

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования
«Оренбургский государственный медицинский университет»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

На правах рукописи

Смирнова Светлана Алексеевна

**ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ОСНОВЫ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ДЕЯТЕЛЬНОСТИ
ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА УЧАСТКОВОГО**

14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение

**Диссертация
на соискание ученой степени кандидата медицинских наук**

Научный руководитель:
доктор медицинских наук, профессор
Борщук Евгений Леонидович

Оренбург – 2020

Оглавление

Наименование глав	Стр.
Введение.....	4
ГЛАВА 1. Формирование и роль эмоционально-психического компонента в организации деятельности врача-терапевта участкового.....	11
1.1. Организационно-правовые и нравственно-этические аспекты профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.....	11
1.2. Социальные и медико-социальные аспекты врачебной деятельности в литературно-аналитической оценке.....	21
ГЛАВА 2. Программа, материалы и методы исследования...	30
2.1. План и программа исследования.....	30
2.2. Этапы исследования и их выполнение.....	33
ГЛАВА 3. Состояние организации первичной медико-санитарной помощи в Оренбургской области.....	36
3.1. Анализ укомплектованности и деятельности врачей-терапевтов участковых, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь населению Оренбургской области.....	36
3.2. Анализ обращаемости в медицинские организации, оказывающие первичную врачебную медико-санитарную помощь.....	45
ГЛАВА 4. Медико-социальная и организационная характеристика профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых.....	55
4.1. Медико-социальная характеристика врачей-терапевтов участковых	55

4.2. Организационная характеристика условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых...	68
4.3. Распространенность и механизмы оценки формирования синдрома психоэмоционального выгорания среди врачей-терапевтов участковых.....	73
ГЛАВА 5. Комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.....	84
5.1. Обоснование системы показателей для оценки уровня психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.....	84
5.2. Разработка мероприятий, направленных на совершенствование профессиональной деятельности врача-терапевта участкового, с учетом уровня психоэмоциональной нагрузки.....	93
5.3. Оценка реализации мероприятий, направленных на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.....	98
Заключение.....	102
Выводы.....	108
Практические рекомендации.....	109
Список сокращений.....	110
Список литературы.....	112
Приложения.....	138

ВВЕДЕНИЕ

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) является наиболее доступным и массовым видом медицинского обслуживания населения. Согласно официальной статистике, на протяжении последних десятилетий одной из наиболее актуальных проблем медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, является дефицит врачей, в то время как в стационарах отмечается незначительный профицит специалистов, и эта тенденция, судя по фактам, будет сохраняться [174,175]. Существует мнение, что проблема дефицита медицинских кадров является следствием множества причин, в том числе социально-экономической депривации, ухудшения условий труда в здравоохранении, низкого уровня заработной платы, эмиграционного оттока высококвалифицированных и профессионально подготовленных медицинских работников в более богатые страны, а также массового ухода медиков из профессии [96, 166]. Согласно другой точке зрения, конкретные причины данного медико-социального явления изучены не вполне достаточно [196]. Вместе с тем более чёткое осознание всех причин, инициирующих проблему роста дефицита врачебных кадров в первичном звене здравоохранения, позволит определить вектор дальнейших действий в области государственной кадровой политики.

Попытки наладить должным образом организацию первичной медико-санитарной помощи предпринимались организаторами здравоохранения неоднократно [55, 73, 98, 102, 176]. Вышедшее в 2006 году Постановление Правительства РФ в рамках реализации приоритетного Национального проекта «Здоровье» было направлено именно на решение проблем участковой службы. Повышение мотивации труда медицинских работников на уровне первичного звена было реализовано путем увеличения оплаты их труда за счет выполнения дополнительного объема МП. При этом заработная плата врачей-терапевтов участковых, педиатров, ВОП и их медсестер стала на порядок выше. К сожалению,

рост заработной платы участковых врачей и медицинских сестер не привел к ожидаемому росту качества медицинского обслуживания пациентов на территориальном участке. Видимо, не только финансовое стимулирование участковых врачей является фактором решения проблем участковой службы отечественного здравоохранения.

Сохраняет свою актуальность с начала реформ отечественного здравоохранения в рамках единой кадровой политики работа «Повышение мотивации к качественной работе – оказанию качественной медицинской помощи – при устранении нелегитимных платежей населения» [175,176].

Врачи-терапевты участковые являются профессиональной группой населения, испытывающей на себе целый комплекс воздействия различных негативных факторов в трудовом процессе. Вместе с тем существуют и положительные аспекты организации работы участковой службы. Сочетание физической и умственной активности, разнообразие деятельности, общения, удовлетворение от факта оказания помощи, безусловно, рассматриваются как факторы, положительно влияющие на здоровье человека.

Качество и эффективность труда медработников в значительной мере зависят от условий их труда. Условия и характер труда разных категорий и профессиональных групп работников здравоохранения заслуживают пристального внимания в плане охраны их здоровья, поскольку по роду своей деятельности врачи могут подвергаться воздействию неблагоприятных факторов производственной среды: высокие нервно-психические нагрузки, включая чрезмерное напряжение анализаторных систем, физические нагрузки (вынужденная рабочая поза и др.), дискомфортный микроклимат, недостаточная освещенность рабочих мест, вредные химические соединения (лекарства), биологические агенты, шум, вибрация, ультразвук, лазерное воздействие и др. [15, 179]. Об этом также свидетельствуют высокие показатели заболеваемости с временной утратой трудоспособности медицинских работников [12, 55, 159].

Актуальность проблемы обусловлена рассмотрением профессионального стресса как фактора риска производственно ассоциированной патологии

у медицинских работников и находит отражение в показателях общественного здоровья профессиональных групп населения. Исследование общественного здоровья как показателя социального благополучия отдельных профессиональных групп населения проводится как в РФ, так и за рубежом [2, 5, 54,56]. В настоящее время, отсутствуют работы, изучающие влияние организационных факторов на профессиональную деятельность ВТУ, позволяющие разработать комплекс профилактики профессионального и эмоционального выгорания в конкретной профессиональной группе, что определило цель нашего исследования.

Цель настоящего исследования: разработать, апробировать и оценить комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.

Для достижения поставленной цели были сформулированы следующие задачи:

1. Провести анализ укомплектованности, коэффициента совместительства и организации деятельности врачей-терапевтов участковых, оказывающих первичную медико-санитарную помощь населению Оренбургской области за период 2005-2015 годы.

2. Изучить медико-социальные и организационные характеристики деятельности врачей-терапевтов участковых на прикрепленной территории.

3. Изучить распространенность и установить особенности развития психоэмоционального выгорания среди врачей-терапевтов участковых.

4. Разработать, апробировать и оценить комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организационных условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых.

Научная новизна исследования:

- показано снижение обращаемости сельского населения за первичной врачебной медико-санитарной помощью на фоне её роста у городского населения;
- установлено, что на посещаемость населением врачей-терапевтов участковых влияет удаленность населенного пункта от медицинской организации;
- доказано, что наиболее частой причиной обращения взрослого населения

за первичной врачебной медико-санитарной помощью в Оренбургской области является заболевание;

- выявлено, что за анализируемый период отмечается четырехкратная разница числа посещений в год на одного жителя различных районов области;
- выявлено, что по удаленности участка обслуживания врачом-терапевтом участковым от медицинской организации на территории Оренбургской области имеются существенные различия;
- установлено, что в Оренбургской области основная часть врачей-терапевтов участковых имеют стаж работы более 25 лет;
- показано, что на причину выбора работы врачом-терапевтом участковым в большинстве случаев повлияло предоставляемое условие трудоустройства;
- выявлена низкая удовлетворенность врачей-терапевтов участковых качеством жизни;
- выявлена зависимость психоэмоциональной нагрузки от особенностей организации профессиональной деятельности врачей – терапевтов участковых;
- установлено, что среди врачей-терапевтов участковых распространенность синдрома психоэмоционального выгорания составляет более 70%;
- разработан комплекс мероприятий по совершенствованию организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового;
- показана высокая результативность внедрения комплекса разработанных мероприятий по совершенствованию организационных основ профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Полученная в ходе исследования информация о распространенности и факторах риска возникновения синдрома психоэмоционального выгорания среди врачей – терапевтов участковых позволила разработать методику оценки уровня психоэмоциональной нагрузки врача-терапевта участкового в организации первичной врачебной медико-санитарной помощи, основанная на приоритетной роли факторов организации трудового процесса. Полученные данные позволили разработать практические рекомендации по внедрению комплекса предупредительных мероприятий, направленных на улучшение организационных условий в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового.

Личное участие автора в получении результатов

Автором самостоятельно проведен аналитический обзор отечественной и зарубежной литературы, нормативно-правовых документов, регламентирующих вопросы организации ПМСП (100%). Диссертантом определены цель, задачи исследования, разработан план и программа исследования (95%). Диссертант провел сбор и анализ первичной документации с использованием статистических программ (доля личного участия 90%). Автор лично принимал участие в анкетировании ВТУ (доля личного участия 90 %). На основе полученных результатов сформулированы выводы и практические рекомендации (98%). В целом, вклад автора в проведение исследования и подготовку публикаций превысил 96%.

Основные положения, выносимые на защиту

1. В медицинских организациях Оренбургской области отмечена низкая укомплектованность врачами-терапевтами участковыми на участках, характеризующихся низкой плотностью проживания населения, смещением возраста прикрепленного населения врачебного участка в сторону увеличения, ограниченной транспортной доступностью, существенным различием по типу расселения.

2. Профессиональная деятельность врачей-терапевтов участковых характеризуется высокой психоэмоциональной нагрузкой, зависящей от медико-социальных факторов и организации труда.

3. Реализация разработанного комплекса мероприятий, направленного на совершенствование организационных основ деятельности врача-терапевта участкового, позволяет улучшить кадровое обеспечение первичной врачебной медико-санитарной помощи.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в работу государственных бюджетных учреждений здравоохранения Оренбургской области (Акты внедрения от 16.03.2017 г.; от 10.01.2019 г.); в учебный процесс на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №1 ГБОУ ВО ОрГМУ Минздрава России (Акт внедрения от 15.11.16 г.). Опубликовано информационно-методическое письмо «Анализ и оценка психоэмоциональной нагрузки врачей-терапевтов участковых в профессиональной деятельности» (Оренбург-2016).

Степень достоверности полученных результатов

Научные положения и практические рекомендации, сформулированные в диссертации, основаны на изучении достаточного объема статистического материала. В работе использованы современные методы исследования. Статистическая обработка материала включала: построение динамических рядов и прогнозирование, корреляционный анализ. Использовалась программа Statistica 6.1.

Апробация результатов исследования

Материалы исследования были представлены и обсуждены на:

- XVIII Российском национальном конгрессе «Человек и его здоровье» (Санкт-Петербург, 2013);
- I Международной научно-практической конференции «Современные проблемы здоровья и пути решения» (Оренбург, 2013);
- Российской научно-практической конференции с международным участием «Психотерапия и психофармакотерапия: где точки соприкосновения?» (Оренбург, 2013);
- Общероссийской конференции с международным участием «Трансляционная медицина – инновационный путь развития современной психиатрии» (Самара, 2013);
- Международной научно-практической конференции «Роль здравоохранения в охране общественного здоровья» (Москва, 2014);
- XXXVI Международной научной конференции «Научная дискуссия: вопросы медицины» (Москва, 2015).
- V Международной научно-практической конференции «Душевное здоровье населения на границе Европы и Азии» (Оренбург, 2015);
- научно-практической конференции с международным участием «Наука и практика российской психотерапии и психиатрии: достижения и перспективы развития» (Санкт-Петербург, 2016).

Публикации по теме диссертационной работы

По результатам исследования опубликовано 11 научных работ, в том числе три статьи в изданиях, включенных в перечень ВАК при Министерстве высшего

образования и науки Российской Федерации, одна – в журналах, входящих в международные реферативные базы данных и системы цитирования, опубликована одна монография «Профессиональный стресс врача-терапевта участкового в аспекте организации деятельности».

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 157 страницах машинописного текста, состоит из введения, пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы. Работа содержит 23 таблицы, 25 рисунков. Библиографический указатель содержит 245 источников, из них 200 работ отечественных и 45–зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. Формирование и роль эмоционально-психического компонента в организации деятельности врача-терапевта участкового

1.1. Организационно-правовые и нравственно-этические аспекты профессиональной деятельности врача-терапевта участкового

В современных условиях здоровье общества во многом определяется деятельностью участкового врача-терапевта [147, 244]. Опыт многих исследований доказывает, что организационные мероприятия способны обеспечить высокую эффективность профессиональной деятельности терапевта участкового лишь при условии научно обоснованного совершенствования ее основных разделов деятельности на фоне комфортных условий деятельности. Роль человеческого фактора является определяющей во многих ситуациях, характерных для современной деятельности врача, формируя социальный заказ к его психологическим особенностям. Способность участкового врача не замечать свои эмоции либо их подавлять, безусловно, привлекательна для общества. Врачи не только помогают справиться больному с заболеванием, но и адаптироваться к нему с заболеванием, а в ряде случаев являются консультантами не только медицинских вопросов, вместе с тем сопереживая своим пациентам. Постоянная работа в таком состоянии без должной социальной поддержки снижает ресурс здоровья самих участковых врачей. Накопление негативных эмоций способно привести к психоэмоциональному истощению профессионала-врача, формируя синдром «эмоционального выгорания».

Профессиональный стресс выделен в отдельную рубрику в действующей Международной классификации болезней десятого пересмотра (МКБ-10): Z 73 – «стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью». Согласно перечню профессиональных заболеваний, утвержденному приказом № 417-н Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27.04.2012 «Об утверждении

перечня профессиональных заболеваний», в отечественной профпатологии рассматриваются профессиональные неврозы медицинских работников. Они определяются как психогенные функциональные расстройства психических (преимущественно эмоционально-волевых) и нейровегетативных функций при сохранении у больного правильного понимания и критической оценки симптоматики, себя и окружающего с негрубым нарушением социальной адаптации, что, по мнению ряда авторов, идентично синдрому «профессионального выгорания».

Силу сдерживания, управление воли и самосовершенствование диктует сама профессия, имеющая и свои общества, и свой кодекс морали (клятву Гиппократ), и свои термины и пр. Именно в поведении врачей существуют своеобразная психология, особый профессиональный язык, специфические привычки. Тем самым профессия в совокупности с должностью и квалификацией независимо от самосознания является основным показателем принадлежности к социальному статусу. Многочисленные исследования свидетельствуют о том, что на фоне синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников со временем появляются психосоматические нарушения, отмечается повышенный уровень тревожных расстройств, депрессии, суицидальных попыток, злоупотребление алкоголем, наркотиками [179, 204, 237, 239, 241, 242, 243].

Социально-экономические перемены, сопровождающиеся высокими стрессовыми напряжениями, усилили влияние не только на показатели здоровья населения и медико-демографическую ситуацию в стране, но и поставили в крайне неблагоприятные условия существования медицинских работников, особенно тех, кто осуществляет свою профессиональную деятельность вдали от столицы [133, 141, 205, 208]. В связи с этим ряд авторов отмечают низкий уровень здоровья и психологического благополучия врачей, недостаточную мотивацию их к труду [33, 34, 108, 233].

Совершенствование работы с врачебными кадрами является одним из приоритетных направлений кадровой политики здравоохранения России [46, 64,65,66,78], о чем свидетельствует принятие Федерального закона РФ № 172-

ФЗ от 28.06.2014 «О стратегическом планировании в РФ». Он создает правовую основу для развития системы управления здравоохранением на государственном и муниципальном уровнях [185]. Имеющийся опыт стратегического планирования в здравоохранении связан с разработкой и реализацией ряда концепций федеральных и региональных программ [129] и проектов развития здравоохранения. Одной из приоритетных проблем являются вопросы кадрового потенциала учреждений [29, 68, 71, 87, 91, 94, 119, 129]. Структурное совершенствование и техническое перевооружение [219], введение экономических, и финансовых механизмов [227], а также использование информационных технологий, обеспечивающих высокую эффективность использования кадровых ресурсов [92, 93, 198], являются обязательным сопровождающим элементом преобразований в первичном звене здравоохранения, что позволит реализовать совершенствование кадрового планирования, улучшить условия труда и быта [187], мониторинг состояния здоровья кадров [208, 217], использование организационных технологий, обеспечивающих создание благоприятного комфорта, в том числе психологического [228, 237].

Предметом труда в деятельности ВТУ являются человеческие проблемы и трудности, обуславливая и формируя профессиональный стресс [41, 53, 96, 191, 192, 232, 237, 238]. Многообразие жалоб пациентов отражается на психосоматических проблемах самого врача в виде появления депрессивных настроений, чувства беспомощности и бессмысленности своего существования, низкой оценки своей профессиональной компетентности. Кроме этого, пребывание врача в постоянном воздействии негативных факторов (жалоб, боли, недовольства и пр.) провоцирует нарушение трудовой дисциплины и повышает заболеваемость самих ВТУ.

Комплекс негативных факторов в основном воздействует на две составляющие состояния врачей-терапевтов участковых: физического и психического статуса. Степень физического и психологического напряжения врачей первичного звена зависит от сочетания факторов, а также их системного и ежедневного воздействия на здоровье врача. Чаще продолжительность

воздействия этих факторов в среднем занимает более 50% рабочего времени врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь.

На должность ВТУ назначаются специалисты, имеющие высшее медицинское образование по специальности «Лечебное дело», имеющие сертификат «Терапия». Объектом профессиональной деятельности врача-терапевта участкового являются пациенты в возрасте от 18 лет. Предметом их профессиональной деятельности врача-терапевта участкового является здоровье пациента. ВОЗ подчеркивает, что предметом профессиональной деятельности врача является преимущественно физический аспект здоровья. Выделяют три направления деятельности участкового врача-терапевта: лечебно-диагностическое, профилактическое и организационно-методическое. Кроме этого, участковые врачи тесно взаимодействуют с другими специалистами своей медицинской организации, а также с другими МО и не МО. Необходимо также отметить присутствие социального компонента в его деятельности.

ВТУ делит свое рабочее место в рамках поликлиники или другой организационной структуры, обслуживающей население по участковому принципу, как правило, с другим участковым врачом или даже несколькими врачами в зависимости от сменности рабочего времени, отведенного на прием. Такой подход, с одной стороны, экономит площади, с другой – формирует приспособительный принцип ВТУ по отношению к имеющимся условиям трудовой деятельности.

Деятельность терапевта является эмоционально нагруженной, предъявляющей особые личностные требования к специалисту, способному справиться и своевременно переключиться с одной индивидуальной медицинской, а порой и медико-социальной проблемы пациента на другую – следующего пациента. Усиливает специфический характер деятельности ВТУ неравномерность потока пациентов, их половозрастной состав, занятость в трудовом процессе и прочие нестабильные фоновые ситуации профессии. Основное содержание профессиональной деятельности участковых врачей связано с охраной здоровья,

наблюдением за состоянием здоровья прикрепленного населения и высококвалифицированным лечением выявленных заболеваний.

Следует отметить особый раздел работы ВТУ на участке в условиях места проживания обслуживаемого населения, характерный только для этой профессиональной группы врачей. Именно он отталкивает молодых специалистов в выборе этой специальности [91, 103, 165]. Этот вид помощи используется при обслуживании немобильных или маломобильных граждан (инвалидов, граждан в острый период заболевания и пр.). Ежедневно ВТУ обслуживает на дому от трех до 12 пациентов (при норме четыре человека) [15,16]. Интенсивность вызовов на дом сезоном обусловлена, например, в период эпидемии гриппа она достигает до 24 и более вызовов в день. Обслуживание на дому с позиции активности взаимодействия «участковый врач – пациент» происходит в трех формах: вызов терапевта пациентом на дом; посещение пациента без вызова (цели могут быть различные: наблюдение за пациентом в острый период, например, при лакунарной ангине; посещение диспансерного пациента; посещение инвалида и пр.); патронаж (новорожденных, беременных). Посещение пациента без вызова определяется самим врачом в зависимости от количества вызовов и необходимости посещения.

В настоящее время вносятся изменения в нормы труда в сфере здравоохранения, направленные на повышение эффективности деятельности медицинских работников, в том числе ВТУ. Организаторы-ученые работают над определением прогнозной численности работников медицинских организаций, необходимых для предоставления гарантированного объема медицинской помощи и повышения производительности труда в медицинских организациях [149]. Отраслевые нормы времени применяются для определения потребности во врачебных кадрах и в рамках формирования и экономического обоснования территориальных программ государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной медицинской помощи на уровне субъекта РФ.

Но и на уровне конкретной медицинской организации нормы времени применимы в качестве основы для установления конкретных норм труда врачей-специалистов этой организации с учетом организационно-технических условий

и мнения представительного органа работников, что предусмотрено ст. 162 Трудового кодекса РФ.

Согласно ст. 160 ТК РФ нормы труда могут быть пересмотрены по мере совершенствования или внедрения новой техники, технологии и проведения организационных либо иных мероприятий, обеспечивающих рост производительности труда, а также в случае использования физически и морально устаревшего оборудования.

Приказом Минтруда России от 31.05.2013 № 235 федеральным органам исполнительной власти рекомендовано осуществлять пересмотр типовых отраслевых норм труда через каждые пять лет с даты их утверждения.

Последний раз нормы труда указанных в Приказе специалистов пересматривались в 80-х годах прошлого столетия. За прошедшее время в системе организации оказания МП произошли значительные изменения: активно внедряются принципы доказательной медицины; медицинская помощь оказывается в соответствии со стандартами; на приеме пациентов используется современное медицинское оборудование; практически повсеместно в рутинную практику внедряется электронный документооборот, что оптимизирует и повышает производительность ВТУ [60,61]. Специалисты широко используют в своей практике и современные компьютерные и информационные технологии. Все это существенным образом сказывается как на непосредственном содержании деятельности ВТУ на приеме, так и на времени трудовой функции. Несмотря на заявления представителей Минздрава о том, что типовые отраслевые нормы адресованы организаторам здравоохранения, а не работникам практического здравоохранения, п. 1. Приказа установлено, что «типовые отраслевые нормы времени... применяются при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях...».

Вновь утвержденные типовые отраслевые нормы времени для медицинских работников ряда специальностей были разработаны по результатам фотохронометражных исследований деятельности указанных врачей-специалистов, которые осуществлялись в ряде субъектов РФ в 2014 году

Центральным научно-исследовательским институтом организации и информатизации здравоохранения Минздрава России. В настоящее время готовятся к утверждению нормы труда для специальностей врача-фтизиатра, врача-эндокринолога, врача-кардиолога, врача-стоматолога-терапевта, врача-дерматовенеролога, врача-эндоскописта, врача-хирурга. Рекомендованные нормы времени являются основой для расчета норм нагрузки, нормативов численности и иных норм труда врачей МО, оказывающих первичную врачебную (т.е. врачей-терапевтов, врачей-педиатров, врачей-педиатров участковых) и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, которые, согласно положениям Федерального закона № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ», не предусматривают круглосуточного медицинского наблюдения и лечения.

Данным документом не установлены нормы времени для посещения врачом-специалистом одного пациента на дому, хотя посещение на дому также является частью работы при оказании первичной врачебной и первичной специализированной медико-санитарной помощи в амбулаторных условиях.

Рассматриваемые нормы труда влияют не только на расчеты количественного состава специалистов, но и на объемы выполняемых ими медицинских услуг, на стоимость этих услуг и соответственно на размер заработной платы указанных специалистов. Объем МУ является основой для обеспечения потребности населения в МП и утверждается Программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам МП. Данной программой устанавливаются как объемные, так и финансовые показатели МП по видам и условиям ее предоставления. А на уровне конкретной территории в рамках территориальной программы государственных гарантий могут устанавливаться детализированные показатели деятельности медицинских работников при оказании МП, в т. ч. в амбулаторных условиях.

Так, согласно действующей Программе государственных гарантий на 2015 год [185], объем МП в амбулаторных условиях включает: посещения с профилактической целью (в т.ч. центров здоровья в случае комплексного

медицинского осмотра; в связи с диспансеризацией определенных групп населения; в связи с профилактическими медицинскими осмотрами в соответствии с порядками, утверждаемыми Минздравом России; в связи с патронажем); посещения с иными целями (в т.ч. в связи с оказанием паллиативной медицинской помощи; в связи с другими обстоятельствами (получением справки, других медицинских документов); медицинских работников, имеющих среднее медицинское образование, ведущих самостоятельный прием); разовые посещения в связи с заболеванием; МП в амбулаторных условиях, оказываемую в связи с заболеваниями; МП в амбулаторных условиях, оказываемую в неотложной форме.

Утвержденные же Приказом нормы времени учитывают лишь часть работы указанных специалистов в амбулаторных условиях, а именно: первичные и повторные посещения в связи с заболеванием и посещения с профилактической целью без конкретизации выполняемой деятельности.

Как указано в Методических рекомендациях по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях [160], нормы труда могут устанавливаться на отдельный вид работ, взаимосвязанную группу работ (укрупненная норма труда) и законченный комплекс работ (комплексная норма труда). Степень укрупнения норм труда определяется конкретными условиями организации производства и труда.

Основой для расчета норм времени на одно повторное посещение в связи с заболеванием и посещение с профилактической целью является норма времени первичного приема пациента в связи с заболеванием.

Для врача-офтальмолога такая норма времени составляет 14 минут, для врача-педиатра участкового и ВТУ – 15 минут, для врача-оториноларинголога Приказом рекомендована норма времени на прием продолжительностью 16 минут, для ВОП (семейного врача) – 18 минут (для сравнения: в Германии прием ВОП занимает 13 минут, в Великобритании – всего лишь восемь минут, в Испании – 10 минут, а в Австрии – не более 15 минут), для врача-невролога и врача-акушера-

гинеколога – 22 минуты. Указанные нормы времени также включают временные затраты на оформление медицинской документации [203, 206, 212, 240].

На повторное посещение врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием нормы времени рассчитываются исходя из 70–80% норм времени, связанных с первичным посещением врача-специалиста одним пациентом в связи с заболеванием. Затраты времени врача-специалиста на оформление медицинской документации с учетом рациональной организации труда, оснащения рабочих мест компьютерной и организационной техникой должны составлять не более 35% от норм времени, связанных с посещением одним пациентом врача-специалиста в связи с заболеванием.

В настоящее время указанные нормы времени носят рекомендательный характер обсуждаемого документа, что влечет за собой необходимость адаптации установленных норм времени к деятельности конкретной МО, в т.ч. путем проведения собственных исследований условий деятельности соответствующих врачей-специалистов. Существуют методические рекомендации для федеральных органов исполнительной власти по разработке типовых отраслевых норм труда, утвержденные приказом Минтруда России от 31.05.2013 № 235, в части организации работы и проведения расчетов норм труда. А при определении нормы численности конкретных специалистов учреждения и норм обслуживания пациентов (нагрузки на специалистов) на основе типовых норм времени существуют методические рекомендации, утвержденные приказом Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях». В целях адаптации типовых отраслевых норм труда в отдельных МО ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России в 2013 году предлагает пользоваться разработанной методикой разработки норм времени и нагрузки медицинского персонала.

В Приказе также содержатся рекомендации для МО, оказывающих первичную врачебную и первичную специализированную медико-санитарную помощь в амбулаторных условиях, устанавливать нормы времени на посещения

в связи с заболеванием и с профилактической целью с учетом плотности проживания и половозрастного состава населения, а также с учетом уровня и структуры заболеваемости населения.

Для них рекомендовано суммировать корректирующие коэффициенты, соответствующие характеристикам указанных выше условий конкретной МО. Предложено применять следующие корректирующие коэффициенты: плотность проживания прикрепленного населения выше восьми человек на квадратный километр – минус 0,05; плотность проживания прикрепленного населения ниже восьми человек на квадратный километр (за исключением районов Крайнего Севера и приравненных к ним местностей) – плюс 0,05; уровень заболеваемости населения выше на 20% среднего значения по субъекту РФ – плюс 0,05; уровень заболеваемости населения ниже на 20% среднего значения по субъекту РФ – минус 0,05; доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения выше 30% – плюс 0,05; для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до одного года среди детей в возрасте до 14 лет выше 8% – плюс 0,05; доля лиц старше трудоспособного возраста среди прикрепленного населения ниже 30% – минус 0,05; для врача-педиатра участкового – доля детей в возрасте до одного года среди детей в возрасте до 14 лет ниже 8% – минус 0,05.

Однако, несмотря на внушительный объем исследований, до настоящего времени учеными не рассматривается психоэмоциональная нагрузка как фактор эффективности профессиональной деятельности ВТУ.

1.2. Социальные и медико-социальные аспекты врачебной деятельности в литературно-аналитической оценке

В условиях профессиональной деятельности ВТУ присутствует социальный аспект в виде социально-контактной среды, информационной и витальной среды.

Социально-контактная среда представляет собой отношения с руководителями, коллегами и пациентами. Немаловажную роль в трудовом процессе играет сплоченность коллектива, внутригрупповые связи, а также стиль руководства. Известно, что стиль руководства имеет значение для успешности профессиональной деятельности. Под стилем руководства понимают способ взаимодействия руководителя с подчиненными, характер отношений между ними в процессе исполнения служебных обязанностей. По данным литературы, предпочтительным стилем руководства для подчиненных является демократический. При этом стиле управления решения принимаются на основе обсуждения проблемы, учета мнений и инициатив сотрудников, выполнение принятых решений контролируется и руководителем, и самими сотрудниками. Руководитель проявляет интерес и доброжелательное внимание к личности сотрудников, учету их интересов, потребностей и особенностей. Демократический стиль руководства стимулирует инициативу со стороны подчиненных. В определенных ситуациях руководитель МО должен единолично принимать решения, жестко контролировать их исполнение, порой интересы дела ставить значительно выше интересов людей.

Общение с другими специалистами в рамках профессиональной деятельности ВТУ ограничивается рамками сложных случаев, требующих консультативного вмешательства со стороны узкого специалиста. А сотрудничество всех членов коллектива происходит только в рамках ежедневных планерок, совещаний или тематических конференций.

Отношения ВТУ с пациентом не ограничиваются только деловым характером общения. В ряде случаев участковому врачу приходится общаться

с пациентом на темы личного характера. Население терапевтического участка имеет широкий спектр, медико-социальные проблемы социально-психологического характера, что придает профессиональной деятельности врача характер по проблемам микросоциальной среды каждого жителя (на терапевтическом участке).

Пациенты нередко ищут решение своих социально-психологических проблем в медицинской организации, но врачи, во-первых, не обладают в этом смысле профессиональными навыками, а во-вторых, ограничены во времени в связи с регламентом приема и работы на дому. Проблемы, связанные с социально-психологическими обстоятельствами, не находят своего разрешения в амбулаторно-поликлинических учреждениях из-за отсутствия подхода к их диагностике и решению на уровне деятельности врача-терапевта участкового, что, в первую очередь, отражается на психоэмоциональном перенапряжении самого специалиста.

Усугубляет данные обстоятельства недостаточный уровень знаний медицинских работников 21 «Z» класса МКБ-Х и методики работы с ним. В настоящее время обращения в медицинские организации связаны, как правило, с клиническими проявлениями болезни, которые кодируются в данном случае по шифру соответствующего заболевания.

Информационная часть социального аспекта в деятельности ВТУ представляет собой поток оперативных деловых сообщений, а также средства внутреннего оформления кабинета врача. Это, например, информация о надвигающихся эпидемиях (например, гриппа).

Витальная характеристика социального аспекта деятельности ВТУ представляет собой материальную, физико-химическую, биологическую, гигиеническую части. Витальная среда рабочего кабинета и учреждения должна соответствовать требованиям, предъявляемым санитарным законодательством РФ. При работе на участке витальная среда определяется особенностями жилого помещения пациента, которая подвергает тем самым врача различным рискам. Следует отметить, что профессиональная деятельность ВТУ связана

с перемещением с одного адреса на другой, при этом врач вынужден проводить какое-то время на открытом воздухе, в различных погодных условиях.

На эффективность решения проблем в профессиональной деятельности оказывают существенное влияние, по мнению А.К. Марковой, два фактора: операциональная сфера профессиональной деятельности и профессиональная мотивация. Операциональная сфера профессиональной деятельности – это те средства, которые использует человек, и те ресурсы, которые заложены в нем (профессиональные способности, профессиональное сознание, профессиональное мышление и профессиональное творчество) для воплощения имеющихся мотивов. Профессиональная мотивация создает готовность к деятельности, поддерживает интерес к ней в ходе ее выполнения, раскрывает то, ради чего человек действует и к чему стремится. Наряду с этим она включает в себя профессиональное призвание, с которым связаны профессиональные намерения. В основе мотивов профессиональной деятельности лежат потребности в профессиональном труде и ценностные ориентации.

Следовательно, профессионализм понимают не просто как уровень знаний, умений и результатов человека в профессиональной деятельности, а как определенную системную организацию сознания и психики. Профессионализм рассматривает свойства человека как целого (личности, субъекта деятельности): направленность, социально ориентированные мотивы, осознанно направленные мотивы, отношение к внешнему миру, к людям, к деятельности, отношение к самому себе. Особенности саморегуляции, креативность, ее особенности, проявления; интеллектуальные черты индивидуальности; операторные черты индивидуальности (умелость, готовность к действиям, исполнительские способности); эмоциональность, ее особенности и проявления; особенности осознания близкого и более отдаленного родства профессии с другими; представления о сложных способностях, сочетаниях личных качеств, ожидаемых в данной профессии; осознание того, какие качества данная профессия развивает у человека или которым дает возможность проявиться и какие подавляет; представление о своем месте в профессиональной общности.

Специалисты уделяют большое внимание изучению личностных особенностей субъекта деятельности, которые являются, с одной стороны, константными, базисными характеристиками конкретного индивида, с другой – в более полной мере определяют индивидуальные поведенческие реакции и психологические состояния, влияющие на эффективность и надежность деятельности.

Оценка личностных особенностей – необходимое условие и продуктивное направление изучения индивидуальных стратегий психической регуляции деятельности, а также эффективное средство выявления лиц, которые по особенностям своих познавательных процессов, характера, темперамента, по доминирующим психическим состояниям наиболее или наименее пригодны к конкретной профессиональной деятельности [41;240].

В психологии труда накоплен большой опыт выявления ИЛО, обуславливающих успешность профессиональной деятельности. ««Золотое правило» психологии труда гласит, что труд эффективен, если ИЛО субъекта соответствуют требованиям, предъявляемым к ним самой профессией как системой функций» [15;212]. Психологическая эффективность определяется С.А. Дружиловым «соотношением удовлетворенности работника и «цены» его деятельности (в виде соматических расстройств, нервно-психического напряжения, снижения мотивации и др.).

«Социально-экологическая» (или «клиентцентрированная») эффективность определяется степенью ориентации субъекта труда не на сиюминутную выгоду, а на долгосрочные взаимоотношения с потребителем» [10;125].

Уровень развития личностного потенциала, также, как и степень соответствующей ему эффективности труда, зависит не столько от какого-либо одного элемента, сколько от способности интеграции всех элементов, внутренней их сбалансированности. Формирование производительной способности работника осуществляется на основе диалектического единства общих (психофизических, интеллектуальных), специальных (профессионально-квалификационных)

и особенных (организаторских творческих и т.д.) личностных способностей [23; 121].

При всем многообразии видов профессиональной деятельности ученые называют ряд личностных качеств, выступающих как профессионально важные практически для любого вида профессиональной деятельности. Это ответственность, самоконтроль, профессиональная самооценка, эмоциональная устойчивость [2].

К числу свойств личности, определяющих способности и профессиональную пригодность, следует отнести и хорошие физические данные. Эффективность и надежность в работе во многом определяются состоянием субъекта деятельности [238]. В настоящее время изучается много форм состояний: предстартовые, эмоциональная напряженность, предпатологические, утомление, стресс и др. По мнению Ю.Н. Лысенко, функциональное состояние является одной из категорий, обеспечивающих эффективность деятельности. Признаком устойчивости функционального состояния является интегративная работа всех систем организма и, прежде всего, единство вегетативной, психической и двигательной функций [5].

«Гуманизм медицинского работника в психологическом отношении был и остается ведущим фактором в общении с больным» [18;63]. Вместе с тем, врач испытывает постоянную «психологическую атаку» со стороны пациента, особенно ВТУ, как наиболее социально контактный специалист здравоохранения.

Кроме того, существует такой феномен как «состояние выгорания», наиболее типичное для представителей профессий «помогающего» типа – учителей, психологов, социальных работников, врачей и т.д. [7]. Особое место среди которых отводится врачам, а именно врачам участковой службы. Специфика содержания их профессиональной деятельности: большое количество контактов с больными людьми, высокий уровень ответственности за жизнь и здоровье других людей, необходимость рисковать их здоровьем и жизнью и др., – все это представляет собой условия для высокого риска возникновения «состояния выгорания» [6].

На персонал МО влияют те же факторы, что и в любой другой отрасли народного хозяйства – заболеваемость, условия и характер труда и т.д. Но, вместе с тем, на МП больше, чем в других отраслях, влияют особенности профессиональной деятельности [233, 241]. В 1919 году в нашей стране смертность врачей в девять раз превышала среднюю смертность населения в целом. Основными причинами тогда были гибель врачей во время военных действий, смерть от сыпного тифа и других инфекционных заболеваний. С 1922 года состояние здоровья врачей у нас в стране стало изучаться на официальном уровне в связи с открытием научно-консультативного бюро по изучению профессиональных вредностей медицинского труда [111, 128, 137].

По литературным данным, врачи живут на 10–20 лет меньше своих пациентов. К сожалению, точной статистики специфических, профессиональных заболеваний врачей и их последствий в России не существует. Одна из причин – низкая выявляемость такого рода заболеваний, которая не превышает 10% [165].

Специфика условий труда медицинских работников общеизвестна: загрязнение воздуха рабочих помещений аэрозолями лекарственных веществ, дезинфицирующих и наркотических средств, постоянная угроза заражения инфекционными болезнями, ионизирующее и неионизирующее излучения диагностической и лечебной аппаратуры. И особо следует отметить сверхнормативную работу, постоянные стрессы, «синдром выгорания», физические нагрузки.

Согласно существующей шкале тяжести труда, медицинские специальности расположены от второй до пятой категории (всего их шесть, шестая — наивысший уровень тяжести) [242]. К пятой категории тяжести труда отнесены такие специальности как хирург, анестезиолог, реаниматолог, врач скорой помощи, эндоскопист, рентгенолог, патологоанатом, судебно-медицинский эксперт. К четвертой категории – врачи-терапевты участковые; стоматологи; врачи терапевтического профиля, работающие в стационаре; дерматовенерологи; отоларингологи; акушеры-гинекологи; бактериологи; врачи функциональной диагностики. К третьей – врачи поликлиник (ведущие специализированный

прием), врачи-лаборанты, эпидемиологи, гигиенисты, физиотерапевты. Ко второй – статистики и валеологи [243].

У каждой специальности имеются свои профессиональные болезни. Но есть и общие, степень которых в зависимости от профессии изменяется незначительно. И на первом ранговом месте в структуре профессиональных заболеваний стоят инфекционные заболевания (80,2%), логично объясняя прямой контакт с инфекционными больными. В лидерах по выявляемости среди них стоят вирусные инфекции. Далее следует туберкулёз, причем исследования показывают высокую устойчивость микобактерий туберкулёза (31,3%) среди медработников.

Второе место среди профессиональных заболеваний сотрудников здравоохранения занимают аллергические заболевания (от 6,5% до 18,8%, по разным источникам). Аллергенами могут быть лекарственные препараты; химические реагенты; вещества для наркоза, дезинфекции, моющие средства; биологические препараты: ферменты, вакцины, сыворотки, препараты крови.

Третье место занимают две группы: интоксикации и заболевания опорно-двигательного аппарата. Заболевания опорно-двигательного аппарата среди врачей-стоматологов встречаются в 75% случаев, причём поражение остеохондрозом 2-го и 3-го отделов сочетается с искривлением позвоночника и заболеваниями суставов в 30% и мышц в 17% [16, 20, 49, 155].

Сверхнормативная работа, посменная работа, включая суточные дежурства, несёт дополнительную психоэмоциональную и физическую нагрузку на организм врачей любой специальности, что, в свою очередь, вызывает стрессы. А стрессы лежат в основе возникновения ранних изменений сердечно-сосудистой системы и формирования «синдрома выгорания» [59, 71].

Существует такое понятие, как профессиональное здоровье. Профессиональное здоровье – это динамичный процесс сохранения и развития регуляторных свойств организма, его физического, психического и социального благополучия, что обеспечивает высокую надежность и эффективность трудовой деятельности, а также максимальную продолжительность профессиональной жизни [220]. Это такие характеристики здоровья специалиста, которые

обеспечивают высокую эффективность его профессиональной деятельности. Если болен врач, то он не сможет на должном уровне лечить, заниматься профилактическим разделом работы и профессионально самосовершенствоваться. Защитить врача значит защитить пациента.

Таким образом, значительное число практикующих врачей подвержено воздействию профессионального стресса, что привлекает внимание как российских, так и зарубежных исследователей. Трудности в адаптации, неспособность выносить повышенные профессиональные нагрузки, различные формы «личностного неблагополучия» в виде феномена психического истощения, десоциализации, отчуждения, профессионально-личностных деформаций, дисфункции межличностных контактов на рабочем месте – перечень проблем, которые сегодня сопровождают практическую деятельность практикующего врача.

Влияние производственной среды на здоровье работников рассматривалось еще в 1994 году, когда ВОЗ утвердила Всеобщую глобальную стратегию в области профессионального здоровья. Несмотря на свой рекомендательный характер, эта стратегия стала первым признаком надвигающихся изменений. Описав в общем виде десять приоритетных задач в области охраны труда, ВОЗ указала на необходимость их решения как на международном, так и на национальном уровне. Стратегия ВОЗ обусловила новый подход к охране труда, обозначенный в виде «разработки необходимых концептуальных инструментов» (первым был назван «превентивный подход»), «развития здоровой производственной среды», «укрепления системы обеспечения профессионального здоровья», «снабжения информацией широких слоев населения» и «развития сотрудничества в области профессиональной безопасности и здоровья».

Для отечественной медицины в условиях очередного кадрового кризиса весьма важным становится использование направлений Стратегии ВОЗ в области охраны профессионального здоровья для разработки национальной стратегии сохранения и умножения профессионального здоровья врачей и средних медицинских работников.

Привлечение большого опыта проведения медико-социологических исследований, накопленного в области организации и управления здравоохранением в медико-социологическую сферу, а также научных подходов на стыке различных отраслей науки позволяет определять наиболее оптимальные пути совершенствования организации деятельности первичного звена отечественного здравоохранения.

ГЛАВА 2. Программа, материалы и методы исследования

2.1. План и программа исследования

Работа выполнена на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №1 Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Базовым учреждением для проведения основных разделов исследования явились МО, подведомственные Министерству здравоохранения Оренбургской области. Основной задачей МО является оказание высококвалифицированной первичной медико-санитарной помощи населению Оренбургской области, а также других регионов России, имеющих полис ОМС согласно действующему законодательству РФ.

Вся статистическая информация, ее получение и обработка, включает сведения на территории Оренбургской области за период с 2010–2014 гг. По данным Территориального органа Федеральной службы государственной статистики, численность населения Оренбургской области – составляет 2 008,535 тыс. чел. (по состоянию на 2014 г.), площадь территории области 123 700 квадратных километров. В состав области входит 35 территорий (районы) и 12 городов.

Объектом исследования стала профессиональная деятельность врача-терапевта участкового. Предметом – изучение степени влияния условий организации, медико-социальных и социально-экономических факторов на формирование психоэмоциональной нагрузки во взаимосвязи с объектом исследования.

При составлении программы сбора определение единицы наблюдения исходило из двух составляющих этого раздела. Во-первых, при сборе информации из статистических сборников Министерства здравоохранения Оренбургской

области «Заболеваемость населения» и «Ресурсы деятельности учреждений здравоохранения», а также информация, полученная из данных ТФОМС, единицей наблюдения рассматривался каждый табличный вариант отчетного документа. Во-вторых, за единицу наблюдения был выбран врач, работающий в медицинских организациях, подведомственных Министерству здравоохранения Оренбургской области. Нами разработано три типа анкет с использованием методологических основ проведения социологического опроса А.В. Решетникова: анкета для врачей-терапевтов участковых (80 вопросов); анкета для врачей различных специальностей (30 вопросов); анкета для руководителей МО (15 вопросов). Для группы врачей-терапевтов участковых одновременно с анкетированием проводилась оценка уровня психоэмоционального выгорания по методике В.В. Бойко «Диагностика уровня эмоционального выгорания». Текст опросника состоял из 35 утверждений (в отличие от опросника методики «Диагностики эмоционального «выгорания» личности» – 84 утверждения), т.е. в предлагаемом варианте методики В.В. Бойко оставлены только те шкалы, которые имеют отношение к мотивации трудовой деятельности врача-терапевта участкового. В последующем для изучения негативных последствий профессионального стресса на результаты труда с группой респондентов, у которых выявлен сформированный СПЭВ, проводилась дальнейшая статистическая обработка на предмет выявления статистически значимых корреляционных связей с факторами организации деятельности врача-терапевта участкового.

Анкета для врачей-терапевтов участковых (Приложение 1) состояла из нескольких разделов: об условиях работы в поликлинике и на участке, о причинах выбора профессии, о состоянии здоровья (наличие хронических заболеваний, случаи временной нетрудоспособности, удовлетворенность своим состоянием здоровья), об образе жизни (наличие вредных привычек – курение и злоупотребление алкоголем, физическая активность, удовлетворенность своим образом жизни), о материально-бытовых условиях жизни, семейном положении, о степени удовлетворенности своей трудовой деятельностью.

В анкетах для врачей различных специальностей (Приложение 2) и для руководителей МО (Приложение 3) были сформулированы вопросы, связанные с мнением респондентов об организации ПМСП, о проблемах существования в МО первичного звена, о профессиональном взаимодействии с МО первичного звена, о престиже участкового врача, а также о возможных направлениях развития участковой медицины. В анкету были также включены вопросы об удовлетворенности респондентов своей заработной платой, их материальной заинтересованности в результатах своего труда.

Объем выборки каждой группы респондентов рассчитывался по формуле:

$t^2 p (100-p) N$

$$n = \frac{t^2 p (100-p) N}{\Delta^2 N + t^2 p (100-p)},$$

где n – объем выборки, t – доверительный коэффициент, p – величина статистического показателя в %, Δ – предельная ошибка выборки, N – численность генеральной совокупности.

В результате выполнения программы разработки были внесены учетные признаки единиц наблюдения в программу STATISTICA 6,0 в пяти изолированных файлах.

В программе анализа результатов исследования был выбран метод частотного (%), сравнительного (критерий Стьюдента) и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена), позволивший установить статистически значимые взаимосвязи между факторами.

2.2. Этапы исследования и их выполнение

На первом этапе была проанализирована отечественная и зарубежная литература в двух направлениях: во-первых, нами изучены организационно-правовые и нравственно-этические аспекты профессиональной деятельности врача-терапевта участкового; во-вторых, нами изучались социальный и индивидуально-личностный аспекты деятельности врача-терапевта участкового. Было проанализировано 245 литературных источников. На этом же этапе был разработан план и программы исследования, а также были выбраны методы исследования.

Второй этап предусматривал сбор информации посредством деперсонифицированных данных ТФОМС за 2010–2014гг., данные статистических сборников Министерства здравоохранения Оренбургской области «Заболеваемость населения Оренбургской области» за 2010–2014гг. и «Ресурсы деятельности учреждений здравоохранения Оренбургской области» за 2010–2014 гг. Параллельно было проведено анкетирование врачей-терапевтов участковых, врачей различных специальностей и руководителей МО в соответствии с Распоряжением Министерства здравоохранения Оренбургской области № 1572 от 07.07.2014г. «О содействии в проведении социологического опроса (анкетирования) работников медицинских организаций, подведомственных Министерству здравоохранения Оренбургской области». Полученная информация позволила дать медико-социальную и гигиеническую оценку контингента участковых врачей, факторов рабочей среды и профессиональной деятельности при медицинском обслуживании населения по участковому принципу, а также оценить условия для отдыха и восстановления работоспособности участковых врачей. Респонденты ответили также на вопрос об их готовности сменить свою профессию. Ответы на этот вопрос позволили сделать вывод о том, насколько серьезны, по мнению респондентов, сложности, с которыми они сталкиваются в своей работе. Проведенный опрос позволил

выявить основные трудности, которые возникают при взаимодействии сотрудников первичного звена с другими структурными подразделениями МО. Эта информация позволила определить основные направления работы по оптимизации взаимодействия участковых врачей с врачами других МО, что должно повлиять на повышение эффективности деятельности врача-терапевта участкового.

На третьем этапе исследования проводилась выкопировка статистической информации из данных ТФОМС и статистических сборников Министерства здравоохранения Оренбургской области «Заболеваемость населения Оренбургской области», «Ресурсы деятельности учреждений здравоохранения Оренбургской области», которая позволила сформировать базу данных. Информация по анкетированию 3-х групп респондентов также была внесена в статистическую базу данных.

На четвертом этапе исследования выполнялась статистическая обработка собранного материала в виде построения динамических рядов и прогнозирования с использованием экспоненциальной линии тренда. Также был применен метод частотного (%), сравнительного (критерий Стьюдента) и корреляционного анализа (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) в трех статистических средах (3-й группы респондентов). Завершением четвертого этапа явилось представление полученных данных Министерству здравоохранения Оренбургской области в виде информационного письма «Перспективы развития участковой службы Оренбургской области».

На пятом этапе исследования сформирована концепция поиска решений обоснованных проблем в организации первичной медико- санитарной помощи. Создана концептуально-пространственная модель территориально-участкового принципа с выделением критических точек организации профессиональной деятельности, основанных на факторах, влияющих на эффективность работы врача-терапевта участкового. На основе этого была разработана методика расчета уровня психоэмоциональной нагрузки (УПЭН) врача-терапевта участкового

с учетом всех факторов трудового процесса, влияющая на его профессиональную деятельность.

На шестом этапе была апробирована методика УПЭН врача-терапевта участкового и предложены мероприятия, направленные на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности ВТУ.

ГЛАВА 3. Состояние организации первичной медико-санитарной помощи в Оренбургской области

3.1. Анализ укомплектованности и деятельности врачей-терапевтов участковых, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь населению Оренбургской области

В настоящее время основой для планирования деятельности МО являются Порядки оказания медицинской помощи и Территориальная программа государственных гарантий: Закон Оренбургской области «О Территориальной программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи в Оренбургской области на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» и Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2011 года №16-1/10/2-13164 «Методика расчёта потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах».

Оренбургская область по численности врачей на 10 000 человек населения среди субъектов РФ в Приволжском федеральном округе (ПФО) в 2010 году занимала 3-е ранговое место (2005–2009гг. – 5-е место среди субъектов ПФО). В 2011 году, при одинаковом уровне с 2010 годом, область переместилась на 4-ю позицию (52,2), уступая Удмуртской республике (58,2), Пермскому краю (54,6) и Саратовской области (53,0). Регион по уровню показателя за 2010–2014гг. превышал интенсивный коэффициент по ПФО (47,2–48,1) и по РФ (50,1–51,2). Амплитуда колебания значения уровня по территории в 2010-2014гг. составляла 86,4–86,9 на 10 000 человек населения соответственно (максимальный уровень в г. Оренбурге – 105,2–104,1 на 10 000 населения; минимальный – Кваркенский район – 18,8–17,2 на 10 000 населения).

Укомплектованность врачебных должностей в учреждениях амбулаторно-поликлинической службы здравоохранения Оренбургской области на начало 2014 года составил 82,6%, что на 9,8% ниже уровня 2000 года и на 7,6% уровня 2005 года (на начало Национального проекта «Здоровье»).

Анализ обеспеченности населения врачами МО Оренбургской области выявил недостаток одних и избыток других специалистов. Кадровый дефицит полностью отсутствует по таким специалистам как эндокринологи, офтальмологи и неврологи, поскольку их численность полностью соответствует целевым нормативным показателям.

Одним из организационных принципов общественного здравоохранения является соблюдение единства и преемственности медицинской помощи населению в городской и сельской местности. Однако существуют факторы, определяющие различия между городом и селом, которые влияют на организационные формы и методы работы сельских медицинских организаций: особенности расселения жителей по сравнению с городом – низкая плотность, разбросанность и отдаленность населенных пунктов; особенности труда – сезонность, высокий удельный вес ручного труда, значительная удаленность места жительства от места работы; отток молодежи и лиц трудоспособного возраста в город; старение населения сельских поселений; относительно низкий жизненный уровень в селах; плохое состояние дорог и транспортной доступности; недостаточность или труднодоступность новых информационных технологий и другие социально-экономические и бытовые трудности.

За период исследования наиболее высокий уровень укомплектованности ВТУ в Оренбургской области отмечен в 2008 году и составил 97,7% с последующим значительным снижением к 2015 году до 90,1% (минимальное значение за весь период исследования), что даже на 5,7% ниже, чем в 2005 году на момент начала радикальных реформаторских преобразований в амбулаторно-поликлинической службе отечественного здравоохранения. Период с 2006 по 2011 год можно характеризовать относительно стабильным как в отношении

укомплектованности, так и в отношении коэффициента совместительства (Рисунок 1).

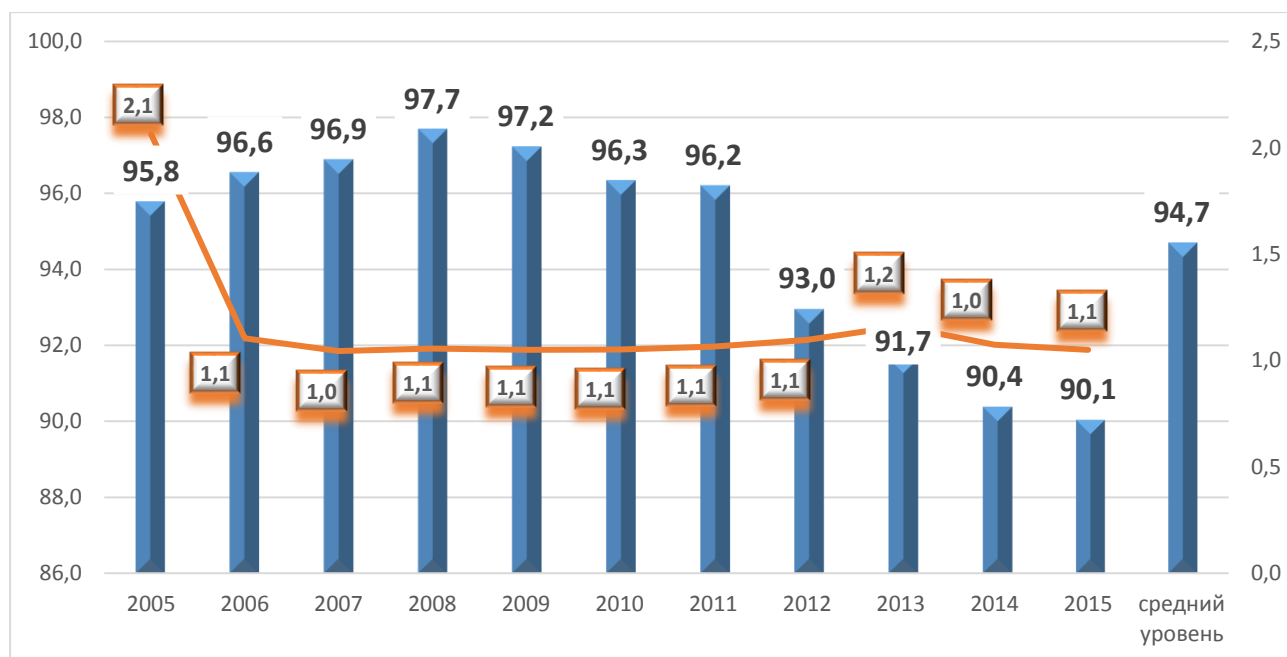


Рисунок 1. Динамика укомплектованности кадрами и коэффициента совместительства среди врачей-терапевтов участковых в Оренбургской области за 2005–2015 гг.

Однако, начиная с 2012 года, наблюдается стойкое снижение показателя (2012 г. – 93,0%; 2013 г. – 91,7%; 2014 г. – 90,4%; 2015 г. – 90,1%), что говорит о имеющихся проблемах дефицита кадровых ресурсов первичного звена. Вариабельность показателя в 7,1% скрывает потерю 107 ВТУ. Обращает внимание на себя 2013 год в сравнительной динамике двух показателей: укомплектованности кадрами (91,7%) и коэффициента совместительства (1,2), объясняя попытку организаторов медицинских организаций после резкого снижения в 2012 году компенсировать возросшие нагрузки на ВТУ в связи с наличием свободных штатных ставок, тем самым сохранить доступность и качество медицинской помощи.

Показатели динамических рядов укомплектованности ВТУ как для всех медицинских организаций области (В), так и в отдельности по городским (Г) и сельским (С) поселениям представлены в таблице 1.

Таблица 1. Показатели динамики укомплектованности врачами-терапевтами участковыми в медицинских организациях, оказывающих помощь всему населению области (В), населению городских (Г) и сельских (С) поселений за 2005–2015 гг.

Год	Укомплектованность ВТУ (в %)			Абсолютный прирост (%)			Темп прироста (%)			Темп роста (%)			1% прироста		
	В	Г	С	В	Г	С	В	Г	С	В	Г	С	В	Г	С
2005	95,8	97,2	94,2												
2006	96,6	97,8	94,2	0,8	0,6	0,0	0,8	0,6	0,0	100,8	100,6	100,0	1,0	0,9	
2007	96,9	99,2	96,9	0,3	1,5	2,7	0,3	1,5	2,9	100,3	101,5	102,9	1,0	0,9	
2008	97,7	99,6	95,3	0,8	0,3	-1,6	0,8	0,3	-1,7	100,8	100,3	98,3	1,0	1,0	
2009	97,2	97,7	96,6	-0,5	-1,8	1,3	-0,5	-1,9	1,4	99,5	98,1	101,4	1,0	1,0	
2010	96,3	96,0	96,8	-0,9	-1,7	0,2	-0,9	-1,8	0,2	99,1	98,2	100,2	1,0	1,0	
2011	96,2	96,9	95,3	-0,1	0,9	-1,5	-0,1	0,9	-1,5	99,9	100,9	98,5	1,0	1,0	
2012	93,0	93,8	91,9	-3,2	-3,1	-3,4	-3,3	-3,2	-3,6	96,7	96,8	96,4	1,0	1,0	
2013	91,7	91,4	92,1	-1,3	-2,4	0,2	-1,4	-2,6	0,2	98,6	97,4	100,2	0,9	0,9	
2014	90,4	90,4	91,0	-1,3	-1,0	-1,1	-1,4	-1,1	-1,2	98,6	98,9	98,8	0,9	0,9	
2015	90,1	90,1	89,8	-0,3	-0,3	-1,2	-0,3	-0,3	-1,3	99,7	99,7	98,7	0,9	0,9	

Абсолютный прирост показателя во всех медицинских организациях области наблюдался в 2006, 2007, 2008 годах (0,8; 0,3; 0,8 соответственно); абсолютная убыль – с 2009 по 2015 годы с тенденцией к продолжающемуся снижению. Максимальная абсолютная убыль отмечена в 2012 году (-3,2%). Однако показатели абсолютного прироста изучаемого показателя среди городских и сельских поселений различаются. Так, абсолютный прирост показателя в медицинских организациях области, оказывающих помощь населению городских поселений, наблюдался в 2006, 2007, 2008, 2011 годах (0,6; 1,5; 0,3; 0,9 соответственно); абсолютная убыль зафиксирована в 2009, 2010, с 2012 по 2015 год. В медицинских организациях области, оказывающих помощь населению сельских поселений, абсолютный прирост наблюдался в 2007, 2009, 2010, 2013 годах (2,7; 1,3; 0,2; 0,2 соответственно); абсолютная убыль зафиксирована в 2008, 2011, 2012, 2014, 2015 годы (- 1,6; - 1,5; - 3,4; - 1,1; -1,2 соответственно). На тенденции динамики

показателя влияние оказывают показатели укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, предоставляющие медицинскую услугу населению городских поселений, что обеспечивает совпадение значения 1% прироста укомплектованности ВТУ динамики показателей в медицинских организациях на всей территории области и медицинских организаций, работающих в условиях города.

Динамика показателей укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, оказывающих помощь взрослому населению на территории городских и сельских поселений, а также их линии экспоненциальных трендов имеют некоторые особенности, не отражаемые в динамике показателей укомплектованности ВТУ в целом по области (Рисунок 2).

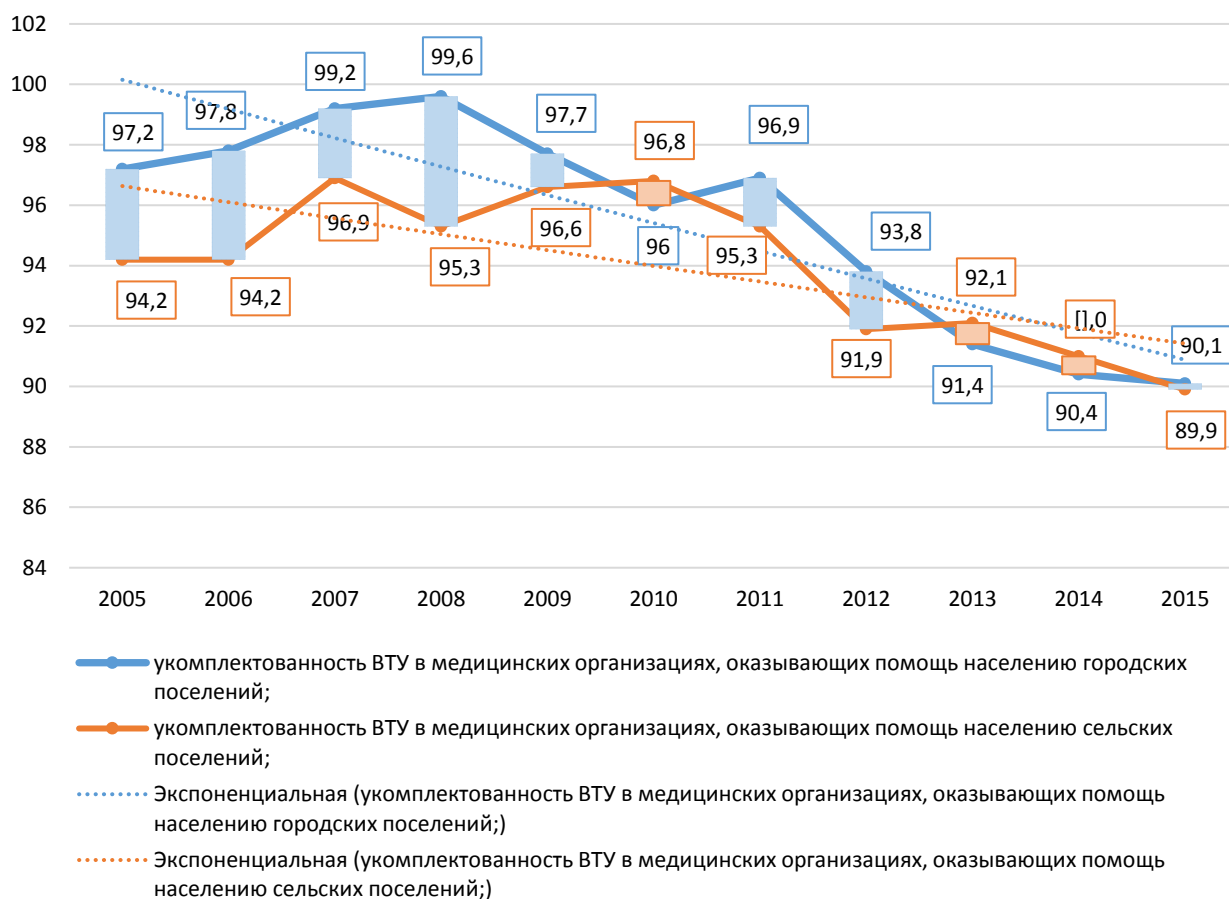


Рисунок 2. Динамика показателей укомплектованности врачами-терапевтами участковыми в медицинских организациях, оказывающих помощь населению городских и сельских поселений Оренбургской области за 2005 – 2015 гг., в % с экспоненциальными трендами и размахом различий.

Так, на протяжении периода исследования динамика показателя укомплектованности ВТУ характеризуется скачкообразными графическими кривыми. Показатель укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, оказывающих помощь населению городских поселений, был выше, чем в медицинских организациях, оказывающих помощь населению сельских поселений, за исключением 2010, 2013 и 2014 гг. Максимальный период различий между изучаемыми динамическими рядами наблюдался в 2008 году (на 4,3%), причем в этом году наблюдается отток специалистов из сельской местности, вместе с тем в медицинских организациях, оказывающих помощь населению городских поселений, изучаемый показатель несколько возрос. Рост показателя в медицинских организациях, обслуживающих городское население, на фоне его снижения в медицинских организациях, обслуживающих сельское население, наблюдается также в 2011 году с меньшей разницей различий (1,9%).

Такие колебания динамики явления предположительно можно связать с периодами начала «экономического кризиса», что говорит о наиболее экономически уязвимых врачах первичного звена, работающих в сельской местности. Вместе с тем угол наклона к снижению линии экспоненциального тренда для показателя укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, работающих в сельской местности, меньше, чем для динамики показателя укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, работающих в условиях города.

На рисунке 3 представлены данные по укомплектованности ВТУ в РФ, ПФО и Оренбургской области за период 2005-2015 гг. Как видно из данного рисунка, все три показателя имеют тенденцию к снижению и весь исследуемый период были ниже 100%. Однако, региональный коэффициент укомплектованности ВТУ в среднем был выше на 1,8%, чем в ПФО и на 3,2%, чем в РФ (рисунок 3).

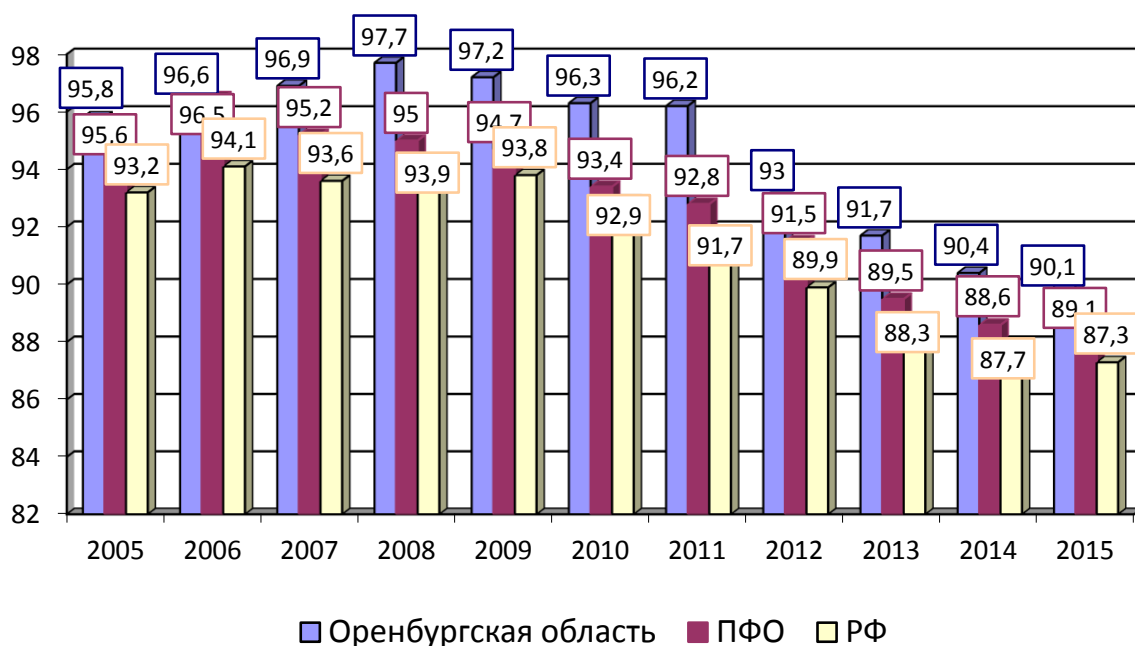


Рисунок 3. Динамика укомплектованности кадрами среди врачей - терапевтов участковых в Оренбургской области, ПФО и РФ за 2005-2015 гг.

Коэффициент совместительства ВТУ, характеризующий загруженность специалистов в первичном звене и скрытый недостаток кадров, за период исследования показывает реализованную Национальным проектом «Здоровье» компенсированную ситуацию в участковой службе, в особенности в сельских поселениях: за период с 2006 по 2015 гг. коэффициент совместительства в медицинских организациях, обслуживающих население сельских поселений, превышал порог норматива (1,0) только в 2014 году (1,1). Среди городских поселений этот показатель за тот же период был равен 1,1, за исключением 2013 года (1,2), объясняя имеющуюся возможность среди городских ВТУ выполнять объем работы сверх предусмотренной нагрузки (Рисунок 4).



Рисунок 4. Динамика коэффициента совместительства врачей-терапевтов участковых в медицинских организациях Оренбургской области всего в медицинских организациях городских и сельских поселений за 2005–2015 гг.

Таким образом, ситуация с ВТУ в Оренбургской области за период исследования характеризуется недоукомплектованностью кадрами. Показатель укомплектованности ВТУ за 10 лет неравномерен. Скорость изменений показателей различна, наибольший темп убыли отмечается в 2012 году. Интенсивность процесса обеспечения ВТУ носит неоднозначный характер. На фоне общей тенденции снижения показателя с 2009 года дефицит специалистов первичного звена в медицинских организациях, оказывающих помощь населению сельских поселений, наблюдался в каждом годе исследования, что доказывается хаотичными значениями показателей динамики явления. Показатель укомплектованности ВТУ в медицинских организациях, оказывающих помощь населению городских поселений, был выше, чем в медицинских организациях, оказывающих помощь населению сельских поселений, за исключением 2010, 2013 и 2014 гг. Рост показателя в медицинских организациях, обслуживающих городское население, на фоне его снижения в медицинских организациях, обслуживающих сельское население, наблюдается в 2008 и 2011 гг. (на 4,3% и на 1,9% соответственно). Такие колебания динамики явления предположительно можно связать с периодами начала «экономического кризиса», что говорит о наиболее экономически уязвимых врачах первичного звена, работающих в

сельской местности. Согласно линии экспоненциального тренда, интенсивность показателя к снижению выше в медицинских организациях, оказывающих помощь населению городских поселений. За период с 2006 по 2015 гг. коэффициент совместительства в медицинских организациях, обслуживающих население сельских поселений, превышал порог норматива (1,0) только в 2014 году (1,1), среди городских поселений этот показатель был равен 1,1, за исключением 2013 года (1,2), объясняя имеющуюся возможность среди городских ВТУ выполнять объем работы сверх предусмотренной нагрузки.

Для системы охраны здоровья сельского населения Оренбургской области характерна ограниченная доступность медицинской помощи. Сближение уровней медицинской помощи городскому и сельскому населению, по показателям проведенного исследования, является одной из трудноразрешимых проблем регионального здравоохранения.

3.2. Анализ обращаемости в медицинские организации, оказывающие первичную врачебную медико-санитарную помощь

Оценка организации деятельности МО, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, проводится с определения объемов их работы, выполнения плана посещений, динамики числа посещений в целом и по отдельным специальностям за определенный промежуток времени. Объем деятельности (обеспеченность данным видом помощи) характеризуется показателем обеспеченности ПМСП (среднего числа посещений, выполненных на одного жителя за год): число амбулаторных посещений + число врачебных посещений на дому / среднегодовая численность обслуживаемого населения.

На этот показатель, безусловно, влияют: состав населения, структура заболеваемости, доступность МП, уровень специализации поликлиники, организация приема пациентов, объем профилактической работы и другие факторы. Фактическое значение показателя посещений, выполненных на одного жителя за год в отчетный период, сравнивается с показателем государственного задания, который ежегодно утверждается в качестве норматива в территориальной Программе государственных гарантий оказания гражданам РФ бесплатной МП.

Анализ обращаемости населения Оренбургской области в организации ПМСП нами оценена по среднему числу посещений в год на одного жителя территории обслуживания за пятилетний период в динамике в разрезе районов области (Рисунок 5, Таблицы 2, 3,4).

Таблица 2. Среднее число посещений в год на одного жителя в разрезе районных территорий в динамике 2010-2014гг.

Название района	2010	2011	2012	2013	2014	Средний уровень
Абдулинский	7,8	7,7	7,7	7,3	7,6	7,6
Адамовский	7,2	6,7	7,0	7,1	7,0	7,0
Акбулакский	9,7	11,2	11,2	11,0	11,2	10,9
Александровский	8,4	8,5	8,7	8,6	8,8	8,6
Асекеевский	9,3	7,7	7,5	7,4	7,7	7,9
Беляевский	11,8	11,3	8,4	8,7	8,3	9,7
Бугурусланский	7,6	7,4	7,3	7,3	7,5	7,4
Бузулукский	6,5	5,7	5,4	5,3	5,4	5,7
Гайский	9,9	9,2	8,7	8,2	8,0	8,8
Грачевский	8,3	8,5	9,0	9,0	9,1	8,8
Домбаровский	8,0	8,4	9,2	9,0	9,1	8,7
Илекский	8,3	8,1	8,4	8,3	8,5	8,3
Кваркенский	7,9	8,4	7,3	7,0	7,1	7,5
Красногвардейский	9,4	9,1	9,1	9,0	9,2	9,2
Кувандыкский	8,2	8,5	9,8	9,7	9,9	9,2
Курманаевский	8,3	6,8	7,6	7,5	7,6	7,6
Матвеевский	7,7	8,5	9,1	9,2	9,0	8,7
Новоорский	8,9	9,3	8,1	8,0	8,2	8,5
Новосергиевский	7,2	7,1	7,0	7,1	7,1	7,1
Октябрьский	9,1	10,1	10,6	10,1	10,4	10,1
Оренбургский	7,4	7,8	7,3	7,0	7,9	7,5
Первомайский	10,0	8,5	10,0	10,1	10,0	9,7
Переволоцкий	7,4	6,6	6,2	6,0	6,4	6,5
Пономаревский	7,9	7,0	6,9	7,0	6,9	7,1
Сакмарский	8,4	7,1	7,1	7,2	7,0	7,4
Саракташский	9,0	9,1	8,7	8,7	8,9	8,9
Светлинский	8,9	10,1	8,4	8,5	8,2	8,8
Северный	10,1	10,7	10,0	10,0	10,1	10,2
Соль-Илецкий	8,9	9,1	8,7	8,8	8,4	8,8
Сорочинский	9,1	9,3	9,3	9,0	9,3	9,2
Ташлинский	9,5	8,5	8,9	8,7	8,5	8,8
Тоцкий	6,3	6,9	7,5	7,5	7,3	7,1
Тюльганский	8,6	8,2	8,9	8,5	8,7	8,6
Шарлыкский	8,9	9,5	8,9	8,9	8,9	9,0
Ясенский	9,2	9,3	8,3	8,4	8,5	8,7
Итого по районам	8,5	8,4	8,3	8,4	8,2	8,4
Итого по области	10,0	9,7	9,5	9,6	9,4	9,6

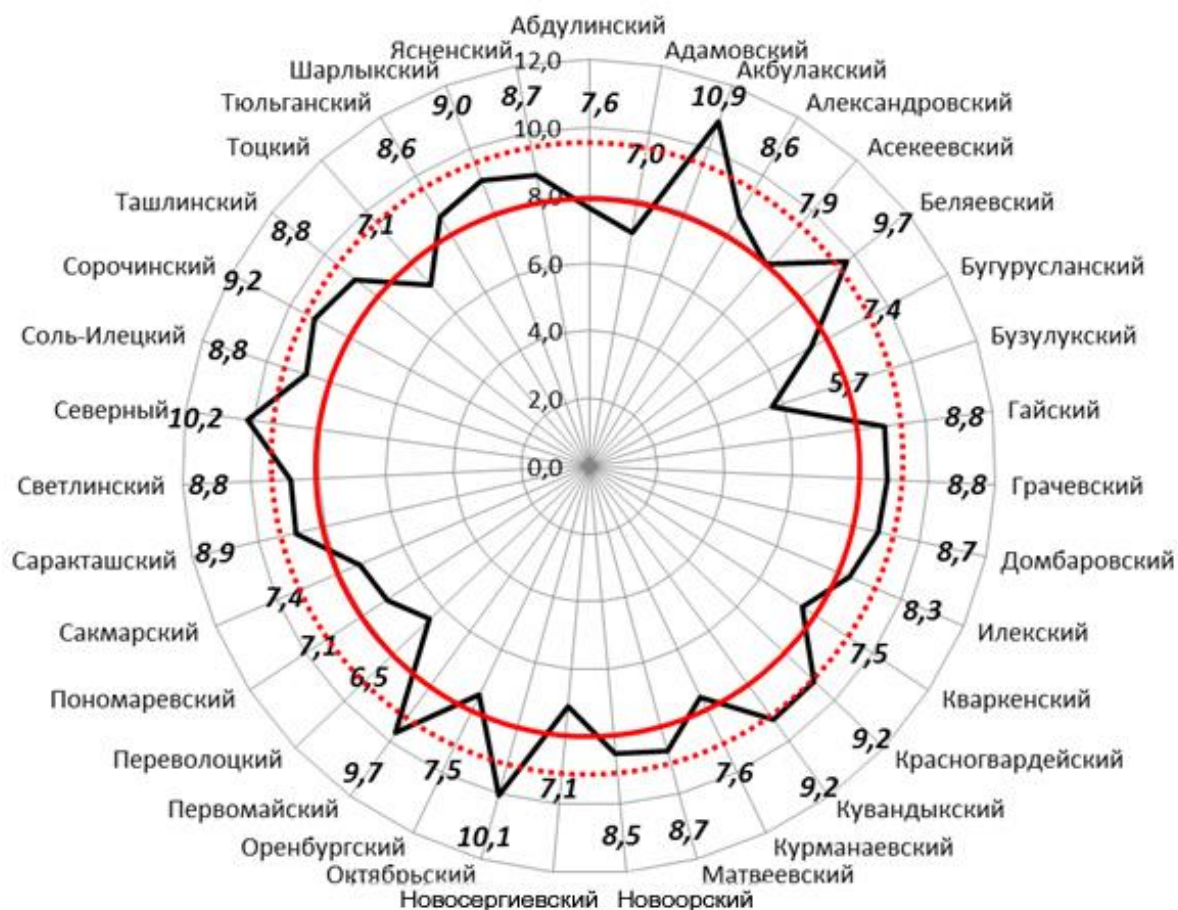


Рисунок 5. Ранжирование районов Оренбургской области по среднему значению числа посещений в год на одного жителя в сравнительном аспекте с районным и областным значениями.

Таблица 3. Среднее число посещений в год на одного жителя в разрезе городских территорий в динамике 2010–2014гг.

Название города	2010	2011	2012	2013	2014
г.Бугуруслан	10,2	10,8	11,4	10,7	10,9
г.Бузулук	9,2	8,7	7,3	9,0	8,9
г.Медногорск	9,8	10,5	10,8	9,9	10,4
г.Новотроицк	9,6	9,2	9,3	9,4	9,4
г.Оренбург	9,5	8,8	8,5	9,2	8,5
г.Орск	7,7	7,2	6,5	6,9	7,2
Итого по городам	9,1	8,6	8,3	9,0	8,7
Итого по области	10,0	9,7	9,5	9,6	9,4

Таблица 4. Структура причин обращений и мощность поликлиник в разрезе территорий по среднему значению показателя за пять лет

Название городов и районов	Число посещений на одного жителя в год			Мощность поликлиник на 10 000 населения
	всего	из них:		
		по поводу заболеваний	профилактические	
г.Бугуруслан	10,8	6,2	2,7	220,7
г.Бузулук	8,4	5,3	2,3	229,9
г.Медногорск	10,3	5,9	2,2	418,6
г.Новотроицк	9,3	5,3	2,1	322,7
г.Оренбург	9,0	4,9	2,2	163,2
г.Орск	7,1	4,8	1,3	246,2
Итого по городам	8,7	5,0	2,0	212,9
Абдулинский	7,7	4,2	2,3	166,4
Адамовский	7	3,8	2,5	286,7
Акбулакский	10,7	4,2	5,4	193,8
Александровский	8,5	3,7	3,7	207,7
Асекеевский	8,2	4,3	2,8	199,5
Беляевский	10,5	5,2	4,1	164,0
Бугурусланский	7,4	4,8	2,0	230,4
Бузулукский	5,9	3,9	1,1	121,1
Гайский	9,3	4,7	3,6	259,4
Грачевский	8,6	4,6	3,5	255,1
Домбаровский	8,6	3,9	3,8	158,9
Илекский	8,3	4,5	2,4	202,7
Кваркенский	7,9	5,5	1,6	206,8
Красногвардейский	9,2	4,1	3,7	173,6
Кувандыкский	8,9	4,8	2,9	198,5
Курманаевский	7,6	3,5	3,4	305,1
Матвеевский	8,4	4,8	2,5	196,8
Новоорский	8,8	5,3	2,0	188,9
Новосергиевский	7,1	4,1	1,9	211,3
Октябрьский	9,9	5,2	2,3	216,2
Оренбургский	7,5	4,0	2,3	212,2
Первомайский	9,5	4,3	3,6	245,4
Перволоцкий	6,7	2,9	2,9	355,5

Продолжение таблицы 4

Пономаревский	7,3	3,7	2,4	112,0
Сакмарский	7,5	3	3,2	155,2
Саракташский	8,9	5,5	1,8	121,1
Светлинский	9,2	3,6	3,8	412,3
Северный	10,2	5,4	3,5	151,9
Соль-Илецкий	8,9	2,9	4,9	170,6
Сорочинский	9,2	4,5	3,4	240,0
Ташлинский	9,0	4,8	2,9	184,7
Тоцкий	6,9	3,9	1,9	121,3
Тюльганский	8,6	4,6	2,7	234,5
Шарлыкский	9,1	4,7	3,5	263
Ясненский	8,9	5,6	2,1	244,3
Итого по районам	8,4	4,3	2,9	206,8
Итого по области	9,7	5,4	2,8	241,6

В составе Оренбургской области 35 административных районов и 12 городов. Приоритетными направлениями региональной системы здравоохранения являются увеличение объемов стационарозамещающей и первичной медико-санитарной помощи. В начале 2016 года в системе здравоохранения Оренбургской области действует 106 подведомственных медицинских организаций, образующих трехуровневую систему. Первый уровень (первичная медико-санитарная помощь) включает 41 учреждение, в том числе больничные подразделения: 9 участковых больниц, 155 врачебных амбулаторий, 950 фельдшерско-акушерских пунктов. В рамках программы «Устойчивое развитие сельских территорий» до 2020 года планируется строительство еще 44 фельдшерско-акушерских пункта.

При изучении среднего числа посещений за 10-летний период в медицинские организации первичного звена Оренбургской области городского и сельского населения был проведен сравнительный анализ с целью выявления особенностей территорий региона по потребности в зоне «первого контакта с населением». Удельный вес посещений врачей первичного звена, обслуживающих население городских и сельских поселений равен 51,4% и 48,6% соответственно, что

характеризует более высокую потребность сельского населения в медицинской помощи. При анализе количества посещений выявлено максимальное обращение населения в медицинские организации областного центра (Рисунок 6).

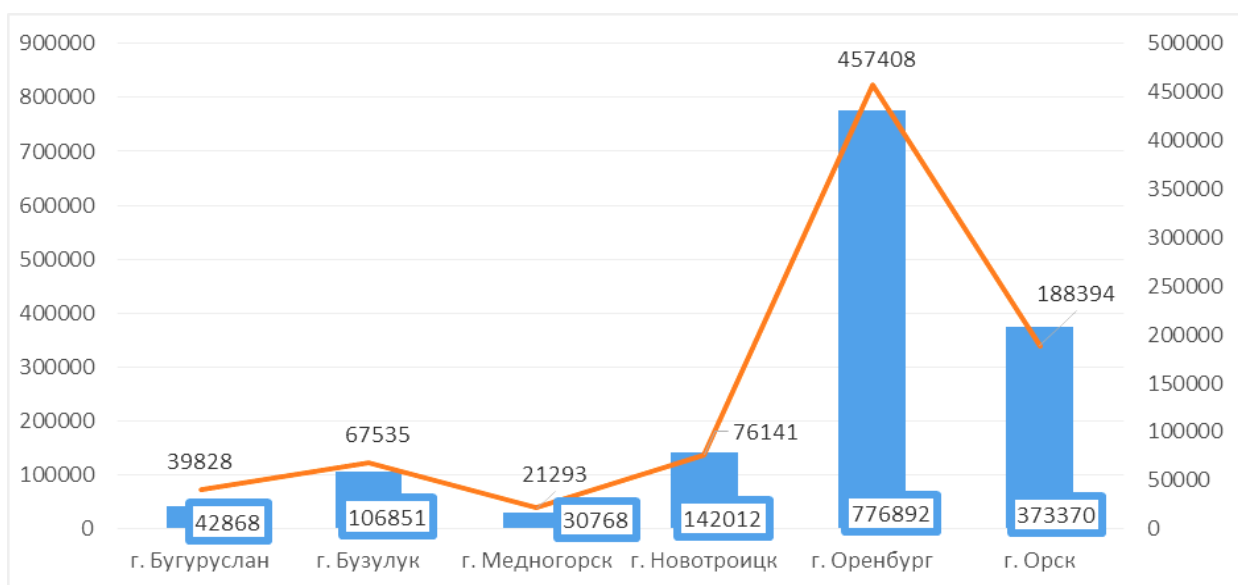


Рисунок 6. Структура посещений медицинских организаций первичного звена среди городов области с учетом численности населения по среднему числу посещений за 2006–2015 гг.

За период исследования количество посещений врачей первичного звена городского населения незначительно уменьшилось – на 296 013 посещений, или на 2,1% от всех посещений, сделанных за этот период. Количество посещений врачей первичного звена сельского населения уменьшилось на 454 923, или на 2,2% от всех посещений за этот период, что в два раза больше в сравнении с количеством посещений, среди городского населения. Обеспеченность населения первичной медико-санитарной помощью характеризует показатель среднего числа посещений на одного жителя. Доля посещений врачей первичного звена среди населения городских поселений составила 30,4%, или 2,07% на одного городского жителя, среди населения сельских поселений – 44,3%, или 2,3 на одного сельского жителя. Данные факты свидетельствуют о меньшей доступности специализированной медицинской помощи населению сельских поселений в сравнении с людьми, живущими в условиях города. При этом, в связи с особенностями расселения жителей области (удаленность от медицинских организаций, где может быть

оказана квалифицированная врачебная помощь, может превышать 50 км), обслуживание некоторой части сельского населения компенсируется посещениями среднего медицинского персонала в фельдшерско-акушерских и фельдшерских пунктах.

Различная степень потребности и доступности в первичной медико-санитарной помощи сельскому населению нами оценивалась в сравнительном аспекте по районам области (Рисунок 7).

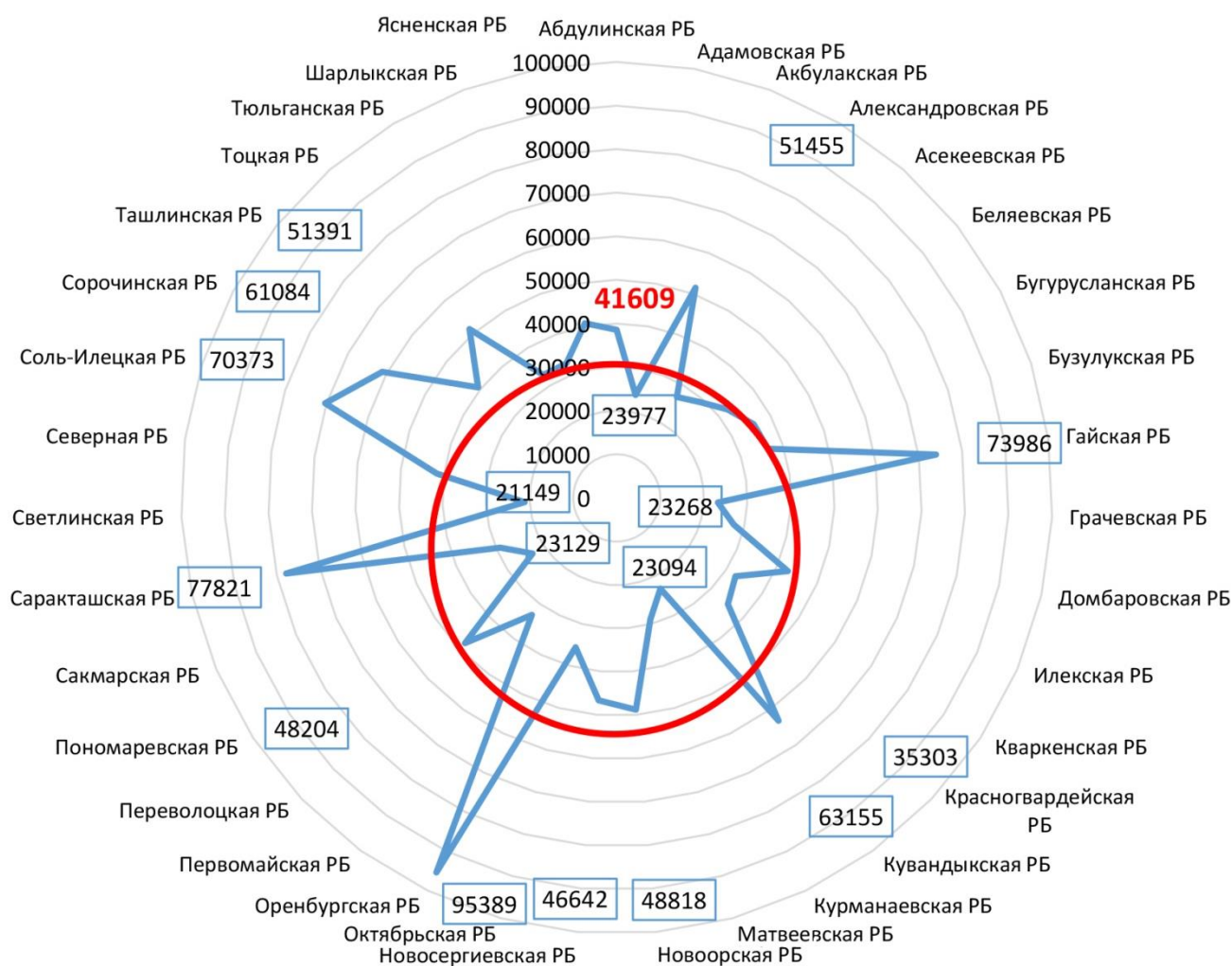


Рисунок 7. Структура посещений населения районов области без учета городов по средней величине за 2006–2015 гг. в сравнении со средним числом посещений по районам области

В районе, максимально приближенном к областному центру, количество посещений более чем в два раза превышает среднее значение (95385 посещений в среднем за 10-летний период). В группу районов, вышедших за пределы среднего

значения по количеству посещений медицинских организаций и нами рассматриваемых как наиболее нуждающиеся в более глубоком изучении факторной организации медицинской помощи, вошли: Александровская районная больница (РБ), Гайская РБ, Красногвардейская РБ, Кувандыкская РБ, Новоорская РБ, Новосергеевская РБ, Пономаревская РБ, Саракташская РБ, Соль-Илецкая РБ, Сорочинская РБ, Ташлинская РБ. Минимальное число посещений за изучаемый период (в два раза меньше среднего числа посещений) – у пяти районных больниц: Акбулакской, Грачевской, Матвеевской, Сакмарской и Светлинской. Четырехкратная разница количества посещений в медицинские организации максимального и минимального среднего числа посещений свидетельствует о различной потребности в объемах внебольничной медицинской помощи, в особенности для населения сельских поселений, где присутствуют причинно-следственные условия места проживания (организационно-правовые, медико-социальные, климатические, транспортные, материальные и другие). Так, по численности населения, проживающего на территории района, вся территория нами выделена в группы обслуживания. В первую группу входит только Оренбургский район в связи с максимальным числом жителей (76 447 человек), проживающих на его территории. Во вторую группу обслуживания попадают территории с численностью жителей от 30 тысяч человек, четыре района области: Бузулукский (30 968), Тоцкий (32 109), Новосергиевский (35 956), Саракташский (40 137). Третья группа обслуживания составляет 34% районов области и 36,5% всех жителей области. Численность территории каждого района в этой группе составляет более 20 тысяч человек взрослого и детского населения: Октябрьский (20 027), Асекеевский (20 292), Красногвардейский (20 618), Соль-Илецкий (24 881), Илекский (24 917), Ташлинский (25 131), Акбулакский (25 399), Первомайский (25 468), Адамовский (25 677), Переволоцкий (28 026), Новоорский (28 994), Сакмарский (29 129). Четвертая группа характерна для районов с численностью более 15 тысяч человек: Пономаревский (15 114), Александровский (15 377), Домбаровский (15 719), Беляевский (16 775), Курманаевский (17 417), Шарлыкский (17 742), Кваркенский (18 015), Кувандыкский (18 927),

Бугурусланский (19 292), Тюльганский (19 385). Самая малочисленная пятая группа представлена восемью районами, численность жителей которых менее 15 тысяч человек: Абдулинский (9659), Гайский (10 047), Матвеевский (11 867), Ясенский (13 014), Грачевский (13 208), Светлинский (13 558), Сорочинский (13 874), Северный (14 514). Деление на группы предполагает не только расселение по территории, но и определенное теоретическое расчетное число врачей-терапевтов участковых (Таблица 5).

Таблица 5. Характеристика групп обслуживания населения в условиях оказания ПМСП.

Группа	Численность населения	Число УВ на единицу территории	Количество территорий
Первая	76 447	55	1
Вторая	139 170	22-28 (5)	4(+3)
Третья	298 559	13-21(8)	12(+8)
Четвертая	173 763	10-12 (2)	10(-2)
Пятая	85 867	6-9 (3)	8(-2)

Объемы первичной медико-санитарной помощи городских поселений отличаются в первую очередь возможностями и степенью конкурентоспособности на территории по различным экономическим показателям. Во-вторых, коэффициентом повышенного медицинского и социального риска территории (доли лиц старых и одиноких, инвалидов, лиц, имеющих тяжелые хронические заболевания и др.). В-третьих, уровнем рождаемости на территории. Основываясь на проведенном исследовании, а также учитывая результаты исследований Перепелкиной Н.Ю., Колесникова Б.Л., Лебедевой И.В. и других за многолетний период, нами предлагается рассмотреть возможность использования интегрально-аналитического оценочного коэффициента перспективности (Спр) развития МО первичного звена территории, который должен отражать стабильность процессов здравоохранения, степень устойчивости показателей здоровья к экономическим факторам территории, а также степень оправданности инвестирования в трудовые и материальные ресурсы отрасли.

Таким образом, сложившиеся различия объема и структуры потребности ПМСП между населением городских и сельских поселений области свидетельствуют о различной степени потребности в этой помощи и ее доступности, требуют детальной проработки условий проживания и последующего факторного медико-экономического обоснования с целью оптимизации реального количества посещений для повышения медицинской и социальной эффективности медицинских организаций.

ГЛАВА 4. Медико-социальная и организационная характеристика профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых

4.1. Медико-социальная характеристика врачей-терапевтов участковых

Доля врачей-терапевтов участковых, принявших участие в анкетировании, составила 93,2%, подавляющее большинство которых женщины – 98,5%. Анализ возрастного состава представлен на рисунке 8. Общий средний возраст женщин – $46,3 \pm 2,1$ лет, мужчин – $54,7 \pm 2,3$ лет. В исследовании участвовало примерно одинаковое количество врачей по обслуживанию городского и сельского населения. Для удобства анализа возрастно-полового состава нами обозначено места работы участковых врачей как «города области» и «районы области».

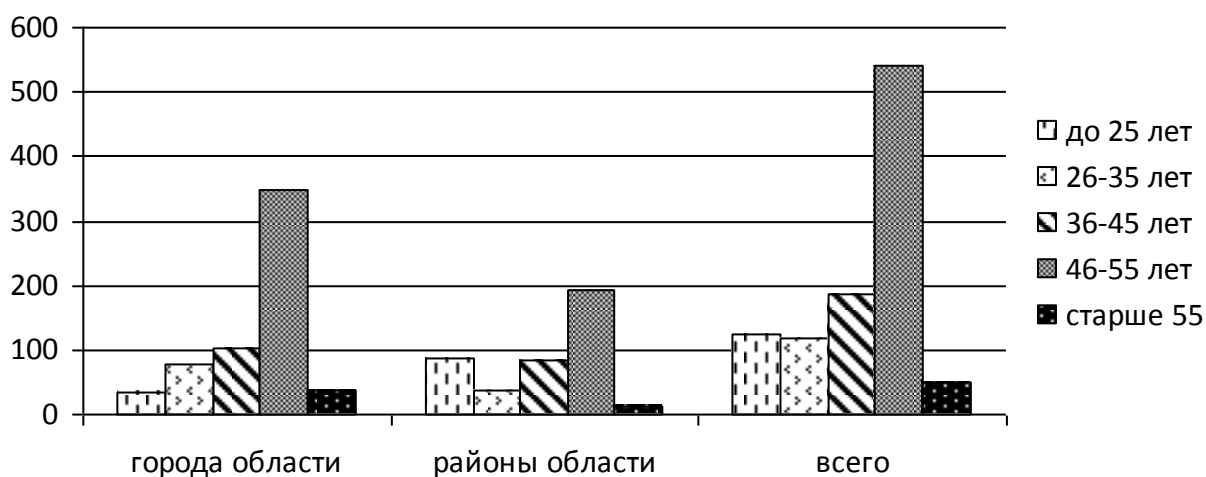


Рисунок 8. Анализ возрастного состава врачей-терапевтов участковых Оренбургской области в зависимости от их места работы

Выявлено, что возрастная группа «До 25 лет» преобладает в районах области, объясняя реализацию Государственной программы «Земский доктор» на территории региона, а также оправдывая целевое направление при поступлении в медицинский вуз. Однако нельзя считать выявленную закономерность

стабильной по привлечению молодых специалистов в сельские поселения в связи с высокой долей врачей в возрастной группе «46–55 лет».

Согласно результатам анкетирования, большинство участковых терапевтов работают в городских поликлиниках (54,8%) (Таблица 6), что соответствует структуре городских поликлиник и их штатному расписанию, где участковый принцип является основным принципом оказания МП прикрепленному населению территории.

Таблица 6. Распределение врачей-терапевтов участковых по организационной форме оказания МП населению

Организационная структура, в которой работают врачи-терапевты участковые	Число ВТУ	
	абс.	%
Амбулатория	38	3,7
Участковая больница	116	11,4
Амбулаторно-поликлинической отделение РБ	220	21,7
Поликлиника	557	54,8
Другое	83	8,4
Итого	1014	100,0

Подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (89,7%) окончили Оренбургский медицинский вуз, причем выявлено, что давность диплома другого медицинского вуза превышает более 15 лет. Среди всех врачей-терапевтов участковых, принявших участие в анкетировании, всего у 2,1% имеется второе высшее образование.

При анализе уровня опыта и профессионализма на участке обращает внимание на себя тот факт, что только 33,4% участковых терапевтов имеют стаж 10 и более лет, характеризуя негативные тенденции кадрового потенциала в участковой службе территории, отмечается отсутствие привязанности врачей-терапевтов участковых к одному месту. Для детализации комплексной оценки социально-гигиенической характеристики врачей-терапевтов участковых нами проводилось анкетирование врачей стационаров и других врачей-специалистов, ведущих первичный прием. Что позволило представить в сравнительном аспекте уровень профессионализма среди групп врачей, принявших участие в анкетировании, посредством стажа работы на одном месте (Рисунок 8.). Средний

стаж работы на одном месте среди врачей-терапевтов участковых (16,3 года), обслуживающих население в сельской местности на 8 лет выше, чем у врачей, обслуживающих городское население (8,3 года).

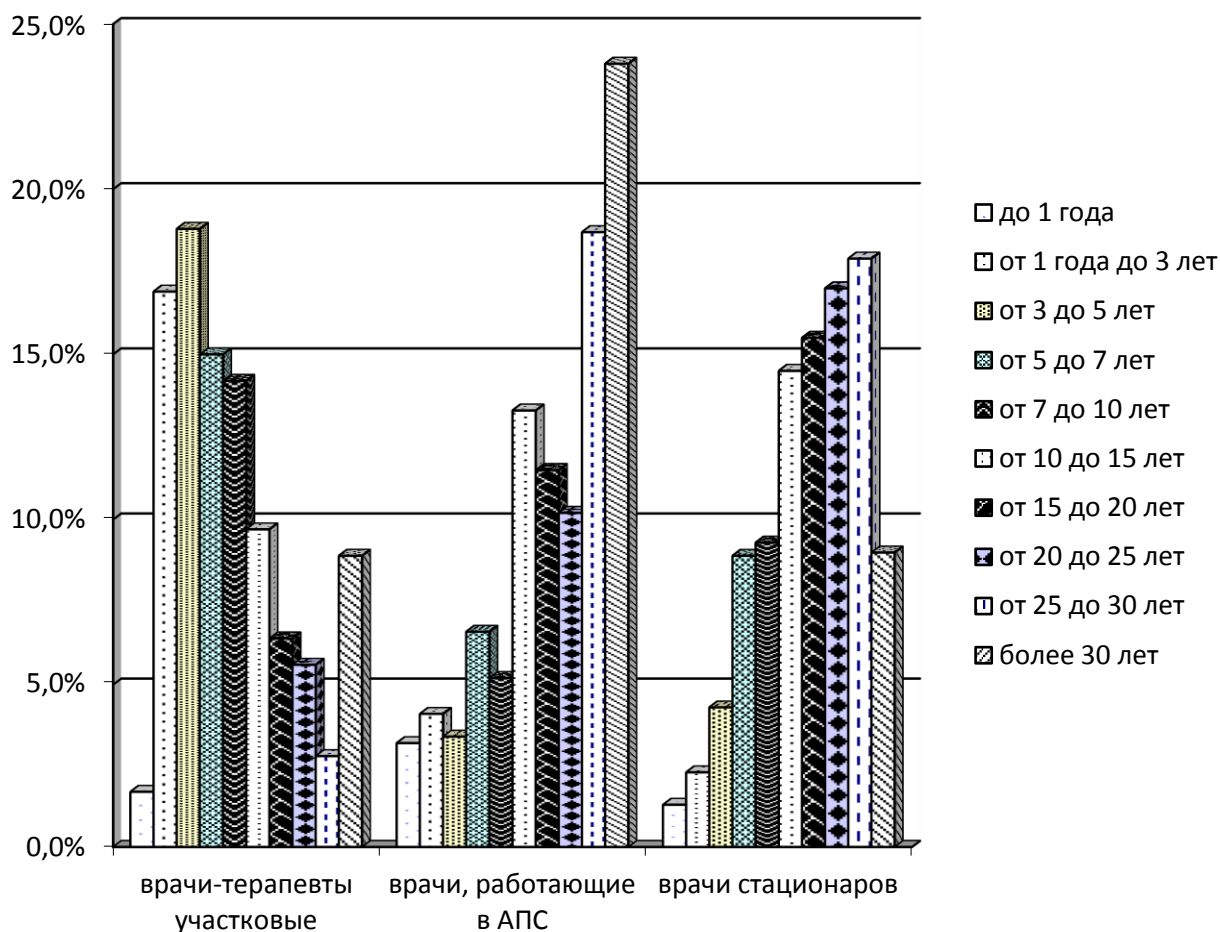


Рисунок 8. Распределение врачей-терапевтов участковых, врачей, работающих в МО первичного звена, и врачей стационаров в зависимости от стажа работы на одном месте.

Наличие квалификационной категории, наград и благодарностей среди врачей оцениваемых групп также учитывалась в оценке уровня профессионализма (Рисунки 9,10). Следует отметить, что в вопросе поощрения со стороны руководства, а также уровня квалификации врачей существенной разницы в сравнительном распределении тенденций среди групп респондентов выявлено не было. Врачи-терапевты участковые со стажем более 15 лет в 88,4% случаев имеют награды и благодарности со стороны руководства различных уровней. Среди них

60,2% врачей в своем портфолио имеют более одного поощрения. Логична связь стажа работы и наличия наград и благодарностей, хотя не всегда количество проработанных лет отражает качественную составляющую профессиональной деятельности.

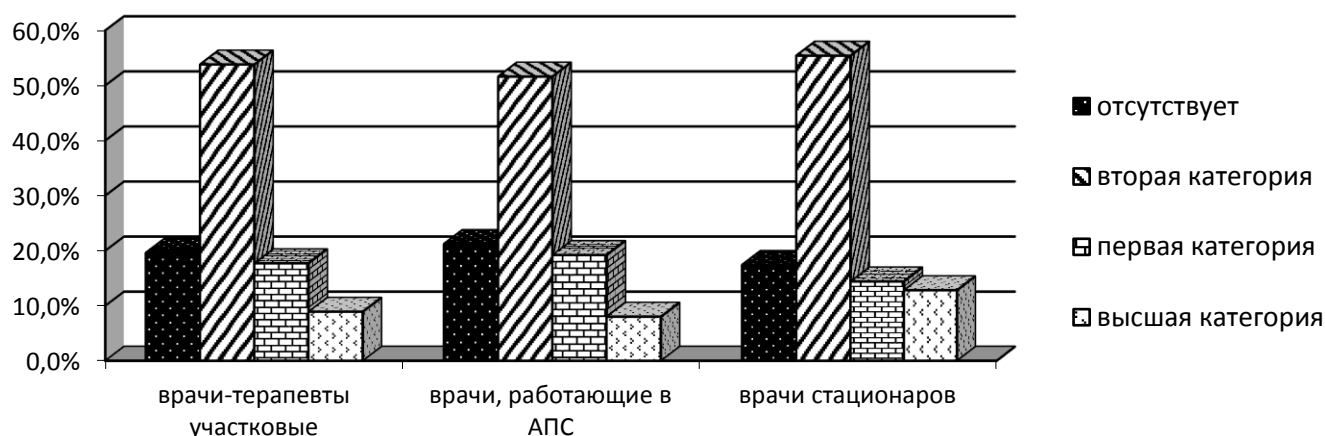


Рисунок 9. Распределение врачей-терапевтов участковых, врачей, работающих в МО первичного звена, и врачей стационаров по квалификационным категориям.

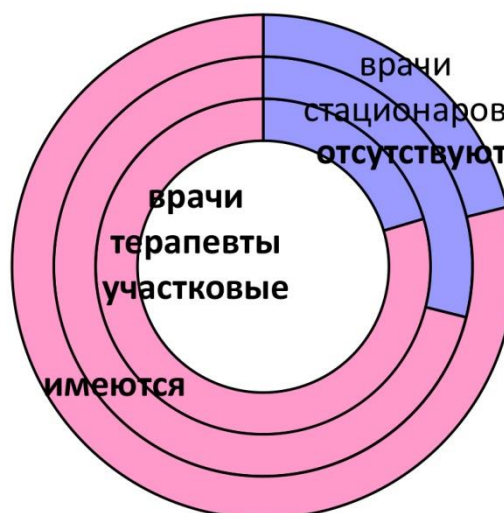


Рисунок 10. Распределение врачей-терапевтов участковых, врачей, работающих в МО первичного звена и врачей стационаров по наличию наград, благодарностей и других стимулирующих мероприятий.

Возможно, в ряде случаев именно отсутствие должного внимания к молодым специалистам рассеивает заложенный потенциал профессионализма, обуславливая лишь количественную составляющую выполняемого объема работы,

тем самым стимулируя у большинства неопытных врачей потерю интереса к своему труду. Безусловно, немаловажную роль в этом играет и воспитательный процесс специалиста, и биологические способности индивидуума, и личная жизнь человека, начавшего самостоятельно использовать недавно полученную профессию для зарабатывания финансовых средств. Вместе с тем это вырабатывает психоэмоциональную устойчивость молодого врача к стресс-провоцирующим факторам профессиональной деятельности.

Для достижения максимальной эффективности в профессиональной деятельности, по нашему мнению, немаловажную роль, а, возможно, одну из главных, играет самооценка причины выбора профессии. Так как именно этот аргумент определяет удовлетворенность трудовым процессом в будущем (формирует степень разочарования выбором профессии), а также качество выполняемой работы (степень ограниченности выбора места работы и занимаемой должности). Эти коэффициенты отрицательно влияют в целом на представление о деятельности врача-терапевта участкового как у населения, так и у врачей, только что получивших дипломы (Рисунок 11.). Обучение в вузе позволяет познакомиться с организацией деятельности врача-терапевта участкового на старших курсах, на этапе, когда завершены учебные циклы, в рамках которых затронута организация деятельности всех врачебных специальностей. И ни в одном из них не затронуты аспекты взаимодействия какого-либо специалиста с врачом-терапевтом участковым. Такой подход, по нашему мнению, и обуславливает второстепенное значение участкового врача в общественном здоровье населения, а ведь именно он является зоной первого контакта населения с системой здравоохранения. От деятельности врача-терапевта участкового зависит уровень грамотности и культуры здоровья населения, воспитание и формирование ЗОЖ.

Следует отметить, что негативное отношение населения к деятельности врача-терапевта участкового, а также непризнанное отношение коллег других врачебных специальностей, безусловно, является стрессогенным компонентом практикующего врача-терапевта участкового, проявляющимся в виде только механического выполнения объема работы, без инициативного подхода к своей

профессиональной деятельности. Все это приводит к потере ответственности участкового врача-терапевта за здоровье каждого жителя территории обслуживания – главного содержания принципа территориального деления населения, исключая тем самым социальный аспект своей деятельности.

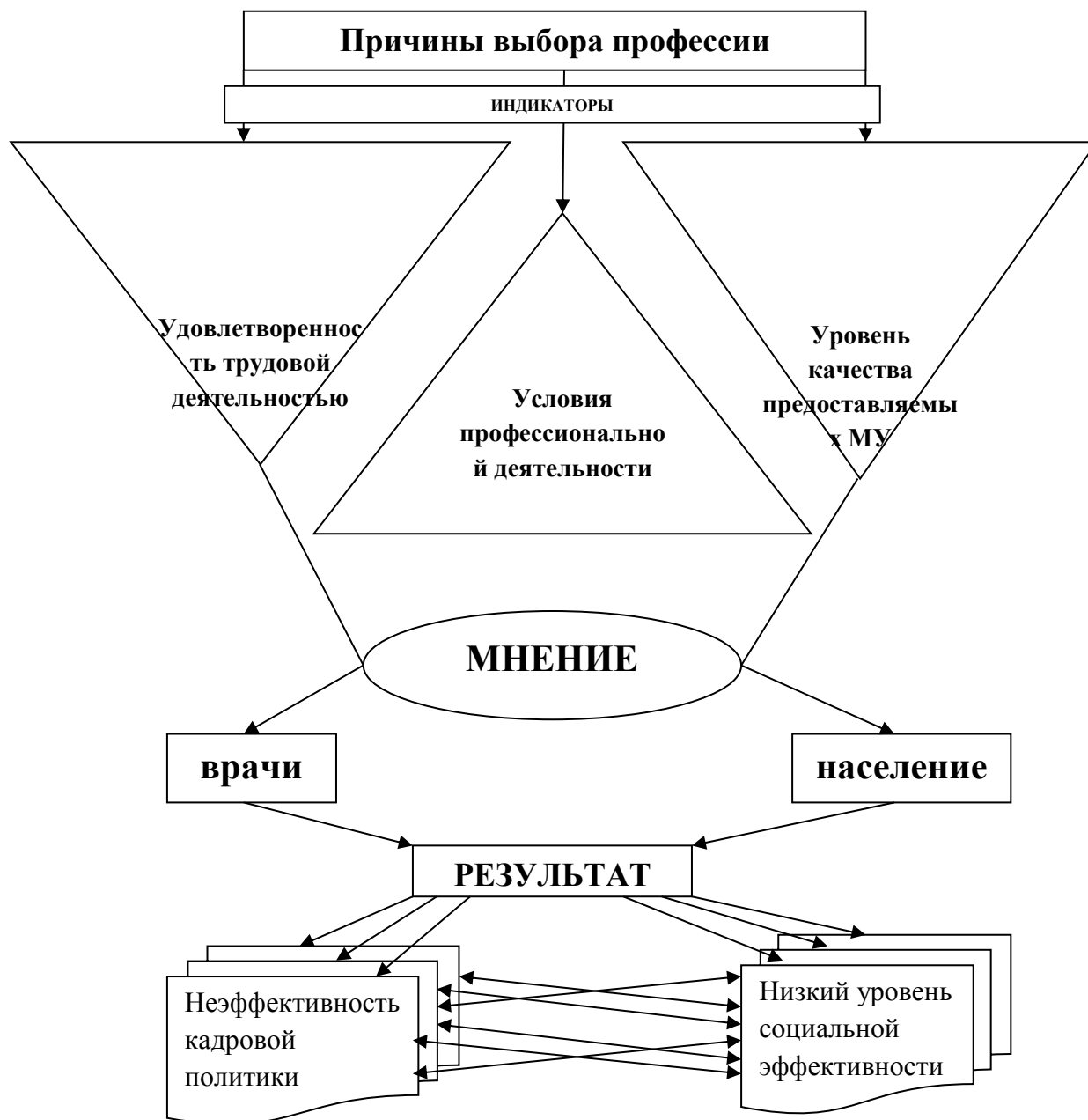


Рисунок 11. Формирование социальной эффективности деятельности врача-терапевта участкового

Для выявления степени «самовыбора профессии врач-терапевт участковый» респондентам задавался вопрос о причине выбора профессии. К сожалению, более

половины врачей-терапевтов участковых (54,2%) выбрали ответ «не было другого выбора». Всего лишь 11,4% респондентов «видят себя только в этой должности». Каждый третий работающий врач-терапевт участковый (34,4%) выбрал «другой ответ», причем 87,1% из них дописывали свою причину выбора профессии (Рисунок 12.).

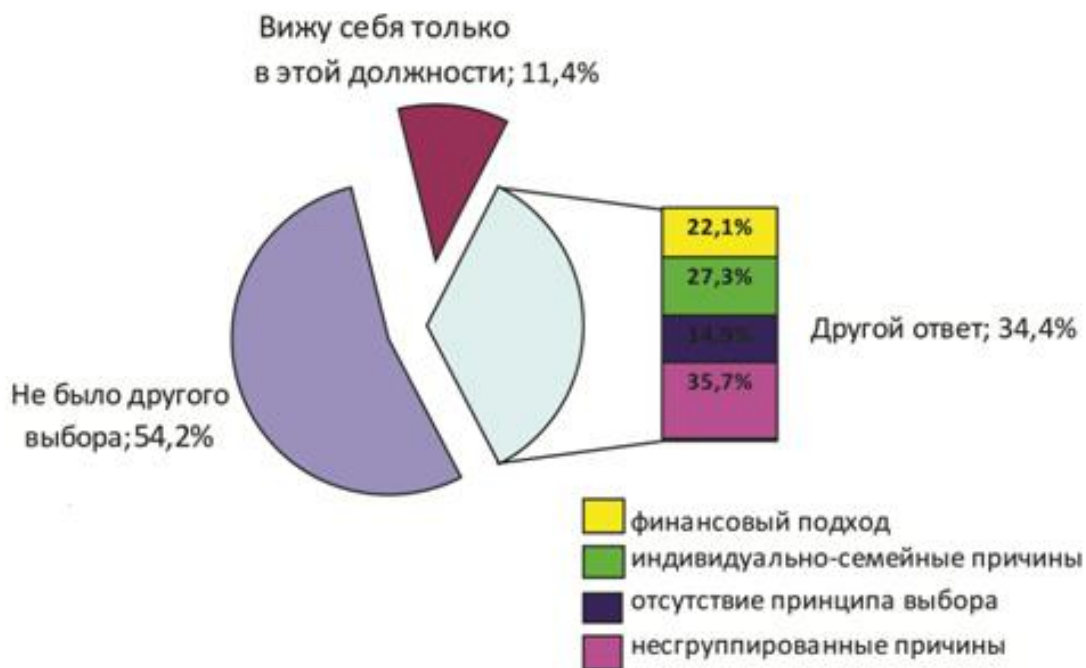
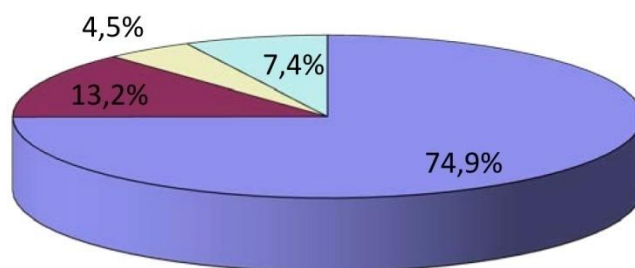


Рисунок 12. Причины выбора профессии врач-терапевт участковый (%).

Основным источником дохода для врачей-терапевтов участковых является заработная плата (94,5%). Каждый седьмой врач, по результатам анкетирования, вынужден подрабатывать. Более 13,5% УВ получают различные социальные выплаты, в том числе пенсии по возрасту (7,2%) или инвалидности (4,1%), то есть врачи представляют категорию, уязвимую в медико-социальном отношении.

При анализе уровня дохода УВ обращает на себя внимание тот факт, что в целом 70,2% УВ имеют доход менее 10 тысяч рублей в расчете на одного члена семьи. При этом величина прожиточного минимума в Оренбургской области в момент исследования (в 2014 году) составляла в среднем на душу населения 9 400 рублей, для трудоспособного населения – 22 000 рублей, а стоимость потребительской корзины – 6 000 рублей в среднем на человека.

Большинство врачей-терапевтов участковых (74,9%) состоят в браке (Рисунок 13.).



■ замужем (женат) ■ не замужем (холост) □ разведен(а) □ вдовец(а)

Рисунок 13. Распределение врачей-терапевтов участковых с учетом их семейного положения (%).

Подавляющее большинство врачей-терапевтов участковых (78,2%) имеет детей, в основном двоих (55,2%), реже – одного (40,2%), бездетные среди 12,3% респондентов, а у 4,1% имеется трое и более детей ($p < 0,05$). В 19,3% случаев врачи-терапевты участковые проживают на одной площади с родителями или взрослыми детьми. Причем определяется статистически значимая корреляционная связь условий проживания и возраста ($r = 0,72$).

Изучение особенностей жилищных условий участковых врачей показало, что в 48,5% случаев они проживают в благоустроенной отдельной квартире, в 27,2% случаев – имеют частный дом со всеми удобствами (Таблица 7.). При этом полностью удовлетворены своими жилищными условиями только 13,8% участковых врачей.

Таблица 7. Распределение ВТУ с учетом особенностей жилищных условий (%)

Жилищные условия	ВТУ	УП	УВ
	%	%	%
Благоустроенная отдельная квартира	45,1	51,9	48,5
Частный дом со всеми удобствами	29,9	24,5	27,2
Частный дом с частичными удобствами	13,3	7,5	10,4

Продолжение таблицы 7

Частный дом без удобств	4,0	6,4	5,2
Коммунальная квартира	0,2	2,6	1,4
Общежитие	3,6	5,2	4,4
Другое	3,9	1,9	2,9
Итого	100,0	100,0	100,0

Вместе с тем изменить свои жилищные условия хотели бы 88,6% врачей-терапевтов участковых. Средняя оценка их удовлетворенности жилищными условиями – $3,5 \pm 0,5$ балла и $3,8 \pm 0,7$ балла соответственно.

В сравнении с другими группами респондентов в анализе субъективной оценки питания выявлены некоторые особенности. Так, врачи-терапевты участковые и врачи-педиатры участковые дают более низкую оценку своего питания по сравнению с врачами различных специальностей (Таблица 8.). Вместе с тем среди участковых врачей в два раза больше лиц, затруднившихся дать оценку своему питанию.

Таблица 8. Сравнительная субъективная оценка режима и качества питания врачей различных специальностей (%)

Оценка режима и качества питания	ВТУ	УП	УВ	Врачи различных специальностей
Удовлетворена	20,2	19,4	19,8	41,9
Не удовлетворена	44,7	41,9	43,3	40,9
Затрудняюсь с ответом	35,1	38,7	36,9	17,2
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

Среди неудовлетворительных сторон питания врачи отмечают отсутствие разнообразия и в 33,9% случаев – недостаток в пищевом рационе овощей, фруктов, соков, в 25,1% случаев – недостаток мясных, рыбных продуктов, птицы, а также в 15,2% случаев недостаточное употребление молочных продуктов. Следует отметить, что такое распределение примерно одинаково среди врачей других специальностей, участвовавших в исследовании. По абсолютному мнению врачей, принявших участие в исследовании, в их рационе достаточное количество потребления продуктов, богатых углеводами, – крупы, макаронные изделия, картофель и др. Следует отметить, что вариант «другое» рассматривался в случае

выбора более двух неудовлетворительных сторон питания. Обращает внимание достаточно высокий процент этого варианта ответа во всех исследуемых группах.

Оценивая физическую активность УВ, установлено, что абсолютное большинство врачей (97,6%), обслуживающих население по участково-территориальному принципу, считают, что они в достаточной степени находятся в движении в рабочее время. Рекреационная деятельность является немаловажным компонентом в образе жизни человека, в том числе физического функционирования, способствует стабилизации адаптационных свойств организма и улучшает работоспособность, связанную с профессиональной деятельностью.

По результатам исследования выявлено, что в свободное от работы время основная часть УВ (66,9%) выполняет работу по дому, обеспечивая хозяйственно-бытовую деятельность; 23,8% опрошенных врачей работают на приусадебном участке; 15,3% – осуществляют прогулки на свежем воздухе (Таблица 9).

Таблица 9. Распределение врачей с учетом рекреационной деятельности (%)

Виды рекреационной деятельности	ВТУ	УП	УВ	Врачи различных специальностей
Выполняю работу на дому, обеспечивая хозяйственно-бытовую деятельность	62,8	71,0	66,9	59,1
Работаю на приусадебном участке	11,3	36,3	23,8	15,8
Осуществляю прогулки на свежем воздухе	14,9	15,7	15,3	5,8
Занимаюсь спортом	2,6	8,4	5,5	11,8
Ежедневно выполняю физические упражнения	4,1	14,3	9,2	14,3
Другое	10,6	5,4	8,0	5,2

Полученные данные свидетельствуют, что практически все УВ после окончания рабочего дня занимаются активными видами деятельности с достаточно высокой физической нагрузкой. Практически не выявлено лиц (менее 3%), относящих себя к группе физически малоактивных. В сравнении с другими врачебными специальностями этот показатель значительно выше (22,1% и 17,1% соответственно). Ежедневно выполняют физические упражнения 9,2% УВ, выполняют 2-3 раза в неделю физические упражнения 18,2% врачей, принявших

участие в исследовании; 11,5% выполняют физические упражнения один раз в неделю.

Позитивное отношение к своему качеству жизни является одной из составляющих характеристик ЗОЖ. Результаты проведенного исследования утверждают (Таблица 10), что среди всех врачей-респондентов оценивают свое качество жизни как вполне удовлетворительное УП (44,7%), менее оптимистичны – врачи стационаров (43,1%), у ВТУ – еще меньше (32,1%), у врачей узких специалистов поликлиник – 21,7%.

Таблица 10. Распределение врачей по их субъективным оценкам удовлетворенности качеством своей жизни (%)

Субъективные оценки качества жизни	Все врачи	ВТУ	УП	Узкие специалисты поликлиники	Врачи стационара
Вполне удовлетворен(а)	35,4	32,1	44,7	21,7	43,1
Недостаточно удовлетворен(а)	56,1	55,7	51,0	70,2	47,3
Совсем не удовлетворен(а)	8,5	12,2	4,3	8,1	9,6
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

К группе недостаточно удовлетворенных (55,7 %) или совсем неудовлетворенных (12,2%) качеством своей настоящей жизни отнесена большая часть ВТУ по сравнению с другими группами врачей-респондентов. Их можно отнести к так называемой группе риска, поскольку такие ответы респондентов могут свидетельствовать о серьезных жизненных трудностях, в том числе и депрессивных состояниях, формировании стойких психических нарушений организма.

Критерием оценки социальной активности участковых врачей является выбор жизненных приоритетов, на которые врачи самоориентированы в своей профессиональной деятельности (Рисунок 14). При оценке результатов выявлено, что на первом месте среди участковых врачей, как среди врачей-терапевтов участковых, так и среди врачей-педиатров участковых, находятся «семья и дети»

(94,7% и 85,1% соответственно) и «материальное благополучие» (77,3% и 82,5% соответственно). Почти в два раза меньше врачи первичного звена указывали в вариантах ответов позицию «помощь людям» (18,0%). «Работу» и «общение» указывал примерно каждый пятый участковый врач (16,6% и 20,4% соответственно).

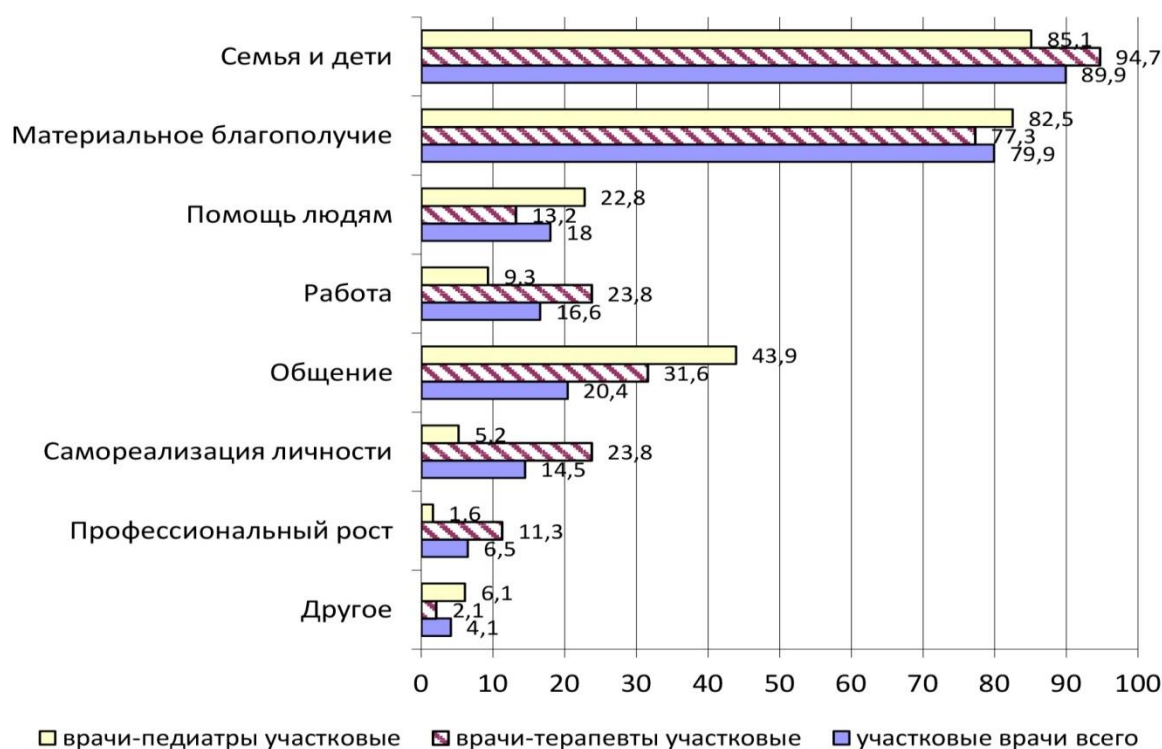


Рисунок 14. Структура врачей участковой службы по выбору жизненных приоритетов (в %)

Значительная часть участковых врачей в связи с наличием (у 87,8%) хронических форм заболеваний соблюдают диету (25,7%), отказались от вредных привычек (30,3%), используют дорогие лекарственные препараты (9,2%), посещают занятия по лечебной физкультуре (3,4%), отдыхают в санаторно-курортных заведениях (8,2%), посещают физиотерапевтические кабинеты (2,7%) (Таблица 11).

Оценивая частоту и регулярность посещения в медицинские организации с лечебно-диагностической, консультативной и профилактической целью, нами выделены особенности уровня медико-социальной активности врачей-терапевтов участковых. Проведенное исследование свидетельствует о том, что за 2013 календарный год респонденты не обращались в медицинские организации

в 33,2% случаев по поводу заболеваний; с консультативной целью – в 77,5%; (Таблица 12).

Таблица 11. Распределение врачей участковых по выполнению мероприятий в связи с наличием у них хронических заболеваний (%)

Выполнение мероприятий	ВТУ		УП		УВ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Соблюдают диету	66	21,2	70	32	136	25,7
Отказались от вредных привычек	78	25,1	83	37,9	161	30,3
Используют дорогие лекарственные препараты	31	10	18	8,2	49	9,2
Посещают занятия по лечебной физкультуре	11	3,5	7	3,2	18	3,4
Отдыхают в санаторно-курортных заведениях	35	11,3	8	3,7	43	8,2
Посещают физиотерапевтические кабинеты	9	2,9	5	2,3	14	2,7
Другое	81	26	28	12,8	109	20,5
Итого	311	100,0	219	100,0	530	100,0

Таблица 12. Удельный вес ВТУ, обратившихся в течение 2013 года в медицинские организации в зависимости от причин (%)

Повод обращения в МО	Число обращений				
	не обращался	однократно	2-3 раза в год	более 3-х раз в год	всего
По поводу заболевания	33,2	29,6	22,7	14,5	100,0
Профилактический осмотр и консультация	77,5	13,8	4,5	4,2	100,0
Лечение в стационаре	88,3	9,5	2,2	0	100,0
Вызов скорой помощи	92,1	7,3	0,6	0	100,0

4.2. Организационная характеристика условий профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых

Проведенное гигиеническое и медико-социальное исследование свидетельствует, что большинство опрошенных УВ имеют длительный стаж работы. Каждый третий УВ работает более пяти лет (Таблица 13). Что характерно для врачей стационара, но нехарактерно для узких специалистов поликлиники.

Таблица 13. Распределение врачей по их субъективным оценкам удовлетворенности качеством своей жизни (%)

Профессиональный стаж (лет)	ВТУ	УП	Узкие специалисты поликлиники	Врачи стационара
Более 5	67,9	71,2	48,3	72,7
3-5	12,3	13,0	17,9	23,1
1-2	10,6	8,7	12,7	3,1
Менее года	9,2	7,1	21,1	1,1
Итого	100,0	100,0	100,0	100,0

По степени удаленности участка обслуживания ВТУ от МО на территории Оренбургской области имеются явные неравномерные, даже среди МО, обслуживающих городские поселения. Преобладают участки с удаленностью от 2-х до 5 км в городских поселениях (45,8 %), от 5 до 10 км – в сельских поселениях (69,4%) (Таблица 14). В 71,4% случаев представлены в основном частным сектором (в 55% – только частным сектором; в 16,4% – преобладает частный сектор (в них проживает 80 и более % жителей участка) (Таблица 15), что подтверждает невозможность рационального планирования оказания первичной помощи территории региона, создавая неравные условия деятельности ВТУ. Кроме этого, в 10,1% случаях на терапевтических участках имеются общежития.

Работа ВТУ на участке невозможна без предоставления возможностей того, каким образом ВТУ добираться до участка. Среди всех ВТУ, принявших участие в анкетировании, до места работы добираются пешком 41,6% респондентов.

Используют общественный транспорт 22,1% ВТУ. Служебным транспортом, предусмотренном организацией по месту работы, пользуются 34,3% врачей. Остальные два процента ВТУ используют личный транспорт (Рисунок 15).

Таблица 14. Распределение врачебных участков в зависимости от степени удаленности от МО в городских и сельских поселениях (%)

Удаленность участка (км)	Число ТУ городских поселений		Число ТУ сельских поселений	
	абс.	%	абс.	%
0,5 до 1 км	44	9,8	44	7,7
От 1 до 2 км	151	33,8	48	8,5
От 2 до 5 км	204	45,8	17	3
От 5 до 10 км	47	10,6	394	69,5
От 10 км и выше	0	0	64	11,3
Итого	446	100,0	568	100,0

Таблица 15. Характеристика врачебных участков в зависимости от типа расселения (%)

Тип расселения	Число ТУ городских поселений		Число ТУ сельских поселений		Число ВУ	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Только многоквартирные дома	42	9,4	0	0	42	9,4
Только частный сектор	81	18,2	477	84	558	55
Примерно одинаковое соотношение многоквартирных домов и частного сектора	137	30,7	4	0,7	141	13,9
Преобладают многоквартирные дома (80 и более % жителей участка)	105	23,5	2	0,4	107	10,6
Преобладает частный сектор (80 и более % жителей участка)	81	18,2	85	15	166	16,4
Итого	446	100,0	568	100,0	1014	100,0

Все ВТУ отметили, что в случае использования общественного транспорта они испытывают дискомфорт (теснота, поездки стоя, духота и пр.): выбрали ответ «часто» 48,8% опрошенных; «иногда» – 51,2% респондентов.

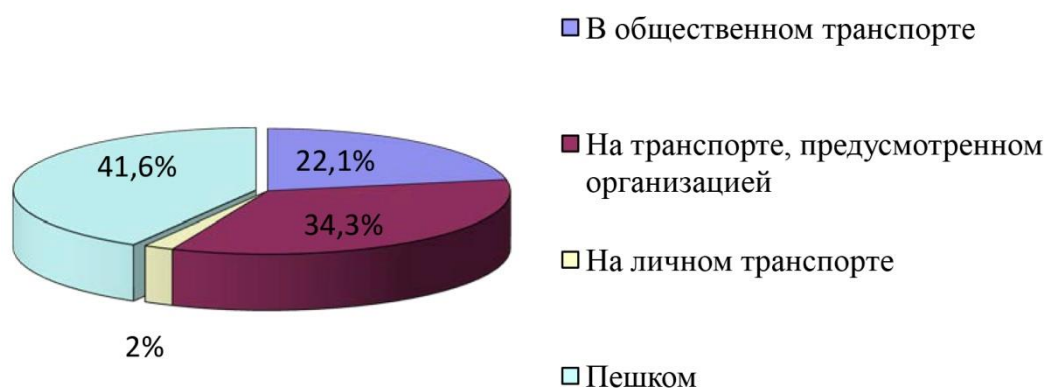


Рисунок 15. Распределение ВТУ по использованию средств, помогающих прибыть к месту работы (%).

Оценки задействования рабочего времени по нахождению места работы в сравнении с действующими нормативно-правовыми документами распределения времени работы ТУ в процентах представлены на рисунке 16.

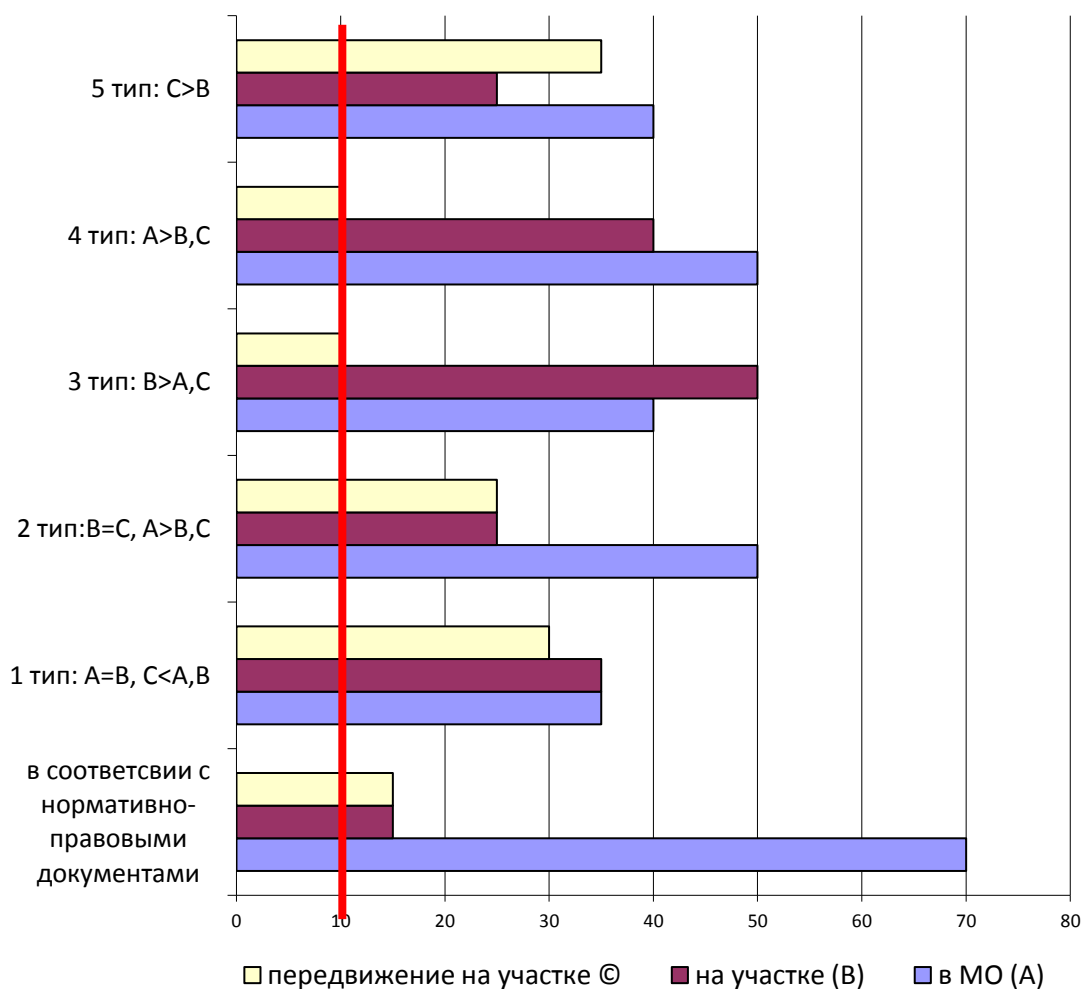


Рисунок 16. Типы распределения рабочего времени ВТУ в сравнении с действующими нормами времени работы на участке (%)

Нами выделено 5 типов распределения по результатам исследования: 1-й тип характеризуется равным распределением времени, затрачиваемого ВТУ на приеме и на участке (по 35%), причем время, затрачиваемое на передвижение по участку (30%), превышает время, предусмотренное нормативом, в два раза; 2-й тип характеризуется равным распределением времени на дорогу и на работу на участке (по 25%), однако оно увеличено в 1,5 раза нормативного значения, работа на приеме ВТУ (50%) меньше в процентном соотношении в сравнении с нормативом; 3-й тип характеризуется большим временем, затрачиваемом на участке (50%); 4-й тип – преобладанием времени работы в поликлинике (50%), но с высокой долей нахождения на участке (40%); 5-й тип – с преобладанием времени на передвижение по участку (35%) над временем работы на участке (25%).

На основании полученных данных следует явная недооценка времени работы ВТУ на участке и времени, затрачиваемого на передвижение до и по участку.

Нами проведен анализ самооценки зависимости структуры рабочего времени от сезонности: более половины (66,7%) ВТУ считают, что структура рабочего времени зависит от времени года. Причем 55,3% из них утверждают, что работа на участке увеличивается в осенне-зимний период.

Описывая содержательную структуру рабочего времени, ВТУ едины в оценке структуры рабочего времени в организационной работе; в деятельности, связанной с общением с пациентом по причине обращения, включая осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, измерение АД и др.; в работе, связанной с общением с пациентом с профилактической (консультативной) целью, включая участие в медицинском осмотре (Таблица 16).

На основании полученных данных структура рабочего времени в зависимости от вида деятельности, по мнению ВТУ, состоит из: организационной работы (согласование графика, подготовка рабочего места, поручения м/с и т.д.), на которую отводится от 0 до 10%; раздела работы, связанной с общением с пациентом по причине обращения, включая осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, измерение АД и др., на который отводится от 71 до 100% времени;

из раздела работы, связанного с общением с пациентом с профилактической (консультативной) целью, включая участие в медицинском осмотре, на который отводится от 11 до 30%. Остальные виды профессиональной деятельности УТ входят в оставшиеся 30% рабочего времени.

Таблица 16. Распределение ВТУ в зависимости от оценки структуры рабочего времени в зависимости от вида деятельности (%)

№	Основные виды деятельности	Структура рабочего времени				
		0-10% рабочего времени	11-30% рабочего времени	31-50% рабочего времени	51-70% рабочего времени	71-100% рабочего времени
1	Организационная работа (согласование графика, подготовка рабочего места, поручения м/с и т.д.)	70,8	17,5	11,7	0	0
2	Передвижения (до пациента, по поручениям администрации, заверение заведующего и др.)	9,1	33,7	33,7	20,0	3,5
3	Общение с пациентом по причине обращения, включая осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, измерение АД и др.	1,2	3,8	2,2	15,5	77,3
4	Общение с пациентом с профилактической (консультативной) целью, включая участие в медицинском осмотре	4,1	65,5	19,1	9,3	2
5	Заполнение документации (карты амбулаторного больного, талона амбулаторного пациента, направлений на госпитализацию, рецептов, отчетов и др.)	28,5	22,4	24,1	11,8	13,2
6	Общение с коллегами, включая различных специалистов с профессиональной (консультативной) целью	40,3	46,4	13,3	0	0
7	Санитарно-гигиеническое воспитание населения, включая работу в школах здоровья, в организациях	84,4	15,6	0	0	0
8	Участие в совещаниях, конференциях, самосовершенствование	12,2	84,4	3,4	0	0

4.3. Распространенность и механизмы оценки формирования синдрома «психоэмоционального выгорания» среди врачей-терапевтов участковых

Одновременно с анкетированием ВТУ нами проводилась оценка распространенности синдрома эмоционального выгорания среди Оренбургской области в соответствии с методикой В.В. Бойко [42, 43, 44] с целью нахождения статистически значимых факторов профессиональной деятельности в группе врачей-терапевтов участковых. Согласно интерпретации результатов по Бойко В.В., все респонденты после обработки собранного материала были разбиты на три группы (Рисунок 17).

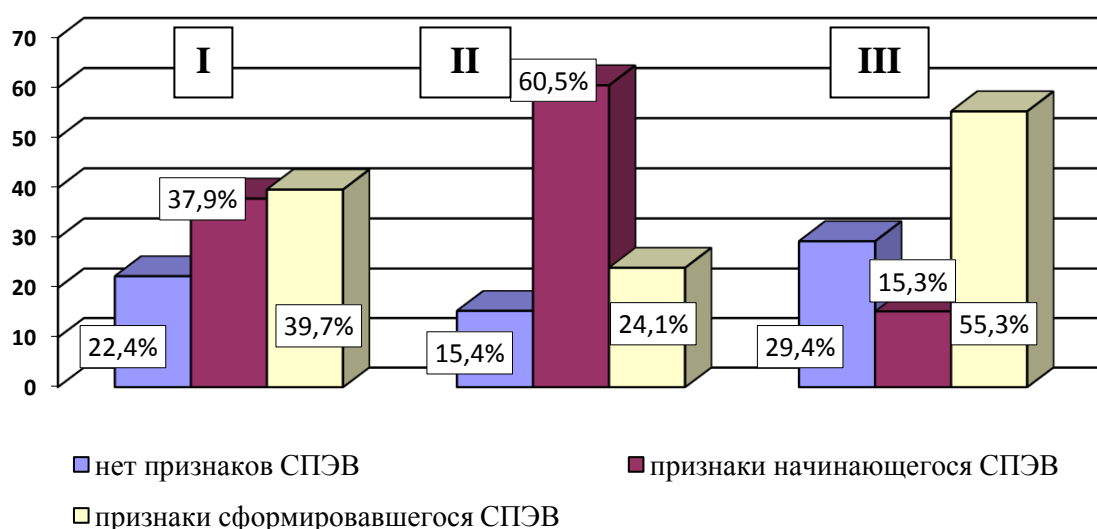


Рисунок 17. Группы ВТУ от степени проявления синдрома «психоэмоционального выгорания» по В.В. Бойко среди всех ВТУ (I), среди ВТУ городских(II) и сельских поселений (III).

Для оценки связи между качественными и количественными признаками, а также между качественными признаками в изучаемой статистической совокупности мы использовали коэффициент ранговой корреляции Спирмена. Проживание в сельской местности является фактором, статистически значимо ($p \leq 0,025$) связанным с распространенностью синдрома «эмоционального выгорания» среди врачей Оренбургской области. Суммарная доля врачей,

обслуживающих население сельских поселений, имеющих признаки начинающегося и сформировавшегося «синдрома выгорания», составляет 70,6%, при этом 55,3% из них имеют признаки сформировавшегося синдрома, что может быть следствием повышенных нагрузок и ответственности, лежащих на сельского врача.

Среди факторов, отражающих индивидуальные социально-демографические характеристики, отношение к физической активности статистически значимо ($p \leq 0,05$) связано с распространенностью синдрома «психоэмоционального выгорания»: среди врачей, имеющих сформировавшийся «синдром выгорания», 88,3% занимались спортом от случая к случаю или не занимались совсем. Такая ситуация является подтверждением того, что умеренные регулярные физические нагрузки являются не только профилактикой стресса, но и профилактикой развития синдрома «эмоционального выгорания».

Дальнейший анализ был проведен в направлении изучения взаимосвязи «синдрома выгорания» с профессиональными ситуационными и индивидуальными факторами. Ранжирование характеристики терапевтического участка нами рассматривалось как профессионально ситуационное, связанное с организацией деятельности ВТУ (тип расселения, преобладание частного сектора, расстояние от МО, характеристика возрастного состава, степень трудовой занятости, наличие транспорта), в зависимости от интенсивности проявления синдрома выгорания оно позволило также выявить статистически значимую взаимосвязь и выделить неблагоприятные факторы трудового процесса врача-терапевта участкового. Доказанность влияния факторов профессиональной деятельности ВТУ на формирование СПЭВ представлена в Таблице 17.

При анализе взаимосвязи между распространенностью «синдрома выгорания» и стажа работы выяснилось, что стаж работы в 10 лет является тем рубежным периодом, по достижении которого статистически значимо ($p \leq 0,025$), примерно в два раза возрастает распространенность сформировавшегося синдрома «психоэмоционального выгорания» среди врачей.

Таблица 17. Ранжирование факторов организации в профессиональной деятельности ВТУ Оренбургской области по степени влияния на формирование синдрома «психоэмоционального выгорания»

Ранговые корреляции Спирмена ПД попарно удалены.
Отмеченные корреляции значимы на уровне $p \leq 0,05000$

Фактор влияния	Значение связи(r)	Ранг
Тип расселения	0,521709	1
Своевременность окончания приема	0,373552	2
Степень трудовой занятости населения ТУ	0,189151	3
Удаленность ТУ от МО	0,111214	4
Присутствие очереди на прием	0,102169	5
Возрастной состав ТУ	0,095754	6
Наличие общежития	0,77553	7
Обеспеченность транспортом на ТУ	0,076681	8

Следующими показателями, отражающими ситуационные и индивидуальные профессиональные факторы, явились уровень взаимоотношений с руководством и удовлетворенность профессиональным ростом.

При анализе распределения среди врачей максимальная доля лиц, имеющих сформировавшийся «синдром выгорания» (14,1%), наблюдалась в группе определивших свои отношения с руководством как плохие. Таким образом, эффективная работа руководителя, который может наладить хорошие отношения с подчиненными, будет являться профилактикой синдрома «эмоционального выгорания» среди врачей.

Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности ВТУ нами оценена по пятибалльной шкале с уровнем самооценки факторов, где определены статистически значимые связи.

По результатам ответов разделов анкеты ВТУ, связанных с оценкой удовлетворенности жилищными условиями (Gu-фактор), режимом и качеством питания (Rp-фактор), психологической нагрузки (Ps-фактор), физической нагрузки (Fn-фактор) в трудовом процессе нами проведен корреляционный анализ с целью

определения влияния указанных факторов на степень проявления синдрома психоэмоционального выгорания и объективизации полученных результатов самооценки (Таблица 18, Рисунки 18–24).

Таблица 18. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности ВТУ, по пятибалльной оценке, с уровнем самооценки факторов с выделением статистически значимых связей

Уровень самооценки факторов		Самооценка психоэмоциональной нагрузки				
		1	2	3	4	5
Самооценка уровня жилищных условий	1	0,010143	0,014053	0,007543	0,011422	0,332974
	2	0,000755	0,000551	0,029885	0,521009	0,168724
	3	0,013217	0,000564	0,000260	0,005581	0,012272
	4	0,001037	0,000906	0,000883	0,000425	0,253711
	5	0,000213	0,279033	0,000070	0,002178	0,094006
Самооценка режима и качества питания	1	0,000142	0,005482	0,000001	0,065418	0,008423
	2	0,000796	0,028673	0,003109	0,000536	0,329899
	3	0,000404	0,004115	0,002814	0,000074	0,006617
	4	0,004799	0,000569	0,000835	0,000545	0,036793
	5	0,073961	0,002620	0,000073	0,000002	0,075549
Самооценка физической нагрузки	1	0,000006	0,016734	0,006151	0,007332	0,099822
	2	0,000381	0,055525	0,000733	0,000166	0,127072
	3	0,008007	0,000541	0,007792	0,257911	0,032561
	4	0,004334	0,004537	0,002694	0,001058	0,119595
	5	0,003997	0,008470	0,000723	0,000128	0,291913

На четыре вопроса анкеты респонденты должны были дать самооценку по пяти балльной шкале: максимальное удовлетворение оценивалось в пять баллов (для Gu- и Rp-факторов), максимальная нагрузка – в пять баллов (для Ps- и Fп-факторов). Вопросы с предлагаемым выбором пятибалльной шкалы были сформированы в отдельную базу данных с разложением каждого варианта ответа (всего – пять), связанного с самооценкой психологической нагрузки респондентов. Далее был выполнен корреляционный анализ с использованием коэффициента ранговой корреляции Спирмена с каждым вариантом ответа. Корреляции значимы на уровне $p < 0,05000$. Схема анализа с выделением статистически значимых связей обусловленности самооценки уровня психологической нагрузки ВТУ от Gu-, Rp- и Fп-факторов представлена на рисунках 18, 19, 20, 21 и 22.

Из математического n -множества допустимых вариантов обусловленности самооценки психологической нагрузки в один балл с уровнями G_u -, R_p - и F_n -факторов статистически значимым выделен G_u -фактор с уровнем в три балла и R_p -фактор с уровнем в пять баллов (Рисунок 18). То есть ВТУ с минимальным уровнем психологической нагрузки, испытываемой в процессе профессиональной деятельности, дают удовлетворительную оценку своих жилищных условий и высоко оценивают свой режим и качество питания.

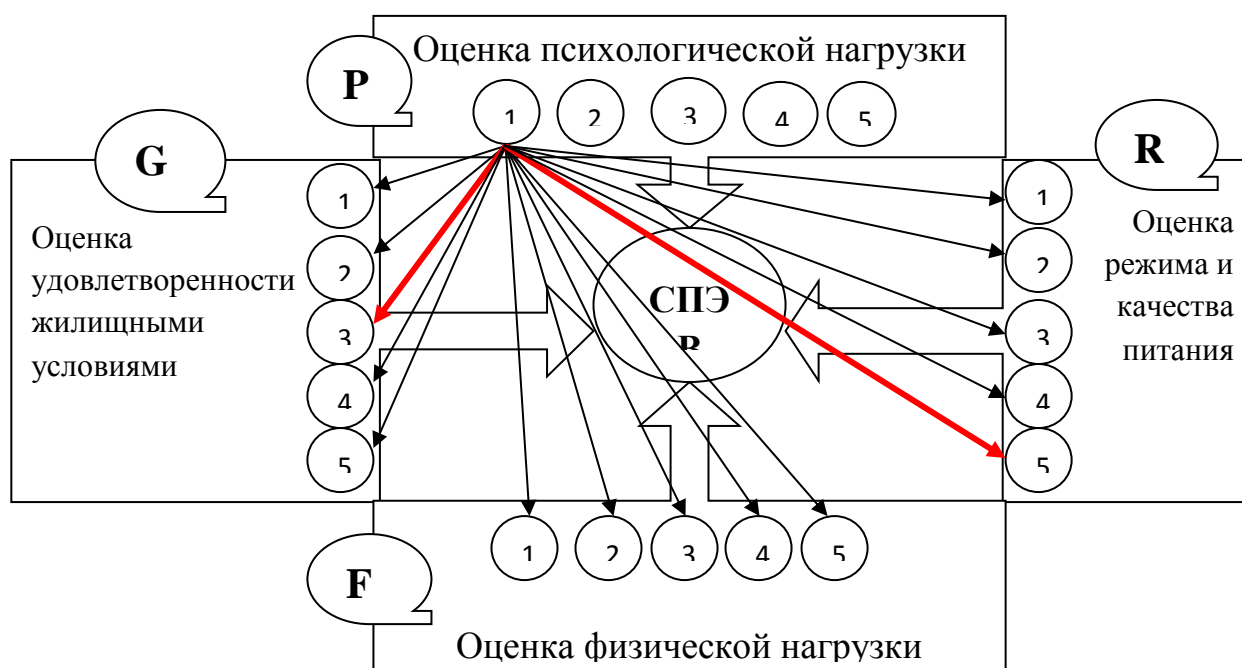
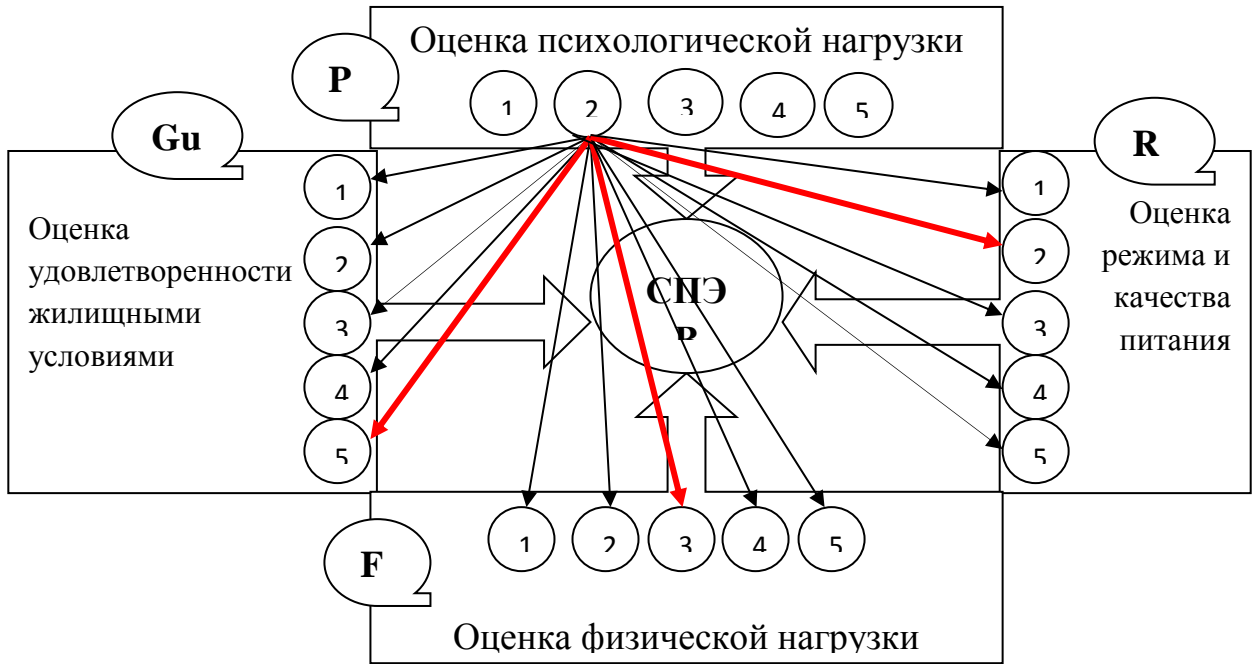


Рисунок 18. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового в один балл с уровнем G_u -, R_p - и F_n -факторов с выделением статистически значимых связей.

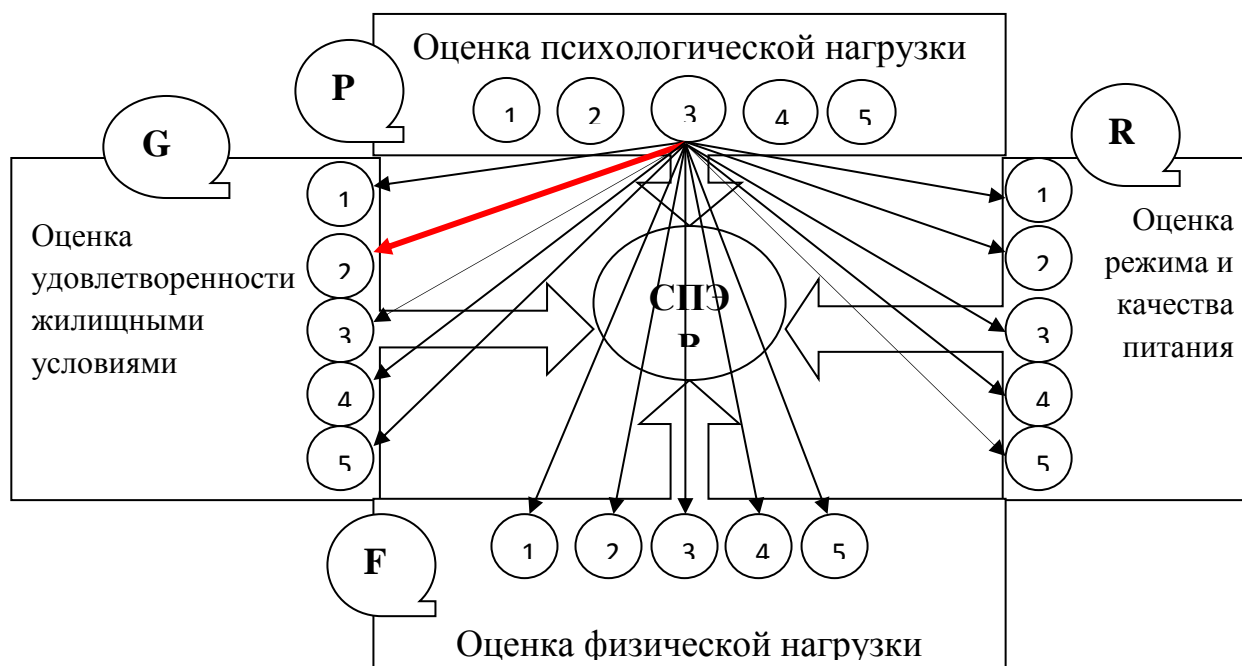
Из математического n -множества допустимых вариантов обусловленности самооценки психологической нагрузки в два балла с уровнями G_u -, R_p - и F_n -факторов статистически значимым выделен G_u -фактор с уровнем в пять баллов, F_n -фактор с уровнем в три балла и R_p -фактор с уровнем в два балла (Рисунок 19). То есть ВТУ с незначительным уровнем психологической нагрузки, испытываемой в процессе профессиональной деятельности, высоко оценивают свои жилищные условия, средним значением – уровень физической нагрузки в трудовом процессе и ниже среднего – свой режим и качество питания.



$Ps(2) \sim Gu(5) \rightarrow 0,21$; $Ps(2) \sim Fn(3) \rightarrow 0,19$; $Ps(2) \sim Rp(2) \rightarrow 0,08$.

Рисунок 19. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового в два балла с уровнем Gu-, Rp- и Fn-факторов с выделением статистически значимых связей.

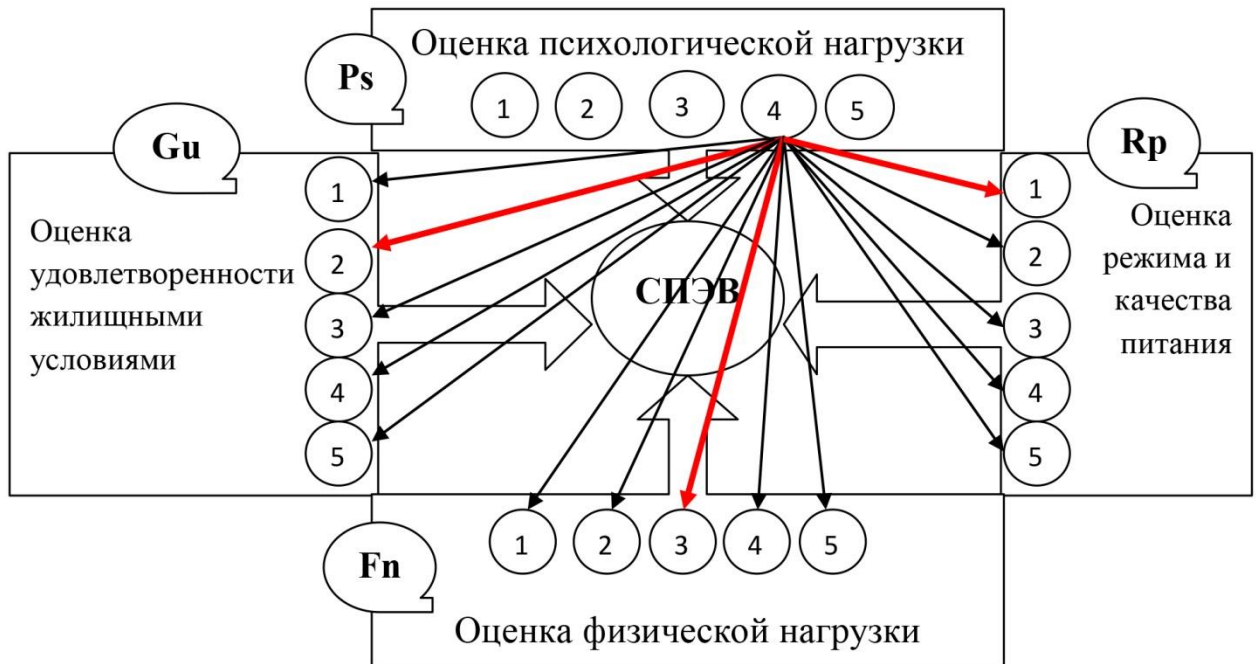
Из математического n-множества допустимых вариантов обусловленности самооценки психологической нагрузки в три балла с уровнями Gu-, Rp- и Fn-факторов статистически значимым выделен только один Gu-фактор с уровнем в два балла (Рисунок 20). То есть ВТУ со средним уровнем самооценки психологической нагрузки в трудовом процессе оценивают свои жилищные условия ниже среднего. С другими факторами не обнаружено статистически значимых корреляционных зависимостей.



$$Ps(3) \sim Gu(2) \rightarrow 0,47.$$

Рисунок 20. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового в три балла с уровнем Gu-, Rp- и Fn-факторов с выделением статистически значимых связей.

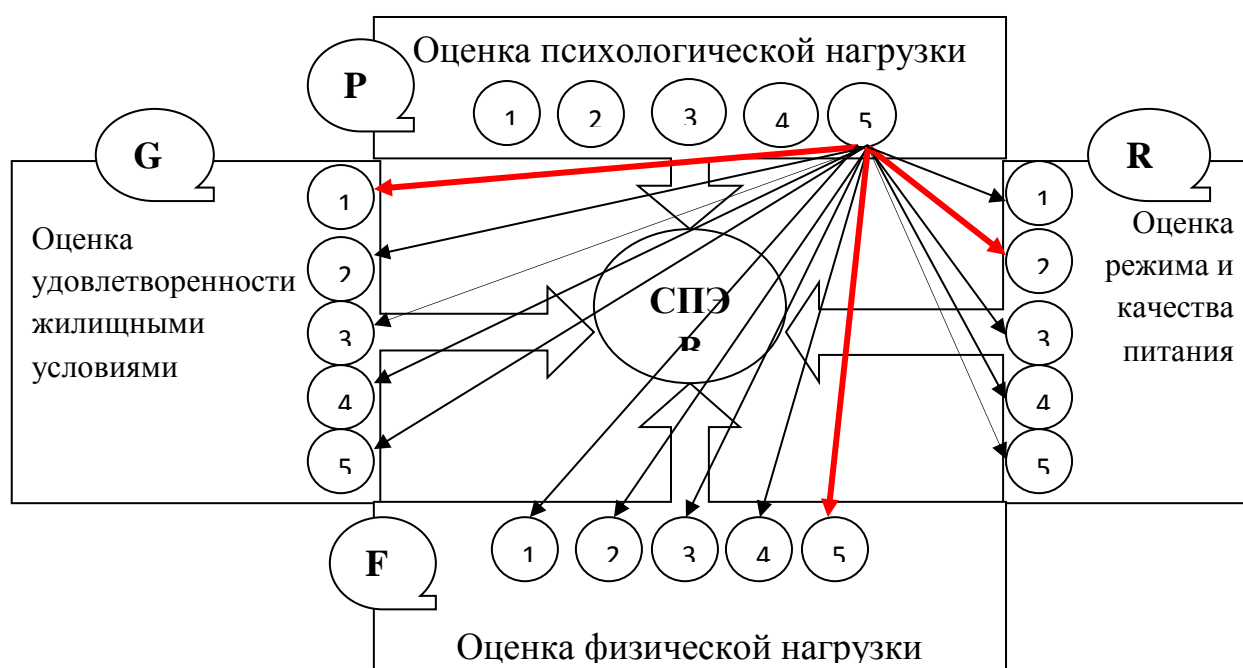
Из математического n-множества допустимых вариантов обусловленности самооценки психологической нагрузки в четыре балла с уровнями Gu-, Rp- и Fn-факторов статистически значимым выделен Gu-фактор с уровнем в два балла, Fn-фактор – с уровнем в три балла и Rp-фактор – с уровнем в один балл (Рисунок 21). То есть ВТУ с высоким уровнем психологической нагрузки, испытываемой в процессе профессиональной деятельности оценивают ниже среднего свои жилищные условия, средним значением – уровень физической нагрузки в трудовом процессе и очень низко – свой режим и качество питания.



$$Ps(4) \sim Gu(2) \rightarrow 0,05; Ps(4) \sim Fn(3) \rightarrow 0,14; Ps(4) \sim Rp(1) \rightarrow 0,18.$$

Рисунок 21. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового в четыре балла с уровнем Gu-, Rp- и Fn-факторов с выделением статистически значимых связей.

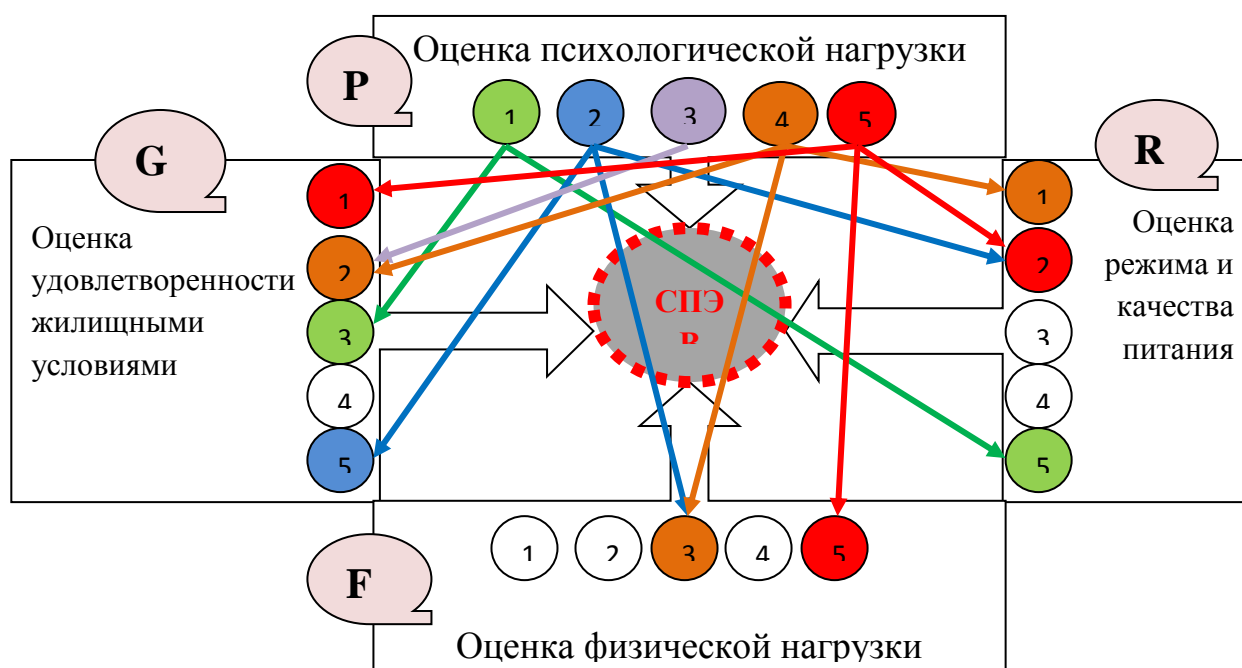
Из математического n-множества допустимых вариантов обусловленности самооценки психологической нагрузки в пять баллов с уровнями Gu-, Rp- и Fn-факторов статистически значимым выделен Gu-фактор с уровнем в один балл, Fn-фактор с уровнем в пять баллов и Rp-фактор с уровнем в два балла (Рисунок 22). То есть ВТУ с очень высоким уровнем психологической нагрузки, испытываемой в процессе профессиональной деятельности, дают заниженную оценку свои жилищных условий, испытывают высокий уровень физической нагрузки в трудовом процессе и низко оценивают свой режим и качество питания.



$$Ps(5) \sim Gu(1) \rightarrow 0,06; Ps(5) \sim Fn(5) \rightarrow 0,44; Ps(5) \sim Rp(2) \rightarrow 0,13.$$

Рисунок 22. Обусловленность самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового в пять баллов с уровнем Gu-, Rp- и Fn-факторов с выделением статистически значимых связей.

Путем наложения пяти вариантов уровня самооценки психологической нагрузки по пятибалльной шкале, испытываемой ВТУ в процессе своей профессиональной деятельности, нами получена сетевая модель-матрица (Ps-модель) без учета незначимых корреляционных связей, формирующих синдром «психоэмоционального выгорания» среди ВТУ. Взаимосвязи, определившиеся на этом этапе статистического анализа, нами названы связями первого (теоретического) уровня. Ps-модель позволяет взять за основу значимый уровень какого-либо фактора зависимости и провести корреляционный анализ с другими медико-социальными компонентами, полученными в процессе анкетирования респондентов, обуславливающими профессиональную деятельность ВТУ (Рисунок 23).



IPs(1)~Gu(3)→0,07; Ps(1)~Rp(5)→0,12.

II Ps(2)~Gu(5)→0,21; Ps(2)~Fn(3)→0,19; Ps(2)~Rp(2)→0,08.

III Ps(3)~Gu(2)→0,47.

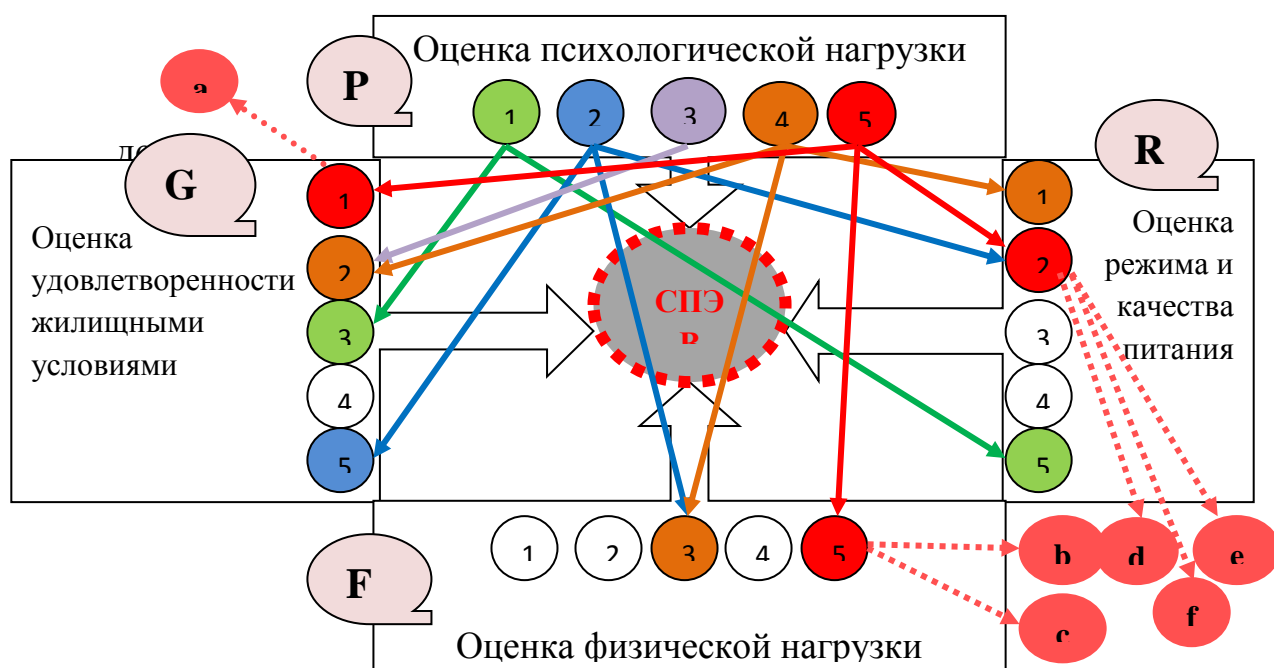
IV Ps(4)~Gu(2)→0,05; Ps(4)~Fn(3)→0,14; Ps(4)~Rp(1)→0,18.

V Ps(5)~Gu(1)→0,06; Ps(5)~Fn(5)→0,44; Ps(5)~Rp(2)→0,13.

Рисунок 23. Обусловленность психологической нагрузки (Ps-фактора) в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового по пятибалльной шкале с уровнями Gu-, Rp- и Fn-факторов статистически значимых корреляционных связей.

Анкета группы респондентов, давших высокую оценку психологической нагрузки своей профессиональной деятельности, низко оценивших свои жилищные условия, режим и качество питания и указавших на высокую физическую нагрузку (V), нами использовалась в корреляционном анализе в дальнейшем с целью выявления сцепленной обусловленности факторов определивших такую самооценку (Рисунок 24).

С вариантом респондентов при оценке удовлетворенности жилищными условиями в один балл нами проведен корреляционный анализ всех разделов анкеты. Статистически значимые зависимости нами названы связями второго (координирующего) уровня, они представлены на Рисунке 24.



a – возраст; d – организационная структура места работы;
 b – удаленность ТУ; e – тип расселения ТУ;
 c – степень физической функциональной готовности; f – семейное положение.

Рисунок 24. Корреляционные статистически значимые зависимости второго уровня связи Ps-модели.

На основании статистически значимых корреляционных взаимосвязей нами выделены факторы, обуславливающие психоэмоциональную нагрузку: возраст, удаленность ТУ от МО, степень физической функциональной готовности, организационная структура места работы, тип расселения ТУ и семейное положение.

В результате были определены объективные степени оценки фактора эффективности профессиональной деятельности ВТУ. Используя принцип присутствия в социальной среде рассмотренных факторов, нами разработана шкала оценки предполагаемой или существующей психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности ВТУ.

ГЛАВА 5. Комплекс мероприятий, направленных на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового

5.1. Обоснование системы показателей для оценки уровня психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности

Определение обусловленности самооценки психологической нагрузки в профессиональной деятельности ВТУ в ситуациях высокой психоэмоциональной нагрузки позволило выявить детерминанты устойчивости человека к воздействию профессионального стресса. Полученные данные, помимо использования для совершенствования подготовки специалистов первичного звена, профессионального обучения и прогнозирования эффективности деятельности ВТУ, могут быть использованы в оперативном управлении персоналом.

Проблема устойчивости ВТУ к высоким психоэмоциональным нагрузкам определяет необходимость своевременной коррекции в процессе трудовой деятельности врача, основанной на интегрально-дозированном принципе. Результаты глубокого изучения разделов деятельности ВТУ позволили предложить методику оценки психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности для оптимизации решения организационно-управленческих задач, возникающих в процессе трудовой деятельности.

Коэффициент психоэмоциональной нагрузки нами обозначен как PEL-коэффициент (Psycho-emotionalLoad). Он учитывает статистически значимые факторы организации в профессиональной деятельности ВТУ, полученные в результате нашего исследования, а также субъективные факторы, которые обеспечивают индивидуальный подход к оценке. Оценка проводится заполнением PEL-карты (Приложение 4) руководителем подразделения МО (заведующим отделением, заместителем руководителя МО по поликлинической работе) по каждому ВТУ.

PEL-карта состоит из четырех разделов, в которых оценивается влияние фактора организации. В первый раздел «На территории участка» включены факторы, оказывающие влияние в процессе профессиональной деятельности ВТУ в период работы непосредственно на территории ТУ. В него включены четыре фактора: тип расселения на ТУ, удаленность ТУ от МО, обеспеченность транспортом на ТУ, наличие общежития на ТУ.

Согласно результатам исследования, «тип расселения на ТУ» нами рассмотрен как фактор организации, влияющий на эффективность работы ВТУ. Так в случае, если ТУ представлен только многоквартирными домами, физическая нагрузка у ВТУ меньше в сравнении, если ТУ, например, представлен только частным сектором. Доказанность связи обозначена статистически значимой корреляцией второго уровня связи Ps-модели настоящего исследования. В зависимости от степени нагрузки нами распределены баллы от 1 до 5, в зависимости от типа расселения ТУ: если ТУ представлен только многоквартирными домами; если на ТУ преобладают многоквартирные дома (в них проживает 80 и более процентов жителей участка); при одинаковом соотношении многоквартирных домов и частного сектора; если на ТУ преобладает частный сектор (в нем проживает 80 и более процентов жителей участка); если ТУ представлен только частным сектором соответственно.

Фактор организации на территории участка «Удаленность ТУ от МО» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если удаленность терапевтического участка от медицинской организации находится в пределах радиуса 1 км, то напротив подпункта один ставится один балл. Если удаленность участка находится в пределах от 1 до 2 км, то напротив подпункта 2 ставится два балла. Если удаленность соответствует пределам от 2 до 5 км, то напротив подпункта 3 ставится три балла. Если удаленность участка от 5 до 10 км, то напротив подпункта 4 ставится четыре балла. Если удаленность терапевтического участка от медицинской организации выходит за пределы 10 км, то напротив подпункта 5 ставится пять баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 3 «Обеспеченность транспортом на терапевтическом участке» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если врач-терапевт участковый пользуется транспортом, предоставленным медицинской организацией только для обслуживания населения его участка, то напротив подпункта 1 ставится один балл. Если врач-терапевт участковый добирается до участка на транспорте, предоставленном медицинской организацией для обслуживания населения нескольких участков, то напротив подпункта 2 ставится два балла. Если врач добирается до участка на личном транспорте, то напротив подпункта 3 ставится три балла. Если врач добирается до участка на общественном транспорте, то напротив подпункта 4 ставится четыре балла. Если врач добирается до участка пешком, то напротив подпункта 5 ставится пять баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 4 «Наличие общежития на терапевтическом участке» проставляется три балла напротив слова «да» в случае, если на территории участка имеется общежитие. В случае отсутствия проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 5 «Возрастной состав терапевтического участка» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав до 45 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта 1 ставится один балл. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав от 45 лет до 60 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта 2 ставится три балла. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав старше 60 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта 3 ставится пять баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 6 «Степень трудовой занятости населения терапевтического участка» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если преобладает работающее население независимо от возраста и сферы занятости (более 60% населения участка) напротив подпункта 1 ставится один балл. Если распределение равное между работающим и неработающим населением участка,

тогда напротив подпункта 2 ставится два балла. Если неработающего населения меньше на терапевтическом участке (менее 40%), тогда напротив подпункта 3 ставится три балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 7 «Доля немобильных и маломобильных граждан на участке» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет до 1% от населения участка (до 15 человек), то напротив подпункта 1 ставится один балл. Если на терапевтическом участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет до 2% от населения участка (до 35 человек), то напротив подпункта 2 ставится три балла. Если на участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет свыше 2% от населения участка (свыше 35 человек), то напротив подпункта 3 ставится пять баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 8 «Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания», необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания, составляет до 1% от населения участка (до 15 человек), то напротив подпункта 1 ставится один балл. Если на участке доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания, составляет до 2% от населения участка (до 35 человек), то напротив подпункта 2 ставится два балла. Если на участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет свыше 2% от населения участка (свыше 35 человек), то напротив подпункта 3 ставится три балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 9 «Своевременность окончания приема» проставляется два балла напротив слова «нет» в случае, если прием часто (более двух раз в неделю) выходит

за рамки отведенного времени. В случае своевременного окончания приема проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 10 «Присутствие очереди на приеме» проставляется три балла напротив слова «да» в случае, если имеет место скопление людей, ожидающих приеме (более 3-х человек) более 2-х раз в неделю. В случае отсутствия очереди проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 11 «Организационная структура медицинской организации» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если врач работает в поликлинике, то напротив подпункта 1 ставится один балл. Если врач работает в амбулаторно-поликлиническом отделении районной больницы, то напротив подпункта 2 ставится два балла. Если врач работает в участковой больнице, то напротив подпункта 3 ставится три балла. Если врач работает в амбулатории, то напротив подпункта 4 ставится четыре балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 12 «Использование компьютера» проставляется два балла напротив слова «нет» в случае, если врач не использует в своей деятельности компьютер. В случае использования проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 13 «Принадлежность кабинета приема» проставляется два балла напротив подпункта один в случае, если врач делит кабинет приема пациентов с другим врачом или врачами. В случае использования кабинета для приема только им проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 14 «Стаж работы в должности врача терапевта участкового» проставляется три балла напротив подпункта 1 в случае, если стаж работы врача менее 3-х лет или более 20. Если стаж работы врача от 3-х до 20 лет, проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 15 «Возраст» проставляется три балла напротив подпункта 1 в случае, если возраст врача от 30 до 35 лет. Если возраст врача соответствует 50 лет и старше, то напротив подпункта 2 ставится два балла. Если возраст

не входит в пределы, указанные выше, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 16 «Наличие особых семейных обстоятельств» проставляется три балла напротив подпункта 1 в случае, если у врача семейные проблемы: смерть близкого человека, уход за больным членом семьи, развод, многодетность, воспитание ребенка в неполной семье, смена места жительства (хотя бы одно из них). Если отсутствуют, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 17 «Наличие хронических заболеваний» проставляется пять баллов напротив подпункта 1 в случае, если у врача имеются хронические заболевания. Если отсутствуют, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 18 «Дополнительная трудовая занятость» проставляется три балла напротив подпункта 1 в случае, если врач работает в объеме более одной ставки либо совмещает работу в другой медицинской организации. Если врач не занят, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 19 «Общественная занятость» проставляется два балла напротив подпункта 1 в случае, если врач занят в общественной деятельности. Например, выполняет роль лидера профсоюзной организации. Если нет, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

В пункте 20 «Научно-исследовательская занятость» проставляется четыре балла напротив подпункта 1 в случае, если врач принимает участие в научном исследовании. Если нет, то проставляются нули напротив подпунктов 1 и 2.

Высокий РЕЛ-коэффициент определяется набором от 55 до 70 баллов. Средний РЕЛ-коэффициент определяется от 40 до 54 баллов. Низкий – менее 40 баллов. Суммарная «Карта оценки РЕЛ-коэффициента профессиональной деятельности ВТУ» на территории обслуживания МО представлена в таблице 19.

Таблица 19. Суммарная «Карта оценки РЕЛ-коэффициента профессиональной деятельности ВТУ» на территории обслуживания МО

Факторы организации		Высокий	Средний	Низкий
<u>На территории участка</u>				
1. Тип расселения на терапевтическом участке	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
2. Удаленность терапевтического участка от медицинской организации	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
3. Обеспеченность транспортом на терапевтическом участке	1			
	2			
	3			
	4			
	5			
4. Наличие общежития на терапевтическом участке	да			
	нет			
<u>Состав населения участка</u>				
5. Возрастной состав терапевтического участка	1			
	2			
	3			
6. Степень трудовой занятости населения терапевтического участка	1			
	2			
	3			
7. Доля немобильных и маломобильных граждан на участке	1			
	2			
	3			

Продолжение таблицы 19.

	1			
--	---	--	--	--

8. Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах (ПНД, НД, ПТД, СЦ)	2			
	3			
<u>На приеме в медицинской организации</u>				
9. Своевременность окончания приема	да			
	нет			
10. Присутствие очереди на приеме	да			
	нет			
11. Организационная структура медицинской организации	1			
	2			
	3			
	4			
12. Использование компьютера	да			
	нет			
13. Принадлежность кабинета приема	1			
	2			
<u>Индивидуально-личностная характеристика врача</u>				
14. Стаж работы в должности врача терапевта участкового	1			
	2			
15. Возраст	1			
	2			
16. Наличие особых семейных обстоятельств	1			
	2			
17. Наличие хронических заболеваний	1			
	2			
18. Дополнительная трудовая занятость	1			
	2			
19. Общественная занятость	1			
	2			
20. Научно-исследовательская занятость	1			
	2			

Инструкция по заполнению «Карты оценки РЕЛ-коэффициента профессиональной деятельности ВТУ» представлена в Приложении 5.

Рекомендуемые нами мероприятия при высоком PЕL-коэффициенте с целью сохранения производительности ВТУ: дополнительные дни к ежегодному отпуску либо компенсаторные выплаты с учетом коэффициента.

5.2. Разработка мероприятий, направленных на совершенствование профессиональной деятельности врача-терапевта участкового

Проблемы формирования профессионалов и профессионализма врачей-терапевтов участковых в связи с усиленным вниманием государства к первичному звену здравоохранения не могут рассматриваться вне конкретного социально-экономического и медико-организационного контекста. Введение новых информационных технологий, автоматизация, компьютеризация деятельности участковой службы повлекли за собой начало изменения традиционных представлений о профессиональной деятельности, профессионалах и профессионализме среди организаторов здравоохранения.

Современная ситуация «построения рыночных отношений» между врачом первичного звена и пациентом еще более усилила ряд психологических проблем: проблему формирования профессионального самосознания и профессиональной идентификации человека; проблему трудовой и профессиональной адаптации человека к изменившимся условиям деятельности и профессиональной среды; проблему профессиональной деформации человека в условиях новой реальности; проблему формирования профессионализма и повышения эффективности профессиональной деятельности.

Профессиональная деятельность медицинских работников, участвующих в лечении и реабилитации больных, предполагает эмоциональную насыщенность и высокий процент факторов, вызывающих стресс. Основными симптомами СПЭВ являются: усталость, утомление, истощение после активной профессиональной деятельности; психосоматические проблемы (колебания артериального давления, головные боли, заболевания пищеварительной и сердечно-сосудистой систем, неврологические расстройства, бессонница); появление негативного отношения к пациентам (вместо имевшихся ранее позитивных взаимоотношений), отрицательная настроенность к выполняемой деятельности; агрессивные тенденции (гнев и раздражительность по отношению к коллегам и пациентам); функциональное, негативное отношение к себе; тревожные состояния,

пессимистическая настроенность, депрессия, ощущение бессмысленности происходящих событий, чувство вины. СПЭВ в настоящее время имеет статус диагноза в рубрике МКБ-10 Z73 - "Проблемы, связанные с трудностями управления своей жизнью".

Мероприятия, направленные на улучшение профессиональной деятельности ВТУ с учетом оценки психоэмоциональной нагрузки с позиции цикла PDCA и с учетом уровня психоэмоциональной нагрузки разделены на предупредительные (профилактические) и корректирующие (рисунок 25). PDCA (англ. «*Plan-Do-Check-Act*» -планирование-действие-проверка-корректировка) циклически повторяющийся процесс принятия решения, используемый в управлении качеством. Методология PDCA представляет собой простейший алгоритм действий руководителя по управлению процессом и достижению его целей.

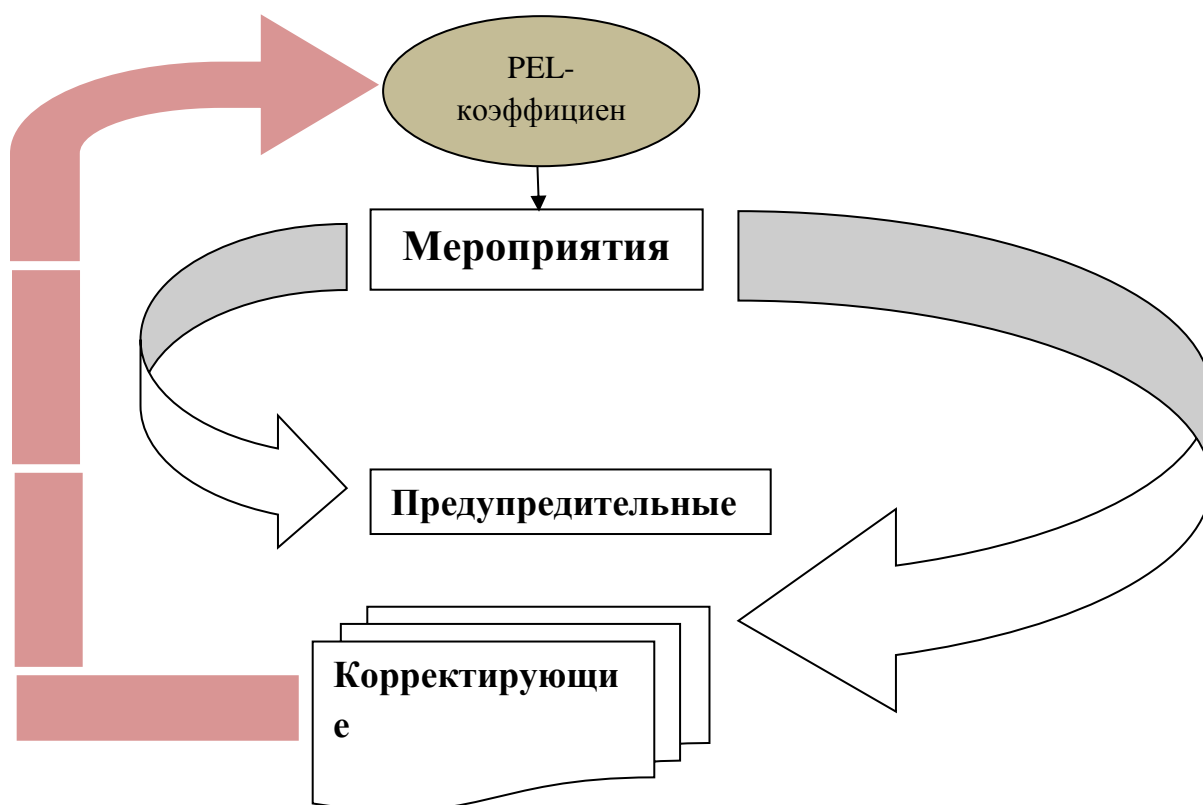


Рисунок 25. Мероприятия, направленные на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового с позиции цикла PDCA.

В Таблице 20 представлен комплекс мероприятий, направленных на улучшение организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового с учетом уровня психоэмоциональной нагрузки.

Таблица 20. Этапы комплекса мероприятий, направленных на улучшение организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового с учетом уровня психоэмоциональной нагрузки.

I. Организация функциональной структуры (комиссии) для расчетаPEL-коэффициента			
II.Идентификация проблем и обобщение информации			
III.Формулирование политики и цели организации в области управления процессом эффективности профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых			
IV.Внедрение комплекса мероприятий (действий), направленного на формирование стрессоустойчивости врача-терапевта участкового			
1	2	3	4
Обучение • тренинги • курсы	Обеспечение • транспортом • оборудованием	Оптимизация • графика работы • помощь при загруженности	Рационализация труда и отдыха регулярный отдых физические нагрузки
V. Регулярный мониторинг процесса и корректировка с учетом полученных результатов			

К предупредительным(профилактическим) мероприятиям относятся обучающие тренинги и курсы по профилактике СПЭВ: специальные занятия в группах профессионального и личностного роста, повышение коммуникативной компетентности, «Балинтовский метод». Хорошими профилактическими свойствами обладают следующие рекомендации: регулярный отдых, нужно уделять определенное время работе, определенное время досугу. Повышение эмоционального выгорания каждый раз происходит при исчезновении границ между работой и домом, когда работа занимает всю основную часть жизни. Для человека крайне важно иметь свободное от работы время. Физические упражнения (минимум три раза в неделю). Спорт способствует выходу негативной энергии, которая накапливается в результате постоянных стрессовых ситуаций. Полноценный сон, который длится в среднем 8-9 часов. Нужно

поддерживать благоприятную обстановку на рабочем месте. На работе лучше делать частые короткие перерывы (например, каждый час по 3-5 минут), которые будут эффективнее тех, которые длятся дольше, но реже. Нужно снизить употребление продуктов, с высоким содержанием кофеина (кофе, кола, шоколад), потому что он является сильным стимулятором, который способствует стрессу. Замечено, что через три недели (в среднем) после прекращения употребления кофеиновых продуктов у человека снижается тревожность, беспокойство, боль в мышцах. Нужно иметь хобби. Человек должен знать, что интересы помимо работы, позволяют снизить напряжение. Желательно, чтобы увлечение помогало расслабиться, например живопись, скульптуры. Экстремальные увлечения повышают эмоциональное напряжение человека, хотя некоторым людям такая смена обстановки идет на пользу.

Суть корректирующих мероприятий – создание условий, направленных на совершенствование организации трудовой деятельности с индивидуальным подходом с учетом предложенной методики оценки PEL-коэффициента (оптимизация условий профессиональной деятельности, тренинги, направленные на работу с негативными эмоциями).

Учитывая специфический характер труда врачей-терапевтов участковых и доказанную зависимость в проведенном исследовании организационных факторов и их неоднозначное влияние на конечные производственные результаты, оценку эффективности следует производить комплексно, выделяя в качестве объектов оценки врача-терапевта участкового; врачей подразделения МО.

Полученные результаты исследования могут быть использованы для разработки рекомендаций и системы психогигиенических, профилактических и психокоррекционных мероприятий, обеспечивающих сохранение и укрепление психического здоровья врачей-терапевтов участковых; для разработки автоматизированной системы работы врача-терапевта участкового, снижающей бюрократический подход анализа эффективности работы каждого участкового врача и обеспечивающей

оперативный механизм обработки учетной информации каждого врача; для разработки нового смоделированного принципа работы участковых врачей (работа по приглашению, развитие профилактической активности, оперативная диагностика, прогнозирование срыва приема, активное консультирование) на основе хронометражных исследований без экономических потерь существующих организационных механизмов с сохранением участкового принципа; для разработки организационно-методических рекомендаций, учитывающих медико-социальные риски при оценке качества профессиональной деятельности врача-терапевта участкового; для разработки механизма управления профессиональным потенциалом участковой службы с целью его сохранения, уменьшения психосоматических потерь в процессе профессиональной деятельности, и закладывающие компенсаторные реакции руководства.

5.3. Оценка реализации мероприятий, направленных на совершенствование организационных основ профессиональной деятельности врача-терапевта участкового

За период внедрения (2017–2019гг.) методики оценки уровня психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности ВТУ, а также включения разработанных рекомендаций, направленных на улучшение профессиональной деятельности ВТУ в трёх пилотных МО Оренбургской области, оказывающих первичную врачебную медико-санитарную помощь, дана оценка реализации мероприятий, направленных на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ.

Анализ реализации мероприятий был проведён в пилотных МО с различными факторами влияния на организацию деятельности ВТУ, выявленными и обозначенными в процессе нашего исследования: тип расселения, преобладание частного сектора, расстояние от медицинской организации, характеристика возрастного состава, степень трудовой занятости, наличие транспорта. Оценка эффективности реализации мероприятий проводилась в общем совокупном объеме использования предупредительных и корректирующих мероприятий в группах оценки и воздействия на ВТУ, работающих в пилотных МО.

Для удобства оценивания нами использована модифицированная «Карта оценки PEL-коэффициента профессиональной деятельности ВТУ» на группу респондентов в трех пилотных МО, участвующих в реализации мероприятий по улучшению организации профессиональной деятельности. Результаты оценки представлены в таблице 21.

Таблица 21. Оценка территории обслуживания МО по модифицированной суммарной «Карте оценки PEL-коэффициента профессиональной деятельности ВТУ»

Факторы организации	МО №1	МО №2	МО №3
Количество ВТУ	9	11	21
<u>На территории участков</u>			
1. Тип расселения на терапевтическом участке	4,5	3,5	1,5
2. Удаленность терапевтического участка от медицинской организации	3,5	4,5	1,5
3. Обеспеченность транспортом на терапевтическом участке	1,5	4,5	3,5
4. Наличие общежития на терапевтическом участке	да	да	да
<u>Состав населения участков</u>			
5. Возрастной состав терапевтического участка	2,5	2,5	1,5
6. Степень трудовой занятости населения терапевтического участка	3	2,5	1,5
7. Доля немобильных и маломобильных граждан на участке	1,5	1,5	1
8. Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах (ПНД, НД, ПТД, СЦ)	1	1	1

Апробация мероприятий, направленных на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ с учетом оценки PEL-коэффициента в трёх МО, позволила объективно выявить несовершенство организации первичной врачебной медико-санитарной помощи, связанное с неодинаковыми условиями территории обслуживания населения и различной медико-социальной характеристикой прикрепленного населения, оказывающими влияние на профессиональную деятельность ВТУ посредством психоэмоционального компонента. А также определить первоочередные шаги по внедрению в организацию профессиональной деятельности ВТУ предупредительных и

корректирующих мероприятий, направленных на устранение психоэмоционального барьера при оказании первичной врачебной медико-санитарной помощи прикрепленному населению.

Эффективность реализации предупредительных и корректирующих мероприятий по двум составляющим:

1. Оценка руководителями МО результативности деятельности и показателей работы ВТУ.

2. Оценка удовлетворённости собственной профессиональной деятельностью.

Внедрение мероприятий, направленных на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ, позволило повлиять на субъективную оценку самих врачей (Таблица 22).

Таблица 22. Самооценка профессиональной деятельности до и после внедрения мероприятий, направленных на улучшение организации (в %)

	МО №1		МО №2		МО №3		Всего	
	до	после	до	после	до	после	до	после
Не удовлетворен	22,1	1,8	45,4	17,0	37,9	10,5	35,1	9,8
Скорее не удовлетворен	43,2	11,6	33,2	2,6	52,3	16,4	42,9	10,2
Скорее удовлетворен	22,7	63,0	21,4	66,6	1,5	61,6	15,2	63,7
Удовлетворен	12,0	23,6	0	13,8	8,3	11,5	6,8	16,3
хи-квадрат Пирсона = 7,1, cc=1, p=0,003								

Повышение уровня положительной самооценки ВТУ после внедрения мероприятий свидетельствует об эффективности использования разработанных нами мероприятий в трех пилотных МО. Реализуемые рекомендации, направленные на улучшение профессиональной деятельности ВТУ с учетом оценки PEL-коэффициента, позволили снизить уровень психоэмоциональной нагрузки врачей на 11,7% за счет своевременной корректировки организации профессиональной деятельности в общем совокупном объеме использования предупредительных и корректирующих мероприятий, по субъективной оценке, ВТУ.

Об эффективности использования мероприятий, направленных на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ, свидетельствуют также результаты социологических опросов руководителей МО в пилотных МО (Таблица 23).

Таблица 23. Результаты социологических опросов руководителей МО по использованию мероприятий, направленных на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ (в %)

№	Вопрос	Да	Нет	Воздержался с ответом
1	Повлияли ли мероприятия на деятельность ВТУ	88,9	5,7	5,4
2	Повышение мотивации к труду ВТУ	69,9	9,7	20,4
3	Заинтересованность в самосовершенствовании ВТУ	71,8	10,6	17,6
4	Создание условий к лидерству среди ВТУ	48,8	28,6	22,6
5	Улучшение показателей деятельности ВТУ	88,7	3,9	7,4
6	Выполнение поставленных задач с минимальным возмущением	65,3	10,0	24,7
7	Снижение жалоб пациентов на ВТУ	75,4	8,0	16,6

Оценка мероприятий по результатам анкетирования руководителей структурных подразделений МО после их внедрения и реализации определила позитивную динамику отдельных показателей деятельности ВТУ.

Разработанные и апробированные мероприятия, направленные на улучшение организации профессиональной деятельности ВТУ возможно рекомендовать в других МО Оренбургской области.

Заключение

Деятельность ВТУ относится к группе профессий с повышенной моральной ответственностью за здоровье и жизнь отдельных людей, групп населения и общества в целом. Труд практикующего ВТУ отличается высокой эмоциональной, психической и физической нагрузкой. Постоянные стрессовые ситуации, в которые попадает врач в процессе медико-социального взаимодействия с пациентом, проникновение в суть не только медицинских, но и социальных проблем населения участка, личная незащищенность и другие морально-психологические факторы оказывают негативное воздействие не только на здоровье участкового врача, но и на эффективную производительность труда. В связи с вовлечением в длительное напряженное общение участкового врача в процессе профессиональной деятельности для них свойствен феномен «эмоционального выгорания».

«Эмоциональное выгорание» проявляется как состояние физического и психического истощения, вызванного интенсивными межличностными взаимодействиями при работе с людьми, сопровождающегося эмоциональной насыщенностью и когнитивной сложностью. Помимо профессиональных знаний, умений и навыков, ВТУ в значительной мере используют свою личность, являясь «эмоциональным донором». Профессиональный стресс выражается в психических и соматических реакциях на напряженные ситуации в трудовой деятельности человека. Длительный профессиональный стресс ведет к возникновению синдрома «эмоционального выгорания».

По данным различных исследований в области психологии и психиатрии, а также по результатам нашего исследования, на формирование синдрома «выгорания» влияют не только особенности личности (тревожность, агрессивность, самооценка, уровень интеллекта, мотивы, которые преобладают у личности, интернальность), но и организационные факторы. Существует статистически значимая зависимость психологического дискомфорта от профессиональной деятельности участковых врачей и условий организации

рабочего места, стажа, а в связи с этим и опыта профессиональной деятельности, отношений с непосредственным руководителем, отношений в коллективе, интенсивности физических, интеллектуальных, психоэмоциональных нагрузок, а также системы менеджмента качества организации, в которой работает врач.

У ВТУ с высоким уровнем «выгорания» имеет место негативное отношение к прикрепленному населению и к себе. Высокий уровень эмоционального «выгорания» в профессиональной деятельности ВТУ отождествляется с высоким уровнем тревожности, агрессивности, эмоциональной неустойчивости, низкой самооценки, неудовлетворенности собой, низкой стрессоустойчивости, фрустрированности.

Таким образом, негативные психические переживания и состояния отражаются, с одной стороны, на результатах трудовой деятельности, с другой – на здоровье ВТУ. Что в комплексе отрицательно сказывается и тормозит профессиональное развитие, снижает мотивацию к эффективным показателям деятельности.

Работа ВТУ в современном обществе предъявляет жесткие требования к психофизиологическим особенностям специалиста и требует научно обоснованных методов отбора, адаптации специалистов и профилактики синдрома эмоционального «выгорания».

Поиск и апробация эффективных организационных технологий управления персоналом МО, в особенности на этапе подбора персонала в современных условиях, наиболее востребованы трендовыми организаторами здравоохранения. Такой подход создает кадровые конкурентные условия и мотивацию на максимальную эффективность профессиональной деятельности. Используя предлагаемую методику, можно прогнозировать меры психопрофилактического, реабилитационного, корригирующего и социально адаптирующего характера, направленные на адаптацию специалистов к профессиональной среде с минимальными рисками в отношении неэффективной профессиональной деятельности.

Анализ деятельности врачей Оренбургской области выявил, что они имеют высокие трудовые нагрузки. 13,5% респондентов ответили, что длительность их рабочего дня превышает девять часов.

Не удовлетворены своим материальным положением 27,1% врачей, что заставляет их увеличивать интенсивность трудовой нагрузки либо совмещать работу врача с другой профессиональной деятельностью – 11,2% опрошенных вынуждены дополнительно зарабатывать вне своей основной профессиональной деятельности, что, конечно же, не может не сказаться на качестве основной работы.

При анализе семейного статуса: высока доля незамужних – 13,2%.

Бытовые условия у большинства врачей удовлетворительны (средняя оценка их удовлетворенности жилищными условиями – $3,5 \pm 0,5$ балла), однако в 19,3% случаев ВТУ проживают на одной площади с родителями или взрослыми детьми. Полностью удовлетворены своими жилищными условиями только 13,8% участковых врачей. Изменить свои жилищные условия хотели бы 88,6% ВТУ. Доля сельских врачей, проживающих в домах без коммунальных удобств, составляет 22,6%. Своими бытовыми условиями удовлетворена лишь половина ВТУ сельских поселений. Значит, значительная часть врачей не имеет возможности для полноценного отдыха и восстановления работоспособности.

Распространенность хронических заболеваний среди ВТУ, работающих в Оренбургской области, составила 68,1%, причем 87,7% опрошенных ВТУ указывают на несколько (более трех) классов заболеваний. У половины ВТУ в течение последнего года перед анкетированием наступала временная нетрудоспособность, лишь 31,9% в целом удовлетворены состоянием своего здоровья. Регулярно занимаются физической культурой всего 9,9% УТ. Среди участников исследования 55,9% отметили, что своим образом жизни не удовлетворены. Наличие заболеваний и нездоровый образ жизни не может не сказываться на работоспособности, эффективности и качестве труда ВТУ.

Анализ распространенности синдрома «психоэмоционального выгорания» среди ВТУ выявил, что 77,6% ВТУ Оренбургской области имеют

формирующийся и сформировавшийся синдром «психоэмоционального выгорания».

Предлагаемая методика оценки психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности не требует финансовых вложений и временных затрат, вместе с тем позволяет определить потенциал возможностей специалиста и способности его эффективно работать в должности ВТУ.

Кроме этого, в рыночных условиях в отечественном здравоохранении, к сожалению, не создан экономический и правовой механизм, побуждающий руководителей МО принимать эффективные меры по обеспечению здоровых и безопасных условий труда. Более того, действующая система экономических и правовых отношений в области охраны труда в отрасли здравоохранения не только противостоит негативным тенденциям, но и сама их воспроизводит, что является главным признаком кризиса, источником социальной напряженности в среде ВТУ.

В настоящее время отсутствуют законодательные механизмы по поводу компенсации ущерба здоровью и утраты трудоспособности в процессе профессиональной деятельности УТ в связи с отсутствием научно обоснованных медико-биологических методов и правовых норм по оценке уровней профессиональных рисков не только в секторе производства МУ на уровне первичного звена, но и в целом в здравоохранении.

Последние тридцать лет отечественное здравоохранение переживает ряд реформаторских преобразований, значительные коррективы которых произошли в системе оказания МП на догоспитальном этапе. В первую очередь это относится к процессам государственной политики здравоохранения, связанным с выделением приоритетных направлений развития отечественного здравоохранения, а именно, первичного звена оказания МП. Особенности процессов в современном здравоохранении требуют новых, нестандартных решений в организации первичной медико-санитарной помощи, с детализацией научного обоснования и перспективным решением совершенствования организации. В рамках такого подхода должен осуществиться переход от системы организации ПМСП

по обращаемости к системе управления здоровьем каждого человека на протяжении всей жизни.

Наше исследование показывает, что ПМСП взрослому населению по участковому принципу по-прежнему:

- работает в режиме возможностей МО здравоохранения (обеспеченность кадрами, материальная оснащенность, приоритет обращаемости);
- характеризуется преобладанием экстенсивных показателей и формальным подходом к преобразованиям отрасли, в том числе и мероприятиям, связанным с ними;
- не использует потенциальные возможности межведомственного взаимодействия, включая административный аппарат территории обслуживания;
- не в полной мере использует возможности государственной политики в области охраны здоровья населения;
- базируется на административно-бюрократических принципах.

В ходе проведенного исследования были выявлены локальные и комплексные проблемы, возникающие при оказании ВТУ медицинской помощи. Они носят накопительный характер с мощным бюрократическим фундаментом, содержащим устойчивый комплекс дезорганизационных факторов, среди которых перспективные направления теряют практический выход еще на этапе формулировки концептуальных подходов.

Необходимо создание условий, позволяющее ВТУ концентрировать внимание в своей профессиональной деятельности не только в момент обращения пациента за помощью.

В работе доказана связь психоэмоциональной составляющей трудового процесса ВТУ со степенью удаленности терапевтического участка от МО. Только при условии создания оптимального транспортного доступа можно использовать при оценке эффективности деятельности ВТУ такие критерии как длительность ожидания приема, соответствие структуры рабочего времени нормам, время, затрачиваемое на дорогу до и по участку.

Совершенствование условий профессиональной деятельности должно базироваться на медицинской, социальной и экономической эффективности, определяющейся за счет создания условий самосовершенствования, совершенствования условий труда и отдыха, а также созданию условий заинтересованности в высоких показателях деятельности.

Это направление позволит снизить психическое напряжение, испытываемое ВТУ, создать более комфортные условия трудового процесса.

Развитие мероприятий по межведомственному взаимодействию с МО и немедицинскими организациями в его должном исполнении позволит усилить значимость профессиональной деятельности ВТУ для общества, связанного с самосознанием и культурой здоровья каждого человека, тем самым отражаясь на разгрузке психоэмоционального напряжения самих врачей.

ВЫВОДЫ

1. Установлено, что в медицинских организациях Оренбургской области отмечается недостаточная укомплектованность штатных должностей физическими лицами врачами-терапевтами участковыми, которая составляет - 91,7%, коэффициент совместительства -1,2. Укомплектованность штатами ВТУ в Оренбургской области был выше на 1,8%, чем в ПФО и на 3,2%, чем в целом по РФ.

2. Выявлены достоверные различия в числе посещений врачей-терапевтов участковых (от 5,7 до 23,9 на одного жителя) в зависимости от характеристики участков, обслуживаемых врачами-терапевтами участковыми и организации обеспечения рабочего процесса. Посещаемость врачей-терапевтов участковых сельским населением ниже, чем в городах области (8,4 и 10,9 соответственно). В структуре посещаемости врачей-терапевтов участковых основную часть занимают посещения по поводу заболеваний (от 2,9 до 5,6.). Посещения с профилактической целью составляют от 1,1 до 4,9 соответственно.

3. Установлено, что в Оренбургской области средний возраст врачей-терапевтов участковых женщин составил $46,3 \pm 2,1$ года, мужчин - $54,7 \pm 2,3$ года. Основная часть врачей-терапевтов участковых имеют стаж работы по специальности более 25 лет. Основной причиной выбора профессии ВТУ (54,2%) было предоставляемое условие трудоустройства.

4. Установлено, что среди врачей – терапевтов участковых в 39,7% случаев имеется сформировавшийся синдром психоэмоционального выгорания; в 37,9% случаев имеются признаки начинающегося синдрома психоэмоционального выгорания; у 22,4% врачей первичной врачебной медико-санитарной помощи – отсутствовали признаки синдрома.

5. Доказано, что на формирование психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности врача-терапевта участкового оказывают влияние такие факторы как: тип расселения ($r=0,52$); своевременность окончания приема ($r=0,37$); степень трудовой занятости прикрепленного населения

терапевтического участка ($r=0,18$); удаленность терапевтического участка от медицинской организации ($r=0,11$); наличие очереди на прием ($r=0,10$); возрастной состав населения терапевтического участка ($r=0,09$); наличие на территории обслуживаемого населения общежития ($r=0,07$); обеспеченность ВТУ транспортом для обслуживания терапевтического участка ($r=0,07$).

6. Разработанный и апробированный в условиях эксперимента комплекс предупредительных мероприятий, к которому относятся обучающие тренинги и курсы по профилактике синдрома психоэмоционального выгорания (специальные занятия в группах профессионального и личностного роста, повышение коммуникативной компетентности, «Балинтовский метод») и корректирующих мероприятий – создание условий, направленных на совершенствование организации трудовой деятельности с индивидуальным подходом с учетом предложенной методики оценки PEL- коэффициента (оптимизация условий профессиональной деятельности, тренинги, направленные на работу с негативными эмоциями) позволил снизить психоэмоциональную нагрузку у врачей на 11,7%.

Предложения

I. Министерству здравоохранения Оренбургской области:

- рассмотреть вопрос о целесообразности включения коэффициента психоэмоциональной нагрузки в оценке профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых руководителем структурного подразделения медицинской организации;

- осуществлять мониторинг психоэмоциональной нагрузки врачей-терапевтов участковых в медицинских организациях, оказывающих ПМСП;

II. Медицинской организации

- использовать методику расчета коэффициента психоэмоциональной нагрузки в целях совершенствования качества оперативного управления организацией трудового процесса врачей-терапевтов участковых;

- изыскать возможности для организации мероприятий по психоэмоциональной разгрузке врачей-терапевтов участковых и их стрессоустойчивости в медицинских организациях, оказывающих ПМСП в амбулаторных условиях.

Список сокращений

АПО – амбулаторно-поликлиническое обслуживание

АПП – амбулаторно-поликлиническая помощь

АПС – амбулаторно-поликлиническая служба

АПУ – амбулаторно-поликлиническое учреждение

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВОП – врач общей практики

ВТУ (УТ) – врач-терапевт участковый

ВУ – врачебный участок

ГК – Гражданский кодекс

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ИЛО – индивидуально-личностные особенности

МКБ-10 – Международная классификация болезней 10-го пересмотра

МО – медицинская(-ие) организация(-и)

МП – медицинская помощь

МСЭ – медико-социальная экспертиза

МУ – медицинская услуга

ОМС – обязательное медицинское страхование

ПМСП – первичная медико-санитарная помощь

РФ – Российская Федерация

СПЭВ – синдром психоэмоционального выгорания

СПУ – стационарно-поликлиническое учреждение

СМП – скорая медицинская помощь

ТУ – терапевтический участок

ТФОМС – территориальный фонд обязательного медицинского страхования

УП – врач-педиатр участковый

ФЗ – Федеральный закон

ФСС – Фонд социального страхования РФ

ФФОМС – Федеральный фонд обязательного медицинского страхования РФ

PEL (psycho-emotionalload) – психоэмоциональная нагрузка

PDCA – планируй (plan), выполняй (do), проверяй (checkstudy), действуй (act)

Литература

1. Авдеева, М.В. Актуальность совершенствования профилактики хронических неинфекционных заболеваний в системе первичной медико-санитарной помощи / М.В. Авдеева, Ю.В. Лобзин, В.С. Лучкевич // Врач, 2013. – № 11. – С. 83 – 85.
2. Акимкин, В.Г. Функциональные направления деятельности врача-эпидемиолога лечебно-профилактического учреждения [Текст] / В.Г. Акимкин // Поликлиника : Профессиональный журнал для руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ России, 2005. – №4. – С. 6–7.
3. Александровский, Ю.А. Пограничные психические расстройства. /Ю.А.Александровский. – М., 2000. – 496 с.
4. Александровский, Ю.А. Состояния психической дезадаптации и их компенсация./Ю.А.Александровский. – М., 2002.
5. Алексеев, В.М. Правовая регламентация дополнительной диспансеризации работающих граждан [Текст] / В.М. Алексеев, И.В. Шастин // Медицинское право: Федеральный научно-практический журнал, 2009. – № 2. – С. 23–25.
6. Алексеев, Н.А. Экономический анализ амбулаторно-поликлинической службы многопрофильной больницы / Н.А. Алексеев, Н.П. Батина // Главврач : Ежемесячный научно-практический журнал, 2005. – №1. – С. 77–79 : 3 табл.
7. Альбицкий, В.Ю., Гурылева, М.Э., Хузиева, Л.В., Добровольская, М.Л. Качество жизни медицинских работников / Здравоохранение Российской Федерации, 2003. – №3. –С.35–38.
8. Амлаев, К.Р. К вопросу об изучении влияния некоторых социально-экономических факторов на здоровье [Текст] / К.Р. Амлаев // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья : Научно-практический журнал, 2007. – Том 10, №5. – С. 8–11.

9. Аракелов, Г.Г. Стресс и его механизмы // Вестник Московского ун-та. Сер. 14. Психология, 2005. № 4. С. 45–54.
10. Бабаев, А.Б., Максудова З.Я., Нурзод А. Изучение условий труда и состояния здоровья медицинского персонала противотуберкулезных центров. // Вестник Авиценны, 2000. – № 3–4. – С. 56–59.
11. Багрий, М.А. Особенности развития профессионального стресса у врачей разных специализаций: авт.дисс...канд.психол.наук. – М., 2009.
12. Баке, М.Я. Факторы риска здоровья медицинских работников [Текст] / М.Я. Баке, И.Ю. Лусе, Д.Р. Спруджа, и др. // Медицина труда и пром.экология, 2002. –№ 3. – С. 28–33 : 2 ил.
13. Бакиров, А.Б. Профессия и здоровье работников учреждений здравоохранения Республики Башкортостан / А.Б. Бакиров, Л.Б. Овсянникова, Н.С. Кондрова // Медицина труда и промышленная экология, 2012. – № 1. – С. 6–13.
14. Бакутов, С.В., Гуляева, Н.Ю., Денисова, Е.С., Зайченко, С.А., Садовникова, М.В. Профилактические аспекты деятельности участкового терапевта. II Всероссийская неделя медицинской науки с международным участием». 74-я студенческая межрегиональная научно-практическая конференция «Молодые ученые – здравоохранению» ID: 2013-02-8-Т-2294.
15. Баянова, Н.А. Дефицит возможностей участковой службы в современной организации амбулаторно-поликлинической помощи. / Вестник Российского государственного медицинского университета, 2013. – №1. – С.290 – 291.
16. Баянова, Н.А. Роль участковой службы в вопросах профилактики заболеваемости и инвалидности. /Интеллект. Инновации. Инвестиции, 2013. –№ 1. – С.156–157.
17. Бевеликова, Н.М. Правовое обеспечение реформ здравоохранения: опыт Китая, России, США / Н.М. Бевеликова // Медицинское право, 2011. – № 3. – С. 7–16.
18. Бектасова, М.В. Гигиеническая характеристика архитектурно-планировочных решений лечебно-профилактических учреждений города Владивостока и их влияние на условия труда медицинского персонала /

М.В. Бектасова, А.А. Шепарев, Е.В. Ластова // Тихоокеанский медицинский журнал : рецензируемый научно-практический журнал, 2007. – № 3. – С. 85–86.

19. Белякин, С.А. Социально-психологическое обеспечение системы менеджмента качества в медицинской организации [Текст] / С.А. Белякин, Т.В. Казакова, Т.Н. Брескина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал, 2011. – № 4. – С. 26–30 .

20. Бессонова, Ю.В. Психологические особенности профессиональной мотивации деятельности в экстремальных условиях // Профессиональная пригодность: субъектно-деятельностный подход / под ред. В.А. Бодрова. – М., 2004.

21. Бобков, Ю.Г., Виноградов В.М. Фармакологическая коррекция умственной и физической работоспособности // Фармакологическая регуляция процессов утомления / Под ред. Ю.Г. Бобкова. М.: Изд-во НИИ фармакологии АМН СССР, 2002. С. 7–33.

22. Боев, В.С. Систематизированные подходы к решению проблемы очередей в амбулаторно-поликлинических учреждениях [Текст] / В. С. Боев // Поликлиника: Профессиональный журнал для руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ России, 2011. – № 4(ч.2). – С. 38–39.

23. Боевой стресс: стратегии и коррекции. Сб. научных трудов / Под ред. И.Б. Ушакова и Ю.С. Голова. М.: Изд-во ГНИЛИ ВМ МО РФ, 2002. Т. 1.; 2003. Т. 2.

24. Бодров, В.А. Психология профессиональной пригодности. – М.: ПЕР СЭ, 2001. – 402 с.

25. Бойко, В.В. Энергия эмоций в общении. Самара: Информац. Издат. Дом Филин, 1999. – 472 с.

26. Борисова, Е.А. Оценка и аттестация персонала [Электронное издание книги, вышедшей в Санкт-Петербурге в 2003 г.: 18.02.2005] [Текст] // Электронный ресурс ИБО, 2005. – №12. – С. 1–213.

27. Бриштелев, А.С. Стресс-тестирование как инструмент управления рисками в коммерческом банке // Актуальные проблемы современной экономики:

Материалы Респ.конф. молодых ученых, Минск, 25 нояб. 2005 г. / Белорус. гос. экон. ун-т. – Минск, 2006. – С. 34 – 35.

28. Брыксина, Н.В. Теоретические и методологические аспекты проблемы оценки качества деятельности лечебно-профилактических учреждений / Н.В. Брыксина, О.В. Сердюк, Е.В. Ползик // Вестник Уральской медицинской академической науки, 2006. – № 3. – С. 10–14.

29. Васильев, И. В. Проблемы правового регулирования отношений при оказании медицинской помощи [Текст] / И.В. Васильев, А.В. Калиниченко, А.В. Бурдейн // Сибирское медицинское обозрение, 2010. – № 1. – С. 93-96

30. Василюк, Ф.Е. Психология переживания. М., 2003.

31. Васин, Д.Л. Научное обоснование системы оздоровления медицинских работников службы скорой медицинской помощи по танатопрактике: Автореф. дисс...канд. мед.наук. М., 2011. – 25 с.

32. Вахитов, Ш. М. Организация диспансерной работы и управление ею в современных условиях [Текст] / Ш.М. Вахитов, М.В. Блохина, Г.А. Шамсеева // Казанский медицинский журнал : Издание Министерства здравоохранения Татарстана и Казанского государственного медицинского университета, 2005. – Том 86, № 6. – С. 514-518 : 2 ил . – ISSN 0368-4814.

33. Ведерникова, С.Л. [и др.] Оценка результатов хронометражных наблюдений выполнения трудовых операций врачом-нефрологом амбулаторно-поликлинического учреждения // Военно-медицинский журнал, 2010. – Т. 331. – № 6. – С. 36.

34. Винокур, В.А. Синдром профессионального «выгорания» у врачей. // Материалы XXXVII научной конф. «Оптимизация больничной среды средствами новых технологий». СПб., 2004. с. 122–124.

35. Виткин, Дж. Женщина и стресс. – Питер, Санкт-Петербург, 2002г.

36. Власов, В.В. Обновленные Основы : обсуждение проекта Закона «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» / В.В. Власов // Зам. гл. врача : лечеб. работа и мед. экспертиза, 2010. — № 11. — С. 6–13.

37. Волкова, Л.И. Медицина и общество, врач и пациент в XXI веке (новая хартия врачебной профессии) [Текст] / Л.И. Волкова, Ю.Н. Штейнгардт // Рос.мед.журн., 2003. – № 6. – С. 9–10.
38. Галкин, В.А. Участковый терапевт – ведущий врач поликлиники. Проблемы оптимизации подготовки / В.А. Галкин // Медицинская помощь: Научно-практический журнал, 2004. – №3. – С. 27–30.
39. Галкин, В.А. Усовершенствование поликлинической терапевтической помощи – актуальная задача здравоохранения./ Тер. арх., 2005; 1: 6–8.
40. Галкин, В.А. Национальный проект «Здоровье» и задача повышения профессиональной компетенции терапевта поликлиники./ Тер. арх. 2008; 1: 6–9.
41. Галкин, В.А. Поликлиническая терапия. Современные задачи / В.А. Галкин // Терапевтический архив, 2002. – Том: 74, № 1. – С. 5–7.
42. Галкин, Р.А. Семнадцать мгновений обновления здравоохранения России / Р.А. Галкин, И.А. Гехт, Г.Б. Артемьева // Менеджер здравоохранения, 2012г. № 3 – С.13–19.
43. Галкин, В.А. Терапевт поликлиники. Повышение компетенции. Терапевтический архив. Т. 83, №1, 2011, С. 5–7.
44. Гарданова, Ж.Р., Хритинин, Д.Ф., Хобта, Р.В., Меньшикова, А.А. Психологические особенности эмоционального «выгорания» у врачей-неврологов и нейрохирургов // Вестник неврологии, психиатрии и нейрохирургии, 2012. № 4. С. 18–20.
45. Герасименко, Н.Ф. Оценка состояния здоровья населения и уровня медицинского обслуживания [Текст] / Н.Ф. Герасименко, А.В. Ершов, Ю.И. Григорьев // Профилактическая медицина : Научно-практический журнал, 2011. – т. 14, № 6. – С. 3–7 .
46. Гецманова, И.В. Из истории отечественного законодательства в области врачевания и охраны здоровья населения / И.В. Гецманова // Медицинское право, 2010. – № 3. – С. 49–54.

47. Голенков, А.В. Агрессивное поведение: результаты наблюдения и опроса персонала [Текст] / А.В. Голенков, А.А. Седова // Медицинская сестра, 2011. – № 7. – С. 7–10.
48. Голикова, Д.В. Организационные аспекты диспансеризации в условиях ведомственной поликлиники. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Выпуск 3, 2011. – С. 24–27.
49. Голодец, О.Ю. Программа по оптимизации здравоохранения была выполнена / О.Ю. Голодец // Деловой журнал об индустрии здравоохранения «VADEMECUM». – URL: [<http://vademec.ru/news/detail56823.html>].
50. Гончарова, Г.Н. Медико-социальный и психологический портрет организатора здравоохранения [Текст] / Г.Н. Гончарова, Н.А. Горбач, В.В. Упатов // Здравоохранение Рос. Федерации, 2002. – №: 6. – С. 27–31.
51. Горблянский, Ю.Ю. Актуальные вопросы профессиональной заболеваемости медицинских работников [Текст] / Ю.Ю. Горблянский // Медицина труда и промышленная экология, 2003. – №: 1. – С. 8–12.
52. Горбунков, В.Я. Медико-социальные аспекты амбулаторной медицинской помощи пострадавшим в дорожно-транспортных происшествиях / В.Я. Горбунков, Д.А. Бугаев, Д.В. Деревянко. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012г. № 5 – С. 34–36.
53. Грачева, А.Г. Проблемы поликлинической педиатрии и возможности их решения через систему подготовки детских врачей / А.Г. Грачева // Российский педиатрический журнал : Научно-практический журнал, 2005. – №1. – С. 56–58.
54. Гремлинг, С., Аурэнбах С. Практикум по управлению стрессом. СПб.: Питер, 2002. – 325 с.
55. Гринина, О.В. Посемейное изучение здоровья и условий жизни населения в отечественной социальной гигиене [Текст] / О.В. Гринина, И.В. Калмыкова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2002. – № 6. – С. 49–52.
56. Губачёв, Ю.М., Иовлев, Б.В., Карвасарский, Б.Д. и другие. Эмоциональный стресс в условиях нормы и патологии человека. Л., 2002.

57. Гузиков, А.Л. Разработка медицинских информационно-консультативных систем [Текст] / А.Л. Гузиков, А.Г. Чучалин, Г.М. Сахарова // Медтехника, 2003. – №: 6. – С. 41–45 : 5 ил.

58. Гуляева, С.Ф., Гуляев П.В. Национальный проект «Здоровье» и оптимизация качества и стратегии подготовки врачей-интернов на кафедре поликлинической терапии./ Тер. арх. 2009; 1: 7–12.

59. Гусева, Н.К. Рациональная организация клиничко-экспертной работы как путь к оптимизации амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / Н.К. Гусева, В.А. Соколов, Е.В. Бубнова // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза, 2008. – № 6. – С. 32–37.

60. Данилова, Л.В., Борщук, Е.Л., Чолоян, С.Б., Гильмутдинов, Р.Г. Проблемы информатизации регионального здравоохранения./ Медицинский альманах №6, С.12–15.

61. Данилова, Н.В. Возможности оптимизации подготовки кадров для практического здравоохранения / Н.В. Данилова // Менеджер здравоохранения, 2012г. № 3. – С.20–24.

62. Дедкова, Л.Е., Шляхецкий Н.С., Ретнев В.М., и др. Аттестация рабочих мест по тяжести и напряженности условий труда в учреждения здравоохранения.// Материалы юбилейной научной конференции «Медицина труда на пороге XXI века». СПб., 2000. – С. 39–42.

63. Денисов, И.Н. Коммуникативные навыки врачей в амбулаторной практике / И.Н. Денисов, А.Г. Резе, А.В. Волнухин. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012г. № 5 – С.18–21.

64. Денисов, И.Н. Опыт подготовки врачей общей практики (семейных врачей) для Центрального федерального округа [Текст] / И.Н. Денисов, А.И. Иванов // Экономика здравоохранения, 2003. – № 1 (70). – С. 5–10 : 4 ил.

65. Денисов, И.Н. Работа врача общей практики в современных условиях [Текст] / И. Денисов, Е. Новичкова // Врач, 2002. –№ 1. – С. 43–44 : 1 ил.

66. Деркач, А.А. и др. Психологические основы эффективности профессиональной деятельности кадров управления и их непрерывного образования [Электронный ресурс], 2008. – Режим доступа: akmelog.narod.ru

67. Дикая, Л.Г. Актуальные проблемы и перспективы исследований в психологии труда в условиях глобализации: обобщение и анализ проблем, возникающих в профессиональной деятельности под воздействием факторов научно-технической и социально-экономической глобализации в современной России [Текст] // Психологический журнал, 2007. –Июнь (№3). – С. 29–44.

68. Дикая, Л.Г. Психофизиология профессиональной деятельности // Психофизиология: Учебник для вузов / Под ред. Ю.И. Александрова. СПб.: Питер, 2001. С. 379–393.

69. Дмитриева, М.А. Схема описания профессии //Практикум по психологии менеджмента и профессиональной деятельности. Часть 1: Психология профессиональной деятельности/ под ред. Никифорова Г.С., Дмитриевой М.А., Снеткова В.М. – СПб., 2001.

70. Доровских, И.В. Посттравматические стрессовые расстройства у военнослужащих, получивших тяжелые ранения в военном конфликте // Мед.катает.,2007. –№ 1. – С. 48–52.

71. Дронова, Ю.А. Анализ основных прав пациентов в отношении по оказанию медицинских услуг [Текст] / Ю.А. Дронова // Медицинское право, 2003. – № 3. – С. 21–23.

72. Дружилов, С.А. Становление профессионализма человека как реализация индивидуального ресурса профессионального развития [Текст]. – Новокузнецк: Изд-во ИПК, 2002. – 242с.

73. Душков, Б.А., Смирнов Б.А., Королев А.В. Психология труда, профессиональной, информационной и организационной деятельности: Словарь. – М., 2005.

74. Дунаевский, В.В. Наркоман в клинике внутренних болезней. Приемы общения с ним [Текст] / В.В. Дунаевский, А.Д. Кожевников, С.Н. Новиков // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2002. –№ 1(19). – С. 80–82.

75. Егоршин, А.П. Мотивация трудовой деятельности. – М., 2008.
76. Егорышева, И.В. Участие врачей в общественных движениях начала XX века [Текст] / И.В. Егорышева, С.Г. Гончарова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2002. – № 1. – С. 60–62.
77. Ерофеев, С.В. Конфликт между пациентом и медицинским персоналом: анализ и предупреждение [Текст] / С.В. Ерофеев, В.В. Жаров // Медицинское право, 2003. – № 1. – С. 22–24.
78. Ефименко, С.А. Социальный портрет современного участкового врача-терапевта. Диссертация на соискание ученой степени кандидата социологических наук, 2004, – 181 с.
79. Жилаева, Е.П. Роль врача общей практики в пропаганде здорового образа жизни [Текст] / Е.П. Жилаева, В.С. Нечаев, Д.В. Ефремов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал, 2010. – № 1. – С. 47–49.
80. Задионченко, В.О состоянии здоровья врачей (результаты анкетирования) [Текст] / В. Задионченко, Ю. Ливандовский // Врач, 2004. – № 1. – С. 58–60 : 3 ил.
81. Забродина, Л.Е. В помощь участковой педиатрической и семейной медицинской сестре / Л.Е Забродина // Сестринское дело, 2004. – №2. – С. 43–44.
82. Зими́на, Е.И., Кайгородова, Т.В. Информационные потребности врачей первичного звена // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения», 2008. – Январь. [Электронный ресурс]. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/174/30/>.
83. Злобина, Г.М. Хронометражные исследования как условия совершенствования сестринской помощи [Текст] / Г.М. Злобина, Е.В. Сычева, Н.П. Пенкин // Общественное здоровье и здравоохранение : научно-практический журнал, 2009. – № 4. – С. 73–79.
84. Золотухина, Л.В. Особенности психического здоровья врачей-психиатров с синдромом профессионального «выгорания»: Автореф. дисс...канд. мед.наук. Спб., 2011. – 25 с.

85. Иванова, М.А. Нормирование труда – один из путей оптимизации качества оказания медицинской помощи больным // Электронный научный журнал «Социальные аспекты здоровья населения». – 2008. – Январь. [Электронный ресурс]. – URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/42/27>.

86. Иванов, В.В. Условия труда и показатели заболеваемости среднего медицинского персонала ЛПУ: обзор ситуации в регионах [Текст] / В.В. Иванов // Главная медицинская сестра, 2003. – №: 4. – С. 53–58.

87. Иванов, М.В. Опыт изучения удовлетворенности пациентов организацией медицинской помощи в АПУ Воронежской области. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья. Выпуск 3, 2011, С. 101–103.

88. Игликов, В.А. [и др.] Хронометраж работы дерматовенеролога // Российский журнал кожных и венерических болезней : научно-практический журнал, 2004. – № 4. – С. 52–54.

89. Ильин, Е.П. Мотивация и мотивы. –СПб.:Питер,2000.–512 с.

90. Исмагилов, М.Ф. Стационарзамещающие формы организации медицинской помощи больным в условиях реформирования системы здравоохранения [Текст] / М.Ф. Исмагилов, А.Я. Назипова // Неврологический вестник. Журнал имени В.М.Бехтерева, 2009. – т. 41, вып. 4. – С. 61–67.

91. Йилдиз, А.Н. Насилие как фактор профессионального риска среди работников первичной медицинской помощи [Текст] / А.Н. Йилдиз, А. Абадай, С. Балкан // Медицина труда и промышленная экология : Научно-практический журнал, 2008. – № 9. – С. 31–34.

92. Кадырова, С.М. Опыт исследования профилактики синдрома эмоционального «выгорания» медицинских сестер [Текст] / С.М. Кадырова, А.В. Степанов // Главная медсестра, 2004. – №2. – С. 97–101.

93. Кадырова, С.М. Принципы разработки и внедрения в ЛПУ Кодекса поведения сотрудников на рабочем месте [Текст] / С.М. Кадырова, Р.Н. Григорьева // Главная медсестра, 2002. – № 9. – С. 23–27.

94. Казакова, Т.В. Социально-психологические технологии повышения качества медицинской помощи на основе системного подхода и инноваций (часть первая) [Текст] / Т.В. Казакова, Т.Н. Брескина // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, 2011. – №1. – С. 94–99.

95. Каирбекова, С.З. Некоторые правовые аспекты реформирования дополнительного медицинского образования / С.З. Каирбекова // Медицинское право : Федеральный научно-практический журнал, 2007. – № 1. – С. 42–45.

96. Кайбышев В.Т. Здоровье и образ жизни врачей в современных условиях // Материалы V Всероссийского конгресса «Профессия и здоровье». Москва, М.: Дельта, 2006. –С. 20–22.

97. Калашников, К.Н. Ресурсное обеспечение российского здравоохранения: проблемы территориальной дифференциации / К.Н. Калашников // Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз, 2015. – Т. 37. – № 1. – С. 72–87.

98. Калев, О.Ф. Проблемы развития семейной медицины и пути их решения [Текст] / О.Ф. Калев, Н.К. Смирнова, Н.Г. Калева // Актуальные вопросы внутренней патологии: Сборник трудов, посвящ. 10-летию кафедры факультетской терапии ЧелГМА, 2002. – С. 103–107 : 1 ил.

99. Калинина, А.М. Школы здоровья – новые профилактические технологии в первичном звене здравоохранения (обзор) [Текст] / А.М. Калинина, Р.Г. Оганов, Ю.М. Поздняков, и др. // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2002. – Т: 5, № : 6. – С. 3–8.

100. Калининская, А.А. Анализ деятельности общих врачебных практик в условиях села / А.А. Калининская, А.К. Дзугаев, Т.В. Чижикова. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012г. № 2 – С.35–39.

101. Камаев, И.А. Состояние здоровья медицинского персонала многопрофильного стационара по данным социологического опроса // Материалы Всероссийской научной конференции, посвященной 85-летию кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом экономики ММА

им. И.М. Сеченова «Общественное здоровье, управление здравоохранением и подготовка кадров». М.: ММА им. И.М. Сеченова, 2007. С. 57–59;

102. Карачарова, Ю.А. Психологические факторы профессиональной успешности участкового врача-терапевта: Автореф. дисс... канд. псих.наук. – М., 2010. – 23 с.

103. Карлова, П.О. Методические подходы к оценке качества работы врачебных приемов консультативно-диагностических поликлиник / П.О. Карлова, Е.В. Ползик, А.Ю. Лопатин // Уральский медицинский журнал, 2011. – № 10. – С. 148–151.

104. Карчаа, А.Р. Синдром профессионального выгорания у врачей-хирургов: диагностика, методы коррекции, профилактика: Автореф. дисс... канд. мед.наук. – М., 2012. – 25 с.

105. Каштальян, А.А. Анализ затрат труда врачей амбулаторно-поликлинического приема (по материалам хронометражного исследования). / Медицинские новости, 2007. – №8, С.71–74.

106. Кожевников, А.Д. Техника общения с больным [Текст] / А.Д. Кожевников // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2001. – № 4. – С. 72–74.

107. Козлачков, В.В. Отрицательные аспекты компьютеризации лечебно-диагностического процесса в поликлинике / В.В. Козлачков, И.Е. Куликов, Н.Г. Бесова // Главврач : Ежемесячный научно-практический журнал, 2009. – № 2. – С. 60–62.

108. Косарев, В.В., Бабанов С.А. Профессиональные заболевания медицинских работников. Самара: Офорт, 2009. – 232 с.

109. Кремлев, С.Л. Новые формы организации медицинской помощи в амбулаторной службе клиники ЧГМА / С.Л. Кремлев, В.Б. Щетинин // Новые технологии в здравоохранении. – Челябинск : Челябинская государственная медицинская академия, 2002. – Вып. III, № 3. – С. 22–23.

110. Кремлев, С.Л. Новые подходы к диспансеризации населения в работе поликлинической службы клиники ЧГМА / С.Л. Кремлев, В.Б. Щетинин // Новые

технологии в здравоохранении. – Челябинск : Челябинская государственная медицинская академия, 2002. – Вып: III, № 3. – С. 21–22.

111. Кремлев, С.Л. Экономические аспекты деятельности врача общей практики в условиях городской поликлиники [Текст] / С.Л. Кремлев, А.Н. Коваленко // Экономика здравоохранения, 2002. – № 2 (61). – С. 5–7 : 4 ил.

112. Крячкова, О.В. Комплексное социально-гигиеническое исследование условий формирования профессиональной деятельности врача // Автореф. дисс. ... канд. мед.наук: 14.02.03 – общественное здоровье и здравоохранение. – Москва, 2013. – 26 с.

113. Кудрина, Е.А. Характеристика синдрома эмоционального «выгорания», обусловленного профессиональной деятельностью медицинских работников [Текст] / Е.А. Кудрина, Н. Н. Артемьева, Д.А Толмачев // Общественное здоровье и здравоохранение : научно-практический журнал, 2010. – № 3. – С. 34–36.

114. Лаптева, Г.Ф. О поликлиническом обучении как факторе, обеспечивающем эффективное формирование врачебного мышления и личности будущего врача / Г.Ф. Лаптева // Терапевтический архив. – 2002.–Том 74, № 1. – С. 79–81.

115. Левшин, В.Ф. Курение среди медицинских работников [Текст] / В.Ф. Левшин, Н.В. Шутикова // Проблемы управления здравоохранением, 2003.–№ 6 (13).–С. 87–90.

116. Ледер, С., Чабая, Ч., Косевска, А. Некоторые итоги исследований в области групповой психотерапии // Восстановительная терапия и реабилитация больных нервными и психическими заболеваниями. Л.: Медицина, 2002. С. 278–282.

117. Леонова, А.Б. Комплексная методология анализа профессионального стресса: от диагностики к профилактике и коррекции // Психологический журнал, 2004. № 2. С. 76–85.

118. Линденбратен, А.Л. Федеральный закон «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и проблемы управления качеством медицинской помощи / А.Л. Линденбратен. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012г. № 4 – С. 3–5.

119. Литвинцева, Н.А. Психологические аспекты подбора и проверки персонала [Текст] /Литвинцева Н.А. – М.: Управление персоналом, 1996/1997. – (Приложение к журналу «Управление персоналом»). – 400с.

120. Магомедова, С.А., Особенности организации амбулаторно-поликлинической помощи пациентам различного социального статуса в Республике Дагестан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. №2, 2012, С. 24–25.

121. Мазус, А.И. Методологические подходы к формированию кадровой политики ЛПУ как инструмент повышения эффективности работы учреждения и конкурентноспособности предоставляемых услуг [Текст] / А.И. Мазус, И.И. Левин, Д. Л. Виноградов // Экономика здравоохранения, 2009. – № 4. – С. 5–11.

122. Максимова, Т.М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения [Текст] / Т.М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал, 2010. – № 3. – С. 3–7 .

123. Марищук, В.Л. Самоуправление своими эмоциями в условиях психического стресса // Вестник гипнологии и психотерапии. СПб., 2004. №4. С. 56–59.

124. Медведев, В.И. Психологические реакции человека в экстремальных условиях // Экологическая физиология человека. Адаптация человека к экстремальным условиям среды. – М.: 2001. – С. 625–672.

125. Медицинская документация врача-терапевта участкового: методические рекомендации / Сост. А.Г. Солодовник [и др.] ; Кемеровская медицинская академия. – Кемерово, 2010. – 102 с.

126. Межотраслевые методические рекомендации по разработке нормативных материалов для нормирования труда в непроизводственных отраслях народного хозяйства. – М.: Экономика, 1988. – 96с.

127. Методические рекомендации по организации труда в здравоохранении. – М., ГУ ННИИ общественного здоровья РАМН, 2004 – 44 с.

128. Методические основы нормирования труда рабочих в народном хозяйстве. – М.: Экономика, 1987. – 225с.

129. Михайлова, Е.В. Национальные проекты в решении проблемы обеспеченности регионов квалифицированными медицинскими кадрами // Вестник Ижевского государственного технического университета, 2008. – № 3. – С. 74 – 76.

130. Мураховский, А.Г. Реализация диагностических и лечебных технологий оздоровления населения в амбулаторно-поликлинических условиях / А.Г. Мураховский, А.И. Бабенко, Ю.И. Бравве. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. 2012г. № 5 – С. 25–27.

131. Нечаев, В.С. Реформы здравоохранения регионального уровня (провинция Квебек, Канада) / В.С. Нечаев, А.Н. Прокинова, Б.А. Нисан. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012 г. № 2 – С. 44–47.

132. Нормирование труда медицинского персонала амбулаторно-поликлинических учреждений (методические материалы). – М., ГУ ННИИ общественного здоровья, 2004. – 50с.

133. Нормативные материалы по нормированию труда. – М.: Экономика, 1986. – 54с.

134. Нормирование труда и профсоюзы. Учебное пособие. М.: Профиздат, 1985. – 384с.

135. Орёл В.Е. Синдром психического «выгорания» личности. – М., 2005.

136. О проведении в 2008-2009 годах дополнительной диспансеризации работающих граждан: приказ Минздравсоцразвития России от 20.02.2008 № 80н // Главная медицинская сестра : Журнал для руководителя среднего медперсонала ЛПУ, 2008. – № 5. – С. 134–150.

137. О совершенствовании амбулаторно-поликлинической помощи населению Российской Федерации: Приказ МЗ РФ от 20.11.2001 № 350 // Сестринское дело: Приложение, 2003. – № 1. – С. 1–8.

138. Об оснащении диагностическим оборудованием амбулаторно-поликлинических и стационарно-поликлинических учреждений муниципальных

образований: Приказ Минздравсоцразвития России от 01.12.2005 №753 // Главврач : Ежемесячный научно-практический журнал, 2006. –№ 2. – С. 17.

139. Пашиян, Г.А. Правовые основы деятельности врача в современных социально-экономических условиях (VIII Российский национальный конгресс «Человек и лекарство» [Текст] / Г.А. Пашиян, В.В. Жаров, П.О.Ромодановский // Суд.-мед. Экспертиза, 2002. – Том: 45, № 2. – С. 47–48.

140. Пивень, Д.В. Программы модернизации здравоохранения субъектов Российской Федерации и проблемы нормативного регулирования внедрения стандартов медицинской помощи [Текст] / Д.В. Пивень, И.С. Кицул // Менеджмент качества в сфере здравоохранения и социального развития, 2011. –№ 1. – С. 47–49.

141. Письмо Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 26 декабря 2011 г. №16-1/10/2-13164 «Методика расчёта потребности субъектов Российской Федерации в медицинских кадрах». – URL: [<http://old.rosminzdrav.ru/docs/mzsr/education/34>].

142. Плюшкин, В.А. Медицинская помощь как объект конституционного права граждан Российской Федерации: медицинские, экономические и правовые аспекты [Текст] / В.А. Плюшкин // Медицинское право, 2011. – № 1. – С. 12–15.

143. Полишкис, С.А. Рекомендации по определению мощности амбулаторно-поликлинических учреждений и показателей использования кабинетов врачебного приема / С.А. Полишкис // Поликлиника : Профессиональный журнал для руководителей и врачей всех специальностей ЛПУ России, 2005. –№3. – С. 22–28 : 4 табл.

144. Положение об организации деятельности отделения общей врачебной (семейной) практики в составе лечебно-профилактического учреждения: Приложение 4 к приказу МЗ РФ от 20.11.02 №350 [Текст] // Главная медсестра, 2003. – №: 7. – С. 56–57.

145. Полунина, Н.В. Инновационная деятельность лечебно-профилактических учреждений, ее эффективность и влияние на состояние здоровья врачей [Текст] / Н.В. Полунина, Е.И. Нестеренко, В.В. Мадьянова, Д.И. Федоров //

Профилактика заболеваний и укрепление здоровья, 2002. – Том 5, № 4. – С. 3–8: 9 ил.

146. Полунина, Н.В. Медико-организационные новации в деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений / Н.В. Полунина, М.В. Доронкина, В.В. Попов // Российский медицинский журнал : Двухмесячный научно-практический журнал. – 2005. – №6. – С. 5–7 : 1 табл.

147. Поляков, И.В. Оценка состояния здоровья медицинских работников скорой медицинской помощи и влияющих на него факторов [Текст] / И.В. Поляков, А.А. Добрицина, Т.М. Зеленская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал, 2012. – № 1. – С. 25–28 .

148. Попов, А.П. Некоторые аспекты амбулаторно-поликлинической работы в современных условиях. Военно-медицинский журнал. Том 332, №11, 2011, С. 14–19.

149. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 № 1273 «О Программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».

150. Приказ МЗ СССР №715 от 22.07.82 «О дополнительных мерах по улучшению нормирования труда в здравоохранении».

151. Приказ МЗ СССР №646 от 08.04.87 «О расширении прав министров здравоохранения союзных республик».

152. Приказ МЗ СССР №902 от 22.07.87 «Об отмене планирования и оценки работы амбулаторно-поликлинических учреждений по числу посещений».

153. Приказ МЗ СССР №90 от 10.02.88 «О расширении прав руководителей учреждений здравоохранения».

154. Приказ Минздрава СССР №504 от 31.08.89 «О признании рекомендательными нормативных актов по труду Минздрава СССР».

155. Приказ Минздрава СССР №1096 от 16.08.1985 «О мерах по улучшению нормирования труда в системе Министерства здравоохранения СССР».

156. Приказ Минздрава СССР № 560 от 31 мая 1979г. «О штатных нормативах медицинского, фармацевтического, педагогического персонала и работников кухонь областных, краевых и республиканских больниц для взрослых и детей».

157. Приказ МЗ СССР №730 от 14.09.73. «Штатные нормативы медицинского, фармацевтического персонала и работников кухонь городских и областных (краевых, республиканских) кожно-венерологических диспансеров, отделений и кабинетов».

158. Приказ МЗ СССР №1000 от 23.09.81 «Расчетные нормы нагрузки (обслуживания) для врачей амбулаторно-поликлинических учреждений (подразделений)».

159. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации №543н от 15 мая 2012 года «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению» // Российская газета. – URL: [<http://www.rg.ru/2012/12/24/medpomosch-site-dok.html>].

160. Приказ Минтруда России от 30.09.2013 № 504 «Об утверждении методических рекомендаций по разработке систем нормирования труда в государственных (муниципальных) учреждениях».

161. Радченко, С.В. О современном понимании целей и задач информатизации в лечебно-профилактическом учреждении [Текст] / С.В. Радченко // Информ. технологии в здравоохранении, 2002. – № 1–2. – С. 14–16.

162. Райх, А.В., Дубровин, А.А., Чеченин, Г.И. Применение шаблонов, основанных на федеральных стандартах, при оформлении электронной медицинской карты / Медицина и образование в Сибири, 2013, №6.

163. Рачкова, С. Оценка работы персонала [Текст] // Фарм. Обозрение, 2006. – № 7–8. – С. 53–56.

164. Решетников, А.В. Социальный портрет потребителя медицинских услуг в России в период перехода к рыночной экономике. / Социология медицины, 2003, – С.92–101.

165. Роль диспансеризации в сохранении здоровья населения [Текст] // Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения : Обзор российской и зарубежной печати, 2007. – № 7. – С. 37–41.

166. Романовский, Г.Б. Понятие первичной медико-санитарной помощи в российском законодательстве / Г.Б. Романовский // Медицинское право, 2011. – № 6. – С. 7–13.

167. Савинкина, Л.А. Проблема дефицита медицинских кадров и пути её решения / Л.А. Савинкина, Т.С. Шепелова // Современные проблемы науки и образования, 2014. – № 6. – С. 569 – 578.

168. Самоукина, Н.В. Мотивация персонала как проблема [Текст] // Управление персоналом, 2004. – июль (№7). – С.62–66.

169. Саперов, В.Н. Врач и больной: традиционные и новые деонтологические аспекты [Текст] / В.Н. Саперов // Новые Санкт-Петербургские врачебные ведомости, 2001. – № 3. – С. 90–93.

170. Селье, Г. Стресс без болезней. –Спб, ТОО «Лейла»,2003.

171. Силуянова, И.В. Сравнительный анализ федеральных законов о здравоохранении в Российской Федерации с этической точки зрения / И.В. Силуянова // Медицинское право, 2012. – № 3. – С. 3–9.

172. Синявский, В.М. Организация системного управления, учета и контроля в амбулаторно-поликлинической службе / В.М. Синявский, В.А. Журавлев // Главврач : Ежемесячный научно-практический журнал, 2006. – №6. – С. 41–50 : 8 ил.

173. Ситдикова, Л.Б. Гражданско-правовая ответственность в сфере оказания медицинских услуг / Л.Б. Ситдикова // Медицинское право, 2012. – № 3. – С. 9–14.

174. Сквирская, Г.П. Модернизация системы здравоохранения и непрерывного совершенствования качества медицинской помощи как ведущая задача последипломного медицинского образования [Текст] / Г.П. Сквирская // Проблемы управления здравоохранением : Научный журнал, 2011. – № 3. – С. 6–10.

175. Скворцова, В.И. Переизбыток врачей в РФ необходимо устранить / В.И. Скворцова // РИА-новости. – URL: [<http://ria.ru/society/20141222/1039658134.html>].

176. Скворцова, В.И. Необходимо устранить кадровый дисбаланс среди врачей / В.И. Скворцова // Деловой журнал об индустрии здравоохранения «VADEMECUM». – URL: [http://vademec.ru/news/detail45880.html?sphrase_id=37162].

177. Стародубов, В.И. Методологические предпосылки построения современных региональных моделей медицинского обеспечения населения [Текст] / В.И. Стародубов, В.О. Флек, И.М. Сон // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины : Двухмесячный научно-практический журнал, 2010. – № 4. – С. 23–27.

178. Суслин, С.А. Организация деятельности амбулаторно-поликлинического звена в условиях сельского района / С.А. Суслин // Заместитель главного врача: лечебная работа и медицинская экспертиза, 2008. – № 2. – С. 21–29.

179. Сырцова, Л.Е. Диспансеризация: вчера, сегодня, завтра [Текст] / Л.Е. Сырцова // Экономика здравоохранения, 2007. – № 11. – С. 68–72.

180. Сыстерова, А.А. Внедрение инноваций в здравоохранение / А.А. Сыстерова, Е.Г. Тоцкая. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012г. – № 5 – С.17–18.

181. Тихомирова, Л.Ф. Некоторые вопросы изучения образа жизни медицинских работников // Здравоохранение Российской Федерации, 1988. – № 2. – С. 28–30.

182. Тихомиров, А.В. Медицинское право. М.: Статут, 1998. – 418 с.

183. Тишук, Е.А. Современные проблемы качества медицинской помощи [Текст] / Е.А. Тишук, В.О. Щепин // Пробл.соц.гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2003. – № 3. – С. 13–19.

184. Турчинов, А.И. Профессинализация и кадровая политика [Текст]: проблема развития теории и практики. – М., – 1998. – 298с.

185. Фанта, И.В. Хронометраж рабочего времени врача-оториноларинголога // Новости оториноларингологии и логопатологии : медицинский научно-практический журнал, 2001. – № 1. – С. 101–103.

186. Федеральный закон от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».

187. Филатенкова, С.В. Критерии эффективности труда медицинских работников как основа выплат стимулирующего характера по конечному результату. Здравоохранение Российской Федерации, №1, 2011.– С. 35–39.

188. Фокин, М.В., Степанов, С.А. О профессиональных заболеваниях медицинских работников. // Материалы XXXVII научной конференции «Оптимизация больничной среды средствами новых технологий». СПб., 2004. – С. 167–170.

189. Хальфин, Р.А., Таджиев, И.Я. Некоторые итоги и проблемы реформирования системы отечественного здравоохранения // Менеджер здравоохранения, 2010. – № 5. – С. 8–18.

190. Хохлов, Р.А., Минаков, Э.В., Фурменко, Г.И., Ахмеджанов, Н.М. Влияние синдрома эмоционального «выгорания» на стереотипы врачебной практики и клиническую инертность // Рациональная фармакотерапия в кардиологии, 2009. – № 1. – С. 12–22.

191. Хурцилава, О.Г. Обеспеченность населения врачами первичного звена здравоохранения: факты, тенденции и прогнозы / О.Г.Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, Д.Л.Логунов // Врач, 2015. – № 11. – С. 83–85.

192. Шаповал, Н. С. Медицинская деятельность как фактор риска развития профессиональной патологии [Текст] / Н.С. Шаповал, А.А. Шаповал, Е.В. Антипова // Общественное здоровье и профилактика заболеваний : научно-практический журнал, 2007. –№ 2. – С. 26–28 : 2 ил.

193. Шатерникова, И.Н. Потребности трудоспособного населения в медицинских профилактических услугах [Текст] / И.Н. Шатерникова, А.Д. Деев, О.В. Измайлова // Профилактика заболеваний и укрепление здоровья : Научно-практический журнал, 2005. – Том8, № 4. – С. 23–29 : 4 ил.

194. Шильникова, Н.Ф., Анализ социальной удовлетворенности населения амбулаторно-поликлинической помощью. Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2012.– № 1.– С. 40–42.

195. Шипова, В.М., Попова, Л.Г., Ляпунова, Л.И. Организация нормирования труда в амбулаторно-поликлиническом учреждении//Здравоохранение, 2005. – №12. – С.33–38.

196. Щепин, О.П. Здравоохранение как социально-экономическая система [Текст] / О.П. Щепин, В.Ю. Дятлов // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины: Двухмесячный научно-практический журнал, 2012. – № 3. – С. 3-5.

197. Щепин, В.О. К вопросу о кадровом обеспечении амбулаторно-поликлинических учреждений Российской Федерации / В.О. Щепин, О.В. Миргородская // Российская академия медицинских наук. Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья, 2012. – № 6. – С. 174 – 178.

198. Щепин, О.П. Современные проблемы координирования и взаимодействия в управлении здравоохранением [Текст] / О.П. Щепин, Е.А. Тишук // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2002. – №: 5. – С. 23-25.

199. Эхте, К.А., Дербенев, Д.П., Балашова, Л.А.Медико-социальная характеристика сообщества врачей различных специальностей // Социология медицины №1, 2012, С.23–26.

200. Ясько, Б.А. О факторах риска профессионально-личностной дезадаптации в деятельности врача [Текст] / Б.А. Ясько // Пробл.соц.гигиены, здравоохранения и истории медицины, 2003. – № 2. – С. 12-13 : 1 ил.

201. AUniversalTruth: Nohealthwithoutaworkforce. – WorldHealthOrganization, 2014. – URL: http://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/GHWA-a_universal_truth_report.pdf.

202. Aldwin C.M. Stress, coping and development. New York; London:The Guilford Press, 2004.

203. Beehr T.A., Newman J.S. Psychological stress in the workplace. London; New York, 2005.

204. Billings A.G., Moos R.H. Coping, stress and social resources among adults with unipolar depression // *J. of Personal and Social Psychology*, 2004. Vol. 46. P. 877–891.

205. Brooks J.S., Scarano T. Transcendental meditation in the treatment of post-Vietnam adjustment // *J. of Consulting and Development*. 2005. Vol. 64. P. 212–215.

206. Byrne D. Depression-sensitization as a dimension of personality // *Progress in experimental personality research / Progress in experimental personality research / Ed. by B.A. Maher*. New York: Academic Press, 2004. Vol. 1. P. 169–220.

207. Byrne D.C., Whyte Y.M. State and trait anxiety correlates of illness behavior in survivors of myocardial infarction // *International J. of Psychiatry in Medicine*, 2003–2004. Vol. 13. P. 1–9.

208. Hall, T.L. Human Resources for Health A Worldwide Crisis. Global Health Education Consortium / T.L. Hall, N. Bores // Univ. of California at San Francisco, 2007.– URL: [<http://www.cugh.org/sites/default/files/69>].

209. Cheng L.T., Zheng J., Savova G.K., Erickson B.J. Discerning tumor status from unstructured MRI reports – completeness of information in existing reports and utility of automated natural language processing. – *J Digit Imaging*, 2010. – Apr. 23(2): 119–322011.

210. Harris M., Taylor G. Medical statistics made easy. – London : Taylor and Francis, 2006. – 114 p.

211. Frisse M.E. Health information exchange in Memphis: impact on the physician-patient relationship. – *J Law Med Ethics*, 2010. – Spring; 38(1): 50–7.

212. Reng C.M., Tege B., Reicherzer H.G., Nass G., Schacherer D., Boerner W., Schölmerich J. Use of computer applications to support clinical processes. An electronic letter of discharge as resource for DRG-relevant coding. – *Med Klin (Munich)*, 2004. – Sep 15; 99(9): 548–56.

213. Coelho G.V., Hamburg D.A., Adams J.E. (Eds.). Coping and adaptation. New York: Basic Books, 2004.

214. Davidovitz M., Myrick R. D. Responding to the bereaved: An analysis of «helping» statements // Research Record, 2004. Vol. 1. P.35–42.
215. Denenberg V.H. Critical periods, stimulus input, and emotional reactivity: A theory of infantile stimulation // Psychological Review, 2004. Vol. 71. P. 335–357.
216. Doolfy D., Catalano R. The epidemiology of economic stress // American J. of Community Psychology. 2004. № 2. P. 387–409.
217. Dush D.M., Bin M.L., Schroeder H. Self-statement modification with adults: A meta-analysis // Psychological Bulletin. 2003. Vol.94, p. 408–422.
218. EysenkfiJ. The measurement of emotion: Psychological parameters and methods // Emotion, their parameters and measurement / Ed. by L. Levi. New York: Academic Press, 2005. P. 47–63.
219. Fitmey J.W., Mitchell R.E., Cronkite R.C., Moos R.H. Methodological issues in estimating main and interactive effects: Examples from coping-social support and stress field // J. of Health and Social Behavior, 2004. Vol. 25. P. 85–98.
220. Fleming J.S., Courtney B.E. The dimensionality of self-esteem: II. Hierarchical facet model for revised measurement scales // J. of Personality and Social Psychology, 2004. Vol. 46. P. 404–421.
221. Folkman S. Personal control and stress and coping processes: A theoretical analysis // J. of Personality and Social Psychology, 2004. Vol. 46. P. 839852.
222. Folkman S., Lazarus R., Dunkel-Schetter C., DeLongis A., Gruen R. The dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping and encounter outcomes // J. of Personality and Social Psychology, 2006. Vol. 50. P. 9921003.
223. Global public health: a new era. ed. by R. Beaglehole, R. Benita. Oxford [etc]. Oxford university press, 2009. –311p.
224. Marx E.M., Williams J.M.C., Claridge G. C. Depression and social problem-solving//J. of Abnormal Psychology, 2002. Vol. 101.N1. P. 73–84.
225. McGrath J.E. Stress and behavior in organizations // Handbook of Industrial and Organization Psychology/ Ed. by M. Dunnette. Chicago: Rand McNally, 2006. P. 1353–1395.

226. Menaghan E.G. Individual coping efforts: Moderators of the relationship between life stress and mental health outcomes // Psychosocial stress trends in theory and research / Ed. by H.B. Kaplan. New York: Academic Press, 2003. P. 157–191.

227. Menninger K. The vital balance: The life processes in mental health and illness. New York: Macmillan, 2003.

228. Minuchin S. Families and family therapy. Cambridge: Harvard University Press, 2004.

229. Moos R. (Ed.). Coping with physical illness: New perspectives. New York: Plenum, 2004.

230. Murphy L. Coping, vulnerability, and resilience in childhood // Coping and adaptation / Ed. by G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J.E. Adams. New York: Basic Books, 2004. P. 69–100.

231. Parkes K.R. Locus-of-control, cognitive appraisal, and coping in stressful situations // J. of Personality and Social Psychology, 2004. Vol. 46. P. 655–668.

232. Parkes K.R. Personality and coping as moderators of work stress processes: Models, methods and measures // Work and Stress, 2004. Vol. 8. N2. P. 110–129.

233. Reng C.M., Tege B., Reicherzer H.G., Nass G., Schacherer D., Boerner W., Schölmerich J. Use of computer applications to support clinical processes. An electronic letter of discharge as resource for DRG-relevant coding. – Med Klin (Munich), 2004. – Sep 15; 99(9): 548–56.

234. Popkin M.K., Stillner V., Hall R. C. et al. A generalized response to protracted stress // Military Medicine, 2006. Vol. 143. N 7. P.479–480.

235. Ranieri D.J., Weiss A.M. Induction of depressed mood: A test of the opponent process theory // J. of Personality and Social Psychology, 2004. Vol. 47. P. 1413–1422.

236. Rizvi N.H. A critique of the models to study stress // J. of Social Science and Humn, 2005. Vol. 1–2. P. 103–123.

237. Scheier M.F., Carver C.S. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies // Health Psychology, 2005. Vol. 4. P. 219–247.

238. Shapiro D. Neurotic styles. New York: Basic Books, 2005.
239. Simonton D.K. Genius, creativity, and leadership: Hystriometric inquires. Cambridge: Harvard University Press, 2004.
240. Steinberg L. Early temperamental antecedents of adult Type A behaviors // *Developmental Psychology*, 2005. Vol. 21. P. 1171–1180.
241. Suls J., Fletcher B. The relative efficacy of avoidant and nonavoidant coping strategies: A meta-analysis // *Health Psychology*, 2005. Vol. 4. P. 249–288.
242. Turner R.J., Roszell P. Psychological resources and the stress process // *Stress and mental health: Contemporary issues and prospects for the future* / Ed. by W.R. Avison, J.H. Gotlib. New York: Plenum Press, 2004. P. 179–209.
243. Vitaliano P., Russo J., Carr J., Maiuro R., Becker J. The ways of coping checklist: Revision and psychometric properties // *Multivariate Behavioral Research*. 2005. Vol. 20. P. 3–26.
244. Whitbourne S.K. The psychological construction of the lifespan // *Handbook of the psychology of aging* / Ed. by J.E. Birren, K.W. Schaie. New York: VanNostrand, 2005. P. 594–618.
245. White R. W. Strategies of adaptation: An attempt at systematic description // *Coping and adaptation* / Ed. by G.V. Coelho, D.A. Hamburg, J.E. Adams. New York: Basic Books, 2004. P. 47–68.

Уважаемый доктор!

Просим Вас ответить на вопросы анкеты с целью получения достоверной и достаточной информации об условиях труда, степени их вредности, неблагоприятных для здоровья участковых врачей факторов риска и разработки соответствующих профилактических и медико-организационных мероприятий.

1. Пол: мужской – 1
женский – 2.

2. Возраст: до 25 лет – 1
26-35 лет – 2
36-45 лет – 3
46-55 лет – 4
старше 55 – 5.

3. Организационная структура в которой Вы работаете:

Амбулатория – 1
Участковая больница – 2
Амбулаторно-поликлиническое отделение ЦРБ – 3
Поликлиника – 4
Другое – 5. Укажите _____.

4. Укажите удаленность Вашего участка от медицинской организации:

В пределах от 0,5 до 1 км. – 1
От 1 до 2 км – 2
От 2 до 5 км – 3
От 5 до 10 км – 4
От 10 и выше – 5.

5. Ваш участок представлен:

Только многоквартирными домами – 1
Только частным сектором – 2
Примерно одинаковое соотношение многоквартирных домов и частного сектора – 3
Преобладают многоквартирные дома (в них проживает 80 и более % жителей участка) – 4
Преобладает частный сектор (в нем проживает 80 и более % жителей участка) – 5.

6. Имеется ли на участке общежитие:

Да – 1, укажите примерное количество жителей _____
Нет – 2.

7. Стаж работы в должности участкового врача:

до 1 года – 1
от 1 до 3 лет – 2
от 3 до 5 лет – 3
от 5 до 7 лет – 4
от 7 до 10 лет – 5
от 10 до 15 лет – 6
от 15 до 20 лет – 7
от 20 до 25 лет – 8
от 25 до 30 лет – 9
более 30 лет – 10.

8. Наличие квалификационной категории:

нет – 1
вторая – 2
первая – 3
высшая – 4.

нет – 1
есть – 2, указать какие

10. Работали ли Вы на другой должности?

Да – 1; какой (укажите) _____. Нет – 2.

11. Причина выбора профессии участковый врач:

- Вижу себя только в этой должности – 1
- Не было другого выбора – 2
- Другой ответ – 3. Напишите _____.

12. Ваш основной источник дохода: 13. Подрабатываете ли Вы?

Зарплата – 1. Дополнительные источники – 2. Да – 1 Нет – 2.

14. Получаете ли Вы какие-либо социальные выплаты?

- Нет – 1
- Да, пенсию по возрасту – 2
- Да, пенсию по инвалидности – 3
- Да, иное социальное пособие – 4.

15. Ваш доход в расчете на одного члена семьи:

- Менее 2 тыс. рублей – 1
- 2 до 4 тыс. рублей – 2
- 4 до 6 тыс. рублей – 3
- 6 до 8 тыс. рублей – 4
- 8 до 10 тыс. рублей – 5
- 10 до 15 тыс. рублей – 6
- 15 до 20 тыс. рублей – 7
- 20 до 30 тыс. рублей – 8
- 30 до 40 тыс. рублей – 9
- Свыше 40 тыс. рублей – 10.

16. Семейное положение:

- Замужем (женат) – 1
- Не замужем (холост) – 2
- Разведена (разведен) – 3
- Вдова (вдовец) – 4

17. Имеете ли Вы детей в возрасте до 18 лет?

- Да – 1, Укажите количество _____
- Нет – 2.

18. Вы проживаете: 19. Вы проживаете:

- | | |
|------------------------------|--|
| Отдельно с семьей – 1 | В благоустроенной отдельной квартире – 1 |
| С родителями – 2 | В частном доме со всеми удобствами – 2 |
| Со взрослыми детьми – 3 | В частном доме с частичными удобствами – 3 |
| С другими родственниками – 4 | В частном доме без удобств – 4 |
| | В коммунальной квартире – 5 |
| | В общежитии – 6 |
| | Другое – 7. |

20. Хотели бы изменить жилищные условия? Да – 1. Нет – 2. Не знаю – 3.**21. Оцените удовлетворенность жилищными условиями в баллах (максимальное удовлетворение – 5 баллов): 5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.****22. Вы курите? 23. Отношение к алкогольным напиткам:**

- | | |
|---------|-----------------------|
| Да – 1 | Не употребляю – 1 |
| Нет – 2 | Употребляю редко – 2 |
| Иногда | Употребляю часто – 3. |

24. Оценка режима и качества питания:

Удовлетворительно – 1. Неудовлетворительно – 2. Затрудняюсь с ответом – 3.

25. Укажите неудовлетворительные стороны питания:

- Недостаток в пищевом рационе овощей, фруктов, соков – 1
- Недостаток мясных, рыбных продуктов, птицы – 2
- Недостаточное употребление молочных продуктов – 3
- Другое – 4 Укажите _____.

26. Дайте комплексную оценку режима и качества питания по пятибалльной шкале (максимальное удовлетворение – 5 баллов):

5 баллов – 1. 4 балла – 2. 3 балла – 3. 2 балла – 4. 1 балл – 5.

27. Достаточно ли Вы двигаетесь на работе?

Да, более чем – 1. Да – 2. Нет, не достаточно – 3. Другое – 4.

28. В свободное от работы время выполняю работу, связанную с физической нагрузкой:

- Выполняю работу на дому, обеспечивая хозяйственно-бытовую деятельность – 1
- Работаю на приусадебном участке – 2

- Осуществляю прогулки на свежем воздухе – 3
 Занимаюсь спортом – 4
 Ежедневно выполняю физические упражнения – 5
 Выполняю 2-3 раза в неделю физические упражнения – 6
 Выполняю 1 раз в неделю физические упражнения – 7.
- 29. В свободное от работы время:**
 Регулярно смотрю телевизор – 1
 Встречаюсь с друзьями – 2
 Периодически читаю литературу – 3
 Посещаю культурные заведения – 4
 Другое – 5.
- 30. Выполняете ли Вы оздоровительные упражнения для закаливания организма?**
 Регулярно – 1. Иногда – 2. Никогда – 3.
- 31. Оценка фактического физического функционирования**
 Могу легко подняться на лестничный пролет в доме без одышки – 1
 Считаю выполнение такой нагрузки для себя затруднительным – 2.
- 32. Степень физической функциональной готовности**
 Без особого затруднения могу пройти пешком расстояние до 1 километра – 1
 Считаю выполнение такой нагрузки для себя затруднительным – 2.
- 33. Удовлетворены ли Вы своим качеством жизни?**
 Вполне – 1. Недостаточно удовлетворен(а) – 2. Совсем не удовлетворен(а) – 3.
- 34. Выберите самые важные жизненные приоритеты:**
 Семья и дети – 1. Материальное благополучие – 2.
 Помощь людям – 3. Работа – 4. Общение – 5.
 Самореализация личности – 6. Профессиональный рост – 7. Другое – 8.
- 35. Основными источниками информации по укреплению и сохранению здоровья для Вас являются:**
 Телевидение и радио – 1
 Газеты и журналы – 2
 Чтение специальной медицинской литературы – 3
 Курсы повышения квалификации – 4
 Посещение семинаров, консилиумов, тренингов и другое – 5.
- 36. Достаточно ли Вы владеете информацией о здоровом образе жизни и профилактике заболеваний?**
 Имею только общее представление – 1.
 Вполне достаточно – 2.
 Недостаточно – 3.
 Не владею – 4.
- 37. Из мероприятий по профилактике заболеваний Вы используете:**
 Регулярно проветриваю помещения и поддерживаю чистоту воздуха в квартире – 1
 Использую фильтры для очистки питьевой воды – 2
 Регулярно употребляю минеральные воды – 3
 Использую фитотерапию – 4
 Выполняю водные процедуры, физические упражнения, посещаю бассейн – 5
 Играю в спортивные игры – 6
 Посещаю в профилактических целях медицинских специалистов – 7
 Делаю массаж – 8
 Выполняю упражнения для глаз – 9
 Делаю утреннюю гимнастику – 10
 Другое – 11.
- 38. Употребляете ли Вы витаминные препараты или БАДы (нутрицевтики) к пище?**
 Систематически 1 или 2 раза в год – 1. Эпизодически – 2. Не употребляю – 3.

39. В связи с наличием хронических форм заболеваний Вы:

- Соблюдаете диету – 1
- Отказались от вредных привычек – 2
- Использую дорогие лекарственные препараты – 3
- Посещаю занятия по лечебной физкультуре – 4
- Отдыхаю в санаторно-курортных заведениях – 5
- Посещаю физиотерапевтические кабинеты – 6
- Другое – 7.

40. Обращаетесь ли Вы к врачам-специалистам в течение года с лечебной целью?

- Нет – 1.Однократно – 2.Обращаюсь 2 и более раз – 3.

41. Обращаетесь ли Вы к врачам-специалистам в течение года с профилактической целью?

- Нет – 1. Однократно – 2.Обращаюсь 2-3 раза – 3. Более 3 раз – 4.

42. Лечились ли Вы в стационарных условиях? Да – 1.Нет – 2.**43. Осуществляли ли Вы вызов скорой помощи?**

- Да – 1; укажите сколько раз в течение года_____.

- Нет – 2.

44. Как часто Вы обращаетесь за помощью по поводу лечения и протезирования зубов?

- Ни разу – 1. Однократно – 2. 2-3 раза в год – 3. Более 3 раз в год – 4.

45. Испытываете ли Вы в процессе своей профессиональной деятельности физическое напряжение?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

46. Испытываете ли Вы в процессе своей профессиональной деятельности состояние психоэмоционального стресса?

- Нет – 1Иногда – 2Часто – 3

47. Испытываете ли Вы в процессе своей профессиональной деятельности чувство психологического утомления (подавленности)?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

48. Дайте оценку своей психологической нагрузки по пятибалльной шкале (максимальная нагрузка – 5баллов):

- 5 баллов – 1.4 балла – 2.3 балла – 3.2 балла – 4. 1 балл – 5.

49. Дайте оценку своей физической нагрузки по пятибалльной шкале (максимальная нагрузка – 5баллов):

- 5 баллов – 1.4 балла – 2.3 балла – 3.2 балла – 4.1 балл – 5.

50. В процессе трудовой деятельности отмечаете ли Вы неприятные запахи, чувство отвращения?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

51. В процессе трудовой деятельности сталкиваетесь ли Вы с ношением или поднятием тяжестей?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

52. Бывает ли, что Вы переохлаждаетесь или Ваш организм перегревается в процессе трудовой деятельности?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

53. Присутствует ли в процессе трудовой деятельности пыль, грязь, духота?

- Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

54. Обходите ли Вы без обеда либо едой всухомятку? Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.**55. На участок как Вы добираетесь?**

- В общественном транспорте – 1
- На транспорте, предусмотренном организацией, в которой Вы работаете – 2
- На личном транспорте – 3
- Пешком – 4.

56. В случае использования общественного транспорта, испытываете ли Вы тесноту в транспорте или другой дискомфорт (езда стоя, духота и прочее)

Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

57. Распределите структуру рабочего времени в течение рабочего дня – поставьте примерный процент:

Лечебная работа (прием)		Поликлиника	
Профилактическая работа (медицинские осмотры, диспансеризация, консультирование и др.)		Работа на участке (обслуживание вызовов и активные посещения)	
Организационно-методическая работа (заполнение документов, выписка рецептов, участие в планерках, совещаниях и т. д.)		Передвижение до (с) участка	
Итого	100%		100%

58. Зависит ли структура рабочего времени от сезонности?

Если да – 1, то каким образом? _____ (укажите). Нет – 2.

59. Имеет ли место общение с пациентом на темы личного характера?

Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

60. Считаете ли Вы обязательным видом деятельности общение с пациентом на темы личного характера? Да – 1. Нет – 2.

61. Считаете ли Вы себя ответственным за состояние здоровья жителей, проживающих на территории обслуживания Вашего участка? Да – 1. Нет – 2.

61. Знаете ли Вы всех жителей, проживающих на территории обслуживания Вашего участка? Да – 1. Нет – 2.

62. Бывают ли у Вас конфликты с пациентами? Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

63. Испытываете ли Вы чувство удовлетворенности от своей профессиональной деятельности? Нет – 1.Иногда – 2.Часто – 3.

64. Выразите свое отношение к работе

Испытываю психологический комфорт – 1

Испытываю психологический дискомфорт – 2

Затрудняюсь ответить – 3.

65. Нравится ли Вам Ваша профессия и трудовая деятельность?

Да – 1. Нет – 2. Затрудняюсь ответить – 3.

66. Опишите структуру своей занятости при обслуживании пациента, выделяя нужные квадраты таблицы.

Основные виды деятельности	Структура рабочего времени				
	0–10% рабочего времени	11–30% рабочего времени	31–50% рабочего времени	51–70% рабочего времени	71–100% рабочего времени
Организационная работа (согласование графика, подготовка рабочего места, поручения м/с и т.д.)					
Передвижения (до пациента, по поручениям администрации, заверение заведующего и др.)					
Общение с пациентом по причине обращения, включая осмотр, пальпацию, перкуссию, аускультацию, измерение АД и др.					

Продолжение таблицы

Общение с пациентом с профилактической (консультативной) целью, включая участие в медицинском осмотре					
Заполнение документации (карты амбулаторного больного, талона амбулаторного пациента, направлений на госпитализацию, рецептов, отчетов и др.)					
Общение с коллегами, включая различных специалистов с профессиональной (консультативной) целью					
Санитарно-гигиеническое воспитание населения, включая работу в Школах здоровья, в организациях					
Участие в совещаниях, конференциях, самосовершенствование					
Другой вид деятельности (укажите)					

67. Выберите симпатизирующие Вам условия профессиональной деятельности (может быть несколько вариантов):

- Возможность оказания медицинской помощи людям – 1
- Работа связана с общением – 2
- Возможность передвигаться по населенному пункту – 3
- График работы – 4
- Отношения в коллективе – 5
- Расположение места работы – 6
- Уровень зарплаты – 7
- Социальные гарантии – 8
- Другое – 9.

68. Назовите самые непривлекательные факторы профессиональной деятельности:

- Уровень зарплаты – 1
- Численность населения на территории обслуживания – 2
- Характер труда – 3
- Отношения в коллективе – 4
- Расположение места работы к дому – 5
- Необходимость передвигаться по населенному пункту в течение дня – 6
- Наличие постоянного стресса – 7
- Отсутствие возможности обучаться – 8
- Низкий уровень профессиональной информированности – 9
- Низкий престиж профессии – 10.

69. Хотите ли Вы поменять место работы?

- Да, но остаться во врачебной специальности – 1
- Да, на любое другое, где выше зарплата – 2
- Нет – 3
- Затрудняюсь ответить – 4.

70. Дайте оценку своей удовлетворенности организационно-психологическим комфортом на работе и взаимоотношениями в коллективе:

- Вполне удовлетворен (взаимоотношения хорошие) – 1
- Не всегда удовлетворен – 2
- Не удовлетворен – 3.

71. Предложите рекомендации по оптимизации своей профессиональной деятельности и условий труда:

Виды рекомендаций	Самое важное	Менее важное	Не очень важное
Страхование от несчастных случаев			
Организация ежегодных проведенных профилактических медицинских осмотров и организация отдыха в профилакториях			
Выдача спецодежды и оборудования (стетфонендоскоп, градусник, лекарственные средства и др.)			
Обеспечение автотранспортом или выдача проездных билетов на общественный транспорт			
Организация столовой, комнаты отдыха			
Увеличение зарплаты			
Радикальное изменение объема работы, включая пересмотр норм времени, затрачиваемого на обслуживание одного пациента			
Другое			

72. Готовы ли Вы участвовать в мероприятиях по укреплению здоровья в виде

Занятий оздоровительной физкультурой – 1

Участия в консультациях и лекциях по вопросам здоровья – 2

Правильного питания, снижения массы тела – 3

Профилактике стрессовых состояний, выявление индивидуальных факторов риска – 4

Обучения методикам релаксации, дыхательной гимнастики – 5

Другое – 6 Укажите _____.

73. Дайте самооценку влияния условий трудовой деятельности на здоровье:

Влияние благоприятно, способствует сохранению здоровья – 1

Не влияет на здоровье – 2

Неблагоприятно влияет на здоровье – 3.

74. К концу рабочего дня:

Не чувствую усталости – 1

Чувствую утомление периодически – 2

Чувствую небольшое утомление постоянно – 3

Чувствую себя очень уставшим – 4.

75. Дайте оценку психологической нагрузки в процессе профессиональной деятельности

Психологическая нагрузка высокая и постоянная – 1

Периодическое проявление психологического дискомфорта – 2

Отсутствие психологического дискомфорта – 3.

76. Назовите причины формирования психологического дискомфорта:

Причины психологического дискомфорта	Часто	Иногда	Нет
Выслушивание чужих проблем, плача			
Несправедливые претензии пациентов			
Агрессия со стороны коллег и руководства			
Стресс не угодить пациенту при оказании медицинской услуги			
Стресс, конфликтные ситуации при обслуживании пациентов на дому			
Стресс от нехватки времени на прием			

Продолжение таблицы

Постоянное сопереживание			
--------------------------	--	--	--

Непредвиденные различные обстоятельства, не связанные с профессиональной деятельностью			
Отсутствие навыков, умений в ряде ситуаций			
Другое. Укажите			

77. Дайте оценку своего здоровья:

Вполне здоров(а) – 1

Практически здоров(а) – 2

Имеются некоторые проблемы со здоровьем – 3

Имеются серьезные проблемы со здоровьем – 4.

78. Какими заболеваниями вы страдаете?

Острые респираторные заболевания и грипп – 1

Болезни системы кровообращения – 2

Болезни органов пищеварения – 3

Болезни костно-мышечной системы – 4

Болезни нервной системы – 5

Болезни органов дыхания – 6

Болезни эндокринной системы – 7

Болезни мочеполовой системы – 8

Болезни глаз – 9

Болезни уха – 10

Другое – 11.

79. Отметьте жалобы и клинические симптомы, беспокоящие Вас

Донозологические состояния и симптомы заболеваний	Нет	Иногда	Часто
Боли в суставах или ногах при ходьбе			
Беспокоит сердцебиение			
Головокружение			
Боли в позвоночнике			
Боли в области сердца			
Повышенная потливость			
Беспричинная нервозность, раздражительность, плаксивость			
Боли в нижней части живота			
Отрыжка, изжога. Тошнота			
Повышение артериального давления			
Нарушение стула			
Шум в голове			
Трудности с засыпанием			
Боли в верхней части живота при употреблении жирной, мучной, острой пищи			
Повышенная жажда			
Нарушения менструального цикла			
Резкое повышение или снижение массы тела			

80. Как часто в течение года Вы болели? Не болел(а) – 1

Болел(а): 1 раз в месяц – 2

1-2 раза за 6 месяцев – 3

1 раз в году и реже – 4.

Примем во внимание Ваши пожелания и предложения. Спасибо за участие!

Уважаемый доктор!

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 Оренбургской государственной медицинской академии проводит научное исследование, связанное с проблемами организации амбулаторно-поликлинической помощи населению и деятельности участковых врачей. Просит Вас принять участие, ответив на вопросы анонимной анкеты. Ваше мнение важно для нас.

- 1. Пол:** мужской – 1
женский – 2.
- 2. Возраст:** до 40 лет – 1
до 50 лет – 2
до 60 лет – 3
старше 60 лет – 4.
- 3. Вы работаете:**
Узким специалистом в амбулаторно-поликлинической службе – 1
Врачом скорой помощи – 2
Врачом стационара – 3.
- 4. Ваш стаж** _____. **5. Категория** _____
- 6. Семейное положение:** Замужем (женат) – 1
Не замужем (холост) – 2
Разведена (разведен) – 3
Вдова (вдовец) – 4.
- 7. Удовлетворены ли Вы своим качеством жизни?**
Вполне – 1. Недостаточно удовлетворен(а) – 2. Совсем не удовлетворен(а) – 3.
- 8. Выберите самые важные жизненные приоритеты:**
Семья и дети – 1. Материальное благополучие – 2. Помощь людям – 3. Работа – 4.
Общение – 5. Самореализация личности – 6. Профессиональный рост – 7. Другое – 8.
- 9. Дайте оценку своей психологической нагрузке по пятибалльной шкале (максимальная нагрузка – 5баллов):**
5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.
- 10. Дайте оценку своей физической нагрузке по пятибалльной шкале (максимальная нагрузка – 5баллов):**
5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.
- 11. Испытываете ли Вы чувство удовлетворенности от своей профессиональной деятельности?** Нет – 1. Иногда – 2. Часто – 3.
- 12. Работали ли Вы участковым врачом?** Да – 1. Нет – 2.
- 13. Если «да», то почему поменяли должность (укажите) _____.**
- 14. Как часто в течение года Вы обращаетесь к участковому врачу?**
ни разу – 1; 1–2раза – 2; 3–4 раза – 3; более 4 раз – 4.
- 15. Оцените престиж участкового врача среди других врачебных специальностей по пятибалльной системе (5 – самая престижная профессия)**
5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.
- 16. Что, по-вашему, может изменить престиж участкового врача? (укажите) _____.**
- 17. Какие трудности испытывает, по-вашему, участковый врач в процессе своей профессиональной деятельности (несколько вариантов ответа):** постоянный стресс – 1; умение быстро переключаться – 2; постоянный поток пациентов – 3; напряженный график работы – 4; работа с пациентами на дому – 5; передвижение по участку – 6; отсутствие доверия – 7; другое – 8 (укажите) _____.
- 18. Почему, по-вашему, для молодых специалистов работа в сельской местности менее привлекательна?** Отсутствие возможностей, в том числе карьерного роста – 1; условия работы – 2; проблемы с консультативной помощью коллег – 3; график работы – 4; низкий уровень инфраструктур – 5.

- 19. Востребована ли эта профессия участковый врач для населения?**
Очень – 1; да – 2; нет – 3; затрудняюсь ответить – 4.
- 20. Считаете ли Вы участкового врача центральным звеном при оказании помощи населению?**
Да – 1; нет – 2.
- 21. Дайте оценку деятельности работы участковых врачей по пятибалльной шкале (высокая оценка 5 баллов):**
5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.
- 22. Бывают ли у Вас конфликты в процессе профессиональной деятельности с участковыми врачами?**
Нет – 1. Иногда – 2. Часто – 3.
- 23. В процессе профессиональной деятельности, сталкивались ли Вы с «врачебными ошибками» со стороны участковых врачей?**
Нет – 1. Иногда – 2. Часто – 3.
- 24. Слышали ли Вы со стороны своих пациентов об их негативном отношении в сторону участковых врачей?**
Нет – 1. Иногда – 2. Часто – 3.
- 25. Считаете ли Вы свою профессиональную деятельность зависимой от деятельности участковых врачей?**
Да – 1. Нет – 2. Затрудняюсь ответить – 3.
- 26. Кто, по-Вашему, в большей степени несет ответственность за состояние здоровья индивидуума?**
Лечащий врач стационара – 1
Врач скорой помощи – 2
Участковый врач – 3.
- 27. Какое взаимодействие с участковыми врачами, по-Вашему, оптимальное в вопросе лечения и профилактики заболеваний?**
Вы помогаете участковому врачу – 1
Участковый врач помогает Вам – 2
Затрудняюсь ответить – 3.
- 28. Выразите свое отношение к участковым врачам:**
Испытываю уважение – 1
Испытываю жалость – 2
Затрудняюсь ответить – 3
Другое – 4. Напишите _____.
- 29. Считаете ли Вы необходимым совершенствовать амбулаторно-поликлиническую службу, в том числе деятельность участкового врача?**
Да – 1. Нет – 2. Затрудняюсь ответить – 3.
- 30. Готовы ли Вы работать участковым врачом при оптимальных условиях организации?**
Да – 1. Нет – 2. Затрудняюсь ответить – 3.

**Примем во внимание Ваши пожелания и предложения.
Спасибо за участие!**

Уважаемый руководитель!

Кафедра общественного здоровья и здравоохранения №1 Оренбургской государственной медицинской академии проводит научное исследование, связанное с проблемами организации амбулаторно-поликлинической помощи населению и деятельности участковых врачей. Просит Вас принять участие, ответив на вопросы анонимной анкеты. Ваше мнение важно для нас.

- 1. Пол:** мужской – 1
женский – 2.
- 2. Возраст:** до 40 лет – 1
до 50 лет – 2
до 60 лет – 3
старше 60 лет – 4.
- 3. Организационная структура, которой Вы руководите:**
Амбулатория – 1
Участковая больница – 2
Амбулаторно-поликлиническое отделение ЦРБ – 3
Главный врач – 4
Другое – 5. Укажите _____.
- 4. Стаж в должности руководителя** _____. **5. Категория** _____
- 6. Семейное положение:** Замужем (женат) – 1
Не замужем (холост) – 2
Разведена (разведен) – 3
Вдова (вдовец) – 4
- 7. Удовлетворены ли Вы своим качеством жизни?**
Вполне – 1. Недостаточно удовлетворен(а) – 2. Совсем не удовлетворен(а) – 3.
- 8. Выберите самые важные жизненные приоритеты:**
Семья и дети – 1. Материальное благополучие – 2. Помощь людям – 3. Работа – 4.
Общение – 5. Самореализация личности – 6. Профессиональный рост – 7. Другое – 8.
- 9. Работали ли Вы участковым врачом?** да – 1 нет – 2
- 10. Как часто в течение года Вы обращаетесь к участковому врачу?**
Ни разу – 1; 1-2 раза – 2; 3-4 раза – 3; более 4 раз – 4.
- 11. Дайте оценку деятельности работы участковых врачей по пятибалльной шкале (высокая оценка – 5 баллов):**
5 баллов – 1; 4 балла – 2; 3 балла – 3; 2 балла – 4; 1 балл – 5.
- 12. Бывают ли у Вас конфликты с участковыми врачами?**
Нет – 1. Иногда – 2. Часто – 3.
- 13. Выразите свое отношение к участковым врачам:**
Испытываю уважение – 1
Испытываю жалость – 2
Затрудняюсь ответить – 3
Другое – 4. Напишите _____.
- 14. В чем, по-Вашему, главная проблема организации деятельности участкового врача?**
Нехватка врачей – 1
Высокие психоэмоциональные нагрузки – 2
Отсутствие мотивации к работе – 3
Низкий уровень подготовки врачей – 4
Проблемы с распределением рабочего времени – 5
Другое – 6. Напишите _____.
- 15. Считаете ли Вы необходимым совершенствовать амбулаторно-поликлиническую службу, в том числе деятельность участкового врача?**
Да – 1. Нет – 2. Затрудняюсь ответить – 3.

Примем во внимание Ваши пожелания и предложения.

**Карта оценки PЕL-коэффициента профессиональной деятельности
врача-терапевта участкового**

ФИО _____

Дата заполнения _____

Факторы организации		Балл
<u>На территории участка</u>		
1. Тип расселения на терапевтическом участке	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
2. Удаленность терапевтического участка от медицинской организации	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
3. Обеспеченность транспортом на терапевтическом участке	1	
	2	
	3	
	4	
	5	
4. Наличие общежития на терапевтическом участке	да	
	нет	
<u>Состав населения участка</u>		
5. Возрастной состав терапевтического участка	1	
	2	
	3	
6. Степень трудовой занятости населения терапевтического участка	1	
	2	
	3	
7. Доля немобильных и маломобильных граждан на участке	1	
	2	
	3	
8. Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах (ПНД, НД, ПТД, СЦ)	1	
	2	
	3	
<u>На приеме в медицинской организации</u>		
9. Своевременность окончания приема	да	
	нет	
10. Присутствие очереди на приеме	да	
	нет	

Продолжение таблицы

11. Организационная структура медицинской организации	1	
	2	
	3	
	4	
12. Использование компьютера	да	
	нет	
13. Принадлежность кабинета приема	1	
	2	
<u>Индивидуально-личностная характеристика врача</u>		
14. Стаж работы в должности врача-терапевта участкового	1	
	2	
15. Возраст	1	
	2	
16. Наличие особых семейных обстоятельств	1	
	2	
17. Наличие хронических заболеваний	1	
	2	
18. Дополнительная трудовая занятость	1	
	2	
19. Общественная занятость	1	
	2	
20. Научно-исследовательская занятость	1	
	2	
ИТОГО		

Инструкция по заполнению «Карты оценки РЕЛ-коэффициента профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых»

«Карта оценки РЕЛ-коэффициента профессиональной деятельности врачей-терапевтов участковых» (далее Карта) заполняется врачом-терапевтом участковым с целью определения уровня психоэмоциональной нагрузки врачей административно-управленческим аппаратом медицинской организации для повышения эффективности профессиональной деятельности.

Данные о враче заполняются в кабинете заведующего структурным подразделением путем заполнения соответствующих позиций в баллах, обозначенных цифрами, описанных далее.

Заведующий отделением (либо лицо, на которое возложена функция контроля) контролирует правильность заполнения Карты.

Порядок заполнения

В заголовке Карты фиксируются фамилия, имя, отчество врача-терапевта участкового и указывается дата заполнения врачом шестизначным числом.

Заполняется только графа «Балл».

В пункте 1 «Тип расселения на терапевтическом участке» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. В случае, если терапевтический участок представлен только многоквартирными домами, напротив подпункта один ставится 1 балл. Если на терапевтическом участке преобладают многоквартирные дома (в них проживает 80 и более процентов жителей участка), то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если соотношение многоквартирных домов и частного сектора примерно одинаковое – напротив подпункта три ставится 3 балла. Если на участке преобладает частный сектор (в нем проживает 80 и более процентов жителей участка), то напротив подпункта четыре ставится 4 балла. Если терапевтический участок представлен только частным сектором, то напротив подпункта пять ставится 5 баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 2 «Удаленность терапевтического участка от медицинской организации» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если удаленность терапевтического участка от медицинской организации находится в пределах радиуса 1 км, то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если удаленность участка находится в пределах от 1 до 2 км, то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если удаленность соответствует пределам от 2 до 5 км, то напротив подпункта три ставится 3 балла. Если удаленность участка от 5 до

10 км, то напротив подпункта четыре ставится 4 балла. Если удаленность терапевтического участка от медицинской организации выходит за пределы 10 км, то напротив подпункта пять ставится 5 баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 3 «Обеспеченность транспортом на терапевтическом участке» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если врач-терапевт участковый добирается до участка на транспорте, предоставленном медицинской организацией только для обслуживания населения его участка, то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если врач-терапевт участковый добирается до участка на транспорте, предоставленном медицинской организацией для обслуживания населения нескольких участков, то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если врач добирается до участка на личном транспорте, то напротив подпункта три ставится 3 балла. Если врач добирается до участка на общественном транспорте, то напротив подпункта четыре ставится 4 балла. Если врач добирается до участка пешком, то напротив подпункта пять ставится 5 баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 4 «Наличие общежития на терапевтическом участке» проставляется 3 балла напротив слова «да» в случае, если на территории участка имеется общежитие. В случае отсутствия проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 5 «Возрастной состав терапевтического участка» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав до 45 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав от 45 лет до 60 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта два ставится 3 балла. Если на терапевтическом участке преобладает возрастной состав старше 60 лет (30 и более процентов населения участка), то напротив подпункта три ставится 5 баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 6 «Степень трудовой занятости населения терапевтического участка» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если преобладает работающее население независимо от возраста и сферы занятости (более 60% населения участка), напротив подпункта один ставится 1 балл. Если распределение равное между работающим и неработающим населением участка, тогда напротив подпункта два ставится 2 балла. Если неработающего населения меньше на терапевтическом участке (менее 40%), тогда напротив подпункта три ставится 3 балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 7 «Доля немобильных и маломобильных граждан на участке» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет до 1% от населения участка (до 15 человек), то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если на терапевтическом участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет до 2% от населения участка (до 35 человек), то напротив подпункта два ставится 3 балла. Если на участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет свыше 2% от населения участка (свыше 35 человек), то напротив подпункта три ставится 5 баллов. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 8 «Доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если на терапевтическом участке доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания составляет до 1% от населения участка (до 15 человек), то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если на участке доля лиц, состоящих на диспансерном учете в различных диспансерах и центрах по случаю заболевания составляет до 2% от населения участка (до 35 человек), то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если на участке доля немобильных и маломобильных граждан составляет свыше 2% от населения участка (свыше 35 человек), то напротив подпункта три ставится 3 балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 9 «Своевременность окончания приема» проставляется 2 балла напротив слова «нет» в случае, если прием часто (более 2-х раз в неделю) выходит за рамки отведенного времени на прием. В случае своевременного окончания приема проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 10 «Присутствие очереди на приеме» проставляется 3 балла напротив слова «да» в случае, если имеет место скопление людей, ожидающих приема (более 3-х человек) более 2-х раз в неделю. В случае отсутствия очереди проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 11 «Организационная структура медицинской организации» необходимо проставить балл, соответствующий подпункту. Если врач работает в поликлинике, то напротив подпункта один ставится 1 балл. Если врач работает в амбулаторно-поликлиническом отделении районной больницы, то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если врач работает в участковой больнице, то напротив подпункта три ставится 3 балла. Если врач работает в амбулатории, то напротив подпункта четыре ставится 4 балла. Заполнен может быть только один подпункт. В остальных подпунктах проставляются нули.

В пункте 12 «Использование компьютера» проставляется 2 балла напротив слова «нет» в случае, если врач не использует в своей деятельности компьютер. В случае использования проставляются нули напротив слов «да» и «нет».

В пункте 13 «Принадлежность кабинета приема» проставляется 2 балла напротив подпункта один в случае, если врач делит кабинет приема пациентов с другим врачом или врачами. В случае использования кабинета для приема только им проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 14 «Стаж работы в должности врача-терапевта участкового» проставляется 3 балла напротив подпункта один в случае, если стаж работы врача менее 3-х лет или более 20. Если стаж работы врача от 3-х до 20 лет, проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 15 «Возраст» проставляется 3 балла напротив подпункта один в случае, если возраст врача от 30 до 35 лет. Если возраст врача соответствует 50 лет и старше, то напротив подпункта два ставится 2 балла. Если возраст не входит в пределы, указанные выше, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.

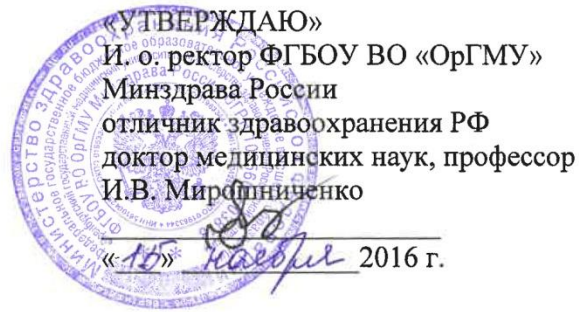
В пункте 16 «Наличие особых семейных обстоятельств» проставляется 3 балла напротив подпункта один в случае, если у врача имеются сложные семейные обстоятельства: смерть близкого человека, уход за больным членом семьи, развод, многодетность, воспитание ребенка в неполной семье, смена места жительства (хотя бы одно из них). Если отсутствуют, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 17 «Наличие хронических заболеваний» проставляется 5 баллов напротив подпункта один в случае, если у врача имеются хронические заболевания. Если отсутствуют, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 18 «Дополнительная трудовая занятость» проставляется 3 балла напротив подпункта один в случае, если врач работает в объеме более одной ставки либо совмещает в другой медицинской организации. Если врач не занят, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 19 «Общественная занятость» проставляется 2 балла напротив подпункта один в случае, если врач занят в общественной деятельности. Например, выполняет роль лидера профсоюзной организации. Если нет, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.

В пункте 20 «Научно-исследовательская занятость» проставляется 4 балла напротив подпункта один в случае, если врач проводит или принимает участие в научном исследовании. Если нет, то проставляются нули напротив подпунктов один и два.



АКТ ВНЕДРЕНИЯ

Результатов кандидатской диссертации С.А. Смирновой на тему «Психоэмоциональная нагрузка как фактор эффективности профессиональной деятельности врача-терапевта участкового» по специальности 14.02.03 – «Общественное здоровье и здравоохранение». В работу кафедры общественного здоровья и здравоохранения №1 федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Комиссия в составе: д.м.н., доцента Л.И. Каспрук, к.м.н. доцента Н.А. Баяновой, к.м.н. доцента Д.Н. Бегуна, подтверждает использование результатов, полученных соискателем С.А. Смирновой в ходе работы над кандидатской диссертацией «Психоэмоциональная нагрузка как фактор эффективности профессиональной деятельности врача-терапевта участкового» в курсе обучения студентов лечебного и педиатрического факультетов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения №1 ФГБОУ ВО «ОрГМУ» Минздрава России.

Доктор медицинских наук, доцент
Кандидат медицинских наук, доцент
Кандидат медицинских наук, доцент

Л.И. Каспрук
Н.А. Баянова
Д.Н. Бегун



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
ОРЕНБУРГСКОЙ ОБЛАСТИ**
(Минздрав Оренбургской области)

ул. Терешковой, д. 33, г. Оренбург, 460006
 телефон: (3532) 77-35-44; факс: (3532) 37-54-76
<http://www.minzdrav.orb.ru/>
 e-mail: minzdrav@mail.orb.ru
 ОКПО 68241318, ОГРН 1105658021171
 ИНН/КПП 5612074128/561201001

№ _____
 На № _____ от _____

«УТВЕРЖДАЮ»

Председатель комиссии по
 внедрению достижений науки и
 техники в практику
 здравоохранения, профессор,
 д.м.н.

[Signature]
 П. Аверьянов
 «16» марта
 для документов



АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

Настоящим актом подтверждается, что для повышения эффективности и качества оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению Оренбургской области была внедрена методика оценки уровня психоэмоциональной нагрузки врачей-терапевтов участковых, представленная в кандидатской диссертации С.А. Смирновой на тему «Психоэмоциональная нагрузка как фактор эффективности профессиональной деятельности врача-терапевта участкового».

Секретарь комиссии по
 внедрению достижений
 науки и техники в
 практику здравоохранения

[Signature]

О. А. Лукина

Утверждаю
 Главный врач ГАУЗ «Оренбургская
 районная больница»,

кандидат медицинских наук

Зверев
 _____ А.Ф.Зверев
 «10» *января* 2019



Акт внедрения

Результаты диссертационного исследования Смирновой С.А. «Оценка психоэмоциональной нагрузки профессиональной деятельности врача-терапевта участкового» под руководством профессора Е.Л.Борщука используется в ГАУЗ «Оренбургская районная больница» с целью совершенствования организации первичной врачебной медико-санитарной помощи взрослому населению Оренбургского района.

Заместитель главного врача
 по амбулаторно-поликлинической работе
 ГАУЗ «Оренбургская районная больница»

Ю.А. Головко