью (хорошее 32,1%, скорее хорошее, чем плохое – 57,3%) и только в единичных случаях (0,3%) считали его плохим (рис. 4.1). Чаще всего оценивали свое здоровье как хорошее лица в возрасте 30-39 лет (39,3%).

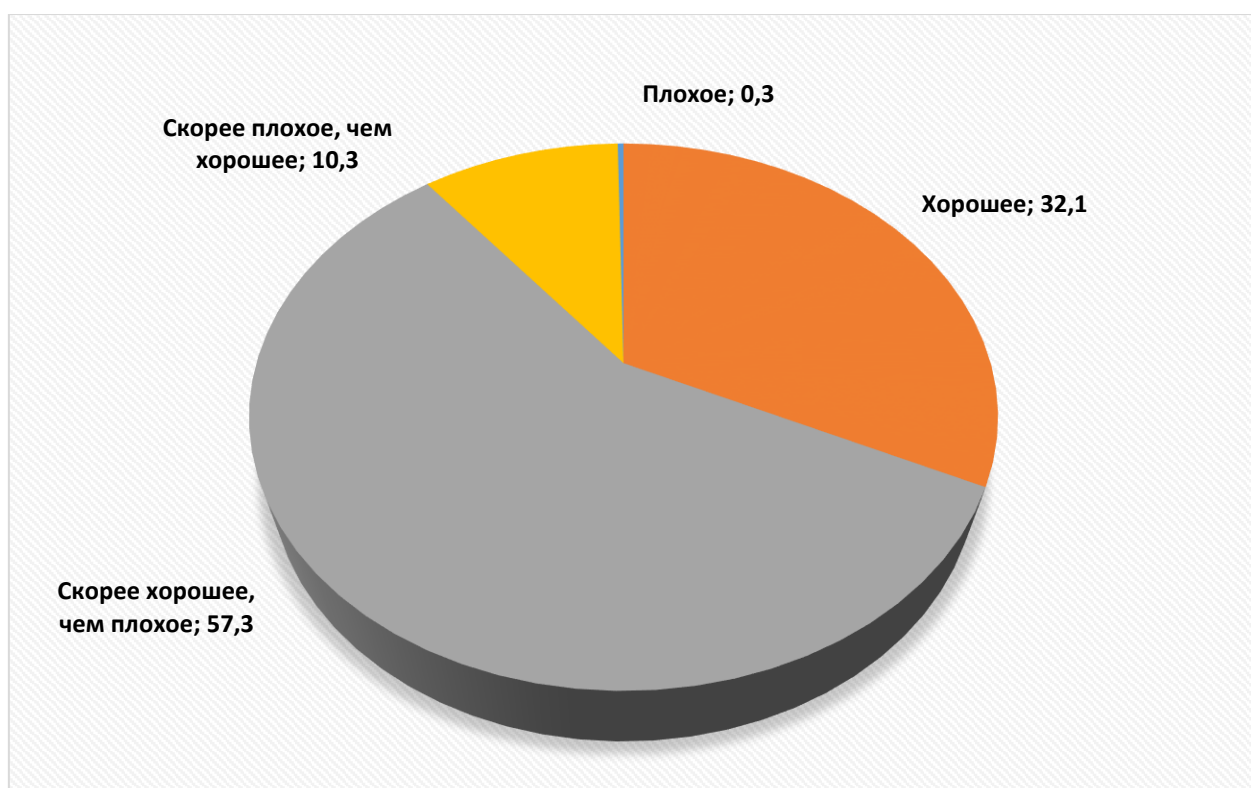


Рисунок 4.1.- Распределение врачей по мнению о состоянии своего здоровья (в %)

С возрастом доля здоровых врачей уменьшалась и в возрастной группе 60 лет и старше составляла только 20,5% (табл. 4.1).

Мужчины считали себя более здоровыми – 38,2% против 28,2% у женщин ($p < 0,05$). Мнение о своем здоровье не зависело от профиля специалиста.

Таблица 4.1. – Распределение врачей по мнению о состоянии своего здоровья в зависимости от возраста, пола и специальности (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов			
	Хорошее	Скорее хорошее, чем плохое	Скорее плохое, чем хорошее	Плохое
Всего	32,1	57,3	10,3	0,3
Возраст				
до 30 лет	31,3	58,6	10,1	-
30-39 лет	39,3	53,9	6,8	-
40-49 лет	34,8	53,9	11,3	-
50-59 лет	27,7	58,5	12,3	1,5
60 лет и старше	20,5	65,9	13,6	-
Пол				
мужчины	38,2	51,3	9,8	0,7
женщины	28,2*	61,1	10,7	-
Профиль специальности				
терапевтический	32,0	56,9	11,1	-
хирургический	32,5	58,1	8,5	0,9

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Профессия врача входит в группу высокого риска в отношении возникновения синдрома эмоционального выгорания. Более половины (53,9%) респондентов сообщили, что наблюдали у себя отдельные признаки синдрома выгорания и довольно значительная часть (19,2%) затруднились с ответом (табл. 4.2).

Таблица 4.2. – Распределение врачей по наличию признаков синдрома эмоционального выгорания (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	53,9	26,9	19,2
Возраст			
до 30 лет	43,4	32,4	24,2
30-39 лет	62,5*	21,6	15,9
40-49 лет	65,2*	21,3	13,5
50-59 лет	44,4	28,6	27,0
60 лет и старше	51,2	34,2	14,6
Пол			
мужчины	48,6	29,8	21,6
женщины	57,3	25,0	17,7
Профиль специальности			

терапевтический	58,1	23,0	18,9
хирургический	44,3*	35,7	20,0
Стаж по специальности			
до 5 лет	54,7	25,0	20,3
5-10 лет	47,4	31,6	21,0
10-15 лет	68,3*	15,9	15,8
15-20 лет	64,7*	23,5	11,8
20-25 лет	54,3	25,7	20,0
более 25 лет	48,7	28,9	22,4

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Частота наличия признаков указанного синдрома зависела от возраста и пола врачей, профиля специальности и стажа по данной специальности. Так, реже всего признаки синдрома выгорания отмечался у респондентов в возрасте до 30 лет (в 43% случаев) и 50-59 лет (в 44,4%). Максимальная частота их распространения имела место в возрастных группах 30-39 лет (в 62,5%) и 40-49 лет (в 65,2%).

На признаки синдрома выгорания чаще указывали женщины – 57,3% против 48,6% соответственно. Однако эти различия не были статистически значимыми ($p > 0,05$). Установлено существенное различие в распространенности синдрома эмоционального выгорания среди специалистов терапевтического и хирургического профиля – 58,1% и 44,3% соответственно ($p < 0,05$). О признаках синдрома выгорания довольно часто (в 54,7% случаев) сообщали респонденты со стажем по специальности до 5 лет. Максимальная их доля регистрировалась в группах врачей со стажем 10-15 лет (68,3%) и 15-20 лет (64,7%). Обращает внимание значительное снижение распространенности признаков синдрома в группе лиц со стажем по специальности более 25 лет (48,7%).

Основными признаками проявления синдрома эмоционального выгорания респондентами были названы чувство усталости (63,2 на 100 ответивших), утомления (54,9), нервно-психического напряжения (47,3), снижение мотивации к деятельности (41,9) (табл. 4.3). Кроме этого, отмечались признаки истощения, соматические и вегетативные реакции.

Таблица 4.3. – Проявления синдрома эмоционального выгорания у врачей (на 100 ответивших)

Проявления	Всего	Пол		Профиль специальности	
		мужчины	женщины	терапевтически	хирургически
Усталость	63,2	85,2	83,3	89,0	74,5*
Утомление	54,9	74,1	72,2	76,0	68,6
Нервно-психическое напряжение	47,3	68,1	54,2	64,3	62,7
Снижение мотивации к деятельности	41,9	60,0	48,6*	58,4	51,0
Истощение	27,1	37,0	34,7	39,0	29,4*
Соматические и вегетативные реакции	19,5	28,9	20,8	24,7	31,4
Сложности в выражении эмоций	12,3	15,6	18,1	16,2	17,6
Трудности в межличностных отношениях	8,3	11,9	9,7	11,7	9,8

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Следует отметить, что частота признаков синдрома выгорания в основном не зависела от пола и специальности врачей. Лишь только у специалистов терапевтического профиля чаще наблюдались признаки истощения (39 против 29,4 на 100 ответивших, $p < 0,05$) и усталости (89 против 74,5 на 100 ответивших, $p < 0,05$).

Доли наличия признаков синдрома выгорания при различном мнении респондентов о своем здоровье представлены в табл. 4.4.

Таблица 4.4. - Доли наличия признаков синдрома выгорания при различном мнении респондентов о своем здоровье (в %)

Хорошее	Скорее хорошее, чем плохое	Скорее плохое, чем хорошее	Плохое
36,3	56,1	82,5	100,0

При оценке здоровья как хорошее признаки синдрома выгорания отмечались у 36,3% респондентов, а при плохом – в 100% случаев.

Анализ зависимости между самооценкой здоровья и указанием на наличие признаков синдрома эмоционального выгорания показало, что существует сильная обратная зависимость, то есть улучшение состояние здоровья приводит к снижению частоты указания на наличие признаков синдрома эмоционального выгорания ($K_{acc}=-0,91$; $\chi^2=16,79$ ($p<0.05$), информативность 0,33 ед.). С точки зрения логической конструкции статистическими методами нельзя определить, что было первично. Появление ли признаков синдрома эмоционального выгорания, которые послужили пусковым моментом ухудшения состояния здоровья или ухудшение состояние здоровья послужило фоном для проявления признаков эмоционального выгорания. Однако такая функциональная зависимость существует, что свидетельствует о высокой частоте встречаемости именно такой комбинации признаков.

Важно определить факторы, связанные с проявлениями синдрома эмоционального выгорания. Одним из таких факторов является безопасность труда. Зависимость между субъективным восприятием уровня безопасности труда и признаками синдрома эмоционального выгорания может стать основой для проведения мероприятий не только с целью охраны труда и профилактики травматизма, но и снижению выраженности и предотвращения синдрома эмоционального выгорания у медицинского персонала. Большинство опрошенных врачей рассматривает уровень безопасности труда на достаточно высоком уровне и имеет о нем сформированное мнение. Только 4% опрошенных врачей затруднились с оценкой этого параметра. Такой ответ рассматривался как негативный.

В результате получена достоверная обратная зависимость между положительной оценкой безопасности труда и проявлениями синдрома эмоционального выгорания ($K_{acc}=-0,61$; $\chi^2=7,88$ ($p<0.05$), информативность 0,17 ед.), то есть субъективное восприятие условий труда как безопасные, снижает вероятность развития синдрома эмоционального выгорания.

Еще одним важным критерием является субъективное восприятие защищенности прав работника при выполнении им своих трудовых обязанностей. Треть опрошенных сотрудников не считали уровень защищенности своих прав достаточным и только две трети считали, что их права защищены в достаточной степени. Так же как и в предыдущем случае, получена достоверная обратная зависимость между положительной оценкой защищенности своих прав и проявлениями синдрома эмоционального выгорания ($K_{acc}=-0,65$; $\chi^2=28,33$ ($p<0.05$), информативность 0,28 ед.). При наличии уверенности в защищенности своих прав вероятность развития синдрома эмоционального выгорания снижается.

Логично предположить наличие связи между субъективным восприятием безопасности труда и субъективным восприятием защищенности прав работника, которая (безопасность труда) воспринимается как одно из основополагающих прав работника. Наличие такой прямой зависимости было подтверждено в ходе настоящего исследования ($K_{acc}=0,69$; $\chi^2=29,41$ ($p<0.05$), информативность 0,74 ед.).

Распространено мнение, что увеличение стажа приводит к повышению вероятности развития синдрома эмоционального выгорания. Наши исследования не подтвердили этой гипотезы. Вероятность развития указанного синдрома в группе работников со стажем менее 10 лет была одинаковой с вероятностью в группе работников со стажем 10 лет и более. Связи между этими признаками не было ($K_{acc}=0,02$; $\chi^2=0,02$ ($p>0.05$), информативность 0,00 ед.).

Так как ранее была выявлена зависимость между состоянием здоровья и наличием признаков синдрома эмоционального выгорания, то важным становится и учет наличия или отсутствия зависимостей между состоянием здоровья и факторами, связанными с фактом проявления синдрома эмоционального выгорания, которые были рассмотрены ранее.

Безопасность труда или субъективное восприятие труда как безопасный связано с уровнем здоровья прямой и достоверной зависимостью ($K_{acc}=0,65$;

$\chi^2=18,27$ ($p<0.05$), информативность 0,12 ед.). Врачи, оценивающие свое здоровье как высокое, чаще оценивают свой труд как безопасный.

Защищенность прав (субъективное ощущение) связано прямой зависимостью с уровнем субъективного восприятия здоровья ($K_{acc}=0,5$; $\chi^2=10,96$ ($p<0.05$), информативность 0,03 ед.). Такой характер зависимости свидетельствует, что у лиц, считающих, что их права защищены, имеют более высокий уровень здоровья.

Согласно полученным данным, достижение высокой степени удовлетворенности работой, не способствует снижению вероятности развития синдрома эмоционального выгорания, однако у лиц с высокой степенью удовлетворенностью работой выше и показатели самооценки здоровья ($K_{acc}=0,48$; $\chi^2=7,68$ ($p<0.05$), информативность 0,03 ед.).

Таким образом, между самооценкой здоровья и указанием на наличие признаков синдрома эмоционального выгорания существует сильная обратная зависимость ($K_{acc}=-0,91$), что указывает на необходимость определять признаки синдрома эмоционального выгорания у лиц со сниженным уровнем здоровья. Кроме факторов, отмеченных самими опрошенными, связанными с фактом проявления синдрома эмоционального выгорания следует отнести оценку безопасности труда ($K_{acc}=-0,61$), субъективное ощущение защищенности прав ($K_{acc}=-0,65$) и степень удовлетворенности работой ($K_{acc}=0,7$). При этом в первом и во втором случаях связь обратная и ощущение безопасности условий труда и защищенности своих прав снижает частоту синдрома эмоционального выгорания при повышении уровня субъективной оценки здоровья, то в третьем случае высокая степень удовлетворённости способствует повышению частоту его проявления, но также при более высоких значениях самооценки здоровья ($K_{acc}=0,48$). Все выявленные зависимости обладали необходимым уровнем достоверности ($p<0,05$). Суммарные данные представлены в корреляционной матрице (представлены значения коэффициентов ассоциации) отражены в таблице 4.5.

Таблица 4.5. – Суммарные значения коэффициентов ассоциации

	Безопасность труда	Защищенность прав	Удовлетворенность
СЭВ	-0,61	-0,65	0,7
Самооценка здоровья	0,65	0,5	0,48

По мнению большинства (51,7 на 100 ответивших) участников опроса, мерой профилактики синдрома эмоционального выгорания может служить организация комнат отдыха и разгрузки (табл. 4.6).

Таблица 4.6. – Мнение врачей о мерах профилактики синдрома эмоционального выгорания (на 100 ответивших)

Группы наблюдения	Варианты ответов			
	Беседы с психологом	Комната отдыха и разгрузки	Специализированная литература	Другое
Всего	26,1	51,7	7,1	32,1
Возраст				
до 30 лет	34,3*	54,5*	5,1	20,2
30-39 лет	30,3*	56,2*	10,1*	22,5
40-49 лет	23,6	51,7	5,6	28,1
50-59 лет	9,2	30,8	4,6	46,2
60 лет и старше	9,1	27,3	6,8	40,9
Пол				
мужчины	15,5	43,2	6,8	32,4
женщины	29,7*	50,9	6,5	28,0

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Значительно реже (26,1) придавалось значение беседам с психологом. С возрастом значимость данных мер профилактики снижалась. Мужчины реже, чем женщины считали эффективным обращение к психологу (15,5 против 29,7 на 100 ответивших, $p < 0,05$). Использование специальной литературы с этой целью профилактики синдрома эмоционального выгорания называлось редко (7,1).

4.2. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности

Одним из важных условий деятельности врача является безопасность его труда. По мнению половины (52,6%) респондентов их условия труда были полностью безопасны, только 1,3% отрицательно ответили на данный вопрос

(табл. 4.7).

Таблица 4.7. – Распределение врачей по мнению о безопасности их труда
(в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов				
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	52,6	35,2	8,8	1,3	2,1
Профиль специальности					
терапевтический	54,9	33,6	8,5	1,5	1,5
хирургический	47,5	39,0	9,3	0,8	3,4*
Медицинская организация					
стационар	50,3	41,1	6,7	1,3	0,6
поликлиника	50,7	35,5	9,8	2,0	2,0*
частные (стац.)	62,5**	37,5	-	-	-
частные (амб.)	33,3*/**	58,3*/**	8,4*	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Следует отметить, отсутствие значимых различий во мнении по данному вопросу врачей терапевтических и хирургических специальностей, а также работающих в стационарных и амбулаторных условиях.

Вместе с этим, были установлены статистически значимые различия по отношению к безопасности труда в частных медицинских организациях. Так, в последних полностью безопасной свою работу считали 62,5% респондентов, работающих в стационаре, и только 33,3% врачей, работающих в амбулаторных условиях ($p < 0,05$). Кроме этого, частные медицинские организации отличались от государственных тем, что врачи стационаров чаще считали свою работу безопасной (62,5% против 50,3%, $p < 0,05$), а врачи поликлиник значительно реже (33,3% против 50,3%, $p < 0,05$).

Основной причиной нарушения безопасности труда, по мнению врачей, была напряженность трудового процесса (59,5 на 100 ответивших). При этом на данную причину чаще указывали специалисты терапевтического профиля (61,5 против 53,8 соответственно). Однако данные различия не были статистически значимы ($p > 0,05$) (табл. 4.8).

Таблица 4.8. – Причины нарушения безопасности работы врачей в зависимости от профиля специальности (на 100 ответивших)

Причины	Всего	Профиль специальности	
		терапевтический	хирургический
Напряженность трудового процесса	59,5	61,5	53,8
Возможный контакт с патогенными средами	32,3	32,6	31,2
Ответственность за человеческие жизни	24,1	23,4	25,5
Тяжесть трудового процесса	20,7	24,0	12,7*
Воздействие физических факторов	13,8	12,9	15,6
Работа с сильнодействующими препаратами	6,9	4,9	11,3*
Другое	7,8	8,6	5,7

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Второе место по значимости занимала возможность контакта с патогенными средами (32,3 на 100 ответивших). Различий в частоте данной причины нарушения безопасности между специалистами изучаемых профилей не было. На третьем месте находилась тяжесть трудового процесса (20,7), на которую чаще указывали врачи терапевтического профиля (24 против 12,7 соответственно, $p < 0,05$).

Существенные различия были выявлены при анализе причин нарушения безопасности труда в зависимости от характера медицинской организации. Так, врачи, работающие в государственных стационарных организациях, чаще чем поликлинические врачи называли такую причину как ответственность за человеческие жизни (35 против 15,3 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$) и работу с сильнодействующими препаратами (11 против 4,4, $p < 0,05$), а работающие в частных стационарах - возможность контакта с патогенными средами (60 против 43,6, $p < 0,05$), работу с сильнодействующими препаратами (20 против 0, $p < 0,05$) и воздействие физических факторов (20 против 0, $p < 0,05$), реже – тяжесть и напряженность трудового процесса (0 против 58,2 и 40 против 50,8 соответственно, $p < 0,05$) (табл. 4.9).

Таблица 4.9. – Причины нарушения безопасности работы врачей в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Причины	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Напряженность трудового процесса	59,5	62,0	70,1	40,0**	50,8*/**
Возможный контакт с патогенными средами	32,3	31,0	29,6	60,0**	43,6*/**
Ответственность за человеческие жизни	24,1	35,0	15,3*	20,0**	29,1**
Тяжесть трудового процесса	20,7	21,0	28,5	-	58,2*/**
Воздействие физических факторов	13,8	13,0	12,1	20,0	-
Работа с сильнодействующими препаратами	6,9	11,0	4,4*	20,0	-
Другое	7,8	4,0	11,0	-	14,5*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Подавляющее большинство врачей (89,1%), принявших участие в исследовании, сообщили о наличии стрессовых ситуаций в процессе их профессиональной деятельности (да – 54,9%, скорее да, чем нет – 34,2%) (табл. 4.10). Данное мнение не зависело от пола, однако специалисты хирургического профиля чаще указывали на наличие данных ситуаций (63,2% против 51,3%, $p < 0,05$).

Таблица 4.10. – Распределение врачей по мнению о наличии стрессовых ситуаций на работе (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов			
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет
Всего	54,9	34,2	9,3	1,6
Пол				
мужчины	57,4	32,4	9,5	2,7
женщины	54,7	36,2	9,2	0,9
Профиль специальности				
терапевтический	51,3	36,4	11,2	1,1
хирургический	63,2*	29,1	5,1	1,6

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Результаты опроса показали, что негативные последствия усталости и стресса больше связаны с личными качествами характера (41,6 на 100 ответивших), уровнем мотивации (40,7), специальностью (30,5), реже с возрастом (18,2), со стажем работы (17,7) и уровнем компетентности (12,3) (табл. 4.11). При этом мнение мужчин и женщин по данному вопросу практически не отличалось. Единственное – женщины больше придавали значение компетентности врачей и их семейному положению.

Таблица 4.11. – Факторы, влияющие на возникновение негативных последствий усталости и стресса у врачей (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Пол		Профиль специальности	
		мужчины	женщины	терапевтический	хирургический
Личные качества характера	41,6	33,1	41,8	15,5	35,9*
Уровень мотивации/зарплаты	40,7	41,2	35,3	13,1	35,9*
Специализация врача	30,5	23,0	31,5	11,7	27,4*
Возраст	18,2	18,2	15,9	5,9	22,2*
Стаж работы	17,9	18,9	15,1	5,6	18,8*
Уровень компетентности (знания и навыки)	12,3	6,8	14,2*	5,3	8,5
Семейное положение	8,8	4,1	10,8*	4,0	4,3
Пол	6,0	4,1	6,5	2,4	3,4
Уровень образования	1,4	2,0	0,9	0,3	-
Другое	8,3	6,8	8,2	3,0	6,8*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Вместе с этим, специалисты хирургического профиля статистически значимо чаще, чем терапевтического профиля указывали на значение таких факторов как личные качества характера (35,9 против 15,3 на 100 ответивших, $p < 0,05$), уровень мотивации (35,9 против 13,1, $p < 0,05$), специальность (27,4 против 11,7, $p < 0,05$), возраст (22,2 против 5,9, $p < 0,05$) и стаж работы (18,8 против 5,6, $p < 0,05$).

На табл. 4.12 представлено влияние возраста врачей на мнение о значимости основных факторов в возникновении негативных последствий усталости и стресса.

Таблица 4.12. - Значимость основных факторов, влияющих на возникновение негативных последствий усталости и стресса у врачей, в зависимости от их возраста (на 100 ответивших)

Факторы	до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Специализация врача	45,5*	36,5	24,1	12,1	7,5
Личные качества характера	43,4	38,8	49,4*	29,3	25,0
Уровень мотивации	38,4	52,9*	40,2	29,3	20,0
Стаж работы	27,3*	10,6	12,6	13,8	20,0
Уровень компетентности	17,2	10,6	6,9	12,1	10,0
Возраст	10,1	5,9	20,7	39,7*	20,0

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Следует отметить, что несмотря на значительные колебания показателя по возрастным группам, в итоге имеет место тенденция к снижению их значимости к возрасту 60 лет и старше.

О нарушении своих прав заявили 65,4% респондентов (да – 34,9%, скорее да, чем нет – 30,5%) (табл. 4.13).

Таблица 4.13. – Распределение врачей по мнению о нарушении их прав (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов				
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	34,9	30,5	22,2	4,4	8,0
Медицинская организация					
стационар	32,9	27,4	28,7	5,5	5,5
поликлиника	32,2	30,9	22,5	3,9	10,5*
Частная (стац.)	37,5	37,5**	25,0		
Частная (амб.)	41,7	41,7**	16,6		

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Различия в положительных мнениях по данному вопросу в зависимости от места работы (стационар, поликлиника) и его характера (государственная, частная медицинская организация) не отмечались. Они были статистически значимыми по другим ответам. Так, врачи частных организаций стационарного и амбулаторного типа чаще давали ответ «Скорее да, чем нет» - 37,5% против 27,4%, 41,7% против 30,9% соответственно, $p < 0,05$.

Среди нарушений прав врачей в первую очередь назывались отсутствие возможности страхования риска своей профессиональной ответственности (44,6 на 100 ответивших), достойных условий труда (43,0), стимулирования труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности (37,1) (табл. 4.14).

Таблица 4.14. – Виды нарушений прав врачей в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Виды нарушений	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Отсутствие возможности страхования риска своей профессиональной ответственности	44,6	48,1	42,9	45,0	30,0*/**
Отсутствие достойных условий труда	43,0	37,0	54,0*	22,5**	60,0*
Отсутствие стимулирования труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности	37,1	44,4	37,4	90,0**	45,0*
Невозможность повышения профессиональной квалификации и профпереподготовки за счёт организации	8,1	12,3	6,9*	-	-
Невозможность прохождения аттестации для получения квалификационной категории, а также на дифференциацию оплаты труда по ее результатам	4,3	6,2	2,8*	22,5**	-
Отсутствие возможности создания профессиональных некоммерческих организаций	2,2	1,2	1,4	-	15,0*/**

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Аналогичное ранговое распределение мнений по данному вопросу отмечалось среди работников стационара и поликлиник, государственных и

частных медицинских организаций. Однако, сравнительный анализ показал, что врачи государственных и частных поликлиник чаще называли такое нарушение прав как отсутствие достойных условий труда – 54 против 37 на 100 ответивших ($p<0,05$) и 60 против 22,5 ($p<0,05$) соответственно, реже отсутствие стимуляции труда – 37,4 против 44,4 и 45 против 90 ($p<0,05$), а также отсутствие возможности страхования рисков – 42,9 против 48,1 и 30 против 45 ($p<0,05$). Следует отметить, что доли врачей частных стационаров, указавших на данные нарушения, были больше, чем государственных.

4.3. Мнение врачебного персонала государственных и частных медицинских организаций о факторах эффективности их деятельности

На вопрос «В чем Вы видите основную проблему (проблемы), мешающую наиболее эффективной, результативной работе Вашей организации?» 38,6 на 100 ответивших назвали недостаточное финансирование, 27,2 - формальное отношение к функциональным обязанностям сотрудников, 20,8 – однообразие в работе, 19 - некомпетентность руководства (табл. 4.15). Врачи меньшее значение придавали низкому уровню автоматизации, отсутствию самостоятельности в принятии решений, недостаточному профессионализму сотрудников и уровню безопасности рабочего места.

Таблица 4.15. – Факторы, мешающие эффективной работе врача, в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Недостаточное финансирование	38,6	54,6	37,0*	62,5	16,7*/**
Формальное отношение к функциональным обязанностям сотрудников	27,2	38,9	34,1	37,5	25,0*/**
Однообразие в работе	20,8	25,9	25,9	25,0	16,7*
Некомпетентность руководства	19,0	27,8	18,5	12,5**	25,0*
Низкий уровень автоматизации	17,5	20,4	23,7	37,5**	-
Отсутствие самостоятельности в	13,5	18,5	13,3	12,5	-

принятии решений					
Низкий профессиональный уровень сотрудников	12,6	13,9	17,0	-	16,7*
Недостаточный уровень безопасности рабочего места	12,3	19,4	10,4	12,5	8,3
Узкая специализация	7,3	17,6	3,7*		8,3*
Соперничество	3,2	0,9	1,5	12,5**	33,3*/**
Другое	7,9	12,0	4,4		8,3*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Мнения специалистов, работающих в государственных стационарах и поликлиниках, по вопросу эффективности работы их медицинской организации практически совпадали. Только врачи стационаров придавали большее значение недостаточному финансированию (54,6 против 37 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$) и узкой специализации (17,6 против 3,7, $p < 0,05$).

В отличие от государственных медицинских организаций в частных стационарах и поликлиниках мнения врачей о причинах, снижающих эффективность их деятельности, существенно различались по всем изучаемым позициям. Так, сотрудники частных стационаров совсем не придавали значения профессиональному уровню и узкой специализации врачей, а сотрудники поликлиник – отсутствию самостоятельности в принятии решений и уровню автоматизации их медицинской организации. Наиболее значимыми были различия по вопросу недостаточности финансирования (62,5 против 16,7 соответственно, $p < 0,05$), формального отношения к функциональным обязанностям сотрудников (37,5 против 25, $p < 0,05$) и соперничества (12,5 против 33,3, $p < 0,05$).

Выявлены различия в мнениях по данному вопросу сотрудников частных стационаров и поликлиник от таковых у работников государственных медицинских организаций. Так, врачи частных стационаров чаще придавали значение уровню автоматизации, а врачи поликлиник – больше соперничеству и меньше формальному отношению к функциональным обязанностям

сотрудников и недостаточному финансированию.

Установлено, что на мнение специалистов оказывал влияние их профессиональный профиль, однако выявленные различия не всегда были статистически значимыми. Если по вопросу недостаточного финансирования врачи терапевтического и хирургического профиля были единодушны, то первые считали более значимыми такие проблемы как некомпетентность руководства и узкая специализация, последние – формальное отношение к функциональным обязанностям сотрудников, однообразие в работе, низкий уровень автоматизации (рис. 4.2).



Рисунок 4.2.- Значимость факторов, мешающих эффективной работе врача, в зависимости от профиля специальности (на 100 ответивших)

Ранговое распределение указанных мер сохранялось в возрастном аспекте и с возрастом практически их значимость не менялась. Исключение составили такие решения проблем как аттестация руководства по вопросам менеджмента и повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы, которые с возрастом врачей утрачивали

свою важность (табл. 4.16).

Таблица 4.16. – Меры, которые могут способствовать, по мнению врачей, решению проблем в их деятельности, в зависимости от стажа (на 100 ответивших)

Меры	Всего	Стаж					
		до 5 лет	5-10 лет	10-15 лет	15-20 лет	20-25 лет	более 25 лет
Оплата по труду	50,1*	48,1	54,3	59,5	62,8	41,9	49,3
Внимание к нуждам подчиненных	40,6	32,7	54,3	64,3	55,8	29,0	32,8
Повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы	40,6	40,4	42,9	59,5	44,2	51,6	29,9*
Учеба, курсы повышения квалификации, участие в семинарах	29,9	30,8	34,3	35,7	25,6	25,8	26,9
Возможность обучаться смежным специальностям	20,6	24,0	25,7	31,0	11,6	9,7	19,4
Кадровые перестановки	18,8	16,3	40,0	26,2	14,0	6,5	19,4
Разработка эффективной системы оценки качества	14,8	9,6	17,1	19,0	18,6	16,1	17,9
Аттестация руководства по вопросам менеджмента	9,9	16,3	11,4	11,9	9,3	3,2	4,5*
Другое	5,2	5,8	2,9	7,1	4,7	9,7	3,0

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

При опросе были выявлены ряд различий во мнениях по выше представленному вопросу среди мужчин и женщин, которые в основном не были статистически значимыми (рис. 4.3).

Женщины придавали большее значение повышению взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы (40,5 против 30,9 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$), учебе, курсам повышения квалификации, участию в семинарах (31,9 против 19,5, $p < 0,05$), мужчины – кадровым перестановкам (18,8 против 15,9, $p > 0,05$), аттестация руководства по вопросам менеджмента (13,4 против 6, $p > 0,05$).



Рисунок 4.3.- Значимость мер, способствующих, по мнению врачей, решению проблем в их деятельности, в зависимости от пола (на 100 ответивших)

Мнения специалистов, работающих в государственных стационарах и поликлиниках, по вопросу решения проблем в их деятельности по значимости в основном совпадали. Только врачи стационаров придавали большее значение оплате труда (68,5 против 54,8 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$) и вниманию к нуждам подчиненных (63,9 против 40, $p < 0,05$) (табл. 4.17).

В отличие от государственных медицинских организаций в частных стационарах и поликлиниках мнения врачей о мерах по решению их проблем, существенно различались по многим изучаемым позициям. Так, сотрудники

частных стационаров совсем не придавали значения аттестации руководства по вопросам менеджмента, разработке эффективной системы оценки качества, возможности обучаться смежным специальностям.

Таблица 4.17. – Меры, способствующие, по мнению врачей, решению проблем в их деятельности, в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Меры	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Оплата по труду	50,1	68,5	54,8*	37,5**	33,3**
Внимание к нуждам подчиненных	40,6	63,9	40,0*	62,5	41,7*
Повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы	40,6	48,1	49,6	62,5**	41,7*
Учеба, курсы повышения квалификации, участие в семинарах	29,9	40,7	38,5	25,0**	25,0**
Возможность обучаться смежным специальностям	20,6	32,4	23,7	-	8,3*/**
Кадровые перестановки	18,8	28,7	20,0	12,5**	16,7
Разработка эффективной системы оценки качества	14,8	19,4	17,0	-	16,7*
Аттестация руководства по вопросам менеджмента	9,9	15,7	10,4	-	8,3*
Другое	5,2	5,6	5,2	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Наиболее значимыми были различия по вопросу внимания к нуждам подчиненных и повышения взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы (62,5 против 41,7 соответственно, $p < 0,05$).

Выявлены различия в мнениях по данному вопросу сотрудников частных стационаров и поликлиник с таковыми у работников государственных медицинских организаций. Так, врачи частных стационаров чаще придавали значение повышению взаимной заинтересованности

сотрудников в результатах выполняемой работы, меньше - оплате по труду, учебе, курсам повышения квалификации, участию в семинарах, а врачи поликлиник – меньше оплате по труду, возможности обучаться смежным специальностям, учебе, курсам повышения квалификации, участию в семинарах.

Распределение врачей по мнению об отношениях между администрацией и работниками в их медицинской организации представлено в таблице 4.18.

Таблица 4.18. – Распределение врачей по мнению об отношениях между администрацией и работниками в их медицинской организации (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов				
	полного взаимопонимания и сотрудничества	спокойные, без внутренней напряженности	напряженные, но не доходящие до открытого конфликта	Другое	Затрудняюсь ответить
Всего	15,5	50,9	24,0	3,4	6,2
Возраст					
до 30 лет	16,0	55,0	20,0	2,0	7,0
30-39 лет	13,2	46,2	28,6	5,5	6,5
40-49 лет	17,6	60,4	22,0	2,3	7,7
50-59 лет	12,5	59,4	18,8	1,6	7,7
60 лет и старше	22,0	53,7	17,1		7,2
Пол					
мужчины	15,7	47,7	27,5	3,9	5,2
женщины	15,4	53,0	21,8	3,0	6,8
Медицинская организация					
стационар	12,5	51,2	27,4	4,8	4,1
поликлиника	15,1	50,7	24,3	2,0	7,9
частная (стац.)	12,5	50,0	12,5	12,5	12,5
частная (амб.)	8,3	58,5	16,6	8,3	8,3

О полном взаимопонимании и сотрудничестве сообщили только 15,3% респондентов. В основном это были спокойные без внутренней напряженности отношения (в 50,9% случаев). По мнению ряда врачей (в 24%), отношения с администрацией носили напряженный характер, но не доходящие до открытого конфликта. В единичных случаях (в 6,2%) респонденты не могли дать характеристику указанных отношений в их медицинской организации. Следует отметить отсутствие статистически значимых отличий во мнении

врачей по данному вопросу в зависимости от возраста, пола и типа медицинской организации (стационар, поликлиника, государственные и частные).

Подавляющее большинство (89,4%) респондентов дали положительную оценку своему здоровью и только в единичных случаях (0,3%) считали его плохим. Чаще всего оценивали свое здоровье как хорошее лица в возрасте 30-39 лет (39,3%). С возрастом доля здоровых врачей уменьшалась и в возрастной группе 60 лет и старше составляла только 20,5%. Мужчины считали себя более здоровыми в 38,2% против 28,2% у женщин ($p < 0,05$).

По мнению половины (52,6%) опрошенных врачей их условия труда были полностью безопасны, еще 35,2% респондентов считали, что они скорее безопасны, чем нет. При этом отсутствовали значимые различия во мнении по данному вопросу врачей терапевтических и хирургических специальностей, а также работающих в стационарных и амбулаторных условиях. Однако, в частных медицинских организациях полностью безопасной свою работу считали 62,5% респондентов, работающих в стационаре, и только 33,3% врачей, работающих в амбулаторных условиях. По мнению врачей, основным фактором возможного нарушения безопасности их профессиональной деятельности была напряженность трудового процесса, связанная в том числе с большой ответственностью за больных.

ГЛАВА 5. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ РАБОТОЙ ВРАЧЕЙ ГОСУДАРСТВЕННЫХ И ЧАСТНЫХ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

5.1. Корпоративная культура в государственных и частных медицинских организациях

По мнению 94,5% врачей, принявших участие в опросе, командная работа повышает качество и эффективность оказываемой медицинской помощи. Следует отметить высокую частоту и отсутствие статистически значимых различий, данного ответа среди специалистов различного профиля, работающих в стационарных и амбулаторных условиях, государственных и частных медицинских организациях (табл. 5.1).

Таблица 5.1. – Распределение врачей по мнению о роли командной работы при оказании медицинской помощи (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов		
	Повышает	Снижает	Не влияет
Всего	94,5	0,5	5,0
Профиль специальности			
терапевтический	93,3	0,4	6,3
хирургический	97,4	0,8	1,8
Медицинская организация			
стационар	96,9	0,6	3,5
поликлиника	92,8	0,7	6,5
частная (стац.)	100,0	-	-
частная (амб.)	91,7	-	8,3

Большинство (82,6%) респондентов принимали участие в командной работе врачей - чаще специалисты хирургического профиля (92,8% против 78,1%, $p<0,05$), врачи государственных (89,2% против 73,4%, $p<0,05$) и частных (100% против 90,9%, $p<0,05$) стационаров. При этом, в частных стационарах и поликлиниках врачи чаще принимали участие в командной работе, чем в государственных медицинских организациях – соответственно 100% против 89,2% ($p<0,05$) и 90,9% против 73,4% ($p<0,05$).

При опросе врачей в рамках данного исследования было установлено, что при обнаружении ошибки в процессе выполнения обязанностей на работе

чаще всего практиковалось нарекание со стороны руководства (37,9 на 100 ответивших), обсуждение со старшими коллегами (32,5) и коллективное обсуждение (28,5) (табл. 5.2). Кроме этого, имело место использование целой системы управления ошибками и критика со стороны коллег.

Таблица 5.2. – Виды мер воздействия при невыполнении обязанностей врачами в зависимости от медицинской организации (на 100 ответивших)

Виды мер	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Нарекание со стороны руководства	37,9	41,4	43,4	37,5	36,4
Обсуждение со старшими коллегами	32,5	33,1	32,9	50,0**	18,2*/**
Коллективное обсуждение	28,5	31,2	23,8	25,0	45,5*/**
Налажена система управления ошибками	23,7	22,9	21,0	-	36,4*/**
Критика со стороны коллег	13,4	17,8	11,2	25,0	9,1*
Другое	3,2	3,8	3,5	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Следует отметить отсутствие различий в частоте применяемых мер при возникновении ошибок в деятельности врачей государственных стационаров и поликлиник. В частных поликлиниках по сравнению со стационарами чаще использовалось коллективное обсуждение (45,5 против 25 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$) и система управления ошибками (36,4 против 0, $p < 0,05$), реже – обсуждение со старшими коллегами (18,2 против 50, $p < 0,05$) и критика со стороны коллег (9,1 против 25, $p < 0,05$).

Имели место статистически значимые различия в данном вопросе между государственными и частными медицинскими организациями. Так, в частных стационарах чаще использовалось обсуждение со старшими коллегами (50 против 33,1 на 100 ответивших соответственно, $p < 0,05$), а в поликлиниках – чаще коллективное обсуждение (45,5 против 23,8, $p < 0,05$) и реже обсуждение со старшими коллегами (18,2 против 32,9, $p < 0,05$).

При оценке деловых качеств своего руководителя большинство (47,9%) респондентов охарактеризовали его как лидера, около одной четверти (23,7%) – как авторитарного начальника. Значительная часть (24,5%) опрошенных не смогли дать оценку своему руководителю (табл. 5.3).

Таблица 5.3. – Распределение врачей по мнению о характере своего руководителя (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов			
	Лидер	Авторитарный начальник	Другое	Затрудняюсь ответить
Всего	47,9	23,7	3,9	24,5
Возраст				
до 30 лет	47,0	25,0	1,0*	27,0
30-39 лет	41,1	28,9	6,7	23,3
40-49 лет	54,9	22,0	5,5	17,6
50-59 лет	50,0	17,2	3,1	29,7
60 лет и старше	46,5	23,3	2,3*	27,9
Медицинская организация				
стационар	54,0	23,3	4,2	21,5
поликлиника	41,4*	30,3	2,6	25,7
частная (стац.)	50,0	25,0		25,0
частная (амб.)	36,4*	45,5**	9,1*/**	9,0*/**

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Оценки врачей статистически значимо не зависели от возраста респондентов, но отличались среди работников стационара и поликлиники как государственного, так и частного типа. Так, чаще руководители, по мнению врачей, были лидерами в стационарах – соответственно 54% против 41,4% ($p < 0,05$) и 50% против 36,4% ($p < 0,05$). Различия между государственными и частными медицинскими организациями были выявлены только по мнению врачей поликлиник об авторитарном характере их руководителя, которое чаще называлось в последних - в 45,5% против 30,3% случаев, ($p < 0,05$).

Половина (50,3%) врачей сообщили, что в их медицинской организации часто решения принимаются коллективно, при этом в стационарах государственного и частного профиля данная ситуация отмечается чаще – соответственно в 65,6% против 34,6% ($p < 0,05$) и 62,5% против 41,7% ($p < 0,05$)

случаев.

На вопрос «Легко ли отстоять свое мнение в Вашем коллективе, которое отличается от мнения других?» положительно ответили 69,7% (да – 16,6%, скорее да, чем нет – 53,1%). Следует заметить, что положительные ответы были статистически значимо чаще среди врачей государственных стационаров (77,3% против 57,5%, $p<0,05$), и частных поликлиник (75% против 50%, $p<0,05$). Исходя из этих данных, доля положительных ответов была выше в государственных стационарах и частных поликлиниках.

Среди факторов, которые имеют значение для лидерства в коллективе медицинской организации, в большинстве случаев респондентами назывались профессионализм (81,3 на 100 ответивших), уважение в коллективе (в 58%), квалификация (41,7) и способность самостоятельно принимать решения (39,1). В государственных медицинских организациях по мнению врачей были более значимы в стационаре – квалификация (51,5 против 34,6, $p<0,05$), в поликлинике - стаж (39,2 против 28,2, $p<0,05$) и уважение в коллективе (67,3 против 56,4, $p<0,05$). В частных структурах различий по основным факторам не было отмечено (табл. 5.4).

Таблица 5.4. – Факторы, имеющие значение для лидерства в коллективе, в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Профессионализм	81,3	82,2	79,1	87,5	83,3
Уважение в коллективе	58,0	56,4	67,3*	50,0	58,3
Квалификация	41,7	51,5	34,6*	62,5**	58,3**
Способность самостоятельно принимать решения	39,1	39,9	44,4	25,0**	33,3**
Стаж	30,8	28,2	39,2*	50,0**	50,0**
Возраст	13,5	9,2	15,7	12,5	8,3**
Пол	4,7	4,9	5,2	-	25,0*/**
Другое	2,3	1,2	3,9	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p<0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p<0,05$

С возрастом снижалась значимость таких факторов как стаж и

способность самостоятельно принимать решения, повышалась значимость квалификации и без особой динамики были профессионализм и уважение в коллективе (табл. 5.5).

Таблица 5.5. - Значимость основных факторов, влияющих на возможность лидерства по мнению врачей, в зависимости от их возраста (на 100 ответивших)

Факторы	до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Стаж	46,0*	33,3	22,0	23,4	18,6
Квалификация	44,0	40,0	45,1	31,3	46,5
Профессионализм	79,0	83,3	79,1	81,3	83,7
Уважение в коллективе	62,0	53,3	58,2	56,3	58,1
Способность самостоятельно принимать решения	29,0	44,4	48,4*	37,5	32,6

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

О необходимости организации специальных тренингов / семинаров по развитию лидерских качеств медицинского работника заявили 63,4% респондента. Наибольшая доля ответивших положительно приходилась на группу лиц со стажем по специальности менее 5 лет (72, 1%), наименьшая – со стажем 5-10 лет (55,3%), в остальных группах этот показатель в среднем составлял около 60%.

Изучалось мнение врачей о необходимости создания и работы с резервом руководящих кадров в здравоохранении. Такую необходимость поддержало 61,1% опрошенных, отрицательно отнеслись 9,5%, многие (29,4%) не имели мнения по этому вопросу. Наибольшая доля врачей, давших положительный ответ, фиксировалась среди лиц со стажем по специальности от 15 до 25 лет – в 80% случаев.

Представляется важным с практической стороны определение факторов, влияющих на характер профессиональной коммуникации с коллегами в зависимости от возраста и пола. По мнению врачей, основными факторами, влияющими на характер профессиональной коммуникации с коллегами, являются должность (71 на 100 ответивших) и возраст (42,3). Кроме этого, называлось наличие ученой степени и уровень квалификации (25,4) (табл. 5.6).

Ранговое распределение указанных факторов сохраняется во всех возрастных группах респондентов. Отмечено снижение с возрастом значимости таких факторов как наличие ученой степени, уровня квалификации и возраста.

Таблица 5.6. - Факторы, влияющие на характер профессиональной коммуникации с коллегами, в зависимости от возраста (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Возраст				
		до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Должность	71,0	66,0	72,2	69,2	46,9	65,1
Возраст	42,3	52,0	34,4	34,1	40,6	23,3
Ученая степень / квалификация	25,4	31,0	20,0	24,2	14,1	23,3
Финансовое положение	9,0	8,0	10,0	7,7	7,8	7,0
Пол	5,4	7,0	5,6	5,5	1,6	2,3
Семейное положение	2,0	1,0	1,1	3,3	3,1	-
Национальность	2,0	1,0	-	2,2	6,3	-
Расовая принадлежность	1,4	1,0	1,1	2,2	1,6	-
Другое	11,0	6,0	6,7	11,0	20,3	9,3

Аналогичное распределение факторов, влияющие на характер профессиональной коммуникации с коллегами, по значимости было по мнению врачей мужчин и женщин. Женщины больше, чем мужчины придавали значение возрасту (46,3 против 36,2 на 100 ответивших) и финансовому положению (10,3 против 7,1) и меньше – половой принадлежности (3,7 против 7,8) (рис. 5.1).

На вопрос «Оказывает ли негативное влияние на качество профессиональной коммуникации чрезвычайные ситуации?» 48,7% ответили положительно, 31,8% - отрицательно и 19,5% - затруднились с ответом.

При оценке системы обмена информацией (профессиональной коммуникации) в своей медицинской организации по пятибалльной шкале по группе врачей в целом в среднем было получено $3,6 \pm 0,8$ балла. Отмечалось повышение данного показателя с возрастом, однако среди респондентов в возрасте 60 лет и старше он вернулся к уровню возрастной группы до 30 лет (рис. 5.2).

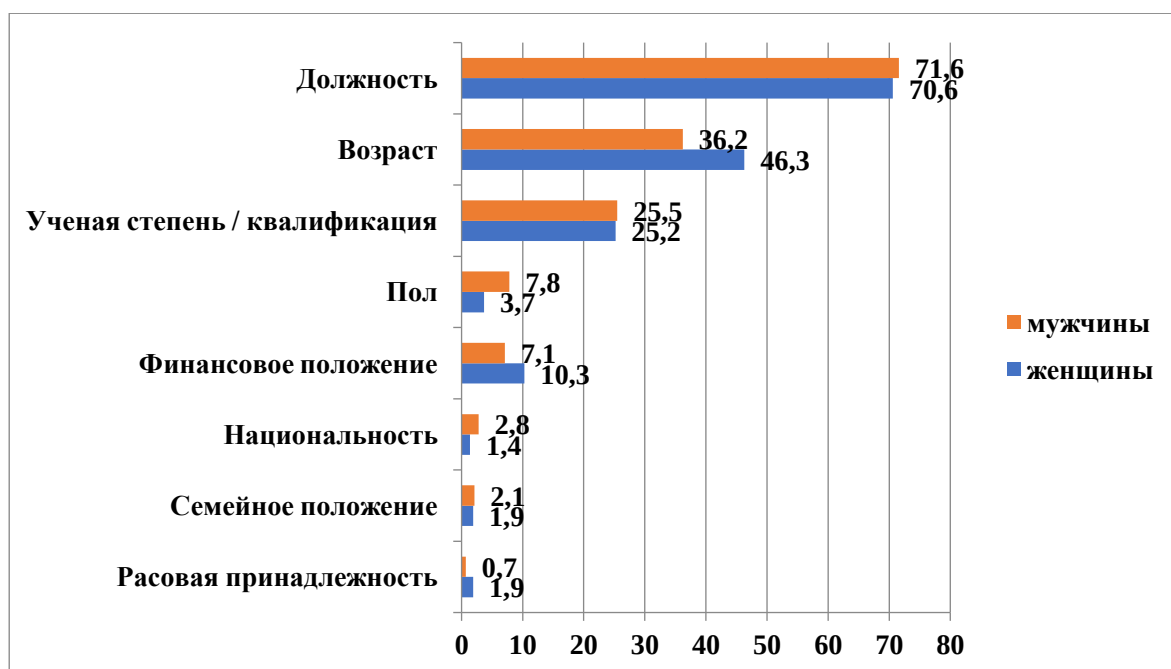


Рисунок 5.1.- Значимость факторов, влияющих на характер профессиональной коммуникации с коллегами в зависимости от пола (на 100 ответивших)

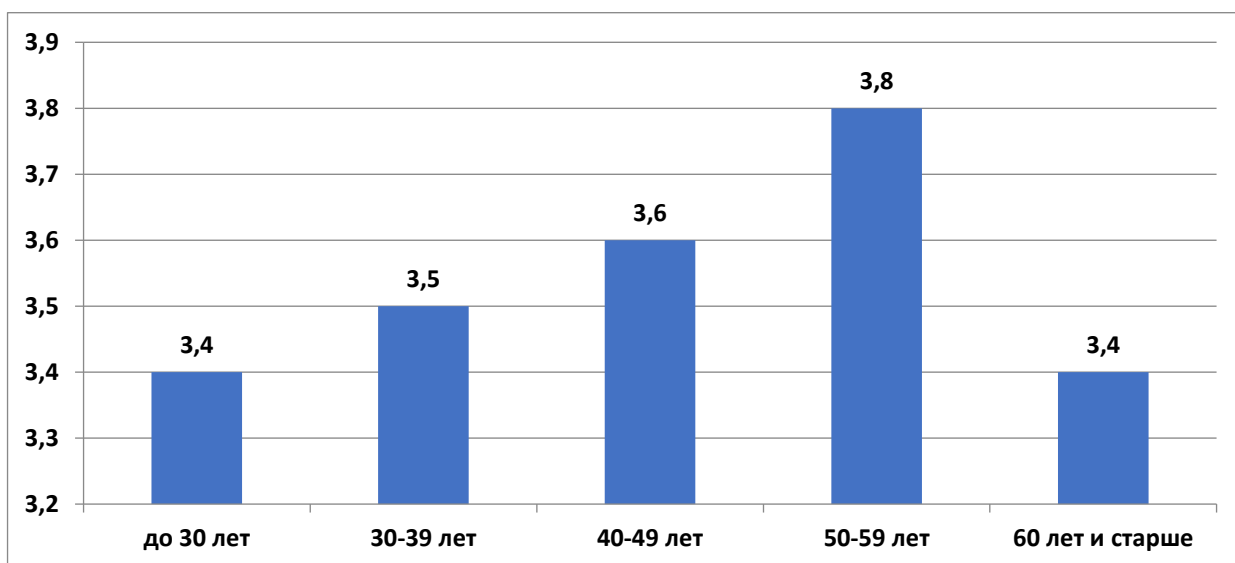


Рисунок 5.2.- Оценка врачами системы обмена информацией в своей медицинской организации в зависимости от их возраста (в баллах)

Выявлены различия в оценках в зависимости от вида медицинской организации. Так, в государственных и частных стационарах они были выше, чем в поликлиниках – $3,5 \pm 0,6$ против $3,2 \pm 0,4$ и $3,7 \pm 0,8$ против $3,5 \pm 0,4$ баллов соответственно. Как видно из представленных показателей, оценки частных стационаров и поликлиник были выше таковых в государственном секторе.

Представленные различия не носили статистически значимый характер ($p > 0,05$).

В процессе исследования врачам предложили оценить необходимость изучения глобальных проблем в области здравоохранения в ВУЗах или при последипломном образовании. Подавляющее большинство респондентов отнеслись положительно к данному предложению. Особенно это касалось темы устойчивости здравоохранения в сложных чрезвычайных ситуациях, которую одобрили 94,7 на 100 ответивших, и концепции единого здоровья (83,7) (табл. 5.7). Одинаково часто положительно высказывались о таких темах как продовольственная безопасность и питание, международное сотрудничество в области здравоохранения: политика и управление – соответственно 78,6 и 78,4 на 100 ответивших. Реже всего придавалось значение теме, касающейся влиянию климата (глобальное потепление) на здоровье человека (57,3).

Таблица 5.7. – Темы по глобальным проблемам, которые, по мнению врачей, необходимо учитывать при подготовке в ВУЗе или последипломном образовании, в зависимости от возраста (на 100 ответивших)

Темы	Всего	Возраст				
		до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Устойчивость здравоохранения в сложных чрезвычайных ситуациях	94,7	94,2	93,4	93,5	98,0	97,1
Концепция единое здоровье	83,7	85,9	89,0	76,9	69,2	92,9
Продовольственная безопасность и питание	78,6	78,0	77,5	71,4	81,6	100,0*
Международное сотрудничество в области здравоохранения: политика и управление	78,4	87,2	76,2	69,6	70,4	85,7
Изменение климата/глобальное потепление и здоровье	57,3	63,9	49,3	51,4	53,8	78,6*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Следует отметить, что мнения врачей по данному вопросу с возрастом существенно не менялись, однако росло внимание с таким темам как влияние

климата на здоровье человека и продовольственной безопасности.

Среди источников информации, которыми пользовались врачи для получения знаний по глобальной проблематике в области здравоохранения, чаще всего были семинары и конференции (65,2 на 100 ответивших). С одинаковой частотой (54,9) специалисты прибегали к профессиональным изданиям (газеты, журналы, включая онлайн) курсы повышения квалификации и послевузовского образования, реже к СМИ (включая телевидение, газеты и журналы) (45,9) и социальные сети (VK, одноклассники, инстаграм, телеграмм и др.) (табл. 5.8).

Таблица 5.8. – Источники информации, которыми пользовались врачи для получения знаний по глобальной проблематике в области здравоохранения, в зависимости от возраста (на 100 ответивших)

Источники	Всего	Возраст				
		до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Семинары, конференции	65,2	64,3	69,4	67,0	60,3	66,7
Профессиональные издания	54,9	56,1	51,8	53,4	57,1	61,9
Курсы повышения квалификации и послевузовского образования	54,9	48,0	49,4	59,1	61,9	64,3*
СМИ	45,9	44,9	51,8	46,6	42,9	42,9
Социальные сети	33,8	48,0	43,5	23,9	33,3	4,8*
Не пользуюсь	2,4	1,0	3,5	3,4	1,6	2,4

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Совсем не пользовались указанной информацией – 2,7 на 100 ответивших. Обращал на себя внимание тот факт, что с возрастом повышалась значимость курсов повышения квалификации и послевузовского образования и снижалась – использования социальных сетей.

Большинство врачей (75,4%) считали важным расширение доступа к качественной информации и дополнительным источникам знаний (например, доступ к платным образовательным сайтам). В возрастном аспекте данное мнение практически не менялось, только статистически значимо меньшее число врачей придерживались его (64%) в возрастной группе 40-49 лет (табл. 5.9).

Таблица 5.9. – Распределение врачей по мнению о необходимости расширения доступа к информации, международному и межгосударственному сотрудничеству (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Расширение доступа к качественной информации и дополнительным источникам знаний			
Всего	75,4	8,5	16,1
Возраст			
до 30 лет	83,7	5,1	11,2
30-39 лет	80,0	10,0	10,0
40-49 лет	64,0*	9,0	27,0
50-59 лет	71,4	11,1	17,5
60 лет и старше	78,6	7,1	14,3
Важно для эффективного функционирования системы здравоохранения и деятельности врача международное и межгосударственное сотрудничество			
Всего	80,1	5,5	14,4
Возраст			
до 30 лет	85,7	3,1	11,2
30-39 лет	87,1	3,5	9,4
40-49 лет	74,2	6,7	19,1
50-59 лет	71,4*	11,1	14,3
60 лет и старше	74,4	4,7	20,9

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

На вопрос «Важно ли для эффективного функционирования системы здравоохранения и деятельности врача международное и межгосударственное сотрудничество?» положительно ответили 80,1% респондентов. С возрастом отмечалась тенденция снижению доли врачей, придающих значение данным видам сотрудничества.

5.2. Возрастно-половые особенности установок на трудовую деятельность и удовлетворенность работой врачей в государственных и частных медицинских организациях

Большинство (65,1%) специалистов считали необходимым развитие профессиональной мотивации нематериального характера, 12,9% - дали отрицательный ответ и 22% - затруднились с ответом. Чаще всего позитивное мнение по данному вопросу имели врачи в возрасте до 30 лет (73,5%) и реже – в возрасте 50-59 лет (59,4%) (табл. 5.10).

Таблица 5.10. – Распределение врачей по мнению о необходимости развития профессиональной мотивации нематериального характера (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов		
	Да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	65,1	12,9	22,0
Возраст			
до 30 лет	73,5*	8,2	18,3
30-39 лет	64,0	15,7	20,3
40-49 лет	61,4	14,8	23,8
50-59 лет	59,4	18,8	21,8
60 лет и старше	64,3	4,8	30,9

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

К главным мотивационным факторам в своей работе опрошенные врачи отнесли финансовое вознаграждение (65,9 на 100 ответивших), профессиональное развитие (52,4) и признание на рабочем месте (30,9). Обращает на себя внимание сохранение рангового распределения указанных факторов по значимости в различных возрастных группах, а также среди мужчин и женщин (табл. 5.11, рис. 5.3).

Таблица 5.11. – Главные мотивирующие факторы в работе врачей в зависимости от возраста (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Возраст				
		до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Финансовое вознаграждение	65,9	70,4	73,0	63,6	60,9	38,1*
Профессиональное развитие	52,4	59,2	55,1	48,9	48,4	33,3*
Признание на рабочем месте	30,9	31,6	34,8	30,7	21,9	28,6
Социальное уважение	26,1	30,6	20,2	26,1	23,4	26,2
Карьерный рост	24,7	33,7	37,1	22,7	7,8	2,4*
Семейное благополучие	17,2	13,3	23,6	25,0	9,4	4,8*
Другое	1,6	-	-	2,3	4,7	2,4

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

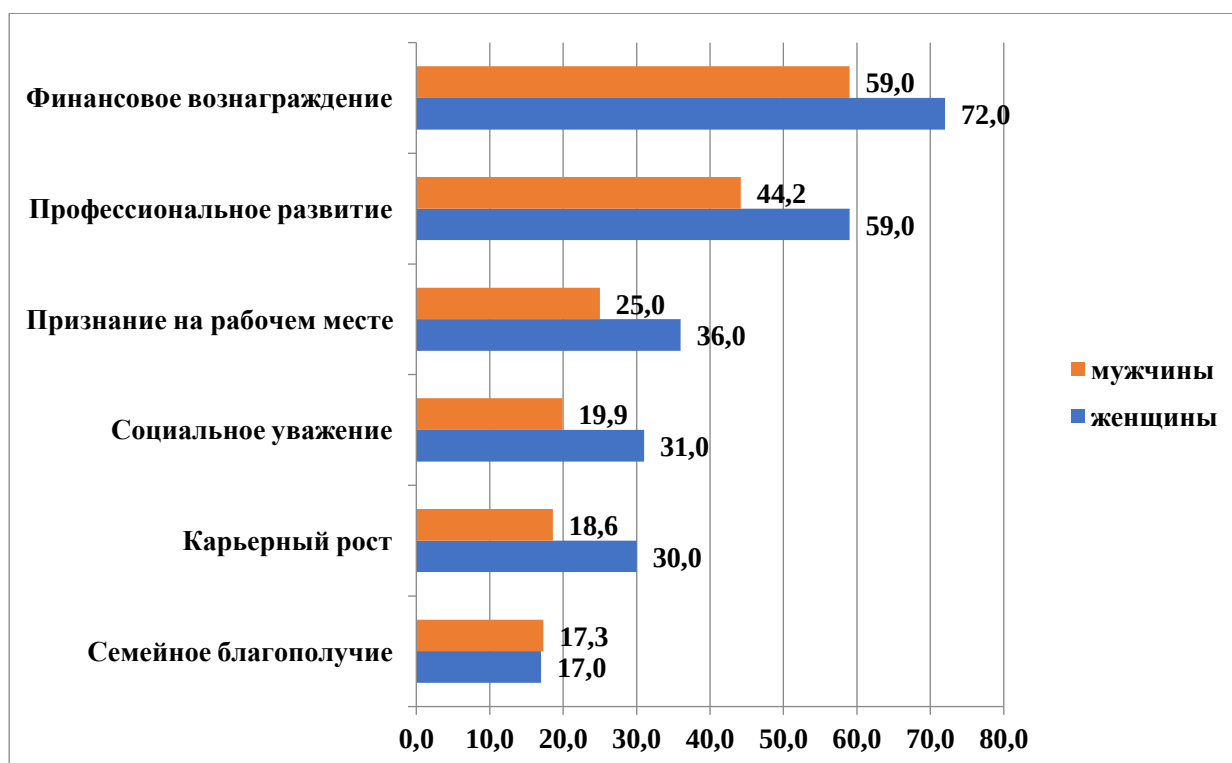


Рисунок 5.3.- Значимость мотивирующих факторов в работе врачей в зависимости от пола (на 100 ответивших)

Анализ показал, что с возрастом значимость указанных факторов уменьшается, и ее показатели у женщин выше, чем у мужчин. При этом различия во мнении о мотивирующих факторах в половом аспекте статистически значимы. Так, финансовое положение считают главным мотивирующим фактором 72 женщины и 59 мужчин из 100 ответивших на данный вопрос ($p < 0,05$), профессиональное развитие соответственно - 59 против 44,2 ($p < 0,05$) и признание на рабочем месте – 36 против 25 ($p < 0,05$).

Изучалось мнение врачей о факторах, влияющих на их трудовую активность. Подавляющее большинство (76,3 на 100 ответивших) респондентов назвали материальное стимулирование, половина (50,0) – моральное стимулирование, значительная часть (38,3) – трудовой настрой коллектива (табл. 5.12).

Следует отметить, что такие факторы как меры административного воздействия и боязнь потерять работу считались мало значимыми. С возрастом значимость основных факторов уменьшалась, однако

увеличивалась значимость боязни потерять работу и элементов состязательности.

Таблица 5.12. – Факторы, действующие на трудовую активность врачей, в зависимости от возраста (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Возраст				
		до 30 лет	30-39 лет	40-49 лет	50-59 лет	60 лет и старше
Материальное стимулирование	76,3	84,7	80,9	78,4	71,9	40,5*
Моральное стимулирование	50,0	56,1	53,9	47,7	43,8	35,7*
Трудовой настрой коллектива	38,3	37,8	40,4	42,0	29,7	35,7
Общая социально-экономическая ситуация в стране	17,0	11,2	13,5	19,3	28,1	14,3
Меры административного воздействия	7,4	11,2	6,7	5,7	6,3	4,8*
Боязнь потерять работу	6,9	4,1	6,7	8,0	4,7	14,3*
Элементы состязательности	5,9	9,2	1,1	6,8	3,1	9,5*
Другое	3,5	1,0	3,4	4,5	3,1	7,1

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Мнение о факторах, влияющих на трудовую активность, статистически значимо различалось у мужчин и женщин. Так, материальное стимулирование считали важным 68,6 мужчин и 84 женщин на 100 ответивших ($p < 0,05$), моральное стимулирование соответственно – 37,8 и 60,8 ($p < 0,05$), трудовой настрой коллектива - 32,6 и 42,5 ($p < 0,05$) (рис. 5.4). Интересно заметить, что мужчины чаще, чем женщины боялись потерять работу.

Установлены различия между мнениями специалистов по вопросу трудовой активности в зависимости от характера медицинской организации. Если между работающими в государственных стационарах и поликлиниках не было разногласий по данному вопросу, в частных поликлиниках значительно больше придавалось значение общей социально-экономической ситуации в стране – 50 против 25 на 100 ответивших ($p < 0,05$) (табл. 5.13).

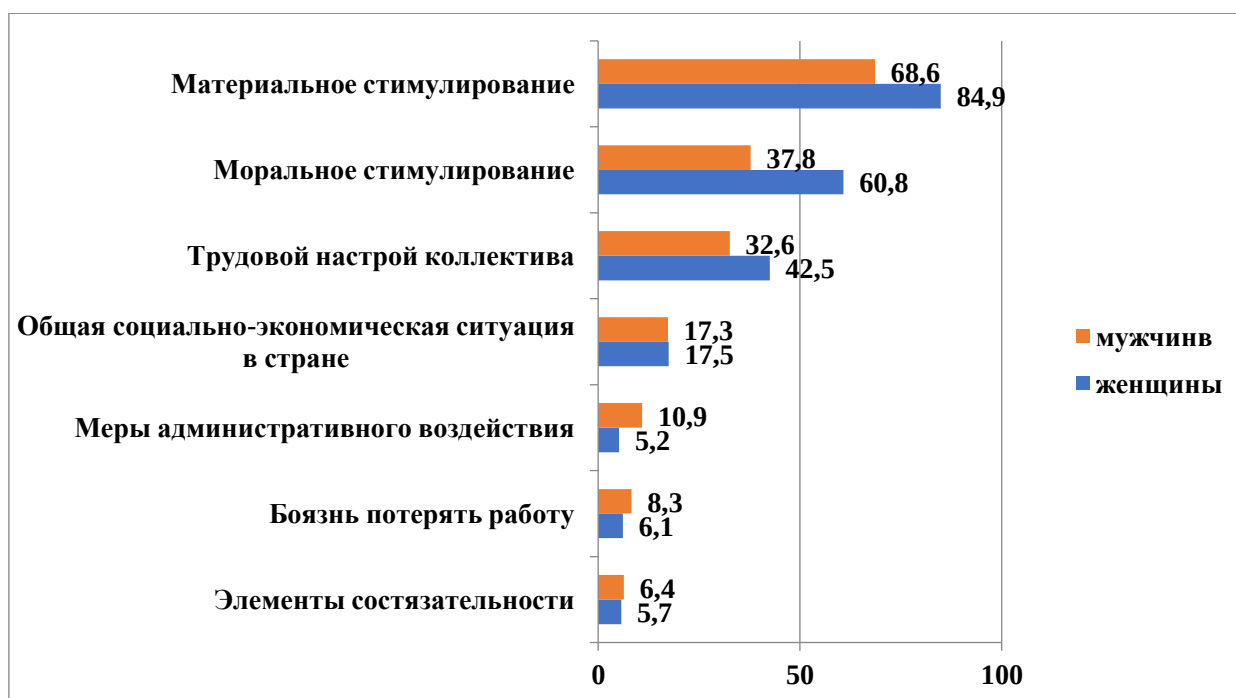


Рисунок 5.4.- Значимость факторов, действующих на трудовую активность врачей, в зависимости от пола (на 100 ответивших)

Таблица 5.13. – Факторы, действующие на трудовую активность врачей, в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Факторы	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Материальное стимулирование	76,3	73,8	80,7	100,0**	91,7**
Моральное стимулирование	50,0	48,8	54,0	62,5**	58,3
Трудовой настрой коллектива	38,3	41,3	36,7	50,0**	41,7
Общая социально-экономическая ситуация в стране	17,0	16,3	18,0	25,0**	50,0*/**
Меры административного воздействия	7,4	7,5	8,7	-	16,7**
Боязнь потерять работу	6,9	7,5	6,7	12,5	-
Элементы состязательности	5,9	5,0	6,0	-	8,3
Другое	3,5	5,0	2,0	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Мнения сотрудников частных стационаров и поликлиник по вопросу их

трудовой активности существенно отличалось от таковых у работников государственных медицинских организаций. Так, врачи частных стационаров чаще придавали значение всем представленным факторам, а врачи поликлиник – материальному стимулированию (91,7 против 80,7 на 100 ответивших соответственно, $p<0,05$), мерам административного воздействия (16,7 против 0, $p<0,05$) и общей социально-экономической ситуации в стране (50 против 25, $p<0,05$).

Большинство врачей (78%), принявших участие в опросе, были в основном удовлетворены своей работой (да – 38,9%, скорее да, чем нет – 39,1%). Полное отсутствие удовлетворения выразили лишь 4,7% опрошенных. Важно заметить наличие определенного процента (5,8%) врачей, которые сообщили о невозможности ответа на вопрос (рис. 5.5).

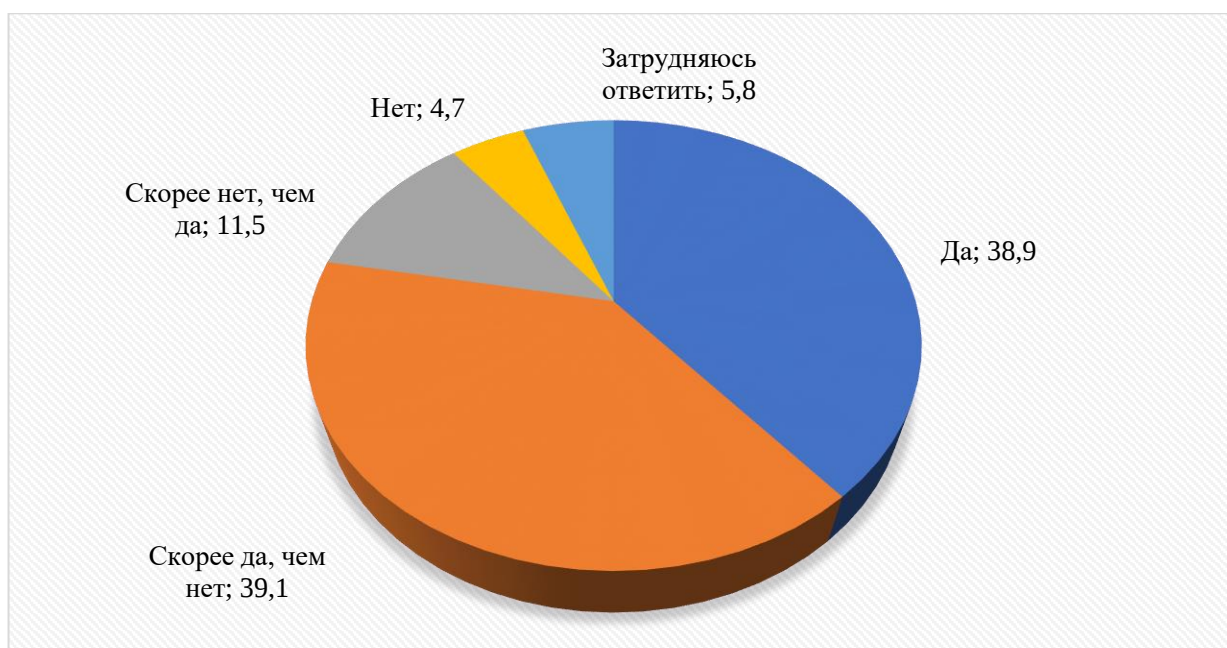


Рисунок 5.5.- Распределение врачей по мнению об удовлетворенности своей работой (в %)

Результаты сравнительного анализа показали, что мужчины достоверно чаще полностью удовлетворены работой, чем женщины – 45,4% и 34,6% наблюдений соответственно ($p<0,05$). Позиция врачей в зависимости от специализации по этому вопросу не отличалась. Утвердительный ответ дали 37% представителей терапевтических специальностей и 43,2% - хирургических ($p>0,05$). Вместе с тем в случае объединения разных вариантов

положительных ответов (да и скорее да, чем нет) хирурги отличались большим оптимизмом - 88% против 73,6% соответственно ($p<0,05$) (табл. 5.14).

Таблица 5.14. – Распределение врачей по мнению об удовлетворенности своей работой в различных группах наблюдения (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов				
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	38,9	39,1	11,5	4,7	5,8
Пол					
мужчины	45,4	38,7	7,3	3,3	5,3
женщины	34,6*	39,4	14,3*	5,6	6,1
Профиль специальности					
терапевтический	37,0	36,6	15,1	4,5	6,8
хирургический	43,2	44,8*	3,4*	5,2	3,4*
Медицинская организация					
стационар	46,2	40,0	6,3	4,4	3,1
поликлиника	24,0*	40,7	22,0*	6,0	7,3*
частная (стац.)	37,5	62,5**	-	-	-
частная (амб.)	25,0*	50,0*/**	-	16,7*/**	8,3*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p<0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p<0,05$

Место работы повлияло на степень удовлетворенности. Представители амбулаторного звена бюджетных и частных учреждений достоверно меньше были удовлетворены своей работой – 24% против 46,2% и 25% против 37,5% соответственно ($p<0,05$). Но при обобщении всех положительных оценочных суждений (да и скорее да, чем нет) больше было найдено в анкетах специалистов частных организаций как в стационарах, так и в поликлиниках – 100% против 86,7% и 75% против 64,7% соответственно ($p<0,05$).

Спектр причин неудовлетворенности своей работой оказался велик. Наиболее часто это была низкая заработная плата (в 51,2 на 100 ответивших), чуть реже – неподходящий режим работы (36,7), техническое обеспечение лечебного учреждения (35,1) и организационная составляющая профессиональной деятельности (33,9) (табл. 5.15).

Таблица 5.15. – Причины неудовлетворенности врачей своей работой в зависимости от пола и профиля специальности (на 100 ответивших)

Причины	Всего	Пол		Профиль специальности	
		мужчины	женщины	терапевтический	хирургический
Размер заработка	51,2	54,4	50,4	52,5	52,0
Режим работы	36,7	20,5	48,3*	21,4	44,3*
Оснащённость	35,1	28,6	40,2*	36,3	35,4
Уровень организации труда	33,9	28,6	38,1*	25,6	38,4*
Разнообразие работы	12,1	9,3	14,2	9,4	13,6
Необходимость решения новых проблем	10,5	4,2	15,0*	5,4	13,0*
Отношение к Вам пациентов	9,3	4,2	13,0*	5,4	11,2*
Отношение с коллегами	8,1	9,3	7,5	10,7	7,0
Отношение с непосредственным руководителем	7,7	6,1	8,8	6,7	8,3
Возможность должностного продвижения	6,5	9,3	4,8*	1,3	8,8*
Самостоятельность в работе	4,8	5,1	4,8	2,7	5,9*
Соответствие работы личным способностям	4,0	3,0	4,8	1,3	5,3*
Другое	5,2	3,0	6,9*	1,3	7,0*

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

Кроме этого, назывались такие причины неудовлетворенности своей работой как большое разнообразие работы, необходимость решения многих новых проблем, отношение пациентов, коллег и непосредственного руководителя.

По результатам исследования приоритетное распределение причин неудовлетворенности профессиональной деятельностью различалось в зависимости от пола. Для мужского населения оказались менее значимы: режим работы (20,5 против 48,3 на 100 ответивших, $p < 0,05$), особенности организации труда (28,6 против 38,1, $p < 0,05$), техническое обеспечение лечебного учреждения (28,6 против 40,2, $p < 0,05$), многозадачность (4,2 против

15, $p < 0,05$).

У терапевтов и хирургов мнения по вопросу также имели отличия. Для первых из них имели меньшую значимость режим работы (21,4 против 44,3 на 100 ответивших, $p < 0,05$), организационные особенности профессиональной деятельности (25,6 против 38,4, $p < 0,05$), отношение больных (5,4 против 11,2, $p < 0,05$), перспектива карьерного роста (1,3 против 8,8, $p < 0,05$).

Мы сопоставили значимость причин неудовлетворенности специалистов своей работой в зависимости от основы функционирования лечебных учреждений (бюджетная либо частная) и формы оказания помощи в них (амбулаторная или стационарная) (табл. 5.16).

Таблица 5.16. – Причины неудовлетворенности врачей своей работой в зависимости от характера медицинской организации (на 100 ответивших)

Причины	Всего	Государственные МО		Частные МО	
		стационар	поликлиника	стационар	поликлиника
Размер заработка	51,2	51,7	51,7	94,6**	80,0*/**
Режим работы	36,7	34,1	50,7*	40,0	26,7*/**
Оснащённость	35,1	39,0	43,9	40,0	13,3*/**
Уровень организации труда	33,9	22,4	50,7*	20,0	13,3**
Разнообразие работы	12,1	7,8	17,6*	-	13,3*
Необходимость решения новых проблем	10,5	6,8	17,6*	-	-
Отношение к Вам пациентов	9,3	7,8	12,7	-	26,7*/**
Отношение с коллегами	8,1	12,7	3,9*	40,0**	-
Отношение с непосредственным руководителем	7,7	4,9	12,7*	-	26,7*/**
Возможность должностного продвижения	6,5	7,8	3,9*	-	-
Самостоятельность в работе	4,8	5,9	5,9	-	-
Соответствие работы личным способностям	4,0	2,9	4,9	-	13,3*/**
Другое	5,2	3,9	5,9	-	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p < 0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p < 0,05$

Обнаружено, что в бюджетных учреждениях вне зависимости от формы

оказания помощи специалистов чаще не устраивал режим работы (50,7 против 34,1 на 100 ответивших, $p<0,05$), организационные особенности труда (50,7 против 22,4, $p<0,05$), многозадачность (17,6 против 6,8, $p<0,05$), коммуникационные факторы со стороны непосредственного руководителя (12,7 против 4,9, $p<0,05$).

Как правило, краеугольным камнем в отношении удовлетворенности медицинского персонала выступает уровень заработной платы. По результатам исследований лишь 39,4% (да – 9,7%, скорее да, чем нет – 29,7%) специалистов положительно воспринимают размер оплаты труда и 20,5% - полностью отрицательно (табл. 5.17).

Таблица 5.17. – Распределение врачей по мнению о достаточности их заработной платы (в %)

Группы наблюдения	Варианты ответов				
	Да	Скорее да, чем нет	Скорее нет, чем да	Нет	Затрудняюсь ответить
Всего	9,7	29,7	36,5	20,5	3,6
Возраст					
до 30 лет	10,1	41,5*	32,3	14,1	2,0
30-39 лет	11,2	22,5	40,4	22,5	3,4
40-49 лет	8,1	32,6	27,9	29,1	2,3
50-59 лет	9,5	25,4	42,9	15,9	6,3
60 лет и старше	9,1	18,2	45,5*	20,5	6,7
Пол					
мужчины	14,1	25,5	32,2	25,5	2,7
женщины	6,9	32,3	39,3	17,2	4,3
Медицинская организация					
стационар	8,1	31,3	37,5	20,6	2,5
поликлиника	6,7	29,3	40,0	21,3	2,7
частная (стац.)	12,5	12,5**	37,5	37,5**	-
частная (амб.)		33,3*	41,7	25,0*	-

* межгрупповые различия статистически значимы, $p<0,05$

** межгрупповые различия с государственными медицинскими организациями статистически значимы, $p<0,05$

Практически во всех группах наблюдения процент опрошенных врачей, расценивавших зарплату как вполне достаточную, был низким. Такая тенденция отмечена вне зависимости от вида лечебных учреждений, пола и возраста респондентов. Все перечисленные показатели в данных группах не

имели достоверных отличий. Важно заметить, что в частных лечебных учреждениях не оказалось врачей, полностью удовлетворенных размером оплаты труда.

Чаще других «Скорее да, чем нет» говорили врачи моложе 30 лет (41,5%), а «Скорее нет, чем да» - старше 60 лет. По таким ответам выявлены достоверные различия между частными стационарными и амбулаторными учреждениями (12,3% против 33,3% и 37,5% против 25% соответственно, $p < 0,05$), а также между частными и бюджетными стационарами (12,3% против 31,3% и 37,5% против 20,6% соответственно, $p < 0,05$).

В числе прочих причин указывались неподходящий режим работы, коммуникационные проблемы в контактах с администрацией и больными. Было выявлено достоверное различие между бюджетными и частными организациями практически по каждому пункту в стационарах и поликлиниках. В частных учреждениях многих причин из списка совсем не было. Самые заметные отличия обнаружены по величине оплаты труда: стационарные учреждения – 51,7 против 94,6 на 100 ответивших ($p < 0,05$), амбулаторная служба – 51,7 против 80 ($p < 0,05$). В поликлиниках бюджетной сферы специалисты чаще высказывали недовольство по поводу режима работы (50,7 против 26,7, $p < 0,05$), организационной составляющей профессиональной деятельности (50,7 против 13,3, $p < 0,05$) и технического обеспечения лечебного учреждения (43,9 против 13,3, $p < 0,05$).

* * * * *

К главным мотивационным факторам в своей работе опрошенные врачи отнесли финансовое вознаграждение, профессиональное развитие и признание на рабочем месте. Согласно полученным данным, 65,1% специалистов считали необходимым развитие профессиональной мотивации нематериального характера, 12,9% - дали отрицательный ответ и 22% - затруднились с ответом. Материальное стимулирование считали важным 68,6% мужчин и 84% женщин, моральное стимулирование – 37,8% и 60,8% ($p < 0,05$). Следует отметить, что мужчины чаще, чем женщины боялись потерять работу. Кроме

того, врачи частных стационаров чаще придавали значение повышению взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы и меньшее оплате по труду.

Согласно результатам социологического опроса, 78,0% принявших участие в исследовании врачей были полностью или частично удовлетворены своей работой, совсем не удовлетворены 4,7% и затруднились с ответом 5,8% респондентов. Чаще не удовлетворены работой врачи государственных и частных поликлиник по сравнению с работающими в стационарах. Общую положительную оценку удовлетворенности чаще давали врачи частных медицинских организаций как стационарного, так и амбулаторного типа.

ГЛАВА 6. ПУТИ УЛУЧШЕНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫХ УСЛОВИЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВРАЧЕЙ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

6.1. Качественный SWOT-анализ организации профессиональной деятельности врачей Воронежской области

Для получения информации об анализируемых объектах исследования был использован метод SWOT-анализа (Strength – сила, Weakness – слабость, Opportunities – возможности, Threats – угрозы) [Симкин Л., Дибб С., 2002], который основывается на принципе стратегического соответствия внутренних возможностей системы (ее сильных и слабых сторон) и внешней среды (находящей отражение в возможностях и угрозах). В нашем исследовании метод SWOT-анализа включал в себя оценку сильных и слабых сторон организации деятельности врачебных кадров, а также возможностей и угроз, влияющих на данный процесс в регионе.

Данный метод дал возможность провести совокупный анализ внутренней и внешней среды организации врачебной деятельности, в частности, установить пересечения факторов сильных и слабых сторон, характерных для конкретного региона, а также внешних факторов угроз и возможностей, что в дальнейшем помогло выявить цепочки связей между ними, а это в свою очередь позволило сформулировать направления ее развития. Анализ официальных данных, результатов анкетирования, нормативных правовых документов с целью поиска факторов по основным интересующим категориям (сильные стороны, слабые стороны, возможности, угрозы) дал возможность обосновать каждый из этих факторов.

Выявленные сильные и слабые стороны, возможности и угрозы представлены в виде матрицы SWOT-анализа (табл. 6.1).

Таблица 6.1. - Матрица SWOT-анализа

Сильные стороны (Strengths, S)	Слабые стороны (Weaknesses, W)
- удовлетворенность своей работой подавляющего большинства врачей;	- значительная часть врачей имеет общий стаж и стаж по специальности до 5 лет и

- мнение врачей о полной безопасности условий их труда; - положительная оценка врачами своего здоровья; - использование целой системы управления ошибками в процессе выполнения врачебных обязанностей; - мнение врачей о своем руководителе при оценке его деловых качеств как о лидере и авторитетном начальнике; - возможность отстоять свое мнение в коллективе; - высокая оценка системы обмена информацией (профессиональной коммуникации) в своей медицинской организации; - мнение о необходимости развития профессиональной мотивации нематериального характера; - превышение показателей обеспеченности населения врачами (всего) в Воронежской области российского и окружного уровня; - превышение доли врачей (всего) и почти по всем специальностям терапевтического и хирургического профиля, имеющих квалификационную категорию, в Воронежской области российского и окружного уровня; - превышение доли врачей (всего) и по большинству специальностей, имеющих сертификат специалиста, в Воронежской области российского и окружного уровня.	25 и более лет; - неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью в связи с недостаточным объемом заработной платы; - неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью в связи с неудобным режим работы; - неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью в связи с недостаточной оснащенностью медицинской организации; - неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью в связи с недостаточным уровнем организации труда; - неудовлетворенность своей профессиональной деятельностью в связи с отношением пациентов, коллег и непосредственного руководителя.
Возможности (Opportunities, O)	Угрозы (Threats, T)
- мнение большинства врачей о том, что мерой профилактики синдрома эмоционального выгорания может служить комната отдыха и разгрузки; - мнение о том, что мерой профилактики синдрома эмоционального выгорания могут служить беседы с психологом;	- риск возможного нарушения безопасности труда, по мнению врачей, в связи с напряженностью трудового процесса; - мнение врачей о риске нарушения безопасности труда в связи с

- мнение о необходимости организации образовательных мероприятий по стрессоустойчивости медицинского работника в виде тренингов и семинаров; - мнение о том, что командная работа повышает качество и эффективность оказываемой медицинской помощи; - мнение о необходимости организации специальных тренингов / семинаров по развитию лидерских качеств медицинского работника; - мнение врачей о факторах, влияющих на их трудовую активность, кроме материального, моральное стимулирование, трудовой настрой коллектива; - мнение врачей о том, что мерами, способствующими решению проблем в их деятельности, является внимание к нуждам подчиненных и повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы; - по многим специальностям врачи в Воронежской области были представлены для различных возрастных групп населения; - по некоторым специальностям в Воронежской области выделялись врачи для работы в амбулаторном звене здравоохранения.	- возможностью контакта с патогенными средами; - риск возможного нарушения безопасности труда, по мнению врачей, в связи тяжестью трудового процесса; - мнение врачей о возможном нарушении прав в связи с отсутствием возможности страхования риска своей профессиональной ответственности; - мнение врачей о возможном нарушении их прав в связи отсутствием достойных условий труда; - риск возможного нарушения прав врачей при стимулировании их труда (в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, конкретными результатами деятельности); - риск развития синдрома выгорания; - наличие, по мнению врачей, стрессовых ситуаций в процессе их профессиональной деятельности; - наличие, по мнению врачей, проблем, мешающих наиболее эффективной, результативной работе (недостаточное финансирование, формальное отношение к функциональным обязанностям сотрудников, однообразие в работе, некомпетентность руководства); - мнение врачей об отсутствии в большинстве случаев взаимопонимания и сотрудничества в отношении между администрацией и работниками; - отсутствие в Воронежской области врачей по ряду гигиенических специальностей (по общей гигиене, гигиене питания, гигиене труда, гигиеническому воспитанию, коммунальной гигиене и радиационной гигиене), терапевтов подростковых, диабетологов, мануальной терапии, паразитологов и др.;
--	---

	- тенденция к снижению обеспеченности акушерами–гинекологами, врачами общей практики (семейные), хирургами всего, нейрохирургами, хирургами сердечно-сосудистыми, хирургами торакальными; - тенденция к снижению доли врачей (всего), имеющих квалификационную категорию; - тенденция к снижению доли врачей (всего), имеющих сертификат специалиста; - ниже российского уровня доля врачей, имеющих сертификат специалиста, по распространенным специальностям: неонатологи, врачи общей практики (семейные), педиатры всего, терапевты всего, неврологи, хирурги всего.
--	--

SWOT-анализ позволил выстроить последовательность шагов для решения задач, связанных с совершенствованием медико-социальных и организационных условий профессиональной деятельности врачей.

6.2. Мероприятия по решению медико-социальных и организационных проблем профессиональной деятельности врачей

С определенной долей условности можно выделить три блока мероприятий, направленных на улучшение условий профессиональной деятельности врачебных кадров:

1-й блок – Информационно-образовательный;

2-й блок – Медико-социальный;

3-й блок – Организационный.

Как видно из рисунка 6.1, реализация мероприятий информационно-образовательного блока предусматривает проведение тренингов, семинаров, онлайн курсов по развитию стрессоустойчивости, лидерских качеств и навыков работы в команде.

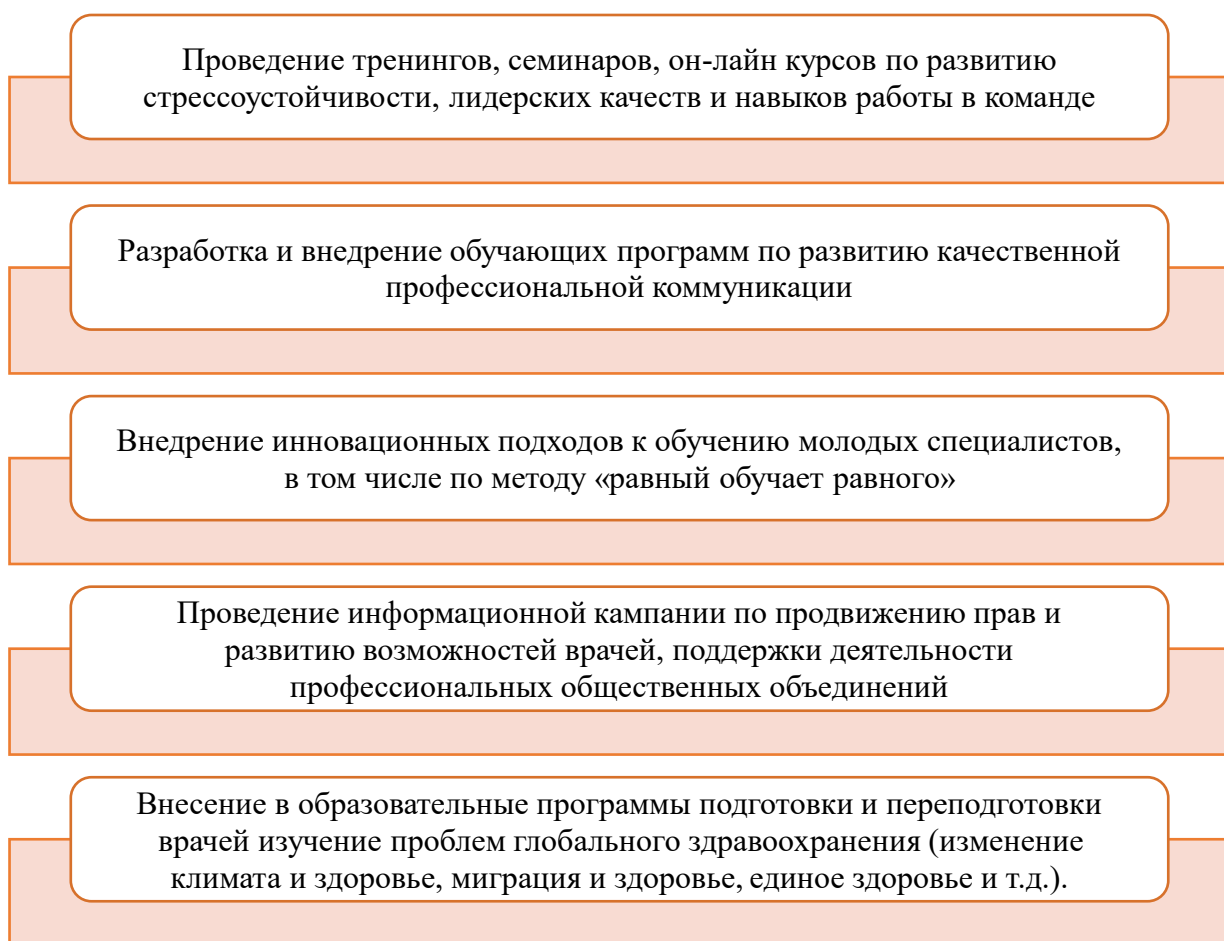


Рисунок 6.1. - Мероприятия информационно-образовательного блока

Кроме того, это разработка и внедрение обучающих программ по развитию качественной профессиональной коммуникации; внедрение инновационных подходов к обучению молодых специалистов, в том числе по методу «равный обучает равного». Важная роль отводится проведению информационной кампании по продвижению прав и развитию возможностей врачей, поддержки деятельности профессиональных общественных объединений.

Блок мероприятий медико-социального характера включает в себя: развитие адвокативной практики защиты прав врачей; улучшение условий труда; интервьюирование персонала при приеме на работу на основе компетенций; учет возрастно-половых и других особенностей мотивации врачей к трудовой деятельности; применение стимулирования сотрудников материального и нематериального характера (рисунок 6.2).

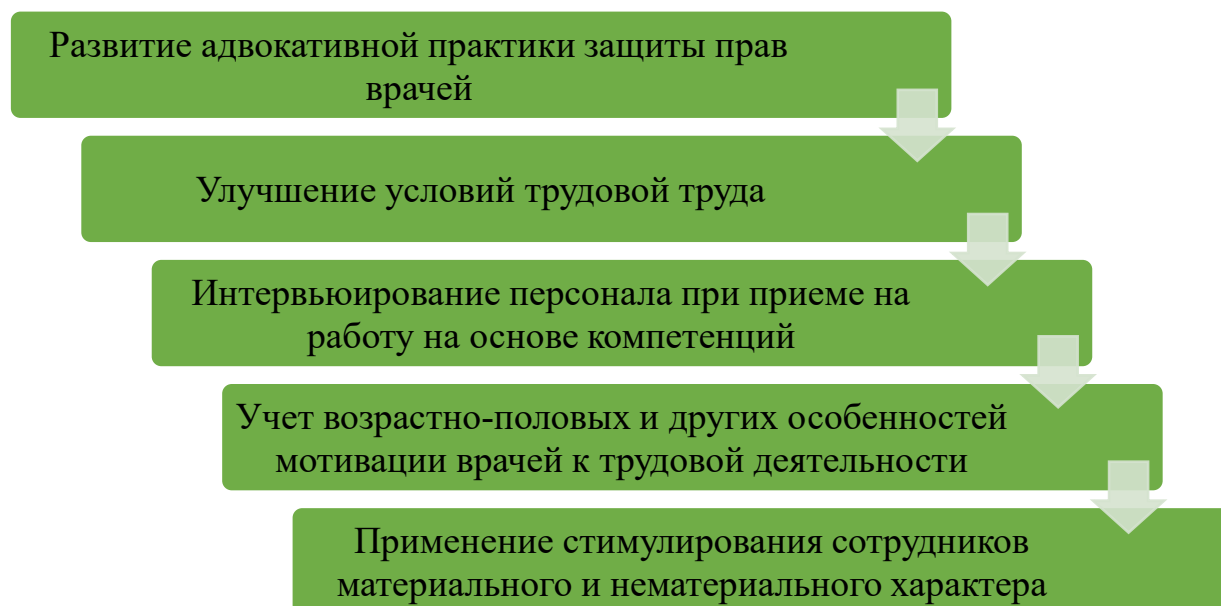


Рисунок 6.2. – Мероприятия медико-социального блока

К мероприятиям организационного блока относятся: формирование корпоративной культуры; развитие наставничества при работе с молодыми специалистами; работа с кадровым резервом; осуществление грамотной кадровой политики; совершенствование корпоративной коммуникации; формирование корпоративной культуры и приверженности персонала к медицинской организации; организация работы по предупреждению эмоционального выгорания (рисунок 6.3).

Быстрее войти в рабочую среду, сориентироваться в конкретных требованиях, познакомиться с коллективом и с предстоящей трудовой деятельностью молодому врачу помогает система наставничества. Принято выделять следующие модели наставничества [30].

Модель «наставничество-напарничество» (buddying), когда более опытный сотрудник становится наставником для молодого специалиста, Она включает преемственность опыта, поддержку и обратную связь с целью развития, оказываемую выпускником-наставником с сохранением основы равенства. Именно она является отличительной особенностью buddying. Равноправие участников отличает buddying от классического наставничества. В такой

ситуации не бывает ролей «старшего» и «младшего», «инструктора» и «ученика», а информация и советы могут быть даны в каждую сторону [38].



Рисунок 6.3. - Мероприятия организационного блока

«Равный - равному» - это особенная модель наставничества, когда коллега может выступать наставником в области, в которой он более компетентен. Модель показала свою эффективность. Реализация концепции «равный обучает равного» предполагает внедрение взаимного обучения медицинского персонала, имеющего два ключевых аспекта:

- 1) Содержание обучения и информации специфично ориентировано на целевую группу.
- 2) Наличие специально подготовленных сотрудников медицинской организации для проведения обучения «равный обучает равного».

Диссертант ранее разработал методику и провел оценку результативности внедрения универсальных индикаторов мониторинга

выполнения национальных стандартов обучения методом «равный обучает равного» в Туркменистане, как части региональной оценки по Восточной Европе и Центральной Азии (письмо руководителя офиса Фонда народонаселения ООН в Туркменистане от 10.05.2018 г.).

Модель «руководитель-наставник» может проявляться в форме теневого наставничества (shadowing). Теневое наставничество (англ. shadow - тень) - особая форма наставничества, в котором сотрудник временно прикрепляется к наставнику - руководителю для включенного наблюдения за процессом работы, профессиональными особенностями. Этот вид наставничества может применяться для быстрого практического знакомства с рабочим местом и организацией, наставниками могут выступать сотрудники всех уровней - от квалифицированных специалистов до высших руководителей. Особый развивающий эффект для обоих участников дает специальное обсуждение наблюдений новичка, а также его обратная связь своему наставнику.

Модель «наставник-навигатор», при этом стоит задача - помочь подопечному открыть свой личный смысл в профессии, самоопределиться, выстроить профессионально-карьерную траекторию [82].

Таким образом, система наставничества персонала является одним из наиболее доступных для организаций способом распространения знаний, профессиональных навыков и умений, что особенно актуально в медицинских организациях. При условии эффективной организации данного вида обучения наставничество способно решить вопросы с адаптацией новых сотрудников и повышения квалификации имеющихся. Конечный результат деятельности наставника заключается в успешной адаптации нового сотрудника на рабочем месте, повышении квалификации действующих работников и их продвижении по карьерной лестнице, показателями чего являются развитие профессиональных качеств, четкое выполнение поставленных задач, производительная деятельность и построение эффективных рабочих отношений с другими членами коллектива.

Улучшить работу и производительность сотрудников помогает эффективная служебная аттестация, в том числе за счет следующих факторов:

- Ясности поставленных целей для сотрудников, что способствует максимальной эффективности, когда они не выполняют изолированные действия, а осознают свою роль в организации, чувствуют причастность и понимают, как их усилия помогают организации двигаться вперед. При этом цели должны быть конкретными, измеримыми и реалистичными.

- Оценка эффективности повышает ответственность сотрудников, потому что в этом процессе выявляются не только их достижения и сильные стороны, а также проблемы, области для совершенствования, а это открывает путь к профессиональному развитию. Обзоры эффективности позволяют определить компетенции, в которых сотрудник должен совершенствоваться/усиливаться через обучение, практику и т.д., что в конечном итоге будет способствовать карьерному росту работника.

- Повышается мотивация сотрудников, потому что в этом процессе официально признаются их заслуги со стороны руководителей. Когда сотрудников ценят за их вклад, они мотивированы работать над достижением организационных целей. Мотивированные сотрудники остаются в организации на более длительный срок.

- Обратной связи (feedback), при этом постоянное общение между сотрудниками и руководством также позволяет организациям поддерживать более высокий уровень удержания сотрудников.

Традиционная оценка/аттестация работы сотрудника со стороны руководителя/менеджера является несовершенной, так как идет «сверху вниз» и не всегда является объективной.

В современных условиях актуальным становится так называемый подход в «оценке/аттестации в 360°»², представляющий собой системный анализ личного развития, который собирает отзывы из ряда источников:

- от коллег;
- от подчиненных;

²Appraisals, Evaluations&Reviews” [Электронный ресурс. -] Режим доступа: <https://careersmart.org.uk> – Дата доступа:01.09.2023.

- от клиентов;
- от руководителя.

Оценка в 360 градусов, широко используемая международными некоммерческими медицинскими организациями (ВОЗ, ООН и др.), является частью процесса аттестации и обладает рядом преимуществ:

- отзывы даются из широкого круга источников, что позволяет составить более объективную картину эффективности работы сотрудника;
- коллеги, дающие отзывы зачастую более информированы о трудовой деятельности сотрудника по сравнению с руководителями и могут давать индивидуальные отзывы с примерами;
- сотрудники могут понять, как их роль и работу воспринимают другие участники производственного процесса.

Аттестация работы сотрудника должна быть двусторонней, когда руководитель на основе результатов оценки в 360 градусов должен сделать объективный непредвзятый и конструктивный анализ работы сотрудника. В свою очередь, сотрудник должен адекватно реагировать на предложения руководителя, согласовывать установленные цели и работать для их достижения. Такая аттестация играет ключевую роль в карьерном росте сотрудника, когда он может официально запросить развитие в виде профессионального обучения, обсудить возникающие трудности или выразить претензии.

Аттестации сотрудников предоставляют руководству медицинских организаций информацию для планирования человеческих ресурсов, например, для обучения или продвижения по службе, а также сопоставления стратегических корпоративных целей с индивидуальными целями сотрудников.

* * * * *

Проведение SWOT-анализа сильных и слабых сторон, а также возможностей и угроз, связанных с организацией и условиями профессиональной деятельности врачебных кадров, позволяет выстроить

последовательность шагов для решения задач в этой области. При этом с определенной долей условности были выделены три блока мероприятий, направленных на улучшение условий профессиональной деятельности врачебных кадров: информационно-образовательный; медико-социальный и организационный.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В условиях влияния глобальных процессов и современных вызовов (глобальное потепление, пандемия КОВИД 19, миграция, климатические изменения и др.) важнейшей задачей является развитие устойчивой к глобальным вызовам систем здравоохранения и усиление потенциала работников сферы здравоохранения для решения актуальных вопросов, которые направлены на сохранение и укрепление здоровья населения.

При этом ключевым фактором устойчивой системы здравоохранения являются КАДРЫ – работники системы здравоохранения, которые, несомненно, нужно развивать и в которые нужно инвестироваться [153].

Факторы, воздействующие на профессиональную деятельность врачей с определенной долей условности можно разделить на 2 группы: внешние и внутренние (рисунок 1).

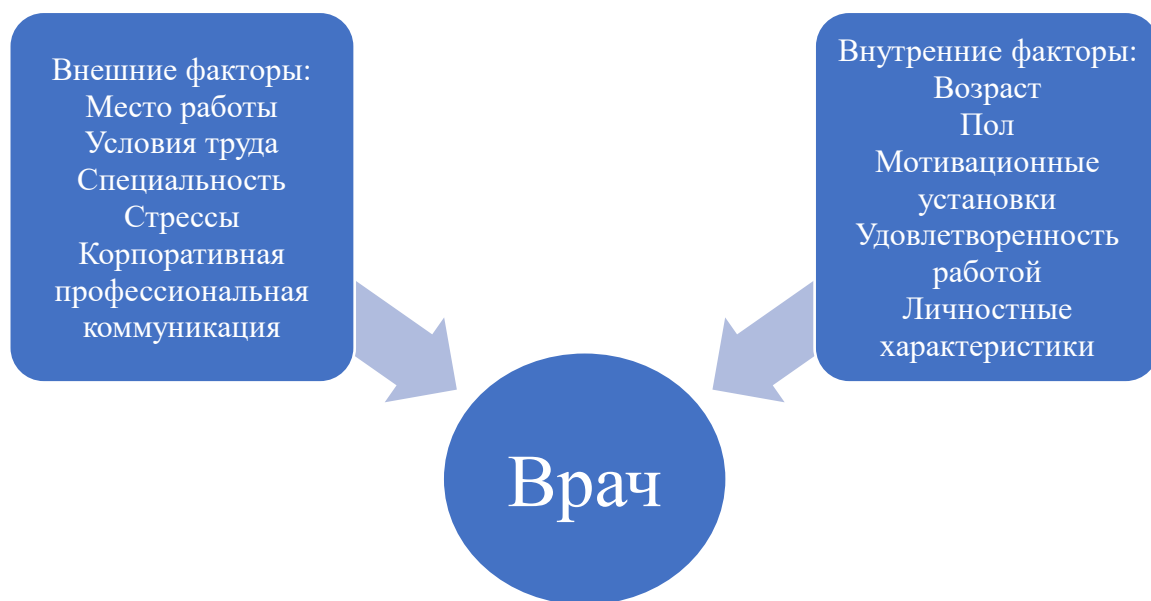


Рисунок 1. - Факторы, воздействующие на профессиональную деятельность врачей

К внешним факторам относятся: место работы; условия труда; специальность; стрессы; корпоративная профессиональная коммуникация.

Внутренние факторы: возраст; пол; мотивационные установки;

удовлетворенность работой; личностные характеристики врача.

Медицинский персонал часто работает в условиях повышенного стресса и хронической перегрузки, что может вызвать сильные эмоции, тревожные мысли и острые психологические нарушения. Также отмечается высокий уровень выгорания среди медицинских работников, что особенно ярко проявилось во времена недавней пандемии.

Среди направлений улучшения работы медицинских организаций особый акцент должен делаться на кадровой составляющей, так как это во многом обуславливает результат по другим направлениям. В «Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» указывается на необходимость «повышения профессионального уровня и расширение квалификации медицинских работников».

В этой связи постоянное обновление знаний и навыков необходимо для повышения потенциала медперсонала и качественного функционирования системы здравоохранения, включая поддержка работников в сфере здравоохранения, особенно психосоциальная поддержка, в период чрезмерной нагрузки. Основой в такой сложный период, может являться концепция взаимной коллегиальной поддержки и обучения, создание соответствующих групп и структуры, а также современных подходов, способствующих психоэмоциональной разрядке/разгрузки работников здравоохранения.

В современных условиях ряд объективных факторов обуславливают потребность в усовершенствовании умений и навыков, в непрерывном профессиональном обучении и постоянном повышении уровня квалификации врачебного персонала.

К главным мотивационным факторам в своей работе опрошенные врачи отнесли финансовое вознаграждение (65,9 на 100 ответивших), профессиональное развитие (52,4) и признание на рабочем месте (30,9). Согласно полученным данным, 65,1% специалистов считали необходимым развитие профессиональной мотивации нематериального характера, 12,9% - дали отрицательный ответ и 22% - затруднились с ответом. Мнения о

факторах, влияющих на их трудовую активность, статистически значимо различалось у мужчин и женщин. Так, материальное стимулирование считали важным 68,6% мужчин и 84% женщин, моральное стимулирование – 37,8% и 60,8%, трудовой настрой коллектива - 32,6% и 42,5% соответственно ($p < 0,05$). Следует отметить, что мужчины чаще, чем женщины боялись потерять работу. Кроме того, врачи частных стационаров чаще придавали значение повышению взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы и меньшее оплате по труду, учебе, курсам и участию в семинарах.

По мнению половины (52,6%) опрошенных врачей их условия труда были полностью безопасны, еще 35,2% респондентов считали, что они скорее безопасны, чем нет. При этом отсутствовали значимые различия во мнении по данному вопросу врачей терапевтических и хирургических специальностей, а также работающих в стационарных и амбулаторных условиях. Однако, в частных медицинских организациях полностью безопасной свою работу считали 62,5% респондентов, работающих в стационаре, и только 33,3% врачей, работающих в амбулаторных условиях. По мнению врачей, основным фактором возможного нарушения безопасности их профессиональной деятельности была напряженность трудового процесса, связанная в том числе с большой ответственностью за больных.

Большинство врачей (89,1%), принявших участие в исследовании, сообщили о наличии тех или иных стрессовых ситуаций в процессе их профессиональной деятельности. Данное мнение не зависело от пола, при этом специалисты хирургического профиля чаще указывали на наличие данных ситуаций (63,2% против 51,3%). Врачи хирургического профиля статистически ($p < 0,05$) значимо чаще, чем терапевтического указывали на значение таких факторов, как личные качества характера, уровень мотивации, специальность, возраст и стаж работы.

Согласно результатам социологического опроса, 78,0% принявших участие в исследовании врачей были полностью или частично удовлетворены своей работой, совсем не удовлетворены 4,7% и затруднились с ответом 5,8%

респондентов. Чаще не удовлетворены работой врачи государственных и частных поликлиник по сравнению с работающими в стационарах. Кроме того, общую положительную оценку удовлетворенности чаще давали врачи частных медицинских организаций как стационарного, так и амбулаторного типа. В большинстве случаев причинами неудовлетворенности работой являлись недостаточный объем заработной платы, несколько реже неудобный режим работы, низкая оснащенность медицинской организации и уровень организации труда.

Выявленные особенности удовлетворенности работой различных половозрастных групп врачей терапевтического и хирургического профиля в медицинских организациях различной формы собственности следует учитывать руководству при формировании кадровой политики и корпоративной культуры.

Проведение SWOT-анализа сильных и слабых сторон организации деятельности врачебных кадров, а также возможностей и угроз, влияющих на данный процесс в регионе позволило выстроить последовательность шагов для решения задач, связанных с совершенствованием медико-социальных и организационных условий профессиональной деятельности врачей.

С определенной долей условности можно выделить три блока мероприятий, направленных на улучшение условий профессиональной деятельности врачебных кадров: информационно-образовательный; медико-социальный и организационный.

Реализация мероприятий **информационно-образовательного блока** предусматривает проведение тренингов, семинаров, он-лайн курсов по развитию стрессоустойчивости, лидерских качеств и навыков работы в команде. Важным звеном в системе развития врачебного персонала выступает наставничество, роль которого состоит в ускорении адаптации новых сотрудников медицинских организаций, профессиональной подготовке и повышении их квалификации, управлении карьерой лиц, желающих продвигаться по карьерной лестнице, а также в развитии культуры обмена знаниями.

В современных условиях становится актуальным подход к «оценке/аттестации в 360°», т. е. системный анализ личностного развития, при котором собираются отзывы о сотруднике от ряда источников: коллег, подчиненных, клиентов, руководителя. Такой подход позволяет сделать объективный непредвзятый и конструктивный анализ работы сотрудника. В свою очередь, сотрудник должен адекватно реагировать на предложения руководителя, согласовывать установленные цели и работать для их достижения.

При этом аттестация сотрудников предоставляет руководству медицинских организаций не только информацию для планирования, например, обучения или продвижения по службе, но и сопоставления стратегических корпоративных целей с индивидуальными целями сотрудников.

Блок мероприятий **медико-социального характера** включает в себя: развитие адвокативной практики защиты прав врачей; улучшение условий труда; интервьюирование персонала при приеме на работу на основе компетенций; учет возрастно-половых и других особенностей мотивации врачей к трудовой деятельности; применение стимулирования сотрудников материального и нематериального характера.

К **мероприятиям организационного блока** относятся: формирование корпоративной культуры; развитие наставничества при работе с молодыми специалистами; работа с кадровым резервом; осуществление грамотной кадровой политики; совершенствование корпоративной коммуникации; формирование корпоративной культуры и приверженности персонала к медицинской организации; организация работы по предупреждению эмоционального выгорания.

ВЫВОДЫ

1. В Воронежской области обеспеченность врачами 13-ти (65%) из 20-ти основных специальностей терапевтического профиля выше российского уровня. Тенденция к снижению обеспеченности имела место среди таких специалистов, как врачи общей практики (семейные врачи), врачи скорой медицинской помощи и дерматовенерологи. В 2017-2021 гг. обеспеченность врачами хирургического профиля в Воронежской области была выше общероссийского и окружного уровней. Моделирование трендов показало статистически значимое повышение обеспеченности онкологами, оториноларингологами и урологами. Одновременно отмечалось снижение обеспеченности хирургами, акушерами-гинекологами и офтальмологами.

2. Установлено, что 52,6% респондентов считали условия своего труда полностью безопасными, еще 35,2% опрошенных утверждали, что они скорее безопасны, чем нет. По мнению врачей, основными факторами возможного нарушения безопасности их профессиональной деятельности были напряженность и тяжесть трудового процесса, а также возможность контакта с патогенными средами. При этом врачи, работающие в государственных медицинских организациях стационарного типа, чаще, чем врачи поликлиник называли такой фактор, как работа с сильнодействующими препаратами, а работающие в частных стационарах - возможность контакта с патогенными средами, работу с сильнодействующими препаратами и воздействие физических факторов.

3. Большинство врачей (89,1%), принявших участие в медико-социологическом исследовании, сообщили о наличии тех или иных стрессовых ситуаций в процессе их профессиональной деятельности. При этом специалисты хирургического профиля по сравнению со специалистами терапевтического чаще (63,2% против 51,3%) указывали на наличие данных ситуаций. Более половины (53,9%) всех респондентов сообщили, что наблюдали у себя признаки синдрома выгорания и довольно значительная часть (19,2%) затруднились с ответом.

4. Согласно полученным данным, опрошенные врачи главными мотивационными факторами в своей работе считают финансовое вознаграждение, затем профессиональное развитие и признание на рабочем месте. При этом 65,1% респондентов отметили обязательным развитие профессиональной мотивации и нематериального характера. Мнения о факторах, влияющих на их трудовую активность, статистически значимо различалось у мужчин и женщин. Согласно полученным данным, женщины по сравнению с мужчинами считали более важными такие факторы, влияющими на трудовую активность, как моральное стимулирование и трудовой настрой коллектива.

5. На удовлетворенность врачей условиями своей деятельности оказывает влияние место работы. Врачи государственных и частных поликлиник были статистически значимо ($p < 0,05$) менее удовлетворены работой по сравнению с работающими в стационарах. Кроме того, общую положительную оценку удовлетворенности чаще давали врачи частных медицинских организаций как стационарного, так и амбулаторного типа.

6. Причины неудовлетворенности работой были весьма разнообразными. В большинстве случаев это был недостаточный объем заработной платы (в 51,2 случаев на 100 ответивших), несколько реже неудобный режим работы (36,7), низкая оснащенность медицинской организации (35,1) и уровень организации труда (33,9). Установлено, что только 39,4% опрошенных врачей удовлетворены размером оплаты их труда и 20,5% - были совсем не удовлетворены. Кроме того, назывались такие причины неудовлетворенности своей работой, как необходимость решения многих новых проблем, отношение пациентов, коллег и непосредственного руководителя.

7. По мнению 94,5% врачей, принявших участие в опросе, командная работа повышает качество и эффективность оказываемой медицинской помощи. Большинство респондентов, принимавших участие в командной работе, – это врачи хирургического профиля по сравнению с терапевтическим

(92,8% против 78,1%; $p < 0,05$), врачи государственных стационаров по сравнению с частными (89,2% против 73,4%, $p < 0,05$). При этом женщины придавали большее значение такой мере, способствующей решению проблем в их деятельности, как повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы, а мужчины – кадровым перестановкам и аттестации руководства по вопросам менеджмента.

8. Мероприятия по улучшению условий профессиональной деятельности врачебного персонала в современных условиях должны быть комплексными и включать информационно-образовательное, медико-социальное и организационное направления. При этом важно обратить внимание на развитие у персонала навыков работы в команде, наставничества и стрессоустойчивости. Необходимо улучшать условия труда, проводить интервьюирование персонала при приеме на работу на основе компетенций, учитывать возрастно-половые и другие особенности мотивации врачей к трудовой деятельности.

ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Руководителям органов управления здравоохранением:

Развивать платформы обучающих кратких онлайн курсов по стрессоустойчивости медицинского персонала.

Внедрять программы интервьюирования медицинского персонала при приёме на работу для оценки уровня имеющихся компетенций – интервью на основе компетенций.

Организовать адвокативную работу и информационную кампанию с целью защиты прав и развития возможностей врачей, а также поддержки деятельности профессиональных общественных объединений.

Способствовать развитию страхования профессиональной ответственности врачебных кадров.

Способствовать развитию лидерских качеств и потенциала руководителей различного уровня, а также кадрового резерва в сфере здравоохранения на основе соответствующих образовательных программ.

Руководителям медицинских организаций:

Обратить внимание на выявленные возрастно-половые и другие особенности мотивации у врачей к трудовой деятельности с целью повышения заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы.

Учитывать выявленные особенности удовлетворенности работой различных половозрастных групп врачей терапевтического и хирургического профиля в медицинских организациях различной формы собственности при формировании кадровой политики и корпоративной культуры.

Способствовать формированию корпоративной культуры на основе развития у сотрудников приверженности (комплаентности) к медицинской организации.

Развивать наставничество молодых врачей с целью быстрее их профессиональной и психологической адаптации с использованием метода «равный обучает равного».

Совершенствовать качественную корпоративную коммуникацию в медицинской организации с целью повышения качества и эффективности работы персонала.

Способствовать формированию в коллективе конструктивного стиля работы в команде.

Систематически проводить мероприятия по улучшению условий труда, предупреждению профессионального выгорания, обратив особое внимание на врачей хирургического профиля.

Медицинскому персоналу:

Развивать профессиональные качества, включая самообразование по своей специальности, усилению навыков.

Развивать личностные качества, включая навыки стрессоустойчивого поведения и самодисциплину.

Медицинским образовательным учреждениям:

Внести корректировки в образовательные программы подготовки и переподготовки врачей по вопросам глобального здравоохранения (изменение климата и здоровье, миграция и здоровье, единое здоровье и т.д.).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Абрамов, А.Ю. Практико-ориентированная система внутренней оценки деятельности медицинских работников / А.Ю. Абрамов, Е.Е. Комиссаров, О.В. Рукодайн timer, Д.И. Кича // Методические рекомендации. Челябинск, 2023.
2. Акмаев, В.А. Эмоциональное выгорание врачей-педиатров г. Перми под воздействием профессиональной деятельности / В.А. Акмаев // Актуальные вопросы педиатрии: материалы краевой научно-практической конференции, посвященной памяти профессора И.П. Корюкиной. - Пермь, 2021. - С. 14-17.
3. Аликин, И.А. Мотивационные факторы организационной лояльности менеджеров / И.А. Аликин, И.А. Крамаренко, Н.В. Лукьянченко // Вестник Красноярского государственного педагогического университета им. В.П. Астафьева. - 2016. - № 4. - С. 169–172.
4. Аликова, З.Р. Анализ мнения врачей-педиатров об организации и перспективах развития первичной медико-социальной помощи детям / З.Р. Аликова, Л.А. Анаева, Ф.У. Козырева, З.И. Яхьяева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – Т. 29, № 4. – С. 898—903.
5. Андреева, Т.В. Социально-гигиеническая характеристика жизненных ценностей медицинских работников / Т.В. Андреева, В.Г. Кудрина, С.А. Трущелев // Человек и лекарство. Тезисы докладов. Серия: "Библиотека Российского национального конгресса "Человек и лекарство". – М., 2017. - С. 116.
6. Бабаурина, А.Н. Приверженность персонала: сущность и роль в управлении организацией / А.Н. Бабаурина // Вестник Омского университета. Серия: Экономика. - 2007. - № 4. - С. 134–137.
7. Бадма-Гаряев, М.С. Мнение врачебного персонала об эффективности реализации программы модернизации здравоохранения на уровне многопрофильной больницы / М.С. Бадма-Гаряев // Проблемы

социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2015. - №3. - С. 32-34.

8. Белякова, И.В. Психологические детерминанты профессионального выгорания врачей разных профилей / И.В. Белякова // В сб.: Актуальные проблемы практической психологии. Материалы Всероссийской научно-практической конференции. - 2016. - С. 24-28.

9. Березовская, Р.А. Мотивационные детерминанты увлеченности работой у врачей / Р.А. Березовская // Петербургский психологический журнал. - 2013. - № 4. - С. 30-43.

10. Берсенева, Е.А. Факторный анализ результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала и его использование в реализации процессного подхода к организации деятельности медицинского учреждения / Е. А. Берсенева, Д. А. Кураков, С. А. Мендель и др. // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – Т. 65, № 1. – С. 59-63.

11. Богдан, И.В. Новые подходы к позиционированию образа медицинского работника в диалоге с молодыми специалистами системы здравоохранения / И.В. Богдан // Труды III Форума с международным участием "Социология здоровья: уроки пандемии и контуры будущего здравоохранения". – М., 2021. – С. 45-47.

12. Богданов, А.Е. Квалификационные характеристики и профессиональные компетенции основных медицинских специальностей применительно к фгос-3: психолого-педагогические аспекты и проблемы / А.Е. Богданов, В.Е. Васильев, А.А. Карабиненко, Н.Н. Костюков // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. - 2014. - № 1-2. - С. 13-48.

13. Болонский процесс: Глоссарий (на основе опыта мониторингового исследования) / сост. В.И. Байденко и др.; науч. ред. В.И. Байденко, Н.А. Селезнева. – М.: Исследовательский центр проблем качества подготовки специалистов, 2009. – 148 с.

14. Бочанова, Е.Н. Оценка знаний врачей о системе фармаконадзора /

Е.Н. Бочанова, Н.А. Шнайдер, С.К. Зырянов и др. // Уральский медицинский журнал. – 2016. – № 4(137). – С. 142-144.

15. Булынина, С. И. Эмоциональное выгорание у врачей / С.И. Булынина, Е.А. Булынина, И.А. Дубова // Многопрофильный стационар. – 2019. – Т. 6, № 1. – С. 12-13.

16. Бутова В.Г., Смирнова Л.Е., Зуев М.В., Баштавой А.А., Пешков В.А. Удовлетворенность населения качеством оказания стоматологической помощи // Клиническая стоматология. - 2017. - Т. 82, № 2. - С. 70-73.

17. Вишняков, Н.И. Современные проблемы обеспеченности врачебными кадрами медицинских организации Санкт-Петербурга / Н.И. Вишняков, В.А. Мануковский, Е.Н. Пенюгина и др. // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. Санкт-Петербург.- 2021.- С. 213-216.

18. Волнухин, А.В. Удовлетворенность медицинского персонала сети негосударственных поликлиник условиями труда / А.В. Волнухин // European Research. - 2017. - № 1. - С. 91–93.

19. Волнухин, А.В. Факторы, определяющие приверженность медицинского персонала негосударственной поликлинике / А.В. Волнухин // Известия высших учебных заведений. Поволжский регион. Медицинские науки. - 2017. - № 1. - С. 110–118.

20. Волошина, И.А. Формирование системы профессиональных квалификаций: словарно-справочное пособие / И.А. Волошина, А.Н. Лейбович, П.Н. Новиков и др. – М.: Издательство «Перо», 2016. – 48 с.

21. Воронин, А.Н. Психологические характеристики самоорганизации в профессиональной деятельности врача / А.Н. Воронин, Е.Л. Николаев // Прикладные информационные аспекты медицины. - 2013. - Т. 16, № 1. - С. 13-18.

22. Гераськин, Д.В. Коммуникативные игры сотрудников сферы здравоохранения / Д.В. Гераськин // В сб.: Вся жизнь - делу врачевания и просвещения. материалы Всероссийской научно-практической конференции с

международным участием. - Омск, 2020. - С. 58-61.

23. Гусева, С.Л. Повышение качества и доступности медицинской помощи — задачи и пути решения в общеврачебной практике / С.Л. Гусева, И.В. Горохова // Менеджер здравоохранения. – 2014. - № 3. – С. 20-24.

24. Давлетшин, А.Р. Понятие правового режима медицинской тайны / А.Р. Давлетшин // Евразийский юридический журнал. - 2019. - Т. 128, № 1. - С. 203-205.

25. Данильченко, Я.В. Мнение персонала кардиохирургического стационара о результатах своего труда / Я.В. Данильченко, Д.В. Карась, Г.В. Артамонова // Бюллетень ННИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. - № 1. – С. 61—64.

26. Дедова, Я.Д. Ответственность: к вопросу об основании ответственности в деятельности врача / Я.Д. Дедова, Ю.О. Новохацкая // В сб.: Общество и культура: проблемы, тенденции, перспективы. Материалы V Всероссийской студенческой научно-практической конференции. - 2020. - С. 27-30.

27. Дежурный, Л.И. Проблемы обеспечения юридической безопасности оказания первой помощи: российский и зарубежный опыт / Л.И. Дежурный, В.Г. Кудрина, А.Ю. Закурдаева // Медицинский вестник МВД. - 2021. – Т. 112, № 3. - С. 12-15.

28. Дмитриева, В.А. Преступления, связанные с врачебной деятельностью: философско-правовой аспект // В сб.: Актуальные проблемы истории, политики и права. сборник статей VII Всероссийской научно-практической конференции. 2019. С. 13-16.

29. Доровская, А.И. Научное обоснование оптимизации управления карьерой врачей в медицинских организациях / А.И. Доровская: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, 2017. - 24 с.

30. Дружинина, А.А. Технология наставничества в подготовке специалистов социальной сферы / А. А. Дружинина // Вестник ТГУ.- 2018.-

№4 (174).- С. 15-21.

31. Евстигнеев, С.В. Оценка качества медицинской помощи и трудового процесса по результатам опроса врачей / С.В. Евстигнеев, В.В. Васильев // Здоровоохранение Российской Федерации. – 2016. Т. 60, № 6. – С. 293-297.

32. Зудин, А.Б. Влияние цифровизации условий и содержания труда на здоровье работников / А.Б. Зудин, А.И. Введенский, А.В. Мелерзанов // Ремедиум.- 2023.- Т. 27, № 3.- С. 277-281.

33. Иванова, М.А. Деятельность врачей общей практики (семейных врачей) в Российской Федерации за период 2007-2016 гг. / М.А. Иванова, В.В. Люцко, Н.А. Голубев // Справочник врача общей практики. - 2018. - № 12. - С. 63-71.

34. Кадыров, Ф. Н. Нормирование труда как один из эффективных инструментов управления медицинской организацией / Ф. Н. Кадыров, М. А. Иванова, А. М. Чилилов // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 9. – С. 88-93.

35. Канева, Д.А. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности / Д.А. Канева: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: РУДН, 2019. - 25 с.

36. Карпова, О.В. Результаты социологического опроса медицинских работников об организации и качества стоматологической помощи / О.В. Карпова // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2015. - № 3. – С. 21—25.

37. Кича Д.И. История оценки деятельности работников здравоохранения / Д.И. Кича, Е.Е. Комиссаров, О.В. Рукодажный и др. // Вопросы истории.- 2022.- № 12-3.- С. 250-263.

38. Кларин, М.В. Современное наставничество: новые черты традиционной практики в организациях XXI века / М.В. Кларин // ЭТАП: экономическая теория, анализ, практика.- 2016.- № 5.- С. 92-112.

39. Колесникова, Ю.С. Использование технологии DISC при

формировании кадрового резерва / Ю.С. Колесникова, А.В. Камашева, В.В. Буры // Вестник экономики, права и социологии. - 2017. - № 2. - С. 23-26.

40. Комаров, С.Г. Формирование информационной основы для повышения качества подготовки медицинских работников в первичном звене здравоохранения / С.Г. Комаров, Т.В. Андреева // В сб.: Цифровое здравоохранение. Труды XX Международного конгресса «Информационные технологии в медицине». - 2019. - С. 31-36.

41. Комличенко, Э.В. Социально-гигиеническая характеристика врачей акушеров-гинекологов, работающих в женских консультациях и стационарах Санкт-Петербурга / Э.В. Комличенко // Вестник РУДН. Серия: Медицина. - 2011. - №1. – С. 43-47.

42. Коробова, Е.Р. Кадровые проблемы в сфере здравоохранения Тамбовской области и пути их решения / Е.Р. Коробова, М.Н. Гусева // Наука и Образование. - 2022. - Т. 5, № 1. – С.3-7.

43. Косенко, А.А. Научное обоснование модели управления процессом мотивирования врачебных кадров поликлиники / А.А. Косенко: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.: Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова, 2015. - 24 с.

44. Кочубей, А.В. Оценка работы заведующих отделениями, данная руководителями медицинских организаций / А.В. Кочубей, С.Ю. Яроцкий, В.В. Кочубей, А.П. Эттингер // Профилактическая медицина.- 2023.- Т. 26. № 3.- С. 51-58.

45. Кочубей, В.В. Связь уровня профессионального развития с возрастом и стажем работы: на примере пластических хирургов / В.В. Кочубей, А.В. Кочубей, М.А. Иванова // Кремлевская медицина. Клинический вестник. - 2019. - № 3. - С. 154-158.

46. Кудрина, В.Г. Информационные ориентиры для развития системы целевой подготовки медицинских работников / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, С.Г. Комаров и др. // Врач и информационные технологии. - 2017. - № 3. - С. 121-127.

47. Кудрина, В.Г. Информационные технологии в современном дополнительном профессиональном образовании медицинских работников / В.Г. Кудрина, Т.И. Садыкова, Е.Л. Липатова и др. // Врач и информационные технологии. - 2022. - № 3. - С. 36-43.

48. Кудрина, В.Г. Кадры медицинской статистики: правовые основы деятельности в современном здравоохранении / В.Г. Кудрина // В кн.: Статистика здравоохранения нового времени. Материалы Второго съезда медицинских статистиков Москвы. Москва, 2020. - С. 41-43.

49. Кудрина, В.Г. Квалификационные требования к медицинским работникам и характеристика правил их профессиональной деятельности / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, О.В. Гончарова и др. // В сб.: Меняющийся мир официальной статистики здравоохранения: субъектность & глобализм. Материалы Третьего съезда медицинских статистиков города Москвы. Москва, 2021. - С. 48-50.

50. Кудрина, В.Г. Некоторые аспекты внедрения системы непрерывного медицинского образования (НМО) и аккредитации специалистов: самооценки и мнения врачей / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, О.В. Гончарова и др. // В сб.: Цифровое здравоохранение. труды XIX Международного конгресса. - 2018. - С. 58-59.

51. Кудрина, В.Г. Новые подходы к оценке профессиональной деятельности медицинских работников / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, О.В. Гончарова и др. // Медицинский вестник МВД. - 2021. - № 1 (110). - С. 7-12.

52. Кудрина, В.Г. Опыт формирования информационной основы для непрерывного профессионального образования медицинских работников / В.Г. Кудрина, В.В. Камардин, О.В. Гончарова, Н.Е. Кучин // Врач и информационные технологии. - 2016. - № 5. - С. 26-34.

53. Кудрина, В.Г. Оценка вовлеченности врачей в цифровизацию практического здравоохранения / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, О.В. Гончарова // В сб.: Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы

Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - Иркутск, 2021. - С. 218-223.

54. Кудрина, В.Г. Оценка качества медицинской помощи: учебные и тестовые материалы для повышения квалификации врачей (окончание) / В.Г. Кудрина, О.В. Гончарова, Т.В. Андреева и др. // Медицинский вестник МВД. - 2017. – Т. 91, № 6. - С. 6-18.

55. Кудрина, В.Г. Оценка качества медицинской помощи: учебные и тестовые материалы для повышения квалификации врачей / В.Г. Кудрина, О.В. Гончарова, Т.В. Андреева и др. // Медицинский вестник МВД. - 2017. – Т. 90, № 5. - С. 2-15.

56. Кудрина, В.Г. Роль понятийного аппарата в формировании компетенций медицинского персонала / В.Г. Кудрина, О.В. Гончарова, Ф.С. Экажева и др. // В сб.: Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации. Материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. - 2020. - С. 135-140.

57. Кудрина, В.Г. Роль профессиональных компетенций в формировании информационного профиля врача / В.Г. Кудрина, Т.В. Андреева, О.В. Гончарова и др. // В сб.: Цифровое здравоохранение. Труды XX Международного конгресса «Информационные технологии в медицине». - 2019. - С. 37-40.

58. Латышова, А. А. Динамика обеспеченности врачебными кадрами в государственных медицинских организациях Российской Федерации в период с 2018 по 2022 года / А. А. Латышова, М. А. Иванова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69, № 6.- 21 с.

59. Лёзова, Н.М. Коммуникативная компетентность врача / Н.М. Лёзова // В сб.: Наука и практика: партнерство в реализации стратегии национального здравоохранения в регионе. - 2015. - С. 259-263.

60. Лобова, Т.Г. Медицина: профессионализм versus призвание? (к вопросу о соотношении) / Т.Г. Лобова, Т.В. Мироненко // В сб.: Вся жизнь -

делу врачевания и просвещения. материалы Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. Омск, 2020. - С. 123-127.

61. Ломаков, С.Ю. Профессиональный взгляд врачей на совершенствование организации лучевых исследований онкологическим пациентам / С.Ю. Ломаков // Исследования и практика в медицине. – 2020. Т. 7, № 3. – С. 127-135.

62. Люцко, В.В. Затраты рабочего времени врачей-терапевтов участковых при посещении одним пациентом / В.В. Люцко, И.М. Сон, М.А. Иванова и др. // Терапевтический архив. - 2019. - Т. 91, № 1. - С. 19-23.

63. Мамина, В.П. Исследование защитно-совладающего поведения у студентов медицинского университета с различным уровнем общительности / В.П. Мамина, Л.Ю. Бусурина, А.С. Кубекова // Казанский педагогический журнал. - 2021. – Т. 149, № 6. - С. 223-229.

64. Матыцин, Н.О. Повышение осведомленности медицинских работников о вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: использование социологического опроса / Н.О. Матыцин, О.Р. Швабский, И.Б. Минулин и др. // Вестник Росздравнадзора. - 2021. - № 6. - С. 33-38.

65. Матюшкина, Е.Я. Уровень профессионального выгорания врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре: данные до ситуации пандемии / Е.Я. Матюшкина, О.Ю. Микита, А.Б. Холмогорова // Консультативная психология и психотерапия. - 2020. - Т. 28, № 2 (108). - С. 46-69.

66. Мирошникова, Ю.В. Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва / Ю.В. Мирошникова: автореф. дис. ... д-ра мед. М.: Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения, 2015. - 48 с.

67. Михайлова, Ю.В. Оценка пациентами качества медицинской

помощи в медицинских организациях первичного звена здравоохранения г. Ставрополя / Ю.В. Михайлова, В.О. Францева, А.Б. Данаев, А.Ю. Михайлов // Социальные аспекты здоровья населения. - 2022. - Т. 68, № 1.- 22 с.

68. Мовсисян, А.Б. Дополнительное профессиональное образование врачей и результаты клинической практики (аналитическое онлайн-исследование) / А.Б. Мовсисян, А.В. Куроедов, П.Ч. Завадский и др. // Национальный журнал глаукома. – 2022. - Т. 21, № 1. – С. 62-70.

69. Мониторинг безопасности лекарственных препаратов в вопросах и ответах: Брошюра для специалистов здравоохранения. - URL: <http://www.roszdravnadzor.ru/i/upload/images/2014/12/2/1417522012.38688-1-10261.pdf>

70. Мурзова, Т.В. Результаты социологического исследования мнения врачей-стоматологов о качестве последипломного образования / Т.В. Мурзова, А.В. Дятел, А.О. Новицкая // Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14, № 4. - С. 343-344.

71. Орел, В.Е. Феномен «выгорания» в зарубежной психологии: эмпирические исследования и перспективы / В.Е. Орел // Психологический журнал. – 2021. – Т. 22, № 1. – С. 90–101.

72. Орел, В.И. Актуальные проблемы оплаты труда в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / В.И. Орел, А.В. Ким, Л.В. Сочкова и др. // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. - Т. 7, № 3. - С. 12-19.

73. Орел, В.И. Использование проектного метода в подготовке организаторов здравоохранения / В.И. Орел, Н.А. Гурьева, А.В. Ким и др. // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: II Международная научно-практическая конференция. – Саратов, 2021. – С. 192-195.

74. Орел, В.И. Система оплаты труда как инструмент повышения качества медицинской амбулаторно-поликлинической помощи / В.И. Орел, А.В. Ким, О.М. Носырева и др. // Children's Medicine of the North-West. – 2021. – Т. 9, № 1. – С. 268-269.

75. Орлов, А.Е. Качество медицинской помощи: мнения сотрудников городского многопрофильного стационара / А.Е. Орлов, С.А. Суслин, В.В. Павлов // В кн.: Материалы Всероссийской конференции с международным участием, посвященной 90-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения, экономики здравоохранения. - М., 2014. – С. 68-72.

76. Осипов, Ф.М. Особенности влияния профессиональной деятельности на здоровье врачей. Причины возникновения синдрома эмоционального выгорания у врачей / Ф.М. Осипов // Труды международного симпозиума "Надежность и качество". - 2019. - Т. 2. - С. 185-186.

77. Осипов, Ф.М. Психологические рекомендации при профессиональном стрессе и синдроме эмоционального выгорания / Ф.М. Осипов // Труды международного симпозиума "Надежность и качество". - 2019. - Т. 2. - С. 187-188.

78. Павлова, М.С. Отношение врачей г. Улан-Удэ к проблеме врачебной ошибки / М.С. Павлова, Л.М. Итигилова // Формы и методы социальной работы в различных сферах жизнедеятельности. Материалы IV Международной научно-практической конференции, посвященной 10-летию открытия первого в Бурятии кабинета медико-социальной помощи в поликлиническом звене Восточно-Сибирский государственный университет технологий и управления Улан-Удэ, 2015. – С. 262-263.

79. Парада, С.С. Юридическая ответственность в сфере здравоохранения: вопросы теории и практики / С.С. Парада // В сб.: Судебная система России на современном этапе общественного развития. Сборник научных трудов Всероссийской студенческой очно-заочной научной конференции. Общероссийская общественная организация «Российское объединение судей». - 2019. - С. 222-224.

80. Паспорт национального проекта «Здравоохранение». Утвержден по итогам заседания президиума Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам 24 декабря 2018 года // Правительство России (government.ru)

81. Перевезенцев, Е.А. Мотивация как ведущий компонент при внедрении и применении принципов бережливого производства в медицинских организациях (аналитический обзор) / Е.А. Перевезенцев, В.М. Леванов // Кубанский научный медицинский вестник. - 2020. – Т. 27, № 4. - С. 134–148.

82. Петриков, С.С. Профессиональное выгорание, симптомы эмоционального неблагополучия и дистресса у медицинских работников во время эпидемии COVID-19 / С.С. Петриков, А.Б. Холмогорова, А.Ю. Суроегина и др. // Консультативная психология и психотерапия. - 2020. - Т. 28, № 2. -С. 8—45.

83. Пивень, Д.В. Содержание внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации: каким оно должно быть и что этому мешает / Д.В. Пивень, И.С. Кицул // Менеджер здравоохранения. – 2014. – № 11. – С. 6–10.

84. Поздеева, С.И. Наставничество как деятельностное сопровождение молодого специалиста: модели и типы наставничества / С.И. Поздеева // Научно-педагогическое обозрение.- 2017.- № 2 (16).- С. 87-91.

85. Попов, В.В. Профессиональное выгорание в массовых профессиях - постановка проблемы / В.В. Попов // Вестник Университета Российской академии образования. - 2015. - № 5. - С. 82-89.

86. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре); утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. – М.: ФГБУ ЦМиКЭЭ, 2015. – 81с.

87. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике); Утв. ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. – М.: ФГБУ ЦМиКЭЭ, 2017. – 130 с.

88. Приказ Минздрава России от 21.11.2017 №926 «Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации до 2021 года».

89. Приказ Минздрава России от 21.12.2018 №989н «О внесении изменений в сроки и этапы аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое и иное образование и подлежащих аккредитации специалистов, утверждённые приказом Минздрава России от 22.12.2017 №1043н».

90. Приказ Минздрава России от 31.12.2013 №1159н «Об утверждении порядка ведения персонифицированного учета при осуществлении медицинской деятельности лиц, участвующих в оказании медицинских услуг».

91. Приказ Минздрава РФ от 07.06.2019 №381н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности».

92. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 июня 2016 г. № 334н "Об утверждении положения об аккредитации специалистов"

93. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 31 июля 2020 г. № 785н "Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности".

94. Протасова, Л.М. Применение показателей удовлетворенности граждан для оценки результативности внедрения стандарта организации медицинской помощи, оказываемой в амбулаторных условиях / Л.М. Протасова, О.С. Кобякова, И.А. Деев и др. // Социальные аспекты здоровья населения. - 2022. - Т. 68, № 1.- 4 с.

95. Расторгуева, Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении / Т.И. Расторгуева: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. М., 2009. - 48 с.

96. Ресурсы и деятельность медицинских организаций

здравоохранения. I Часть. Медицинские кадры // Сб. Департамента мониторинга, анализа и стратегического развития здравоохранения, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения». – М. – 2022. – 283 с.

97. Решетников, А.В. Российские врачи об изменениях в системе отечественного здравоохранения и обязательного медицинского страхования / А.В. Решетников, Н.Н. Стадченко, К.Э. Соболев, А.А. Казакова // Социология медицины. – 2015. – Т. 14, № 2. – С. 3-9.

98. Ромодановский, П.О. Разработка анкет - опросников (врачей и пациентов) с целью создания алгоритма оценки профессиональных ошибок в оториноларингологической практике / П.О. Ромодановский, В.М. Фролов, М.С. Горюнов // Медицинская экспертиза и право. - 2014. - № 3. - С. 40-43.

99. Руголь, Л.В. Влияние кадрового обеспечения первичной медико-санитарной помощи на эффективность ее деятельности / Л. В. Руголь, И. М. Сон, Л. И. Меньшикова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – Т. 66, № 3. – С. 10.

100. Руголь, Л.В. Проблемы кадровой обеспеченности в аспекте доступности и качества первичной медико-санитарной помощи / Л. В. Руголь, И.М. Сон, А.В. Гажева и др. // Профилактическая медицина. – 2019. – Т. 22, № 1. – С. 49-56.

101. Рыбина, А.С. Анализ факторов эмоционального выгорания у врачей-онкологов на фоне пандемии нового коронавируса COVID-19 (обзор литературы) / А.С. Рыбина, Е.В. Бурделова, Д.М. Иващенко // Медицина и организация здравоохранения. - 2022. Т. – 7, № 1. - С. 93-103.

102. Сандаков, Я.П. Знание порядков оказания медицинской помощи организаторами здравоохранения. Повышение осведомленности медицинских работников о вопросах обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности: использование социологического опроса / Я.П. Сандаков, В.В. Кочубей, О.А. Евдошенко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2019. - № 4. - URL:

<https://cyberleninka.ru/article/n/znanie-poryadkov-okazaniya-meditsinskoy-pomoschi-organizatorami-zdravooohraneniya>

103. Севостьянова, О.Ю. Связь профессионального выгорания и готовности врачей к работе в условиях цифровизации первичного звена здравоохранения / О.Ю. Севостьянова // В сб.: Психология и медицина: пути поиска оптимального взаимодействия. Сборник материалов VII Всероссийской конференции студентов и молодых ученых с международным участием. - 2020. - С. 147-156.

104. Сериков, В.В. Исследование особенностей трудовой деятельности врача - специалиста по военно-врачебной экспертизе / В.В. Сериков, А.В. Дацко, С.В. Корякин // Военно-медицинский журнал. - 2021. - Т. 342, № 10. - С. 48-54.

105. Сиденков, М.К. Гетерогенность мотивационных профилей лиц, занимающихся профессиональной деятельностью, и лиц, получающих профессиональное медицинское образование / М.К. Сиденков, В.В. Литвиненко, А.П. Сиденкова // Вестник Уральского государственного медицинского университета. - 2021. – Т. 54, № 3. - С. 33-35.

106. Симакин, М.А. Компоненты и виды приверженности персонала организации / М.А. Симакин, Н.Ф. Сухорукова // Вестник науки и образования. - 2020. - № 1–2. - С. 57–61.

107. Симонян, Р.З. О совершенствовании подготовки врачей по медицинскому праву. Правовая грамотность как средство защиты профессиональной деятельности врача / Р.З. Симонян // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. - 2016. - № 5-1. - С. 136-138.

108. Сучкова Т.Е. К вопросу об административно-правовом характере профессиональной деятельности врача / Т.Е. Сучкова, А.В. Сучков // Вестник Вятского государственного гуманитарного университета. - 2015. - № 10. - С. 109-115.

109. Сучкова, Т.Е. К вопросу об административно-правовой природе

врачебной деятельности / Т.Е. Сучкова // В сб.: Глобализация и публичное право. материалы III Международной научно-практической конференции. Российский университет дружбы народов. - 2015. - С. 229-236.

110. Сучкова, Т.Е. Некоторые аспекты становления законодательства, регулирующего врачебную деятельность, в России / Т.Е. Сучкова, А.В. Сучков // В сб.: Общество. Наука. Инновации (НПК-2017). сборник статей. Всероссийская ежегодная научно-практическая конференция. Вятский государственный университет. - 2017. - С. 6066-6075.

111. Сучкова, Т.Е. О необходимости оптимизации государственного контроля (надзора) в сфере профессиональной деятельности врача по оказанию медицинской помощи / Т.Е. Сучкова // Законность и правопорядок. - 2019. – Т. 23, № 3. - С. 56-60.

112. Сучкова, Т.Е. Об административной ответственности в сфере профессиональной деятельности врачей / Т.Е. Сучкова, Е.А. Порсюрор // Медицинское право. - 2018. - № 4. - С. 24-27.

113. Термины и определения WorldSkills Russia // Региональный чемпионат WSR-2015. – URL: brit03.ru/WorldSkills/glossary.pdf.

114. Титова, В.В. Психическое здоровье и эмоциональное выгорание врачей в период пандемии COVID-19 / В.В. Титова // Детская медицина Северо-Запада. - 2020. - Т. 8, № 1. - С. 330.

115. Ткаченко, Г.А. Анализ проблемы эмоционального выгорания в педагогической и врачебной деятельности / Г.А. Ткаченко, Ю.В. Сорокопуд, В.А. Яковлев // Мир науки, культуры, образования. - 2016. – Т. 56, № 1. - С. 245-246.

116. Толмачев, Д.А. Анализ деятельности врачей службы функциональной диагностики / Д.А. Толмачев // Уральский медицинский журнал. - 2018. - Т. 162, № 7. - С. 172-176.

117. Трифонов, Г.С. Основные понятия и содержание ведомственного контроля качества медицинской помощи / Г.С. Трифонов // Вопросы экспертизы и качества медицинской помощи. – 2015. - № 4. – С. 8-15.

118. Трифонова, Н.Ю. Принципы управления качеством медицинской помощи / Н.Ю. Трифонова, Н.Ф. Плаунов, Ю.П. Бойко, И.Г. Галь // Здравоохранение Российской Федерации. – 2015. Т. 59, № 2. – С. 4-7.

119. Трудовой кодекс Российской Федерации. Раздел IX. Квалификаций работников, профессиональный стандарт, подготовка и дополнительное профессиональное образование работников (в ред. Федерального закона от 02.05.2015 г. № 122-ФЗ). – URL: <https://base.garant.ru/12125268/dbddb101044a4418ba9fcf35194e29d2>.

120. Трусова, Л.Н. Правовая грамотность - защита профессиональной деятельности врача / Л.Н. Трусова, В.Н. Рассказова // Медицинское право. - 2014. - № 2. - С. 25-28.

121. Трущелёв, С.А. Формирование новых компетенций в области информационных технологий у специалистов медицинской науки / С.А. Трущелёв, В.Н. Краснов, В.Г. Кудрина // Психическое здоровье. - 2017. - Т. 15, № 5 (132). - С. 63-68.

122. Турчина, Ж.Е. Формирование коммуникативной компетентности будущих врачей и обучающихся института последипломного образования медицинского университета / Ж.Е. Турчина, О.Я. Шарова, Т.К. Турчина, О.В. Нор // Современные проблемы науки и образования. - 2016. - № 5. - С. 166.

123. Указ Президента РФ «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» от 06.06.2019 г. № 254 // Собрание законодательства Российской Федерации. – 2019. – 10 июня. – № 23. – С. 2927.

124. Умнов, С.В. Современные подходы к формированию высокой приверженности персонала медицинской организации / С.В. Умнов, Е.А. Берсенева, В.Г. Кудрина и др. // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2022. - № 1-2. - С. 42-49.

125. Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. (ред. 17.06.2019 г.) № 323. – URL: <https://www.garant.ru/products/>

ipo/prime/doc/70191362.

126. Хайруллин, И.И. Корпоративная модель компетенций в деятельности медицинской организации как фактор повышения ее качества / И.И. Хайруллин, А.В. Камашева, В.В. Жаворонков // Менеджмент в здравоохранении. - 2019. - № 3. - С. 6-12.

127. Хайруллин, И.И. Система коммуникации в крупной медицинской организации как фактор повышения ее эффективности / И.И. Хайруллин, В.В. Жаворонков, Г.Р. Маннанова // Менеджер здравоохранения. - 2017. - № 6. - С. 22-29.

128. Хорошко, В.О. Отражение смысловых кодов в принятии врачебных решений / В.О. Хорошко // Вестник Луганского государственного университета имени Владимира Даля. - 2022. – Т. 58, № 4. - С. 256-260.

129. Царева, О.В. Некоторые результаты социологического опроса врачей-терапевтов Московской области / О.В. Царева // Бюллетень ННИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2016. - № 1, часть 2. – С. 163-166.

130. Цыпленкова, Л.П. Изучение составляющих социального статуса врача в системе медико-социологического мониторинга / Л.П. Цыпленкова, И.В. Слюсарь, К.В. Шуть // Социология медицины. – 2012. - № 2. - С. 32- 34.

131. Черкасов, С.Н. Удовлетворенность врачей государственных медицинских учреждений / С.Н. Черкасов, А.Ю. Костикова // Международный научно-исследовательский журнал. - 2017. - № 4–3. - С. 198–200.

132. Черкасов, С.Н. Удовлетворенность медицинских сестер государственных медицинских учреждений / С.Н. Черкасов, А.Ю. Костикова, Н.А. Близнюк // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2018. - № 2. - С. 67–70.

133. Чирикова, А.Е. О мотивации российских врачей: мифы и реалии / А.Е. Чирикова // Интеракция. Интервью. Интерпретация. - 2019. - Т. 11, № 20. - С. 54-76.

134. Шукуров, М.Р. Возрастно-половые особенности мотивации врачей к трудовой деятельности / М.Р. Шукуров, О.Е. Коновалов, О.С. Саурина // Проблемы стандартизации в здравоохранении. - 2023. - № 7-8. – С. 39-46.
135. Шукуров, М.Р. Корпоративная культура в государственных и частных медицинских организациях / М.Р. Шукуров, О.Е. Коновалов, О.С. Саурина, А.М. Орлова // Наука молодых (Eruditio Juvenium). - 2024. – № 1. – С. 67-75.
136. Шукуров, М.Р. Оценка врачами различных специальностей условий профессиональной деятельности / М.Р. Шукуров, О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023.- Т. 31, № 5. – С. 960-964.
137. Шукуров, М.Р. Удовлетворенность работой врачей терапевтического и хирургического профиля государственных и частных медицинских организаций / М.Р. Шукуров, О.Е. Коновалов, А.В. Шулаев // Вестник современной клинической медицины. – 2023. – Т. 16, вып. 4. – С. 124-131.
138. Ярашев, З.М. Изучение преступлений в сфере медицинского обслуживания населения как одно из основных направлений деятельности правоохранительных структур / З.М. Ярашев // Юридический вестник. - 2021. - № 2 (6). - С. 87-90.
139. Яроцкий, С.Ю. Естественные стили лидерства заведующих отделениями / С.Ю. Яроцкий, А.С. Казаков, В.В. Кочубей, А.В. Кочубей // Проблемы стандартизации в здравоохранении.- 2022.- № 9-10.- С. 49-57.
140. Яроцкий, С.Ю. Типы поведения в конфликте заведующих отделениями / С.Ю. Яроцкий, В.В. Кочубей, А.В. Кочубей // Госпитальная медицина: наука и практика.- 2022.- Т. 5, № 3.- С. 68-74.
141. Aiken, L.H. Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States / L.H. Aiken // Br. Med. J. – 2012. - Vol. 344. – P. e1717.

142. Alazzam, M.B. Characteristics, Medical Performance, and Healthcare Quality at Jordan's Health Centers / M.B. Alazzam, H. Al Khatib, W.T. Mohammad, F. Alassery // J Healthc Eng. - 2021 Nov 26. – Vol. 2021. – P. 5887911.
143. Albano, D. The Medical Information Scientific Process: Define, Research, Evaluate, Synthesize, and Share (DRESS) / D. Albano, F. Pragma, R. Rai et al. // TherInnovRegul Sci. - 2022 May. - Vol. 56(3). – P. 405-414.
144. Borovich, A. The effect of stillbirth and late termination of pregnancy on the emergence of post-traumatic symptoms among attending medical personnel / A. Borovich, J.E. Handelzalts, S. Levy et al. // J ObstetGynaecol. - 2022 Aug. - Vol. 42(6). – P. 1841-1846.
145. Burch, S.R. Stress Test / S.R. Burch // Health PromotPract. - 2022 Jul. - Vol. 23(4). – P. 545-546.
146. Carvalho, I.P. Clinical Communication in Rehabilitation / I.P. Carvalho, A.R. Dores // Int J Environ Res Public Health. - 2022 Jun 14. - Vol. 19(12). – P. 7268.
147. Chen, C. The relations between mental well-being and burnout in medical staff during the COVID-19 pandemic: A network analysis / C. Chen, F. Li, C. Liu et al. // Front Public Health. - 2022 Aug 10. - Vol. 10. – P. 919692.
148. Chen, T.Y. Medical leadership: An important and required competency for medical students / T.Y. Chen // Ci Ji Yi Xue Za Zhi. - 2018. - Vol. 30, №. 2. - P. 66–70.
149. Cohen, A.F. Workload, well-being and career satisfaction among French internal medicine physicians and residents in 2018 / A.F. Cohen, R. Lhote, O. Steichen et al. // Postgrad. Med. J. - 2020. - Vol. 96, № 1131. - P. 21–27.
150. Costa, D.K. Differences between nurse- and physician-assessed ICU characteristics using a standardized survey / D.K. Costa, C.C. Kuza, J.M. Kahn // Int. J. Qual. Hlth Care. - 2015. - Vol. 27(5). – P. 344—348.
151. Della Monica, A. The impact of Covid-19 healthcare emergency on the psychological well-being of health professionals: a review of literature / A. Della Monica, P. Ferrara, F. Dal Mas et al. // Ann Ig. - 2022 Jan-Feb. - Vol. 34(1). – P.

27-44.

152. Dutheil, F. Burnout in French General Practitioners: A Nationwide Prospective Study / F. Dutheil, L.M. Parreira, J. Eismann et al. // *Int J Environ Res Public Health*. - 2021 Nov 16. - Vol. 18(22). – P. 12044.

153. Edú-Valsania, S. Burnout: A Review of Theory and Measurement / S. Edú-Valsania, A. Laguía, J.A. Moriano // *Int J Environ Res Public Health*. - 2022 Feb 4. - Vol. 19(3). – P. 1780.

154. Edward, J.S. Medical-Legal Partnerships Facilitate Patient-Provider Cost of Care Conversations: A Multisite Qualitative Study in the U.S. / J.S. Edward, K.D. Northrip, A. Welker, J.F. Costich // *Clin Nurs Res*. - 2022 Nov. - Vol. 31(8). – P. 1500-1509.

155. Ewen, L. Medical Workflow Design and Planning Using Node-RED Data Fusion / L. Ewen, S. Mohammed, A. Kim // *Stud Health Technol Inform*. - 2022 Jun 6. - Vol. 290. – P. 577-581.

156. García-Batista, Z.E. COVID-19 pandemic and health worker stress: The mediating effect of emotional regulation / Z.E. García-Batista, K. Guerra-Peña, V. Nouri Kandany et al. // *PLoS One*. - 2021 Nov 24. - Vol. 16(11). – P. e0259013.

157. García-Reyna, B. Anxiety and COVID-19: Coronavirus Anxiety Scale scores in medical and non-medical personnel in urban hospitals in Guadalajara. A cross-sectional survey study / B. García-Reyna, G.D. Castillo-García, F.J. Barbosa-Camacho et al. // *Death Stud*. - 2022. - Vol. 46(3). – P. 581-589.

158. Giess, C.S. Self-reported Burnout: Comparison of Radiologists to Nonradiologist Peers at a Large Academic Medical Center / C.S. Giess, I.K. Ip, A. Gupte et al. // *AcadRadiol*. - 2022 Feb. - Vol. 29(2). – P. 277-283.

159. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030/WHO/64 pages/Reference number: ISBN:978 92 4 151113 1/Copyright: CC BY-NC-SA 3.0 IGO

160. Harding, S.E. Experiences and opinions of multi-professional non-medical oncology prescribers on post-qualification training: a qualitative study / S.E. Harding, C.A. Langley, A. Borley et al. // *Int J Clin Pharm*. - 2022 Jun. - Vol. 44(3).

– P. 698-708.

161. Harrison, R. Patient complaints about hospital services: applying a complaint taxonomy to analyse and respond to complaints / R. Harrison, M. Walton // *Int. J. Qual. Hlth Care.* - 2016. - Vol. 28(2). P. 240-245.

162. Hernandez-Sanchez, S. Twelve tips to make successful medical infographics / S. Hernandez-Sanchez, V. Moreno-Perez, J. Garcia-Campos et al. // *Med Teach.* - 2021 Dec. - Vol. 43(12). – P. 1353-1359.

163. Hjalmarsson, A. A matter of participation? A critical incident study of municipal care personnel in situations involving care-dependent older persons and emergency medical services / A. Hjalmarsson, G. Östlund, M. Asp et al. // *Int J Qual Stud Health Well-being.* - 2022 Dec. - Vol. 17(1). P. 2082062.

164. Hodkinson, A. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis / A. Hodkinson, A. Zhou, J. Johnson et al. // *BMJ.* - 2022 Sep 14. - Vol. 378. – P. e070442.

165. Jalilianhasanpour, R. Creating joy in the workplace / R. Jalilianhasanpour, S. Asadollahi, D.M. Yousem // *Eur J Radiol.* - 2021 Dec. - Vol. 145. – P. 110019.

166. Jaradat, Y.M. Shift work, mental distress and job satisfaction among Palestinian nurses / Y.M. Jaradat, M.B. Nielsen, P. Kristensen et al. // *Occup. Med.* - 2017. - Vol. 67, №. 1. - P. 71–74.

167. Jia, H. Analysis of factors affecting medical personnel seeking employment at primary health care institutions: developing human resources for primary health care / H. Jia, X. Yu, H. Jiang et al. // *Int J Equity Health.* - 2022 Mar 17. - Vol. 21(1). – P. 37.

168. Jia, H. Factors Influencing Medical Personnel to Work in Primary Health Care Institutions: An Extended Theory of Planned Behavior / H. Jia, J. Yu, T. Feng et al. // *Int J Environ Res Public Health.* - 2022 Feb 27. - Vol. 19(5). – P. 2785.

169. Kang, L. Impact on mental health and perceptions of psychological care

among medical and nursing staff in Wuhan during the 2019 novel coronavirus disease outbreak: A cross-sectional study / L. Kang, S. Ma, M. Chen et al. // *Brain, Behavior, and Immunity*. - 2020.

170. Kelly, D. The critical care nurse work environment and nurse-reported healthcare associated infections / D. Kelly, A. Kutney-Lee, E.T. Lake, L.H. Aiken // *Am. J. Crit. Care*. - 2013. - Vol. 22. – P. 482-488.

171. Khammissa, R.A.G. Burnout phenomenon: neurophysiological factors, clinical features, and aspects of management / R.A.G. Khammissa, S. Nemutandani, G. Feller et al. // *J Int Med Res*. - 2022 Sep. - Vol. 50(9). – P. 3000605221106428.

172. Kisely, S. Occurrence, prevention, and management of the psychological effects of emerging virus outbreaks on healthcare workers: rapid review and meta-analysis / S. Kisely, N. Warren, L. McMahon et al. // *BMJ*. - 2020.

173. Knitza, J. Digital diagnostic support in rheumatology / J. Knitza, M. Krusche, J. Leipe // *Z Rheumatol*. - 2021 Dec. - Vol. 80(10). – P. 909-913.

174. Krotov, I.A. A survey on working environment, performance and satisfaction among pediatric sonographers in Russia: findings and discussion / I.A. Krotov, O.E. Konovalov, R.N. Terletsкая, et al. // *Archiv EuroMedica*. - 2021.- T. 11.- № 3.- C. 5-8.

175. Kuosmanen, L. Patient participation in shared decision-making in palliative care - an integrative review / L. Kuosmanen, M. Hupli, S. Ahtiluoto, E. Haavisto // *J Clin Nurs*. - 2021 Dec. - Vol. 30(23-24). – P. 3415-3428.

176. Lai, J. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019 / J. Lai, S. Ma, Y. Wang et al. // *JAMA Network Open*. - 2020. – P. 3976.

177. Lasater, K.B. Nurse staffing and the work environment linked to readmissions among older adults following elective total hip and knee replacement / K.B. Lasater, M.D. Mchugh // *Int. J. Qual. Hlth Care*. - 2016. - Vol. 28(2). – P. 253-258.

178. Li, C. Electronic medical record-related burnout in healthcare providers: a scoping review of outcomes and interventions / C. Li, C. Parpia, A.

Sriharan, D.T. Keefe // BMJ Open. - 2022 Aug 19. - Vol. 12(8). – P. e060865.

179. Li, J. The effect of medical staff's professional identity on psychological stress during public health emergencies: The role of intolerance of uncertainty and adversity appraisal / J. Li, W. Zheng, L. Liu, S. Li // Acta Psychol (Amst). - 2022 Jul. - Vol. 227. – P. 103605.

180. Lou, N.M. Nurses' and Physicians' Distress, Burnout, and Coping Strategies During COVID-19: Stress and Impact on Perceived Performance and Intentions to Quit / N.M. Lou, T. Montreuil, L.S. Feldman et al. // J Contin Educ Health Prof. - 2022 Jan 1. - Vol. 42(1). – P. e44-e52.

181. Magwenya, R.H., Ross A.J. Continuing professional development in Eswatini: Factors affecting medical practitioners' participation / R.H. Magwenya, A.J. Ross // S Afr Fam Pract (2004). - 2021 Nov 25. - Vol. 63(1). – P. e1-e7.

182. Manoj, M.A. Violence against healthcare personnel in India: Covid-19 prompts stricter laws / M.A. Manoj, J.R. Padubidri, J. Saran et al. // Med Leg J. - 2021 Dec. - Vol. 89(4). – P. 260-263.

183. Maresca, G. Coping Strategies of Healthcare Professionals with Burnout Syndrome: A Systematic Review / G. Maresca, F. Corallo, G. Catanese et al. // Medicina (Kaunas). - 2022 Feb 21. - Vol. 58(2). – P. 327.

184. Mavrovounis, G. Watch Out for Burnout in COVID-19: A Greek Health Care Personnel Study / G. Mavrovounis, D. Mavrovouni, M. Mermiri et al. // Inquiry. - 2022 Jan-Dec. - Vol. 59. – P. 469580221097829.

185. McClafferty, H.H. Physician Health and Wellness / H.H. McClafferty, D.K. Hubbard, D. Foradori et al. // Pediatrics. - 2022 Nov 1. - Vol. 150(5). – P. e2022059665.

186. McKinley, T. Toward Useful Interventions for Burnout in Academic Medical Faculty: The Case for Unit-Specific Approaches / T. McKinley // J Contin Educ Health Prof. - 2022 Jan 1. - Vol. 42(1). – P. e69-e74.

187. Medeiros, K.S. Prevalence of Burnout Syndrome and other psychiatric disorders among health professionals during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis protocol / K.S. Medeiros, L.M. Ferreira de Paiva, L.T.A.

Macêdo et al. // PLoS One. - 2021 Dec 2. – P. 16(12):e0260410.

188. Nunes, E. Quality of the leader-member relationship and the organizational commitment of nurses / E. Nunes, M. Gaspar // Rev. Esc. Enferm. USP. - 2017. - № 51. - P. e03263.

189. Pallok, K.N. Should Clinicians Be Activists? / K.N. Pallok, D.A. Ansell // AMA J Ethics. - 2022 Apr 1. - Vol. 24(4). P. E254-260.

190. Park, E.Y. Meta-Analysis of Factors Associated with Occupational Therapist Burnout / E.Y. Park // Occup Ther Int. - 2021 Dec 14. - Vol. 2021. – P. 1226841.

191. Petrie, K. 'The hardest job I've ever done': a qualitative exploration of the factors affecting junior doctors' mental health and well-being during medical training in Australia / K. Petrie, M. Deady, D. Lupton et al. // BMC Health Serv Res. - 2021 Dec 14. - Vol. 21(1). – P. 1342.

192. Raber, H. Burnout, professional fulfillment, sleep impairment, and self-compassion within an academic medical center pharmacy department / H. Raber, A. May, B. Tingey et al. // Am J Health Syst Pharm. - 2022 Sep 7. - Vol. 79(18). – P. 1551-1561.

193. Ranson, M.K. Priorities for research into human resources for health in low- and middle-income countries / M.K. Ranson, M. Chopra, S. Atkins et al. // Bull. World Health Organ. - 2010. - Vol. 88, № 6. - P. 435–443.

194. Renkiewicz, G.K. Secondary Traumatic Stress in Emergency Services Systems Project: Quantifying the Effect of Personal Trauma Profiles on Lifetime Prevalence of Suicidality in Emergency Medical Services Personnel / G.K. Renkiewicz, M.W. Hubble // Air Med J. - 2022 Sep-Oct. - Vol. 41(5). – P. 463-472.

195. Riisgaard, H. Work motivation, task delegation and job satisfaction of general practice staff: a cross-sectional study / H. Riisgaard, J. Søndergaard, M. Munch et al. // Fam. Pract. - 2017. - Vol. 34, № 2. - P. 188–193.

196. Rozhdestvenskiy, V.I. Russian Physicians Burnout during the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Survey Study / V.I. Rozhdestvenskiy, V.V. Titova, I.A. Gorkovaya et al. // Clin Med Res. - 2022 Mar. - Vol. 20(1). – P. 23-33.

197. Rudolph, K. Ethical Considerations in Trauma-Informed Care / K. Rudolph // Psychiatr Clin North Am. - 2021 Dec. - Vol. 44(4). – P. 521-535.
198. Sariyar, M. Medical Informatics in a Tension Between Black-Box AI and Trust / M. Sariyar, J. Holm // Stud Health Technol Inform. - 2022 Jan 14. - Vol. 289. – P. 41-44.
199. Spencer, L.M. Competency assessment methods / L.M. Spencer // Human resources of management. Boston: MA, 2015. - 253 p.
200. Stokar, Y.N. Effects of end-of-life care on medical health professionals: A dialectical approach / Y.N. Stokar, R. Pat-Horenczyk // Palliat Support Care. - 2022 Feb. - Vol. 20(1). – P. 76-83.
201. Sullivan, V. Nursing Burnout and Its Impact on Health / V. Sullivan, V. Hughes, D.R. Wilson // Nurs Clin North Am. - 2022 Mar. - Vol. 57(1). – P. 153-169.
202. Sun, R. Identifying the risk features for occupational stress in medical workers: a cross-sectional study / R. Sun, C. Zhang, K. Lv, Y. Lan // Int Arch Occup Environ Health. - 2022 Mar. - Vol. 95(2). – P. 451-464.
203. Timofeev, D.A. The labor motivation in professional groups of medical organization / D.A. Timofeev, M.A. Tsvigailo, M.G. Eremina et al. // Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii i istor Med. - 2022 Jan. - Vol. 30(1). – P. 153-159.
204. Witczak-Błoszyk, K. Work-Related Suicide Exposure, Occupational Burnout, and Coping in Emergency Medical Services Personnel in Poland / K. Witczak-Błoszyk, K. Krysińska, K. Andriessen et al. // Int J Environ Res Public Health. - 2022 Jan 20. - Vol. 19(3). – P. 1156.
205. Wojtysiak, K. Work in stressful conditions in medical emergency system during the COVID-19 pandemic / K. Wojtysiak, H. Zielińska-Więczkowska // Med Pr. - 2022 Jun 20. . - Vol. 73(3). – P. 241-250.
206. Yeronakova, M. Staffing of the outpatient level in Tver (Russia) / M. Yeronakova, T. Sorokovikova, A. Morozov, et al. // Archiv EuroMedica.- 2022.- T. 12. № 4.- 4 p.

207. Yue, Z. Empathy and burnout in medical staff: mediating role of job satisfaction and job commitment / Z. Yue, Y. Qin, Y. Li et al. // BMC Public Health. - 2022 May 23. - Vol. 22(1). – P. 1033.

208. Zhang, M. Job satisfaction of urban community health workers after the 2009 healthcare reform in China: a systematic review / M. Zhang, R. Yang, W. Wang et al. // Int. J. Qual. Hlth Care. - 2014. - Vol. 26(4). – P. 283-292.

ПРИЛОЖЕНИЕ

Анкета для врачей

Уважаемый Коллега! Данный опрос проводится для изучения отношения медицинских работников к командной работе, лидерству, мотивации, организации труда, безопасности в медицинских учреждениях с целью последующей разработки мер по совершенствованию системы здравоохранения и защите прав врачей.

Пожалуйста, ответьте на предложенные вопросы. Можно использовать варианты предложенных ответов и/или написать свой ответ.

Данная анкета является анонимной

- 1) Ваш возраст ____ лет
- 2) Ваш пол?
 - a) женский
 - b) мужской
- 3) Место жительства
 - a) Город
 - b) Село
- 4) Укажите Вашу специальность после окончания медицинского ВУЗа _____
- 5) Меняли ли Вы специальность после окончания медицинского ВУЗа?
 - a) Да
 - b) Нет
- 6) Каковы причины смены специальности?
 - a) Материальные
 - b) Психологические
 - c) Другое (укажите) _____
 - d) Затрудняюсь ответить
- 7) Укажите Вашу специальность в настоящее время _____
- 8) Ваш общий врачебный стаж _____ лет
- 9) Ваш стаж по специальности _____ лет
- 10) Ваше место работы в настоящее время:
 - a) Стационар
 - b) Поликлиника
 - c) частная медицинская организация (стационарная)
 - d) частная медицинская организация (амбулаторная)
 - e) Другое (укажите) _____
- 11) Работаете ли Вы по совместительству?
 - a) Да
 - b) Нет
- 12) Имеете ли Вы сертификат специалиста?
 - a) Да
 - b) Нет
- 13) Имеете ли Вы квалификационную категорию?
 - a) Да, 1 категория
 - b) Да, 2 категория
 - c) Да, высшая категория
 - d) Нет

14) Имеете ли Вы ученую степень?

- a) Да, кандидат наук
- b) Да, доктор наук
- c) Нет

15) Удовлетворены ли Вы своей работой?

- a) Да
- b) Скорее да, чем нет
- c) Скорее нет, чем да
- d) Нет
- e) Затрудняюсь ответить

16) Укажите причины неудовлетворённости своей работой?

- a) Размер заработка
- b) Режим работы
- c) Разнообразие работы
- d) Самостоятельность в работе
- e) Необходимость решения новых проблем
- f) Соответствие работы личным способностям
- g) Возможность должностного продвижения
- h) Уровень организации труда
- i) Оснащённость
- j) Отношение с коллегами
- k) Отношение с непосредственным руководителем
- l) Отношение к Вам пациентов

Другое (укажите) _____

17) Безопасно ли организован Ваш труд при выполнении повседневных обязанностей?

- a) Да
- b) Скорее да, чем нет
- c) Скорее нет, чем да
- d) Нет
- e) Затрудняюсь ответить

18) В чем выражается нарушение безопасности Вашего труда?

- a) Ответственность за человеческие жизни
- b) Возможный контакт с патогенными средами
- c) Работа с сильнодействующими препаратами
- d) Воздействие физических факторов
- e) Тяжесть трудового процесса
- f) Напряженность трудового процесса
- g) Другое (укажите) _____

19) Защищены ли Ваши права?

- a) Да
- b) Скорее да, чем нет
- c) Скорее нет, чем да
- d) Нет
- e) Затрудняюсь ответить

20) В чем выражается нарушение Ваших прав?

- a) Отсутствие достойных условий труда
- b) Невозможность повышения профессиональной квалификации и профпереподготовки за счёт организации

- c) Невозможность прохождения аттестации для получения квалификационной категории, а также на дифференциацию оплаты труда по ее результатам
 - d) Отсутствие стимулирования труда в соответствии с уровнем квалификации, со спецификой и сложностью работы, с объемом и качеством труда, а также конкретными результатами деятельности
 - e) Отсутствие возможности создания профессиональных некоммерческих организаций
 - f) Отсутствие возможности страхования риска своей профессиональной ответственности
- 21) Наблюдали ли Вы у себя синдром эмоционального выгорания?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить
- 22) В чем проявлялся у Вас синдром эмоционального выгорания?
- a) Истощение
 - b) Усталость
 - c) Утомление
 - d) Нервно-психическое напряжение
 - e) Снижение мотивации к деятельности
 - f) Сложности в выражении эмоций
 - g) Трудности в межличностных отношениях
 - h) Соматические и вегетативные реакции.
- 23) Ваша оценка собственного здоровья:
- a) Хорошее
 - b) Скорее хорошее, чем плохое
 - c) Скорее плохое, чем хорошее
 - d) плохое
- 24) Что может помочь эффективнее всего при возникновении синдрома эмоционального выгорания или не допустить появления данного синдрома ?
- a) Беседы с психологом
 - b) Комната отдыха и разгрузки
 - c) Специализированная литература
 - d) Другое (укажите) _____
- 25) Часто ли Ваша работа сопряжена со стрессами?
- a) да
 - b) скорее «да», чем «нет»
 - c) скорее «нет», чем «да»
 - d) нет
- 26) Негативные последствия усталости и стресса больше связаны (*отметьте один или несколько из самых важных на Ваш взгляд*)?
- a) Стаж работы
 - b) уровень компетентности (знания и навыки)
 - c) личные качества характера
 - d) пол (мужчина или женщина)
 - e) уровень мотивации/зарплаты
 - f) семейное положение
 - g) возраст
 - h) специализация врача (терапевт, хирург, педиатр и т. д.)
 - i) уровень образования (бакалавр, ординатура, аспирантура и т. д.)

- j) другое (укажите) _____
- 27) Необходимо ли организовывать образовательные мероприятия по стрессоустойчивости медицинского работника в виде тренингов и семинаров?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить.
- 28) Какую роль играет командная работа в достижении эффективности и качества оказания медицинской помощи?
- a) Повышает
 - b) Снижает
 - c) Никак не влияет
- 29) Приходилось ли Вам принимать участие в командной работе врачей?
- a) Да
 - b) Нет
- 30) Если обнаружена ошибка при выполнении обязанностей на работе (не только врачебная ошибка), что из перечисленного характерно для организации, где Вы работаете?
- a) нарекание со стороны руководства
 - b) коллективное обсуждение
 - c) обсуждение со старшими коллегами
 - d) критика со стороны коллег
 - e) налажена система управления ошибками
 - f) другое (укажите) _____
- 31) Как бы Вы в большей степени охарактеризовали Вашего руководителя?
- a) Лидер
 - b) Авторитарный начальник
 - c) Другое (укажите) _____
 - d) Затрудняюсь ответить
- 32) Как часто принимаются решение в Вашей работе коллективно?
- a) Часто
 - b) Редко
 - c) Затрудняюсь ответить
- 33) Легко ли отстоять свое мнение в Вашем коллективе, которое отличается от мнения других?
- a) да
 - b) скорее «да», чем «нет»
 - c) скорее «нет», чем «да»
 - d) нет
- 34) Укажите что имеет большее значение для лидерства в медицинском коллективе (не более 3-х ответов:
- a) Возраста
 - b) Пол
 - c) Стаж
 - d) Квалификации
 - e) Профессионализм
 - f) Уважение в коллективе
 - g) Способность самостоятельно принимать решения
 - h) Другое (укажите) _____

- 35) Необходимо ли организовывать специальные тренинги/семинары по развитию лидерских качеств медицинского работника?
- a) Да
 - b) Нет
- 36) Считаете ли Вы необходимым создание и работу с резервом руководящих кадров в здравоохранении?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить
- 37) Влияют ли на характер общения/профессиональной коммуникации с коллегами следующие различия?
- a) Должность
 - b) Возраст
 - c) Ученная степень/квалификация
 - d) Половые различия
 - e) Финансовое положение
 - f) Семейное положение
 - g) Национальность
 - h) Расовая принадлежность
 - i) Другое (укажите) _____
- 38) Оказывает ли негативное влияние на качество профессиональной коммуникации чрезвычайные ситуации (например пандемия КОВИД и другие критические ситуации)?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить
- 39) Оцените, пожалуйста, систему обмена информации – профессиональной коммуникации Вашей организации по десятибалльной шкале, где 1 — это плохо налажена, 5 – совершенная система?
- 1__ 2__ 3__ 4__ 5__
- 40) Считаете ли Вы необходимым развитие профессиональной мотивации нематериального характера?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить
- 41) Что является главным мотивационным фактором в настоящее время в Вашей работе?
- a) Финансовое вознаграждение
 - b) Профессиональное развитие
 - c) Признание на рабочем месте
 - d) Семейное благополучие
 - e) Карьерный рост
 - f) Социальное уважение
 - g) Другое (укажите) _____
- 42) Какие факторы действуют на Вашу трудовую активность?
- a) Материальное стимулирование
 - b) Моральное стимулирование
 - c) Меры административного воздействия

- d) Трудовой настрой коллектива
 - e) Общая социально-экономическая ситуация в стране
 - f) Боязнь потерять работу
 - g) Элементы состязательности
 - h) Другое (укажите) _____
- 43) Считаете ли Вы оплату труда достаточной, т. е. удовлетворяющей Вашим требованиям?
- a) Да
 - b) Скорее да, чем нет
 - c) Скорее нет, чем да
 - d) Нет
 - e) Затрудняюсь ответить
- 44) В чем Вы видите основную проблему (проблемы), мешающую наиболее эффективной, результативной работе Вашей организации?
- a) Некомпетентность руководства
 - b) Отсутствие самостоятельности в принятии решений
 - c) Низкий профессиональный уровень сотрудников
 - d) Узкая специализация
 - e) Недостаточный уровень безопасности рабочего места
 - f) Низкий уровень автоматизации
 - g) Однообразие в работе
 - h) Формальное отношение к функциональным обязанностям сотрудников
 - i) Соперничество
 - j) Недостаточное финансирование
 - k) Другое (укажите) _____
- 45) Что могло бы способствовать решению указанных Вами проблем?
- a) Кадровые перестановки
 - b) Аттестация руководства по вопросам менеджмента
 - c) Разработка эффективной системы оценки качества
 - d) Оплата по труду
 - e) Внимание к нуждам подчиненных
 - f) Повышение взаимной заинтересованности сотрудников в результатах выполняемой работы
 - g) Возможность обучаться смежным специальностям
 - h) Учеба, курсы повышения квалификации, участие в семинарах
 - i) Другое (укажите) _____
- 46) Как бы вы оценили состояние отношения между администрацией и работниками на вашей организации?
- a) Отношения полного взаимопонимания и сотрудничества
 - b) Отношения спокойные, без внутренней напряженности
 - c) Отношения напряженные, но не доходящие до открытого конфликта
 - d) Другое (укажите) _____
 - e) Затрудняюсь ответить
- 47) Необходимо ли учитывать при подготовке врача в ВУЗе или последипломном образовании темы по глобальным проблемам в области здравоохранения:
- a) изменение климата/глобальное потепление и здоровье: ДА____; НЕТ____;
 - b) концепция единое здоровье: ДА____; НЕТ____;
 - c) устойчивость здравоохранения в сложных чрезвычайных ситуациях (включая пандемия, техногенные катастрофы и др.): ДА____; НЕТ____;

- d) продовольственная безопасность и питание: ДА____; НЕТ____;
международное сотрудничество в области здравоохранения: политика и управление: ДА____;
НЕТ____;
- 48) Какими источниками информации Вы пользуетесь для получения знаний по глобальной проблематике в области здравоохранения (отметьте, пожалуйста, один или несколько ответов)?
- a) СМИ (включая телевидение, газеты и журналы)
 - b) профессиональные издания (газеты, журналы, включая онлайн)
 - c) социальные сети (VK, одноклассники, инстаграм, телеграмм и др.)
 - d) семинары, конференции
 - e) курсы повышения квалификации и послевузовского образования
 - f) не пользуюсь
- 49) Считаете ли Вы мотивационным фактором - расширение доступа к качественной информации и дополнительным источникам знаний (*например доступ к платным образовательным сайтам*)?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить
- 50) Важно ли для эффективного функционирования системы здравоохранения и деятельности врача международное и межгосударственное сотрудничество?
- a) Да
 - b) Нет
 - c) Затрудняюсь ответить

Благодарим за участие!