

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

На правах рукописи

МИЛЕХИН

Сергей Михайлович

**ПУТИ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОЦЕССОВ
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ**

14.02.03 – Общественное здоровье и здравоохранение

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук

Научный руководитель:

Дербенев Димитрий Павлович

доктор медицинских наук, профессор

Тверь

2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	4
ВВЕДЕНИЕ.....	5
ГЛАВА 1. СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	13
1.1. Правовые аспекты мотивации молодых врачей	14
1.2. Медико-социальные и психологические проблемы становления молодого врача.	18
1.3. Профессиональная социализация как универсальная характеристика процесса и результата профессионального становления молодого врача	24
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	31
ГЛАВА 3. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СООБЩЕСТВА МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ	43
3.1. Психологическая характеристика ценностных ориентаций и трудовой мотивации молодых врачей.	52
ГЛАВА 4. ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ И ЕЕ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ.	62
4.1. Уровни закреплённости молодых врачей в медицинской организации в связи с их полом и возрастом	62
4.2. Медико-социальная и психологическая обусловленность закреплённости молодых врачей в медицинской организации.....	63
4.3. Уровни приоритетной направленности личности молодых врачей на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач в связи с их полом и возрастом.....	78
4.4. Медико-социальная и психологическая детерминированность приоритетной направленности личности молодых врачей на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач.....	79
4.5. Уровни базовой компетентности и стремления к ее развитию среди молодых врачей в связи с их полом и возрастом.....	92

4.6. Медико-социальная и психологическая детерминированность базовой компетентности и стремления к ее развитию молодых врачей	94
ГЛАВА 5. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ КАК ОТРАЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ	103
5.1. Заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности в целом и в отдельных половозрастных группах.	103
5.2. Влияние характеристик профессиональной социализации на заболеваемость с временной утратой трудоспособности молодых врачей	107
ГЛАВА 6. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ.....	111
6.1. Основные принципы и направления деятельности по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей.....	112
6.2. Содержание и результаты организационного эксперимента по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей.....	121
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	130
ВЫВОДЫ.....	138
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	140
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	144
ПРИЛОЖЕНИЯ	168
Приложение А. Анкета работника медицинской организации	170
Приложение Б. Ориентационная анкета по определению направленности личности.....	182
Приложение В. Опросник по исследованию ценностных ориентаций.....	186
Приложение Г. Опросник по выявлению мотивационных предпочтений.....	187
Приложение Д. Акты внедрения.....	189

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГБУЗ – Государственное бюджетное учреждение здравоохранения

ВАК – Высшая Аттестационная Комиссия

ВОЗ – Всемирная Организация Здравоохранения

ВУЗ – высшее учебное заведение

ВУТ – временная утрата трудоспособности

ЗВУТ – заболевания с временной утратой трудоспособности

РФ – Российская Федерация

ТО – Тверская область

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года» необходимо ликвидировать кадровый дефицит медицинской отрасли в регионах, обеспечить медицинские организации квалифицированными кадрами, развивать систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий. Министерством здравоохранения РФ в соответствии с письмом от 9 апреля 2013 года №16-5/10/2-2540 признано, что кадры в здравоохранении - это интеллектуальный потенциал отрасли, требующий длительной и продуманной подготовки, постоянного профессионального развития каждой кадровой единицы.

Молодые врачи являются наименее социально защищенной группой российского общества (Стародубов В.И., Михайлова Ю.В., 2010). Должная профессиональная социализация молодых врачей определяет качество и доступность оказываемой медицинской помощи. Соответственно, наличие серьезных кадровых проблем оказывает прямое негативное воздействие на всю систему в целом.

Медицинский персонал относится к дорогостоящим ресурсам, требующим больших затрат на подготовку квалифицированных специалистов (Расторгуева Т.И., Щепин В.О., 2009; Стародубов В.И., Леонов С.А., 2010; Агранович Н.В., Ходжаян А.Б., 2013). Ценность врачебных кадров с накоплением

профессионализма и опыта увеличивается. С профессиональным ростом молодых кадров увеличивается их отток в другие регионы с более высокой заработной платой, и с лучшим социальным обеспечением (Александрова Д.Н., 2006; Чирикова А.Е. 2013; Вялкова Г.М., 2006г; Михайлова Ю.В., Магницкий В.А., Базарова И.Н., Обухова О.В., 2010). Низкий уровень заработной платы, сложности в получении жилья, отсутствие карьерного роста и перспектив профессионального совершенствования, заставляют специалистов уезжать из малых городов и сел в наиболее развитые регионы и страны (Дербенев Д.П., Эхте К.А. 2015., Гайдук С.В. 2016., Устинова Н.В., Баранов А.А., Шавалиев Р.Ф. 2014., Шипова В.М. 2019). Также проблема кадрового обеспечения здравоохранения усугубляется их старением, и отсутствием новых кадров, на смену вышедшим на пенсию. Особенно остро данная проблема стоит в большинстве регионов центрального и северо-западного федеральных округов. В Российском здравоохранении, при втором месте в мире по обеспеченности медицинскими кадрами, остро ощущается их относительный дефицит (Дерягин Г. Б., Кича Д. И., Коновалов О. Е., 2015). Относительный дефицит кадров – это наличие специалистов, не имеющих должный уровень профессиональной социализации, которая заключается в наличии закреплённости, приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию (Жданова М.Г., Латуха О.А., 2015). В итоге, молодое поколение врачей формально многочисленно, но не отвечает элементарным требованиям профессиональной социализации. Под профессиональной социализацией понимается совокупность изменений личностно-психологического и поведенческого плана, способствующих повышению адаптации профессионала к требованиям профессиональной среды.

Реальное состояние процессов профессиональной социализации молодых врачей сопряжено с рядом вопросов, которые требуют комплексного подхода, учитывающего профессиональные навыки, морально-психологические качества, стремление к профессиональному росту (Безюлева Г. В., 2005; Ragins Belle R.

Miller., 2000; Стародубов В.И., Короткова А.В., Шарапова Е.И., Галкин В.И., 2002). Очевидно, что активная и четко отвечающая интересам общества профессиональная социализация молодых врачей является одним из важнейших условий успешной работы системы здравоохранения (Чичерин Л.П., 2014). Мотивация к работе по профессии и по специальности, отношение к дальнейшему профессиональному совершенствованию являются основополагающими факторами для повышения эффективности использования кадров молодых врачей в здравоохранения, как на федеральном уровне, так и в региональной системе здравоохранения (Жильцова Е.Е., Коновалов О.Е., 2013).

Успешная профессиональная социализация общественно полезна, но чревата потенциальными личностными биопсихосоциальными издержками для ее носителей – молодых врачей (Расторгуева Т.И., Щепин В.О., 2009).

Из этих издержек наиболее лично и социально значимыми представляются происходящие под влиянием профессиональной социализации изменения в состоянии здоровья молодых врачей. Эти изменения являются ценой, платой за успех профессиональной социализации.

Показателями здоровья наиболее сильно взаимосвязанными с процессами профессиональной социализации являются показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности, которые являются зеркальным отражением здоровья. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности складывается из совокупности наиболее значимых, тяжелых заболеваний и травм, фиксируемых именно среди работающего населения, такого в частности как молодые врачи (Бакумов П.А., 2012; Говорин Н. В., Бодагова Е. А., 2013).

Таким образом, проблема профессиональной социализации молодых врачей, проблема источника и содержания ее мотивационно-ценностных аспектов, ее возможной успешности либо безуспешности, проявляющихся в изменениях состояния здоровья, в уровнях заболеваемости ее носителей, раскрыта в научной литературе лишь частично, а пути ее решения носят схематичный, неконкретный характер.

Разработанность темы. Несмотря на многочисленные исследования, процесс формирования профессиональной социализации молодых врачей не рассмотрен, как многокомпонентная структура, учитывающая исходный уровень и динамику: закреплённости (приверженности) к медицинской организации; приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач; наличия базовой профессиональной компетентности и стремления к ее развитию. Следовательно, разработка подходов к совершенствованию процессов профессиональной социализации, с учетом указанной выше комплексности является актуальной проблемой, что и определяет цель и задачи настоящего исследования.

Цель научного исследования: научно обосновать пути совершенствования профессиональной социализации молодых врачей.

Задачи исследования:

1. Определить мотивационные и ценностные ориентиры молодых врачей.
2. Изучить уровень и детерминированность профессиональной социализации молодых врачей.
3. Изучить заболеваемость с временной утратой трудоспособности как отражение влияния профессиональной социализации на здоровье молодых врачей.
4. Разработать рекомендации по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей.

Научная новизна исследования:

- выявлена необходимость анализа составляющих профессиональной социализации для совершенствования кадрового состава молодых врачей;
- установлено влияние профессиональной социализации на становление молодого врача как специалиста;
- проанализирована медико-социальная характеристика молодых врачей в связи с полом и возрастом;
- изучены ценностные ориентации и трудовая мотивация молодых врачей;

- определено понятие профессиональной социализации молодых врачей рассмотрено как комплекс их закреплённости (приверженности) к рабочему месту, приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, наличия базовой профессиональной компетентности и стремление к ее развитию;
- проанализированы состояние и обусловленность компонентов профессиональной социализации;
- изучено влияние профессиональной социализации на заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди молодых врачей;
- установлено, что уровни ЗВУТ молодых врачей являются достаточно точным отражением успешности профессиональной социализации;
- доказано влияние профессиональной социализации на формирование молодого врача;
- научно обоснованы пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей.

Теоретическая и практическая значимость. Результаты исследования могут быть использованы для обоснования комплекса мероприятий по построению системы профессиональной социализации врачей, направленной на формирование лояльности к профессиональным требованиям, приверженности к определенной организации, стремления к профессиональному развитию, высокой трудовой мотивации и профессионально ориентированных, просоциальных ценностей у молодых врачей, территориальными органами управления здравоохранением и медицинскими организациями на местах, их подразделениями и службами по работе с персоналом.

При формировании системы профессионального воспитания будущих врачей еще на этапе их обучения в организациях высшего медицинского образования необходимо принимать во внимание влияние причинно-следственных связей между медико-социальными и психологическими факторами и определяемой ими профессиональной социализацией.

Данные изменения не требуют больших финансовых и материально-технических затрат от системы здравоохранения, однако эффект воздействия данной программы на молодых врачей значительный. При условии введения органами управления здравоохранением и медицинскими организациями данного комплекса мер, молодые врачи будут более мотивированы к результативной работе, готовы чаще работать, в том числе на общественных началах, ориентированы на профессиональное развитие, получение самой актуальной информации в системе непрерывного медицинского образования.

Методы исследования. В исследовании использованы: медико-статистический, социологический и психодиагностический методы. Сбор информации, необходимый для выполнения исследования осуществлялся при помощи анкетирования и психодиагностического тестирования. Составной частью указанной учетной карты являлась разработанная нами анонимная анкета, которая предварительно была апробирована в рамках пробного исследования.

Основные положения, выносимые на защиту:

1. Закрепленность в медицинской организации, приоритетная направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, а также наличие базовой профессиональной компетентности и стремление к ее развитию характеризуются четкими половыми различиями и возрастной динамикой.
2. Основные компоненты профессиональной социализации отличаются своей детерминированностью: уровень закрепленности в медицинской организации определяется прежде всего, мотивационными факторами; уровень приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач определяется преимущественно факторами условий и образа жизни, а уровень базовой профессиональной компетентности и стремление к ее развитию определяется в основном мотивационными и ценностными факторами.

3. Уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности молодых врачей являются достаточно точным отражением успешности как профессиональной социализации в целом, так и ее составляющих.
4. Разработан комплекс прикладных мер, направленных на достижение в каждой профессиональной группе ее оптимального состояния.

Внедрение результатов работы. Материалы диссертации использованы и внедрены на базе государственных учреждений: Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Городская клиническая больница №7», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Ржевская ЦРБ», Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Тверской области «Областной родильный дом», деканат факультета дополнительного профессионального образования ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет МЗ РФ.

Уровень внедрения результатов диссертационного исследования – муниципальный, региональный и федеральный.

Степень обоснованности и достоверности научных положений, выводов и рекомендаций. Достоверность результатов исследования, выводов и положений, выносимых на защиту, основывается на достаточном объеме материала, использовании современных методов исследования, применения корректных методов статистической обработки данных, всестороннем анализе предмета исследования и принципиальном совпадении результатов анализа, полученных разными методами. Статистическая обработка данных производилась с помощью компьютерных программ «Статистический пакет для общественных наук» (SPSS) 14 версии и Statistica 6-й версии.

Апробация результатов исследования. Материалы диссертационного исследования доложены и обсуждены на Всероссийской конференции «Инновационные технологии диагностики, прогнозирования и коррекции состояния здоровья населения» (Тверь, 2018), на VI Всероссийской межвузовской научно-практической конференции молодых ученых с международным участием

«Молодежь и медицинская наука» (Тверь, 2018), на LXXX научно-практической конференции с международным участием «Актуальные вопросы экспериментальной и клинической медицины – 2019» (Санкт-Петербург, 2019), на 67-й Всероссийской научной конференции молодых учёных и студентов с международным участием (Махачкала, 2019), на VII Всероссийской научно-практической и образовательной конференции с международным участием «Медицинский дискурс: теория и практика» (Тверь, 2019), на 65-й Всероссийской межвузовской научной конференции с международным участием «Молодежь, наука, медицина» (Тверь, 2019).

Личный вклад соискателя. Автору принадлежит ведущая роль в планировании, организации и проведении исследований по всем разделам диссертации, постановке и разработке проблемы, обосновании методологии в обобщении и анализе результатов, формировании научных положений, выводов и практических рекомендаций. Вклад автора является определяющим и заключается в непосредственном участии на всех этапах исследования: от постановки задач, их экспериментальной, теоретической и практической реализации до обсуждения результатов в научных публикациях и докладах, а также их внедрения в практику.

Публикации. По материалам исследования опубликованы 11 научных работ, в том числе 3 статьи в рецензируемых журналах, включенных в перечень ВАК РФ. Получено свидетельство государственной регистрации на базу данных.

Объем и структура работы. Диссертация изложена на 168 страницах машинописного текста с приложением на 26 страницах машинописного текста. Состоит из введения, обзора литературы, главы с изложением программы и методов исследования, четырех глав, содержащих результаты собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций и указателя использованной литературы, включающего 202 источника, из них 51 на иностранных языках. Работа иллюстрирована 15 таблицами, 28 рисункам.

ГЛАВА 1

СОВРЕМЕННОЕ СОСТОЯНИЕ ПРОБЛЕМЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ И СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ В УСЛОВИЯХ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ОТЕЧЕСТВЕННОГО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

Одной из ведущих проблем отечественного здравоохранения является нарастающий кадровый дефицит в отношении молодых высокопрофессиональных врачебных кадров. Особенностью современной медицины является широкое внедрение инновационных технологий, а так же высокотехнологичных методик в клиническую работу врача обычной, не специализированной клиники [17, 19, 20, 28, 42, 91, 101, 102, 104, 125, 163, 172, 179].

В 2010 году Стародубов В.И., Леонов С.А., а также Щепин О.П. в 2009 году, в своих исследованиях отмечают, что одновременно с этим уровень подготовки специалистов не соответствует и заметно отстает от требований к знаниям и умениям врача, предъявляемых производителями новейшего оборудования.

Мировоззрение врача, его психологическое состояние, духовные ценности социально-экономические возможности врачебной семьи, устройство быта, личные интересы врачей различных специальностей, отношение к себе и своей роли в современном обществе, профессиональная и личностная самореализация [113].

По итогам обработки трудов большого количества современных исследователей, многие одной из главных причин кадрового дефицита называют такую, как несоразмерность заработной платы молодого специалиста в бюджетном лечебном учреждении уровню его квалификации и объему выполняемых работ [20, 45, 54, 75, 84, 91, 98, 102, 146, 182, 201].

В то же время, размер оплаты труда высококвалифицированных специалистов определяется не качеством их работы, а количеством выполненных манипуляций и объемом охваченных услугой пациентов, что в свою очередь негативно сказывается на качестве оказания медицинских услуг и ведет к потере не только молодых, но высококвалифицированных кадров разных возрастных групп и уровней квалификационной подготовки [102, 125, 140].

Острейший дефицит врачебных кадров, обусловлен постоянным оттоком молодых специалистов. Это объясняется географическим расположением региона между такими близлежащими городами как Москва и Санкт-Петербург. Все это привело к снижению уровня оказания медицинской помощи населению Тверской области, росту общей заболеваемости, увеличению распространенности социально значимых заболеваний. Увеличение показателей младенческой смертности за счет отдаленных районов Тверской области является ярким примером, вытекающим из данного состояния [46, 100, 112, 119].

1.1 Правовые аспекты мотивации молодых врачей

Министерством Здравоохранения Российской Федерации ведется постоянная работа по улучшению качества оказания медицинской помощи населению [40,113]. Вопросам насыщения кадрового дефицита уделяется

огромное значение, проводятся полномасштабные исследования, направленные на поиск путей решения кадровой проблемы здравоохранения на уровне городских и районных лечебных учреждений [45, 46].

Деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации определяется основными положениями Послания Президента Российской Федерации Федеральному Собранию Российской Федерации

1. Концепцией демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденной Указом Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. № 1351 с изменениями и дополнениями от 23 октября 2019 года №2498-р.[130].

2. Указом Президента России от 7 мая 2018 года №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [130]

Стратегией развития медицинской науки в Российской Федерации на период до 2025 года, прогнозом долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года, утвержденным Правительством Российской Федерации 23 марта 2013 г.;

Кадровые вопросы в области здравоохранения регламентируются следующими нормативными документами:

1. Федеральный закон Российской Федерации "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21 ноября 2011 г. №323-ФЗ
2. Паспорт национального проекта "Здравоохранение" (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24 декабря 2018 г. N 16)
3. Приказ «Об утверждении положения о департаменте медицинского образования и кадровой политики в здравоохранении Министерства здравоохранения Российской федерации» от 30 декабря 2016г. №1029

4. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 апреля 2009 г. № 210н "О номенклатуре специальностей специалистов с высшим и послевузовским медицинским и фармацевтическим образованием в сфере здравоохранения Российской Федерации"
5. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 22 декабря 2017 года №1043н «Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов»
6. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 23 июля 2010 г. № 541н "Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел "Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения"[132].
7. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 11 ноября 2013 г. № 837 "Об утверждении Положения о модели отработки основных принципов непрерывного медицинского образования для врачей-терапевтов участковых, врачей-педиатров участковых, врачей общей практики (семейных врачей) с участием общественных профессиональных организаций"[132].
8. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2012 г. № 982н "Об утверждении условий и порядка выдачи сертификата специалиста медицинским и фармацевтическим работникам, формы и технических требований сертификата специалиста"[110].
9. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 21 ноября 2017 года №926 «Об утверждении концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в российской федерации на период до 2021 года». [130]

Вышеупомянутые нормативные документы регламентируют различные аспекты и общую концепцию развития кадровой политики здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года, а именно систему непрерывного медицинского образования, аккредитацию специалистов, увеличение доли практической подготовки выпускников медицинских вузов, чем обеспечивается их готовность к самостоятельной профессиональной деятельности в первичном звене здравоохранения непосредственно после завершения обучения. Согласно данным приказам планируется развитие университетских клиник и клинических баз, активное внедрение новых образовательных технологий, симуляционных и тренинговых классов, экспериментальных операционных, виртуальных ситуационных программ и дистанционных интерактивных сессий, электронных информационных баз и библиотек, систем помощи молодому специалисту в принятии решений. Кроме того, ведется активная работа по внедрению системы менеджмента качества, основой которой является мониторинг процессов предоставления образовательными организациями образовательных услуг, ориентированный как на удовлетворение потребности медицинских и фармацевтических организаций в специалистах различного профиля и квалификации, так и на удовлетворение личностных потребностей обучающихся.

Непрерывность обучения диктуется увеличением на фармацевтическом рынке числа высокоэффективных лекарственных средств, появлением высокотехнологичных методов диагностики и лечения заболеваний, требующих высокой квалификации врачей, развитием информационно-коммуникационных технологий, позволяющих популяризировать дистанционные и электронные виды образования, осуществлять обмен опытом с коллегами и внедрение клинических рекомендаций непосредственно во время практической деятельности врачей, и может быть обеспечена в современных условиях персонализацией образовательной траектории, возможностью выбора обучающимися различных образовательных мероприятий, использованием электронного обучения, дистанционных и симуляционных технологий, стажировок, тьюторства.

Согласно национальному проекту «Здравоохранение» до 2024 года должен быть сокращен дефицит врачей в первичном звене, а именно квалифицированными специалистами будут укомплектованы 83% врачебных ставок и 91% ставок среднего медперсонала в первичном звене; не менее 560 тысяч медицинских работников различных специальностей должны регулярно повышать квалификацию в системе непрерывного медицинского образования, до конца 2020 года Минздрав России разработает не менее 4 тысяч образовательных модулей с учетом обновленных клинических рекомендаций.

В настоящее время органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере охраны здоровья активно продолжается реализация кадровых программ, направленных на повышение квалификации медицинских работников, подготовку медицинских кадров по наиболее дефицитным специальностям, поэтапное устранение дефицита медицинских кадров, повышение престижа медицинской профессии, а также меры по расширению социальной поддержки [91,98,104].

1.2 Медико-социальные и психологические проблемы становления молодого врача

Существующие подходы к изучению состояния врачебных кадров и поиску путей разрешения данного вопроса, а так же эффективного управления кадровым потенциалом здравоохранения можно объединить в пять ведущих направлений:

1. Исследования, изучающие условия труда и поиск путей совершенствования деятельности медицинского персонала за счет коррекции нормирования труда [12, 37, 48, 58, 76, 81, 94, 168].
2. Исследования, направленные на изучение состояния соматического здоровья медицинских работников, в зависимости от особенностей их профессиональной деятельности [1, 14, 75, 101, 105, 127, 150].
3. Исследования, направленные на изучение состояния психологического статуса медицинских работников, в зависимости от особенностей их

профессиональной деятельности [24, 31, 39, 64, 50, 65, 64, 69, 81, 72, 83, 86, 149].

4. Исследования, направленные на изучение эффективности уже существующих систем стимулирования рабочей деятельности медицинского персонала и поиск новых подходов к повышению качества и доступности медицинских услуг [71, 87, 96, 138, 159, 183].
5. Исследования, направленные на создание оптимальных критериев оценки эффективности деятельности медицинского учреждения и врача [15, 27, 49, 55, 62, 65, 98, 116, 142, 173].

Ведущие отечественные и зарубежные исследователи в области организации и управления здравоохранением сходятся во мнении о наличии двух ведущих проблем в сфере кадрового потенциала здравоохранений:

- 1) проблема поиска оптимальных форм закрепления специалиста на рабочем месте [16, 51, 56, 144, 148, 193, 198];
- 2) проблема нарушения профессиональной социализации специалиста и развитие профессионального выгорания [22, 57, 65, 79, 86, 111, 145, 176]

Наиболее часто исследования были посвящены изучению мотивационных установок врачебного персонала. Так, например, Полежаев К. Л. (2005) проводил исследование мотивации врачей многопрофильной больницы. Автор «предложил научное обоснование современных подходов к построению системы мотивации труда врачей и разработке организационно-методических принципов, методов и организационных форм ее развития на примере крупной многопрофильной больницы. В ходе проводимого исследования показано не только влияние внешних стимулов (роста финансирования, повышения заработной платы и т. д.), но и внутренних параметров жизни коллектива, его социально-гигиенических, социально-психологических особенностей.

Так как «проблема мотивации и социализации относятся к числу междисциплинарных, их решение требует сочетания различных методологий, применения разноплановых научных знаний, однако до настоящего времени мотивация и ее роль в управлении трактуется либо поверхностно, либо слишком

узко. Это обуславливает необходимость более глубокого синтеза, взаимопроникновения различных отраслей научного знания при исследовании усложняющихся процессов общего управления и его мотивационной функции, в частности» [132, 136].

Следует отметить, что разработка теоретических основ мотивации и стимулирования трудовой деятельности усложнена рядом обстоятельств. Для исследования мотивации и стимулирования трудовой деятельности необходим междисциплинарный подход [50, 55].

На данном этапе развития науки существует множество теорий мотивации [38,93,94] которые разделяются на два типа – содержательные и процессуальные. Содержательные теории или теории потребностей – анализируют базовые потребности человека, которые заставляют людей действовать определенным образом.

Подход к мотивации, который является ключевым в плане постановки цели, проявляется постановкой перед собой задач, а также наличие мотивации, которая позволяет работать и выполнять данные задачи [35, 77, 93]. Теория Локка является наиболее ярким примером осуществления данного принципа: люди, имеющие наиболее высокие цели, работают лучше и достигают более высоких целей. [135].

Нами использовался опросник по выявлению мотивационных предпочтений Самоукиной Н.В. (2006г.), который отражает систему мотиваций, стимулирующих персонал не только к работе, за которую платят деньги, но прежде всего к особой старательности и активному желанию работать именно в этой организации, к получению высоких результатов своей деятельности, к лояльности по отношению к руководству.

Современный руководитель понимает, что кроме рабочих мест должны быть созданы дополнительные условия для стимулирования и поддержания активности сотрудников [60,77,91]. Из вышеперечисленного можно сделать вывод, что опросник Самоукиной Н.В. по выявлению мотивационных

предпочтений, является наиболее оптимальным для изучения мотиваций молодых врачей.

Многие ученые (Леонтьев А.Н., Ломов Б.Ф., Мясищев В.Н., Ананьев Б.Г., Андреева Т.М., Божович Л.И., Столин В.В., Франкл В., Ядов В.А., Братусь Б.С., Выготский Л.С., Лазурский А.Ф., Олпорт Г., Рубинштейн С.Л.) рассматривают ценности через активность человека, соответствие его потребностям, различным мотивационным установкам, а также различным механизмам действий [38, 58, 72, 63, 64, 65, 163].

Ценности - это наиболее весомые объекты и явления повседневной действительности, которые определяют ее направленность и мотивацию деятельности. Ценностные ориентации – это устоявшееся, не обобщенное отношение человека к душевным и материальным благам, которыми могут быть предметы, цели или средства необходимые для реализации потребностей жизнедеятельности личности. В ценностных ориентациях сосредоточен жизненный опыт, приобретенный на этапах развития человека, который определяет отношения с людьми, формирование личности, а также отношение к себе. Ценностные ориентации являются важнейшим компонентом, формирующим личность человека. Зрелость личности, уровень ее социальности – все это обеспечивается развитием ценностных ориентаций. По мнению Здравомыслова А.Г. (1967г.) совокупность ценностных ориентаций, которая является устойчивой и единогласной структурой, определяет цельность, надежность, верность определенным принципам и ценностям и активность жизненной позиции.

Направленность личности тесно связана с развитием ценностных ориентаций. Определение С.Л. Рубинштейна гласит: «что в деятельности человека по удовлетворению непосредственных общественных потребностей выступает общественная шкала ценностей. В удовлетворении личных и индивидуальных потребностей через посредство общественно полезной деятельности реализуется отношение индивида к обществу и соответственно соотношение личностного и общественно значимого».

Направленность личности, отношение к людям, себе и всему окружающему миру, мотивы ключевых поступков в жизни определяет методика Милтона Рокича по исследованию ценностных ориентаций [112, 198]. Теория Рокича рассматривает ценности как разновидность устойчивого убеждения, что некая цель или способ существования предпочтительнее, чем иной [124].

Существующие ценности, которые действительно первостепенны, являются не существенными, так как в общем и целом у всех людей они одинаковы, а их влияние повсеместно и прослеживается во всех социальных феноменах, которые можно изучить.

Милтон Рокич различает два класса ценностей – терминальные и инструментальные. Терминальные ценности – это конечные цели существования, ценности, к которым необходимо стремиться с личной и общественной точек зрения (например, наличие семьи, детей, отсутствие войны); инструментальные ценности – это ценности-средства, то есть модель поведения (такие как честность, рационализм), которые являются приоритетными в любых ситуациях. Разделение терминальных и инструментальных ценностей производит уже достаточно традиционное различение ценностей-целей и ценностей-средств.

В 2009 году Расторгуева Т.И., Щепин В.О., отмечали, что заболеваемость молодых врачей связана не только с половозрастными характеристиками, но и с характеристиками профессиональной социализации. Молодые врачи являются наименее социально защищенной группой российского общества [118].

В условиях медицинской профессиональной деятельности личность врача находится под постоянным влиянием психотравмирующих обстоятельств, таких как умственные и физические перегрузки, всевозрастающая ответственность за здоровье и жизнь пациентов, осознание границ врачебных возможностей, недостаток времени [36].

Важным аспектом, который играет одну из ведущих ролей в оказании влияния на уровень заболеваемости врачей, а особенно молодых работников здравоохранения, являются социальные фрустрирующие факторы: низкая оплата труда, необеспеченность жильем, психологическое давление администрации

лечебных учреждений, нарастание социального напряжения в обществе [68, 70, 71, 120].

Уровень здоровья у молодых врачей можно изучить, оценивая данные о временной утрате трудоспособности. Заболеваемость с временной утратой трудоспособности складывается из болезней и травм, временной нетрудоспособности в связи с беременностью и родами, карантинном. Для оценки уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности используется шкала «Оценка показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности» по Е.Л. Ноткину. Важное влияние на заболеваемость с временной утратой трудоспособности оказывает стресс, который связан зачастую с должностными обязанностями на рабочем месте [85].

В 1976 году в работе С.L. Cooper, J. Marshall была сформулирована классификация источников профессионального стресса у работников интеллектуального труда: факторы профессионального стресса, связанные с трудовой деятельностью; факторы стресса, связанные с ролью работника в организации; факторы стресса, связанные с взаимоотношениями на работе; факторы, связанные с деловой карьерой; факторы, связанные с организационной структурой и психологическим климатом; внеорганизационные источники стрессов.

По мнению Золотухиной Л.В. (2011г.) проявления синдрома профессионального выгорания были выявлены у 73,2% обследованных психиатров. При этом, ведущими факторами развития профессионального выгорания являются изначально негативное отношение к своей работе; случайный выбор профессии; пол; должность; высокая рабочая нагрузка; недостаточная социальная поддержка со стороны коллег и начальства; высокий риск штрафных санкций; недостаточное моральное вознаграждение за работу; низкий уровень заработной платы; необходимость внешне проявлять эмоции, не соответствующие действительным; высокие уровни интроверсии, нейротизма, алекситимии и личностной тревоги; выраженность черт по эмотивному и ригидному типам; меланхолический тип темперамента и изначально

неблагополучное соматическое состояние. Автором выявлено 63,3% врачей с признаками профессионального выгорания, психопатологических проявлений на невротическом уровне (Золотухина Л.В.2011г.).

Таким образом, несмотря на актуальность проблемы социализации молодых специалистов на рабочем месте, не изучены ценностные ориентиры молодых кадров, отсутствует медико-социальная характеристика сообщества молодых врачей, нет данных о взаимовлиянии профессиональной социализации и заболеваемости с временной утратой трудоспособности у врачей, проживающих в области, относящейся к Центральному Федеральному Округу. Все это требует дополнить медико-психологический портрет молодых врачей, определить приоритетные направленности, формирующие профессиональную социализацию молодых врачей в медицинских организациях.

1.3 Профессиональная социализация как универсальная характеристика процесса и результата профессионального становления молодого врача

Изучая и анализируя современные подходы к управлению врачебными кадрами, необходимо остановиться на проблеме мотивации молодого специалиста к закреплению на рабочем месте. Быстрая смена поколений, разница в системном подходе к обучению врачей в современном мире усложняют исследование из-за быстро меняющейся информации по данной проблеме [30, 34, 79, 110, 118, 157].

В большинстве работ (Линденбратен А. Л., 2009–2011; Романчук И. Г., 2014), посвященных теме мотивации персонала, проблема рассматривалась исключительно с позиций экономического анализа, с небольшим учетом психологического направления [33, 85, 126].

Модели мотивации персонала, которые разработаны для различных областей экономики, находят свое применение в медицинской отрасли крайне редко, в связи со спецификой отрасли и специалистов, в ней работающих. «Как правило, приоритет в управлении ресурсами здравоохранения, в том числе

кадровыми, отдается экономическим рычагам» [32, 108, 145]. В их числе – «финансовые, кредитно-денежные, стимулирующие системы оплаты труда и мотивации работников» [117, 137, 182].

Рассматривая влияние пола и возраста врачебного персонала многопрофильной государственной медицинской организации на мотивацию к работе сверх нормативов одной ставки молодых специалистов, стоит акцентировать внимание на работе В.М. Хазова с соавторами (2015г.). В ходе их исследования выявлена высокая ($64,8 \pm 3,6\%$) частота работы врачей более чем на одну ставку, с использованием в условиях совместительства (как внутреннего, так и внешнего). Учитывая, что объем работы врача на целую ставку уже может быть причиной нарушения профессиональной социализации, сложившаяся ситуация может негативно сказаться на качественном составе кадрового потенциала отечественных врачей [113, 122].

Основной причиной совместительства, по мнению авторов, является нехватка денежных средств, и только один из пяти врачей работал сверхнормативно для повышения своего профессионального уровня. Авторами сделан вывод о допустимости сверхнормативной и сверхурочной работы врача как одного из методов мотивации врачебного персонала

Согласно исследованиям, проведенным Косенко А.А. (2015г.), загруженность врачей медицинской документацией играет значительную роль в снижении мотивации заниматься врачебной деятельностью. Причем заполнение медицинской документации занимает 60,1% рабочего времени. В исследовании отмечается, что большинство опрошенных специалистов были не удовлетворены стилем руководства главного врача и его заместителей (81%) и испытывали некое недовольство от своего материального поощрения (72%). Из выводов автора установлено негативное влияние внеурочной работы и работы более чем на одну ставку на эффективность и качество врачебной деятельности. Так же отмечается значительная потеря рабочего времени врачебным персоналом за счет выполнения не медицинской деятельности и присутствия на совещаниях и не медицинских мероприятиях.

За последние годы произошла кардинальная перестройка мотивационных приоритетов и переосмысление своей социальной роли у медицинского персонала. Особенно ярко это видно в отношении молодых специалистов. На первое место выходят приоритеты в отношении самореализации, самовыражения и творчества. Важным аспектом мотивации к врачебной деятельности является доступ к информационным ресурсам. Молодые специалисты стремятся принимать участие в администрировании и преобразовании медицинских организаций. В работе автора впервые упоминается стремление врачей к корпоративному поведению в отношении конкретного лечебного учреждения, что ранее не было характерно для отечественных врачей [94].

Анализируя исследования зарубежных коллег, выявлено, что они активно используют термины «высокая профессия», или «моральная профессия» при определении профессии врача; в эту же группу относят профессии связанные с правом и с богословием [176]. Значительная роль, по мнению зарубежных исследователей, принадлежит внутригрупповому профессиональному саморегулированию врачебного сообщества. Описанная модель широко пропагандируется в иностранной медицине, в основном, для "элитных" врачебных профессий, отличающихся высокой стоимостью услуг и не поддающихся ценовому или правовому регулированию со стороны страховых компаний. С другой стороны, в больших профессиональных сообществах, работающих в малобюджетной сфере, мнение коллег имеет небольшое значение [168, 182, 197, 199, 201]. Одним из вариантов ухода от субъективного подхода в материальном и моральном стимулировании врачебного персонала является внедрение автоматических экспертных систем и электронной формы оказания услуги. Сложность процесса перехода на обезличенные формы контроля и предоставления услуг отмечается как в отечественной, так и в зарубежной литературе [149,191].

Согласно Указу Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204, необходимо ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях, обеспечить медицинские организации системы здравоохранения

квалифицированными кадрами, внедрить систему непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий [129].

Использование современных, инновационных компьютерных технологий в лечебном и диагностическом процессе считается наиболее перспективным и современным направлением развития медицины, в том числе и со стороны совершенствования работы персонала медицинского лечебного учреждения. Но в исследовании Трахтенберга А.Д. дается неоднозначная оценка замене врача на месте врачом, находящемся в удаленном доступе [34, 128].

В зарубежных источниках так же описывается в исследовании низкая эффективность перехода на электронные варианты предоставления медицинской услуги у специалистов, ее осуществляющих, в связи с предвзятостью работы данной системы [172]. В современной зарубежной литературе выделен целый ряд факторов, который является структурообразующим в процессе формирования профессиональной идентичности молодого врача, как во время обучения, так и во время первых лет практики. Эти факторы включают в себя индивидуальные особенности, особенности внешней среды, такие как дефицит времени [176, 178, 186].

В мировом врачебном сообществе, в частности Европейском, идет активный процесс, направленный на развитие врача как профессионала, который постоянно стремится совершенствовать свои навыки [151].

Под приоритетной направленностью личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач понимается качественное выполнение профессиональных обязанностей, деловое сотрудничество и конструктивное решение деловых проблем [138, 154]. Приоритетная направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач в качестве составляющей профессиональной социализации молодых врачей определялась нами при помощи психодиагностической методики «Мотивация в профессиональной деятельности», разработанной Б. Бассом (1967г.). Данная методика позволяет построить

личный профиль респондента, опирающийся на три шкалы, которые характеризуют уровень направленности личности:

1) на «дело» – качественное выполнение профессиональных обязанностей, деловое сотрудничество и конструктивное решение деловых проблем;

2) на «себя» – прямое вознаграждение и удовлетворение себя, агрессивность в достижении статуса, власти, склонность к соперничеству;

3) на «общение» – поддержка отношений с людьми при любых условиях, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных задач.

Данный опросник позволяет выявить стремления человека, которые являются самыми важными, ценными и наиболее мотивирующими.

Профессиональная адаптация - это "субъективно опосредованное развитие личности, обусловленное индивидуальными особенностями и склонностями с целью выработки смысловой ориентации и формирования профессиональной компетенции для последующей трудовой деятельности". Успешная профессиональная адаптация молодого специалиста требует не только наличия конкретных навыков и умений, но знания внутригрупповой культуры и принятия норм социально-трудового поведения в коллективе [26, 121, 124].

Для молодого врача, ранее не работавшего в медицинском коллективе, становится сложным правильно интегрироваться в клиническую работу. Для молодых специалистов важно совпадение ожиданий от профессиональной деятельности с особенностями работы в конкретном лечебном учреждении. Также автором отмечается необходимость практической работы будущих врачей, успешной профессиональной адаптации и преодоления трудностей вработывания в медицинский коллектив [133]. Некоторые будущие врачи имеют идеализированные и книжные представления о работе врача. Профессиональная социализация таких молодых специалистов затруднена, и зачастую невозможна [10, 50, 54, 64, 80, 148, 189]. Ведущими причинами отказа от врачебной деятельности чаще всего являются: профессиональный стресс и профессиональное выгорание. Качество профессиональной адаптации молодого

врача напрямую зависит от поддержки его в коллективе (на профессиональном и социально-психологическом уровне), а так же от его личностных качеств, уровня подготовки и увлеченности профессией [130, 152, 201].

Глобализация в экономике и культуре, которая порождает высокие требования к развитию экономики, также определяет высокие требования к качеству профессиональной деятельности [9]. Специалист в современном обществе является не столько человеком, имеющим определенные знания и навыки в своей сфере деятельности, а человеком, обладающим целым набором качеств, таких как: самостоятельность, способность быстро реагировать на изменение ситуации и принимать верные решения, быть толерантным, коммуникативным. Профессиональная компетентность по Б. Бассу заключается в использовании системы знаний и умений.

Различные подходы существуют для определения профессиональной компетентности. Так моделирование компетенций, представленное в исследованиях Г. Галажа (1990г.), представляет собой западный подход, определяющий ключевые компетенции, которыми должны владеть молодые европейцы:

- 1) политические и социальные;
- 2) межкультурные, коммуникативные;
- 3) Информационно-коммуникативные компетенции (ИКТ-компетенции) и компетенции самообразования;

Профессиональная компетенция врача, если учитывать специфику самой профессии, определяется ключевыми навыками: профессиональными, коммуникативными, исследовательскими и научными.

Профессиональная компетентность для личностного становления в ракурсе психологии требует интегрированной модели и модернизации содержания, самой формы, и соответственно методов профессиональной подготовки студентов к осуществлению профессиональной деятельности в качестве врача [165].

Возможна комплексная оценка уровня квалификации, профессиональной результативности и образовательной активности молодого врача как обладателя базовой компетентности и стремления к ее развитию [47].

Базовая профессиональная компетентность и стремление к ее развитию определялась следующими критериями: наличие квалификационной категории; регулярное обучение программам дополнительного профессионального образования и участие в иных образовательных мероприятиях по специальности; регулярное участие в конференциях и семинарах (более двух раз в год); объективизированная оценка эффективности оказанной медицинской помощи пациентам: отсутствие жалоб со стороны пациентов, успешность оказания медицинской помощи более чем половине пациентов.

Определяющими факторами для становления молодых врачей как обладателей базовой компетентности являются их неудовлетворенность собственным профессионализмом, относительно высокая возможность наилучшей работы по специальности нежели настоящая и отсутствие необходимости решать насущные материально-бытовые проблемы. Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию формируется под влиянием относительно высокой значимости ценностных факторов, а также трудовых мотиваций [140].

Резюме

Таким образом, несмотря на актуальность проблемы профессиональной социализации молодых специалистов, не изучены ценностные и мотивационные ориентиры молодых врачей в региональном аспекте, отсутствует медико-социальная характеристика сообщества молодых врачей. Соответственно органы управления здравоохранением, главные врачи и их заместители не могут основываться на достоверных теоретических знаниях в процессе своей работы по социализации молодых медицинских кадров.

Необходимо более детально рассмотреть профессиональную социализацию как характеристику процессов и результата профессионального становления молодого врача как специалиста.

ГЛАВА 2

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Данная научная работа представляет комплексное социальное, медицинское и психологическое исследование, предметом которого являются детерминированность профессиональной социализации и уровней заболеваемости молодых врачей до 35 лет и стажем работы от года. Исследование данного контингента проведено в 2015-2017 годах в Тверской области, которая по своим социальным, экономическим, медико-демографическим и социокультурным характеристикам представляет типичный регион Центрального Федерального Округа России.

В данной работе использованы такие методы, как: медико-статистический, социологический и психодиагностический.

Объектом исследования явилась репрезентативная выборка молодых врачей до 35 лет, состоящая из 600 единиц наблюдения.

Предмет исследования – изучение степени влияния медико-социальных и психологических факторов на профессиональную социализацию молодых врачей.

Степень достоверности полученных результатов исследования предполагалась на уровне 95% ($t \geq 2,0$; $p \geq 0,95$).

Объем исследования. Выборочная совокупность сформирована с учетом основных требований, обеспечивающих ее количественную и качественную представительность по отношению к генеральной совокупности. Выборка создавалась в два этапа:

– **на первом этапе** серийно-кластерным (гнездовым) способом вся генеральная совокупность разбита на 8 кластеров по полу, возрасту и месту жительства.

– на втором этапе бесповторно, случайным отбором из каждого кластера выбраны единицы наблюдения.

Для обеспечения репрезентативности результатов исследования был определен минимальный объем выборки, обеспечивающий ее количественную и качественную представительность по отношению к генеральной совокупности.

Минимальный объем выборки определялся по общепринятой формуле для нормального распределения (Е.Н. Шиган 1987) (формула 2.1):

$$n = \frac{p \times q \times t^2 \times N}{N \times \Delta^2 + p \times q \times t^2}, \quad (2.1)$$

где n - объем выборки;
 p - показатель распространенности явления;
 q - величина равная $100-p$;
 t - доверительный коэффициент, для $p < 0,05$ он составляет 1,96;
 N - объем генеральной совокупности;
 Δ - доверительный коэффициент.

По данным Министерства здравоохранения Тверской области численность молодых врачей на момент исследования была 1350 человек, которые составляли генеральную совокупность. В то же время, по данным предварительного обследования, доля молодых врачей в возрасте до 35 лет, обладающих профессиональной социализацией, была 37,0%.

Таким образом, минимальный объем выборки для молодых врачей, обладающих профессиональной социализацией, составляет:

$$n = \frac{37 \times (100 - 37) \times 1,96^2 \times 1350}{1350 \times 16 + 37 \times (100 - 37) \times 1,96^2} = 396 \quad (2.1)$$

В связи с вышеизложенным, минимально необходимый объем выборки составляет 396 единиц наблюдения. Выборочная совокупность составила 600 молодых врачей, что можно считать достаточным. Состав молодых врачей, их распределение по полу, возрасту и месту жительства представлены в таблице 2.1.

Таблица 2.1 - Структура молодых врачей по полу, возрасту и месту жительства

В процентах к итогу

Признаки	Градации	Показатели
Пол	Мужской	39,0
	Женский	61,0
	Итого	100,0
Возрастная группа	От 25 до 29 лет	45,0
	От 30 до 34 лет	55,0
	Итого	100,0
Место жительства	Город	92,0
	Село	8,0
	Итого	100,0

Сбор информации, необходимый для выполнения исследования, осуществлялся при помощи: анкетирования и психодиагностического тестирования. Собранные первичные данные фиксировались в специально разработанной для выполнения настоящего исследования учетной карте, состоящей из анкеты и раздела с результатами психодиагностического тестирования (приложение А). Всего в процессе обследования молодых врачей было собрано более 2500 единиц первичных данных (заполненных анкет и бланков ответов психодиагностических тестовых методик).

Составной частью указанной выше учетной карты являлась разработанная нами анонимная анкета, в составлении которой для объективизации и упрощения последующей обработки данных, использовались техники и приемы, рекомендуемые В.А. Ядовым (1995г.) и А.В. Решетниковым (2002г.). Предварительно анкета была апробирована в рамках пробного исследования. Анкета являлась анонимной и включала 101 вопрос с предложенными ответами. Ответы на данные вопросы позволяли получить следующую информацию:

- паспортные данные респондентов (пол, возраст, место жительства, и др.);

- особенности семейного окружения и взаимодействия с ним;
- особенности профессионального взаимодействия;
- особенности социального и материального статуса;
- характеристики образа жизни и особенности повседневного поведения;
- данные самооценки здоровья.

Психодиагностическое тестирование выполнялось с использованием трех высоковалидных и высокочувствительных профессиональных психологических методик:

- опросник по исследованию ценностных ориентаций М. Рокича (1969г.);
- ориентационная анкета Б.Басса по определению направленности личности (1967г.);
- опросник по выявлению мотивационных предпочтений Н.В. Самоукиной (2006г.).

Обследование на основе этого блока тестов прошли все молодые врачи. В целях сведения к минимуму ситуативно обусловленных искажений результатов оно было выполнено дважды.

Как уже было указано выше, в контексте настоящего исследования главным предметом научного анализа являлась профессиональная социализация.

Под профессиональной социализацией понимается совокупность изменений личностно-психологического и поведенческого плана, способствующих повышению адаптации профессионала к требованиям профессиональной среды (Ермолаева Ю.Н. 2013).

Отвечающая интересам общества профессиональная социализация молодых врачей является одним из важнейших условий успешной работы системы здравоохранения. В то же время, реальное состояние процессов профессиональной социализации молодых медицинских кадров далеко от оптимального, и сопряжено с рядом вопросов: повышение интереса к профессии медицинского работника, улучшение путей трудоустройства молодежи, разработка программ по закреплению молодых специалистов на местах, сопряженного с ускорением процесса адаптации к труду выпускников учебных

заведений, их высокой мотивацией к профессиональному развитию, приверженности к организации, а также с обеспечением удовлетворенности работодателей качеством профессиональной подготовки молодых специалистов (В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, С.А. Леонов С.А. 2010г.).

В качестве основных элементов профессиональной социализации были выделены: наличие закреплённости (приверженности) в медицинской организации, приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, базовая компетентность и стремление к ее развитию. Под закреплённостью к медицинской организации врача нами понималась его приверженность, лояльность к определенному характеру труда, профессиональному окружению, практически проявляемая на протяжении относительно длительного времени, трудовой деятельностью в одной медицинской организации.

Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач определялась в рамках психодиагностического тестирования на основе методики Б. Басса (1967г.). Согласно данной методике определялась заинтересованность в решении деловых проблем, стремление к выполнению работы как можно лучше, ориентация на деловое сотрудничество, способность отстаивать в интересах дела собственное мнение, что полезно для достижения общей цели.

Рассматривая наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию, мы осуществляли комплексную оценку уровня квалификации, профессиональной результативности и образовательной активности молодого врача.

По данным анкетирования к числу закреплённых к медицинской организации были отнесены врачи сразу после окончания ВУЗа (ординатуры), вернувшиеся на свое прежнее место жительства и трудоустроившиеся там по специальности в медицинской организации; работавшие в этой же организации более 1 года.

Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, определялась нами при помощи

психодиагностической методики Б.Басса по определению направленности личности (1967г.). Данная методика позволяет построить личностный профиль обследуемого, опирающийся на три шкалы. Данные шкалы характеризуют уровень направленности личности: на «дело» – качественное выполнение профессиональных обязанностей, деловое сотрудничество и конструктивное решение деловых проблем; на «себя» – прямое вознаграждение и удовлетворение себя, агрессивность в достижении статуса, власти, склонность к соперничеству; на «общение» – поддержка отношений с людьми при любых условиях, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных задач. Данная направленность фиксировалась тогда, когда уровень выше указанной приоритетной направленности («на дело») значительно превосходил уровень других типов профессиональной направленности личности в профессиональной сфере деятельности.

Система непрерывного медицинского образования (НМО) - это платформа, обеспечивающая непрерывное совершенствование профессиональных знаний и навыков в течение всей практической и врачебной деятельности, а также, система, способствующая расширению профессиональных компетенций и регулярному непрерывному повышению профессионального уровня специалиста.

Идея необходимости постоянного обучения, осваивания новых компетенций, совершенствования имеющихся знаний, а также повышения профессионального уровня в рамках действующей квалификации полноценно раскрыта и реализована в системе НМО.

В условиях современного мира ведущими составляющими востребованности данной системы являются, комфорт, мобильность, удобство, дистанционность, доступность. Образовательный продукт может быть разным: врач может получить его дистанционно или очно. Также предусмотрены стажировки, типовые программы ведущих вузов и самостоятельное прохождение электронных образовательных модулей.

Система непрерывного медицинского образования дает возможность осуществления профессионального патронажа за молодыми специалистами, а

также с помощью разработанных методик оказывать содействие профессиональной адаптации молодых врачей в лечебных учреждениях.

В рамках данной системы возможна реализация, адресованных молодым врачам, специальных образовательных мероприятий, способствующих повышению их профессиональной социализации.

По данным анкетирования критерием обладания базовой профессиональной компетентности и стремлением к ее развитию являлось следующее сочетание индивидуальных характеристик: специализированное профессиональное обучение (регулярное обучение по программам дополнительного профессионального образования и участие в иных образовательных мероприятиях по специальности), наличие квалификационной категории; самостоятельное повышение профессионального уровня (регулярное участие и посещение конгрессов, семинаров, конференций более двух раз в год); объективизированная оценка эффективности оказанной медицинской помощи пациентам (отсутствие жалоб со стороны пациентов и успешность оказания медицинской помощи более чем половине пациентов).

Показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности отражают влияние актуальных медико-социальных и психологических обстоятельств, таких как процессы профессиональной социализации.

Табличная сводка и статистическая обработка первичных данных проводилась в соответствии с основными требованиями, предъявляемыми к выполнению данных процедур в медицинской статистике. Табличная сводка осуществлялась при помощи групповых и комбинационных статистических таблиц. В процессе проведения статистической обработки исходной информации по общепринятым формулам вычислялись интенсивные и экстенсивные показатели, средние ошибки интенсивных показателей, критерии достоверности Стьюдента, критерии соответствия Пирсона (хи-квадрат), коэффициенты взаимной сопряженности Чупрова.

Для определения статистической значимости различий средних величин использовался t-критерий (формула 2.2):

$$t = \frac{M_1 - M_2}{\sqrt{m_1^2 + m_2^2}} \quad (2.2)$$

где M_1 и M_2 – средние арифметические первой и второй сравниваемых совокупностей (групп);

m_1 и m_2 - средние ошибки первой и второй средней арифметических.

Для интерпретации полученного значения t -критерия Стьюдента необходимо знать число степеней свободы f , которое рассчитывается по формуле (2.3):

$$f = (n_1 + n_2) - 2 \quad (2.3)$$

где f – число степеней свободы;

n_1 и n_2 - количество исследуемых в каждой группе.

Далее определяем критическое значение t -критерия Стьюдента при $p=0,05$ и при данном числе степеней свободы f по таблице. Сравниваем критическое и рассчитанное значения критерия:

- если рассчитанное значение t -критерия Стьюдента равно или больше критического, найденного по таблице, делаем вывод о статистической значимости различий между сравниваемыми величинами;

- если значение рассчитанного t -критерия Стьюдента меньше табличного, значит различия сравниваемых величин статистически не значимы.

Для определения степени достоверности результатов статистического исследования необходимо для каждой относительной и средней величины вычислить соответствующую среднюю ошибку. Средняя ошибка показателя m_p вычисляется по формуле (2.4):

$$m_p = \pm \sqrt{\frac{p \cdot q}{n}} \quad (2.4)$$

где P - величина относительного показателя (в %);

- $q = (100 - P)$;

- n – число наблюдений.

Первой составляющей статистического анализа состояния профессиональной социализации и заболеваемости являлась оценка их характеристик:

- расчет показателей распространенности компонентов, составляющих профессиональную социализацию и заболеваемость с временной утратой трудоспособности молодых врачей по всему обследуемому контингенту и в рамках его отдельных групп, выделенных с учетом пола и возраста;

- последующее сравнение сопоставимых показателей и оценку достоверности выявленных различий на основе критерия достоверности Стьюдента (различия считались достоверными при значениях $t > 2$ и $p < 0,05$).

С целью оценки силы влияния факторов использовался коэффициент взаимной сопряженности Чупрова (К), позволяющего анализировать качественные признаки и коэффициента корреляции Пирсона для количественных признаков. Ниже представлен вариант расчета индекса А.А.Чупрова при определении показателя взаимной сопряженности через χ^2 (формула 2.5):

$$K = \sqrt{\frac{\chi^2}{n \times \sqrt{(m_1 - 1) \times (m_2 - 1)}}} \quad (2.5)$$

где m_1 и m_2 – число градаций по каждому признаку;

n – общее число наблюдений (объем выборки);

χ^2 – хи-квадрат (критерий согласия Пирсона).

Оценка детерминированности заключалась в изучении влияния медико-социальных и психологических факторов на процессы профессиональной социализации и заболеваемости с временной утратой трудоспособности у молодых врачей (рисунок 2.1).

Влияние данных факторов на профессиональную социализацию и заболеваемость исследуемых лиц с временной утратой трудоспособности определялось путем сопоставления распределения по градациям каждого из них в основной и контрольной группах. В целях получения всесторонней характеристики детерминированности факторов профессиональной социализации

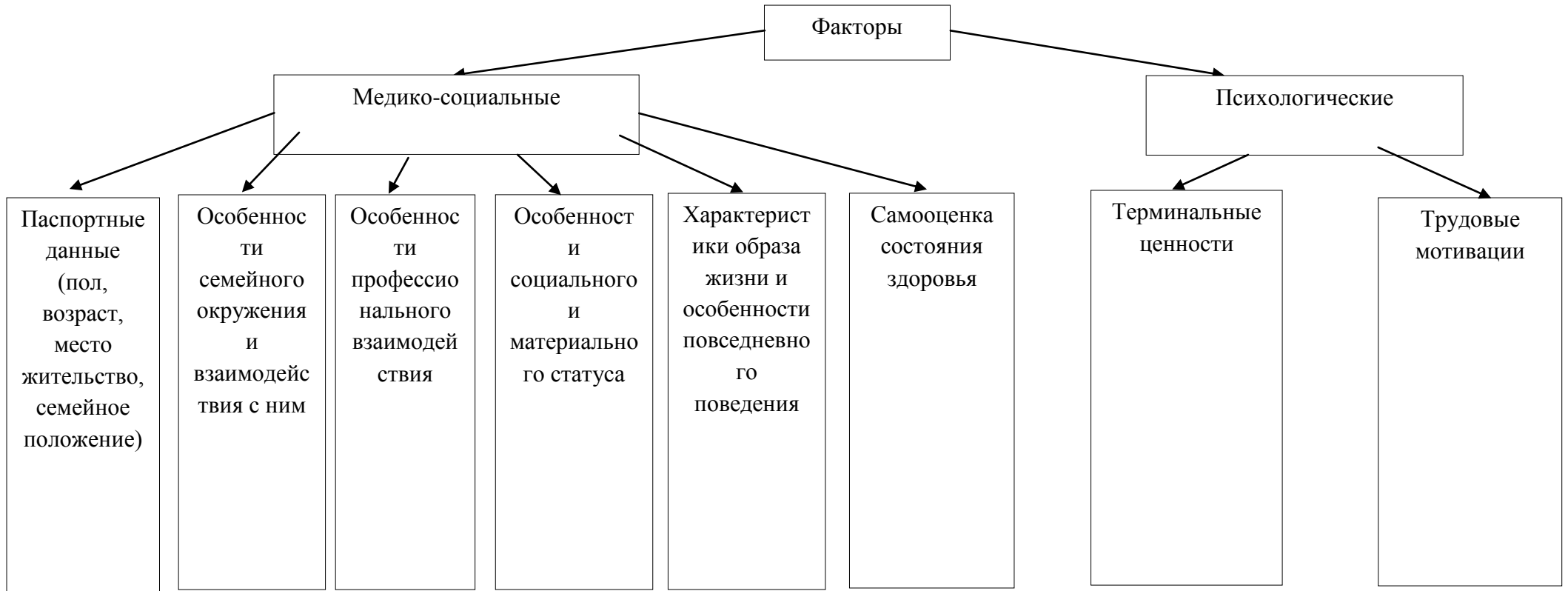


Рисунок 2.1 - Рабочее деление факторов, оказывающих влияние на профессиональную социализацию и заболеваемость молодых врачей

произведен подбор единиц наблюдения по методике парных копий и формирование уравновешенных по полу и возрасту пар основных и контрольных групп.

Установление статистической достоверности воздействия конкретного фактора на развитие профессиональной социализации строилось на сравнении распределений в основной и контрольной группах. Сравнение распределений позволяло рассчитать значение критерия соответствия Пирсона (хи-квадрат). Если указанное значение превышало критическое, свидетельствующее о вероятности случайной ошибки менее 5% ($p < 0,05$), то это свидетельствовало, что между фактором и результативным признаком существует репрезентативная связь, и, следовательно, фактор обладает статистически значимым влиянием.

Для элиминации влияния на профессиональную социализацию и возникновение заболеваний и травм с временной утратой трудоспособности возраста и пола, основная и контрольная группа были подобраны по этим признакам по принципу копия-пара. Достоверность различий между распределениями оценивалась путем расчета и верификации χ^2 . Наличие достоверного χ^2 ($p < 0,05$) позволяло считать влияние соответствующего фактора статистически достоверным. С целью оценки силы влияния факторов использовался коэффициент взаимной сопряженности Чупрова (К). Содержательная, качественная сторона такого влияния характеризовалась путем описания различий между распределениями каждого репрезентативного фактора в соответствующих основной и контрольной группах.

Резюме

Определен понятийный аппарат и описана методология исследования.

Исследование было проведено в 2015-2017 годах на базе государственных учреждений здравоохранения Тверской области.

Предметом настоящего исследования явилась профессиональная социализация молодых врачей, понимаемая как совокупность взаимосвязанных компонентов: закрепленности (приверженности) к медицинской организации, приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и

решение профессиональных задач, наличие базовой профессиональной компетентности и стремления к ее развитию.

Объектом наблюдения в нашем исследовании являлась репрезентативная выборка молодых врачей до 35 лет, состоящая из 600 единиц наблюдения. Степень достоверности полученных результатов исследования предполагалась на уровне 95%. Выборочная совокупность сформирована с учетом основных требований, обеспечивающих ее количественную и качественную представительность по отношению к генеральной совокупности.

В данной работе использованы такие методы, как: медико-статистический, социологический и психодиагностический. Сбор информации, необходимый для выполнения исследования осуществлялся при помощи анкетирования и психодиагностического тестирования.

Составной частью указанной учетной карты являлась разработанная нами анонимная анкета, которая предварительно была протестирована в рамках пробного исследования. Психодиагностическое тестирование выполнялось с использованием трех профессиональных психологических методик: опросник по исследованию ценностных ориентаций М. Рокича (1969г.); ориентационная анкета Б.Басса по определению направленности личности (1967г.); опросник по выявлению мотивационных предпочтений Н.В. Самоукиной (2006г.).

Статистическую обработку полученных данных осуществляли с помощью пакетов прикладных программ Microsoft Excel 2010 и Statistica 6.0

ГЛАВА 3

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА СООБЩЕСТВА МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

3.1. Медико-социальная характеристика условий и образа жизни молодых врачей

Профессиональная социализация молодого врача формируется под влиянием различных медико-социальных и психологических факторов.

К числу рассматриваемых нами медико-социальных факторов относились:

- 1) Материально-бытовые условия
- 2) Профессиональные условия
- 3) Личностно-поведенческие характеристики
- 4) Биологические характеристики

Материально-бытовые факторы отражают состояние материальной обеспеченности молодых врачей, а также их жилищно-бытовые условия.

Только $\frac{1}{2}$ молодых врачей имели собственное жилье, жили на съёмной жилплощади $\frac{1}{5}$, проживали в общежитии практически $\frac{1}{4}$ респондентов, что отражено на рисунке 3.1.



Рисунок 3.1 – Распределение молодых врачей в связи с типом жилья

Из рисунка 3.2 видно, что желание смены жительства присутствует более чем у половины респондентов.



Рисунок 3.2 – Распределение молодых врачей в связи с наличием или отсутствием желания смены жительства

Уровень среднемесячного дохода, по мнению молодых врачей, выше или равен среднемесячной зарплате по региону у 49,5%. Среднемесячный доход ниже среднемесячной зарплаты по региону у 50,5 % врачей.

Оценка сбережений, которых бы хватило семье для жизни на определенный промежуток времени: 37,5% респондентов считают, что сбережений хватило бы на месяц и менее, 22,5% – от месяца до полугода, 23,0% – от полугода до года, и только 17,0% отмечают, что сбережений хватило бы на год и более.

Тем не менее, оценка уровня материального достатка по косвенным признакам (наличие дорогостоящей недвижимости, автомобиля, отдых за границей более 2 раз в год, недвижимость за рубежом) котируется как относительно высокий уровень (наличие 2-х и более признаков) у 47,0% респондентов. Относительно низкий уровень (наличие менее 2-х признаков) отметили 53,0% докторов.

Семейные взаимоотношения играют важную роль в успешном функционировании врача как специалиста. Семейно-бытовые отношения являются важным аспектом жизнедеятельности человека, в частности молодого врача. Молодые врачи, которые состоят в браке, составляют 75,5%, не состоят в браке 24,5% от числа респондентов.

На рисунке 3.3 отражено количество членов семьи (супруг или супруга, а также дети). Четыре и более членов семьи имеются у более $2/5$ докторов, семьи, состоящие из трех человек, более чем у $1/3$ врачей, семьи из двух человек у менее $1/3$ специалистов, а являются одиночками немногим более $1/10$ врачей.

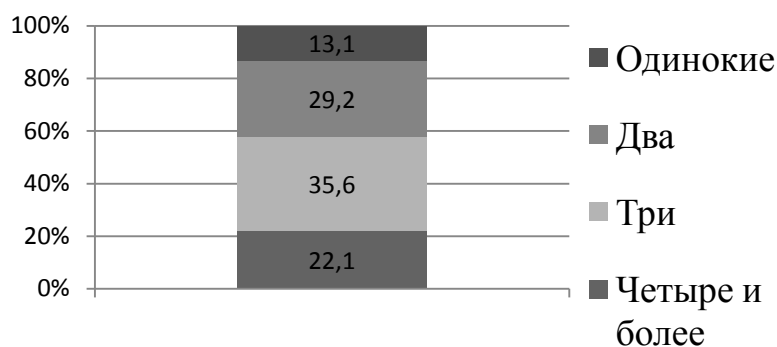


Рисунок 3.3 – Распределение молодых врачей по количеству членов семьи

Количество врачебных семей, где супруг и супруга являются врачами, составило 14,5 %.

Взаимоотношения между членами семьи оценены как относительно хорошие (отличные, хорошие) $2/5$ молодых врачей, как удовлетворительные – также $2/5$ опрошенных, и как относительно плохие (неудовлетворительные, очень плохие) – $1/5$ врачей, что представлено на рисунке 3.4.

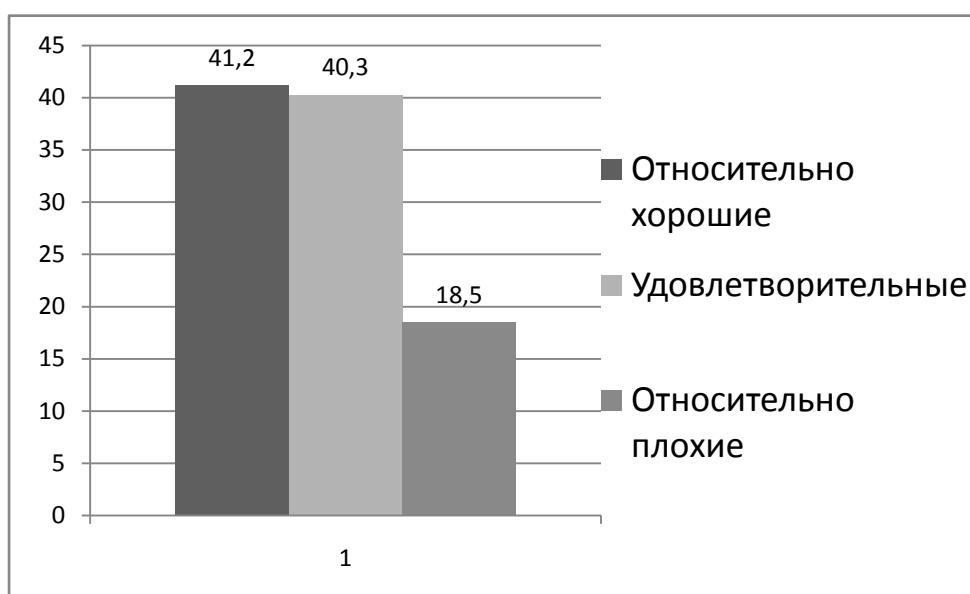


Рисунок 3.4 – Оценка взаимоотношений между членами семьи

Удовлетворены семейной жизнью 32,5% молодых специалистов, не удовлетворены 67,5% врачей.

Характеристика условий профессиональной деятельности связана с взаимодействием с коллегами и пациентами, а также с наличием или отсутствием стремления к профессиональному совершенствованию.

Работа по совместительству, количество ставок, на которых работает врач, а также количество дежурств в месяц, отношение врача к оплате труда оказывают влияние не только на материальный достаток, но и способствуют приобретению профессионального опыта.

Из рисунка 3.5 видно, что практически 3/5 врачей оценивают свои взаимоотношения с коллегами как хорошие, 1/5 врачей оценивают их как удовлетворительные, а 1/5 специалистов считают, что взаимоотношения с коллегами являются плохими.

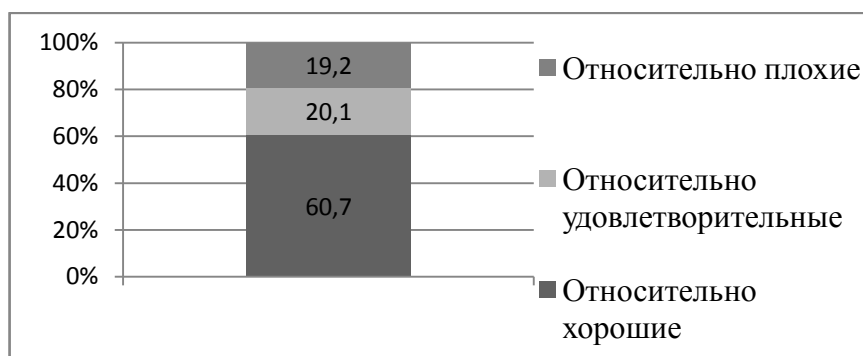


Рисунок 3.5 – Распределение молодых врачей в связи с оценкой взаимоотношений с коллегами

Молодые специалисты почти в 3/5 случаев оценивают свои взаимоотношения с руководством как относительно хорошие, как удовлетворительные взаимоотношения оценивают 1/5 врачей, относительно плохими данные взаимоотношения считают 1/5 врачей, что отражено на рисунке 3.6.

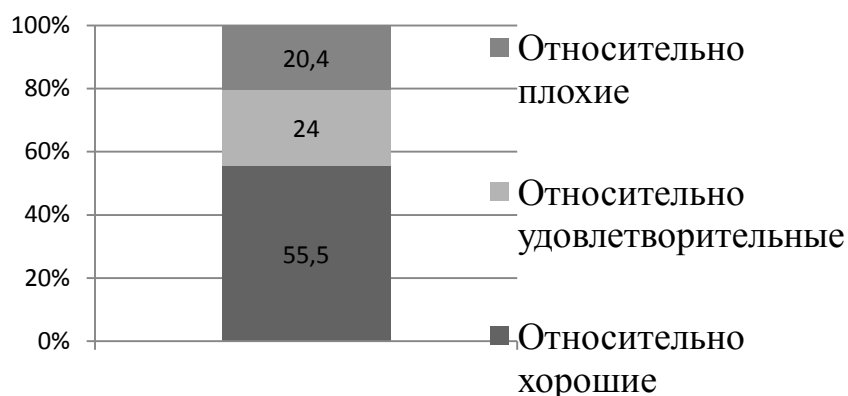


Рисунок 3.6 – Распределение молодых врачей по оценке взаимоотношения с руководством

По результатам исследования, доля молодых врачей, имеющих специальность с хирургическим профилем, составила 25,0%, с терапевтическим профилем - 45,5% и с диагностическим профилем - 29,5%. Хорошую или отличную успеваемость в ВУЗе имели 67,5% специалистов, удовлетворительную 22,0%, а плохую 10,5% врачей. Работали во время обучения в ВУЗе 67,5% опрошенных, соответственно не работали 33,5%.

На рисунке 3.7 отражено, что официальные документы морального стимулирования, такие как почетные грамоты и благодарности, имеются более чем у 1/10 молодых докторов, а не имеют данных документов 9/10 опрошенных.

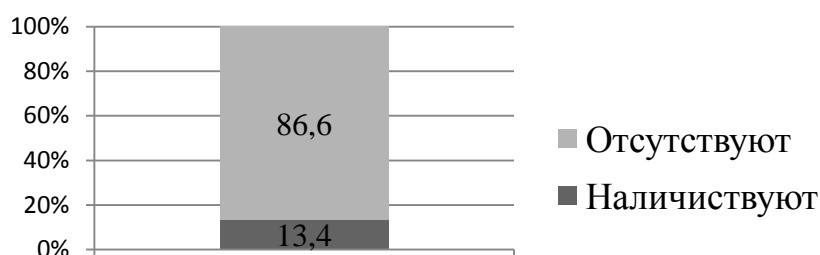


Рисунок 3.7 – Распределение молодых врачей по наличию официальных документов морального стимулирования

После окончания ВУЗа трудоустроились в том же населенном пункте, где жили до поступления в университет, 42,0% врачей, сменили место жительства

58,0% специалистов. Рабочее место находится в городе более чем у 9/10 молодых специалистов, соответственно трудится на селе 1/10 докторов (рисунок 3.8).

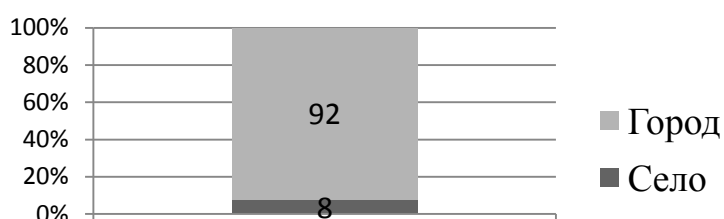


Рисунок 3.8 – Распределение молодых врачей по трудоустройству в городе или селе

Из рисунка 3.9 видно, что не меняли свое рабочее место после трудоустройства с момента окончания ВУЗа 3/5 молодых врачей, один раз за свою карьеру рабочее место сменили практически 1/5 опрошенных, меняли работу более одного раза также 1/5 молодых врачей.

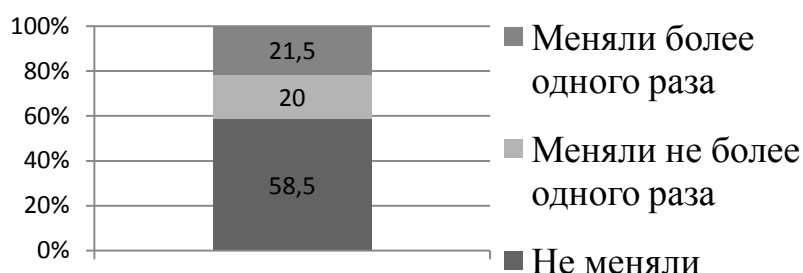


Рисунок 3.9 – Распределение молодых врачей в связи с изменением рабочего места в течение года после окончания ВУЗа

Приходилось менять профессиональную сферу жизни (уходили из медицины) 18,5% молодых врачей, не меняли профессиональную сферу жизни 81,5 % врачей.

Доля молодых врачей, работающих на 0,5 ставки, составила 16,5%, работающих на 0,75 ставки - 9,0%, на 1,0 ставку - 28,5%, работающих на 1,25 ставки - 16,0 %, на 1,5 ставки - 30,0%. Считают справедливой оплату своего труда 31,5 % молодых врачей, иной точки зрения придерживаются 68,5% респондентов.

Совмещают работу в качестве врача в подразделениях своего медицинского учреждения 63,5 % молодых врачей, в других медицинских учреждениях - 12,0%, не совмещают работу - 24,5 % респондентов. Совмещают работу врача с другой профессиональной деятельностью 25,5 %, не совмещают - 74,5 % молодых врачей.

Ежемесячно имеют пять и более дежурств в месяц 37,5% молодых врачей, менее пяти дежурств 26,5 %, не дежурят вообще 36,0% докторов.

Критерии, связанные с профессиональным развитием, включали в себя: наличие или отсутствие квалификационной категории, регулярное обучение по программам дополнительного профессионального образования, удовлетворенность профессиональным развитием, самостоятельную оценку количества пациентов, которым смогли помочь, самооценку себя как специалиста, удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью, увеличение количества пациентов, членство в профессиональных ассоциациях. Составными компонентами профессиональной деятельности врача являются самооценка своего профессионализма, отношение к руководству и карьерному росту, отношение к системе здравоохранения и месту врача в ней. Самооценка специалиста включает в себя удовлетворенность профессиональным развитием, самооценка оказанной помощи пациентам, а также удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью, самооценка себя как специалиста.

Первую квалификационную категорию имеют 16,5 % молодых врачей, вторую 24,5 % докторов, не имеют квалификационной категории 59,0% респондентов. Регулярное обучение по программам дополнительного профессионального образования и участие в иных образовательных мероприятиях по специальности прошли 45,5% врачей, специалисты, которые обучались по программам дополнительного образования, но не проходившие обучение на других краткосрочных формах образования составили 20,5%. Доля врачей, которые не обучались по программам профессионального образования и не принимали участия в иных образовательных мероприятиях, составила 34,0%.

Из рисунка 3.10 видно, что удовлетворены своим профессиональным развитием 2/5 респондентов, 3/5 молодых врачей не удовлетворены своим развитием.

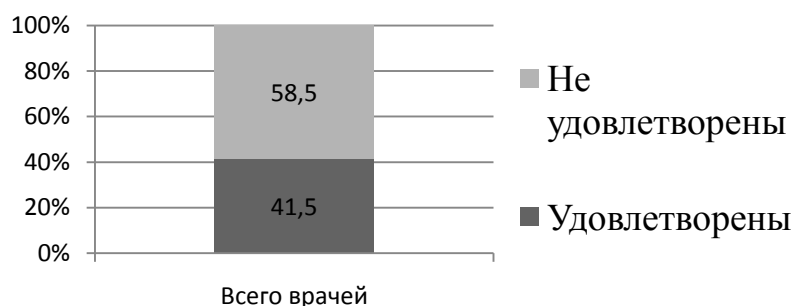


Рисунок 3.10 – Распределение молодых врачей в связи с оценкой удовлетворенности профессиональным развитием

Врачей, считающих, что помогли половине и более пациентов, 75,5%, а считающих, что помогли менее половины или никому из пациентов, 24,5%.

Увеличение количества пациентов за последние пять лет отметили 86,5 % молодых врачей, 13,5% молодых врачей не отметили увеличения числа пациентов. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью как относительно высокую (оценена как отличная, хорошая) отметили 88,0% молодых врачей, относительно низкий уровень удовлетворенности пациентов (оценена как удовлетворительная, плохая) отметили 12,0% врачей.

Самооценка себя как специалиста высокая (отличная, хорошая) характерна для 76,5 % молодых врачей, самооценка себя как специалиста низкая (удовлетворительная, плохая) характерна для 23,5% докторов. Оценка удовлетворенности своим карьерным ростом относительно высокая (оценен как отличный, хороший) у 51,0% респондентов, оценка удовлетворенности своим карьерным ростом относительно низкая (оценен как удовлетворительный, плохой) у 49,0% молодых врачей.

Значительную роль для профессионального развития играют знание о существовании организаций, оказывающих правовую помощь врачу, и отношение в целом к системе здравоохранения в России. Оценка деятельности руководителя

организации оценена как позитивная (хорошо, средне) 61,0% докторов, отрицательно оценивают деятельность руководства организации (плохо, очень плохо) 39,0%. Деятельность непосредственного руководителя (заведующего отделением) оценена позитивно (хорошо, средне) 36,5 % респондентов, негативно (плохо, очень плохо) – 63,5%. Являются членами профессиональной ассоциации по своей специальности 67,5% молодых врачей, не являются членами профессиональной ассоциации 32,5 % специалистов. Являются членами регионального общественного объединения «Врачебная палата Тверской области» более 65% респондентов, не являются членами данной палаты 35%.

Оценка доступности медицинской помощи для себя и родственников, оценена как относительно высокая (отличная, хорошая) 85,0% респондентов, однако 15,0 % оценили доступность медицинской помощи как относительно низкую (удовлетворительная, плохая).

К факторам, оказывающим влияние на здоровье молодого врача относятся: курение и потребление спиртных напитков. Наличие вредных привычек также косвенно обусловлено профессиональной деятельностью, так как курение табака и потребление спиртного является своеобразным способом преодоления стресса.

На рисунке 3.11 отражена оценка потребления респондентами спиртных напитков: относительно высокий уровень потребления, определенный как ежедневный, еженедельный отметили 2/5 респондентов, а относительно низкий уровень, определенный как ежемесячный или отсутствующий 3/5 врачей.

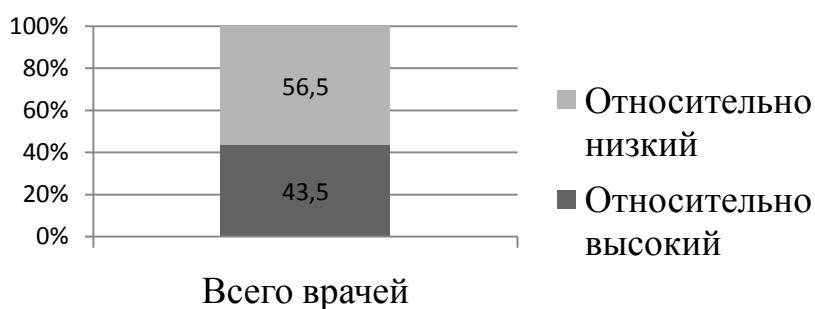


Рисунок 3.11 – Распределение молодых врачей по уровню потребления спиртных напитков

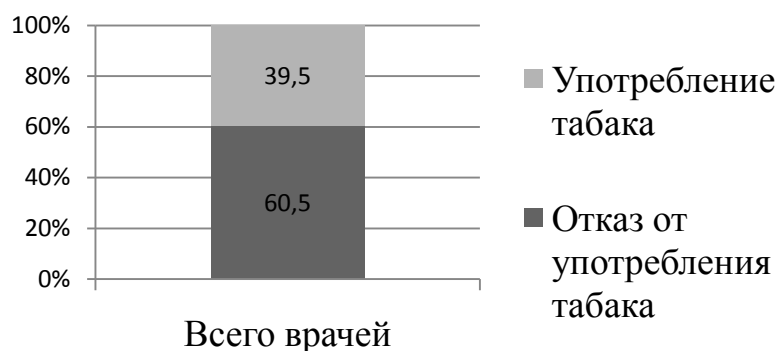


Рисунок 3.12 – Распределение молодых врачей по уровню потребления табака

Всего 39,5 % молодых врачей курят, соответственно не подвержены этой вредной привычке 60,5% докторов.

3.2. Психологическая характеристика ценностных ориентаций и трудовой мотивации молодых врачей.

Ценностные ориентации, как и признаки трудовой мотивации, являются определенными стимулами к трудовой деятельности молодого врача.

Трудовая мотивация – побуждение человека к труду, являющееся результирующей системой внутренних побудительных элементов, таких, как потребности, интересы, ценностные ориентации, с одной стороны, с другой – отражаемые и фиксируемые сознанием человека факторы внешней среды, так называемые внешние стимулы, побуждающие к трудовой деятельности.

Все эти элементы представляют собой сложную систему мотивов, под влиянием которых в сознании человека формируется как отношение к труду, так и программа трудового поведения, способная привести к удовлетворению соответствующих потребностей.

Характеристики трудовой мотивации состоят из трех градаций: сильно мотивирующие (от +3 до +2), умеренно мотивирующие (от +1 до -1) или слабо мотивирующие (от -2 до -3). Процентное распределение по градациям факторов мотивации дано в таблице 3.1.

Таблица 3.1 - Распределение молодых врачей по градациям репрезентативных факторов трудовой мотивации

в % к итогу

Название мотивационного признака	Критерии	Удельный вес
Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	70,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	20,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	9,5
	Итого	100,0
Хорошие взаимоотношения с руководством как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	52,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	32,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	15,0
	Итого	100,0
Позитивность морально-психологической атмосферы как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	45,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	44,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	10,0
	Итого	100,0
Возможность приобретать профессиональный опыт как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	56,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	33,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	10,0
	Итого	100,0
Красивые, уютные и удобные помещения медицинского учреждения как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	39,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	37,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	23,5
	Итого	100,0
Соблюдение техники безопасности и хороших гигиенических условий	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	32,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	35,5

Название мотивационного признака	Критерии	Удельный вес
на рабочем месте как фактор трудовой мотивации	1)	
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	32,0
	Итого	100,0
Забота руководства о здоровье сотрудников как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	30,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	44,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	25,5
	Итого	100,0
Достаточность информации о том, что происходит в медицинском учреждении как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	41,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	31,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	28,0
	Итого	100,0
Оснащенность места работы «немедицинским» сервисным оборудованием как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	24,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	43,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	32,5
	Итого	100,0
Работа, которая создает условия для творческого самовыражения на рабочем месте, как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	33,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	51,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	15,0
	Итого	100,0
Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	37,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	40,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	23,0
	Итого	100,0
Высокая степень ответственности, самостоятельности в работе как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	28,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	24,5

Название мотивационного признака	Критерии	Удельный вес
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	47,0
	Итого	100,0
Справедливая оценка выполненной работы со стороны руководства как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	36,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	50,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	14,0
	Итого	100,0
Стабильная работа без угрозы увольнения как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	71,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	22,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	6,5
	Итого	100,0
Гибкий рабочий график как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	41,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	37,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	21,0
	Итого	100,0
Работа без большого напряжения и стресса как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	29,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	39,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	31,0
	Итого	100,0
Стабильный заработок как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	69,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	24,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	7,0
	Итого	100,0
Оплата четко связанная с результатами труда как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	52,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	32,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	16,0

Название мотивационного признака	Критерии	Удельный вес
	Итого	100,0
Справедливое распределение объемов работы как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	29,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	43,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	28,0
	Итого	100,0
Одобрение результатов работы со стороны коллег как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	25,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	33,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	41,5
	Итого	100,0
Общественно полезная работа как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	26,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	32,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	41,5
	Итого	100,0
Возможность знакомства с новыми людьми как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	28,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	41,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	31,0
	Итого	100,0

Как видно из таблицы 3.1, к числу наиболее сильных факторов трудовой мотивации, к которым мы отнесли те, что сильно мотивируют половину и более респондентов, относятся: перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем, хорошие взаимоотношения с руководством, возможность приобретать профессиональный опыт, стабильная работа без угрозы увольнения, стабильный заработок, оплата четко связанная с результатами труда.

К числу слабых факторов трудовой мотивации, к которым мы отнесли мотивирующие менее трети респондентов, относятся: оснащенность места работы

«немедицинским» оборудованием, высокая степень ответственности и самостоятельность, работа без большого напряжения и стресса, справедливое распределение объемов работы, одобрение результатов работы со стороны коллег, общественно полезная работа, возможность знакомства с новыми людьми.

Терминальные ценности (или предельные ценности) – это ценности, которые относятся к жизненным целям, то есть целям, которых человек хотел бы достичь в течение своей жизни. Повышение приоритета какой-либо личной ценности приводит к росту приоритета личных ценностей вообще и к снижению приоритета социальных ценностей. И наоборот, возрастание приоритета социальных ценностей приводит к общему повышению приоритета других социальных ценностей и к снижению приоритета личных.

Ценностные ориентации распределяются по трем градациям, включающим в себя высокую ранговую позицию в системе терминальных ценностей (1–3 место), среднюю (4–6 место) или низкую (7–18 место).

В таблице 3.2 представлено процентное распределение терминальных ценностей.

Таблица 3.2 Распределение молодых врачей по терминальным ценностям

в % к итогу

Ценностная ориентация	Критерии	Удельный вес
«активная деятельная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	52,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	33,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	14,0
	Итого	100,0
«жизненная мудрость» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	15,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	32,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	52,5
	Итого	100,0
«физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	72,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	21,5

Ценностная ориентация	Критерии	Удельный вес
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	6,5
	Итого	100,0
«интересная работа» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	63,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	23,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	13,0
	Итого	100,0
«красота природы и искусства» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	11,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	16,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	73,0
	Итого	100,0
«любовь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	52,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	28,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	20,0
	Итого	100,0
«материально обеспеченная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	63,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	25,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	12,0
	Итого	100,0
«наличие хороших и верных друзей» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	31,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	41,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	27,5
	Итого	100,0
«общественное признание» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	56,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	33,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	11,0
	Итого	100,0
«познание» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	22,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	39,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	39,0

Ценностная ориентация	Критерии	Удельный вес
	Итого	100,0
«продуктивная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	51,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	39,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	9,5
	Итого	100,0
«развитие» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	35,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	35,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	29,5
	Итого	100,0
«развлечения» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	27,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	26,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	46,5
	Итого	100,0
«самостоятельность, независимость в суждениях» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	46,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	33,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	20,0
	Итого	100,0
«счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	43,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	36,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	20,5
	Итого	100,0
«счастье других» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	23,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	26,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	51,0
	Итого	100,0
«творчество» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	18,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	33,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	48,5
	Итого	100,0

Ценностная ориентация	Критерии	Удельный вес
«уверенность в себе» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	34,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	34,5
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	31,5
	Итого	100,0

Как видно из таблицы 3.2, на высоких ранговых позициях для молодых врачей оказались такие терминальные ценности, как активная деятельная жизнь, физическое и психическое здоровье, интересная работа, любовь, материально-обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь.

Наименее приоритетными для молодых специалистов являются такие терминальные ценности как: жизненная мудрость, красота природы, познание, развлечения. Высокие ранговые позиции занимают терминальные ценности счастье других, творчество.

Резюме

Центральной частью исследования явились представленные результаты анализа влияния медико-социальных и психологических факторов на формирование компонентов профессиональной социализации.

К числу рассматриваемых нами медико-социальных факторов относились следующие: материально-бытовые условия, профессиональные условия, личностно-поведенческие характеристики, биологические характеристики.

Уровень и динамика становления профессиональной социализации молодого врача определяется также такими важными личностно-психологическими характеристиками, как терминальные ценностные ориентации и трудовая мотивация.

К числу сильных факторов трудовой мотивации отнесены те, которые занимают лидирующие позиции у половины и более респондентов. К данным мотивациям относятся перспектива карьерного роста, возможность стать

руководителем, хорошие взаимоотношения с руководством, возможность приобретать профессиональный опыт, стабильная работа без угрозы увольнения, стабильный заработок, оплата, четко связанная с результатами труда.

К числу слабых факторов трудовой мотивации, отнесены те, которые занимают лидирующие позиции у менее трети респондентов. К ним относятся оснащенность места работы «немедицинским» оборудованием, высокая степень ответственности и самостоятельность, работа без большого напряжения и стресса, справедливое распределение объемов работы, одобрение результатов работы со стороны коллег, общественно полезная работа, возможность знакомства с новыми людьми.

На высоких ранговых позициях для молодых врачей оказались следующие терминальные ценности: активная деятельная жизнь, физическое и психическое здоровье, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь, счастье других, творчество.

Наименее приоритетными для молодых специалистов являются такие терминальные ценности как жизненная мудрость, красота природы, познание, развлечения.

ГЛАВА 4

**ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ СОЦИАЛИЗАЦИЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ И ЕЕ
МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ И ПСИХОЛОГИЧЕСКАЯ
ОБУСЛОВЛЕННОСТЬ*****4.1. Уровни закреплённости молодых врачей в медицинской организации в
связи с их полом и возрастом***

Под «закреплённостью в медицинской организации» молодого врача, как было сказано в главе 2, нами понимается его приверженность, лояльность к определенному социальному, профессиональному окружению, практически проявляемая на протяжении относительно длительного времени трудовой деятельностью в одной медицинской организации.

Результаты распространённости наличия закреплённости представлены на рис. 4.1.

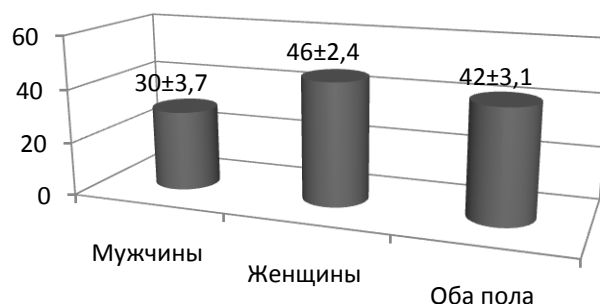


Рисунок 4.1 – Распространённость закреплённости в медицинской организации молодых врачей в связи с их полом

Общий уровень распространённости закреплённости в медицинской организации составил среди молодых врачей Тверской области 42,0±3,1% (рисунок 4.1).

Как видно из данной диаграммы, распространенность закрепленных в медицинской организации лиц среди молодых врачей женского пола более чем в 1,5 раза и статистически достоверно ($p < 0,05$) выше по сравнению с мужчинами.

Показатель закрепленности молодых врачей в медицинской организации характеризуется выраженной возрастной динамикой. Как следует из рисунка 4.2, среди молодых врачей младшей возрастной группы уровень закрепленности превосходит таковой среди их старших коллег в 1,6 раза. Данные различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

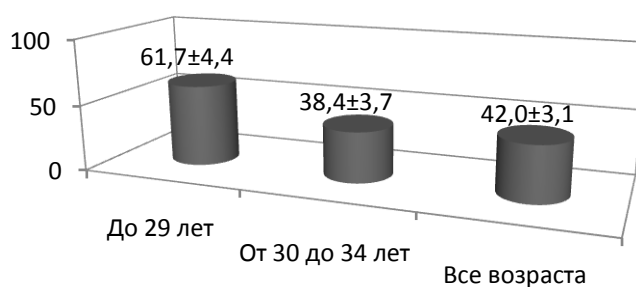


Рисунок 4.2 – Распространенность закрепленности в медицинской организации у молодых врачей в связи с их возрастом

4.2. Медико-социальная и психологическая обусловленность закрепленности молодых врачей в медицинской организации

С целью выявления причин и условий, определяющих закрепленность в медицинской организации (наличие факта закрепленности) молодых врачей, проанализировано влияние 141 медико-социального и психологического факторов.

Данные, приведенные в таблице 4.1, свидетельствуют о том, что закрепленность молодых врачей в медицинской организации представляет результат действия 23 репрезентативных факторов. Наибольшее значение для ее формирования имеют приоритеты мотивации молодых врачей к профессиональной деятельности, к числу которых относится 9 факторов, в том числе находящиеся на четырех первых ранговых позициях рейтинг-шкалы.

Таблица 4.1. Рейтинг - шкала факторов, оказывающих статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) на формирование закреплённости молодых врачей в медицинской организации

Ранг	Факторы	Влияние	
		χ^2 и уровень его достоверности	Интенсивность (К)
1	Забота руководства о здоровье сотрудников как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 277,9$ $p < 0,001$	0,64
2	Достаточность информации о том, что происходит в учреждении как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 211,3$ $p < 0,001$	0,56
3	Высокая степень ответственности, самостоятельности как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 143$ $p < 0,001$	0,46
4	Стабильная работа без угрозы увольнения как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 127,6$ $p < 0,001$	0,43
5	Ценностная ориентация «Продуктивность жизни» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 87,771$ $p < 0,001$	0,36
6	Работа, которая создает условия для творческого самовыражения, как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 79,636$ $p < 0,001$	0,39
7	Ценностная ориентация «Физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 76,241$ $p < 0,001$	0,34
8	Уровень удовлетворенности карьерным ростом	$\chi^2 = 67,314$ $p < 0,001$	0,37
9	Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 66,135$ $p < 0,001$	0,36

Ранг	Факторы	Влияние	
		χ^2 и уровень его достоверности	Интенсивность (К)
10	Уровень табакокурения	$\chi^2 = 61,301$ $p < 0,001$	0,32
11	Ценностная ориентация «Счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 61,188$ $p < 0,001$	0,31
12	Уровень отношений с руководством	$\chi^2 = 36,878$ $p < 0,001$	0,26
13	Доступность медицинской помощи для себя и родственников	$\chi^2 = 31,299$ $p < 0,001$	0,23
14	Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 18,101$ $p < 0,001$	0,18
15	Уровень среднемесячного дохода в сравнении со средней зарплатой по региону	$\chi^2 = 16,167$ $p < 0,001$	0,16
16	Красивые, уютные и удобные помещения учреждения как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 15,273$ $p < 0,001$	0,15
17-18	Соблюдение техники безопасности и хороших гигиенических условий на рабочем месте как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 11,517$ $p < 0,05$	0,13
17-18	Позитивная морально-психологическая атмосфера в учреждении как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 8,357$ $p < 0,05$	0,13
19-20	Наличие врачебной специальности у супруга/супруги	$\chi^2 = 8,958$ $p < 0,05$	0,11
19-20	Ценностная ориентация «Самостоятельность, независимость в суждениях и поступках» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 7,933$ $p < 0,05$	0,11

Ранг	Факторы	Влияние	
		χ^2 и уровень его достоверности	Интенсивность (К)
21	Уровень материального достатка по косвенным признакам*	$\chi^2 = 4,861$ $p < 0,005$	0,10
22-23	Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью	$\chi^2 = 4,747$ $p < 0,001$	0,09
22-23	Стремление к профессиональному самосовершенствованию	$\chi^2 = 4,4383$ $p < 0,05$	0,09

* Высокий уровень материального достатка по косвенным признакам (наличие дорогостоящей недвижимости, автомобиля, отдыха за границей более 2 раз в год, недвижимости за рубежом)

Содержательная характеристика детерминированности закрепленности молодых врачей медико-социальными условиями их условий и образа жизни дана в таблице 4.2.

Таблица 4.2 - Распределение молодых врачей при наличии закрепленности в медицинской организации (основная группа) и отсутствии закрепленности в медицинской организации (контрольная группа) по градациям репрезентативных факторов условий и образа жизни в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Оценка своего уровня удовлетворенности карьерным ростом	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	66,8	29,5
	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный, плохой)	33,2	70,5
	Итого	100,0	100,0
Табакокурение	Курят	56,8	22,0
	Не курят	43,2	78,0
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня отношений с руководством	Относительно высокий уровень (оценили отношения как отличные, хорошие, удовлетворительные)	82,9	62,2
	Относительно низкий уровень (оценили отношения как плохие или очень плохие)	17,1	37,2
	Итого	100,0	100,0

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Самооценка уровня доступности медицинской помощи для себя и родственников	Относительно высокая (оценена как отличная, хорошая)	93,4	74,7
	Относительно низкая (оценена как удовлетворительная, плохая)	6,6	25,3
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня среднемесячного дохода в сравнении со средней зарплатой по региону	Выше или равна средней зарплате по региону	39,3	55,0
	Ниже средней зарплаты по региону	60,7	45,0
	Итого	100,0	100,0
Наличие врачебной специальности у супруга/ супруги	Наличивается	6,4	17,9
	Отсутствует	93,6	82,1
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня материального достатка по косвенным признакам	Относительно высокий уровень (наличие 2-х и более признаков)	45,7	60,7
	Относительно низкий уровень (наличие менее 2-х признаков)	54,3	39,3

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
	Итого	100,0	100,0
Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью	Относительно высокий уровень (оценена как отличная, хорошая)	87,9	98,6
	Относительно низкий уровень (оценена как удовлетворительна, плохая)	12,1	1,4
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня стремления к профессиональному самосовершенствованию	Высокий уровень (систематическое посещение краткосрочных профессиональных образовательных мероприятий, обучение по дополнительным программам профессионального образования)	69,3	91,4
	Низкий уровень (отсутствие систематического посещения краткосрочных профессиональных образовательных мероприятий, отсутствие учеб по дополнительным программам профессионального образования)	30,7	8,6
	Итого	100,0	100,0

Как можно было ожидать, положительное влияние на закрепленность молодых врачей оказывает положительный модус взаимоотношений с руководством и удовлетворенность динамикой своего карьерного роста в медицинской организации (таблица 4.2)

По нашим наблюдениям у лиц, относящихся к основной группе, высокий уровень отношений с руководством (самооценка этих отношений как отличных или хороших) в 1,3 раза чаще, чем у лиц, относящихся к контрольной группе. В то же время, доля имеющих низкий уровень отношений с руководством (оценка отношений как удовлетворительных, неудовлетворительных или плохих) среди закрепленных в медицинской организации в 3,2 раза меньше по сравнению с альтернативной группой. Среди закрепленных молодых врачей 2/3 удовлетворены своим карьерным ростом. Незакрепленных молодых специалистов, удовлетворенных карьерным ростом, менее 1/3.

Закрепленность молодых врачей представляет также производные из материального достатка и социальных возможностей.

Данные таблицы 4.2 позволяют считать, что закрепленность является парадоксальным результатом низкого уровня материального благополучия носителей данного признака (закрепленности). Молодые закрепленные врачи указывают, что уровень их зарплаты ниже средней по региону более чем в 3/5 случаев. В контрольной группе зарплату ниже средней по региону получают в 1,4 раза меньше врачей. Относительно высокий уровень материального достатка по косвенным признакам (наличие дорогостоящей недвижимости, автомобиля, отдых за границей более 2 раз в год, недвижимость за рубежом) присущи менее чем половине респондентов из основной группы и, одновременно, более чем 3/5 их коллег из группы контроля.

Фактором, способствующим усилению закрепленности, является относительно высокая доступность медицинской помощи для себя и своих родственников. Так, высокий уровень доступности медицинской помощи

отмечают более 9/10 респондентов из основной группы, а в группе контроля такую возможность видят менее $\frac{3}{4}$ врачей.

Сведения, приведенные в таблице 4.2, демонстрируют относительно высокое стремление к профессиональному совершенствованию (систематическое посещение краткосрочных профессиональных образовательных мероприятий, обучение по дополнительным программам профессионального образования) как в основной, так и в контрольной группах молодых врачей. Тем не менее, анализ данных таблиц показывает обратную связь между закрепленностью и активностью врача в профессиональном самосовершенствовании. Хотя ее относительно высокий уровень отмечается более чем у $\frac{2}{3}$ закрепленных, в группе контроля соответствующий показатель выше в 1,3 раза.

Закрепленность может рассматриваться как результат критической оценки своих профессиональных результатов. Неудовлетворенных своими профессиональными результатами, т.е. указывающих что уровень удовлетворенности большинства пациентов их услугами относительно низкий, в основной группе более чем 10%. В контроле таких – в 8,6 раз меньше.

На закрепленность отрицательно влияет наличие у супруга (супруги) респондента также специальности врача. В основной группе, врачебных супружеских пар 6,4%, что почти в 3 раза меньше по сравнению с группой незакрепленных.

Табличные данные говорят и о наличии определенных взаимовлияний закрепленности и образа жизни молодых врачей. Наличие табакокурения, расцениваемого нами как определенный способ преодоления стресса, в том числе и профессионального, присуще почти $\frac{3}{5}$ закрепленных врачей, и одновременно лишь немногим более $\frac{1}{5}$ представителей группы контроля.

Сущность обусловленности закрепленности молодых врачей личностно-психологическими факторами профессионально-мотивационного и ценностного плана рассмотрена в таблице 4.3.

Таблица 4.3 - Распределение молодых врачей при закреплённости в медицинской организации (основная группа) и отсутствии закреплённости в медицинской организации (контрольная группа) по градациям репрезентативных факторов трудовой мотивации и терминальных ценностных ориентаций в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Забота руководства о здоровье сотрудников как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	88,4	12,4
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	8,3	62,2
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	3,3	25,4
	Итого	100,0	100,0
Достаточность информации о том, что происходит в медицинском учреждении как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	62,2	4,1
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	24,9	29,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	12,9	66,9
	Итого	100,0	100,0
Высокая степень ответственности, самостоятельности в работе как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	33,2	46,5
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	60,2	12,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	6,6	41,5
	Итого	100,0	100,0
Стабильная работа без угрозы увольнения как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	87,1	37,3
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	10,4	45,6
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	2,5	17,1

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Продуктивность жизни» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	9,1	10,3
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	41,5	78,8
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	49,4	10,9
	Итого	100,0	100,0
Работа, которая создает условия для творческого самовыражения на рабочем месте, как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	45,6	78,8
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	58,9	17,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	5,5	4,2
	Итого	100,	100,0
Ценностная ориентация «Физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	16,6	10,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	62,2	29,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	21,2	61,0
	Итого	100,0	100,0
Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	29,0	65,9
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	62,2	29,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	8,8	4,6

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	8,3	4,6
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	66,4	34,8
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	25,3	60,6
	Итого	100,0	100,0
Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	74,7	89,2
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	16,6	8,3
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	8,7	2,5
	Итого	100,0	100,0
Красивые, уютные и удобные помещения медицинского учреждения как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	91,7	82,3
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	6,2	6,2
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	2,1	11,5
	Итого	100,0	100,0
Соблюдение техники безопасности и хороших гигиенических условий на рабочем месте как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	97,5	90,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	2,0	8,3
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	0,5	1,7
	Итого	100,0	100,0
Позитивность морально-	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	78,8	70,5

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
психологической атмосферы как фактор трудовой мотивации	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	12,9	12,4
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	8,3	17,1
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Самостоятельность, независимость в суждениях и поступках» в иерархии ценностей	Ранговая позиция Высокая (1 – 3)	2,0	5,8
	Ранговая позиция Средняя (4 – 6)	68,5	58,0
	Ранговая позиция Низкая (7 – 18)	29,5	36,2
	Итого	100,0	100,0

*В соответствии с опросником «выявление мотивационных предпочтений» Н.В. Самоукиной (2006г.), где значения от +3 до+2 соответствуют сильной мотивации, значения от +1 до -1 – средней мотивации, значения от -2 до -3 – слабой мотивации.

** В соответствии с опросником «исследование терминальных ценностных ориентаций» М. Рокича (1969г.), где ранговая позиция терминальной ценности 1-3 определяется как высокая, 4-6 – как средняя, 17-18 – как низкая.

Данные, приведенные в таблице 4.3, наглядно демонстрируют выраженные отличия в мотивационной и ценностной сферах молодых врачей, успешно закрепленных в медицинской организации, и их коллег-ровесников, чье профессиональное закрепление не состоялось.

Закрепленность врачей является результатом относительно высокой значимости для них следующих мотивирующих к труду факторов: забота руководства о здоровье сотрудников (почти 9/10 отнесенных к основной группе); достаточность информации о том, что происходит в медицинском учреждении (свыше 3/5 принадлежащих к основной группе); стабильность работы без угрозы увольнения (почти 9/10 лиц из основной группы); красота, удобство и уют помещений медицинского учреждения (более 9/10 лиц из основной группы); соблюдение техники безопасности и хороших гигиенических условий (практически для всех 100% отнесенных в основную группу); позитивность морально-психологической атмосферы (более $\frac{3}{4}$ включенных в основную группу). В группе контроля удельный вес тех, для кого данные трудовые мотиваторы также были сильными, оказался существенно ниже: по фактору заботы руководства о здоровье сотрудников в 7,1 раза; по фактору достаточности информации о том, что происходит в медицинском учреждении, в 16,1 раз; по фактору стабильности работы без угрозы увольнения в 2,3 раза; по фактору красоты, уюта и удобства помещений медицинского учреждения в 1,1 раза; по фактору соблюдения техники безопасности и хороших гигиенических условий в 1,1 раза; по фактору позитивности морально-психологической атмосферы в 1,1 раза.

Закрепленность врачей формируется также и под влиянием факторов, играющих относительно малую роль в качестве инструментов создания сильной трудовой мотивации. К числу последних относятся: высокая степень ответственности, самостоятельности в работе (среди закрепленных лиц сильно мотивированных этим фактором около трети, в контроле – в 1,4 раза больше); работа, которая создает условия для творческого самовыражения на рабочем

месте (в группе закрепленных высокомотивированных им 45,6%, среди незакрепленных их процент выше в 1,7 раз); сложная и трудная работа (в основной группе данный мотиватор является сильным для 3/10, тогда как в контрольной – для большего числа респондентов в 2,3 раза); перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем (сильный мотиватор для почти $\frac{3}{4}$ составивших основную группу, но в альтернативной группе аналогичный показатель в 1,2 раза выше).

Закрепленность молодых врачей в медицинской организации обуславливается доминированием таких терминальных ценностей, как «физическое и психическое здоровье» (почти у 4/5 респондентов из основной группы она занимает высокие или средние ранговые позиции); «счастливая семейная жизнь» (находится на высоких и средних ранговых местах, по мнению почти $\frac{3}{4}$ лиц из основной группы); «самостоятельность и независимость в суждениях и поступках» (отнесена к числу высоко либо средне значимых более чем 7/10 входящих в основную группу). В контрольной группе доля лиц, для которых указанные ценностные ориентации в той же степени приоритетны, меньше в 2,0; в 1,9 и в 1,1 раза соответственно.

Закрепленность исследуемого контингента обуславливается и относительно низкой значимостью такой ценности, как «продуктивность жизни». Она занимает высокие и средние ранговые позиции примерно у половины лиц из основной группы. В контрольной группе лиц, для которых данная ценностная ориентация приоритетна, в 1,8 раз больше.

4.3. Уровни приоритетной направленности личности молодых врачей на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач в связи с их полом и возрастом

Другим компонентом, составляющим профессиональную социализацию молодых врачей, более подробно рассмотренным в главе 2, явилась «приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач». Данная составляющая определялась в рамках психодиагностического тестирования на основе методики Б. Басса и фиксировалось тогда, когда уровень приоритетной направленности «на дело» выраженно превосходил уровень других типов профессиональной направленности личности в профессиональной сфере деятельности, таких как направленность на прямое вознаграждение и удовлетворение («на себя»); поддержка отношений с людьми при любых условиях, ориентация на совместную деятельность, но часто в ущерб выполнению конкретных задач («на общение»).

Из рисунка 4.3 видно, что распространенность встречаемости лиц, имеющих приоритетную направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач среди молодых врачей мужского пола в 2,0 раза статистически достоверно выше, чем среди женщин ($p < 0,05$).

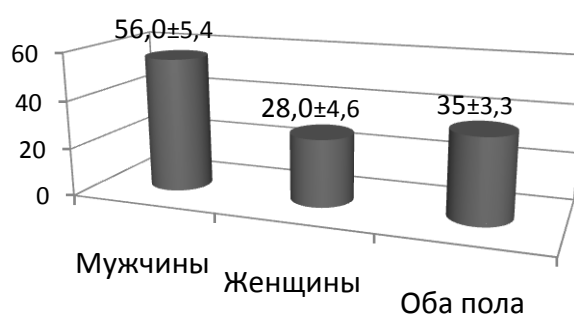


Рисунок 4.3 – Распространенность приоритетной направленности личности молодых врачей на качественное и эффективное решение профессиональных задач в связи с их полом

На рисунке 4.4 отражено, что распространенность наличия приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у молодых врачей с повышением возраста увеличивается в 1.6 раза. Данное увеличение является репрезентативным ($p < 0,05$).

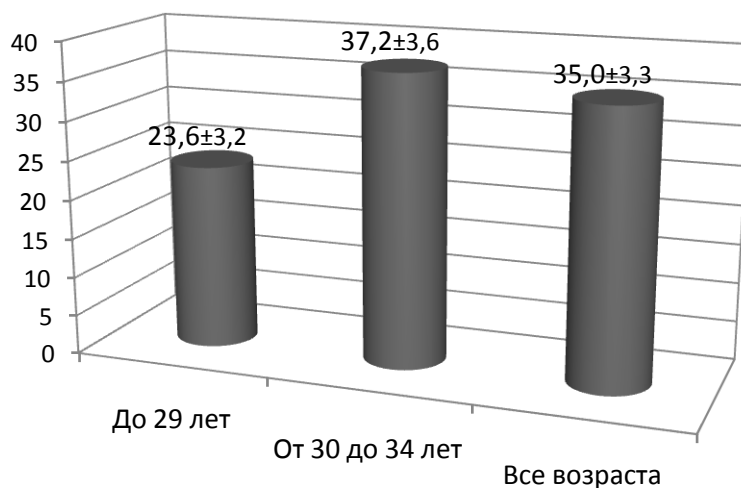


Рисунок 4.4 – Распространенность приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у молодых врачей в связи с их возрастом

4.4. Медико-социальная и психологическая детерминированность приоритетной направленности личности молодых врачей на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач

Данные, приведенные в таблице 4.4, свидетельствуют, что приоритетная направленность личности молодых врачей на качественное и эффективное решение профессиональных задач представляет результат действия 18 репрезентативных факторов. Несколько большее значение для ее формирования имеют факторы условий и образа жизни молодых врачей, к числу которых относится 10 факторов, в том числе находящиеся на трех первых ранговых позициях рейтинг-шкалы.

Таблица 4.4 - Рейтинг-шкала факторов, оказывающих статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) на формирование приоритетной направленности личности молодых врачей

Ранг	Факторы	Влияние	
		Достоверность	Интенсивность (К)
1	Самооценка уровня здоровья	$\chi^2 = 217,5$ $p < 0,001$	0,72
2	Закрепленность	$\chi^2 = 127,8$ $p < 0,001$	0,56
3	Самооценка уровня оплаты труда	$\chi^2 = 128,1$ $p < 0,001$	0,55
4	Хорошие взаимоотношения с руководством как фактор трудовой мотивации*	$\chi^2 = 156,0$ $p < 0,001$	0,51
5	Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 143,6$ $p < 0,001$	0,49
6	Оценка уровня взаимоотношений с членами семьи	$\chi^2 = 86,4$ $p < 0,001$	0,45
7	Ценностная ориентация «Материально	$\chi^2 = 108$	0,43

Ранг	Факторы	Влияние	
		Достоверность	Интенсивность (К)
	обеспеченная жизнь»	$p < 0,001$	
8	Гибкий рабочий график как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 93,0$ $p < 0,001$	0,40
9	Работа во время учебы в ВУЗе	$\chi^2 = 68,6$ $p < 0,001$	0,39
10	Достаточная информация о том, что происходит в медицинском учреждении как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 78,9$ $p < 0,001$	0,36
11	Самооценка уровня взаимоотношений с коллегами	$\chi^2 = 40,4$ $p < 0,001$	0,31
12	Ценностная ориентация «Физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 51,1$ $p < 0,001$	0,29
13-14	Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 39,1$ $p < 0,05$	0,26
13-14	Наличие работы по совместительству в другой профессиональной сфере	$\chi^2 = 27,2$ $p < 0,001$	0,26

Ранг	Факторы	Влияние	
		Достоверность	Интенсивность (К)
15	Наличие официальных документов морального стимулирования	$\chi^2 = 25,6$ $p < 0,001$	0,25
16	Самооценка уровня успеваемости в медицинском ВУЗе	$\chi^2 = 15,4$ $p < 0,001$	0,19
17	Самооценка уровня потребления спиртных напитков	$\chi^2 = 9,9$ $p < 0,001$	0,15
18	Ценностная ориентация «Уверенность в себе» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 8,9$ $p < 0,05$	0,11

Характеристика содержательной стороны обусловленности приоритетной направленности личности молодых врачей медико-социальными условиями образа жизни отражена в таблице 4.5.

Таблица 4.5 – Распределение молодых врачей, характеризующихся приоритетной направленностью личности на «дело» (основная группа) и отсутствием приоритетной направленности личности на «дело» (контрольная группа), по градациям репрезентативных факторов условий и образа жизни в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Оценка своего уровня здоровья	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	83,8	11,9
	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный, плохой)	16,2	88,1
	Итого	100,0	100,0
Оценка своего уровня оплаты труда	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	65,7	11,9
	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный, плохой)	34,3	88,1
	Итого	100,0	100,0
Закрепленность	Не закрепленные	36,7	71,4
	Закрепленные	63,3	28,6
	Итого	100,0	100,0
Оценка уровня	Относительно высокий (оценены как отличная, хорошая)	69,0	23,8

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
взаимоотношений с членами семьи	Относительно низкий (оценены как удовлетворительная, плохая)	31,0	76,2
	Итого	100,0	100,0
	Работали	85,7	47,6
Работа во время учебы в ВУЗе	Не работали	14,3	52,4
	Итого	100,0	100,0
	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	61,9	30,1
Оценка уровня взаимоотношений с коллегами	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный, плохой)	38,1	69,9
	Итого	100,0	100,0
	Наличествует	9,0	29,0
Наличие работы по совместительству в другой профессиональной сфере	Отсутствует	91,0	71,0
	Итого	100,0	100,0
	Наличествует	21,4	4,8

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
документов морального стимулирования	Отсутствует	78,6	95,2
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня успеваемости в медицинском ВУЗе	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	35,7	54,8
	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный)	64,3	45,2
	Итого	100,0	100,0
Самооценка уровня потребления спиртных напитков	Относительно высокий (ежедневный, еженедельный)	38,0	49,5
	Относительно низкий (ежемесячный или отсутствующий)	62,0	50,5
	Итого	100,0	100,0

Формированию направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач способствует высокий уровень здоровья и активное стремление к здоровому образу жизни. Относительно высокий уровень здоровья (оценен как отличный или хороший) отметили 4/5 респондентов из основной группы. В тоже время, лиц с иной направленностью личности, которые аналогично оценили свой уровень здоровья в 7 раз меньше. Уровень потребления спиртных напитков относительно высокий (оценен как ежедневный, еженедельный) в основной группе отметили 2/5 респондентов. В контрольной группе, в 1,3 раза больше уровень относительно высокого потребления алкоголя, чем в группе с приоритетной направленностью личности на «дело».

Направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач представляет производную уровня заработной платы и уровня закреплённости на рабочем месте. Удельный вес молодых врачей из основной группы, чья самооценка уровня оплаты труда относительно высокая (отличная или хорошая), составляет почти 7/10. В группе контроля считают таким же образом в 5,5 раз меньше молодых врачей. Среди молодых врачей, ориентированных на качественное и эффективное решение профессиональных задач, незакрепленные специалисты составляют менее 1/5 от числа респондентов, а в контрольной группе данный показатель в 4,3 раза выше.

Наличие работы по совместительству в другой профессиональной сфере является отрицательным фактором для формирования приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач. В группе с приоритетной направленностью личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, не совмещающих работу в другой профессиональной сфере, менее 1/10, а в группе контроля в 3,3 раза больше. Значительным фактором способствующими усилению формирования приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач является наличие официальных документов морального стимулирования (почетных грамот и

благодарностей). Так данными регалиями обладают более 1/5 врачей из основной группы, в группе с иной направленностью личности таких докторов в 4,5 раза меньше. Позитивное влияние на формирование приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач оказывает факт работы в период обучения в медицинском ВУЗе. В основной группе лица, которые совмещали работу и обучение составляют 9/10, в группе контроля их в 1,8 раза меньше. Относительно высокий уровень успеваемости в медицинском ВУЗе (оценен как отличный, хороший) оказывает негативное влияние на формирование приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач. В основной группе относительно высокие показатели по данному критерию отмечены у 1/3, в контрольной группе данные показатели выше в 1,5 раза.

Сильной направленности на качественное и эффективное решение профессиональных задач способствует оптимальный уровень взаимодействия с семейным и профессиональным социальным окружением. Свои отношения с членами семьи как относительно благополучные (уровень оценен как отличный, хороший) определили 7/10 респондентов, в контрольной группе такую же оценку семейным отношениям дали почти в 3 раза меньше врачей. Относительно высокий уровень взаимоотношений с коллегами (оценен как отличный, хороший) отметили 3/5 молодых врачей с приоритетной направленностью личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, а в сравниваемой группе таких врачей в 2 раза меньше.

Основные принципы обусловленности приоритетной направленности личности молодых врачей личностно-психологическими факторами профессионально-мотивационного и ценностного плана рассмотрены в таблице 4.6.

Таблица 4.6 - Распределение молодых врачей, характеризующихся приоритетной направленностью личности на дело (основная группа) и отсутствием приоритетной направленности личности на дело (контрольная группа), по градациям репрезентативных факторов трудовой мотивации и терминальных ценностных ориентаций в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Хорошие взаимоотношения с руководством как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	14,3	71,4
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	16,7	14,3
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	69,0	14,3
	Итого	100,0	100,0
Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	23,8	80,1
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	19,0	9,5
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	57,2	10,4
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Материально обеспеченная жизнь»	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	9,5	47,6
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	33,3	38,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	57,2	14,4
	Итого	100,0	100,0
Гибкий рабочий график как фактор трудовой	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	47,6	9,5

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
мотивации	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	23,8	19,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	28,6	71,5
	Итого	100,0	100,0
Достаточная информация о том, что происходит в медицинском учреждении как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	52,3	14,3
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	28,7	21,4
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	19,0	64,3
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	9,5	33,3
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	61,9	30,9
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	28,6	35,7
	Итого	100,0	100,0
Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	31,0	7,1
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	11,9	13,3
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	42,9	79,6
	Итого	100,0	100,0

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Ценностная ориентация «Уверенность в себе» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	14,3	40,5
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	31	18
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	54,7	41,5
	Итого	100,0	100,0

Данные, приведенные в таблице 4.6, наглядно показывают выраженные отличия в мотивационной и ценностной сферах у молодых врачей с приоритетной направленностью личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, и их коллег-ровесников, для которых направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач не является приоритетной.

Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у врачей является результатом относительно высокой значимости для них в качестве факторов, мотивирующих к труду, гибкого рабочего графика (почти для 50% отнесенных к основной группе); количество достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении (для более $\frac{1}{2}$ принадлежащих к основной группе); сложная и трудная работа (для почти $\frac{1}{3}$ лиц из основной группы). В группе контроля удельный вес тех, для кого данные трудовые мотивации также были сильными, оказался значительно ниже: по мотивирующему фактору гибкого рабочего графика в 5,0 раз; по мотивирующему фактору количества достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении в 3,7 раза; по мотивирующему фактору сложной и трудной работы в 4,4 раза. Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у врачей формируется также и под влиянием факторов, играющих относительно малую роль в качестве инструментов создания сильной трудовой мотивации. К числу последних относятся хорошие взаимоотношения с руководством (среди лиц с приоритетной направленностью личности на дело сильно мотивированных этим фактором чуть более $\frac{1}{10}$, в контроле – в 5,0 раза больше); перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем (в основной группе высокомотивированных им только $\frac{1}{5}$, а в контрольной группе в 3,7 раза больше).

Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у молодых врачей в медицинской организации обуславливается доминированием таких терминальных ценностей, как

«физическое и психическое здоровье» (почти у 7/10 респондентов из основной группы она занимает высокие или средние ранговые позиции), тогда как в контроле в 1,1 раза меньше. Ведущая направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, у исследуемого контингента обусловлена относительно низкой значимостью таких ценностей как: «материально обеспеченная жизнь» (у 2/5 респондентов из основной группы она занимает высокие или средние ранговые позиции), в контрольной группе, лиц, для которых данная ценностная ориентация приоритетна, в 2 раза больше. Также это относится и к «уверенности в себе» (у 2/5 респондентов из основной группы – высокие или средние ранговые позиции), а в группе контроля в 1,3 раза больше.

4.5. Уровни базовой компетентности и стремления к ее развитию среди молодых врачей в связи с их полом и возрастом

Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию рассматривается нами как интегральная характеристика уровня квалификации, профессионального результата и образовательной активности молодых врачей.

Распространенность встречаемости лиц с наличием базовой компетентности и стремлением к ее развитию (рисунок 4.5) среди мужчин в 3 раза статистически достоверно выше, чем среди молодых врачей женского пола ($p < 0,05$).

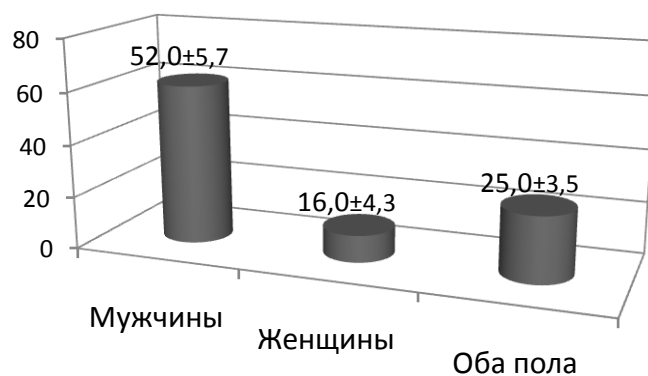


Рисунок 4.5 – Распространенность базовой компетентности и стремление к ее развитию у молодых врачей в связи с их полом

Как видно из данной диаграммы, распространенность лиц с базовой компетентностью и стремлением к ее развитию в медицинской организации среди молодых врачей мужского пола выше по сравнению с женщинами в 3,3 раза и разница статистически достоверна ($p < 0,05$).

Как следует из рисунка 4.6, среди молодых врачей младшей возрастной группы количество лиц с базовой компетентностью и стремлением к ее развитию в медицинской организации ниже, чем среди старших коллег в 1,8 раз. Данные различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

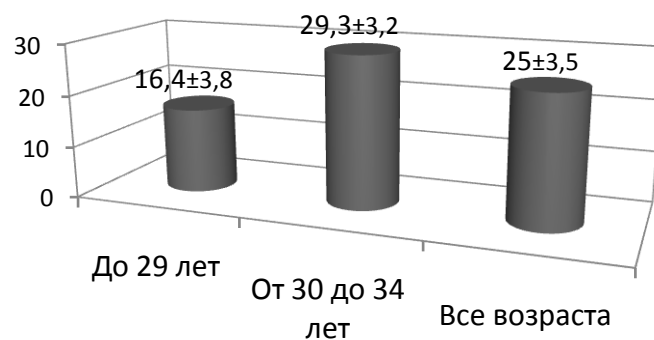


Рисунок 4.6 – Распространенность базовой компетентности и стремление к ее развитию у молодых врачей в связи с их возрастом

Различия по наличию базовой компетентности и стремление к ее развитию между молодыми врачами младшей и старшей возрастных групп являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

4.6. Медико-социальная и психологическая детерминированность базовой компетентности и стремления к ее развитию у молодых врачей

В таблице 4.7 отображено наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию, которое является результатом влияния 9 репрезентативных факторов. Относительно большее влияние на формирование базовой компетентности и стремление к ее развитию имеют факторы ценностной и мотивационной природы, которые занимают шесть ранговых позиций из девяти представленных.

Таблица 4.7 - Рейтинг-шкала факторов, оказывающих статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) на формирование базовой компетентности и стремление к ее развитию

Ранг	Факторы	Влияние	
		Достоверность	Интенсивность (К)
1	Ценностная ориентация «Общественное признание» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 54,6$ $p < 0,001$	0,36
2	Самооценка уровня удовлетворенности профессиональным развитием	$\chi^2 = 8,9$ $p < 0,001$	0,30
3	Ценностная ориентация «Активная деятельная жизнь» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 34,6$ $p < 0,001$	0,29
4	Самооценка возможности трудоустройства на хорошую работу в случае увольнения	$\chi^2 = 23,9$ $p < 0,001$	0,28
5	Стабильный заработок как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 21,4$ $p < 0,001$	0,25
6	Хорошие взаимоотношения с руководством как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 22,9$ $p < 0,001$	0,23
7	Возможность приобретать профессиональный опыт как фактор трудовой мотивации	$\chi^2 = 14,8$ $p < 0,001$	0,19
8	Наличие собственного жилья	$\chi^2 = 6,8$ $p = 0,01$	0,15
9	Ценностная ориентация «Счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	$\chi^2 = 5,9$ $p < 0,05$	0,13

Качественные особенности обусловленности наличия базовой компетентности и стремления к ее развитию значимыми параметрами условий и образа жизни, рассмотрены в таблице 4.8.

Таблица 4.8 - Распределение молодых врачей, характеризующихся наличием базовой компетентности и стремления к ее развитию (основная группа) и отсутствием базовой компетентности и стремления к ее развитию (контрольная группа), по градациям репрезентативных факторов условий и образа жизни в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Самооценка уровня удовлетворенности профессиональным развитием	Относительно высокий (оценен как отличный, хороший)	46,6	73,6
	Относительно низкий (оценен как удовлетворительный, плохой)	53,4	26,4
	Итого	100,0	100,0
Самооценка возможности трудоустройства на хорошую работу в случае увольнения	Возможно трудоустройство	82,6	56,7
	Не возможно трудоустройство	17,4	43,3
	Итого	100,0	100,0
Наличие собственного жилья	Наличествует	80,0	66,7
	Отсутствует	20,0	33,3
	Итого	100,0	100,0

Предопределяющими факторами для становления молодых врачей как обладателей наличия базовой компетентности и стремления к ее развитию вполне логично являются их неудовлетворенность собственным профессионализмом, относительно высокая вероятность перехода на лучшую работу по специальности, нежели настоящая и отсутствие необходимости решать важные материально-бытовые проблемы.

Относительно высокий уровень оценки своей возможности трудоустройства на достойную работу в случае увольнения воздействует на присутствие базовой компетентности и стремление к ее развитию положительно. Такая самооценка характерна для 4/5 респондентов из основной группы. В контрольной группе почти в 1,5 раз меньше молодых врачей, которые также видят возможность дальнейшего устройства на хорошую работу в случае увольнения.

Относительное материальное благополучие, проявляющееся в удовлетворительных жилищных условиях, благоприятно для формирования базовой компетентности и стремления к ее развитию. Собственное жилье имеется у 4/5 врачей, причисленных к основной группе, а в группе контроля врачей, обладающих собственной недвижимостью, в 1,2 раза меньше.

Положительное влияние на формирование базовой компетентности и стремление к ее развитию оказывает относительно низкий уровень (оценен как удовлетворительный, плохой) удовлетворенности профессиональным развитием, в итоге с данными критериями в основной группе менее $\frac{1}{2}$ врачей, а в контрольной группе таких в 1,6 раз больше.

В таблице 4.9 представлена сущность мотивационной и ценностной детерминированности наличия базовой компетентности и стремление к ее развитию

Таблица 4.9 - Распределение молодых врачей, стремящихся к дальнейшему профессиональному развитию (основная группа) и отсутствием стремлений к профессиональному развитию (контрольная группа), по градациям репрезентативных факторов трудовой мотивации и терминальных ценностных ориентаций в % к итогу

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
Ценностная ориентация «Общественное признание» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	43,3	10,0
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	32,7	30,0
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	24,0	60,0
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Активная деятельная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	18,0	46,7
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	36,0	33,3
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	46,0	20,0
	Итого	100,0	100,0
Стабильный заработок как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	38,7	63,3
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	42,6	20,0
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	18,7	16,7
	Итого	100,0	100,0
Хорошие взаимоотношения с руководством как	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	66,6	40,0

Название признака	Критерии	Основная группа	Контрольная группа
фактор трудовой мотивации	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	16,7	36,7
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	16,7	23,3
	Итого	100,0	100,0
Возможность приобретать профессиональный опыт как фактор трудовой мотивации	Сильно мотивирует (от +3 до+2)	60,0	50,0
	Умеренно мотивирует (от +1 до -1)	24,7	23,3
	Слабо мотивирует (от -2 до -3)	15,3	26,7
	Итого	100,0	100,0
Ценностная ориентация «Счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей	Ранговая позиция высокая (1 – 3)	20,0	32,7
	Ранговая позиция средняя (4 – 6)	49,3	38,7
	Ранговая позиция низкая (7 – 18)	30,7	28,6
	Итого	100,0	100,0

Из таблицы 4.9 заметно, что наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию, является результатом закономерного отношения молодых врачей к ценностям общесоциального, а в том числе и профессионального, семейного и экзистенциального плана.

Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию формируется под влиянием относительно высокой важности ценностного фактора «общественное признание» для 2/5 отнесенных к основной группе. В группе контроля удельный вес тех, для кого данный ценностных фактор также был сильным, ниже в 4,3 раза.

Наличие базовой компетенции и стремление к ее развитию формируется ценностными ориентациями такими как «активная деятельная жизнь» и «счастливая семейная жизнь», последние сравнительно менее значимы в группе контроля. Наличие ценностной ориентации «активная деятельная жизнь» занимает высокие распределительные позиции лишь у 1/5 респондентов из основной группы, в контрольной группе – в 2,6 раза больше. Ценностный фактор «счастливая семейная жизнь» только у 1/5 анкетированных из основной группы занимает высокие ранговые позиции, а в группе контроля – больше в 1,6 раза.

Достаточно сильным влиянием на формирование присутствия базовой компетентности и стремления к ее развитию обладают две мотивационные характеристики молодых врачей: возможность приобретения профессионального опыта (в основной группе высокие показатели данной характеристики имели 3/5 респондентов); хорошие взаимоотношения с руководством (7/10 лиц из основной группы). В группе контроля удельный вес тех, для кого данные трудовые побуждения также были сильными, оказались несколько ниже: по мотивирующему фактору возможности приобретения профессионального опыта - в 1,2 раза; хорошие взаимоотношения с руководством - в 1,7 раз.

Устойчивый заработок имеет отрицательное влияние на наличие базовой компетентности и стремление к ее приобретению (среди закрепленных лиц сильно мотивированных этим фактором примерно 2/5, а в контроле – в 1,6 раз

больше), данный фактор играет сравнительно малую роль в качестве инструментов создания сильной трудовой мотивации.

Резюме

Таким образом, на формирование профессиональной социализации молодых врачей оказывают влияние факторы условий и образа жизни, а также факторы трудовой мотивации и терминальных ценностей. Распространенность закреплённости (приверженности) в медицинской организации составила среди молодых врачей $42,0\% \pm 3,1$ ($p < 0,05$), наиболее высокий процент среди женщин в возрастной группе до 29 лет. Закреплённость молодых врачей в медицинской организации представляет результат действия 23 репрезентативных факторов. Наибольшее значение для ее формирования имеют ведущие приоритеты мотивации молодых врачей к профессиональной деятельности. Распространенность приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач составила $35,0\% \pm 3,3$ ($p < 0,05$), наибольшая распространенность определяется среди мужчин в группе от 30 до 34 лет. Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач является результатом действия 18 репрезентативных факторов. Несколько большее значение для ее формирования имеют факторы условий и образа жизни молодых врачей.

Всего обладателями базовой профессиональной компетентности и стремлением к ее развитию являются $25,0\% \pm 3,5$ ($p < 0,05$) молодых врачей. Больше число лиц, имеющих данную компетентность и стремление к ее развитию, определено среди мужчин в возрастной группе от 30 до 34 лет. Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию является результатом влияния 9 репрезентативных факторов. Относительно большое влияние на формирование базовой компетентности и стремления к ее развитию имеют факторы ценностной и мотивационной природы.

Знание о факторах, влияющих на формирование профессиональной социализации, приоритетной направленности личности «на дело» и базовой профессиональной компетентности, может быть очень ценно для органов управления здравоохранением, главных врачей больниц и их заместителей, заведующих отделений, поскольку может указать путь к большей приверженности их сотрудников к работе, ориентированности на профессиональные успехи, развитию у них профессиональных амбиций и стремления к самосовершенствованию в профессиональной сфере при большей приверженности сотрудников к одному лечебному учреждению.

ГЛАВА 5

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ С ВРЕМЕННОЙ УТРАТОЙ ТРУДОСПОСОБНОСТИ КАК ОТРАЖЕНИЕ ВЛИЯНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ НА ЗДОРОВЬЕ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

5.1. Заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности в целом и в отдельных половозрастных группах

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности складывается из совокупности наиболее значимых тяжелых заболеваний и травм, фиксируемых именно среди работающего населения, в том числе и молодых врачей, и является достаточно полным отражением состояния здоровья указанного контингента.

Для успешного функционирования молодого врача как специалиста необходимо не только обладать характеристиками профессиональной социализации, но и иметь низкие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности. Заболеваемость - важнейший показатель, отражающий уровень здоровья населения.

В целом, показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности среди мужчин меньше, чем среди женщин вне зависимости от возраста. Также с увеличением возраста наблюдается рост показателей заболеваемости с временной утратой трудоспособности вне зависимости от пола.

Далее представлены данные, отражающие показатели ЗВУТ, распределенные по половозрастным группам.

На рисунке 5.1 представлены данные, отражающие число случаев временной нетрудоспособности среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах.

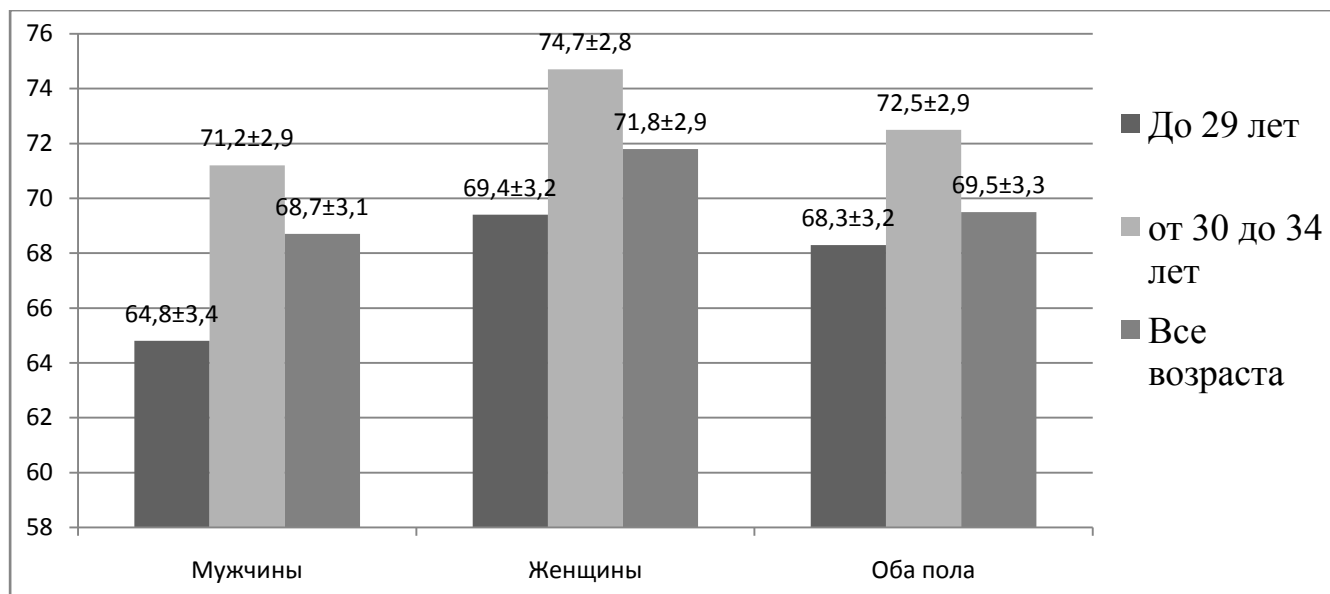


Рисунок 5.1 – Число случаев временной нетрудоспособности среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц мужского пола по показателю числа случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,05$) ниже, чем у их коллег женского пола. Также, среди молодых врачей, находящихся в возрастной группе до 29 лет, число случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,05$) достоверно меньше, чем у их коллег из возрастной категории от 30 до 34 лет. Среди мужчин, а также женщин, находящихся в возрастной группе до 29 лет заболеваемость с временной утратой трудоспособности по числу дней временной нетрудоспособности на 100 работающих ниже, чем в группе лиц мужского и женского пола соответственно в возрасте от 30 до 34. Различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

На рисунке 5.2 представлены данные, отражающие число дней временной нетрудоспособности среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах.

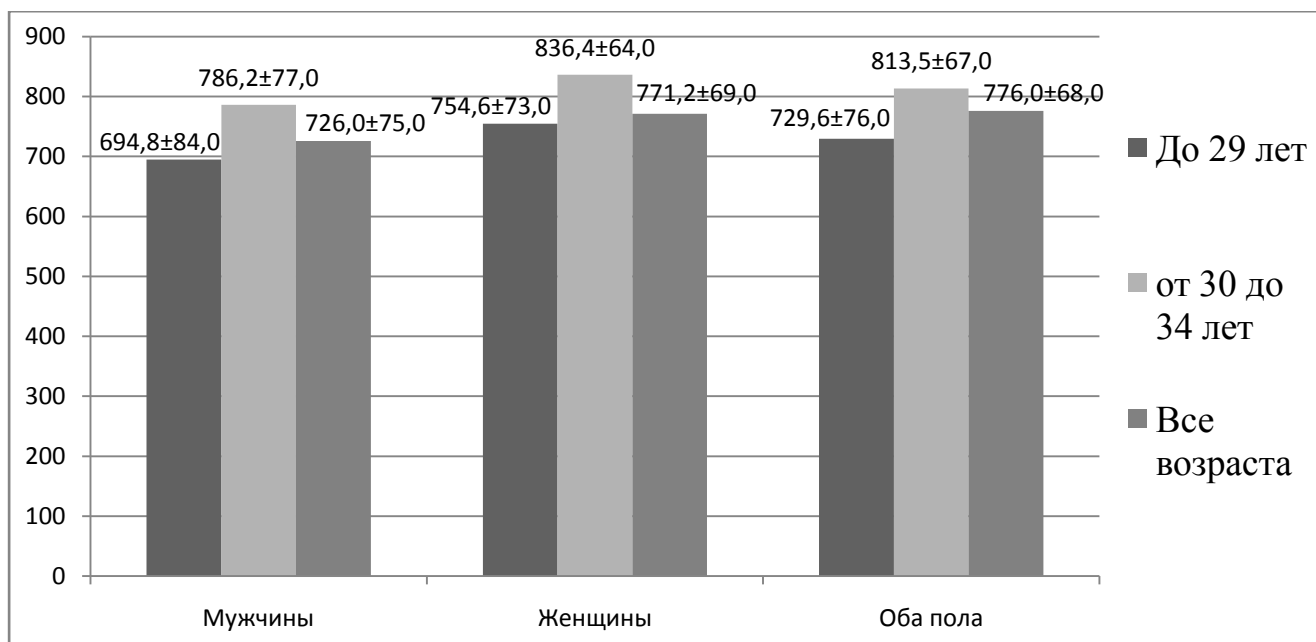


Рисунок 5.2 – Число дней временной нетрудоспособности среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц мужского пола, по числу дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди мужчин по сравнению с женщинами меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$). Показатель числа дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди лиц до 29 лет меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$).

На рисунке 5.3 представлены данные, отражающие показатель болевших лиц среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах.

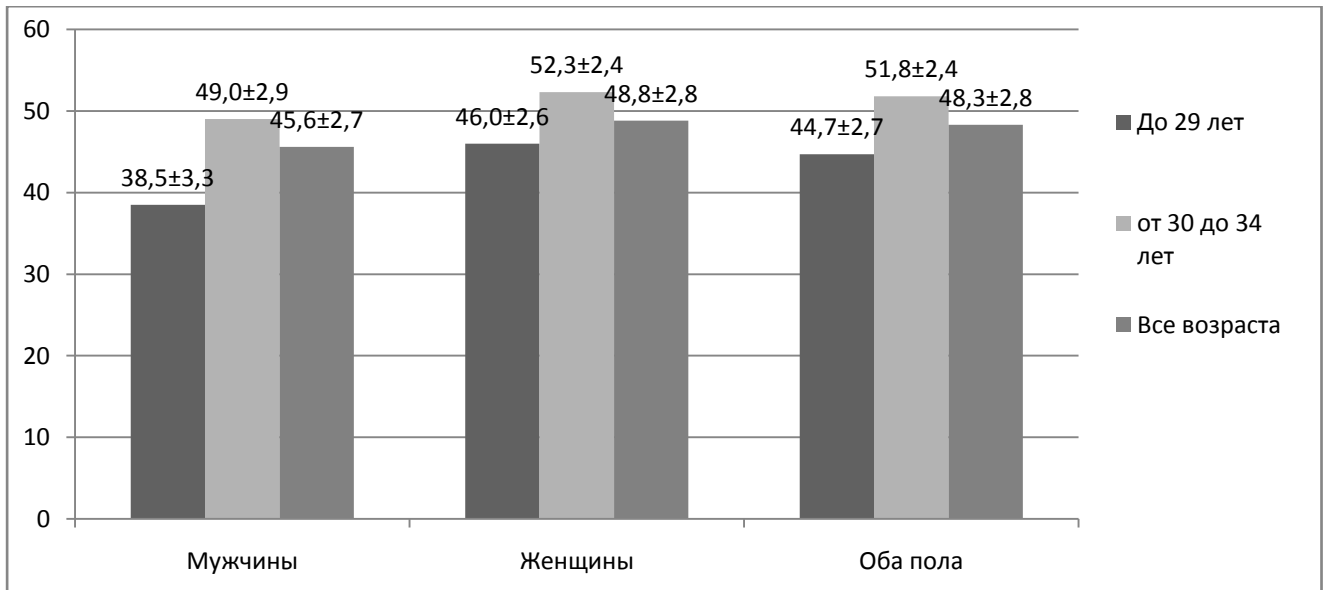


Рисунок 5.3 – Показатель болевших лиц среди молодых врачей в целом и в отдельных половозрастных группах

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц мужского пола по показателю болевших лиц ($p < 0,05$) ниже, чем у их коллег женского пола.

Среди молодых врачей, находящихся в возрастной группе до 29 лет, число болевших лиц ($p < 0,05$) также достоверно меньше, чем у их коллег из возрастной категории от 30 до 34 лет. В возрастной группе до 29 лет у мужчин показатель болевших лиц ниже, чем в группе лиц мужского пола в возрасте от 30 до 34 лет. Различия являются статистически значимыми ($p < 0,05$).

Среди женщин до 29 лет – показатель болевших лиц также ниже, чем в группе женщин в возрасте от 30 до 34. Различия также статистически значимы ($p < 0,05$).

5.2. Влияние характеристик профессиональной социализации на заболеваемость с временной утратой трудоспособности молодых врачей

В качестве характеристики, способной наиболее полно и точно отразить влияние закреплённости в медицинской организации, приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, базовой компетентности и стремления к ее развитию на здоровье молодых врачей, была избрана заболеваемость с временной утратой трудоспособности.

Влияние закреплённости в медицинской организации на заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности отражено на рисунке 5.4.

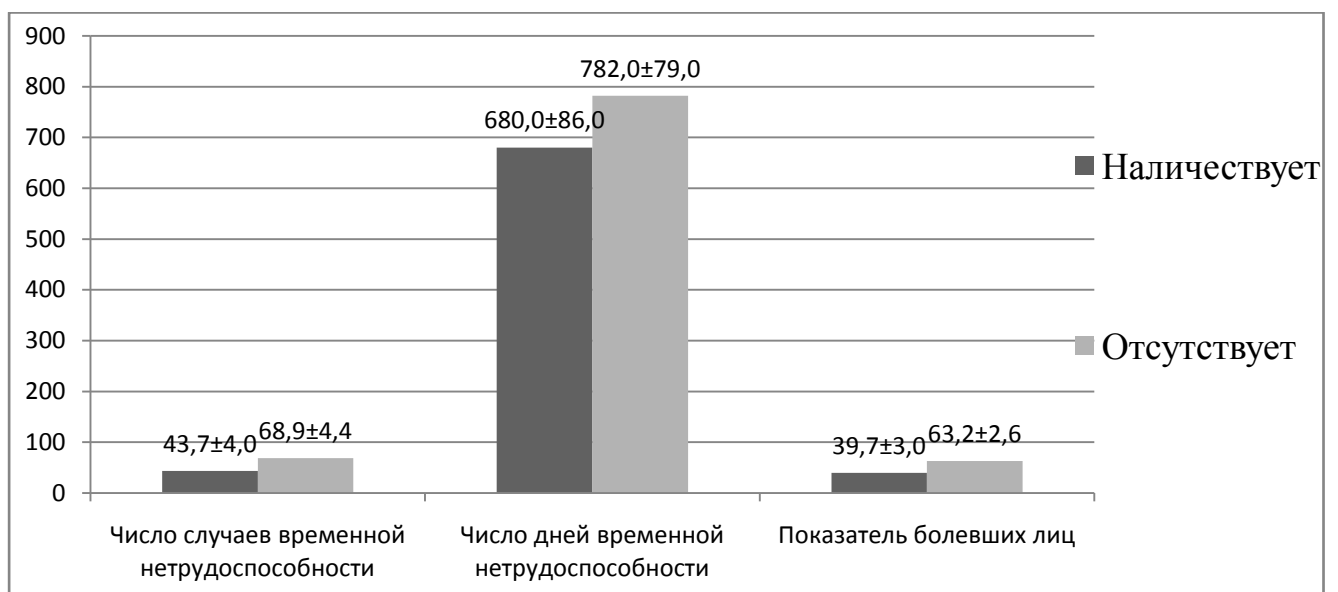


Рисунок 5.4 – Заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности в связи с наличием или отсутствием закреплённости в медицинской организации

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди закреплённых в медицинской организации врачей ниже по показателю числа случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,001$) и показателю болевших лиц ($p < 0,001$), чем у их коллег, не имеющих закреплённости.

В то же время по показателю числа дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди лиц, являющихся закрепленными, показатели ЗВУТ меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$).

Влияние приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач на заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности отражено на рисунке 5.5.

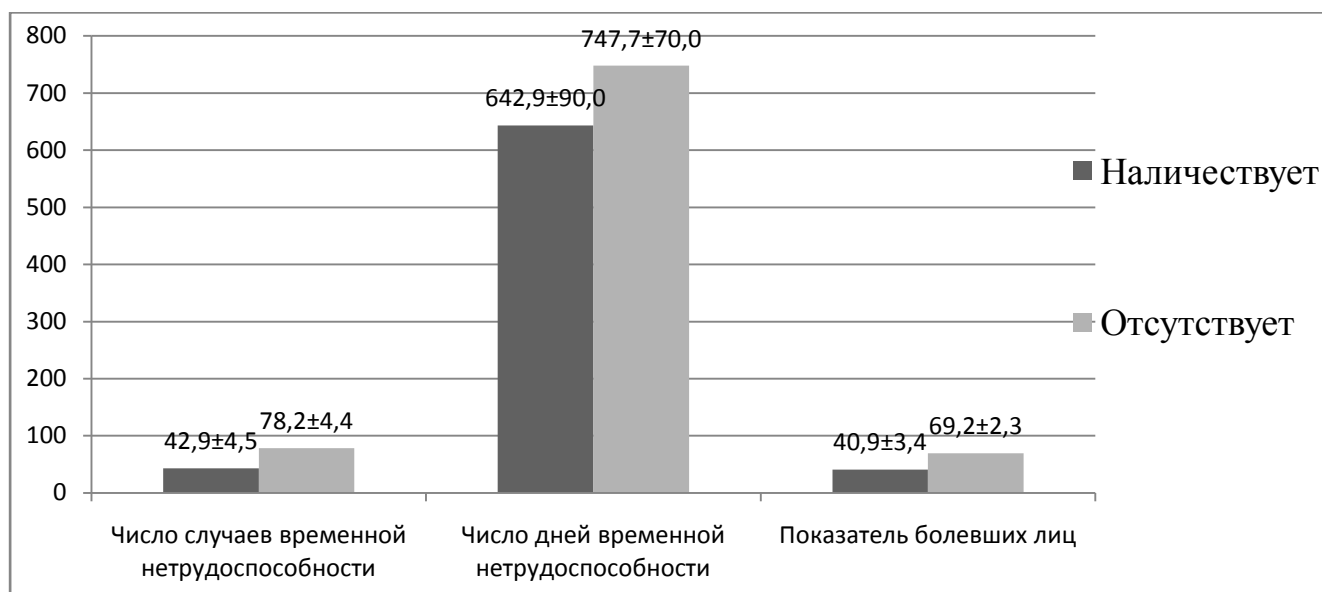


Рисунок 5.5 – Заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности в связи с наличием или отсутствием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач

Среди молодых врачей, с наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни по показателю числа случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,001$) и показателю болевших лиц ($p < 0,001$) также ниже, чем у их коллег, не имеющих приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни.

Показатель числа дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди лиц, с наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни, показатели ЗВУТ меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$).

Влияние базовой профессиональной компетентности и стремление к ее развитию на заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности отражено на рисунке 5.6.

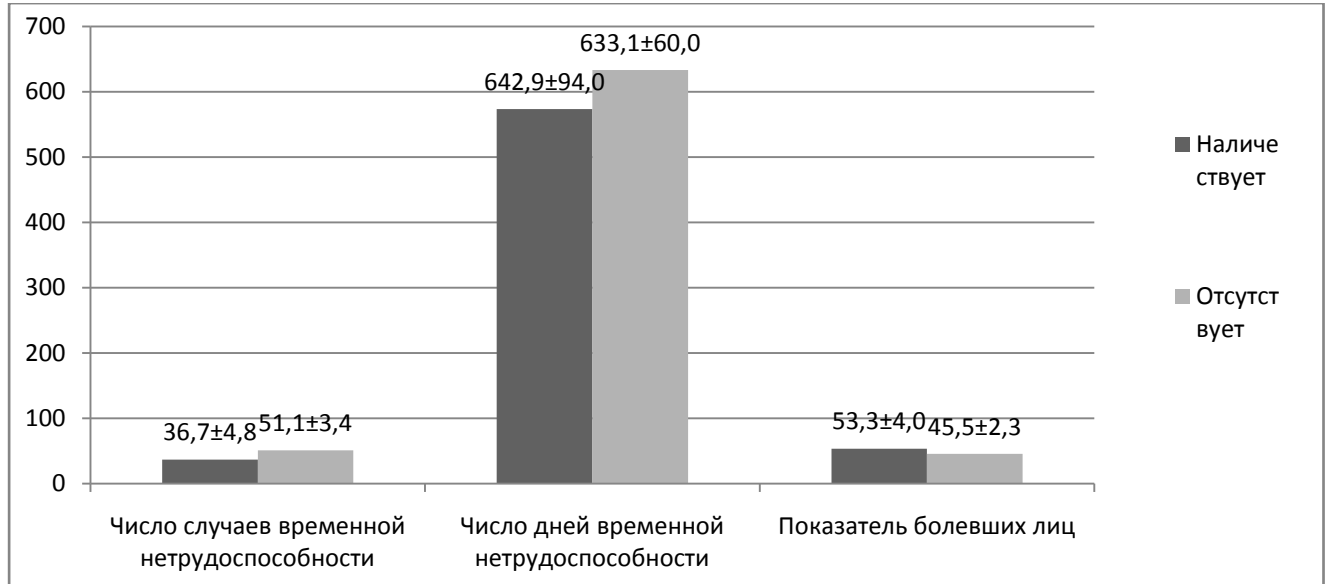


Рисунок 5.6 – Заболеваемость молодых врачей с временной утратой трудоспособности в связи с наличием или отсутствием базовой профессиональной компетентности и стремления к ее развитию

У молодых врачей, с наличием базовой профессиональной компетентности и стремлением к ее развитию, показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности ниже, чем в группе лиц, не обладающих данной компетентностью.

Различия статистически значимы по числу случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих ($p < 0,05$), а по числу дней временной нетрудоспособности на 100 работающих и показателю болевших лиц являются статистически не достоверными ($p > 0,05$).

Резюме

У молодых врачей число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих составило $69,5 \pm 3,3$, а число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих равнялось $776,0 \pm 68,0$. Показатель болевших лиц у них составил $48,3\% \pm 2,8$. Оценка данных показателей производилась в соответствии со шкалой оценки показателей заболеваемости с ВУТ по Е.Л.Ноткину.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц, являющихся закрепленными и с наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни, а также с наличием базовой профессиональной компетентности и стремлением к ее развитию по изучаемым показателям ниже, чем у молодых врачей, у которых данные характеристики профессиональной социализации отсутствовали.

Наличие основных составляющих профессиональной социализации являются адаптивным для молодых врачей, о чем свидетельствуют более низкие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

ГЛАВА 6

НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ПУТЕЙ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ СОЦИАЛИЗАЦИИ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ

Материалы исследования профессиональной социализации молодых врачей, представленные в предыдущих главах, со всей очевидностью свидетельствуют о ее неблагополучном состоянии и неблагоприятном течении ее процессов. Подобная профессиональная социализация молодых врачей может расцениваться как серьезная, и не только отраслевая, но и общесоциальная проблема, устранение которой способно оказать существенное позитивное влияние и на деятельность системы здравоохранения, и на конечный результат такой деятельности, то есть показатели общественного здоровья. Необходимо подчеркнуть очевидную согласованность между наличием закреплённости в медицинской организации, наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, наличием базовой компетентности и стремления к ее развитию и наличием профессиональной социализации молодых врачей. Все эти аспекты актуальны для органов управления здравоохранением, руководителей медицинских организаций и их подразделений, поскольку согласуются с основными целями реализуемого федерального проекта «Ликвидация кадрового дефицита в медицинских организациях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь» в рамках национального проекта «Здравоохранение».

В контексте настоящего исследования профессиональная социализация молодых врачей проанализирована как складывающаяся под влиянием двух основных групп детерминант: 1) общих медико-социальных факторов,

отражающих особенности условий и образа жизни обследованных и 2) факторов психологической природы, характеризующих специфику трудовой мотивации и ценностных ориентаций обследованных. Учитывая это, основные принципы и направления деятельности по совершенствованию профессиональной социализации изученного контингента, обоснованные нами в первом разделе данной главе, должны быть выстроены на использовании механизмов, как социально-экономического и организационно-управленческого плана, так и психоадаптивных и профессионально-воспитательных, ориентированных на определенное перепрограммирование мотивационной и ценностной сфер личности молодого врача.

6.1. Основные принципы и направления деятельности по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей

Разработка основных принципов и направлений деятельности по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей основывается на анализе роли отдельных групп факторов: медико-социальных условий и параметров образа жизни, характеристик трудовой мотивации, терминальных ценностей - в формировании всех трех компонентов социализации. При этом нами рассматривались статистически достоверные детерминанты закрепленности в медицинской организации, приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, базовой компетентности и стремления к ее развитию молодых врачей, приведенные выше в таблицах 4.1, 4.4 и 4.7 соответственно.

При анализе причин и условий формирования профессиональной социализации начинающих врачей в фокусе нашего внимания оказались факторы:

- 1) обладающие интенсивностью влияния не менее, чем средней силы, то есть 0,3 и выше (Рисунок 6.1) и (или)
- 2) оказывающие влияние более чем на один компонент профессиональной социализации (Рисунок 6.2)

ФАКТОРЫ
1. Забота руководства о здоровье сотрудников как фактор трудовой мотивации
2. Достаточность информации о том, что происходит в учреждении как фактор трудовой мотивации
3. Высокая степень ответственности, самостоятельности как фактор трудовой мотивации
4. Стабильная работа без угрозы увольнения как фактор трудовой мотивации
5. Ценностная ориентация «Продуктивность жизни» в иерархии ценностей
6. Работа, которая создает условия для творческого самовыражения как фактор трудовой мотивации
7. Ценностная ориентация «Физическое и психическое здоровье» в иерархии ценностей
8. Уровень удовлетворенности карьерным ростом
9. Сложная и трудная работа как фактор трудовой мотивации
10. Уровень табакокурения
11. Ценностная ориентация «Счастливая семейная жизнь» в иерархии ценностей



1 компонент профессиональной социализации
Закрепленность в медицинской организации

ФАКТОРЫ
1. Самооценка уровня здоровья
2. Закрепленность в медицинской организации
3. Самооценка уровня оплаты труда
4. Хорошие взаимоотношения с руководством как фактор трудовой мотивации
5. Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем как фактор трудовой мотивации
6. Самооценка уровня взаимоотношения с членами семьи
7. Ценностная ориентация «Материально обеспеченная жизнь»
8. Гибкий рабочий график как фактор трудовой мотивации
9. Работа во время учебы в ВУЗе
10. Достаточная информация о том, что происходит в медицинском учреждении как фактор трудовой мотивации
11. Самооценка уровня взаимоотношений с коллегами



2 компонент профессиональной социализации
Приоритетная направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач

ФАКТОРЫ
1. Ценностная ориентация «Общественное признание» в иерархии ценностей
2. Самооценка уровня удовлетворенности профессиональным развитием



3 компонент профессиональной социализации
Базовая компетентность и стремление к ее развитию

Рисунок 6.1 - Соотношение основных групп факторов, оказывающих статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) средней (0,3 – 0,7) и большей интенсивности на основные компоненты профессиональной социализации молодых врачей

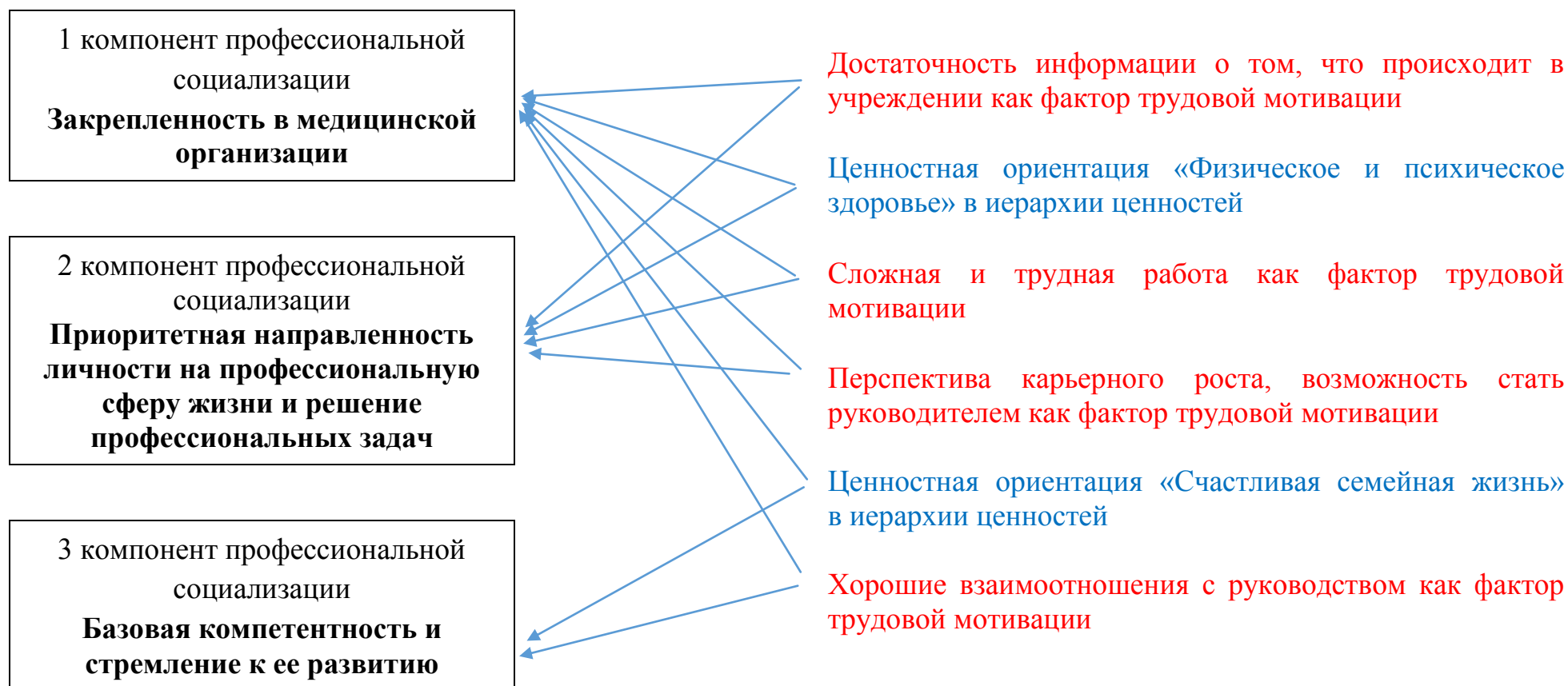


Рисунок 6.2 - Соотношение основных групп факторов, оказывающих статистически достоверное влияние ($p < 0,05$) на более чем один основной компонент профессиональной социализации молодых врачей

На рисунках 6.1 и 6.2 медико-социальные условия и параметры образа жизни выделены черным шрифтом, трудовой мотивации – красным шрифтом, терминальные ценности – синим шрифтом.

Из Рисунка 6.1 видно, что закрепленность молодых врачей в медицинской организации представляет результат действия 11 факторов средней интенсивности влияния, из которых шесть (в том числе четыре наиболее сильных) являются характеристиками трудовой мотивации, три – относятся к категории терминальных ценностей и только два имеют сугубо медико-социальную природу. Таким образом, повышая трудовую мотивацию, можно увеличить уровень закрепленности молодых врачей в медицинской организации. На терминальные ценности оказывать влияние сложнее, так как они закладываются в процессе воспитания и развития личности еще с самого детства, однако немного модифицировать их возможно, особенно у самых молодых, начинающих и обучающихся врачей, например, у студентов медицинских вузов и\или у ординаторов.

Приоритетная направленность личности молодых врачей на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач обуславливается одним фактором высокой и десятью факторами средней интенсивности влияния. Среди них выражено преобладают шесть медико-социальных детерминант, три из которых занимают первые ранговые позиции по силе своего влияния. Им заметно уступают две другие рассматриваемые факторные группы: трудовых мотиваций, представленная 4 детерминантами и, в особенности, ценностных ориентаций – 1 детерминанта. Получается, что, повышая закрепленность молодых врачей в профессиональной организации, трудовые мотивации, можно модифицировать направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач.

Что же касается базовой компетентности и стремления к ее развитию, то она у молодых врачей складывается под действием двух факторов средней силы:

одного из группы терминальных ценностей и другого, относящегося к группе общих медико-социальных характеристик.

Рисунок 6.2 отражает то, что в ходе анализа были также выделены шесть детерминант, отличающихся значимым влиянием сразу на две составляющие профессиональной социализации молодых врачей из трех.

Таким двойным влиянием и на закреплённость в медицинской организации, и на приоритетную направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач обладают четыре фактора: три, характеризующих трудовую мотивацию, и один, относящийся к числу терминальных ценностей.

На закреплённость в медицинской организации и на базовую компетентность и стремление к ее развитию действует одновременно один фактор ценностной природы.

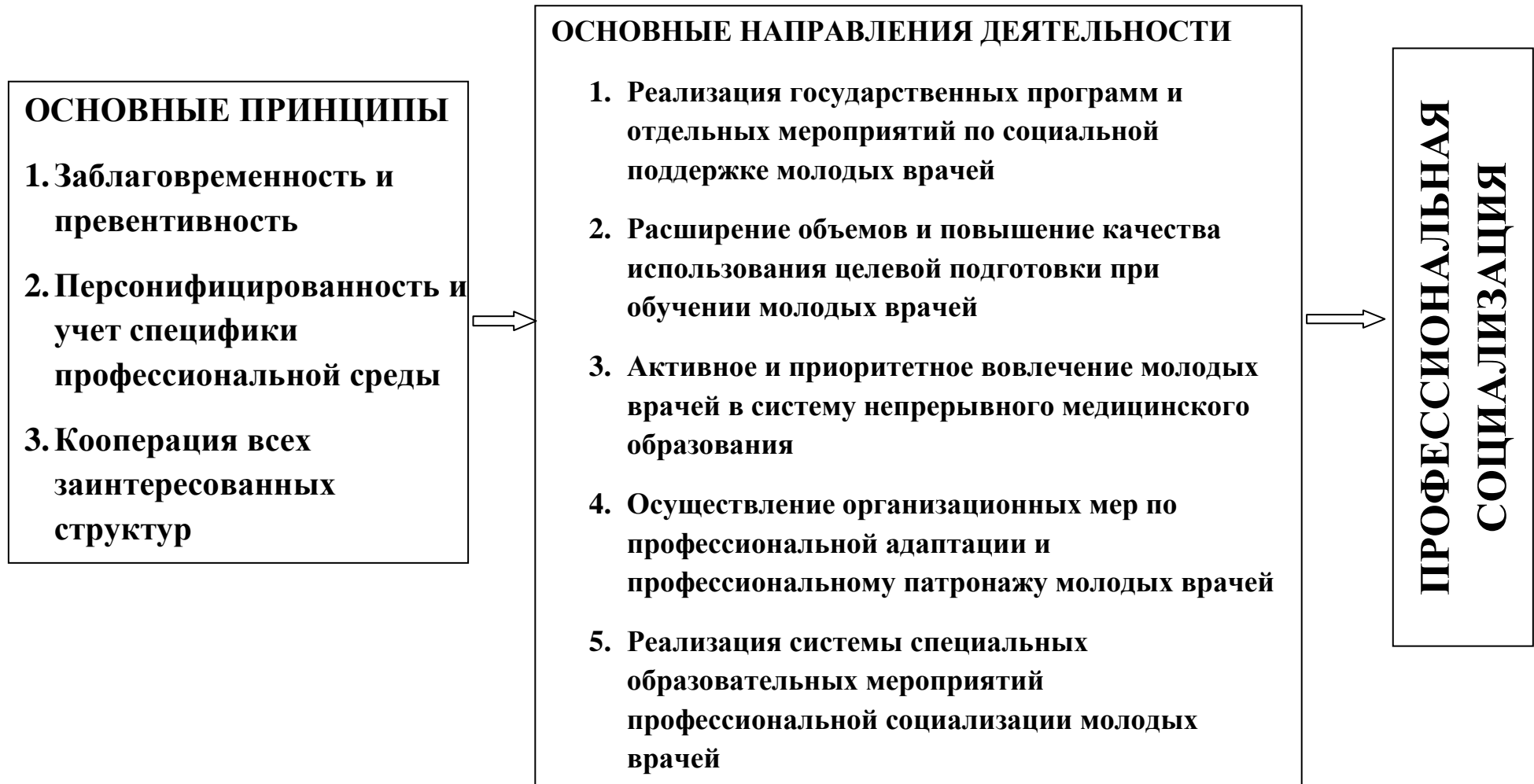


Рисунок 6.3 - Соотношение основных принципов формирования профессиональной социализации, основных направлений деятельности по формированию профессиональной социализации и собственно профессиональной социализации молодых врачей

Способность действовать на приоритетную направленность личности, на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач и на базовую компетентность и стремление к ее развитию свойственна одному фактору мотивационного плана.

Интегральная оценка участия основных групп детерминант в формировании профессиональной социализации молодых врачей позволила нам определить перечень и содержание основных принципов и направлений деятельности по совершенствованию течения данных процессов.

Исходя из указанной выше оценки, главными принципами успешной деятельности по формированию профессиональной социализации начинающих врачей (Рисунок 6.3) являются следующие:

1. **Заблаговременность и превентивность**, что предполагает активную профессионально-воспитательную работу с будущими врачами еще на этапе получения ими профессионального образования, а также пристальное внимание к уровню и особенностям профессиональной социализации уже состоявшихся молодых врачей с целью принятия адекватных мер по выявлению и предупреждению негативных тенденций в развитии ее процессов.
2. **Персонализированность и учет специфики профессиональной среды**, выражающиеся в использовании мер по улучшению состояния профессиональной социализации, строго соответствующих, с одной стороны, индивидуальным личностно-психологическим свойствам, профессиональным качествам, социально-экономическим обстоятельствам молодого врача, а с другой, официальным требованиям и корпоративным нормам, сложившимся в определенной медицинской специальности, в конкретной медицинской организации.
3. **Кооперация всех заинтересованных структур**, что означает проведение согласованной работы органами государственной власти (в первую очередь управления здравоохранением), медицинскими организациями,

общественными организациями (прежде всего профессиональными медицинскими ассоциациями и профсоюзами) и прочими, планирование и реализация разноуровневых, всесторонних и ориентированных на единые цели мер по формированию профессиональной социализации молодых врачей.

Результаты анализа обусловленности профессиональной социализации молодых врачей дали возможность выделить не только основные принципы ее формирования, но и такие естественные производные данных принципов, как приведенные ниже основные направления практической деятельности по совершенствованию профессиональной социализации указанного контингента:

- 1. Реализация государственных программ и отдельных мероприятий по социальной поддержке молодых врачей.** К данному направлению относятся программы и мероприятия как федерального, так и регионального и муниципального уровня, нацеленные на повышение материальных возможностей (программа «Земский доктор» и др.), обеспечение жильем (программы льготной ипотеки для молодых специалистов и др.), развитие инфраструктуры места жительства, выполнение которых безусловно способствует лучшей закреплённости в медицинской организации и трудовой мотивации молодых врачей.
- 2. Расширение объемов и повышение качества использования целевой подготовки при обучении молодых врачей.** При соблюдении условий квалифицированного профессионального отбора лиц, имеющих право на целевое обучение по образовательным программам специалитета и ординатуры, совершенствования юридических механизмов ее регулирования прежде всего в части ответственности сторон за выполнение своих обязательств, содержащихся в договоре о ее проведении, а также элементарной поддержке профессионального становления специалиста, подготовленного на целевой основе, со стороны работодателя, целевая

подготовка может обеспечить существенное повышение уровней всех трех компонентов профессиональной социализации молодых врачей.

3. **Активное и приоритетное вовлечение молодых врачей в систему непрерывного медицинского образования.** Лежащие в основе непрерывного медицинского образования краткосрочные образовательные программы повышения квалификации и отдельные образовательные мероприятия базируются на компетентностном подходе и, как правило, предполагают отработку практических навыков в симулированных условиях, то есть позволяют молодым врачам преодолеть естественные сложности, связанные с дефицитом практического опыта. Кроме того, они построены на понятных и импонирующих молодежи методических и технических подходах (дистанционное, электронное обучение и др.). Это, а также возможность частого проведения мероприятий, позволяют считать непрерывное медицинское образование надежным инструментом повышения базовой компетентности и стремления к ее развитию у молодых врачей.
4. **Осуществление организационных мер по профессиональной адаптации и профессиональному патронажу молодых врачей.** К числу наиболее важных мер такого рода следует в первую очередь отнести формирование системы наставничества молодых врачей с привлечением опытных специалистов не только самих медицинских организаций, но и действующего в регионе медицинского вуза; организация системы профессионально-информационной поддержки молодых врачей в форме телемедицинского взаимодействия и их профессиональной включенной поддержки в форме выездов бригад и отдельных специалистов из лучших клиник региона; создание в медицинских организациях системы материального и морального стимулирования, обеспечивающей успешное закрепление на рабочем месте, повышение мотивации к труду, профессиональный рост молодых врачей; формирование в медицинских

организациях корпоративной культуры, морально-психологической атмосферы дружественной к молодым коллегам. Очевидно, что результатом реализации этих и других подобных мер будет улучшение в целом состояния профессиональной социализации молодых врачей.

5. **Реализация системы специальных образовательных мероприятий по профессиональной социализации молодых врачей.** Мероприятия, образующие указанную систему, являются по своей сути психолого-педагогическими, нацеленными на перестройку мотивационной и ценностной сфер профессиональной составляющей личности молодого врача. Система мероприятий последовательно реализуется: в начале в процессе освоения студентами и ординаторами медицинских вузов программ высшего медицинского образования в виде отдельных учебных курсов, а затем в рамках корпоративного повышения квалификации и профессионального обучения в виде тренинговых, семинарских и иных занятий с собственно молодыми врачами. Ожидается, что эффект от такого массивного и непрерывного психолого-педагогического воздействия выразится в заметных просоциальных, прокорпоративных изменениях, повышении уровня профессиональной мотивации, в особенности таких ее составляющих, как закреплённость в медицинской организации, базовая компетентность и стремление к ее развитию.

6.2. Содержание и результаты организационного эксперимента по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей

В соответствии с обоснованными в предыдущем разделе настоящей главы принципами формирования профессиональной социализации молодых врачей нами был разработан комплекс прикладных мер, направленных на достижение в этой профессиональной группе оптимального уровня социализации специалистов.

Данный комплекс мер, методические и организационные параметры которого подробно рассмотрены в главе 2, с целью апробации его практической эффективности в качестве организационного эксперимента с 2017 года реализуется на базе четырех медицинских организаций Тверской области, являющихся, тем самым, его пилотными площадками. При этом участниками эксперимента, на которых нацелено проводимое в рамках последнего организационное вмешательство, явились 54 молодых врача.

Содержательно организационный эксперимент был построен на мерах, относящихся к трем из пяти представленных в предыдущем разделе настоящей главы направлениям практической деятельности по совершенствованию профессиональной социализации начинающих врачей: на содействии их профессиональной адаптации и на осуществлении их профессионального патронажа, на реализации специальных образовательных мероприятий, способствующих повышению профессиональной социализации кадров, а также на их активном и приоритетном вовлечении в систему непрерывного медицинского образования.

В рамках эксперимента на всех его пилотных площадках в течении 2017 года предприняты следующие организационные действия:

1. Выделены сотрудники из числа заместителей главного врача, курирующие работу по профессиональной социализации молодых врачей в медицинской организации в целом.
2. Выделены сотрудники из числа заведующих подразделениями и наиболее опытных рядовых врачей, осуществляющие на функциональной основе наставничество в отношении молодых врачей, имеющих стаж врачебной работы менее 5 лет.
3. Внесены изменения в положения о материальном стимулировании сотрудников пилотных медицинских организаций, предусматривающие дополнительные бонусы (в частности за активную положительную динамику производственных результатов) для молодых врачей.

4. Организационно и финансово обеспечено приоритетное участие всех молодых врачей в востребованных ими краткосрочных образовательных программах повышения квалификации и отдельных образовательных мероприятиях непрерывного медицинского образования.
5. С привлечением специалистов психологического профиля реализована образовательная программа, ориентированная на формирование у всех молодых врачей профессионально значимых ценностей и повышение мотивации к труду.

Считаем необходимым подробнее осветить наиболее важные конкретные аспекты этих организационных действий.

Так основными обязанностями администратора медицинской организации, курирующего вопросы профессиональной социализации молодых врачей являлась координация:

- деятельности по созданию благоприятных условий для их успешной адаптации к профессиональным и социальным условиям труда на рабочем месте, к корпоративным нормам и правилам медицинской организации при поступлении на работу и на начальном этапе трудовой деятельности;
- деятельности по анализу, оцениванию и адекватному материальному и моральному стимулированию результатов их работы и, одновременно, по оказанию им помощи в решении производственных и внепроизводственных проблем, возникающих при ее выполнении;
- процесса роста уровня их профессионализма в рамках системы непрерывного профессионального образования и внутриорганизационного, корпоративного повышения квалификации;
- деятельности врачей, ставших наставниками своих начинающих коллег.

В свою очередь, в перечень главных обязанностей наставников, патронирующих молодых врачей со стажем врачебной работы менее 5 лет, вошли следующие:

- оказание постоянной, не отсроченной консультативно-обучающей помощи патронируемым при возникновении в их работе сложных производственных ситуаций, как клинического, так и организационного плана;
- непосредственного включенного содействия успешной адаптации патронируемых к профессиональным и социальным условиям труда на рабочем месте, к корпоративным нормам и правилам медицинской организации.

Образовательная программа по формированию профессионально значимых ценностей и усилению мотивации к труду молодых врачей базировалась на активных формах обучения и освоении практического материала при помощи психологического тренинга. В соответствии с этой программой, имеющей объем 36 учебных часов, специалистами в области аксиологии и трудовой мотивации проводились еженедельные двухчасовые занятия, в которых приняли участие все лица, задействованные в организационном эксперименте.

Содержание программы было нацелено на освоение молодыми врачами следующих тематическими блоков:

- теоретические основы формирования и функционирования ценностной и мотивационной сфер личности;
- особенности формирования и функционирования системы профессионально значимых ценностей и системы трудовой мотивации типичные для современного врача;
- диагностика обучающимися собственных профессионально значимых инструментальных и терминальных ценностей, ведущих мотиваторов (демотиваторов) к труду;
- определение обучающимися роли, сильных и слабых сторон выявленных персональных ценностей и мотиваторов (демотиваторов) в качестве инструментов достижения успеха в профессиональной деятельности и деятельности вне рамок профессии;

- психологический тренинг ценностно-мотивационного перепрограммирования личности, направленный на изменение структуры и содержания систем профессионально значимых ценностей и трудовой мотивации обучающихся, позволяющий достичь состояния этих систем наиболее благоприятного для успешного формирования профессиональной социализации врача.

Результаты организационного эксперимента по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей оценивались, как уже было сказано в главе 2, исходя из сопоставления динамики распространенности каждого из трех компонентов профессиональной социализации, от момента, непосредственно предшествующего началу эксперимента (январь 2017 года), до того момента, когда проводимые в его рамках организационные действия были полностью завершены (февраль 2018 года), в группе молодых врачей, ставших участниками эксперимента (основная группа), с одной стороны, и группой их коллег, в эксперименте не участвовавших (контрольная группа), с другой. Сравнимые группы были уравновешены по полу и возрасту по принципу «копия-пара».

Из таблицы 6.1 видно, что распространенность закреплённости в медицинской организации до начала эксперимента в основной группе незначительно ниже, чем в группе контроля.

Таблица 6.1 - Динамика распространенности закрепленности в медицинской организации среди молодых врачей, участвовавших в организационном эксперименте, направленном на оптимизацию их профессиональной социализации (основная группа) и не участвовавших в нем (контрольная группа), сложившаяся в связи с проведением эксперимента p±m, в %

Распространенность закрепленности в медицинской организации	Основная группа	Контрольная группа
До начала эксперимента	40,7±6,69	42,6±6,73
После завершения эксперимента	48,1±6,80	44,4±6,76

Далее в результате проведенного организационного вмешательства в основной группе ее уровень заметно (в 1,2 раза) увеличивается. Хотя данная динамика и не является статистически достоверной ($p > 0,05$), она существенно превосходит те крайне слабые, пусть и положительные изменения, что отмечены за аналогичный временной период в контрольной группе.

На уровень другого компонента профессиональной социализации молодых врачей, приоритетную направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач, организационное вмешательство повлияло также позитивно, но в гораздо большей и качественно иной степени (таблица 6.2). Тестирование до начала эксперимента показало, что частота встречаемости этого компонента профессиональной социализации в основной группе несколько выше по сравнению с контрольной.

Таблица 6.2 - Динамика распространенности приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач среди молодых врачей, участвовавших в организационном эксперименте, направленном на оптимизацию их профессиональной социализации (основная группа) и не участвовавших в нем (контрольная группа), сложившаяся в связи с проведением эксперимента

$p \pm m$, в процентах

Распространенность приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач	Основная группа	Контрольная группа
До начала эксперимента	35,1±6,49	31,5±6,32
После завершения эксперимента	55,6±6,76	29,6±6,21

В результате организационного вмешательства распространенность приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач среди вовлеченных в эксперимент молодых врачей возросла в 1,6 раза. Такие изменения являются статистически достоверными ($p < 0,05$). Среди же молодых врачей из сопоставляемой группы данный показатель за рассматриваемый период времени даже несколько уменьшился.

Экспериментальное воздействие весьма положительно сказалось и на формировании у молодых врачей базовой компетентности и стремления к ее развитию. Таблица 6.3 показывает, что исходный уровень базовой компетентности и стремления к ее развитию среди участников эксперимента и тех, кто находился за его рамками, был одинаков. В результате организационного вмешательства процент молодых врачей, которых следовало отнести к категории обладающих базовой компетентностью и стремлением к ее развитию, увеличился в 1,8 раз. Эта динамика статистически значима ($p < 0,05$). Среди обследованных,

отнесенных к контрольной группе, распространенность наличия базовой компетентности и стремления к ее развитию за время проведения эксперимента также стала более высокой, однако этот рост был менее выраженным и статистически не достоверным ($p > 0,05$).

Таблица 6.3 - Динамика распространенности наличия базовой компетентности и стремления к ее развитию среди молодых врачей, участвовавших в организационном эксперименте, направленном на оптимизацию их профессиональной социализации (основная группа) и не участвовавших в нем (контрольная группа), сложившаяся в связи с проведением эксперимента

$p \pm m$, в %

Распространенность наличия базовой компетентности и стремления к ее развитию	Основная группа	Контрольная группа
До начала эксперимента	22,2±5,66	22,2±5,66
После завершения эксперимента	40,7±6,69	27,8±6,10

Резюме

Завершая данную главу исследования и подводя ей итог, следует отметить, что положительные практические результаты проведенного организационного эксперимента по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей, выражающиеся в позитивной статистически достоверной ($p < 0,05$) динамике уровней двух ее компонентов (приоритетная направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач; базовая компетентность и стремление к ее развитию), в также положительной, хотя и не значимой статистически ($p > 0,05$), динамике уровня ее третьего компонента (закрепленность в медицинской организации) свидетельствуют, во-первых, о корректности научного обоснования основных принципов и направлений деятельности и вытекающего из них комплекса мер по совершенствованию

профессиональной социализации молодых врачей и, во вторых, о перспективности широкого внедрения указанного комплекса мер в работу, проводимую в медицинских организациях с молодыми врачебными кадрами.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В Российском здравоохранении, как и в мировом, дефицит кадров является актуальной проблемой. В соответствии с Указом Президента Российской Федерации от 07.05.2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года», необходимо ликвидировать кадровый дефицит в медицинских организациях, обеспечить медицинские организации системы здравоохранения квалифицированными кадрами, включая внедрение системы непрерывного образования медицинских работников, в том числе с использованием дистанционных образовательных технологий.

В России существует относительный дефицит кадров, который выражается в недостатке специалистов, имеющих должный уровень профессиональной социализации, под которой понимается совокупность изменений личностно-психологического и поведенческого плана, способствующих повышению адаптации профессионала к требованиям профессиональной среды.

От уровня профессиональной социализации зависит качество работы всей медицинской организации, следовательно, эффективность работы лечебного учреждения напрямую связана с уровнем профессиональной социализации врачей. В соответствии с задачами исследования было проанализировано состояние профессиональной социализации молодых специалистов с целью разработки комплекса мер к совершенствованию кадрового потенциала в условиях модернизации системы здравоохранения.

Изучены состояние и обусловленность таких важнейших характеристик профессиональной социализации, как: закреплённость в медицинской организации; приоритетная направленность личности на профессиональную

сферу жизни и решение профессиональных задач; наличие базовой профессиональной компетентности и стремление к ее развитию.

Под закрепленностью в медицинской организации (далее – закрепленность) врача нами понималась его приверженность, лояльность к определенному социальному, профессиональному окружению, практически проявляемая на протяжении относительно длительного времени, трудовой деятельностью в одной медицинской организации.

Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач определялась в рамках психодиагностического тестирования на основе методики Б. Басса (1967). Согласно которой, приоритетная направленность проявляется в заинтересованности молодых врачей в решении деловых проблем, выполнении работы как можно качественней, ориентации на деловое взаимодействие, способности отстаивать свое мнение в интересах дела которое рационально для достижения общей цели.

Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию – интегральная характеристика уровня квалификации, профессионального результата и образовательной активности молодых врачей.

В работе использовались следующие методы исследования: медико-статистический, социологический, психодиагностический. С целью выявления причин и условий, определяющих указанные выше составляющие профессиональной социализации, нами было проанализировано влияние 141 фактора путем сопоставления распределения по их градациям в основной и контрольной группах. Для анализа детерминированности процессов формирования заболеваемости молодых врачей, нами были изучены 119 важных медико-социальных и психологических факторов.

Оценивая медико-социальную характеристику молодых врачей, важно отметить, что условия социальной среды и повседневных поведенческих особенностей оказывают значительное влияние на профессиональную социализацию, а также здоровье молодого врача. Нами рассматривались ведущие группы характеристик: семейно-бытовые; отражающие специфику

профессиональной деятельности; поведение и образ жизни; ценности и трудовые мотивации. В целом семейно-бытовые условия, а также условия профессиональной деятельности и образа жизни, среди молодых врачей находятся на удовлетворительном уровне.

Ведущими психологическими факторами трудовой мотивации для молодых врачей являлись: перспектива карьерного роста и возможность стать руководителем, хорошие взаимоотношения с руководством, возможность приобретать профессиональный опыт, стабильная работа без угрозы увольнения, стабильный заработок, оплата четко связанная с результатами труда. В системе терминальных ценностных ориентаций молодые врачи в основном отдавали приоритет индивидуально и социально значимым ценностям: активная деятельная жизнь, физическое и психическое здоровье, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь. Терминальная ценность «физическое и психическое здоровье» явилась абсолютно лидирующей среди молодых врачей.

Среди лиц обоих полов закрепленные (приверженные) к медицинской организации доктора составили $42,0\% \pm 3,1$ ($p < 0,05$) от общего числа респондентов. Распространенность закрепленных лиц среди молодых врачей женского пола составила $46,0\% \pm 2,4$ ($p < 0,05$) от их общего числа, а в группе мужчин соответствующий показатель равен $30,0\% \pm 3,7$ ($p < 0,05$). Распространенность наличия закрепленности в медицинской организации среди молодых врачей с возрастом существенно изменяется. Среди лиц до 29 лет, закрепленные составили $61,7\% \pm 4,4$ ($p < 0,05$), в то время как в группе от 30 до 34 лет, таких $38,4\% \pm 3,7$ ($p < 0,05$).

Положительное влияние на закрепленность молодых врачей оказывают репрезентативные факторы условий и образа жизни: положительный модус взаимоотношений с руководством; удовлетворенность динамикой своего карьерного роста в медицинской организации; относительно высокая доступность медицинской помощи для себя и своих родственников; высокое стремление к профессиональному совершенствованию; наличие табакокурения; относительно

низкий среднемесячный доход; отсутствие врачебной специальности у супруга или супруги; относительно низкий материальный достаток; критичная оценка профессиональных результатов.

Закрепленность врачей является результатом относительно высокой значимости для них в качестве факторов, мотивирующих к труду следующих: заботы руководства о здоровье сотрудников; стабильность работы без угрозы увольнения; красота, удобство и уют помещений медицинского учреждения; соблюдение техники безопасности и хороших гигиенических условий; позитивность морально-психологической атмосферы. Данный компонент профессиональной социализации формируется под влиянием, играющих сравнительно малую роль в качестве инструментов создания сильной трудовой мотивации параметров: высокая степень ответственности, самостоятельности в работе; работа, которая создает условия для творческого самовыражения на рабочем месте; сложная и трудная работа; перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем.

Также закрепленность молодых врачей в медицинской организации обуславливается доминированием таких терминальных ценностей, как: «физическое и психическое здоровье»; «счастливая семейная жизнь»; «самостоятельность и независимость в суждениях и поступках». Закрепленность исследуемого контингента обуславливается и относительно низкой значимостью такой ценности, как «продуктивность жизни».

Частота встречаемости лиц, имеющих приоритетную направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, составила $35,0\% \pm 3,3$ ($p < 0,05$). Мужчин с приоритетной направленностью личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач $56\% \pm 5,4$ ($p < 0,05$). Среди женщин имеют приоритетную направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач $28\% \pm 4,6$ ($p < 0,05$).

Распространенность наличия приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у молодых врачей с повышением возраста увеличивается. Среди лиц до 29 лет, врачи с

приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач составили $23,6\% \pm 3,2$ ($p < 0,05$), в то время как в группе от 30 до 34 лет, таких врачей $37,2\% \pm 3,6$ ($p < 0,05$).

Формированию направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, способствуют факторы условий и образа жизни молодых врачей, такие как: высокий уровень здоровья и активное стремление к здоровому образу жизни; относительно низкий уровень потребления спиртных напитков; относительно высокий уровень оплаты труда; наличие официальных документов морального стимулирования; факт работы в период обучения в медицинском ВУЗе; относительно благополучные семейным отношениям; относительно высокий уровень взаимоотношений с коллегами; низкий уровень закрепленности в медицинской организации; отсутствие работы по совместительству в другой профессиональной сфере; относительно низкая успеваемость в медицинском ВУЗе.

Данная приоритетная направленность личности также является результатом относительно высокой значимости для них в качестве факторов, мотивирующих к труду следующих: гибкий рабочий график; количество достаточной информации о том, что происходит в медицинском учреждении; сложная и трудная работа. Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у молодых врачей формируется также и под влиянием факторов, оказывающих сравнительно меньшую роль в качестве инструментов по созданию сильной трудовой мотивации: хорошие взаимоотношения с руководством; перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем.

Приоритетная направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач молодых врачей в медицинской организации обуславливается доминированием такой терминальной ценности, как «физическое и психическое здоровье».

Ведущая направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач у исследуемого контингента обуславливается и

относительно низкой значимостью таких ценностей как: материально обеспеченная жизнь; уверенность в себе

Среди лиц обоих полов, врачи с наличием базовой компетентности и стремлением к ее развитию составили $25,0\% \pm 3,5$ ($p < 0,05$) от общего числа респондентов. Мужчин с наличием данного фактора профессиональной социализации $52,0\% \pm 5,7$ ($p < 0,05$), а женщин $16,0\% \pm 4,3$ ($p < 0,05$).

Распространенность лиц с базовой компетентностью и стремлением к ее развитию также с возрастом имеет положительную динамику. Молодых врачей до 29 лет, с наличием данного фактора $16,4\% \pm 3,8$ ($p < 0,05$), а в группе от 30 до 34 лет $29,3\% \pm 3,5$ ($p < 0,05$).

Основополагающими факторами для становления молодых врачей как обладателей присутствия базовой компетентности и имеющие тягу к ее дальнейшему развитию, являются их недовольство собственным профессионализмом, относительно высокая возможность лучшей работы по своей специальности, нежели та, что они имеют на данный момент, а так же отсутствие необходимости решать насущные материально-бытовые проблемы. Сравнительно сильным, по отношению к другим, влиянием обладают две мотивационные характеристики молодых врачей: возможность приобретения профессионального опыта, хорошие взаимоотношения с руководящим составом больниц. Присутствие базовой компетентности и стремление к ее развитию, формируется также под влиянием фактора оказывающего отчасти малую роль в качестве инструмента для создания стойкой трудовой мотивации, такой как стабильный заработок.

Наличие базовой компетентности и стремление к ее развитию формируется под влиянием относительно высокой значимости такого ценностного фактора, как «общественное признание». На формирование базовой компетентности и стремление к ее развитию является более низкая значимость ценностных ориентаций: «активная деятельная жизнь»; «счастливая семейная жизнь».

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности молодых врачей является достаточно точным отражением успешности как профессиональной

социализации в целом, так и ее составляющих. Ведь заболеваемость с временной утратой трудоспособности складывается из совокупности наиболее значимых, тяжелых заболеваний и травм, фиксируемых именно среди работающего населения, такого в частности как молодые врачи. Это позволяет расценивать высокие уровни заболеваемости с временной утратой трудоспособности как свидетельство слабой профессиональной социализации, а их низкие уровни – напротив, подтверждение сильной профессиональной социализации.

Среди молодых врачей число случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих составляет 69,5, а число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих равно 776,0. Показатель болевших лиц у них составил 48,3%.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц мужского пола, по показателю числа случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих составила $68,7 \pm 3,1$, среди женщин данный показатель равен $71,8 \pm 2,9$. Показатель болевших лиц у мужчин $45,6 \pm 2,7$, у женщин $48,8 \pm 2,8$. Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди мужчин $726,0 \pm 75,0$, у женщин этот показатель равен $771,2 \pm 69,0$.

В возрастной группе до 29 лет, показатель числа случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих составил $68,3 \pm 3,2$, в возрастной группе от 30 до 34 лет данный показатель равен $72,5 \pm 2,9$. Показатель болевших лиц у молодых врачей до 29 лет $44,7 \pm 2,7$, у молодых врачей от 30 до 34 лет $51,8 \pm 2,4$. Число дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, в возрастной группе до 29 лет $729,6 \pm 76,0$, в группе от 30 до 34 лет $813,5 \pm 67,0$.

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц, являющихся закрепленными по показателю числа случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,001$) и показателю болевших лиц ($p < 0,001$) ниже, чем у их коллег, не имеющих закрепленности. В тоже время по показателю числа дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди лиц, являющихся закрепленными показатели ЗВУТ меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$).

Среди молодых врачей, с наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни по показателю числа случаев временной нетрудоспособности ($p < 0,001$) и показателю болевших лиц ($p < 0,001$) также ниже, чем у их коллег, не имеющих приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни. Показатель числа дней временной нетрудоспособности на 100 работающих, среди лиц с наличием приоритетной направленности личности на профессиональную сферу жизни показатели ЗВУТ меньше, но эти различия не являются статистически достоверными ($p > 0,05$).

У молодых врачей, с наличием базовой профессиональной компетентности и стремлением к ее развитию, показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности ниже, чем в группе лиц, не обладающих данной компетентностью. Различия статистически значимы по числу случаев временной нетрудоспособности на 100 работающих ($p < 0,05$), а по числу дней временной нетрудоспособности на 100 работающих и показателю болевших лиц являются статистически не достоверными ($p > 0,05$).

Заболеваемость с временной утратой трудоспособности, среди молодых врачей является отражением степени благоприятного развития процессов профессиональной социализации. Наличие основных составляющих профессиональной социализации является адаптивным для молодых врачей, о чем свидетельствуют более низкие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что условия социальной среды и повседневных поведенческих особенностей оказывают значительное влияние на профессиональную социализацию, а также здоровье молодого врача. В целом семейно-бытовые условия, а также условия профессиональной деятельности и образа жизни, среди половины молодых врачей находятся на удовлетворительном и более высоком уровне.

2. Выявлено, что наиболее сильными трудовыми мотиваторами для молодых врачей являются: перспектива карьерного роста и возможность стать руководителем, хорошие взаимоотношения с руководством, возможность приобретать профессиональный опыт, стабильная работа без угрозы увольнения, стабильный заработок, оплата, четко связанная с результатами труда. Ведущей терминальной ценностью для абсолютного большинства молодых врачей является физическое и психическое здоровье. Приоритетными для молодых врачей явились ценности: активная деятельная жизнь, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь.

3. Определена распространенность закреплённости (приверженности) в медицинской организации, которая составила среди молодых врачей $42,0 \pm 3,1\%$, наиболее высокий процент среди женщин в возрастной группе до 29 лет. Закреплённость молодых врачей в медицинской организации представляет результат действия 23 репрезентативных факторов. Наибольшее значение для ее формирования имеют ведущие приоритеты мотивации молодых врачей к профессиональной деятельности.

4. Выявлена распространенность приоритетной направленности личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач, которая составила $35,0 \pm 3,3\%$, наибольшая распространенность определяется среди мужчин в группе от 30 до 34 лет. Приоритетная направленность личности на качественное и эффективное решение профессиональных задач является

результатом действия 18 репрезентативных факторов. Несколько большее значение для ее формирования имеют факторы условий и образа жизни молодых врачей.

5. Установлено, что обладателями базовой профессиональной компетентности и стремления к ее развитию являются $25,0 \pm 3,5\%$ молодых врачей. Больше число лиц, имеющих данную компетентность и стремление к ее развитию, определено среди мужчин в возрастной группе от 30 до 34 лет. Существование базовой компетентности и стремление к ее развитию является результатом влияния 9 репрезентативных факторов. По отношению к остальным, наибольшее влияние на формирование базовой компетентности и стремлению к ее развитию имеют факторы мотивационной и ценностной природы.

6. Установлено, что заболеваемость с временной утратой трудоспособности среди лиц, обладающих профессиональной социализацией по изучаемым показателям ниже, чем у молодых врачей, у которых данные характеристики профессиональной социализации отсутствовали.

7. Положительные практические результаты проведенного организационного эксперимента по совершенствованию профессиональной социализации молодых врачей доказывают перспективность широкого внедрения указанного комплекса мер в работу, проводимую в медицинских организациях с молодыми врачебными кадрами.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На Федеральном уровне:

1. Руководителям учебных заведений высшего медицинского образования рекомендуется проводить систематическую учебно-воспитательную работу со студентами для выявления с помощью предложенных нами анкет приоритетных факторов условий и образа жизни, мотиваций и ценностей.
2. Руководителям учебных заведений высшего медицинского образования для формирования профессиональной социализации у будущих молодых врачей рекомендуется проводить комплексную работу со студентами с учетом необходимых трудовых мотиваций, представленными перспективами карьерного роста и возможностью стать руководителем, хорошими взаимоотношениями с руководством, возможностью приобретать профессиональный опыт, стабильной работой без угрозы увольнения, стабильным заработком и оплатой четко связанной с результатами труда. Формировать и поддерживать ведущие терминальные ценности, необходимые для профессиональной социализации, такие как: физическое и психическое здоровье, активная деятельная жизнь, интересная работа, любовь, материально обеспеченная жизнь, общественное признание, продуктивная жизнь. Данная работа со студентами может проводиться в формате целого отдельного курса занятий либо в виде личностных тренингов специалистами психологического профиля. В результате еще в процессе обучения будет формироваться оптимальная трудовая мотивация, направленность личности «на дело», то есть на профессиональную сферу, на стремление к улучшению базовой компетентности. Кроме того, студентов сразу же нужно «приучать» к использованию дистанционных технологий в сфере образования через использование системы Moodle, использование электронных источников информации: электронных учебников, атласов, пособий, обучающих видео, семинаров, тренингов, медицинских порталов. Студентов следует обучать

пользоваться научными электронными библиотеками, например, eLibrary, Киберленинка и другими.

На региональном уровне:

1. Региональным Министерством здравоохранения проводить целевое трудоустройство молодых специалистов с учетом профессиональной социализации.
2. При разработке мер по повышению мотивации и стимулированию будущих работников по целевому трудоустройству учитывать их мотивационные потребности на данный период и на перспективу, ценностные ориентации личности сотрудника с дальнейшим выстраиванием наиболее эффективной стратегии управленческого поведения в отношении конкретного персонажа, оценку условий образа жизни сотрудника, анализировать профессиональную социализацию при разработке мер по снижению уровня заболеваемости с временной утратой трудоспособности.

Перед выдачей студенту или абитуриенту целевого направления следует с помощью анкетирования или беседы выяснить его особенности личности, направленность личности «на дело», на «общение» или на «себя». Отдавать предпочтение абитуриентам, имеющим направленность личности на профессиональную сферу жизни и решение профессиональных задач. В процессе обучения нового специалиста в меры поддержки при целевом обучении включить непосредственный контакт обучающегося с сотрудниками прикрепленного лечебного учреждения, возможен патронаж старшими сотрудниками или тьюторство еще на этапе обучения студента. В медицинском университете обучающийся будет проходить курс по повышению трудовой мотивации и повышению направленности личности на профессиональное совершенствование, чем еще больше приблизит уровень профессиональной социализации будущего сотрудника к оптимальному.

На уровне медицинской организации:

1. Руководителям медицинских учреждений, совместно со службами управления человеческими ресурсами (отделы кадров) для формирования профессиональной социализации молодых врачей рекомендуется: определять мотивационные потребности персонала на данный период и на перспективу; знать реальную структуру ценностных ориентаций личности сотрудников; анализировать в динамике самооценку условий образа жизни сотрудников. Данные меры способствуют дальнейшему выстраиванию наиболее эффективной стратегии управленческого поведения (так как дают представление о наличии или отсутствии компонентов профессиональной социализации) в отношении формирования молодого врача как компетентного специалиста, являющегося профессионалом и эффективным работником.

В рамках комплекса мер по повышению социализации молодых врачей следует выбрать заместителя главного врача лечебного учреждения, который будет ответственным за программу социализации молодых кадров. В реализации программы будут принимать участие сотрудники отдела кадров лечебного учреждения, заведующие отделениями больницы, наиболее опытные врачи и приглашенные сотрудники психологического профиля. Заведующие отделениями будут контролировать наличие наставника у каждого молодого специалиста со стажем работы менее 5 лет и сами будут осуществлять профессиональный патронаж. Наиболее опытные врачи будут всячески способствовать социальной адаптации нового специалиста в коллективе, помогать ему разрешать профессиональные и организационные задачи на рабочем месте. Приглашенные психологи будут осуществлять с определенной частотой (раз в неделю/месяц) тренинги по повышению трудовой мотивации сотрудников, развитию у них базовой компетентности и стремления к ее развитию, по изменению направленности личности сотрудников на профессиональные задачи.

За участие в данных мероприятиях, результирующих в повышении профессиональной социализации врачей во всех трех составляющих, а также в

положительной динамике производственных результатов, можно предусмотреть дополнительное моральное стимулирование сотрудников.

Перечисленные меры не занимают много времени, сил, а самое главное нуждаются в минимальных финансовых затратах при их высокой результативности. Предполагаются финансовые вложения только для организации системы тренингов по повышению профессиональной социализации врачей, которые можно сократить, если сотрудничать в процессе проведения тренингов со специалистами психологического профиля из ближайшего медицинского университета.

Таким образом, предлагаемый комплекс мер по повышению профессиональной социализации молодых врачей является высокоэффективным способом по увеличению трудовой мотивации, направленности личности на профессиональную эффективность и развитие базовой компетентности у молодых кадров и требует минимальных финансовых затрат, в основном заключается в планировании, организационных мерах и контроле за их исполнением.

Благодаря предложенным мерам возможно достижение целей национального проекта «Здравоохранение», запланированного до 2024г.: укомплектовать специалистами первичное звено здравоохранения можно за счет реализации целевых программ и, кроме того, за счет повышения закреплённости специалистов в лечебном учреждении; осуществлять непрерывное повышение квалификации медицинских работников и стремления к ее повышению в системе непрерывного медицинского образования за счет привыкания студентов и молодых специалистов к электронной и дистанционной образовательной среде, патронажа старшими коллегами.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аброськина, О.В. Результаты медико-социологического исследования приверженности населения к здоровому образу жизни / Е.В. Силина // Современная медицинская наука. – 2012. – № 2. – С. 54-72.
2. Абидова, С. А. Актуальные проблемы, тенденции и перспективы развития экономики региона / С. А. Абидова, под ред. Медведевой В. Н // Экономика. Ставропольский край. Стратегия развития. – Ставрополь, 2014. – С. 153.
3. Абаскалова, А.О. Мотивация персонала, как один из механизмов повышения заинтересованности персонала в управлении организации / А.О. Абаскалова // Стратегическое планирование развития городов и регионов. Памяти первого ректора ТГУ С. Ф. Жилкина. IV Международная научно-практическая конференция: сб. научных трудов: в 2 ч. – 2014. – С. 242-246.
4. Агранович, Н.В. Мотивация повышения психолого-педагогических компетенций преподавателя для обеспечения инновационного подхода непрерывного медицинского образования на современном этапе. / А.Б. Ходжаян // Современные проблемы науки и образования. – Ставрополь, 2013. – № 2; URL: www.science-education.ru/108-8888.
5. Акопян, К. А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / К. А. Акопян, М. А. Аракелян, Д. А. Тадевосян // Проблемы внедрения результатов инновационных разработок: сб. статей Международной научно-практической конференции / отв. ред. А. А. Сукиасян. – 2015. – С. 74–76.
6. Александрова, Д.Н. Медицинские работники в социальной структуре общества. Материалы международной научной конференции «Социально-стратификационная дифференциация российского общества» 24-26 мая 2006г. – Улан-Удэ, 2006; – №1 – С. 174-176.
7. Александрова, А.А. Мотивация трудовой деятельности как элемент

- системы управления персоналом / А.А. Александрова // Вестник магистратуры. – 2016. – № 4-3 (55). – С. 57–60.
8. Алмазов, А.А. Критерии оценки мотивации персонала, создание и развитие ценностей медицинской организации / А.А. Алмазов // Здравоохранение. – 2014. – № 5. – С. 94–101.
 9. Алтунин, А.В. Психологические особенности молодых людей, имеющих установку на повышенный уровень самореализации в условиях интенсивной, личностно значимой деятельности / А.Г. Жилиев // Дис. докт. мед. наук/ НИУ Высшая школа экономики. – Москва, 2012. – С. 300.
 10. Амиров, А.Ф. Профессиональная социализация и воспитание студентов медицинского вуза. – Уфа: Изд-во Башкирского государственного медицинского университета, 2003.– С. 274.
 11. Ананич, Ю.Г. Валеологическое содержание социально-гигиенического мониторинга здоровья интернов // Валеология. – 2008. – № 3. – С. 25-30.
 12. Артюхин, М.И. Влияние стресс-факторов на процесс профессиональной адаптации и здоровье молодых врачей / В.Р. Шухатович // Народонаселение. – 2012. – № 4 (58). – С. 125-130.
 13. Афонин, Ю.А. Проблемы мотивации медицинского персонала / Ю.А. Афонин, Р.Р. Сагдеев // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2012. – № 7 (93). – С. 10–14.
 14. Ахмадеева, Л.Р. Встречаемость и особенности головных болей у молодых врачей / О.Б. Морозова // Российский журнал боли. – 2012. – № 1 (34). – С. 8-9.
 15. Бакумов, П.А. Возможности совершенствования качества жизни медицинских работников / П.А. Бакумов, Е.А. Зернюкова, Е.Р. Гречкина // Вестник ВолгГМУ. – 2012. – Вып.№1 (41). – С. 75-77.
 16. Башмакова, О.В. Особенности профессиональной адаптации врачей-психиатров // Психическое здоровье. – 2010. – Т. 8. № 4 (47). – С. 52-56.
 17. Балахонов, А.В. Эмоциональное выгорание у медицинских работников как предпосылка астенизации и психосоматической патологии / А. В.

- Балахонов, В. Г. Белов, Е. Д. Пятибрат, А. О. Пятибрат // Вестник Санкт-Петербургского университета. – 2009. – Вып. №3, – С. 57-71.
18. Бердышева, Е. Рынок и профессия в стоматологии: логика ценообразования в частных клиниках / Е. Бердышева // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, 2011.– С. 188-216.
 19. Базавлуцкая, Л.М. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / Л.М. Базавлуцкая // Проблемы экономики, управления и права современной России: сборник научных трудов по материалам I региональной научно-практической конференции. – 2016. – С. 87–92.
 20. Берзинь В.И. Методы активного обучения в медицинском вузе / В.И. Берзинь, А.Г. Глущенко, И.И. Слепушкина // Актуальные психолого-педагогические проблемы медицинского образования в Украинской ССР: тез. докл. 2-й Респ. науч. конф., 20-21 апр. 1990 г., Ивано-Франковск. – Киев; Ивано-Франковск, 1990. – С. 25.
 21. Большакова, И.А. Мотивация как элемент эффективного управления персоналом / И.А. Большакова // Экономика и управление: анализ тенденций и перспектив развития. – 2014. – № 12. – С. 113-116.
 22. Бреусов, А.В. Перспективы совершенствования системы подготовки кадров для медицинской промышленности / А.В. Бреусов, С.С. Отставнов // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина. 2016. – № 1. – С. 102-107.
 23. Бухалков, М.И. Управление персоналом / М.И. Бухалков. – М., 2005. – С. 68–91.
 24. Буцай, Е.А. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / Е.А. Буцай, И.Г. Иванова // Предприятия, отрасли и регионы: генезис, формирование, развитие и прогнозирование: сб. научных трудов по материалам I международной научно-практической

- конференции / ред. Н.А. Краснова, Т.Н. Плесканюк. – 2016. – С. 474–482.
25. Бухтияров, И.В. Оценка профессиональных рисков для здоровья в системе доказательной медицины. / И.В. Бухтияров, Э.И. Денисов, Н.Ф. Измеров // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья – 2016. – № 1 – С. 14-20.
 26. Вирина, И.В. Формирование и развитие конкурентоспособности молодых специалистов на рынке труда: дис. канд. экон. наук. // Вирина И.В. – М., 2007. – С. 146.
 27. Воробьев, П.А. Качество медицинской помощи: проблемы оценки, контроля и управления / П.А. Воробьев// Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2007. – № 10. – С. 6-14.
 28. Вьюн, В.В. Реакции дезадаптации у врачей-интернов в период профессиональной деятельности и их психотерапевтическая коррекция / В.В. Вьюн, В.И. Коростий// Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. № 3 (80). – С. 52-54.
 29. Вязьмин, А.М. Экология инвалидности вследствие ишемической болезни сердца у трудоспособного населения в условиях Европейского Севера России / А.М. Вязьмин [и др.] // Экология человека. – 1998. – N 3. – С. 24-27.
 30. Вялкова, Г.М. Состояние обеспеченности врачевными кадрами населения Российской Федерации в период 2000-2005 годов. / Г.М. Вялкова // Экономика здравоохранения. – 2006. – № 10. – С. 11-13.
 31. Гавенко, В.Л. Уровни психического здоровья студентов в условиях современного этапа реформирования высшего медицинского образования / В.Л. Гавенко, Н.В. Гавенко, В.В. Бойко // Материалы науч.-практ. конф. «Новые подходы к диагностике, лечению и реабилитации психических заболеваний». – Харьков, 2010. – С. 113-114.
 32. Галкин, Р.А. Проблемы и пути решения реализации концепции развития здравоохранения и медицинской науки в РФ на региональном уровне / Р.А. Галкин // Экономика здравоохранения. – 1999. – № 12-1 (35)

33. Гайдаров, Г.М. Организационные аспекты разработки и внедрения материального стимулирования труда медицинских работников / Г.М. Гайдаров // Актуальные вопросы современной клинической медицины в условиях ОМС: Сб.ст.науч.-практ.конф. – 2000. – Вып. 3. – С. 29-31.
34. Гейц, В.И. Нормирование труда и регламентация рабочего времени. // В.И. Гейц – М.: ГЕОТАР – мед; – 2010.
35. Герчикова, И.Н. Учебник / И.Н. Герчикова. – 3-е изд. перераб. и доп. – М.: Банки и биржи, ЮНИТИ, 1997. – С. 486–489.
36. Говорин, Н.В. Психическое здоровье и качество жизни врачей: Изд-во «Иван Фёдоров» // Н.В. Говорин, Е.А. Бодагова – Томск, Чита, 2013. – С. 126.
37. Гоев, К.В. Особенности социально-гигиенической характеристики заместителей главного врача по медицинской работе / К.В. Гоев //Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 264.
38. Голяшев, В.А. Нематериальная и материальная мотивация в управлении персоналом: соотношение, факты и барьеры реализации / В.А. Голяшев // Управление человеческими ресурсами. – 2014. – № 1 (6). – С. 34–36.
39. Гончарова, Г.Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения. / Г.Н. Гончарова, Н.А. Горбач, В.В. Упатов // Здравоохранение РФ, 2002. – №6. – С. 27-31.
40. Государственный доклад о реализации государственной политики в сфере охраны здоровья за 2018 год URL: <https://www.rosminzdrav.ru/ministry/programms/gosudarstvennyy-doklad-o-realizatsii-gosudarstvennoy-politiki-v-sfere-ohrany-zdorovya-za-2014-god>.
41. Григорьян, М.Р. Системы мотивации персонала в медицинском учреждении / М.Р. Григорьян // Современные научные исследования и инновации. – 2016. – № 7 (63). – С. 415–418.
42. Гуськова, И.В. Кадровый дефицит в сфере здравоохранения сельских муниципальных районов Нижегородской области / И.В. Гуськова, А.А. Новичков, Н.А. Новичкова // NovaInfo.Ru, 2016. – Т. 1. № 41. – С. 68-

- 74.
43. Гунбин, А.М. Изучение профессиональной адаптации медицинских работников / А.М. Гунбин, В.И. Евдокимов, Д.А. Зайцев, Е.А. Ценных // Вестник психотерапии – 2008. – (27). – С. 46-61.
 44. Данишевский, К.Д. Человеческие ресурсы в здравоохранении России. Проблемы здоровья населения. / К.Д. Данишевский // Сборник научно-практических статей. М 2005. – С. 196-218.
 45. Данишевский, К.Д. Как и почему медицинские кадры в России отличаются от медицинских кадров западных стран? / К.Д. Данишевский // Медицина.2016. – Т. 4. № 2 (14). – С. 73-108.
 46. Дербенев, Д.П. Врачебные кадры здравоохранения Тверской области: проблемы, задачи, пути решения / Д.П. Дербенев, О.В. Крячкова, Т.И. Расторгуева // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. – 2013. – № 1. – С. 216-220.
 47. Дербенев, Д.П. Профессионально значимые аспекты состояния здоровья врачей Тверской области. / Д.П. Дербенев, К.А. Эхте, О.В. Крячкова, И.И. Макарова // Здравоохранение РФ – 2011. №2. – С. 53-53.
 48. Джиева, И.А. Медико-социальные проблемы подготовки и обеспеченности врачами общей практики в Российской Федерации / И.А. Джиева, Л.А. Гаджиева // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2016. – Т. 18. № 1. – С. 194-197.
 49. Дзугаев, К.Г. Медицинские кадры в стоматологии и перспективное планирование потребности в их подготовке : дис. докт. мед. наук / К.Г. Дзугаев // ЦНИИОИЗ МЗ РФ. – М.: 2002. – С. 300.
 50. Ермолаева, Ю.Н. Профессиональная социализация молодых медицинских работников / Ю.Н. Ермолаева // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 5. – С. 37-41.
 51. Еругина, М.В. Управление адаптацией молодых врачей: обоснование направлений совершенствования / М.В. Еругина, Н.Г. Коршевер, Е.В.

- Завалева // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. № 10. – С. 1133-11357.
52. Ефименко, С.А. Современные технологии управления персоналом как фактор воздействия на кадровую стратегию медицинских организаций / С.А. Ефименко, Н.В. Зайцева // Россия в XXI веке: итоги, вызовы, перспективы: III Международная научно-практическая конференция: материалы и доклады. Институт экономики и предпринимательства. – 2012. – С. 200–204.
53. Жильцова, Е.Е. Характеристика врачебных кадров дерматовенерологической службы на территориальном уровне / Е.Е. Жильцова, О.Е. Коновалов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013.- №3.- С.40-42.
54. Завалева, Е.В. Адаптация выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной деятельности / Е.В. Завалева, М.В. Еругина, Н.Г. Коршевер // Кремлевская медицина. Клинический вестник. – 2012. – № 2. – С. 80-82.
55. Завалева, Е.В. Профессиональное становление и адаптация молодых врачей / Е.В. Завалева, Н.Г. Коршевер // Вестник Медицинского стоматологического института. – 2012. – № 3. – С. 7-8.
56. Завалева, Е.В. Многокритериальный подход к оценке индивидуальной успешности адаптации молодых врачей / Е.В. Завалева, Е.С. Матвеева, Т.В. Пышкина // Бюллетень медицинских интернет-конференций. – 2013. – Т. 3. № 2. – С. 290.
57. Завалева, Е.В. Анализ работы органов управления здравоохранения Саратовского региона по привлечению и закреплению молодых врачей в медицинских организациях / Е.В. Завалева // Научная дискуссия: вопросы медицины. – 2016. – № 6 (37). – С. 36-41.
58. Закирова, Д.Р. Текучесть кадров в медицинских организациях республики Башкортостан / Д.Р. Закирова // Сборники конференций НИЦ Социосфера. – 2016. – № 4. – С. 74-77.

59. Зеер, Э.Ф. Психология профессиональных деструкций. / Э.Ф. Зеер, Э.Э. Сыманюк – Екатеринбург, 2005. – С. 240.
60. Ильин, Е.П. // Мотивация и мотивы. – 2012 / Е.П. Ильин. – СПб : Питер, 2011. – 508 ISBN 978-5-459-00574-5 (в пер.).
61. Иванова, Л.Б. Социальная мотивация труда как фактор повышения эффективности управления персоналом / Л.Б. Иванова, Л.В. Кордий // Сборник трудов IV Всероссийского конгресса молодых ученых. – 2015. – С. 170–174.
62. Ивенская, Т.А. Методические особенности изучения мотивационного поля медицинских работников / Т.А. Ивенская, Ю.Г. Элланский, И.Ю. Худоногов, С.В. Хлынин // Социология медицины. – 2011. – № 1. – С. 18-22.
63. Иванова, И.Г. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / И.Г. Иванова, Т.Н. Шаропова // Труд и социально-трудовые отношения: современная теория, методология и практика – 2016. – С. 44-48.
64. Иванов, С.Ю. Влияние личностных характеристик на профессиональную деятельность врача стоматолога-хирурга / С.Ю. Иванов, К.А. Алешанов, Н.Б. Смирнова, Л.В. Алешанова // Медицинский алфавит. – 2012. – Т. 2. № 7. – С. 10-14.
65. Ироносов, В.Е. Психо-физиологический статус в профессиональной адаптации врача анестезиолога-реаниматолога / В.Е. Ироносов // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. – 2010. – № 9 (51). – С. 94-95.
66. Ироносов, В.Е. Психофизиологическое сопровождение в профессиональной адаптации врача анестезиолога-реаниматолога / В.Е. Ироносов // Актуальные проблемы гуманитарных и естественных наук. – 2010. – № 10. – С. 308-309.
67. Карп, В.П. Новая концепция использования методов искусственного интеллекта в проблеме расширения профессиональных знаний молодых

- специалистов медицинского профиля / В.П. Карп, Р.К. Агарвал // Журнал научных статей Здоровье и образование в XXI веке. – 2012. – Т. 14. № 1. – С. 134-136.
68. Каверин, С.Б. Психология потребностей / С.Б. Каверин. – Тамбов: Изд-во Тамб. гос. ун-та им. Г.Р. Державина. – 1996. – С. 80.
69. Кайбышев, В.Т. Стратегия и принципы управления психосоциальными факторами профессионального риска врачей : автореферат дис. доктора медицинских наук / В.Т. Кайбышев // Науч.-исслед. ин-т медицины труда. – Москва, 2007. – С. 46.
70. Карелин, А.А. Большая энциклопедия психологических тестов / А.А. Карелин – Москва, 2007.
71. Камаева, В.Д. Экономическая теория : учеб. для вузов // В.Д. Камаев, М.А. Абрамова, Л.С. Александрова ; под. ред. В. Д. Камаева. – 2. изд., перераб. доп. – Москва : Гуманит. изд. центр «Владос» : ИМПЭ, – С. 1998. – 635.
72. Квач, Н.В. К вопросу о формировании профессиональной готовности студентов ВУЗов средствами мотивации / Н.В. Квач // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5.
73. Киреев, С.С. Психология и профессиональная мотивация врача – неонатолога / С.С. Киреев // Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2014. – Т. IV. № 3 (13). – С. 164-165.
74. Климов, Е.А. Пути в профессионализм (Психологический взгляд): учебное пособие / Е.А. Климов – Московский психолого-социальный институт Флинта. – М., 2003.
75. Ключев, А.К. Структурные преобразования в высшей школе России: проблемы и перспективы / А.К. Ключев, Е.А. Князев // Университетское управление: практика и анализ. – 2008. – № 5. – С. 6-11.
76. Косарев, В.В. Профессиональная заболеваемость медицинских работников / В.В. Косарев, С.А. Бабанов // Медицинский альманах. – 2010. – № 3 (12). – С. 18-21.
77. Косенко, А.А. Научное обоснование модели управления процессом

- мотивирования врачебных кадров поликлиники / А.А. Косенко // Автореф. дисс. к.м.н., СПб.: ООО Св-Центр, – 2015 – С. 24.
78. Корзенко, Н.И. Мотивация и стимулирование трудовой деятельности в управлении персоналом / Н.И. Корзенко, Т.В. Тимакова // Вестник Челябинского государственного университета. – 2015. – № 93. 98.
79. Королев, Н.Н. Отношение молодых врачей к своей профессиональной деятельности / Н.Н. Королев, Д.О. Ермолаев, Ю.Н. Ермолаева, О.И. Петрашова // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2011. – № 3. – С. 136.
80. Королюк, Е.Г. Региональные особенности медико-демографических процессов в Тверской области / Е.Г. Королюк, С.В. Жуков, М.В. Рыбакова, В.П. Петров, А.В. Степанова-Зайцева // Вестник новых медицинских технологий. – 2014. – № 1. – DOI: 10.12737/4785.
81. Крот, А.Ф. Особенности психологической адаптации врачей-акушеров-гинекологов / А.Ф. Крот, М.Л. Тесакова // Медицинский журнал. – 2015. – № 1 (51). – С. 91-95.
82. Крушинина, Т.В. Значимость различных психосоциальных факторов в формировании профессионального стресса у врачей-стоматологов / Т.В. Крушинина, Д.В. Пискун, О.Б. Трушко // Современная стоматология. – 2012. – № 2 (55). – С. 91-93.
83. Крушинина, Т.В. Значимость различных психосоциальных факторов в формировании профессионального стресса у врачей стоматологов / Т.В. Крушинина, Д.В. Пискун, О.Б. Трушко // Современная стоматология. – 2012. – № 2. – С. 91-93.
84. Куницына, Н.М. Некоторые вопросы управления амбулаторно-поликлиническими учреждениями, оказывающими медицинскую помощь лицам пожилого и старческого возраста / Н.М. Куницына // Фундаментальные исследования. – 2012. – № 1-1. – С. 55–58.
85. Курцев, А.В. Проблемы в работе участковой службы крупных городов и возможные пути их решения / А.В. Курцев // Курский научно-

- практический вестник «Человек и его здоровье». – 2010. – № 4. – С. 121-125.
86. Леонова, А.Б., Кузнецова А. С. Психологические технологии управления состоянием человека // А.Б. Леонова, А.С. Кузнецова – Москва, 2007. – С. 331.
87. Лень, Л.С. Управление медицинским учреждением в современных условиях: проблемы и пути решения / Л.С. Лень, Т.Н. Никулина // Вестник Астраханского государственного технического университета. Серия: Экономика. – 2016. – № 2. – С. 73-80.
88. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник // Ю.П. Лисицын – 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – С. 512.
89. Линденбрaten, А. Л. Методические подходы к внедрению стимулирующих систем оплаты труда в медицинских организациях / А.Л. Линденбрaten // Здравоохранение. – 2015. – № 2. – С. 60–65.
90. Лучкевич, В.С. Репродуктивное здоровье населения как проблема современного общества / В.С. Лучкевич, В.В. Семенова, Н.В. Дармограй (и соавт.) // Вестник Санкт-Петербургской государственной медицинской академии им. И.И. Мечникова. – 2005. – № 1. – С. 176-181.
91. Лукьянов, В.В. Сравнительное исследование методик измерения синдрома выгорания / В.В. Лукьянов, Н.Г. Васильева // Психиатрия, психотерапия и клиническая психология. – 2011. – № 4. – С. 14-24.
92. Мансуров, В.А. Российские врачи: профессионализация сверхху или саморегулирование профессии? / В.А. Мансуров, О.Ю. Юрченко // Антропология профессий, или Посторонним вход разрешен / под ред. П.В. Романова, Е.Р. Ярской-Смирновой. М.: ООО «Вариант», ЦПГИ, – 2011. – С. 171-187. 91.
93. Маслоу, А. Мотивация и личность / Абрахам Маслоу; пер. с англ. Т. Гутман, Н. Мухина[и др.]. – 97.
94. Мескон, М.Х. / М.Х. Мескон, М. Альберт, Ф. Хедоури; пер. с англ //

- Основы менеджмента. – М.: Дело ЛТД, 2004. 3-е изд. – СПб.: Питер, – 2003. – 1 (356). – С. 124–126.
95. Месникова, И. Л. Состояние здоровья и качество жизни врачей амбулаторно-поликлинического звена / И.Л. Месникова, Р.В. Хурса, Л.А. Солдак, М.В. Зюзенков, З.В. Романенко, Н.М. Еремина, А.Ф. Лемешев, Т.А. Ковешникова // Медицинский журнал. – 2009. – № 1. – С. 72-74.
96. Медведева, М.А. Физиология и психофизиология / Под ред. М.А. Медведевой, В.М. Смирнова. – М.:МИА, 2013. – С. 616.
97. Магура, М. Процессуальные теории трудовой мотивации / М. Магура, М. Курбатова // Управление персоналом. – 2007. – С. 13–14.
98. Михайлов, Б.В. Проблема оценки эффективности и качества оказания психотерапевтической помощи / Б.В. Михайлов // Український вісник психоневрології. – 2010. – Т. 18, вип. 3 (64). – С. 137-138.
99. Миняева, В.А. Общественное здоровье и здравоохранение / Под ред. В.А. Миняева, Н.И. Вишнякова. М: МЕДпресс-информ, – 2012. – С. 656.
100. Михайлова, Ю.В. Теоретические и прикладные аспекты формирования должностной модели руководителя медицинской организации / Ю.В. Михайлова, Т.А. Сибурина, Ю.В. Мирошникова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2016. – Т. 48. № 2. – С. 1.
101. Михайлова, Ю.В. Перспективы профессиональной подготовки кадров по вопросам экономики здравоохранения / Ю.В. Михайлова, В.А. Магницкий, И.Н. Базарова, О.В. Обухова // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13. № 1. – С. 3.
102. Михайлова, Ю.В. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, С.Т. Сохов, Н.В. Данилова, М.Г. Шестаков, Н.С. Сасина, Ю.Н. Тахтарова // Здравоохранение Российской Федерации.– 2008. – № 1. – С. 52-54.

103. Михайлова, Ю.В. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации / Ю.В. Михайлова, Р.А. Хальфин, С.Т. Сохов, И.М. Сон, Н.В. Данилова, Г.М. Вялкова, О.В. Армашевская, Г.Ю. Уткина, Н.Н. Камынина, Н.Н. Шестаков, А.Ю. Абрамов, Ю.Н. Тахтарова, Н.Н. Миронова // Пособие для руководителей органов и учреждений здравоохранения. – М. : 2007. – С. 99.
104. Михайлова, Ю.В. Состояние и перспективы развития кадрового потенциала системы здравоохранения. / Ю.В. Михайлова, И.М. Сон, С.Т. Сохов, Н.В. Данилова, Н.Н. Шестаков, Н.С. Сасина, Ю.Н. Тахтарова // Здравоохранение Российской Федерации. – 2008. – № 1. – С.52-54.
105. Москаленко, В.Ф. Роль принципов врачебной этики в формировании молодого врача как личности / В.Ф. Москаленко, А.С. Свинцицкий, Я.В. Цехмистер // Электронный научно-образовательный вестник Здоровье и образование в XXI веке. – 2010. – Т. 12. № 8. – С. 410-412.
106. Наквасина, С.Н. Особенности профессиональной адаптации ординаторов различных профилей, проходящих практику в ЛПУ / С.Н. Наквасина // В сборнике: Современные научные исследования: методология, теория, практика материалы VIII Международной научно-практической конференции. Центр содействия развитию научных исследований. – 2015. – С. 199-202.
107. Нецепляев, Д. А. Общее и особенное в профессиональной деятельности врачей частных и государственных медицинских учреждений: автореф. дис. канд. мед. наук: 14.02.05 / Д.А. Нецепляев – Волгоград, 2011.
108. Ногойбаева, К.А. Самооценка состояния здоровья врачей стационарного профиля и их медицинского обслуживания, г. Бишкек, Кыргызская республика / К.А. Ногойбаева, У.Н. Жаныбай, Э.Т. Бокчубаев // Современная медицина: актуальные вопросы. – 2016. – № 51. – С. 67-76.
109. Орлов, А.Е. Вопросы мотивации деятельности сотрудников

- медицинского учреждения как базовый элемент системы управления персоналом / А.Е. Орлов, В.В. Павлов, Д.Н. Лисица // Система управления качеством организации работы с персоналом лечебных учреждений (на примере крупной поликлиники и многопрофильного стационара). – Самара, 2014. – С. 175–181.
110. Павленко, О.В. Нематериальная мотивация в системе управления персоналом / О.В. Павленко // Экономика и предпринимательство. – 2015. – № 3-2 (56-2). – С. 524–527.
111. Парфёнов, Ю.А. Возрастная специфика профессионального стресса у врачей-специалистов разного профиля / Ю.А. Парфёнов, В.Г. Белов, В.С. Цой, А.А. Пахомов, Г.А. Рыжак // Успехи геронтологии. – 2012. – Т. 25. № 4. – С. 729-735.
112. Парфёнов, Ю.А. Прогнозирование адаптации врачей анестезиологов-реаниматологов среднего и пожилого возраста с синдромом профессионального выгорания / Ю.А. Парфёнов, М.В. Киселева, А.А. Арефьев, В.С. Цой // Ученые записки университета им. П.Ф. Лесгафта. – 2012. – № 5 (87). – С. 79-84.
113. Позднякова, С.В. О развитии государственно-частного партнерства в здравоохранении / С.В. Позднякова, М.А. Какушкина // Ученые записки Тамбовского отделения РoСМУ. – 2016. – № 5. – С. 183-195.
114. Полежаев, К.Л. Мотивация труда врачей крупной многопрофильной больницы // Дис. докт. мед. наук / К.Л. Полежаев // ЦНИИОИЗ МЗ РФ. – М.: 2006. – С. 300.
115. Присяжнюк, Д.И. Вызовы профессиональному статусу врачей в условиях реформы здравоохранения / Д.И. Присяжнюк // Сборник научных статей аспирантов факультета экономики ГУ-ВШЭ. – Вып. 3. – М.: ГУ-ВШЭ, – 2010. – С. 150-161.
116. Пряжников, Н.С. Профессиональное и личностное самоопределение // Н.С. Пряжников – М.: Академия – 2008.
117. Пчелина, И.В. Профессиональная ориентация молодежи, как основа

- решения проблемы кадрового дисбаланса отрасли здравоохранения Дальневосточного Федерального округа. / И.В. Пчелина, В.Г. Дьяченко // Проблемы территориального здравоохранения. Сб. науч. трудов. Вып. 4. – Москва, 2003.– С. 31-36.
118. Ревская, И.А. Технологизация управления профессиональным развитием кадров медицинских организаций / И.А. Ревская // Исследования и практика в медицине. – 2016. – Т. 3. № 1. – С. 79-83.
119. Расторгуева, Т.И. Перспективная модель управления человеческими ресурсами медицинского учреждения / Т.И. Расторгуева, В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2009. – № 1. – С. 27-32.
120. Садыков, Р.А. Социальное положение и профессионализация врачей альтернативной медицины: аналитические перспективы / Р.А. Садыков // Сборник статей аспирантов 2011 / Науч. ред. К.А. Букин. М.: Изд. дом Высшей школы экономики, – 2012. – С. 80-96.
121. Ситдинов, З. А. Предболезненные расстройства психического здоровья у работников умственного труда / З.А. Ситдинов, Е.В. Яныгин // Актуальные вопросы психиатрии и наркологии : материалы науч. отчет. сессии, посвящ. 20-летию НИИ психического здоровья ТНЦ СО РАМН. – Томск, 2001. – Вып. 10. – С. 88—89.
122. Сибурина, Т.А. Отдельные стратегии совершенствования кадровой политики в здравоохранении. / Т.А. Сибурина, Э.Н. Матвеев, Г.Н. Барскова, Г.В. Стешенко // Сб.: Экономическая эффективность и развитие регионального здравоохранения. – Москва, 2002. – С.202-206.
123. Сопоев С.А. Адаптация молодых специалистов в современных российских организациях: дис. канд. социол. наук. // Сопоев С.А. – Москва, 2013. – С. 133.
124. Сохов, С.Т. Стратегические задачи и технологические решения в обеспечении системы здравоохранения кадровыми ресурсами. / С.Т. Сохов, Н.В. Данилова, Л.А. Сковердяк, О.В. Армашевская, А.С.

- Артюхов, Н.Н. Миронова, Е.В. Огрызко, К.В. Лопиков, Ю.Н. Тахторова // Сб. научн. трудов ФГУ ЦНИИОИЗ Росздрава «Новые технологии в современном здравоохранении» – Москва, 2007 – Т 2 – С. 118-122.
125. Стародубов, В.И. Кадровые ресурсы здравоохранения российской федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития / В.И. Стародубов, Ю.В. Михайлова, С.А. Леонов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2010. – Т. 13. – № 1. – С. 2.
126. Снегирева, Ю.Ю. Кадровое обеспечение процессов реформирования системы здравоохранения / Ю.Ю. Снегирева, А.Б. Зудин // Ученые записки Российской Академии предпринимательства. – 2016. – № 46. – С. 259-265.
127. Тайц, А. Б. Трудовая мотивация врачей поликлиники / А.Б. Тайц, А.А. Косенко // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – С. 297.
128. Телепнев, Н.А. Многомерная оценка и прогноз адаптации врачей анестезиологов-реаниматологов среднего и пожилого возраста с синдромом профессионального выгорания: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Н.А. Телепнев // Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии Северо-Западного отделения Российской академии медицинских наук. Санкт-Петербург, – 2012. – С. 27.
129. Трахтенберг, А.Д. «Компьютерами лечить людей»: информатизации здравоохранения и традиционные ценности медицинской профессии (по результатам качественного социологического исследования) / А.Д. Трахтенберг // В мире научных открытий. – 2014. – № 11.12 (59). – С. 4791-4814.
130. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018г. №204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027>.

131. Файбисович, Е.И. Социальные аспекты первичной трудовой адаптации врача-косметолога / Е.И. Файбисович // Экономические и гуманитарные исследования регионов. – 2013. – № 2. – С. 62-69.
132. Фомин, Н.Ф. Проблемы подготовки профессорско-преподавательского состава анатомических кафедр в свете собственного и зарубежного опыта / Н.Ф. Фомин // Вестник Российской военно-медицинской академии. – 2016. – № 2 (54). – С. 254-259.
133. Хазов, М.В. Мотивация врачебного персонала многопрофильной больницы к работе сверх нормативов одной ставки / М.В. Хазов, С.В. Романов, О.П. Абаева, М.М. Мурыгина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2015. – Т. 23. № 2. – С. 35-37.
134. Чимеева, Б.Б. Мотивация как элемент эффективного управления персоналом / Б.Б. Чимеева, Т.Е. Сангаева // Актуальные вопросы экономики, менеджмента и финансов в современных условиях / сб. научных трудов по итогам международной научно-практической конференции. – 2015. – С. 284–288. 153.
135. Черкасов, С.Н. Мотивационные аспекты новой системы оплаты труда в здравоохранении / С.Н. Черкасов, А.Р. Сараев // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5. № 4. – С. 524–526.
136. Черкасов, С.Н. Удовлетворённость врачей государственных медицинских учреждений / С.Н. Черкасов, А.Ю. Костикова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2017. – № 4 (58). Часть 3. – С. 198–200.
137. Шарипова, Г. А. Мотивационные аспекты управления персоналом в условиях кризиса Г.А. Шарипова // Молодой ученый. – 2016. – № 11. – С. 1076–1080.
138. Шальнова С.А. Здоровье российских врачей. Клинико-эпидемиологический анализ. / С.А. Шальнова, Р.Г. Оганов, А.Д. Деев, С.К. Кукушкин // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2008. – 7(6). – С. 28-32.

139. Шамшурина, Н. Особенности управления ресурсами медицинской организации. Показатели экономической эффективности организации здравоохранения как хозяйствующего субъекта / Н. Шамшурина // Здравоохранение РФ – 2005. – № 10. – С.157-167.
140. Шаховой, В.А. Мотивация трудовой деятельности / В.А. Шаховой, С.А. Шапиро – 4-е изд. – М.-Берлин: Директ-Медиа, – 2015. – С 425.
141. Щепин, В.О. Анализ состояния и динамики кадровых ресурсов здравоохранения субъектов Российской Федерации в 1990-2004 гг. / В.О. Щепин, И.А. Купеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2007. – № 1. – С. 3-6.
142. Щепин, О.П. Здоровье населения – основа развития здравоохранения. / О.П. Щепин, Р.В. Коротких, В.О. Щепин, В.А. Медик – Москва, 2009. – С. 220.
143. Элланский, Ю.Г. Социологическое моделирование профессиональной и социальной активности медицинских работников на муниципальном уровне / Ю.Г. Элланский, Т.А. Ивенская, И.Ю. Худоногов // Социология города. – 2010. – № 1. – С. 10-15.
144. Эрденко, Д.В. Особенности коммуникативного компонента профессиональных установок студентов медицинского вуза: этнопсихологический аспект / Д.В. Эрденко // В сборнике: Научная инициатива в психологии межвузовский сборник научных трудов студентов и молодых ученых. – Курск, 2016. – С. 198-204.
145. Эхте, К.А. Социальная адаптация медицинских работников в период обучения и на разных этапах их профессиональной деятельности / К.А. Эхте, Д.П. Дербенев, О.В. Крячкова, Д.В. Вошев // Профилактическая медицина. – 2013. – Т. 16. № 2. – С. 13-17.
146. Ющук, Н.Д. Высшая медицинская школа глазами преподавателей, студентов, врачей и населения. Информационно-аналитические материалы по результатам социологического исследования / Н.Д. Ющук, Е.Е. Ачкасов, Ю.В. Мартынов, И.В. Мерсиянова, И.И.

- Солодова. М.: Триада –Х, 2011. – С. 128.
147. Ясько, Б.А. К проблеме профессиональной адаптации врача / Б.А. Ясько // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2002. – № 4-2. – С. 74-78.
 148. Ясько, Б.А. Профессиональная адаптация субъекта в напряжённых и экстремальных условиях труда / Б.А. Ясько // Психология. Экономика. Право. – 2013. – № 3. – С. 20-30.
 149. Кокурн, О.М. Адаптація та адаптаційні можливості людини: прикладні аспекти / О.М. Кокурн // Актуальні проблеми психології. – Т. 5, вип. 4: Психофізіологія. Медична психологія. Генетична психологія / за ред. С. Д. Максименка. – К.: Міленіум, – 2005. – С. 77-85.
 150. Пшук, Н.Г. Система психокоррекции и психопрофилактики профессиональной дезадаптации врачей хирургического и терапевтического профиля / Н.Г. Пшук, А.А. Каминская // Український вісник психоневрології. – 2014. – Т. 22. № 4 (81). – С. 97-101.
 151. Aboul-Enein Y. N. Obstetricians in a Legal crisis // World Health Forum. –1991. – V. 12. № 2. – P. 207.
 152. Apker J., Eggly S. Communicating professional identity in medical socialization: Considering the ideological discourse of morning report // Qualitative health research. – 14 (3). – P. 411-429.
 153. A three-year cohort study of the relationships between coping, job stress and burnout after a counseling intervention for help-seeking physicians / Karin Ro E Isaksson, Reidar Tyssen, Asle Hoffart, et al. // BMC Public Health. – 2010.– 10. –P. 213.
 154. Balch M. Charles. Stress and Burnout Among Surgeons. Understanding and Managing the Syndrome and Avoiding the Adverse Consequences / Charles M. Balch, A. Freischlag Julie, D. Shanafelt Tait // Archives of Surgery. – April, 2009. – Vol. 144 (4). – P. 371-376.
 155. Barron F.B., Harrington D.M. Creativity, intelligence, and personality.

- Annual Review of Psychology – 1981. – №32. – P. 439-476.
156. Blumenthal D. Doctors in a Wired World: Can Professionalism Survive Connectivity. *The Milbank Quarterly*. – 2002. – V. 80. № 3. – P. 525-546.
 157. Blendon R.J. Donelan K., Jovell A.J., et al. Spain As Citizens Assess Their Health Care System // *Health Affairs*, Fall. – 1991. – P. 216–228.
 158. Buchan J., Calman L. Skill-mix and policy change in health workforce: nurses in advanced roles. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development. – 2008 (OECD Health Working Paper No. 17; <http://www.oecd.org/dataoecd/30/28/33857785.pdf>, accessed 23 April 2008).
 159. Buchan J., Maynard A. United Kindom. In: Rechel B, Dubois C-A, McKee M. *The Health care workforce in Europe: learning from experience* // Copenhagen WHO Regional Office for Europe. – 2006. – P. 129-143. (<http://www.euro.who.int/Document/E89156.pdf> , accessed 23 April 2008).
 160. Barnum H., Kutzin. J. *Public Hospitals in Developing Countries (Resource Use, Cost, Financing)* // World Bank, The Johns Hopkins University press. – 1993. – P. 335.
 161. Burnout syndrome among critical care healthcare workers // *Current Opinion in Critical Care*. – 2007. – № 13. – P. 482-488.
 162. Carr-Hill R.A. Hardman G., Martin S., et al. *A Formula for Distributing NHS Revenues Based on Small Area Use of Hospital Beds*. – University of York, 1994. – P. 140.
 163. Caplan A. Clinton As health care reforms // *Brit. Med. J.* – 1993. – V. 307. – P. 819–820.
 164. *Core Health Indicators in the WHO European Region 2015. Special focus: Human resources for health* – WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, 2015. – P. 10.
 165. Cooper C.L., Marshall J. Occupational sources of stress: a review of the literature relating to coronary heart disease and mental ill health // *Journal of Occupational Psychology*. — 1976. — Vol. 49. — P. 11-28.
 166. Sandberg, Jorgen and Dall’Alba, Gloria *Returning to practice anew: A life-world*

- perspective. // Organization studies. – (2009) – P. 1349-1368.
167. Dixon J. US health care. 3: The reform problem // BMJ. – 1992. 17 Oct. – V. 305. – P. 941–944.
168. Deci E.L., Ryan R.M. Intrinsic motivation and self-determination in human behavior. – New York: Plenum, 1985.
169. Freidson E. Doctoring Together. A Study of Professional Social Control. NY.: Elsevier, 1975.
170. Glasser W. Designing fee schedules by formulae, politics and negotiations // Amer. J. Publ. Health. – 1990. – Vol. 60. № 7. – P. 804–809.
171. Herrero, J.J., Artalejo F.R., Palleja P., Pascuai H.A. Spain: Current Developments. Paper presented at the WHO meeting «New Approaches to Managing Health Services». – United Kingdom, Leeds, 1990, 29–31 January. – P. 20.
172. Health Systems in Transition. France– WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2014. – P. 251.
173. Heeks R. Most eGovernment for Development Projects Fail: How Can Risks Be Reduced. // Institute for Development Policy and Management, – Manchester, 2003. № 14. – P. 78-180.
174. Hutchinson L., Marks T., Pittilo M. The physician assistant: would the US model meet the needs of the NHS? / British Medical Journal – 2001. – 323. – P. 1244-1247.
175. Ilie V., Courtney J.F., Slyke C.V. Paper versus Electronic: Challenges Associated with Physicians` Usage of Electronic Medical Records. Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems. – 2007. – P.1530-1605.
176. Lazenby H.C. Levit K.R., Waldo D.R., et al. National health accounts: Lessons from the U.S. experience // Health Care Financing Review. – 1992. Summer. – V. 13. № 4. – P. 89–103.
177. Ladd J. Philosophy and the Moral Professions//Social Controls and the Medical Profession / ed. by J.P. Swazey, S.R. Scher. Boston, Massachusetts:

- Oelgeschlager, Gunn, & Hain, Publishers, Inc., – 1985. – P. 37-52.
178. Maslach C., Jackson S.E., Leiter M.P. Maslach Burnout Inventory Manual. – Palo Alto, California: Consulting Psychological Press Inc., – 1996.
179. Mach E.P. Abel-Smith B. Planning the finances of the health sector. A manual; for developing ceuntries // WHO. – 1983. – P. 124.
180. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels Framework, measures and targets / Printed by the WHO Document Production Services, Geneva, Switzerland, – 2014 [Электронный ресурс]. URL: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112824/1/WHO_HIS_HIA_14.1_eng.pdf.
181. McClelland A. In Fair Health? Equity and the Health System. Background Paper 3. National Health Strategy / A. McClelland. – Melbourne, Australia, 1991.
182. Moss V.A. Burnout: symptoms, causes, prevention / V. A. Moss // AORN Journal. – 1989. – Nov. № 5. – P. 1071–1076.
183. Naylor Th. H. // Br. J. Administr. Management. – 1993. – N IV-V. – P. 12-15.
184. Parle J.V. Ross N.M, Doe W.F. The medical care practioner: developing a physician assistant equivalent for the United Kingdom. Medical Journal of Australia, – 2006. – 185(1). – P. 13-17.
185. Paying for performance in health care. Implications for health system performance and accountability – WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2015. – P. 312[Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/271073/Paying-for-Performance-in-Health-Care.pdf.
186. Promoting better integration of health information systems: best practices and challenges WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2014. P. 32 [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0003/270813/Promoting-better-integration-of-health-information-systems-best-practices-and-

challenges.pdf.

187. Reid W.K. The Role of the Health Service Ombudsman / W.K. Reid // Health Bulletin. – 1995. – V. 53. № 6. – P. 349–352.
188. Roberts J.C. Clinton outlines plan to fix American health system / J.C. Roberts // Brit. Med. J. – 1993. – V. 307. – P. 813–814.
189. Schwab L. Individual hardiness and staff satisfaction / L. Schwab // Nursing Economics. – 1996. May – June. – № 14 (3). – P. 353–359.
190. Sibbald B., Shen J., McBride A. Changing the skill-mix of the health care workforce, Journal of Health Services Research & Policy. – 2004. – 9 (Suppl. 1). P. 28-38. http://www.hm-treasury.gov.uk/consult_wanless_final.htm .
191. Stress, burnout, and maladaptive coping: Strategies for surgeon well-being///Bulletin of the American college of surgeons. – August, 2011. – P. 17-22.
192. Stone T.T. Guideline attribute and implementation preferences among physicians in multiple health systems / T.T. Stone, S.B. Schweikhart, A. Mantese, S.S. Sonnad // Qual Manag Health Care. – 2005 Jul-Sep;14(3) – P. 177-87.
193. Shieber G.J. Health Care Systems in Twenty-Four Countries / G.J. Shieber, J.P. Poullier, L.M. Greenwald // Health Affairs, Fall. – 1991. – P. 22–38.
194. Tackling health inequities: from concepts to practice. The experience of Västra Götaland – WHO Regional Office for Europe. – Copenhagen, 2014. – P. 36. [Электронный ресурс]. URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/256783/Tackling-health-inequities-from-concepts-to-practice-The-experience-of-Vastra-Gotaland.pdf .
195. Tarin P. A better 166krainian166zation tool or another way of saying «Cookbook»? / P. Tarin // Amer. Med. News. – 1990. April – 20. – P. 13–17.
196. Taylor D.H. et al. One state As response to the malpractice insurance crisis: North Carolina As rural obstetrical care incentive program / D.H. Taylor et al. //

- Public Health Reports. – 1992. – V. 107. № 5. – P. 523–529.
197. Terris M. Lessons from Canada As Health Program / M. Terris // J. Publ. Health Policy. – 1990. Summer. – P. 151–160.
198. Thomas J. Peters. В поисках эффективного управления : (опыт лучших компаний) : пер. с англ. / Thomas J. Peters, Robert H. Waterman (New York) / Л. И. Евенко. общ. ред. и вступ. ст., с. 5-27. – Москва, 1986. – 418.
199. Voronenko Y.V., Goyda N.G., Krasnov V.V. / The contribution of 167krainian-swiss programme in continuing medical education in Ukraine // Health of the woman. – 2015. – № 7 (103). – P. 14.
200. Weeger A., Heiko G. Examining social and cognitive aspects determining physician`s adoption of electronic medical records. Proceedings of the 21st European Conference on Information Systems. – 2013. – P. 1530-1605.
201. Wrede S. Educating generalists: flexibility and identity in auxiliary nursing in Finland. In: Kuhlmann E, Saks M. Rethinking governance, remaking professions: international directions in health care. Bristol, Policy Press, – 2008. – P. 127-140.
202. Yusoff M.S. B. Interventions on medical students` psychological health: A meta-analysis / M.S.B. Yusoff // Journal of Taibah University Medical Sciences. –2014. – № 9(1). – P. 1-1

ПРИЛОЖЕНИЯ

Анкета работника медицинской организации

Уважаемый участник опроса!

Приглашаем Вас принять участие в социологическом исследовании, цель которого выявить мнение работников медицинских учреждений об условиях оплаты труда и социальном статусе медицинских работников. Заполнение займет у Вас примерно 30 минут.

АНКЕТА АНОНИМНАЯ. Свою фамилию, имя, отчество на анкете указывать **не надо**.

Выбор для опроса именно Вашего отделения был сделан по статистической процедуре. Ваши ответы, равно как и ответы других работников, участвующих в опросе, будут использованы только в обобщенном виде для анализа.

Заранее спасибо за проделанную работу!

ПРАВИЛА ЗАПОЛНЕНИЯ АНКЕТЫ:

Внимательно прочитайте вопрос. **Выберите соответствующий Вашему мнению вариант ответа и обведите кружком его код (цифры слева)**. Если предложенные варианты ответа Вас не устраивают, напишите Ваш вариант на свободной строке.

1. Ваш пол (подчеркните)

- 1. Мужской
- 2. Женский

I. Раздел «Общий».

1. Вы заполняете анкету добровольно? _____

2. Ваш пол (подчеркните)

- 1. Мужской
- 2. Женский

3. Возраст: _____ **полных лет**

4. Сколько всего человек в Вашей семье, с которыми Вы совместно проживаете?

_____ человек (включая меня).

5. Состоите ли Вы в браке

- 1. Да
- 2. Нет, разведен (разведена)
- 3. Нет, не состоял (не состояла)

6. Если да, то кем работает Ваш(а) супруг(а) _____

7. Оцените состояние своих взаимоотношений с членами семьи (нужное отметить):

- 1. Отличные
- 2. Хорошие

3. Удовлетворительные
4. Неудовлетворительные
5. Плохие

8. Удовлетворены ли Вы своей семейной жизнью:

1. В малой степени.
2. В степени ниже средней.
3. В средней степени.
4. В степени выше средней.
5. В высокой степени.

9. Каким оказался минувший год для Вашей семьи?

1. Труднее, чем предыдущий.
2. Легче, чем предыдущий.
3. Таким же, как предыдущий.

10. Жилье:

1. Собственное жилье
(вас или членов семьи)
2. Съемное жилье
3. Предоставлено организацией на период работы

11. Оцените свои жилищно-бытовые условия:

1. Отлично.
2. Хорошо.
3. Удовлетворительно.
4. Неудовлетворительно.
5. Плохо.

12. Место жительства (укажите населенный пункт):

13. Сколько лет Вы постоянно проживаете в данном населенном пункте: _____ лет.

14. Хотели ли Вы сменить место жительства?

1. Нет.
2. Да.

15. Укажите, где вы проживали до поступления в медицинскую академию (институт):

_____.

16. Ваш среднемесячный официальный доход по основному месту работы, с учетом всех выплат (укажите среднюю сумму за последние шесть месяцев) _____

17. Ваш среднемесячный доход на одного члена семьи в месяц _____

18. На какое примерно время Вашей семье хватило бы сбережений в том случае, если бы все источники доходов Вашей семьи исчезли и Вам на повседневные нужды пришлось бы тратить только Ваши сбережения?

1. Сбережений хватило бы на период меньше месяца.
2. Сбережений хватило бы на 1 месяц.
3. Сбережений хватило бы на 2 месяца.
4. Сбережений хватило бы на 3-4 месяца.
5. Сбережений хватило бы на 5-6 месяцев.

6. Сбережений хватило бы на 7-12 месяцев.
7. Сбережений хватило бы на срок больше года.

19. Что в настоящее время больше всего осложняет жизнь Вашей семьи (отметьте один, два пункта):

1. Низкие доходы, нехватка денег.
2. Опасения потерять работу.
3. Плохое здоровье, трудности с лечением.
4. Плохое жилье.
5. Бытовые трудности.
6. Невозможность дать детям хорошее образование.
7. Плохие отношения в семье.
8. Пьянство, наркомания кого-либо из членов семьи.
9. Усталость, переутомление.
10. Безысходность, отсутствие перспектив в жизни.
11. Недостаток свободного времени.
12. Затрудняюсь ответить.

20. Какая примерно часть доходов Вашей семьи уходит сейчас на питание?

1. Менее половины.
2. Примерно половина.
3. Примерно две трети.
4. Почти все.
5. Затрудняюсь ответить.

21. К какой группе населения Вы, скорее всего, отнесли бы свою семью?

1. Мы едва сводим концы с концами, денег не хватает даже на продукты.
2. На продукты денег хватает, но покупка одежды вызывает серьезные затруднения.
3. Денег хватает на продукты и одежду, но покупка товаров длительного пользования является для нас проблемой.
4. Мы можем без труда приобретать вещи длительного пользования, но затруднительно приобретать действительно дорогие вещи.
5. Мы можем позволить себе достаточно дорогие покупки - машину, квартиру, дачу и многое другое.

22. Как Вы оцениваете материальное положение Вашей семьи?

1. Очень хорошее.
2. Хорошее.
3. Среднее.
4. Плохое.
5. Очень плохое.

23. К какому слою общества Вы бы себя отнесли?

1. К высшему.
2. К среднему.
3. Ниже среднего.
4. К низшему.
5. Затрудняюсь ответить.

24. Есть ли у Вас зарубежный паспорт?

1. Да
2. Нет

25. Как часто Вы бываете за границей (за пределами стран бывшего СССР) на отдыхе или в частных поездках?

1. Никогда.
2. Раньше бывал, теперь нет.
3. Реже, чем раз в 4 года.
4. 1 раз в 2-3 года.
5. Примерно 1 раз в год.
6. 2-3 раза в год.
7. 4 раза в год и чаще.

II. Раздел. «Здоровье и образ жизни»

26. Есть ли у Вас какие-либо хронические заболевания или проблемы со здоровьем?

1. Да, укажите какие _____

2. Нет.

27. Укажите количество дней и случаев временной нетрудоспособности в связи с Вашими заболеваниями и травмами в течение 12 последних месяцев

_____ (дней) _____ (случаев)

28. Как Вы считаете, изменилось ли Ваше здоровье за последние 1-2 года?

1. Ухудшилось.
2. Не изменилось.
3. Улучшилось.

29. Как Вы оцениваете состояние своего здоровья:

1. Отличное.
2. Хорошее.
3. Удовлетворительное.
4. Неудовлетворительное.
5. Плохое.

30. Как вы оцениваете своё эмоциональное состояние

1. Отличное.
2. Хорошее.
3. Удовлетворительное.
4. Неудовлетворительное.
5. Плохое.

31. Употребляете ли Вы спиртные напитки:

1. Не употребляете.
2. Употребляете несколько раз в месяц.
3. Употребляете несколько раз в неделю.
4. Ежедневно.

32. Курите ли Вы в настоящее время

1. Нет
2. Да

**III. Раздел. Образование,
специальность, категория.**

33. В настоящий момент я имею следующее образование:

1. Только высшее медицинское.
2. Получаю (уже имею) второе высшее.
3. Другое _____.

34. Вы поступили в ВУЗ:

1. Сразу после школы.
2. После медицинского училища (колледжа).
3. После срочной службы в армии.
4. Имея стаж работы по немедицинской специальности.
5. Другое _____.

35. Специальность после окончания интернатуры/ординатуры:

**36. Сертификаты, по каким специальностям Вы имеете в настоящее время
(впишите, указав действующий сертификат или нет, подчеркните основную специальность):**

37. Имеете ли Вы квалификационную категорию:

1. Не имею квалификационной категории.
2. Вторая категория.
3. Первая категория.
4. Высшая категория.

38. Сколько лет Вы имеете данную категорию: _____

39. Имеете ли Вы почетные звания и награды:

1. Да.
2. Нет.

40. Какова была Ваша успеваемость в медицинском ВУЗе?

1. Отличная.
2. Хорошая.
3. Удовлетворительная.

41. Как Вы оцените степень того, насколько знания и умения, полученные в процессе обучения в медицинском вузе, оказались полезными в Вашей последующей работе врача:

1. В малой степени.
2. В степени ниже средней.
3. В средней степени.
4. В степени выше средней.
5. В высокой степени.

42. Работали ли Вы во время обучения в ВУЗе:

1. Нет.
2. Да, в здравоохранении.
3. Да, но не в здравоохранении.

43. Когда Вы обучались в медицинском вузе, Вы участвовали в вузовских мероприятиях, не относящихся к основному учебному процессу:

1. Да, в работе СНО.
2. Да, занимался в спортивных секциях.
3. Да, в работе студенческих объединений культурно-массовой и развлекательной направленности.
4. Да, в стройотрядах.
5. Нет.

44. Обучались ли Вы за последние пять лет по обязательным программам дополнительного профессионального образования (усовершенствование, специализация), профессиональной переподготовки, повышения квалификации:

1. Да, по специальности _____
2. Нет

45. Сколько раз за последний год Вы принимали участие в конференциях и семинарах на добровольной основе:

_____ раз.

46. Почему Вы выбрали профессию врача (укажите один, наиболее значимый, пункт):

1. Последовал примеру родителей, родственников работавших врачами.
2. Последовал совету родителей.
3. Посчитал, что мои личные качества, способности более всего подходят для обучения в медицинском ВУЗе, для дальнейшей работы врачом.
4. Захотел помогать людям.
5. Посчитал, что работа врача является престижной и выгодной.
6. В медицинский ВУЗ поступали мои друзья и я поступил «за компанию» с ними.
7. Другое: _____

IV. Раздел Работа

47. Наименование медицинской организации: _____

48. Место работы в настоящее время:

1. Стационар.
2. Поликлиника.
3. Диагностическое отделение.

49. Мое рабочее место находится в сельской местности:

1. Да.
2. Нет.

50. Если бы вы не работаете на селе, то согласились бы работать на селе если (укажите один наиболее значимый пункт):

1. Заработная плата составляла бы: _____ рублей.
2. Наличие профессиональных перспектив для супруга(и).
3. Обучение детей соответствовало бы современным требованиям.
4. Было бы хорошее транспортное сообщение между местом работы (жительства) и областным центром.

5. Если бы в муниципальном образовании была бы развита инфраструктура (места отдыха, торговые и развлекательные центры, кинотеатр и т.д.).
6. Если бы существовал высокий потенциал роста моего профессионального уровня
7. Если бы существовал высокий потенциал карьерного роста.
8. Я бы не согласился ни при каких условиях.
9. Другое: _____

51. Наименование структурного подразделения (отделения):

52. Должность: _____

53. Врачебный стаж (полных лет): _____

54. Стаж на текущем месте работы (полных лет):

55. Место работы после окончания интернатуры или ординатуры:

1. Стационар.
2. Поликлиника.
3. Офис ВОП.
4. Административно-управленческий персонал.

56. После окончания ВУЗа я трудоустроился в том же населенном пункте, где жил до поступления в ВУЗ:

1. Да.
2. Нет.

57. В настоящее время я работаю в том же населенном пункте, где жил до поступления в ВУЗ:

1. Да.
2. Нет.

58. Приходилось ли Вам уходить из медицины, работать не по профессии за время Вашей трудовой деятельности?

1. Да.
2. Нет.

59. Вспомните, пожалуйста, что повлияло на выбор Вами первого места работы после окончания ВУЗа (получения первичной специализации)? (укажите один наиболее значимый пункт)

1. Распределение по окончанию обучения в ВУЗе.
2. Начал работать согласно целевому договору, по которому и обучался.
3. Место работы было близко от места жительства.
4. Совет друзей, знакомых, родственников.
5. Возможность получать хорошую оплату за свой труд.
6. Решение жилищных проблем (предоставление жилья).
7. Удобный режим труда и рабочего времени.
8. Это было единственное место с вакантной ставкой по моей специальности.
9. Случайное стечение обстоятельств.

60. Я считаю, что мои желания и возможности добросовестно трудиться и достичь профессионального успеха на врачебном поприще существенно возрастут, если (укажите один наиболее значимый пункт):

1. Будет повышена зарплата врачей.
2. Повысится практическая роль врачей в решении профессиональных вопросов.
3. Будет повышен социальный статус врача и профессии в обществе.
4. Другое (вписать): _____

61. Изменяли ли Вы место работы. Если изменяли, то почему (укажите один наиболее значимый пункт):

1. Нет.
2. Да, появился больший интерес к другой специальности.
3. Да, более высокая зарплата на новом рабочем месте.
4. Да, конфликтная ситуация с коллегами или начальством на прежнем рабочем месте.
5. Да, более легкая работа на новом рабочем месте.
6. Да, совет родственников, друзей.
7. Да, удобный режим труда и рабочего времени.
8. Да, случайное стечение обстоятельств.
9. Да, другое (вписать): _____

62. Сколько раз с момента окончания ВУЗа, вы меняли работу: _____ раз.

63. На какой должности Вы работаете в настоящее время:

1. Врач.
2. Зав. отделением.
3. Зам. гл. врача.
4. Гл. врач.
5. Другое _____

64. Удовлетворены ли Вы своим карьерным ростом:

1. Да.
2. Нет.
3. Не задумывался (лась) об этом.

65. Удовлетворены ли Вы своим профессиональным развитием:

1. Да.
2. Нет.
3. Не задумывался (лась) об этом.

66. Совмещаю работу в качестве врача:

1. Нет.
2. Да, в подразделениях своего медицинского учреждения.
3. Да, во «внешнем» мед. учреждении.

67. Работаю врачом на:

1. 0,5 ставки.
2. 0,75 ставки.
3. 1 ставку.
4. 1,25 ставки.
5. 1,5 ставки.
6. 1,75 ставки.
7. 2 ставки.
8. Более 2 ставок.

68. Ежемесячно имею _____ ночных дежурств

69. Совмещаю работу в качестве врача с другой профессиональной (немедицинской) деятельностью:

1. Да.
2. Нет.

70. Оцените состояние Ваших взаимоотношений с пациентами

1. Отлично.
2. Хорошо.
3. Удовлетворительно.
4. Плохие

71. Есть ли у Вас дополнительная оплачиваемая работа?

1. Нет, но я хочу найти такую работу.
2. Да, я подрабатываю, но нерегулярно.
3. Имею регулярную дополнительную работу.
4. Нет, и не хочу иметь такую работу.

72. Если Вы имеете или хотели бы иметь дополнительную работу, то где именно?

1. В медицинском учреждении.
2. В организации немедицинского профиля.

73. По сравнению с основной работой, оплата дополнительной работы

1. Меньше дохода по основному месту работы.
2. Примерно столько же, сколько и по основному месту работы.
3. Больше, чем по основному месту работы.

74. Оцените состояние Ваших взаимоотношений с коллегами

1. Отлично.
2. Хорошо.
3. Удовлетворительно.
4. Плохой

75. Оцените состояние Ваших взаимоотношений с руководителями

1. Отлично.
2. Хорошо.
3. Удовлетворительно.
4. Неудовлетворительно.
5. Плохо.

76. В какой степени Вы удовлетворены основной работой?:

1. В малой степени.
2. В степени ниже средней.
3. В средней степени.
4. В степени выше средней.
5. В высокой степени.

77. Если Вы решите сменить работу, то легко найдете себе новое достойное место?

1. Да.
2. Нет.

78. Каковы Ваши планы на ближайшие 1-2 года (укажите один или несколько ответов)?

1. Продолжать работать на прежней должности.
2. Перейти на иную должность.
3. Перейти работать в другое структурное подразделение.
4. Перейти работать в другую организацию без смены специальности.
5. Перейти работать в другую организацию со сменой специальности.
6. Получить категорию, степень.
7. Найти дополнительный приработок.
8. Другое: _____

79. Считаете ли Вы справедливой оплату Вашего труда?

1. Да.
2. Нет

80. Если Вы считаете, что получаемый заработок не соответствует величине Вашего трудового вклада, то какую величину зарплаток Вы считаете достойной? Мне следовало бы платить не менее

_____ руб.

81. Возросли бы интенсивность и качество Вашего труда, если бы мотивация труда соответствовала Вашему трудовому вкладу?

1. Нет, я работал (а) бы по-прежнему (так как и сейчас работаю с максимальной интенсивностью).
2. Да, я мог(ла) бы работать несколько интенсивнее.
3. Да, я мог(ла) бы работать гораздо интенсивнее.

82. Увеличилось ли у Вас количество пациентов за последние пять лет:

1. Да.
2. Нет.

83. Какой доле пациентов (по Вашему мнению) Вам удастся оказать реальную помощь:

1. Почти никому.
2. Меньше половины.
3. Примерно половине.
4. Больше половины.
5. Всем без исключения.

84. Удовлетворенность пациентов оказанной медицинской помощью:

1. Отличная
2. Хорошая
3. Удовлетворительная
4. Плохая

85. Задерживаетесь ли Вы на работе систематически:

1. Да, укажите почему _____
2. Нет.

86. Жаловались ли на Вас пациенты (письменно или устно) за последний год:

1. Да, некоторые жалобы были справедливыми.
2. Да, но большинство жалоб были необоснованные.
3. Нет.

87. Я оцениваю себя, как специалиста:

1. Отлично.

2. Хорошо.
3. Удовлетворительно.
4. Плохо.

88. Являетесь ли Вы членом профессиональной ассоциации по своей специальности:

1. Да.
2. Нет

89. Знаете ли Вы что такое «Врачебная палата Тверской области»?

1. Да
2. Нет

90. Являетесь ли Вы членом регионального общественного объединения «Врачебная палата Тверской области»

1. Да.
2. Нет

91. Как Вы в целом оцениваете деятельность Врачебной палаты Тверской области

1. Целиком положительно.
2. Скорее, положительно.
3. Скорее, отрицательно.
4. Резко отрицательно.
5. Затрудняюсь ответить.

92. Как Вы чаще всего решаете конфликтные ситуации с коллегами?

1. Жалуюсь начальству.
2. Жалуюсь пациентам.
3. Жалуюсь семье и/или друзьям.
4. Привлекаю рабочий коллектив.
5. Решаю самостоятельно.
6. Никак не решаю.
7. Другое: _____
8. Затрудняюсь ответить.

93. Можете ли Вы и другие члены Вашей семьи получить необходимое медицинское обслуживание?

1. Определенно да.
2. Скорее, да.
3. Скорее, нет.
4. Определенно нет.

94. Удовлетворены ли Вы системой здравоохранения в России?

1. Да
2. Нет

95. Как изменилась Ваша личная и профессиональная жизнь в связи с повышенным вниманием государства к здравоохранению:

1. Значительно улучшилась.
2. Несколько улучшилась.

3. Не изменилась.
4. Значительно ухудшилась.

96. Как изменилось качество медицинских услуг в России за последний год?

1. Значительно улучшилось.
2. Несколько улучшилось.
3. Не изменилось.
4. Несколько ухудшилось.
5. Значительно ухудшилось.
6. Затрудняюсь ответить.

97. Каким образом изменилось в минувшем году положение дел в работе больниц

1. Положение изменилось к лучшему.
2. Положение изменилось к худшему.
3. Положение не изменилось.
4. Затрудняюсь ответить.

98. Какое из следующих суждений о том, что значит для человека работа, более всего подходит лично Вам? (укажите один наиболее значимый пункт):

1. Работа для меня важна и интересна сама по себе, независимо от оплаты.
2. Работа - это прежде всего источник получения средств к существованию.
3. Работа для меня - не самое главное, в моей жизни есть вещи, значащие для меня гораздо больше, чем работа.
4. Работа для меня - неприятная обязанность; если бы я мог/ла, я бы вообще не работал/а.
5. Затрудняюсь ответить.

99. Как Вы описали бы руководство Вашей организацией:

1. Это люди, озабоченные только своим материальным благополучием и карьерой.
2. Это честные, но слабые люди, не умеющие распорядиться властью и обеспечить порядок и последовательный политический курс.
3. Это честные, но малокомпетентные люди, не знающие, как управлять медицинской организацией.
4. Это хорошая команда, ведущая организацию правильным курсом.
5. Затрудняюсь ответить.

100. Как Вы оцениваете деятельность руководителя организации?

1. Хорошо.
2. Средне.
3. Плохо.
4. Очень плохо.

101. Как Вы оцениваете деятельность непосредственного руководителя (зав.отделением)?

1. Хорошо.
2. Средне.
3. Плохо.
4. Очень плохо.

Ориентационная анкета по определению направленности личности

Данная анкета позволяет узнать о некоторых особенностях отношения к себе, к другим людям и выполняемой деятельности, что важно не только для правильного выбора профессии и продуктивного обучения по специальности, но и для дальнейшего успешного профессионального становления и развития.

На каждый вопрос возможны три ответа, обозначенные буквами А, Б, В. Отметьте утверждения лучше всего отражающее Вашу точку зрения по данному вопросу - «+» (впишите во второй столбец). Затем продолжение, менее всего отражающее точку зрения по данному вопросу отметьте – «-».

1. Наибольшее удовлетворение я получаю от:	
А. Одобрения моей работы.	
Б. Сознания того, что работа сделана хорошо.	
В. Сознания того, что меня окружают друзья.	
2. Если бы я играл в футбол (волейбол, баскетбол), то я хотел бы быть:	
А. Тренером, который разрабатывает тактику игры.	
Б. Известным игроком.	
В. Выбранным капитаном команды.	
3. По-моему, лучшим педагогом является тот, кто:	
А. Проявляет интерес к учащимся и к каждому имеет индивидуальный подход.	
Б. Вызывает интерес к предмету так, что учащиеся с удовольствием углубляют свои знания в этом предмете.	
В. Создает в коллективе такую атмосферу, при которой никто не боится высказать свое мнение.	
4. Мне нравится, когда люди:	
А. Радуются выполненной работе.	
Б. С удовольствием работают в коллективе.	
В. Стремятся выполнить свою работу лучше других.	
5. Я хотел бы, чтобы мои друзья:	

А. Были отзывчивы и помогали людям, когда для этого предоставляется возможность.	
Б. Были верны и преданы мне.	
В. Были умными и интересными людьми.	
6. Лучшими друзьями я считаю тех:	
А. С кем складываются хорошие взаимоотношения.	
Б. На кого всегда можно положиться.	
В. Кто может многого достичь в жизни.	
7. Больше всего я не люблю:	
А. Когда у меня что-то не получается.	
Б. Когда портятся отношения с товарищами.	
В. Когда меня критикуют.	
8. По-моему хуже всего, когда педагог:	
А. Не скрывает, что некоторые учащиеся ему несимпатичны, насмехается и подшучивает над ними.	
Б. Вызывает дух соперничества в коллективе.	
В. Недостаточно хорошо знает предмет, который преподает.	
9. В детстве мне больше всего нравилось:	
А. Проводить время с друзьями.	
Б. Ощущение выполненных дел.	
В. Когда меня за что-нибудь хвалили.	
10. Я хотел бы быть похожим на тех, кто:	
А. Добился успеха в жизни.	
Б. По-настоящему увлечен своим делом.	
В. Отличается дружелюбием и доброжелательностью.	
11. В первую очередь школа должна:	
А. Научить решать задачи, которые ставит жизнь.	
Б. Развивать прежде всего индивидуальные способности ученика.	
В. Воспитывать качества, помогающие взаимодействовать с людьми.	
12. Если бы у меня было больше свободного времени, охотнее всего я использовал бы его:	
А. Для общения с друзьями.	
Б. Для отдыха и развлечений.	

В. Для своих любимых дел и самообразования.	
13. Наибольших успехов я добиваюсь, когда:	
А. Работаю с людьми, которые мне симпатичны.	
Б. У меня интересная работа.	
В. Мои усилия хорошо вознаграждаются.	
14. Я люблю, когда:	
А. Другие люди меня ценят.	
Б. Испытываю удовлетворение от хорошо выполненной работы.	
В. Приятно провожу время с друзьями.	
15. Если бы обо мне решили написать в газете, мне бы хотелось, чтобы:	
А. Рассказали о каком-либо интересном деле, связанном с учебой, работой, спортом и т.п., в котором мне довелось участвовать.	
Б. Написали о моей деятельности.	
В. Обязательно рассказали о коллективе, в котором я работаю.	
16. Лучше всего я учусь, если преподаватель:	
А. Имеет ко мне индивидуальный подход.	
Б. Сумеет вызвать у меня интерес к предмету.	
В. Устраивает коллективные обсуждения изучаемых проблем.	
17. Для меня нет ничего хуже, чем:	
А. Оскорбление личного достоинства.	
Б. Неудача при выполнении важного дела.	
В. Потеря друзей.	
18. Больше всего я ценю:	
А. Успех.	
Б. Возможности хорошей совместной работы.	
В. Здравый практичный ум и смекалку.	
19. Я не люблю людей, которые:	
А. Считают себя хуже других.	
Б. Часто ссорятся и конфликтуют.	
В. Возражают против всего нового.	
20. Приятно, когда:	
А. Работаешь над важным для всех делом.	
Б. Имеешь много друзей.	

В. Вызываешь восхищение и всем нравишься.	
21. По-моему, руководитель в первую очередь должен быть:	
А. Доступным.	
Б. Авторитетным.	
В. Требовательным.	
22. В свободное время я охотно прочитал бы книги:	
А. О том, как заводить друзей и поддерживать хорошие отношения с людьми.	
Б. О жизни знаменитых и интересных людей.	
В. О последних достижениях науки и техники.	
23. Если бы у меня были способности к музыке, я предпочел бы быть:	
А. Дирижером.	
Б. Композитором.	
В. Солистом.	
24. Мне бы хотелось:	
А. Придумать интересный конкурс.	
Б. Победить в конкурсе.	
В. Организовать конкурс и руководить им.	
25. Для меня важнее всего знать:	
А. Что я хочу сделать.	
Б. Как достичь цели.	
В. Как организовать людей для достижения цели.	
26. Человек должен стремиться к тому, чтобы:	
А. Другие были им довольны.	
Б. Прежде всего выполнить свою задачу.	
В. Его не нужно было упрекать за выполненную работу.	
27. Лучше всего я отдыхаю в свободное время:	
А. В общении с друзьями.	
Б. Просматривая развлекательные фильмы.	
В. Занимаясь своим любимым делом.	

Опросник по исследованию ценностных ориентаций

Перед Вами два списка, где написаны ценности, базовые принципы, которыми Вы руководствуетесь в жизни. Ваша задача - пронумеровать их по порядку значимости лично для Вас. Внимательно изучите представленный список и выберите ту ценность, которая для Вас наиболее значима - она займет первое место (или получит первый ранг). Затем выберите вторую по значимости ценность и поместите ее на второе место. Проранжируйте все предложенные ценности. Наименее важная останется последней и займет, соответственно, 18-е место.

	активная деятельная жизнь (полнота и эмоциональная насыщенность жизни);	
	жизненная мудрость (зрелость суждений и здравый смысл, достигаемый жизненным опытом);	
	здоровье (физическое и психическое);	
	интересная работа;	
	красота природы и искусства (переживание прекрасного в природе и искусстве);	
	любовь (духовная и физическая близость с любимым человеком);	
	материально обеспеченная жизнь (отсутствие материальных затруднений);	
	наличие хороших и верных друзей;	
	общественное признание (уважение окружающих, коллектива, товарищей по работе);	
	познание (возможность расширения своего образования, кругозора, общей культуры, интеллектуальное развитие);	
	продуктивная жизнь (максимально полное использование своих возможностей, сил и способностей);	
	развитие (работа над собой, постоянное физическое и духовное совершенствование);	
	развлечения (приятное, необременительное времяпровождение, отсутствие обязанностей);	
	свобода (самостоятельность, независимость в суждениях и поступках);	
	счастливая семейная жизнь;	
	счастье других (благополучие, развитие и совершенствование других людей, всего народа, человечества в целом);	
	творчество (возможность творческой деятельности);	
	уверенность в себе (внутренняя гармония, свобода от внутренних противоречий, сомнений).	

Опросник по выявлению мотивационных предпочтений

Укажите на приведенных ниже шкалах, насколько для Вас важны следующие характеристики Вашей работы

1.	Перспектива карьерного роста, возможность стать руководителем						
	-3 (абсолютно не важна)	-2	-1	0	+1	+2	+3 (очень важна)
2.	Хорошие отношения с руководством						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
3.	Позитивная морально-психологическая атмосфера в медицинском учреждении (подразделении), радость от совместной работы с людьми, которые нравятся						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
4.	Возможность приобретать профессиональный опыт, повышать квалификацию						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
5.	Красивые, уютные и удобные помещения медицинского учреждения						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
6.	Соблюдение техники безопасности, хорошие гигиенические условия на рабочем месте (кондиционер, отсутствие шума и загрязнений и т.п.)						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
7.	Забота руководства о здоровье сотрудников (горячие обеды, медицинская страховка, занятие спортом и т.п.)						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
8.	Достаточная информация о том, что происходит в медицинском учреждении, участие в решении актуальных проблем медицинского учреждения.						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
9.	Оснащенность места работы «немедицинским», сервисным оборудованием (компьютер, средства телекоммуникации и связи, оргтехника и т.п.)						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
10.	Работа, которая создает условия для творческого самовыражения и заставляет развивать свои способности						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
11.	Сложная и трудная работа						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
12.	Высокая степень ответственности, самостоятельности в работе						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
13.	Справедливая оценка выполненной работы со стороны руководства						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
14.	Стабильная работа без угрозы увольнения						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3
15.	Гибкий рабочий график						
	-3	-2	-1	0	+1	+2	+3

16.	Работа без большого напряжения и стресса					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
17.	Стабильный заработок					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
18.	Оплата, четко связанная с результатами труда					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
19.	Справедливое распределение объемов работы					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
20.	Одобрение результатов работы со стороны коллег					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
21.	Общественно полезная работа					
	-3	-2	-1	0	+1	+2
22.	Возможность знакомства с новыми людьми					
	-3	-2	-1	0	+1	+2

АКТЫ ВНЕДРЕНИЯ

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ



СВИДЕТЕЛЬСТВО

о государственной регистрации базы данных

№ 2019620549

Показатели профессиональной социализации молодых
врачей

Правообладатель: *Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тверской государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации (RU)*

Авторы: *Милехин Сергей Михайлович (RU),
Дербенев Димитрий Павлович (RU)*

Заявка № 2019620420

Дата поступления 27 марта 2019 г.

Дата государственной регистрации

в Реестре баз данных 09 апреля 2019 г.



Руководитель Федеральной службы
по интеллектуальной собственности

Г.П. Излиев Г.П. Излиев



Министерство здравоохранения
Российской Федерации
федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
**«Тверской государственный
медицинский университет»**
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО Тверской ГМУ
Минздрава России)
170100, Тверь, ул. Советская, д. 4
факс: 8-4822-34-43-09, тел.: 8-4822-32-17-79
ОКПО 01964591
E-mail: info@tvigma.ru, info@tvergma.ru

АКТ

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Милехина Сергея Михайловича

«Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей»

Учреждение, в котором внедрена работа: ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России.

Кем предложено: аспирантом кафедры основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехиным

Источник информации: диссертационное исследование аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехина: Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей.

Форма внедрения:

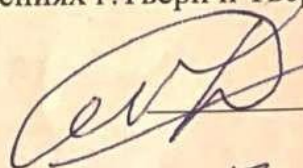
Включение материала диссертации в цикл лекций для врачей, обучающихся по программам дополнительного профессионального образования на кафедрах факультета дополнительного профессионального образования: общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента, общей врачебной практики (семейной медицины), терапии и кардиологии, педиатрии и неонатологии, стоматологии.

Эффективность внедрения: использование материалов НИР позволило повысить качество преподавания вопросов повышения эффективности использования кадров молодых врачей, работающих в медицинских учреждениях г.Твери и Тверской области.

Декан ФДПО

М.П.



 / Дербенев Д.П.

Дата «18» 08.20

АКТ

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Милехина Сергея Михайловича

«Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей»

Учреждение, в котором внедрена работа: ГБУЗ ТО «Ржевская ЦРБ»

Кем предложено: аспирантом кафедры основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехиным


Источник информации: диссертационное исследование аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехина: Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей.

Форма внедрения:

Использование материала диссертации в работе администрации, управленческого аппарата и кадровых служб медицинской организации по совершенствованию работы, направленной на повышение квалификации, усиление трудовой мотивации и рост профессиональных результатов молодых врачей.

Эффективность внедрения: использование материалов НИР повысило интерес к непрерывному повышению квалификации медицинских работников, а также стремление к ее совершенствованию в системе непрерывного медицинского образования, способствовало закреплению на рабочем месте, что оказало положительное влияние на профессиональную социализацию молодых врачей, работающих в медицинской организации.

Главный врач
ГБУЗ ТО «Ржевская ЦРБ»

 / Бегларян А.С.

Дата «17» 08.20



АКТ

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Милехина Сергея Михайловича

«Пути совершенствования процессов профессиональной социализации
молодых врачей»

Учреждение, в котором внедрена работа: ГБУЗ ТО «Городская
клиническая больница №7»

Кем предложено: аспирантом кафедры основ общественного здоровья,
здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава
России С.М. Милехиным


Источник информации: диссертационное исследование аспиранта
кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента
ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехина: Пути
совершенствования процессов профессиональной социализации молодых
врачей.

Форма внедрения:

Использование материала диссертации в работе администрации,
управленческого аппарата и кадровых служб медицинской организации по
совершенствованию работы, направленной на повышение квалификации,
усиление трудовой мотивации и рост профессиональных результатов
молодых врачей.

Эффективность внедрения: использование материалов НИР позволило
повысить профессиональную социализацию молодых врачей, работающих в
медицинской организации.

Главный врач
ГБУЗ ТО «ГКБ №7»

 / Янушевич Е.А.

Дата «18» 08.20



АКТ

Внедрения результатов научно-исследовательской работы

Милехина Сергея Михайловича

«Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей»

Учреждение, в котором внедрена работа: ГБУЗ ТО «Областной родильный дом»

Кем предложено: аспирантом кафедры основ общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехиным

Источник информации: диссертационное исследование аспиранта кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом менеджмента ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России С.М. Милехина: Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей.


Форма внедрения:

Использование материала диссертации в работе администрации, управленческого аппарата и кадровых служб медицинской организации по совершенствованию работы, направленной на повышение квалификации, усиление трудовой мотивации и рост профессиональных результатов молодых врачей.

Эффективность внедрения: использование материалов НИР позволило повысить профессиональную социализацию молодых врачей, работающих в медицинской организации, способствовало увеличению трудовой мотивации, направленности личности на профессиональную эффективность и развитие базовой компетентности у молодых кадров.

Главный врач
ГБУЗ ТО «ОРД»



 / Колгушкин Г.А.

Дата «20» 08 2020.

М.П.