

Академия постдипломного образования  
федерального государственного бюджетного учреждения  
«Федеральный научно-клинический центр специализированных видов  
медицинской помощи и медицинских технологий  
Федерального медико-биологического агентства»

На правах рукописи

**Яроцкий Сергей Юрьевич**

**Совершенствование оценки управленческих компетенций  
заведующих клиническими отделениями медицинских организаций**

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

Диссертация на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**Научный руководитель**  
**доктор медицинских наук, профессор А.В. Кочубей**

**г. Москва, 2023**

**ОГЛАВЛЕНИЕ**

<b>ВВЕДЕНИЕ</b> .....	<b>3</b>
<b>ГЛАВА 1</b> .....	<b>11</b>
УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ГИБКИЕ НАВЫКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ .....	
<b>ГЛАВА 2</b> .....	<b>26</b>
МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ .....	
<b>ГЛАВА 3</b> .....	<b>44</b>
ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ .....	
<b>ГЛАВА 4</b> .....	<b>51</b>
ОЦЕНКА РУКОВОДСТВОМ ПАРАМЕТРОВ РАБОТЫ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ .....	
<b>ГЛАВА 5</b> .....	<b>59</b>
ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЧЕРЕЗ ОПРОС ПОДЧИНЕННЫХ .....	
<b>ГЛАВА 6</b> .....	<b>68</b>
ИЗМЕРЕНИЕ ГИБКИХ НАВЫКОВ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ.....	
6.1. Результаты опроса с помощью решетки Блейка-Моутона .....	68
6.2. Результаты опроса с помощью опросника Томаса-Килмана .....	78
<b>ГЛАВА 7</b> .....	<b>87</b>
СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ, ПОЛУЧЕННЫХ В ИССЛЕДОВАНИИ, С ОБЪЕКТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ .....	
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ</b> .....	<b>97</b>
<b>ВЫВОДЫ</b> .....	<b>111</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ</b> .....	<b>115</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ</b> .....	<b>117</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А</b> .....	<b>137</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б</b> .....	<b>150</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

В 1989 году Всемирная организация здравоохранения определила, что обеспечение качества медицинской помощи невозможно без содействия внедрению инноваций через стимулирование профессионального любопытства работников здравоохранения (WHO, 1989). Такая стратегия Всемирной организации здравоохранения строится на факте о высокой эффективности воздействия на кадровые ресурсы для обеспечения качества медицинской деятельности (Donabedian A., 1966; Брынза Н.С. и соавт., 2017; Кочубей В.В. и соавт., 2018).

Известно, что успешное управление персоналом базируется на определении необходимых компетенций и их совершенствовании на основе регулярной всесторонней оценки (Росздравнадзор, 2017).

Заведующие клиническими отделениями медицинских организаций занимают уникальное положение в иерархии медицинских работников, одновременно выполняя трудовые функции клинического специалиста и организатора здравоохранения (Профстандарт). Занимая позицию врача-руководителя, они обязаны обладать управленческими компетенциями и развивать их (Liang Z., 2008).

К сожалению, российские и зарубежные исследования обнаруживают недостаточную сформированность управленческих компетенций у заведующих отделениями медицинских организаций (Okonkwo U. и соавт., 2020; Dikic M. и соавт., 2019; Каримова Д.Ю. и соавт., 2019; Хаустова Э.Е., 2019).

Следует отметить, что перечни компетенций необходимые в сфере управления здравоохранением, разрабатываемые профессиональными сообществами в разных странах, довольно похожи (Stefl M.E., 2008; Найговзина Н.Б. и соавт., 2016; Liang Z. и соавт., 2018). Но прогрессивные системы управления персоналом, в попытках сформировать когорту компетентных менеджеров и лидеров здравоохранения (McCallin A, Frankson C., 2010; Townsend K. и соавт., 2012), фокусируют усилия на измерении и изменении гибких навыков врачей-

руководителей (Decker P.J., 1999). Учитывая, что гибкие навыки являются неотъемлемой переменной компетентности в сфере управления (Khajeghyasi R.V., 2021; Gordon M. и соавт., 2012; Edgar S. и соавт., 2014), требования к развитию гибких навыков у врачей-руководителей, для которых менеджмент здравоохранения является профессией, усиливаются (Ackerly D.C., соавт., 2011; Pielach M. и соавт., 2018; Enterkin J. и соавт., 2013).

Гибкие навыки можно развить с помощью соответствующей подготовки (Gordon M. и соавт., 2012; Rea T. и соавт., 2018; Arat M., 2014), но они плохо преподаются в традиционной системе медицинского образования (Kataoka H. и соавт., 2019; Александрова О.А. и соавт., 2019; Sawleshwarkar S. и соавт., 2017), и зачастую формируются методом проб и ошибок (Hutagalung D. и соавт., 2020).

Гибкие или социальные навыки напрямую связаны с личностью, образом жизни (Hendarman A.F. и соавт., 2012), психологическим благополучием и его составляющими: автономией, личностным ростом, позитивным отношением, управлением окружением, удовлетворением жизнью (Baard, P.P. и соавт., 2004; Lynch, M.F. и соавт., 2005; Pulcrano M. и соавт., 2016; Németh A. и соавт., 2016; Shanafelt T.D. и соавт., 2018; Синбухова Т.Д. и соавт., 2019). Данная связь позволяет сделать предположение, что обоснование инструментов оценки гибких навыков может базироваться на результатах измерения психологического благополучия помимо объективных показателей работы.

### **Степень разработанности темы**

Отечественные исследования управленческих компетенций заведующих отделениями малочисленны, но имеют схожие результаты. Исследование Каримовой Д.Ю., Закальского В.А. и соавторов показывает, что при назначении на должность не учитывается компетентность в вопросах управления; но врачи из резерва заинтересованы в повышении своих компетенций; а тренинги эффективны для развития управленческих компетенций (Каримова Д.Ю., Закальский В.А., 2019; Закальский, В. А., 2019; Закальский В.А. и соавт., 2018). В публикациях Хаустовой Э.Е., а также Гайдарова Г.М. и соавторов говорится о недостаточности управленческой компетентности заведующих отделениями, необходимости их

развития в рамках дополнительного образования и объективизации оценки квалификации и вознаграждения (Хаустова Э.Е., 2019; Гайдаров Г.М. и соавт., 2018). Конаныхина А.К. указывает на несоответствие управленческих компетенций требованиям профессионального стандарта (Конаныхина А.К., 2018).

Единичные исследования оценки отдельных гибких навыков также демонстрируют их ограниченность у заведующих отделениями, в частности навыка управления временем (Супрунов О.В., Супрунова И.К., 2019; Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2020) и лидерства (Кантарева, П., Веселинова Т., 2021; Kravchenko, E. M., 2018). Публикации за 2012-2022 годы о результатах иных исследований по оценке гибких навыков у заведующих отделениями в реферативной базе eLibrary не найдены.

Психологическое благополучие медицинских работников изучается активно продолжительное время. Благодаря исследованиям психологического благополучия установлено его влияние на качество медицинской помощи (Shanafelt T.D. и соавт., 2016; Dewa C.S. и соавт., 2017; Salyers M.P. и соавт., 2017; West C.P. и соавт., 2018; Tawfik D.S. и соавт., 2018; NASEM, 2019; Dyrbye L.N. и соавт., 2020), на систему организации здравоохранения (Shanafelt T.D., 2021; Health Resources & Services Administration, 2020), на развитие гибких навыков (Pulcrano M. и соавт., 2016; Németh A. и соавт., 2016; Shanafelt T.D. и соавт., 2019; Синбухова Т.Д. и соавт., 2019), а также выявлены повышение распространённости психологического неблагополучия (Pedersen A.F. и соавт., 2013), и зависимость психологического благополучия от специальности (Kamal A.H. и соавт., 2016; Puffer J.C. и соавт., 2017; Pedersen A.F. и соавт., 2018), социокультурных признаков (Al-Dubai S.A.R. и соавт., 2010; Vandebroek S. и соавт., 2017; Marôco J. и соавт., 2016;), возраста (Blanchflower, D. G., Oswald, A. J., 2017).

Вместе с тем результаты отечественных исследований психологического благополучия заведующих отделениями, опубликованные с 2012 по 2022 год, в реферативной базе eLibrary не найдены. Также среди отечественных публикаций за данный период не обнаружено опубликованных работ о валидации инструментов

оценки гибких навыков работников, в том числе сферы здравоохранения, на основе их психологического благополучия.

**Цель исследования:** обоснование инструментов оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций для использования в системе управления персоналом.

**Задачи исследования:**

1. Изучение психологического благополучия заведующих клиническими отделениями.
2. Оценка руководством параметров работы заведующих клиническими отделениями.
3. Определение развития управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями через опрос подчиненных.
4. Измерение гибких навыков заведующих клиническими отделениями.
5. Сравнительный анализ результатов оценки заведующих отделениями, полученных в исследовании, с объективными показателями качества работы отделений.

**Научная новизна**

1. Актуализированы данные о состоянии психологического благополучия заведующих отделениями медицинских организаций, в том числе его зависимости от половозрастных и социальных признаков.

2. Впервые получены данные оценки руководством медицинских организаций таких параметров работы заведующих отделениями как инициативность, самостоятельность принятия решений, работа в команде, своевременность выполнения работы, дисциплина, качество и количество работы, профессиональные знания. Определена связь между отдельными параметрами работы, между их оценкой и полом оцениваемого, оценкой и должностью руководителя.

3. Определена степень (масштабность) использования управленческих компетенций заведующих отделениями медицинских организаций в работе. Изучена связь частоты применения управленческих компетенций между собой, с

возрастом, стажем, полом заведующих отделениями, а также подчиненных, дающих оценку.

4. Получены новые данные по самооценке гибких навыков лидерства и управления конфликтами заведующих отделениями, а также связи уровня гибких навыков между собой, с трудовой нагрузкой, возрастом, стажем, психологическим благополучием заведующих отделениями.

5. Проведена стандартизация инструментов оценки гибких навыков. Обнаружена связь результатов оценки психологического благополучия, гибких навыков с использованием апробируемых инструментов и показателями качества работы отделений.

### **Теоретическая и практическая значимость работы**

Применяемая методология исследования может быть использована для обоснования иных инструментов оценки персонала.

Расширены представления о психологическом благополучии медицинских работников и управленческих компетенциях заведующих отделениями, а также социально-демографических признаках, влияющих на них.

Инструменты, апробированные в исследовании, применимы в системе оценки персонала на уровне медицинской организации для управления персоналом, на уровне образовательной организации для разработки и модернизации образовательных программ, а также формирования траекторий индивидуального обучения.

Результаты исследования актуальны для органов управления при разработке и корректировке стратегии кадровой политики.

Результаты исследования полезно учитывать различным учреждениям, органам и ведомствам при осуществлении проектов и внедрении инноваций, реализация которых проходит с привлечением заведующих отделениями.

### **Внедрение результатов исследования в практику.**

Результаты диссертационного исследования в части стандартизированных инструментов оценки гибких навыков и практических рекомендаций внедрены в работу медицинских организаций (ФГБУЗ ЦМСЧ №119 ФМБА России, ГБУЗ

Московской области «Солнечногорская больница», ГБУЗ Московской области «Лобненская Центральная городская больница») для совершенствования управленческих компетенций руководителей всех уровней и профилактики профессионального выгорания сотрудников медицинских организаций (Приложение Б).

Результаты диссертационного исследования используются при разработке и реализации программ дополнительного образования по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. Стандартизированные инструменты оценки гибких навыков применяются до и после обучения по данной специальности для построения индивидуальной траектории обучения и контроле результатов обучения.

#### **Методология и методы исследования**

В работе применены общенаучные и специальные методы исследования. Относящийся к специальным методам исследования контент-анализ был использован при проведении литературного обзора. Специальный метод социологического опроса использовался при решении всех задач исследования. Социологический опрос проводился заочно анонимно с использованием анкет с закрытыми типами ответов. Методы описания, наблюдения, анализа, аналогии, измерения, синтеза, обобщения, относящиеся к общенаучным, применялись на всех этапах диссертационной работы. Обработка данных, полученных в процессе исследования, проводилась с использованием статистических методов в автоматизированной программе статистической обработки SPSS, 23. Для представления результатов анализа данных применен графический метод.

#### **Положения, выносимые на защиту**

Результаты оценок гибких навыков с использованием апробируемых инструментов коррелируют между собой, с объективными показателями работы отделений, уровнем психологического благополучия респондентов, и могут использоваться для оценки развития управленческих компетенций заведующих отделениями медицинских организаций.

Результаты оценок у заведующих отделениями медицинских организаций гибких навыков, проводимые в рамках дополнительного профессионального образования и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, различны.

### **Степень достоверности и апробация результатов исследования**

Тема диссертации является частью научной темы Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России «Исследование теоретических и практических вопросов здоровья и управления здравоохранением» (номер государственной регистрации 121110800178-4 от 08.11.2021. Утверждение темы диссертации состоялось на Ученом Совете Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России (протокол №4-2022 от 22 декабря 2022 года).

Методология исследования, поэтапные результаты диссертационной работы были доложены и обсуждались на заседаниях кафедры экономики и маркетинга в здравоохранении, межкафедральных заседаниях, заседаниях научно-экспертного совета и Ученого совета Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России; врачебных конференциях Московского областного госпиталя ветеранов войн, ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, ФГБУ ВМТ ФМБА России, ФГБУЗ ЦМСЧ№119 ФМБА России; на XXVII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (21-22/11/2021, Москва); на XXVIII Всероссийском съезде сердечно-сосудистых хирургов (20-22/12/2022, Москва).

Достоверность результатов исследования основывается на репрезентативном объеме и качестве выборочных совокупностей, актуальных и адекватных задачам методах исследования и сбора данных, применении автоматизированных программ статистического анализа.

### **Публикации**

По материалам исследования опубликована 21 печатная работа, в том числе 3 – в журналах, входящих в Международные базы цитирования, 17 – в журналах Перечня ВАК / Перечня РUDN.

### **Личный вклад соискателя в получение научных результатов, изложенных в диссертации**

Идея и концепция исследования принадлежат автору. Определение дизайна исследования выполнено совместно с научным руководителем с долей участия автора 95%. Модерация валидизации используемых анкет, сбор материала, формирование базы данных, статистическая обработка данных, их анализ, подготовка текста рукописи, включая раздел выводов и практических рекомендаций, выполнены автором. Авторский вклад в работу составляет не менее 98%.

### **Соответствие диссертации паспорту научной специальности**

Диссертационная работа соответствует паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза, пунктам 13, 15, 16.

### **Структура и объем работы**

Текст рукописи диссертационной работы изложен на 153 страницах. Рукопись состоит из введения, обзора литературы, описания методологии и методов научного исследования, 5 глав с результатами собственного исследования, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, приложений. В список литературы вошло 237 библиографических ссылок, из них 185 иностранных авторов.

## ГЛАВА 1

### УПРАВЛЕНЧЕСКИЕ КОМПЕТЕНЦИИ, ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ И ГИБКИЕ НАВЫКИ МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ

Качество медицинской помощи остаётся одним из самых обсуждаемых и изучаемых предметов исследований во всем мире с середины прошлого века. Только в международной реферативной базе PubMed по ключевому слову «качество» найдено 19 278 обзоров, опубликованных в 2021 году.

В 1989 году Всемирная организация здравоохранения указала одной из основных целей по обеспечению качества медицинской помощи содействие внедрению инноваций путем стимулирования профессионального любопытства работников здравоохранения [220]. Такая стратегия Всемирной организации здравоохранения объясняется тем, что воздействие на кадровые ресурсы является высокоэффективным способом обеспечения качества медицинской деятельности [5,25,90].

Многочисленные исследования привели к выводу, что управление человеческими ресурсами имеет решающее значение для достижения и поддержания высокого качества в системе здравоохранения [101]

Профессионализм работников здравоохранения исключительная основа для совершенствования процессов и результатов [91]. Вместе с тем профессиональное любопытство сотрудников зависит от множества факторов, в том числе психологического благополучия и его составляющих, например, удовлетворения жизнью, отношения человека к личностному росту и воспринимаемой трудоспособности [78]. Более того, крайней формой психологического неблагополучия является выгорание, для которого характерны не только эмоциональное истощение и деперсонализация, но и снижение личного удовлетворения работой и личных достижений, роста [187].

К сожалению, медицинские работники являются профессиональной группой, подверженной риску психологических нарушений [22,110,253], так как испытывают высокий уровень стресса и психологических расстройств [61,63,210].

Изучение психологического благополучия проводилось среди врачей [79,187,208] и медсестер [80,150] различных клинических специализаций, в разных странах. Особенность трудовой деятельности заведующих клиническими отделениями заключается в том, что они одновременно выполняют трудовые функции клинического специалиста и организатора здравоохранения [37], то есть повышенная трудовая нагрузка сочетается с ответственностью за работу подразделения. Эти факторы, а также требования к овладению более широким спектром компетенций и к реализации профессионального развития по клинической специальности и в области менеджмента, могут отрицательно влиять на психологическое благополучие данного контингента сотрудников медицинских организаций.

Исследования показали, что психологическое неблагополучие врача связано с увеличением количества медицинских ошибок, снижением удовлетворенности пациентов, к более длительному времени восстановления после выписки и снижением профессиональных усилий [87,96,97,156, 191,202, 231]. Депрессии, как одно из худших проявлений психологического неблагополучия, являются основной причиной врачебных ошибок [144]. Кроме того, психологическое неблагополучие и снижение профессиональной удовлетворенности создают дополнительную нагрузку на систему здравоохранения, пытающуюся удовлетворить растущие потребности в медицинской помощи в условиях нехватки рабочей силы [198].

Вот почему в 2017 году Национальная медицинская академия запустила программу Action Collaborative по улучшению психологического благополучия медицинских работников, видя эпидемический уровень худших проявлений психологического неблагополучия как выгорание, депрессии и самоубийства среди врачей, медсестер и других медицинских работников [98].

Серия исследований Shanafelt и соавторов определила повышение распространенности психологического неблагополучия у врачей разных специальностей от 39,6% до 54,4% [196,197,200,201,206]. Подтверждает данные Шанафельта лонгитюдное исследование датских ученых, которое говорит, что

распространенность психологического неблагополучия увеличилась с 2,6% до 3,7% в период с 2004 по 2012 год, а 7-летняя частота выгорания составила 13,0% [168].

Исследования показывают, что психологическое благополучие зависит от специальности врача, так распространенность эмоционального выгорания среди врачей по назначению обезболивающих препаратов составляет 7,3% [182], среди врачей научного центра здоровья – 9,8% [232], среди врачей общей практики – 25,0% [169], среди урологов 28,9% [160], среди пластических хирургов 30,0% [178], среди семейных врачей – 50,7% [175], среди неврологов 60,1% [75], среди врачей паллиативной помощи 61,9% [123], среди анестезиологов 69,6% [129].

Влияние на психологическое благополучие социокультурных факторов подтверждает разная частота эмоционального выгорания у врачей одинаковых специальностей из разных стран. Так среди китайских анестезиологов частота выгорания 69,6%, а среди голландских 19,8% [226], среди датских врачей общей практики 25,0%, а среди голландских – 19,5% [224], среди японских неврологов 21,6% [158], а среди американских неврологов – 60,1%, среди американских врачей 54,4%, среди японских врачей – 22,1% [190], среди врачей Йемена – 11,7% [57], среди бельгийских врачей – 5,1% [227], среди китайских врачей – 12,1% [233], португальских врачей – 43,6% [146]

Результаты исследований о связи пола с психологическим благополучием противоречивы. Метаанализ, выполненный Low и соавторами показывает, что врачи-резиденты мужского пола и более старших возрастных групп имеют худшее психологическое благополучие [140]. Мета-исследование Cañadas-De la Fuente и соавторов обнаружило худшее психологическое благополучие мужчин среди среднего медицинского персонала [76]. В другом исследовании сообщается, что женщины-хирурги больше подвержены выгоранию по сравнению с коллегами-мужчинами [92]. Kannampallil и соавторы также сообщают, что выгорание чаще встречается среди женщин [124]. В исследовании Morgantini L. И соавторов женщины-врачи сообщали о более высоком эмоциональном выгорании по сравнению с их коллегами-мужчинами [154]. В одной из работ говорится, что

женщины-медики, как правило, испытывают более низкую удовлетворенность работой и субъективное благополучие, чем мужчины [153], и даже имеют более высокий уровень самоубийств, чем их коллеги-мужчины [107].

В некоторых исследованиях сообщается, что психологическое неблагополучие женщин связано с эмоциональным истощением, тогда как мужчин с деперсонализацией [118,177].

Нельзя не сказать об исследованиях, объясняющих худшее психологическое благополучие женщин-врачей в связи с дискриминацией по признаку пола [26,29,52,195]. Женщины-врачи сообщают о неравенстве возможностей в признании и доверии [210]. Женщин на руководящих должностях в сфере здравоохранения меньше, чем мужчин, что приводит к меньшим возможностям для гендерно-согласованного союзничества и гендерно-совместимого наставничества [138,139,173]. Неясно, возникает ли гендерный разрыв в лидерстве из-за различий в желании продолжить карьеру лидера или из-за многочисленных системных барьеров, которые мешают женщинам занимать руководящие должности, поскольку женщины-врачи сообщают о большей частоте барьеров на пути к карьере, продвижения по службе, чем их коллеги-мужчины [138,147,236]. Существует значительное гендерное неравенство в профессиональных и академических возможностях в области медицины. Отчеты показывают, что женщины получают меньше грантов, наград и недостаточно представлены в качестве спикеров на конференциях, им присваиваются менее значимые ученые звания, они имеют более низкую зарплату [71,77]. Кроме того, женщины-врачи значительно чаще сталкиваются с гендерной дискриминацией по сравнению с мужчинами во время обучения [116,166]. Одно исследование показало, что женщины-анестезиологи сообщают о самом высоком уровне материнской дискриминации на рабочем месте среди всех медицинских специальностей [55].

Интерес представляет исследование Lucia-Casademunt A.M. и соавторов, в котором обнаружено, что психологическое благополучие имеет гендерные различия, а удовлетворенность условиями труда одинакова у лиц разного пола [141]. Важный вывод заключается в том, что удовлетворение основных

психологических потребностей играет более значимую роль между гендером и психологическим благополучием. Влияние на психологическое благополучие удовлетворенности условиями труда было одинаковым вне зависимости от пола, государственных режимов, общего благосостояния.

Ряд исследователей не находят гендерной специфики психологического благополучия [117,149]. Но поскольку женщины составляют огромную долю работников здравоохранения во всем мире [105], исследования влияния пола на психологическое благополучие, в том числе его опосредованность, актуальны.

Важным является изучение влияния возраста на психологическое благополучие [38,134] медицинских работников, учитывая высокую долю пенсионеров и лиц пожилого возраста среди них, в том числе среди заведующих отделениями. Почти два десятилетия назад Динер, Су, Лукас и Смит пришли к выводу, что благополучие не зависит от возраста [88]. Однако в 2006 году Easterlin и соавторы, публикуют данные об изменении уровня психологического благосостояния в течение жизненного цикла [99]. Исследование Lachman и соавторов говорит, что снижение психологического благополучия у лиц среднего возраста есть, но совершенно не значительное [132]. Мульти центровое исследование, проведенное в 45 странах, в котором приняло участие 59 тысяч человек, показало, что психологическое благополучие планомерно снижается с 15 лет до 50 лет, оставаясь практически на одном уровне до 80 лет [69].

Удовлетворенность жизнью является важнейшим компонентом психологического благополучия, поэтому исследования его детерминант имеют большое значение и проводятся во всем мире [43,157,176,186,205]. Кроме того, удовлетворенность сотрудников является одним из неперенных условий системы непрерывного улучшения качества [86,185].

Существует множество проблем в любой национальной системе здравоохранения, которые способствуют ухудшению психологического благополучия медицинских работников, в том числе плохое кадровое обеспечение, трудности цифровизации, что приводит к сокращению времени работы с пациентами, и увеличению нагрузки [126]. Четвертая цель в системе

здравоохранения *Quadruple* — улучшение условий труда и благополучия клиницистов [70].

В начале 2000-х о низкой удовлетворенности жизнью врачей, в том числе профессиональной, говорилось как о факте [212,237]. Однако обзор англоязычной литературы, опубликованной за четверть века, обнаружил только пять публикаций, основанных на оригинальных исследованиях удовлетворенности врачей [106,109,143,213,230]. Причем только одно из них показывало на снижение удовлетворенности жизнью у врачей общей практики в Массачусетсе, США [155]. Но исследования последнего десятилетия 21 века показывают положительное изменение удовлетворенности жизнью врачей США. Результаты оценки удовлетворенности жизнью и работой врачей в США в 2017 году лучше, чем в 2011 и 2014 годах [201]. Результаты национального опроса врачей в Канаде показало, что большинство врачей удовлетворены своей нынешней профессиональной жизнью [65]. Лонгитюдное исследование, проведенное в Норвегии, также показало рост удовлетворенности жизнью и работой за период 1992–2004 годов [159]. Вместе с тем опрос китайских врачей выявил относительно низкую удовлетворенность работой со средней оценкой в 19,61 балл из максимальных 30 [86]. Причем конфликт между работой и семьей снижает удовлетворенность профессиональной жизнью. Российские исследования также показывают худшую удовлетворенность жизнью у врачей по сравнению с немедицинскими работниками [43].

Автономия и позитивное отношение также являются составляющими психологического благополучия. Основываясь на обзоре литературы автономия и позитивное отношение наиболее важные факторы для личностного роста и развития, включая профессиональное [188]. Автономия необходима для адаптации на рабочем месте и хорошей производительности [64]. Автономия положительно связана с оптимальным функционированием сотрудников [142]. Позитивное отношение помогает почувствовать связанность, принятие коллективом, профессиональное родство [67]. Шелдон и соавторы подчеркивают важность децентрализованного принятия решений, наличия горизонтальной, помимо

вертикальной, передачи информации в организации, ценность командной работы, чтобы обеспечить чувство автономии и позитивного отношения у сотрудников [209].

Заведующие клиническими отделениями в силу выполняемой обобщённой трудовой функции «управление структурным подразделением» являются ключевыми фигурами обеспечения качества медицинской помощи [37], кроме того, они являются резервом на должность руководителей медицинских организаций. Подобное уникальное положение в иерархии руководства обязывает заведующих отделениями обладать компетентностью в области управления и постоянно улучшать управленческие компетенции [1].

Однако, исследование ГНЦ ФМБЦ им А.И.Бурназяна ФМБА России по изучению управленческих компетенций заведующих отделений анестезиологии и реанимации многопрофильного стационара, делает вывод, что при назначении на должность не учитывается компетентность в вопросах управления. Врачи из резерва заинтересованы в повышении своих компетенций, а тренинги эффективны для развития управленческих компетенций [14,15,18].

Похожее мнение о недостаточности управленческой компетентности заведующих отделениями, необходимости их развития в рамках дополнительного образования, а также об объективизации оценки квалификации и вознаграждения высказывает автор из Первого Московского государственного медицинского университета им. И. М. Сеченова [48]. Об актуальности развития управленческих компетенций заведующих отделениями в соответствии с профессиональным стандартом посредством модернизации программ дополнительного профессионального образования пишут иркутские ученые [8]. Необходимость формирования нового поколения управленцев, способных к реализации инноваций и креативных решения, подчеркивают московские исследователи [20]. Слабое развитие управленческих компетенций демонстрируют исследования по изучению организации рабочего времени заведующих отделениями. Ростовские исследователи [44,45] обнаруживают низкую компетентность управления временем. Похожие результаты получены в исследовании рабочего времени

заведующих отделениями центральных районных больниц Республики Дагестан [6,7]. Хронометраж работы заведующих позволил установить, что 15% рабочего времени используется нерационально. Одновременно в исследовании установлена связь между качеством медицинской помощи и рациональным распределением рабочего времени.

Оценка управленческих компетенций в исследованиях зарубежных коллег подтверждает, что в медицинских организациях у руководителей всех уровней недостаточно сформированы управленческие компетенции [162]. Даже при самооценке управленческих компетенций врачи-руководители указывали на необходимость повышения уровня данных компетенций [89].

Напомним, что Всемирная организация здравоохранения определяет компетенцию как сочетание знаний, навыков и способностей, необходимых для эффективного выполнения задачи [30]. Healthcare Leadership Alliance, консорциум шести крупных профессиональных организаций, использовал исследования и опыт индивидуальных процессов аттестации, чтобы сформулировать пять областей компетенций, общих для всех практикующих менеджеров здравоохранения: (1) управление коммуникациями и отношениями, (2) профессионализм, (3) лидерство, (4) знание системы здравоохранения и (5) деловые навыки и знания [216]. Исходя из понимания ВОЗ и Healthcare Leadership Alliance, управленческие компетенции неразрывно связаны с гибкими навыками [33,135].

В последние годы использование термина «гибкие навыки» расширилось, чтобы охватить различные качества, черты, ценности и признаки [222]. Хотя перечень гибких навыков постоянно пополняется, так как растет потребность личности и общества в социальной компетентности и, связанным с ней профессиональным успехом [81,83,183], основными в списке остаются лидерство, социальная адаптивность, критичность, коммуникативные способности, навыки командной работы [53].

Гибкие навыки дополняют жесткие навыки и повышают производительность труда работника любой сферы, в том числе здравоохранения [81], и необходимы для роста человеческого капитала [183].

Жесткие навыки являются «техническими» требованиями работы, которые поддаются количественной оценке и им можно научиться по книгам, например знание иностранного языка, получение степени или сертификата, способность использовать технические средства, программирование [66,119].

Напротив, гибкие навыки — это больше личностно-ориентированные навыки межличностного общения, такие как работа в команде, гибкость, терпение, убеждение и управление временем. Гибкие навыки включают в себя правила, которые меняются в зависимости от типа работы и ожиданий коллег [100,111]. Гибкие навыки лежат в основе социальной компетентности, придают людям оптимизм, уверенность и дарят заряд энергии для личного и профессионального успеха [83].

Гибкие или социальные навыки связаны с личностью [114], образом жизни, их можно укрепить с помощью соответствующей подготовки [62,111,181]. К сожалению, гибкие навыки плохо преподаются в традиционной системе медицинского образования [1,125,194], вместо этого они формируются методом проб и ошибок [119].

Вместе с тем, медицинские работники, прошедшие обучение гибким навыкам, например, навыкам эмпатии, показывают лучшее взаимодействие с пациентами [120,133,179,192]. Врачи, улучшившие коммуникативные навыки, лучше помогают пациентам преодолеть страх лечения [167]. Выявление и расстановка приоритетов межличностных навыков улучшает качество работы врача и организатора здравоохранения [127].

Несмотря на важность гибких навыков для врача, число отечественных публикаций о гибких навыках работников сферы здравоохранения невелико. В одной из статей говорится о необходимости развития гибких навыков у студентов медицинских вузов и об эффективности методов активного обучения, которые должны применяться при освоение всех дисциплин [31]. В публикации московских исследователей предлагается программа для развития гибких навыков у врачей для улучшения взаимодействия с пациентами [49].

Отдельно следует остановиться на исследовании лидерских навыков врачей-руководителей. Внимание к развитию лидерских навыков подтверждает разработка глобальным консорциумом Международной федерации больниц по управлению здравоохранением перечня лидерских компетенций для менеджеров медицинских услуг. Данный перечень служит одновременно катализатором и ресурсом для определения навыков, знаний и способностей, необходимых для управления здравоохранением [112].

Развитие навыков лидерства у врачей-руководителей влияет на психологическое благополучие подчинённых сотрудников, резидентов, коллег, иных сотрудников окружения [93,94,95,199, 203,204]. При этом ряд исследований обнаруживает низкий уровень лидерских компетенций у врачей-руководителей частной и государственной систем здравоохранения [122,234].

Отечественные ученые также изучают вопросы лидерства в здравоохранении, понимая их значимость, в том числе для безопасности труда [41]. В российских публикациях говорится о необходимости развития и реализации лидерского поведения у медицинских сестер [17,24,32,51], о влиянии этических ценностей на ролевые особенности руководителя [10] и эмоционального интеллекта на лидерские качества студентов, интернов, ординаторов, магистров [39], об освоении компетенций лидерства в рамках обучения [2,40,42], о применяемых стилях лидерства менеджерами здравоохранения [16], о важности определенных навыков для лидеров [13], об оптимизации профессионального сопровождения для формирования культуры руководителя [11], о возможности обучения лидерству на рабочем месте [9,47], о роли лидерства в отношении коллективного участия [130].

Непосредственно результаты оценки сформированности навыков лидерства у медицинских работников представлены только в трех отечественных публикациях. В одном из исследований по авторскому опроснику студенты медицинского вуза были разделены на 4 группы по выраженности лидерских качеств, от слабо выраженных до склонности к диктаторскому поведению [42]. Во втором исследовании социологи и психологи с использованием

психодиагностических методик изучали состояние организационных и коммуникативных качеств заведующих отделениями, а также их стили управления. В данном исследовании обнаружено, что демократический стиль используют 16,7% респондентов, а авторитарный 25,6%. Несколько иные результаты получены болгарскими коллегами при изучении стилей лидерства менеджеров здравоохранения с использованием авторского опросника [16]. Авторитарный как основной стиль применяют 28,08 % респондентов, демократический – 28,6%, 38,7% респондентов – это ситуационные пользователи стилей лидерства, и только 4,6% менеджеров выбирают стиль невмешательства.

Следует отметить, что определение стиля лидерства имеет не только персональное значение для профессионального развития руководителя. Улучшение навыков лидерства позволяют превратить сотрудников в членов команды, повысив их продуктивность и эффективность бизнес-процессов, что, в свою очередь, является основой роста и развития организации [34].

Особый интерес вызывают гибкие навыки, связанные с управлением конфликтами. Все медицинские работники должны управлять эмоциями при межличностном взаимодействии, но заведующие отделениями не только взаимодействуют с пациентами и их близкими, коллегами, подчиненными, руководителями, контролерами и экспертами, но зачастую обязаны играть роль демпфера в конфликтах между сторонами [53].

Неурегулированный конфликт дорого обходится организациям здравоохранения, поскольку приводит к текучести кадров, сопровождающейся потерей денег и времени [211]. В Соединенных Штатах Америки менеджеры здравоохранения тратят примерно 359 миллиардов долларов на разрешение конфликтов [152]. Неразрешенные конфликты имеют негативные последствия, выражающиеся в ухудшении качества медицинских услуг [115], а также в снижении лояльности пациентов к медицинской организации и приверженности лечению [60].

Конфликты в медицинских учреждениях – достаточно частое явление в связи с непрерывными изменениями и преобразованиями, которые происходят в

современных организациях здравоохранения, а также с активным взаимодействием между медицинскими работниками [12,180].

Конфликт может возникнуть из-за сложности организации, различных ролевых ожиданий, конкуренции между людьми и отделами, ограничениями при принятии решений, конкуренции за ограниченные ресурсы, нечетких границ работы и личностных различий [19,165]. Частыми причинами конфликта в среде медицинских работников являются большая загруженность, низкая заработная плата и разные инструкции от разных руководителей [27,172]. Личные черты также источник конфликта. Возникновение конфликта и число предпринимаемых попыток к его разрешению различны у людей с разной выраженностью креативности [46], сосредоточенности на себе, самооценки, а также с несовпадающими мировоззрением и индивидуальными доминирующими типами поведения в конфликте [128].

Понимание доминирующего типа поведения в конфликте и осознание ценности других типов позволяет лучше управлять конфликтами в зависимости от ситуаций. Исследования доминирующих типов поведения в конфликте показывают, что медицинские сестры предпочитают конструктивные/позитивные подходы к управлению конфликтами, а не деструктивные/негативные [131,164]. При разрешении конфликтов между врачом и медсестрой в первичной медико-санитарной помощи преобладающим типом поведения у медсестер было избегание, а у врачей – компромисс [85]. Резиденты-анестезиологи первого года последиplomного образования в основном используют компромиссный тип разрешения конфликтов и тип сотрудничества [228]. Среди администраторов последиplomного медицинского образования, резидентов и врачей-преподавателей предпочтительный тип поведения в конфликте – избегание, за ним следовали компромисс и приспособление, тогда как сотрудничество самый редкий тип поведения в конфликте [161].

Управление конфликтами – неотъемлемый и существенный аспект организационной деятельности здравоохранения [59]. Разрешение конфликтов — это больше, чем гибкий навык — это преднамеренное и сознательное усилие,

которое включает в себя некоторое понимание психологии, истории человечества, антропологии и социологии [219]. Обучение персонала навыкам профилактики конфликта является одним из оцениваемых показателей при организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации [36].

Несмотря на важность роли конфликта в системе здравоохранения, исследовательский интерес к этой теме за последние 10 лет снижается [85]. Кроме того, абсолютное большинство исследований изучают поведение в конфликте медицинских сестер, и единичные сравнивают стили управления конфликтом медицинских сестер с другими медицинскими работниками [3,23, 59,131]. При этом исследование Бойко С.Л. и соавторов говорит о востребованности обучения конфликтологии в рамках дополнительного профессионального образования, в том числе врачами-руководителями [4].

Известно, что управление персоналом базируется не только на регулярной оценке, но и на всесторонней оценке [36]. Причем всесторонняя оценка подразумевает получение обратной связи от подчиненных, коллег, руководства, иных сотрудников организации и внешних партнеров. Несмотря на эффективность обратной связи в управлении медицинским персоналом, данный инструмент мало используется [56,103,225].

Исследования обратной связи в медицинских организациях показывают, что с точки зрения затрат и времени, обратная связь от коллег наиболее подходящий и практичный метод [103].

Проспективное лонгитюдное исследование использования обратной связи по работе семейных врачей выявило улучшение в их поведении [229]. В нескольких других исследованиях также сообщалось о положительном ответе на обратную связь; было замечено, что участники либо рассматривали, либо инициировали изменения после этой обратной связи [104,113]. В одном из исследований участники сообщили о значительном улучшении своих клинических навыков, навыков управления временем, общения, в том числе с пациентами [56]. Исследователи определили, что получение отрицательных оценок коллегами

основной мотиватор изменений для врачей [163]. Обратная связь из нескольких источников введена регулирующим органом здравоохранения Великобритании, Генеральным медицинским советом, как часть цикла оценки эффективности работы всех врачей. Генеральный медицинский совет установил, что оценка должна исходить более чем из одного источника (от самого себя, коллег-медиков и немедицинских сотрудников) и охватывать всю профессиональную практику человека [108]. Получение мнения нескольких коллег о работе оцениваемого означает, что генерируется «более полная и точная оценка компетенций сотрудников» [58]. Многие инструменты обратной связи подразумевают самооценку для сравнения собственного восприятия и восприятия другими людьми профессиональной деятельности [73]. В то же время, важным фактором, который повышает результат обратной связи, является эффективное содействие оценщика или фасилитатора [113,214]. Аналогичные результаты были получены Миллером в обзоре 16 исследований о том, что надлежащая фасилитация обратной связи приводит к улучшению работы медицинских сотрудников [151].

Было замечено, что обратная связь воспринимается как полезная только тогда, когда участники считают, что коллеги хорошо знакомы с их работой или они достаточно взаимодействовали с ними. Согласно двум системным обзорам, доверие к оценке – важный фактор принятия результатов обратной связи [72,74].

То есть при соблюдении ряда требований обратная связь принесет пользу организации, так как определит верное направление изменений поведения сотрудников и повысит производительность коллектива [58].

Обзор литературы показал, что меняющийся ландшафт здравоохранения и современные реалии предоставления медицинских услуг требуют от всех работников здравоохранения расширения привычного набора навыков [82]. Индуцирование и управление переменами, их консолидация возможны исключительно с использованием принципиально иного управленческого подхода [171]. Менеджеры здравоохранения должны быть компетентны в выполнении современных управленческих задач и обязанностей [136, 217]. К сожалению, усилия по подготовке компетентных менеджеров и лидеров здравоохранения не

привели к идеальному результату ни в одной стране мира [148, 223]. Отчасти потому, что усиливаются требования к постоянному развитию гибких навыков у врачей-руководителей [54,102,170,215], для которых менеджмент здравоохранения является профессией. Вот почему системы управления персоналом, которые пытаются измерить и изменить гибкие навыки врачей-руководителей, отвечают вызовам времени, и меняют культуру организации в направлении, необходимом для выживания в двадцать первом веке [84,207].

Важность психологического благополучия врачей-руководителей обусловлена его влиянием на качество медицинской помощи [87,96,97,156, 191,202,218,231]. Наличие указанной связи диктует необходимость регулярного измерения психологического благополучия врачей-руководителей, а не только развития у них гибких навыков. Причем если измерение гибких навыков обязательно строиться на обратной связи от разных уровней взаимодействия [58], то для измерения психологического благополучия достаточно самооценки [28,50,189].

Нельзя также забывать, что психологическое благополучие является фундаментом развития гибких навыков [43,157,176,186,205], которые в свою очередь являются неотъемлемой переменной компетентности в сфере управления [100,111,127]. Вот почему апробация инструментов оценки гибких навыков может базироваться на результатах измерения психологического благополучия.

Ожидается, что результаты настоящего исследования могут быть использованы для обеспечения профессионального развития врачей-руководителей, в том числе заведующих отделениями, посредством совершенствования системы оценок развития управленческих компетенций персонала медицинских организаций.

## ГЛАВА 2

### МЕТОДОЛОГИЯ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование проводилось на кафедре общественного здоровья и здравоохранения Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА согласно планам научно-исследовательских работ.

Гипотеза исследования состояла в предположении, что инструменты оценки гибких навыков пригодны для использования в системе оценки персонала в отношении заведующих клиническими отделениями.

Цель исследования: обоснование инструментов оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций для использования при управлении персоналом.

Объект исследования: заведующие клиническими отделениями медицинской организации. Предмет исследования: психологическое благополучие заведующих клиническими отделениями, мнение руководства о параметрах работы заведующих клиническими отделениями, мнение сотрудников отделений об управленческих навыках заведующих клиническими отделениями, гибкие навыки заведующих клиническими отделениями, показатели работы отделений (жалобы пациентов, выполнение плановых показателей, число выявленных нарушений при проверках).

В исследовании приняли участие ГБУЗ Московской области «Московского областного госпиталя ветеранов войн», ФГБУ «Федеральный клинический центр высоких медицинских технологий» ФМБА, ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, ФГБУ ЦМСЧ 119.

В процессе исследования использовались универсальные методы познания (наблюдение, анализ, синтез, обобщение, аналогия), эмпирические научные методы (наблюдение, описание, измерение), теоретические научные методы (теоретического знания, логический), в сочетании со специфическими методами исследования: социологическим (опроса), статистическим (расчет и сравнение средних, медианы, моды, частотный анализ, корреляционный анализ,

параметрические и непараметрические методы анализа), графическим (построение таблиц сопряженности, диаграмм), контент-анализом.

Исследование имело поэтапную реализацию (таблица 2.1). Методы наблюдения, методы сбора информации, источники получения сведений, предмет и основная цель анализа по этапам также обозначены в таблице 2.1.

На первом этапе исследования был выполнен аналитический обзор литературы. Первый этап исследования имел две ступени. Первая ступень проведена в 2015 году, вторая – в 2021 году. В обоих случаях был проведен контент-анализ отечественных и зарубежных публикаций в рецензируемых изданиях, представленных в текстовых Базах данных медицинских и биологических публикаций (PubMed, Scopus, Web of science, РИНЦ). Запрос осуществлялся по различным наборам ключевых слов: психологическое благополучие + выгорание + гибкие навыки + управленческие компетенции + компетентность руководителя + обратная связь + заведующий отделением; (psychological well-being + burnout + soft skills+ competence of the manager+feedback+head of clinical department)

На первой ступени период публикаций был установлен с 2010 по 2015 год, на второй ступени с 2015 по 2021 год. Это позволило при реализации первой ступени получить сведения для начала исследования и создания его программы, при реализации второй ступени – дополнить сведения литературного обзора современными данными по исследуемой теме. В результате запроса на первой и второй ступенях был агрегирован список из 415 публикаций, из них 75 в РИНЦ. Заявленной теме исследования соответствовало 237 публикаций, из них 52 российских. Поиски не велись в серых агрегаторах данных.

На втором-шестом этапах были реализованы с первой по пятую задачи исследования, соответственно.

Таблица 2.1 – Этапы исследования

<i>Методы наблюдения и сбора информации</i>	<i>Источник получения сведений</i>	<i>Предмет анализа</i>	<i>Основная цель анализа</i>
<i>1 этап</i>			
<b>Аналитический обзор литературных данных (2015-2021 гг.)</b>			
Контент-анализ / Выборка по запросу в российских и международных текстовых базах данных медицинских и биологических публикаций (PubMed, Scopus, Web of science, РИНЦ)	Отечественные и зарубежные источники литературы	Компетентность руководителя	Влияние гибких навыков на компетентность руководителя, роль психологического благополучия
<i>2 этап</i>			
<b>Изучение психологического благополучия заведующих клиническими отделениями (2016-2017 гг.)</b>			
Выборочное опросное исследование / Анкетирование	216 анкет	Психологическое благополучие респондентов	Определить уровень психологического благополучия заведующих отделениями

## Продолжение таблицы 2.1

<p><i>3 этап</i></p> <p><b>Оценка руководством параметров работы заведующих клиническими отделениями (2017-2018 гг.)</b></p>			
Выборочное опросное исследование / Анкетирование	425 анкет	Мнение руководства о работе заведующих отделениями	Оценить параметры работы заведующих отделениями по мнению руководства
<p><i>4 этап</i></p> <p><b>Определение развития управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями через опрос подчиненных (2018-2019 гг.)</b></p>			
Выборочное опросное исследование / Анкетирование	433 анкеты	Мнение сотрудников клинических отделений об управленческих компетенциях заведующих отделениями	Определить развитие управленческих компетенций у заведующих отделениями по мнению сотрудников подразделения

## Продолжение таблицы 2.1

<b>5 этап</b>			
<b>Измерение гибких навыков заведующих клиническими отделениями (2019-2020 гг.)</b>			
Выборочное опросное исследование / Анкетирование	432 анкеты	Гибкие навыки заведующих отделениями	Определить уровень навыков делового администрирования и лидерства заведующих отделениями
			Определить уровень навыков профилактики (управления) конфликтов заведующих отделениями
<b>6 этап Сравнительный анализ результатов оценки заведующих отделениями, полученные в исследовании, с объективными показателями качества работы отделений (2019-2021 гг.)</b>			
Сплошное описательное исследование/Выкопировка данных	Отчеты работы подразделений, таблицы данных анкетирования	Работа отделения (жалобы пациентов, выполнение плановых	Выявить связь работы отделения с уровнем психологического благополучия, степенью развития гибких навыков

Продолжение таблицы 2.1

	<p>Результаты оценок психологического благополучия, стиля лидерства, типа поведения в конфликте, полученные от руководства, подчиненных, заведующих отделениями,</p>	<p>показателей, число дефектов, выявленных при экспертизах, интегральный коэффициент)</p> <p>Оценки психологического благополучия, стиля лидерства, типа поведения в конфликте, полученные от руководства, подчиненных, заведующих отделениями</p>	<p>заведующих отделениями, с оценками руководства и сотрудников</p>
--	--	--	---

На втором этапе для изучения психологического благополучия заведующих клиническими отделениями проводился анонимный заочный опрос 216 заведующих клиническими подразделениями, обучавшимися в Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России по программам дополнительного профессионального образования.

Число респондентов, исходя из отсутствия сведений о генеральной совокупности, было определено детерминированным методом на основании суждений экспертов. Характеристики респондентов (таблица 2.2).

**Таблица 2.2 – Характеристика респондентов**

Признаки	Число, абс. (%)	Средний возраст, лет	Средний стаж, лет
Все респонденты	216	47,9±8,08	23,1±8,60
Женщин	93 (43,1).	52,15±6,653	27,06±7,079.
Мужчины	123 (56,9)	44,77±7,621	20,06±8,435
Работали в стационарных условиях	117 (54,2).	44,79±7,715	20,10±8,569
Работали в амбулаторных условиях	99 (45,8)	51,68±6,848	26,59±7,229
Работали в «красной» зоне	114 (52,8)	44,81±7,803	20,14±8,669
Не работали в «красной» зоне	102 (57,2)	51,46±6,878	26,35±7,259
Имели квалификационную категорию	138 (63,9)		
<i>из них высшую</i>	83 (38,4)	47,7±7,19	22,5±7,51
<i>вторую</i>	22 (10,2)	48,1±9,66	23,4±10,06
<i>первую</i>	33 (15,3)	49,7±8,22	25,2±8,78
Без квалификационной категории	78 (36,1)	47,5±8,49	22,7±9,18
Имели ученую степень	63 (29,2)		
<i>из них кандидата наук</i>	48 (22,2)	49,5±8,26	24,2±8,79
<i>из них доктора наук</i>	15 (6,9)	51,9±8,72	27,0±10,27
Без ученой степени	153 (70,8)	47,1±7,82	22,3±8,28
Имеют второе высшее образование	111 (51,4)	47,9±8,25	23,2±8,92
<i>из них по специальности Управление</i>	105 (48,6)		
Без второго высшего образования	105 (48,6)	48,0±7,94	22,9±8,29

Данные признаки выбраны в связи с имеющимися результатами сторонних исследований о влиянии на психологическое благополучие пола, трудовой

нагрузки, личных достижений. Работа в условиях «красной зоны» и в стационаре была нами приравнена к более интенсивной трудовой нагрузке. Формальные признаки профессионального развития: ученая степень, квалификационная категория, второе образование – рассматривались как признаки личных достижений.

Разница стажа женщин и мужчин значима ( $t=7,44$ ,  $p<0,001$ ); разница стажа и возраста респондентов, работающих в амбулаторных и стационарных условиях, значима ( $t=6,87$ ,  $p<0,001$ ).

Условия особого зонирования и усиленного санитарно-эпидемиологического режима для оказания медицинской помощи пациентам с коронавирусом в данном исследовании обозначены как «красная зона».

В период проведения опроса в «красной зоне» работало более 50% респондентов. Разница возраста и стажа в двух группах респондентов, разделенных по признаку работы в «красной зоне», значима ( $t=6,62$ ,  $p<0,001$ ).

Более 60% респондентов имели квалификационную категорию. Стаж ( $t=0,457$ ,  $p=0,095$ ) и возраст ( $t=0,648$ ,  $p=0,197$ ) респондентов без и с квалификационной категории одинаковы.

Около трети респондентов имели ученую степень, а более половины второе высшее образование. Нет значимого различия стажа и возраста респондентов с ученой степенью и без нее:  $t=1,987$ ,  $p=0,048$  и  $t=2,536$ ,  $p=0,012$ ; со вторым высшим образованием и без него:  $t=0,186$ ,  $p=0,853$  и  $t=0,123$ ,  $p=0,902$

Результаты рассчитывались для общей группы, а также отдельно для женщин старше 56 лет и 36-55 лет, мужчин старше 56 лет, 36-55 лет, 20-35 лет. Полученные результаты сравнивались с нормативными значениями у женщин 36-55 лет и мужчин 36-55 лет и 20-35 лет. Среди респондентов женщин 20-35 лет не было.

Для опроса использовалась русскоязычная стандартизированная версия Шевеленковой-Фесенко анкеты Риффа (Шевеленкова Т.Д., Фесенко Т.П., 2005) (Приложение А). Данная версия выбрана потому, что к ней имеются нормативные уровни психологического благополучия по полу и возрасту (таблица 2.3).

**Таблица 2.3 – Нормативные значения психологического благополучия**

Шкала	Мужчины				Женщины			
	20-35 лет		36-55 лет		20-35 лет		36-55 лет	
	М	σ	М	σ	М	σ	М	σ
Позитивные отношения	63	7,12	54	6,52	65	8,28	58	7,59
Автономия	56	6,86	57	7,73	58	7,31	57	5,61
Управление средой	57	6,27	56	8,27	58	7,35	59	8,32
Личностный рост	65	4,94	58	7,80	65	6,04	63	7,90
Цели в жизни	63	5,16	58	8,51	64	8,19	59	6,99
Самопринятие	59	6,99	52	5,31	61	9,08	57	6,14
Баланс аффекта	91	17,09	105	13,66	84	15,61	93	9,58
Осмысленность жизни	99	7,64	95	12,74	97	12,61	95	10,06
Человек как открытая система	65	5,62	63	5,58	65	6,07	64	3,95
Психологическое благополучие	363	24,20	336	33,94	370	34,68	351	23,93

Анкета имеет 84 пункта, образующих 6 шкал: «Личностный рост», «Позитивные отношения», «Управление средой», «Автономия», «Самопринятие», «Цели в жизни» (таблица 2.4).

**Таблица 2.4 – Утверждения по шкалам**

Шкала	Утверждения прямые	Утверждения обратные
Автономия	80, 68, 50, 38, 26, 14, 8	74, 62, 56, 44, 32, 20, 2
Позитивные отношения	79, 67, 49, 37, 25, 19, 1	73, 61, 55, 43, 31, 13, 7
Управление средой	81, 69, 57, 51, 39, 33, 21, 3	75, 63, 45, 27, 15, 9
Цели в жизни	77, 71, 59, 53, 47, 23, 5	83, 65, 41, 35, 29, 17, 11,
Личностный рост	70, 64, 52, 46, 40, 28, 16, 10	82, 76, 58, 34, 22, 4
Психологическое благополучие	81, 80, 79, 78, 77, 71, 72, 70, 69, 68, 67, 64, 59, 57, 53, 52, 51, 50, 49, 48, 47, 46, 40, 39, 38, 37, 36, 33, 30, 28, 26, 25, 23, 21, 19, 16, 14, 12, 10, 8, 6, 5, 3, 1	84, 83, 82, 76, 75, 74, 73, 66, 65, 63, 62, 61, 60, 58, 56, 55, 54, 45, 44, 43, 42, 41, 35, 34, 32, 31, 29, 27, 24, 22, 20, 18, 17, 15, 13, 11, 9, 7, 4, 2
Самопринятие	78, 72, 48, 36, 30, 12, 6	84, 66, 60, 54, 42, 24, 18

Совокупность ряда утверждений образует 3 интегральные категории: «Осмысленность жизни», «Баланс аффекта», «Человек как открытая система» (таблица 2.5). Оценка категорий производится самостоятельно.

**Таблица 2.5 – Утверждения интегральных категорий**

Категория	Утверждения прямые	Утверждения обратные
Осмысленность жизни	81, 77, 72, 71, 70, 59, 57, 53, 51, 48, 47, 46, 45, 23, 5, 3	76, 63, 41, 11, 4,
Баланс аффекта	84, 83, 75, 73, 66, 61, 60, 58, 56, 55, 54, 43, 42, 34, 31, 30, 29, 27, 24, 21, 18, 17, 15, 13, 9, 7	39, 33, 35, 12, 6,
Человек как открытая система	79, 69, 67, 64, 52, 49, 40, 32, 28, 25, 19, 16, 10, 1	

Для ответов и подсчета баллов используется шкала Лайкерта, где 1 балл – полностью не согласен, 2 – не согласен, 3 – скорее не согласен, 4 – скорее согласен, 5 – согласен, 6 – полностью согласен. Ответы обратных утверждений интерпретировались в обратном порядке.

Для шкал и двух категорий «Человек как открытая система», «Осмысленность жизни» лучшее субъективное психологическое благополучие характеризуется большим числом баллов. В отношении категории «Баланс аффекта» действует обратный принцип (о лучшем состоянии свидетельствует меньшая сумма баллов).

Третий этап включала оценку параметров работы 425 заведующих отделениями руководством медицинских организаций.

Проведен опрос 128 руководителей и заместителей руководителей медицинских организаций, которые обучались по программам дополнительного профессионального образования на кафедре экономики и маркетинга в здравоохранении в Академии постдипломного образования ФГБУ Федерального научно-клинического центра специализированных видов медицинской помощи и высоких технологий ФМБА России в 2017-2022 годах. Критерием включения в группу респондентов была должность руководителя и заместителя руководителя медицинской организации на момент проведения опроса. В опросе приняли

участие 35 (27,3%) главных врачей, 47 (36,7%) заместителей главных врачей по лечебной работе, 17 (13,3%) заместителей по экономическим вопросам, 29 (22,7%) заместителей руководителей по иным областям деятельности медицинской организации.

Опрос проводился заочно и входил в перечень заданий тем по управлению персоналом. Респондентов просили дать оценку одного и более заведующих отделениями медицинских организаций, в которых респонденты работают на момент опроса. В случае неполного заполнения полей анкеты она возвращалась респонденту с просьбой внести недостающие сведения. Таким образом, 128 респондентов представили 425 анкет, пригодных для анализа, что соответствовало числу оцененных заведующих отделениями. То есть каждый респондент оценил в среднем 3,32 заведующего отделением. Заведующие отделениями, работа которых была оценена, о проводимой оценке не знали, в данном опросе не участвовали, с результатами опроса ознакомлены не были.

Размер выборочной совокупности определен по методу Отдельновой К.А. (Отдельнова К.А., 1980). Размер выборки в 128 единиц соответствует объему выборки для исследований средней точности, в 425 единицы – повышенной точности, при  $p$ -уровне 0,05.

Из 425 анкет 103 (24,2%) заполнены главными врачами, 135 (31,8%) заместителями главных врачей по лечебной работе, 71 (16,7%) заместителями по экономическим вопросам, 116 (27,3%) заместителями руководителей по иным областям деятельности медицинской организации. Средний возраст респондентов составил  $50,43 \pm 6,80$  лет: главных врачей  $50,17 \pm 7,04$  лет, заместителей по лечебной работе  $50,04 \pm 6,28$  лет, заместителей по экономическим вопросам  $51,58 \pm 7,56$  лет, заместителей по иным вопросам  $50,43 \pm 6,80$  лет.

В опросе использован модифицированный авторами опросник из работы I.Liviu и соавторов.

Принимая во внимание, что опросник существует в англоязычной версии, была проведена его стандартизация через последовательное выполнение следующих шагов: обоснование валидности содержания, обоснование внешней

валидности, обоснование надежности-устойчивости и надежности согласованности. Анкета была переведена на русский язык двумя независимыми профессиональными переводчиками с согласованием прямых и обратных переводов. Содержательная валидность достигнута через экспертный опрос. В качестве экспертов были привлечены 8 научных и научно-педагогических сотрудников, осуществляющих научно-педагогическую деятельность по специальности «общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза», «организация здравоохранения и общественное здоровье» более 5 лет, имеющих ученые степени кандидата и доктора медицинских наук. Средний возраст экспертов  $52,2 \pm 7,6$  лет. При экспертном оценивании изменены формулировки пяти утверждений, добавлены две характеристики в паспортной части анкеты, изменена последовательность трех утверждений. Посредством пилотного опроса и интервью пилотной группы обеспечена внешняя валидность и надежность-устойчивость анкеты. Пилотную группу составили 11 человек из опрашиваемого контингента. Группа для пилотного опроса выбрана по признаку «стаж работы в медицинской организации более 7 лет». Интервью малой пилотной группы показал, что исходные значения утверждений сохранились. Внутренняя согласованность подтверждена значением  $\alpha$ -коэффициента Кронбаха ( $\alpha=1,3 > \alpha$  критического=0,71). Корреляция результатов теста и ретеста через 3 недели пилотного опроса значима ( $p < 0,001$ ).

В рамках опроса респондентов просили дать оценку заведующих отделениями медицинских организаций, в которых респонденты работают на момент опроса. Анализ выполнен по анкетам, в которых были заполнены все имеющиеся пункты. Количество анкет, пригодных для анализа, составило **425** единиц.

Опросник содержал инструкцию по заполнению, характеристики респондента (возраст и должность), характеристики оцениваемого заведующего отделением (пол и возрастную группу: 1 – до 35 лет, 2 – 36-55 лет, 3 – старше 56 лет) и 8 метрик для оценки параметров работы заведующего отделением. По каждой метрике респонденту предлагалось выбрать один из пяти вариантов

ответов, который характеризовал оцениваемого по мнению респондента. Полный опросник представлен в Приложении А.

Четвертый этап предполагал изучение мнений сотрудников отделений о работе заведующих клиническими отделениями для определения развития управленческих компетенции заведующих клиническими отделениями. Опрос выполнялся анонимно заочно среди врачей, получавших дополнительное профессиональное образование в Академии постдипломного образования ФНКЦ ФМБА.

Общее число респондентов, представивших валидные для оценки анкеты, составило 433 человека, что соответствует выборке для исследования повышенной точности по методу Отдельновой К.А. (Отдельнова К.А., 1980). Характеристики респондентов представлены в таблице 2.6. В отношении оцениваемых указывалась одна характеристика, пол. Среди оцениваемых было 250 (57,7%) мужчин и 183 (42,3%) женщины.

**Таблица 2.6 – Характеристика респондентов**

Признаки	Число, абс. (%)	Средний возраст, лет	Средний стаж, лет
Все респонденты	433	47,93±7,98	23,03±8,45
Женщин	294 (67,9).	48,04±7,98	23,23±8,62
Мужчины	139 (32,1)	47,69±8,04	22,60±8,10
Работали в стационарных условиях	276 (63,7).	48,82±8,25	23,87±8,75
Работали в амбулаторных условиях	157 (36,3)	46,38±7,29	21,54±7,69

Для опроса использована анкета обратной связи, представленная в кратком руководстве по проведению опросов 360 градусов и лучших практик (Sample Competencies Quickstart Guide, 2018). Анкета содержит пять блоков: осознание себя (№№1-4), стремление к результату (№№5-8), лидерство (№№9-12), общение (№№13-16), командная работа (№№17-20). Общее количество утверждений 20. Варианты ответов на все утверждения одинаковые: всегда / почти всегда / часто / иногда / редко.

Анкета была переведена на русский язык двумя независимыми профессиональными переводчиками с согласованием прямых и обратных переводов. Базовую версию анкеты проверили на фокус-группе размером 14 человек. В ходе очного устного интервью удостоверились, что переведенные элементы сохранили то же значение, что и исходные элементы. Внутренняя согласованность анкеты удовлетворяет существующим требованиям, коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха 0,947. Ретестовая надежность проверена через 72 дня (таблица 2.7).

**Таблица 2.7 – Внутриклассовый коэффициент корреляции.**

	Внутриклассовая корреляция <sup>b</sup>	95% доверительный интервал		F-критерий с истинным значением 0			
		Нижняя граница	Верхняя граница	Значение	ст.св.1	ст.св.2	Значимость
Единичные меры	0,891 <sup>a</sup>	0,822	0,929	20,350	215	215	0,000
Средние меры	0,942 <sup>c</sup>	0,903	0,963	20,350	215	215	0,000

Двухфакторная модель смешанных воздействий, где эффекты индивидуумов случайны, а эффекты измерений фиксированы.

- a. Функция оценки одна и та же, независимо от наличия эффекта взаимодействия.
- b. Коэффициенты внутриклассовой корреляции типа A, использующие определение абсолютного согласия.
- c. Эта оценка вычислена в предположении, что эффект взаимодействия отсутствует, поскольку в противном случае оценка недоступна.

Полная версия анкеты представлена в приложении А.

На пятом этапе для измерения гибких навыков заведующих клиническими отделениями был выполнен опрос на группе респондентов, у которых был измерен уровень психологического благополучия. Их характеристика дана в таблице 2.2.

Для определения гибких навыков были использованы инструменты определения навыков делового администрирования, лидерства – решетка Блейка и Моутона, а также навыков управления (профилактики) конфликтами – опросник Томаса-Килмана. Данные навыки были выбраны, так как составляют обоснованный перечень компетенций руководителя медицинской организации (Найговзина Н.Б. и соавт., 2016) и соответствуют показателям регулярности обучения персонала, указанным в практических рекомендациях Росздравнадзора по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (Росздравнадзор, 2017).

Описанные инструменты были выбраны так как широко применяются на практике, доказали свою эффективность, их русскоязычные версии стандартизированы. Инструменты оценки даны в Приложении А.

Решетка Блейка и Моутона (Blake, R.; Mouton, J., 1964) имеет 18 утверждений и 5 вариантов ответов: «никогда», «редко», «иногда», «часто», «всегда». Обработка результатов проводилась в соответствии с ключом инструмента.

Утверждения 1,4,6,9,10,12,14,16,17 образуют шкалу «внимание к людям», утверждения 2,3,5,7,8,11,13,15,18 – шкалу «внимание к производству». За ответ никогда присваивалось 0 баллов, редко – 1 балл, иногда – 2 балла, часто – 3 балла, всегда – 4 балла. Сумму баллов по шкалам необходимо умножить на 0,2. Полученные значения используем как координаты на графике решетки Блейка и Моутона (рисунок 2.1).



**Рисунок 2.1 – Решетка Блейка и Моутона**

Опросник Томаса-Килмана (Thomas Kenneth W.; Kilmann Ralph H., 1978) выделяет пять типов поведения в конфликте: приспособление, избегание, компромисс, сотрудничество и соперничество. Интерпретация результатов опроса по анкете проводилась по прилагаемому ключу следующим образом:

- подсчёт баллов в соответствии с ключом по каждому типу поведения в конфликте;
- отнесение к типу поведения по максимальному баллу в шкале при количестве баллов 8 и выше;
- при равномерном распределении баллов по всем типам поведения (от 5 до 7) респондент характеризовался как оптимальный.

На пятом этапе также проведено сравнение уровня психологического благополучия и развития гибких навыков респондентов.

На шестом этапе выполнено определение связи уровней психологического благополучия заведующих отделениями, оценок руководства и подчиненных, развития гибких навыков и ряда показателей работы отделений: жалобы пациентов, выполнение плановых показателей, число нарушений, выявленных при проверках, а также интегрального коэффициента работы отделения.

Показатель «жалобы пациентов» – все зафиксированные в медицинской организации жалобы (обоснованные и не обоснованные) за 2020 год работы отделения. Показатель «выполнение плановых показателей» рассчитывался как средняя величина доли фактических койко-дней от плановых за 2 последовательных года работы отделения. Показатель «число дефектов, выявленных при проверках»<sup>1</sup> рассчитывался как сумма дефектов, зафиксированных в 100 протоколах медико-экономических экспертиз и экспертиз качества, проведенных за двухлетний период. Протоколы отбирались методом случайной выборки из общего числа протоколов за обозначенный период.

Интегральный коэффициент работы отделения рассчитывался по формуле:

$$K_{и} = \frac{(\text{число жалоб} + 1) + \text{число дефектов}}{\text{выполнение плановых показателей}}$$

Эталонный показатель *K<sub>и</sub>* равен 0,01 при условии отсутствия жалоб и дефектов и 100% выполнения плана. Увеличение показателя *K<sub>и</sub>* происходит при

---

<sup>1</sup> были проанализированы заключения проверок ОМС за двухлетний период. Изучались заключения, содержащие результаты медико-экономической экспертизы и экспертизы качества медицинской помощи. Фиксировалось число, выявленных дефектов.

увеличении числителя (рост числа жалоб или рост числа дефектов), при уменьшении знаменателя (падение процента выполнения плана) или при одновременном увеличении числителя и уменьшении знаменателя. То есть увеличение показателя *Ku* демонстрирует ухудшение работы отделения.

Оценка показателей работы была выполнена по 47 клиническим отделениям. Объем выборки при неизвестности генеральной совокупности определялся детерминированным методом.

Критерием включения в исследование был непрерывный стаж работы заведующего отделением в данной должности в данном отделении не менее 2 лет.

Одновременно были опрошены заведующие отделениями, руководство и сотрудники отделения с использованием описанных инструментов оценки.

Опросы проводились очно сторонним модератором, не работающим в медицинской организации. Необходимость анкетирования для всех респондентов объяснялась проведением научного исследования. Характеристики респондентов по группам даны в таблице 2.8.

**Таблица 2.8 – Характеристика респондентов, участвовавших в 6 задаче.**

Признаки	Число, абс. (%)	Средний возраст, лет	Средний стаж, лет
Заведующие	47	47,3±6,62	21,7±6,24
Женщины	24 (51,1%)	50,0±4,69	24,3±4,16
Мужчины	23 (48,9%)	44,4±7,20	19,0±6,95
Имели ученую степень	11 (23,4%)		
Имели категорию	30 (63,8%)		
Имели второе высшее образование	13 (27,7%)		
Работали в амбулаторных условиях	26 (55,3%)		
Работали в стационарных условиях	21 (44,7%)		
Руководство	27		
Женщины	11 (40,7%)		
Мужчины	16 (59,3%)		
Сотрудники отделений	316		
Женщины	189 (59,8%)		
Мужчины	127 (40,2%)		

Для определения связи уровня оценок заведующих отделениями в рамках анкетирования и работы отделения выполнен корреляционный анализ с отдельными показателями и интегральным коэффициентом работы отделения.

На шестом этапе также проведен сравнительный анализ результатов оценки психологического благополучия, развития гибких навыков, параметров работы руководством между респондентами, участвовавшими во 2, 3, 5 задачах, и респондентами, привлеченными к реализации последней задачи.

Статистическая обработка данных проводилась в программе SPSS, версия 23 (IBM Company). Был произведен частотный анализ, построение таблиц сопряженности, расчет и сравнение средних и относительных величин, расчеты ошибки репрезентативности и средней ошибки относительного показателя, расчеты критерия Стьюдента для определения статистической значимости разницы средних и относительных величин для двух независимых выборок. Значимыми при сравнении величин считались различия при  $t$  более 2 и  $p < 0,05$ . Для сравнения средних величин более двух независимых выборок использован метод ANOVA. Различия принимались как значимые при  $p < 0,05$  при гомогенности дисперсии групп, проверенной тестом Левена с  $p > 0,05$ .

Проверка нормальности распределения выполнена с помощью теста Колмогорова-Смирнова. Непараметрические методы анализа применялись при отклонении от нормального распределения. Сравнение более чем двух независимых выборок выполнялись с применением методов Краскала-Уоллиса или Медианного теста, двух зависимых выборок – метода Вилконсона.

Также выполнен корреляционный анализ оценок с расчетом коэффициента корреляции Пирсона и Спирмена. Коэффициент корреляции считался значимым при  $p < 0,05$ .

Результаты расчетов представлены в главах, описывающих результаты собственных исследований, рукописи диссертации.

### ГЛАВА 3

#### ИЗУЧЕНИЕ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО БЛАГОПОЛУЧИЯ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ

Средний балл психологического благополучия по опроснику Риффа составляет  $378,67 \pm 78,33$ , медианна 398,5, Мода – 438,00. Четверть (25%) респондентов имеют балл психологического благополучия ниже 342,25, а 25% - выше 442,75. У 39,8% респондентов балл психологического благополучия ниже среднего значения. Средний балл психологического благополучия выше нормативных значений у женщин 36-55 лет ( $358,8 \pm 79,27$ ), у мужчин 20-35 лет ( $422,36 \pm 24,17$ ) и 36-55 лет ( $364,52 \pm 84,30$ ). Балл психологического благополучия ниже нормативных значений в возрасте 36-55 лет у 26% мужчин и у 43,1% женщин.

Имеется корреляция баллов психологического благополучия с возрастом  $r=0,2$   $p=0,019$  и стажем  $r=0,2$   $p=0,008$ . Нет статистически значимой разницы средних баллов психологического благополучия у мужчин ( $377,47 \pm 81,13$ ) и женщин ( $380,25 \pm 74,87$ ,  $t=0,257$ ,  $p=0,798$ ); у заведующих отделениями, работающих в стационарах ( $376,38 \pm 82,38$ ) и организациях первичной медико-санитарной помощи ( $381,37 \pm 73,58$ ,  $t=0,466$ ,  $p=0,642$ ); респондентов, имеющих второе высшее образование, ( $379,63 \pm 81,23$ ) и без него ( $377,66 \pm 75,51$ ,  $t=0,185$ ,  $p=0,854$ ); имеющих категорию ( $380,52 \pm 78,06$ ) и без нее ( $375,39 \pm 79,21$ ,  $t=0,461$ ,  $p=0,645$ ); с ученой степенью ( $389,24 \pm 68,48$ ) и без степени ( $374,32 \pm 81,86$ ,  $t=1,274$ ,  $p=0,204$ ); работавших ( $378,20 \pm 81,26$ ) и не работавших в «красной зоне» ( $379,19 \pm 75,32$   $t=0,093$ ,  $p=0,0,926$ ).

Средние баллы по категориям и шкалам опросника Риффа в разрезе половозрастных групп представлены в таблице 3.1.

Средние баллы по категориям «баланс аффекта» и «осмысленность жизни» ниже нормативных значений во всех обследуемых половозрастных группах. У 20% мужчин и у 26,2% женщин 36-55 лет баллы «баланс аффекта» выше нормативных значений.

Таблица 3.1 - Средние баллы по шкалам и категориям опросника Риффа в разрезе половозрастных групп

Пол	Возрастные группы		Баланс аффекта	Осмысленност ь жизни	Открытость	Личностный рост	Позитивное отношение	Автономия	Управление окружением	Цели жизни	Самопринятие	
женский	36-55 лет	Среднее	81,00	83,36	61,12	58,94	62,25	58,75	60,54	61,75	60,95	
		N	65	65	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00	65,00
		Ст.отклонен	25,52	17,26	12,44	13,53	14,88	13,79	12,60	13,18	14,80	
	56 лет и старше	Среднее	60,03	100,64	73,82	73,75	75,96	69,43	69,82	74,71	71,43	
		N	28	28	28,00	28,00	28,00	28,00	28,00	28,00	28,00	28,00
		Стандартное отклонение	7,11	5,645	4,94	2,96	7,16	3,80	3,85	3,76	6,40	
	Всего	Среднее	74,68	88,56	64,95	63,40	66,38	61,97	63,33	65,66	64,11	
		N	93	93	93,00	93,00	93,00	93,00	93,00	93,00	93,00	93,00
		Ст. отклонение	23,69	16,74	12,21	13,29	14,46	12,68	11,54	12,68	13,70	
	мужской	25-35 лет	Среднее	62,45	97,45	72,27	70,36	73,91	67,45	69,55	73,73	73,00
N			11	11	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00
Стандартное отклонение			6,15	6,12	5,55	7,51	4,61	2,07	3,78	4,41	5,98	
36-55 лет		Среднее	80,07	84,04	62,43	59,90	63,41	59,41	61,23	62,98	62,08	
		N	100	100	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00
		Стандартное отклонение	27,59	18,37	13,22	15,20	15,49	13,98	13,45	14,56	15,28	
56 лет и старше		Среднее	55,83	103,41	76,33	74,67	80,42	71,75	72,00	76,75	75,50	
		N	12	12	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00	12,00
		Стандартное отклонение	3,85	1,67	1,87	1,37	2,81	3,33	1,21	1,14	3,50	
Всего		Среднее	76,13	87,13	64,67	62,28	66,01	61,33	63,02	65,28	64,37	
		N	123	123	123,00	123,00	123,00	123,00	123,00	123,00	123,00	123,00
		Стандартное отклонение	26,31	17,91	12,94	14,76	15,12	13,30	12,74	14,05	14,72	

Продолжение таблицы 3.1

Всего	25-35 лет	Среднее	62,45	97,45	72,27	70,36	73,91	67,45	69,55	73,73	73,00	
		N	11	11	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00	11,00
		Стандартное отклонение	6,15	6,12	5,55	7,51	4,61	2,07	3,78	4,41	5,98	
	36-55 лет	Среднее	80,43	83,77	61,92	59,52	62,95	59,15	60,96	62,50	61,64	
		N	165	165	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00	165,00
		Стандартное отклонение	26,72	17,89	12,90	14,53	15,22	13,87	13,09	14,00	15,06	
	56 лет и старше	Среднее	58,77	101,47	74,58	74,03	77,30	70,13	70,48	75,33	72,65	
		N	40	40	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00	40,00
		Стандартное отклонение	6,55	4,95	4,38	2,61	6,48	3,78	3,42	3,32	5,95	
	Всего	Среднее	75,50	87,75	64,79	62,76	66,17	61,61	63,16	65,44	64,25	
		N	216	216	216,00	216,00	216,00	216,00	216,00	216,00	216,00	216,00
		Стандартное отклонение	25,17	17,39	12,60	14,12	14,81	13,01	12,21	13,45	14,26	

По категории «осмысленность жизни» баллы у 54,5% мужчин 25-35 лет, у 60% мужчин и у 70,8% женщин 36-55 лет ниже нормативных значений. Средние баллы по категории «человек как открытая система» ниже нормативных значений у женщин и мужчин 35-55 лет, но выше у мужчин 25-35 лет. По данной категории у 18,2 % мужчин 25-35 лет, а также у 53,0% мужчин и 63,01% женщин 36-55 лет баллы ниже нормативных значений.

В общей группе респондентов по категории «баланс аффекта» у 49,7% респондентов баллы выше среднего значения, по категории «осмысленность жизни» у 40,7% – ниже среднего значения, по категории «человек как открытая система» у 44,0% – ниже среднего значения.

Средние баллы по категориям опросника Риффа «личностный рост», «позитивное отношение», «автономия», «управление окружением», «цели жизни», «самопринятие» выше нормативных значений во всех половозрастных группах. По категории «личностный рост» баллы ниже нормативных значений у 27,3% мужчин 25-35 лет, 47% мужчин и 23,1% женщин 36-55 лет. По категории «позитивное отношение» баллы ниже нормативных значений у 22% мужчин и 35,4% женщин 36-55 лет. По категории «автономия» баллы ниже нормативных значений у 25% мужчин и 24,6% женщин 36-55 лет. По категории «управление окружением» баллы ниже нормативных значений у 25% мужчин и 27,7% женщин 36-55 лет. По категории «цели жизни» баллы ниже нормативных значений у 28% мужчин и 35,4% женщин 36-55 лет. По категории «самопринятие» баллы ниже нормативных значений у 23% мужчин и 36,9% женщин 36-55 лет.

В общей группе респондентов баллы ниже среднего значения обнаружены по категории «личностный рост» у 43,1% человек, «позитивное отношение» у 47,7%, «автономия» у 35,6%, «управление окружением» у 36,6%, «цели» у 41,7%, «самопринятие» у 45,8% опрошенных заведующих отделениями.

Есть корреляция возраста и стажа с баллами всех категорий опросника  $p \leq 0,05$ , кроме категории «самопринятие»  $p > 0,05$ . Корреляция с категориями «баланс аффекта» отрицательная, с иными категориями – положительная.

Также обнаружена корреляция всех категорий опросника между собой  $p \leq 0,05$ , с категорией «баланс аффекта» связь отрицательная. Нет зависимости  $p > 0,05$  баллов по отдельным категориям и шкалам психологического благополучия от пола, квалификационной категории, ученой степени, наличия второго образования, типа организации, в которой работает респондент, работы в «красной зоне».

Хотя средние значения полученных баллов психологического благополучия заведующих клиническими отделениями выше нормативных значений во всех половозрастных группах, следует отметить, что почти 40% респондентов имеют балл ниже среднего значения. Внимание привлекает состояние психологического благополучия в группе 36-55 лет, которая является самой многочисленной в возрастной структуре заведующих отделениями. Так в этой возрастной группе у 43,1% женщин и 26% мужчин баллы психологического благополучия хуже нормативных значений. Результаты опроса этой возрастной группы в разрезе категорий и шкал раскрывают варианты психологического неблагополучия.

По категории «баланс аффекта» почти треть женщин и 20% мужчин 36-55 лет демонстрируют неудовлетворённость жизнью, низкую оценку своих способностей к освоению нового и борьбы с жизненными трудностями, плохое умение поддерживать благоприятные отношения с окружающими. По шкале «позитивное отношение» более трети женщин и более 20% мужчин предрасположены к закрытости, недоверию во взаимоотношениях, а по шкале «личностный рост» у более 20% женщин и почти половины мужчин данного возраста нет стремлений к самореализации, познанию нового, изменению существующего поведения.

По шкале «самопринятие» почти 40% женщин и более 20% мужчин 36-55 лет обеспокоены слабостью личностных характеристик, но одновременно не довольны своим положением в обществе относительно его видения. Это объясняет почему по категории «осмысленность жизни» в данной возрастной группе 70,8% женщин и 60% мужчин склонны воспринимать собственную жизнь как бессмысленную и бесцельную, а по шкале «цели жизни» у более трети женщин и почти трети мужчин нет смысла в жизни, ограничены или отсутствуют цели и устремления.

По категории «человек как открытая система» 63,1% женщин и 53% мужчин 36-55 лет обнаруживают недостаточную готовность использовать приобретенный опыт и не расположены адекватно воспринимать жизненные реалии. Наряду с этим по шкале «управление окружением» более четверти женщин и четверть мужчин не способны не только контролировать происходящее, но и использовать возникающие возможности для реализации изменений, а по шкале «автономия» четверть женщин и мужчин демонстрируют зависимость от окружающих, в том числе при принятии решений, склонны к субмиссивному поведению.

Отдельного внимания заслуживают результаты опроса женщин. Значимой разницы средних баллов психологического благополучия, по его категориям и шкалам в группе мужчин и женщин нет. Однако напомним, что балл психологического благополучия в возрасте 36-55 лет ниже нормативных значений у 26% мужчин и у 43,1% женщин. Отметим, что женщин в возрасте до 35 лет среди респондентов нет, хотя мужчины этого возраста составляют 8,9% от респондентов мужского пола. Напротив, женщин в возрасте старше 56 лет среди респондентов этого пола 30,1%, а мужчин данного возраста – только 9,6%. Число женщин среди респондентов в возрасте старше 56 лет более чем в два раза превышает число мужчин, 28 против 12. В то время как в популяции страны численность женщин на 1000 мужчин увеличивается с 1 067 в возрасте 35-55 лет до 1 233 в возрасте 56-60 лет (Росстат, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>). То есть женщины реже и позже (средний возраст женщин-респондентов значимо выше мужчин-респондентов  $t=7,44$ ,  $p\leq 0,001$ ) назначаются на должность заведующего отделением, а также, по нашему мнению, есть дискриминация женщин в вопросах карьерного роста. Предполагаем, что искусственное торможение карьерного роста и не продуктивная борьба сильнее влияют на психологическое благополучие женщин, что согласуется с рядом исследований [28-30].

Следующий аспект исследования, вызывающий интерес, – ухудшение показателей психологического благополучия в целом, а также по все категориям и шкалам у мужчин после 35 лет. Надо упомянуть, что компоненты психологического благополучия меняются с возрастом: до среднего возраста

уровень благополучия снижается, после среднего возраста растет [31]. Изменение нормативных значений у мужчин после 35 лет также отрицательное, но в меньшей степени, а по шкале «автономия» даже идет рост балла. У наших респондентов средний балл психологического благополучия уменьшается почти на 58 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет). Наибольшее ухудшение касается категории «баланс аффекта», изменение на 18 баллов ( $29,0\%$  от уровня 25-35 лет). Менее всего страдают «автономия» и «управление окружением», падение на 8 баллов ( $\approx 11\%$  от уровня 25-35 лет). Уменьшение баллов по категории «осмысленность жизни» составило 13 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет), по шкалам «личностный рост», «цели жизни», «самопринятие» 11 баллов ( $\approx 15\%$  от уровня 25-35 лет), по категории «открытость» и шкале «позитивное отношение» 10 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет).

Иные характеристики респондентов, рассматриваемые в настоящем исследовании, не влияют на психологическое благополучие, хотя мы ожидали связи с работой в «красной» зоне.

## ГЛАВА 4

### ОЦЕНКА РУКОВОДСТВОМ ПАРАМЕТРОВ РАБОТЫ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ

Респонденты дали оценку 425 заведующим отделениями, из которых 355 (83,5%) были мужчины, 336 (79,1%) имели возраст 36-55 лет, 89 (20,9%) были в возрасте 56 лет и старше (таблица 4.1).

**Таблица 4.1 – Результаты опроса руководителей медицинских организаций по оценке параметров работы заведующих отделениями**

Метрики	Варианты ответов		Число заведующих по мнению респондентов
<i>Q1. Количество выполняемой работы</i>	1	значительно меньше трудовой нагрузки по должности	
	2	несколько меньше трудовой нагрузки по должности	63 (14,8%)
	3	равно трудовой нагрузке по должности	226 (53,2%)
	4	несколько превышает трудовую нагрузку по должности	136 (32,0%)
	5	значительно превышает трудовую нагрузку по должности	
<i>Q2. Качество работы (достижение результата)</i>	1	Никогда не достигает поставленных результатов	
	2	Редко достигает поставленных результатов	
	3	Достигает поставленных результатов в половине выполняемых заданий	289 (68,0%)
	4	Часто достигает поставленных результатов	136 (32,0%)
	5	Всегда достигает поставленных результатов	
<i>Q3. Своевременность выполнения работы</i>	1	Никогда не заканчивает порученную работу вовремя	
	2	Заканчивает работу вовремя реже, чем в половине выполняемых заданий	63 (17,8%)
	3	Заканчивает работу вовремя в половине выполняемых заданий	362 (85,2%)
	4	Заканчивает работу вовремя чаще, чем в половине выполняемых заданий	
	5	Всегда выполняет порученную работу вовремя	

## Продолжение таблицы 4.1

<i>Q4. Профессиональные знания в сфере Вашего профессионального взаимодействия с оцениваемым</i>	1	Нет знаний	
	2	Плохие знания	
	3	Удовлетворительные знания	208 (48,9%)
	4	Хорошие знания	217 (51,1%)
	5	Отличные знания	
<i>Q5. Работа в команде</i>	1	Не умеет работать в команде	
	2	С трудом работает в команде	94 (22,1%)
	3	Удовлетворительно работает в команде	204 (48,0%)
	4	Хорошо работает в команде	127 (29,9%)
	5	Отлично работает в команде	
<i>Q6. Соблюдение правил дисциплины</i>	1	Не соблюдает	
	2	Часто нарушает	
	3	Соблюдает 50/50	275 (64,7%)
	4	Чаще соблюдает	150 (35,3%)
	5	Всегда соблюдает	
<i>Q7. Инициативность по улучшению работы</i>	1	Никогда не вносит никаких предложений	18 (4,2%)
	2	Редко делает предложения	200 (47,1%)
	3	Периодически вносит предложения	71 (16,7%)
	4	Часто делает предложения	136 (32,0%)
	5	Постоянно делает предложения	
<i>Q8. Самостоятельность при принятии решений в отношении работы подразделения:</i>	1	Никогда не проявляет самостоятельности	
	2	Редко принимает решения самостоятельно	101 (23,8%)
	3	Самостоятелен в половине случаев	290 (68,2%)
	4	Чаще принимает решения самостоятельно	34 (8,0%)
	5	Всегда самостоятелен	

Уровень (медиана) оценки работы заведующих составляет 3,13, по метрикам Q1, Q2, Q3, Q5, Q6, Q8 – 3,0, по метрике Q4 – 4,0, по метрике Q7 – 2,0, при максимально возможной лучшей оценке 5,0. Тест Фридмана баллов по метрикам показывает значимое расхождение уровня всех метрик, Хи-квадрат 797,92,  $p < 0,001$  (средние ранги: Q1=4,75, Q2=5,29, Q3=3,49, Q4=5,99, Q5=4,31, Q6=5,42, Q7=3,32, Q8=3,42). Тест Уилкоксона показывает отсутствие разницы уровня оценок между двумя парами метрик: «Q2. Достижение результата» и «Q6. Соблюдение правил дисциплины»  $p=0,294$ , «Q3. Своевременность выполнения работы» и «Q7.

Инициативность по улучшению работы»  $p=0,713$ . Уровни оценок по всем остальным метрикам имеют значимую разницу,  $p<0,05$ .

Заметим, что есть значимая прямая корреляция уровня оценок по всем метрикам, кроме «Q2 Достижение результата» и «Q6 Соблюдение правил дисциплины» (таблица 4.2).

**Таблица 4.2 – Корреляция баллов по метрикам, N=425**

		Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8
Q1	Коэффициент корреляции	0,35	0,68	0,39	0,55	0,72	0,56	0,56
	p-уровень	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000	0,000
Q2	Коэффициент корреляции		0,29	0,44	0,15	0,06	0,58	0,51
	p-уровень		0,000	0,000	0,002	0,193	0,000	0,000
Q3	Коэффициент корреляции			0,12	0,41	0,31	0,46	0,38
	p-уровень			0,012	0,000	0,000	0,000	0,000
Q4	Коэффициент корреляции				0,38	0,43	0,82	0,55
	p-уровень				0,000	0,000	0,000	0,000
Q5	Коэффициент корреляции					0,66	0,42	0,81
	p-уровень					0,000	0,000	0,000
Q6	Коэффициент корреляции						0,45	0,52
	p-уровень						0,000	0,000
Q7	Коэффициент корреляции							0,60
	p-уровень							0,000

Корреляции оценок работы заведующих с возрастом респондентов (руководителей, производящих оценку) не обнаружено,  $r_s=0,04$ ,  $p=0,376$ . Хотя по ряду метрик уровень значимости корреляции с возрастом респондентов ниже 0,05, коэффициент корреляции не превышает 0,26.

H-тест по методу Краскала и Уоллиса показывает значимую разницу в оценках работы заведующих отделений разными категориями респондентов,  $\chi^2=9,36$ ,  $p=0,025$ . Данная разница в оценках наблюдается также по отдельным метрикам: Q1, Q2 и Q5 ( $p<0,001$ ), Q8 ( $p=0,008$ ). Главные врачи по сравнению с заместителями по лечебной работе лучше оценивают заведующих по количеству выполняемой работы Q1, работе в команде Q5 и самостоятельности принятия решений Q8, но хуже оценивают достижение результатов Q2. По сравнению с заместителями по экономическим вопросам главные врачи хуже оценивают количество работы Q1 ( $p=0,043$ ) и достижение результатов Q2 ( $p<0,001$ ). Разницы

оценок работы заведующих, которые дали главные врачи и иные заместители, не обнаружено,  $0,107 < p < 0,863$ . Заместители по лечебной работе дали худшие оценки работе заведующих отделениями, чем заместители по экономическим вопросам по всем метрикам,  $p < 0,001$ . Разница в оценках заместителей по лечебной работе с иными заместителями обнаружена только в отношении командной работы Q5,  $p = 0,018$ , начмеды оценивают заведующих по этой метрике хуже. У заместителей по экономическим вопросам и иных заместителей также обнаружена разница в оценках количества Q1 и качества работы Q2, самостоятельности принятия решений Q8. Заместители по экономике оценивают данные метрики лучше, чем иные заместители,  $0,001 < p < 0,029$ .

При расчёте критерия Манна-Уитни обнаружена значимая разница ( $p < 0,001$ ) в оценках работы в целом и по метрикам Q3-Q8 заведующих отделениями разного пола. Заведующие женщины оценены хуже мужчин в целом и по таким параметрам как профессиональные знания Q4, командная работа Q5, соблюдение дисциплины Q6, инициативность Q7, самостоятельность принятия решений Q8. Женщины заведующие выше оценены по своевременности выполнения работы,  $p < 0,001$ .

При расчёте критерия Манна-Уитни уровни оценок работы в целом ( $p = 0,06$ ) и по большинству метрик (Q2, Q3, Q4, Q6, Q7) отличаются у заведующих двух возрастных групп. Работа заведующих 56 лет и старше оценивалась выше, чем заведующих 36-55 лет в целом, а также достижение результатов Q2 ( $p < 0,001$ ), профессиональные знания Q4 ( $p < 0,001$ ), соблюдение дисциплины Q6 ( $p = 0,032$ ), инициативность Q7 ( $p < 0,001$ ). Заведующие в возрасте 36-55 лет были лучше оценены по своевременности выполнения работы,  $p = 0,023$ .

Итак, согласно опросу, руководство оценивает параметры работы заведующих отделениями удовлетворительно. Наиболее слабыми параметрами руководство считает проявление инициативности, самостоятельности принятия решений, командного поведения заведующими отделениями. При этом данные параметры имеют более сильное влияние на качество, количество и своевременность выполнения работы, чем профессиональные знания, которые получили наивысшую оценку руководства.

В первую очередь привлекает внимание, что ни один респондент не оценил ни одного из заведующих отделением ни по одной метрике на максимальный балл. Уровни оценок работы и отдельных ее параметров не достигают 4. Заведующие отделениями являются единственным естественным резервом для назначения руководителей медицинских организаций и их заместителей. Полученная оценка, помимо реального среднего уровня параметров работы заведующих отделениями, может быть следствием сознательно заниженной оценки руководителями. Отсутствие среди оцениваемых заведующих отделениями лиц моложе 36 лет может указывать на сознательное торможение руководством карьерного роста молодых врачей. Объективность руководителей при оценке заведующих отделениями нуждается в подтверждении.

Заметно, что лучшими по уровню оценок руководителей являются такие параметры работы заведующих отделениями как профессиональные знания, соблюдение дисциплины и достижение результатов. При этом связь метрики Q2 «качество работы» сильнее с метрикой Q7 «инициативность», чем с метрикой Q4 «профессиональные знания». Скорее всего эту связь можно трактовать как: качество работы выше у заведующих отделениями, проявляющих большую инициативность по улучшению работы.

Нельзя не сказать о сильной связи между метриками Q4 «профессиональные знания» и Q7 «инициативность», а также метриками Q8 «самостоятельность принятия решений» и Q5 «работа в команде». Можно предположить, что хорошие профессиональные знания ведут к высокой инициативности заведующих в улучшении работы. Однако связь инициативности с иными метриками сильнее, чем связь с ними метрики Q4 «профессиональные знания». Это наталкивает на мысль, что инициативность по улучшению работы может быть двигателем профессионального развития, повышения профессиональных знаний. Надо сказать, что хуже всех метрик руководители оценили Q7 «инициативность по улучшению работы»: почти 5% оцениваемых заведующих были оценены как безынициативные, а более 40% – малоинициативные. На наш взгляд, изучение данной метрики, ее влияния или зависимости от иных параметров работы следует

изучать целенаправленно. Что оказывает влияние во второй паре метрик Q5 и Q8 – предмет, требуемый дальнейшего рассмотрения. Мы предполагаем, что умение работать в команде повышает самостоятельность при принятии решений (Коровина Л.В., 2021).

Любопытна связь метрик Q1 «количество работы» и Q3 «своевременность выполнения работы». Эта прямая сильная корреляция показывает, что чем более загружен заведующий отделением, тем чаще он выполняет задания руководство своевременно. По нашему мнению, такая связь указывает, что объем работы, который необходимо выполнить, больше, чем предполагает трудовая нагрузка (Закальский В.А. и соавт., 2018). Даже превышение трудовой нагрузки не позволяет заведующему выполнять все порученные задания своевременно. При этом руководители учреждений считают, что большинство заведующих не перегружены работой, по их мнению, 68,0% оцениваемых работают ниже или в рамках трудовой нагрузки. Возможно, руководители ориентируются на данные о нерациональном распределении времени оцениваемым контингентом (Супрунов О.В., Супрунова И.К., 2019; Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2020).

На первый взгляд понятна сильная связь метрик «Q1 количество работы» и «Q8 самостоятельность принятия решений». Полагаем, что чем самостоятельнее в принятии решений заведующий отделением, тем большее количество работы он выполняет. Однако, может быть, что увеличивающееся количество работы заставляет работника чаще проявлять самостоятельность.

В связи метрик «Q1 количество работы» и «Q6 соблюдение дисциплины» причинно-следственную связь надо изучать дополнительно. Ведет ли увеличение работы к лучшему соблюдению правил дисциплины или наоборот, лучшее соблюдение правил позволяет выполнять большее количество работы можно выяснить только в последующих исследованиях.

Отдельно следует остановиться на разнице оценок отдельных метрик разными руководителями. По нашему мнению, заместители по лечебной работе хуже оценили количество работы, работу в команде, соблюдение дисциплины, инициативность, самостоятельность принятия решений, так как зависят от данных

параметров работы заведующих больше остальных респондентов. Низкая зависимость заместителей по экономическим вопросам от работы заведующих объясняет более высокую оценку этой категорией руководителей количества и качества работы (достижение результата), своевременности выполнения заданий, соблюдения дисциплины, инициативности, самостоятельности принятия решений у заведующих. Интересно, что профессиональные знания заведующих заместители по экономике оценили ниже, чем иные параметры работы. Низкая оценка заместителями по экономическим вопросам «Профессиональных знаний в сфере Вашего профессионального взаимодействия с оцениваемым» совпадает с негативной оценкой знаний врачей по экономике здравоохранения (Jain V., 2016).

Вновь привлекает внимание разница в оценках сотрудников женского и мужского пола (Минаев Э.Ф., Яценко А.О., 2018; Ярославцева У.А., 2019). Заведующие отделениями женского пола хуже оценены респондентами по профессиональным знаниям, работе в команде, соблюдению дисциплины, инициативности, самостоятельности принятия решений. В то же время качество и количество работы, а также своевременность выполнения работы у мужчин и женщин оценивается одинаково. Несовпадение оценок по метрикам, на наш взгляд, указывает на предвзятость оценщиков в отношении женщин-сотрудников. Опровергнуть данную гипотезу позволят дополнительные исследования, учитывая, что число женщин в настоящем исследовании соответствует уровню точности ориентировочного знакомства.

Дать объяснения разницы в оценках по метрикам Q2 «качество работы», Q3 «своевременность выполнения работы», Q4 «профессиональные знания», Q6 «соблюдение дисциплины», Q7 «инициативность» у заведующих двух выделенных возрастных групп в рамках данного исследования не представляется возможным. Даже разная оценка профессиональных знаний требует подтверждения в свете исследований об ухудшении профессионального развития с возрастом (Manturova N.E., Kochubey V.V., Kochubey A.V., 2018; Разумникова О.М., Николаева Е.И., 2019).

Количественная репрезентативность выборки на уровне исследований повышенной точности позволяет говорить о необходимости дальнейшего изучения причинно-следственных связей между метриками, зависимости оценок от пола и возраста оцениваемых, влияние возраста заведующего на параметры работы.

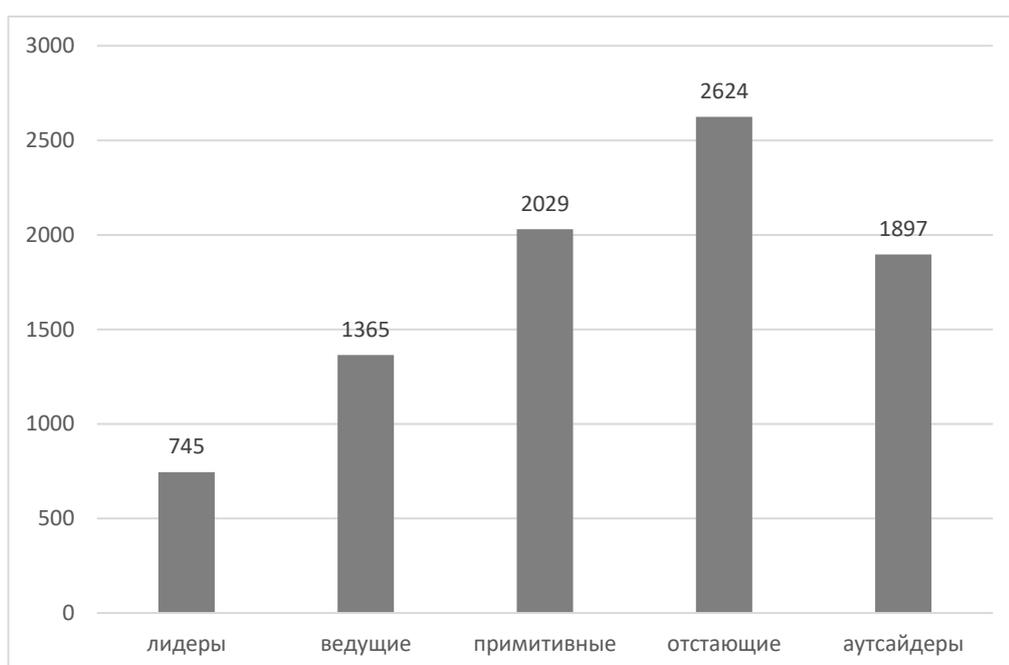
Результаты настоящего исследования также вызвали интерес к изучению преемственности должностей руководителей внутри медицинской организации. Поиск причин, по которой руководители не видят преемников на свои должности среди заведующих отделениями собственной организации, нуждается в изучении.

## ГЛАВА 5

### ОПРЕДЕЛЕНИЕ РАЗВИТИЯ УПРАВЛЕНЧЕСКИХ КОМПЕТЕНЦИЙ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ ЧЕРЕЗ ОПРОС ПОДЧИНЕННЫХ

Опрос врачей показал, что большинство заведующих отделениями демонстрируют управленческие компетенции или применяют гибкие навыки в областях «самоконтроль и критичность к своим действиям», «достижение результатов», «лидерство», «общение», «командная работа» не во всех случаях.

Согласно имеющемуся ключу к анкете, оцениваемые лица, должны быть подразделены на 5 групп: лидеры (демонстрирующие навык «всегда»), ведущие (демонстрирующие навык «часто»), типичные (примитивные) (демонстрирующие навык «в половине случаев»), отстающие (демонстрирующие навык «редко»), аутсайдеры (демонстрирующие навык «никогда»). На рисунке 5.1 представлено общее число заведующих в пяти группах, выделенных по частоте использования гибких навыков, по перечню утверждений из расчета  $8\,660$  оценок =  $20$  утверждений  $\times$  на  $433$  оцененных заведующих.



**Рисунок 5.1 – Размер групп по всему перечню утверждений**

Если за 100% принять 8 660 вариантов оценок, то первая группа (заведующие, «всегда» использующие отдельные гибкие навыки) составит 8,6% в их структуре, вторая – 15,8%, третья – 23,4%, четвертая – 30,3%, пятая (заведующие «никогда» не использующие отдельные гибкие навыки) – 21,9%.

Доля заведующих, которые по мнению врачей «всегда» проявляют гибкие навыки, составляет не более 10% (таблица 5.1). В этой группе меньше всего заведующих, которые «всегда» демонстрируют осознание влияния их действий и решений на других, 2,8%. Больше всего заведующих, которые помогают другим достигать целей, 9,9%. «Почти всегда» гибкие навыки в указанных сферах демонстрирует большая доля заведующих, иногда до 20%. «Часто» гибкие навыки респонденты видят от 14,5% до 33,9% заведующих. От 19,4% до 38,3% заведующих проявляют гибкие навыки «иногда». «Никогда» не видели указанные гибкие навыки у 19,4% - 35,8% заведующих.

**Таблица 5.1 – Результаты опроса врачей о заведующих отделениями**

Утверждения	% ответов					Средние величины
	Всегда	Часто	В половине случаев	Редко	Никогда	
1. Контролирует свои эмоции, даже в сложных стрессовых ситуациях	9,0	18,7	27,9	24,9	19,4	3,27±1,23
2. Демонстрирует осознание того, как его/ее действия и решения влияют на других	2,8	17,6	33,9	25,9	19,9	3,42±1,07
3. Рассматривает ошибки и неудачи как возможности для обучения	6,7	14,8	26,8	30,5	21,2	3,45±1,17

## Продолжение таблицы 5.1

4. Активно ищет обратную связь от других о своей работе	6,5	17,8	15,2	38,1	22,4	3,52±1,20
5. Ставит перед собой сложные цели	7,4	12,7	22,6	33,7	23,6	3,53±1,19
6. Помогает другим достигать их целей	9,9	20,6	30,3	19,4	19,9	3,19±1,25
7. Расставляет приоритеты в своей работе, исходя из потребностей организации и ее клиентов	8,8	15,7	22,6	30,3	22,6	3,42±1,24
8. Идет к достижению поставленных целей, даже сталкиваясь с препятствиями и проблемами	9,5	16,9	21,2	33,0	19,4	3,36±1,24
9. Воплощает стратегию компании в конкретные действия/планы	8,8	16,4	24,0	29,3	21,5	3,38±1,23
10. Принимает во внимание идеи и мнения членов команды при принятии решений	8,1	13,2	31,9	26,6	20,3	3,38±1,18
11. Помогает членам команды решать проблемы, связанные с работой	8,1	12,5	30,9	26,3	22,2	3,42±1,19
12. Возлагает на членов команды ответственность за достижение поставленных перед ними целей	7,4	11,8	27,0	34,4	19,4	3,47±1,15
13. Активно слушает других	8,5	14,1	21,5	33,9	21,9	3,47±1,22

## Продолжение таблицы 5.1

14. Адаптирует общение к потребностям аудитории	9,5	15,0	18,7	36,5	20,3	3,43±1,23
15. Общается четко и лаконично	7,9	12,9	16,4	38,1	24,7	3,59±1,21
16. Делится опытом при общении с сотрудниками	8,1	11,8	23,8	32,1	24,2	3,53±1,21
17. Эффективно работает в команде	9,5	14,3	18,7	35,1	22,4	3,47±1,25
18. Дает конструктивную и полезную другим обратную связь	7,9	13,6	14,5	38,3	25,6	3,60±1,22
19. Относится к другим с уважением	9,7	14,8	18,0	33,3	24,2	3,48±1,27
20. Ценит и уважает различия между членами команды	5,3	9,5	22,4	27,0	35,8	3,79±1,18

Максимально положительный балл для каждого утверждения 5.

Средний балл по блоку «самоконтроль и критичность к своим действиям действий» составил  $3,4 \pm 1,11$ , по отдельным утверждениям блока не превышал 3,5. Полученные значения по всем утверждениям и блокам даны в таблице 5.1. Наименьший балл в первом блоке получило утверждение о контроле заведующими своих эмоций. Средние баллы по блоку и отдельным утверждениям одинаковы у респондентов разного пола ( $0,196 \leq p \leq 0,449$ ) и для оцениваемых заведующих разного пола ( $0,241 \leq p \leq 0,407$ ). Средние баллы по блоку и утверждениям 2-4 одинаковы у респондентов, работающих в стационаре и в амбулаторных условиях ( $,053 \leq p \leq 0,296$ ). Средние баллы по утверждению 1 выше у респондентов, работающих в амбулаторных условиях ( $p=0,037$ ). Корреляции оценок по блоку «самоконтроль и осмысленность действий» и отдельным утверждениям с возрастом и стажем не обнаружено ( $0,072 \leq p \leq 0,303$ ).

По блоку «достижение результатов» средний балл равен  $3,4 \pm 1,19$ , по отдельным утверждениям не превышает 3,5. Наименьший балл в блоке получило

утверждение №6 о помощи другим в достижении их целей. Пол респондентов ( $0,210 \leq p \leq 0,897$ ) и пол оцениваемого ( $0,093 \leq p \leq 0,396$ ) не повлияли на оценку по блоку и по отдельным утверждениям. Работающие в стационаре оценили респондентов ниже, чем работающие в амбулаторных условиях, по утверждениям 5 ( $p=0,028$ ) и 7 ( $p=0,026$ ). По блоку в целом ( $p=0,065$ ) и утверждениям 6 ( $p=0,313$ ), 8 ( $p=0,083$ ) значимой разницы в разных категориях респондентов не обнаружено. Возраст и стаж респондентов не влияли на их оценку ( $0,047 \leq p \leq 0,332$ ).

Средний балл по блоку «лидерство» равен  $3,4 \pm 1,17$ . Худшую оценку в блоке получило утверждение 10 о внимании к идеям и мнению членов команды. Оценка по блоку и отдельным утверждениям у респондентов разного пола ( $0,279 \leq p \leq 0,645$ ) одинакова. На оценку также не влиял пол оцениваемого ( $0,312 \leq p \leq 0,640$ ). Респонденты, работающие в стационарных условиях, дали худшие оценки по утверждению 12 ( $p=0,047$ ), чем лица, работающие в амбулаторных условиях. По блоку и другим утверждениям разницы не обнаружено ( $0,138 \leq p \leq 0,054$ ). Возраст и стаж не сказались на оценке ( $0,123 \leq p \leq 0,193$ ).

Блок «общение» получил средний балл  $3,5 \pm 1,20$ . По утверждению 14 об адаптации общения заведующих к потребностям аудитории был выставлен наименьший балл в блоке ( $3,4 \pm 1,23$ ). Мужчины и женщины оценили заведующих в целом по блоку и по отдельным утверждениям одинаково ( $0,114 \leq p \leq 0,490$ ). Заведующие мужского и женского пола были оценены одинаково ( $0,180 \leq p \leq 0,239$ ). Врачи стационаров ниже, чем врачи поликлиник, оценили заведующих по утверждениям 15 ( $p=0,043$ ) и 16 ( $p=0,44$ ) о лаконичном общении и передаче опыта при общении. По блоку «общение» ( $p=0,056$ ) и утверждениям 13 ( $p=0,062$ ), 14 ( $p=0,102$ ) оценка врачей стационаров и поликлиник не отличалась. Не было обнаружено разницы в оценках по блоку и отдельным утверждениям респондентов разного возраста и стажа ( $0,058 \leq p \leq 0,158$ ).

«Работа в команде» была оценена врачами в  $3,6 \pm 1,20$  балл. Минимально в блоке была оценена эффективность работы заведующих в команде ( $3,4 \pm 1,25$ ). Респонденты разного пола дали одинаковые оценки по блоку и утверждениям ( $0,201 \leq p \leq 0,611$ ). Заведующие разного пола были оценены респондентами

одинаково ( $0,097 \leq p \leq 0,288$ ), кроме утверждения 20 об уважении различий членов команды ( $p=0,016$ ). Женщины заведующие получили более высокую оценку ( $3,9 \pm 1,04$ ), чем заведующие мужского пола ( $3,7 \pm 1,26$ ). По утверждениям 18 ( $p=0,025$ ), 20 ( $p=0,006$ ) и блоку ( $p=0,030$ ) врачи стационаров дали своим заведующим худшую оценку, чем врачи поликлиник. Возраст и стаж не оказали влияния на оценку ( $0,059 \leq p \leq 0,153$ ) по данному блоку и отдельным утверждениям.

Блок «самоконтроль и осмысленность действий» получил одинаковую оценку у респондентов с блоком «лидерство» ( $p=0,762$ ), достоверно более высокую оценку, чем блок «достижение результата» ( $p=0,006$ ), но более низкую, чем блоки «общение» ( $p<0,001$ ) и «командная работа» ( $p<0,001$ ).

Блок «достижение результата» был оценен достоверно ниже, чем блоки «лидерство», «общение» и «командная работа» ( $p<0,001$ ).

Блок «лидерство» респонденты оценили хуже, чем блоки «общение» и «командная работа» ( $p<0,001$ ).

Блок «общение» был оценен ниже, чем блок «командная работа» ( $p<0,001$ ).

Таким образом, блоки расположились по росту оценок респондентов, ниже всего блок «достижение результата» ( $3,3 \pm 1,19$ ), далее на одной ступени блоки «лидерство» и «самоконтроль и осмысленность действий», затем блок «общение», выше всего «командная работа» ( $3,6 \pm 1,20$ ).

При исследовании связи между средними величинами по блокам обнаружено наличие сильной прямой достоверной корреляции между всеми блоками ( $p<0,001$ ) (таблица 5.2).

**Таблица 5.2 – Корреляция оценок по блокам**

	Самоконтроль и осмысленность действий	Достижение результата	Лидерство	Общение	Командная работа
Самоконтроль и осмысленность действий	1	0,967**	0,972**	0,969**	0,973**
Корреляция Пирсона		0,000	0,000	0,000	0,000
Знач. (двухсторонняя)					
N	433	433	433	433	433

## Продолжение таблицы 5.2

Достижение результата	Корреляция Пирсона	0,967**	1	0,980**	0,981**	0,976**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000		0,000	0,000	0,000
	N	433	433	433	433	433
Лидерство	Корреляция Пирсона	0,972**	0,980**	1	0,980**	0,970**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000		0,000	0,000
	N	433	433	433	433	433
Общение	Корреляция Пирсона	0,969**	0,981**	0,980**	1	0,992**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000		0,000
	N	433	433	433	433	433
Командная работа	Корреляция Пирсона	0,973**	0,976**	0,970**	0,992**	1
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,000	0,000	
	N	433	433	433	433	433

\*\* . Корреляция значима на уровне 0,01 (двухсторонняя).

Оценка заведующих отделениями врачами показала, что большинство оцениваемых имеют и демонстрируют в работе гибкие навыки (управленческие компетенции) в областях «самоконтроль и критичность к своим действиям», «достижение результатов», «лидерство», «общение», «командная работа». Но основная масса заведующих, 53,7% (30,3±23,4%), применяет их в половине случаев и реже, и поэтому может быть отнесена к группе типичных и отстающих руководителей. Только 24,4% (15,8%±8,6%) используют гибкие навыки (управленческие компетенции) в работе «часто» и «всегда» и относятся к группе ведущих руководителей или руководителей-лидеров. Кроме того, пятая группа – руководители-аутсайдеры в структуре вариантов оценок занимает второе место, 21,9%. Напомним, что руководители-аутсайдеры – это заведующие, «никогда» не использующие гибкие навыки (управленческие компетенции).

Важной находкой, на наш взгляд, является прямая сильная корреляция баллов по отдельным блокам между собой. Учитывая, что гибкие навыки (управленческие компетенции) в различных областях развиты неравномерно (Robles ММ.,2012), выявленная корреляция доказывает, что каждую группу составляют в основном одни и те же оцениваемые заведующие. То есть

заведующие, всегда демонстрирующие навыки самоконтроля и осмысленности жизни, всегда или почти всегда используют навыки достижения результата, лидерства, общения, командной работы. Напротив, заведующие, которых респонденты оценили как никогда не использующие навыки самоконтроля, войдут в пятую или четвертую группу по другим блокам.

Отсутствие связи оценок с возрастом, стажем респондентов, полом респондентов и оцениваемых – хороший признак, свидетельствующий об объективности анкеты.

По ряду утверждений и блоков имелась разница в оценках врачей, работающих в стационарных и амбулаторных условиях. Врачи стационаров оценивали заведующих значимо хуже. Речь идет об утверждениях о контроле эмоций, постановке сложных целей, расстановке приоритетов, ответственности членов команды за достижение целей, о лаконичном общении и передаче опыта при общении, о конструктивной обратной связи, позитивной оценке различий между членами команды и блоке «командная работа». Принимая во внимание собственные результаты об отсутствии корреляции уровня психологического благополучия заведующих отделениями с работой в разных условиях оказания помощи и даже разной трудовой нагрузки, объяснить причины разницы в оценках в рамках данного исследования нельзя. Можно предположить, что врачи стационаров более тесно взаимодействуют с заведующим отделением, достижение результата зависит от командных усилий и роли заведующего в большей степени, чем в поликлинике. Вот почему требования к навыкам ведения командной работы, расстановке приоритетов, определения ответственных, конструктивной обратной связи и к контролю эмоций выше у врачей стационаров. Однако данное предположение нуждается в доказательствах и может стать гипотезой последующих исследований.

Следует обратить внимание на разницу средних баллов по блокам. Эта разница позволяет говорить, что гибкие навыки в разных сферах развиты у заведующих отделениями неодинаково. В большей степени у заведующих

отделениями страдают гибкие навыки в сферах «достижение результата», «лидерство» и «самоконтроль и критичность к своим действиям».

Напомним, что средние баллы по блокам и утверждениям не привязаны к нормативным значениям. Поэтому ошибочно считать, что средний балл выше трех говорит о развитии гибких навыков у оцениваемых выше удовлетворительного уровня. Истинное состояние гибких навыков в пяти сферах показывает разделение оцениваемых по пяти группам.

Таким образом, опросник может быть рекомендован для использования при оценке заведующих клиническими отделениями врачами; гибкие навыки заведующих отделениями нуждаются в развитии; в наибольшей степени у заведующих отделениями страдают гибкие навыки в сферах «достижение результата», «лидерство» и «самоконтроль и критичность к своим действиям».

## ГЛАВА 6

### ИЗМЕРЕНИЕ ГИБКИХ НАВЫКОВ ЗАВЕДУЮЩИХ КЛИНИЧЕСКИМИ ОТДЕЛЕНИЯМИ

#### 6.1. Результаты опроса с помощью решетки Блейка-Моутона

Опрос 216 заведующих отделениями с помощью решетки Блейка и Моутона показал, что примитивное руководство применяют 81 опрошенных заведующих отделениями, авторитарное руководство – 74, социальное руководство – 38 респондентов и срединное– 23 человека (рисунок 6.1).



**Рисунок 6.1 – Распределение заведующих по типу лидерства**

По шкале «Внимание к людям» максимальный балл 6,4, минимальный 0,00, среднее значение  $2,97 \pm 1,79$ , медиана 2,40, Мода 2,20.

По шкале «Внимание к производству» максимум 6,8, минимум 0,00, среднее значение  $3,43 \pm 2,23$ , медиана 2,80, Мода 6,20.

Так как нормальное распределение по обеим переменным отсутствует,  $p < 0,001$ , то в дальнейшем использовались методы непараметрического анализа.

При выполнении знакового теста разница обеих шкал значима,  $Z = -4.61$ ,  $p < 0,001$ .

Результаты частотного анализа по шкалам решетки Блейка и Моутона даны в таблице 6.1.

Для стиля «Примитивное руководство», тип 1, по шкале «Внимание к людям» минимальный балл 0,00, максимальный – 3,0, медиана – 1,60; шкале «Внимание к производству» минимальный балл 0,00, максимальный – 2,8, медиана – 1,8.

Для стиля «Авторитарное руководство», тип 2, по шкале «Внимание к людям» минимальный балл 2,2, максимальный – 2,4, медиана – 2,2; шкале «Внимание к производству» минимальный балл 6,0, максимальный – 6,8, медиана – 6,2.

Для стиля «Срединное управление», тип 3, по шкале «Внимание к людям» минимальный балл 3,6, максимальный – 5,0, медиана – 3,6; шкале «Внимание к производству» минимальный балл 3,6, максимальный – 5,4, медиана – 3,6.

Для стиля «Социальное руководство», тип 4, по шкале «Внимание к людям» максимальный балл 6,4, медиана – 6,4; по шкале «Внимание к производству» минимальный балл 0,80, максимальный – 2,4, медиана – 1,1.

Не обнаружено зависимости (тест Краскала-Уолисса) стиля лидерства от пола ( $p = 0,082$ ), типа учреждения, в котором работает респондент ( $p = 0,083$ ), работы в «красной зоне» ( $p = 0,149$ ), наличия квалификационной категории ( $p = 0,897$ ), ученой степени ( $p = 0,145$ ), второго высшего образования ( $p = 0,845$ ).

Также нет зависимости (тест Краскала-Уолисса) уровня внимания к людям от пола ( $p = 0,624$ ), стиля учреждения, в котором работает респондент ( $p = 0,433$ ), работы в «красной зоне» ( $p = 0,530$ ), наличия квалификационной категории ( $p = 0,826$ ), ученой степени ( $p = 0,054$ ), второго высшего образования ( $p = 0,895$ ).

Нет зависимости (тест Краскала-Уолисса) уровня внимания к производству от пола ( $p = 0,087$ ), стиля учреждения, в котором работает респондент ( $p = 0,202$ ),

работы в «красной зоне» ( $p=0,239$ ), наличия квалификационной категории ( $p=0,161$ ), ученой степени ( $p=0,863$ ), второго высшего образования ( $p=0,382$ ).

**Таблица 6.1 – Частотный анализ по шкалам решетки Блейка**

Шкала «Внимание к людям»			Шкала «Внимание к производству»			
	Частота	Проценты			Частота	Проценты
Валидные	7	3,2	Валидные	0,00	7	3,2
,60	6	2,8		0,20	1	0,5
,80	4	1,9		0,40	3	1,4
1,00	2	0,9		0,60	3	1,4
1,20	8	3,7		0,80	6	2,8
1,40	2	0,9		1,00	21	9,7
1,60	15	6,9		1,20	20	9,3
2,00	1	0,5		1,40	4	1,9
2,20	48	22,2		1,80	15	6,9
2,40	32	14,8		2,00	1	0,5
2,60	26	12,0		2,20	5	2,3
2,80	2	0,9		2,40	5	2,3
3,00	2	0,9		2,60	1	0,5
3,60	18	8,3		2,80	27	12,5
4,60	3	1,4		3,60	18	8,3
5,00	2	0,9		4,20	1	0,5
6,40	38	17,6		4,60	1	0,5
<b>Всего</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>		4,80	1	0,5
				5,20	1	0,5
				5,40	1	0,5
				6,00	4	1,9
				6,20	51	23,6
				6,40	11	5,1
				6,60	6	2,8
				6,80	2	,9
				<b>Всего</b>	<b>216</b>	<b>100,0</b>

Возраст и стаж дают значимую корреляцию слабой силы с баллами по шкале «внимание к людям» и с типом лидерства (таблица 6.2).

**Таблица 6.2 – Коэффициенты корреляции баллов решетки Блейка с возрастом и стажем**

		Внимание к производству	Внимание к людям	Стиль лидерства
возраст	Корреляция Спирмена	0,030	0,195**	0,358**
	Знач. (двухсторонняя)	0,606	0,004	0,000
	N	216	216	216
стаж	Корреляция Спирмена	0,015	0,172**	0,325**
	Знач. (двухсторонняя)	0,821	0,011	0,000
	N	216	216	216

Одновременно однофакторный дисперсионный анализ дает значимое  $p < 0,001$  различие по возрасту и стажу между группами по стилям лидерства, а при проведении апостериорного теста Дункана примитивный тип лидерства выделяется по возрасту и стажу от остальных типов управления (таблица 6.3).

**Таблица 6.3 – Однородные подмножества возраста и стажа по типу лидерства**

**Возраст**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1,00	81	44,7901	
2,00	74		48,7838
3,00	23		49,6957
4,00	38		52,0000
Значимость		1,000	0,071

**Стаж**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
1,00	81	19,8148	
2,00	74		24,3514
3,00	23		25,1304
4,00	38		26,2895
Значимость		1,000	0,315

Выводятся средние для групп в однородных поднаборах.

a. Использует размер образца гармонического среднего = 41,818.

b. Неодинаковые размеры групп. Используется среднее гармоническое размеров групп.

Уровни ошибки стиля I не гарантированы.

При сравнении психологического благополучия респондентов с разными стилями лидерства тест Карскалла-Уолисса дает значимое различие средних рангов  $p < 0,001$ . Самые низкие средние ранги психологического благополучия у респондентов, использующих срединный (67,41) и примитивный (68,01) стиль лидерства. У респондентов с авторитарным стилем средний ранг психологического благополучия 127,53, а с социальным стилем 182,62.

Обнаружена корреляция баллов по большинству шкал и категорий психологического благополучия со шкалой «внимание к людям» средней силы, шкалой «внимание к производству» слабой силы (таблица 6.4).

**Таблица 6.4 – Коэффициенты корреляции баллов решетки Блейка с опросником Рифа**

			Внимание к людям	Внимание к производству
Ро Спирмена	Самопринятие	Коэффициент корреляции	0,591**	0,194**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,004
		N	216	216
	Управление окружением	Коэффициент корреляции	0,553**	0,257**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000
		N	216	216
	Автономия	Коэффициент корреляции	0,576**	0,225**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,001
		N	216	216
	Позитивное отношение	Коэффициент корреляции	0,641**	0,135*
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,048
		N	216	216
	Личностный рост	Коэффициент корреляции	0,574**	0,191**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,005
		N	216	216
	Цели жизни	Коэффициент корреляции	0,621**	0,180**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,008
		N	216	216
	Баланс	Коэффициент корреляции	-0,621**	-0,158*
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,020
		N	216	216
	Осмысленность	Коэффициент корреляции	0,588**	0,200**
		Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,003
		N	216	216
Открытость	Коэффициент корреляции	0,595**	0,198**	
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,003	
	N	216	216	

Краскала-Уоллиса средних рангов шкал и категорий психологического благополучия по стилям лидерства также говорит о неоднородности групп (таблица 6.5).

**Таблица 6.5 – Показатели психологического благополучия по стилям лидерства**

	Стиль лидерства	N	Средний ранг
Самопринятие	примитивный	81	68,96
	авторитарный	74	130,87
	срединный	23	64,15
	социальный	38	176,05
	Всего	216	
Управление окружением	примитивный	81	71,41
	авторитарный	74	132,91
	срединный	23	69,33
	социальный	38	163,74
	Всего	216	
Автономия	примитивный	81	71,70
	авторитарный	74	129,72
	срединный	23	71,13
	социальный	38	168,25
	Всего	216	
Позитивное отношение	примитивный	81	66,06
	авторитарный	74	127,74
	срединный	23	63,61
	социальный	38	188,67
	Всего	216	
Личностный рост	примитивный	81	71,27
	авторитарный	74	128,86
	срединный	23	69,57
	социальный	38	171,78
	Всего	216	
Цели жизни	примитивный	81	65,75
	авторитарный	74	129,10
	срединный	23	76,13
	социальный	38	179,09
	Всего	216	

Продолжение таблицы 6.5

Баланс	примитивный	81	148,57
	авторитарный	74	89,13
	срединный	23	150,67
	социальный	38	35,28
	Всего	216	
Осмысленность	примитивный	81	67,56
	авторитарный	74	131,72
	срединный	23	67,89
	социальный	38	175,14
	Всего	216	
Открытость	примитивный	81	67,69
	авторитарный	74	130,95
	срединный	23	68,98
	социальный	38	175,70
	Всего	216	

Статистические критерии<sup>a,b</sup>

	Самопринятие	Управление окружением	Автономия	Позитивное отношение	Личностный рост	Цели жизни	Баланс	Осмысленность	Открытость
Хи-квадрат	98,042	78,786	79,747	118,966	84,823	100,838	103,109	98,056	97,449
ст.св.	3	3	3	3	3	3	3	3	3
Асимптотическая значимость	0,00	0,00	0,00	0,000	0,000	0,000	0,000	0,00	0,00

а. Критерий Краскела-Уоллиса

б. Группирующая переменная: Стиль лидерства

Внимание к людям и производству чрезвычайно актуальны для медицинской организации. Сосредоточенность на потребностях людей важна при существующих проблемах выгорания кадров, не полной укомплектованности штата и повышенной текучести кадров медицинских организаций (Slaikeu, K. A., соавт., 2012; Shanafelt TD., соавт., 2016; Health Resources & Services Administration, 2020). С другой стороны, при курсе современного здравоохранения на повышение

производственной эффективности медицинской деятельности (Shanafelt T., 2021; Strudsholm T., соавт., 2021; Sriharan A., соавт., 2022) необходима высокая сосредоточенность на производственных задачах. Исходя из указанных проблем и направлений развития отечественного здравоохранения можно сказать, что среди респондентов нет лиц, использующих адекватные и полезные системе стили лидерства.

Большая часть респондентов, 37,5%, осуществляет примитивное руководство, прилагая минимальные усилия для обеспечения работы подразделения. Руководитель такого стиля не привержен к выполнению производственных задач и предпочитает отстраняться от командной работы. Поэтому подчиненные выполняют производственные задачи по своему усмотрению, коллектив страдает от конфликтов за власть, что ведет к дезорганизации, неудовлетворенности и дисгармонии. Данный стиль не позволяет решить кадровые проблемы и задачи эффективности производства.

Напомним, что баллы по шкале «внимание к людям» статистически ниже, чем по шкале «внимание к производству». Большая заинтересованность заведующих в достижении производственных показателей, вероятно, обусловлена их контролем и использованием при оценке работы медицинской организации. Акцент на производстве объясняет почему вторым по частоте используемым типом лидерства, 34,3%, является авторитарный стиль, в котором эффективность производства достигается за счет жесткого управления и ущемления сотрудников. Минусом данного стиля управления является также то, что при возникновении рабочих проблем автократ тратит слишком много усилий на поиск виновного, а не на поиск решений по предотвращению проблем в будущем. Также этот тип руководителей не приемлет критику, считая ее инакомыслием, что блокирует возможный вклад сотрудников в работу подразделения. То есть данный стиль усугубляет кадровые проблемы и в долгосрочной перспективе не даст роста производственной эффективности.

Противоположным авторитарному по направленности стилем является социальное руководство, которое использует около 20% заведующих. Такие

руководители ориентированы на понимание и удовлетворение потребностей сотрудников. Однако при несовпадении производственных потребностей и потребностей коллектива чрезмерное подчинение интересам коллектива ставит под угрозу производственные задачи. Хотя данный стиль сглаживает проблемы кадров, он не адекватен курсу современного здравоохранения на повышение производственной эффективности медицинской деятельности.

Почти 11% заведующих используют срединное управление, которое, на первый взгляд, представляет баланс двух конкурирующих интересов. Однако данный компромисс не идеален. Недостаток любого компромисса в частичном достижении целей. При срединном руководстве нет полного удовлетворения ни производственных потребностей, ни коллектива. Руководители, использующие данный стиль считают, что средняя производительность – максимум, на что можно рассчитывать.

К сожалению, среди респондентов отсутствуют лица, использующие командный стиль. Согласно модели Блейка-Моутона, данный стиль является вершиной управленческого стиля. Считается, что предпосылками к командному стилю является понимание целей организации всеми сотрудниками, а также их участие в определении производственных потребностей. Отсутствие командного лидерства среди респондентов, возможно, говорит об отсутствии предпосылок к нему в медицинских организациях.

Отсутствие связи стиля лидерства с трудовой нагрузкой, выраженной типом учреждения и работой в «красной зоне», свидетельствует об общем характере явления.

В свою очередь отсутствие связи стиля лидерства и профессионального развития, выраженных в квалификационной категории, ученой степени, второго высшего образования, подтверждает данные о неполноценности традиционного медицинского образования для формирования гибких навыков.

Влияния возраста и стажа на стиль лидерства, по сути, нет, так как коэффициенты корреляции ниже 0,5. Кроме того одинаковое распределение стилей лидерства в разных возрастных группах является еще одним подтверждением

общности явления. Выделение отдельной группы примитивного лидерства по возрасту, на наш взгляд, дополнительное доказательство указанного недостатка традиционного профессионального образования. То есть к иным стилям лидерства заведующие приходят с приобретением практического опыта.

Об общности явления распределения стилей лидерства также говорит отсутствие связи стиля лидерства и пола респондентов.

Интерес представляет связь психологического благополучия и стиля лидерства. Корреляция категорий и шкал психологического благополучия с типом управления показывает надежность решетки как инструмента для оценки гибких навыков. Низкие показатели позитивного отношения к людям, автономии, управления окружением демонстрируют респонденты с примитивным или срединным стилем лидерства. Высокие показатели личностного роста, целей жизни, автономии, управления окружением характерны для заведующих с авторитарным и социальным стилем лидерства. Но при социальном руководстве показатели позитивного отношения и открытости выше, чем при авторитарном стиле.

Заметим, что одинаково низкие показатели самопринятия, позитивного отношения, личностного роста и открытости обнаружены у заведующих с примитивным и срединным стилем лидерства. У заведующих со срединным стилем лидерства показатели управления окружением, автономии, целей в жизни, баланса, осмысленности хуже, чем у респондентов с авторитарным и социальными стилями лидерства. По нашему мнению, это является косвенным подтверждением неполноценности компромиссного стиля лидерства для управления.

Таким образом, отсутствие командного стиля лидерства среди респондентов свидетельствуют о проблеме гибких навыков среди заведующих отделениями. Причем одинаковое распределение стилей лидерства среди заведующих с разными трудовой нагрузкой, возрастом, стажем, полом и профессиональным развитием говорит о типичности проблемы.

В свою очередь связь результатов изучения психологического благополучия с результатами опроса с помощью решетки Блейка-Моутона, свидетельствует о

приемлемости последней как инструмента оценки гибких навыков. Данный факт указывает на необходимость формирования и развития гибких навыков в процессе профессионального образования. Однако отсутствие связи стиля лидерства и профессионального развития подчеркивают насущность пересмотра и модернизации программ традиционного профессионального образования.

## 6.2. Результаты опроса с помощью опросника Томаса-Килмана

Согласно опросу по анкете Томаса-Килмана, у 82 респондентов доминирует (число респондентов, набравших большее число баллов по данному типу поведения в конфликте) соперничество как основной тип поведения в конфликте, у 33 – приспособление, 78 – избегание, у 14 – компромисс (таблица 6.6).

**Таблица 6.6 – Частота баллов по стилям поведения в конфликте**

Баллы	Число (%) респондентов, набравших баллы по стилям поведения				
	Сотрудничество	Компромисс	Избегание	Приспособление	Соперничество
0	101 (46,8%)				52 (24,1%)
1	36 (16,7%)				13 (6,0%)
2	21 (9,7%)		6 (2,8%)		14 (6,5%)
3	58 (26,9%)		4 (1,9%)	16 (7,4%)	55 (25,5%)
4			16 (7,4%)	40 (18,5%)	
5			30 (13,9%)	16 (7,4%)	
6		58 (26,9%)	17 (7,9%)	31 (14,4%)	
7		34 (15,7%)	14 (6,5%)	12 (5,6%)	
8		38 (17,6%)	4 (1,9%)	22 (10,2%)	
9		64 (29,6%)	19 (8,8%)	34 (15,7%)	
10		10 (4,6%)	30 (13,9%)	13 (6,0%)	
11		10 (4,6%)	35 (16,2%)	20 (9,3%)	14 (6,5%)
12		2 (0,9%)	41 (19,0%)	12 (5,6%)	68 (31,5%)

Как видно из таблицы нет ни одного респондента, у которого бы доминировал тип поведения в конфликте «сотрудничество». По данному типу поведения наибольший балл составил 3 единицы.

Помимо пяти существующих групп по стилям поведения, была выделена еще одна группа с пограничным поведением. В эту группу вошли респонденты, у которых по двум и более стилям поведения было одинаковое число баллов. В данную группу вошли 9 респондентов: у 1 было по 10 баллов по стилям поведения избегание и приспособление, у 8 человек было по 9 баллов по стилям поведения избегание, приспособление, компромисс. Данные респонденты не могут быть отнесены к группе оптимального поведения, так как по стилям поведения «сотрудничество», «соперничество» набрано менее 3 баллов.

Оценка равномерности распределения переменных типов поведения в конфликте с помощью теста Холмогорова-Смирнова указывает на отсутствие нормального распределения,  $p < 0,001$ . Для дальнейшего анализа результатов опросов использована оценка медианы и непараметрические методы анализа.

Медианы переменных типов поведения в конфликте: сотрудничество – 1,0, компромисс – 8,0, избегание – 9,0, приспособление – 7,0, соперничество – 3,0.

Оценка по критерию Фридмана дает значимую разницу между типами поведения,  $\chi^2 = 359,76$ ,  $p < 0,001$ . Критерий рангов Вилкоксона также показывает разницу между отдельными парами типов поведения (таблица 6.7).

**Таблица 6.7 – Сравнение пар типов поведения в конфликте**

	Приспособление - Избегание	Приспособление - Компромисс	Избегание - Компромисс	Соперничество - Сотрудничество	Приспособление - Соперничество
Z	-6,941 <sup>b</sup>	-3,239 <sup>c</sup>	-1,872 <sup>b</sup>	-8,098 <sup>b</sup>	-2,670 <sup>b</sup>
Асимптотическая значимость (2- сторонняя)	0,000	0,001	0,061	0,000	0,008

б. На основе отрицательных рангов.

с. На основе положительных рангов.

Корреляции (Спирмена) с возрастом баллов поведения в конфликте не обнаружено: сотрудничество –  $r=0,10$   $p=0,139$ ; компромисс –  $r=0,02$   $p=0,721$ ; избегание –  $r=0,02$   $p=0,816$ ; приспособление –  $r=0,06$   $p=0,374$ ; соперничество –  $r=0,02$   $p=0,782$ . Использование однофакторного дисперсионного анализа также не дает значимой разницы в возрасте респондентов, использующих разные типы поведения в конфликте,  $f=1,22$ ,  $p=0,304$ .

Медианный тест переменных типов поведения в конфликте показывает одинаковы средние ранги переменных:

- сотрудничество ( $p=0,473$ ), избегание ( $p=0,432$ ), приспособление ( $p=0,780$ ), соперничество ( $p=0,956$ ) у лиц разного пола;

- сотрудничество ( $p=0,443$ ), избегание ( $p=0,426$ ), приспособление ( $p=0,741$ ), соперничество ( $p=0,981$ ) у работающих в стационарных и амбулаторных условиях;

- сотрудничество ( $p=0,282$ ), избегание ( $p=0,694$ ), приспособление ( $p=0,622$ ), соперничество ( $p=0,950$ ) у работающих и не работающих в «красной зоне»;

- сотрудничество ( $p=0,443$ ), избегание ( $p=0,320$ ), приспособление ( $p=0,444$ ), соперничество ( $p=0,165$ ), компромисс ( $p=0,950$ ) у имеющих и не имеющих квалификационную категорию;

- избегание ( $p=0,655$ ), приспособление ( $p=0,538$ ), соперничество ( $p=0,317$ ), компромисс ( $p=0,150$ ) у имеющих и не имеющих ученую степень;

- сотрудничество ( $p=0,544$ ), избегание ( $p=0,484$ ), приспособление ( $p=0,103$ ), соперничество ( $p=0,336$ ), компромисс ( $p=0,808$ ) у имеющих второе высшее образование помимо медицинского.

Средние ранги переменной «компромисс» не одинаковы у мужчин (115,93) и женщин (98,67),  $p=0,017$ ; у работающих в стационарных (115,76) и амбулаторных (99,91) условиях,  $p=0,027$ ; у работавших (116,60) и не работавших (99,45) в «красной» зоне,  $p=0,038$ .

Средние ранги переменной «сотрудничество» не одинаковы у имеющих (122,13) и не имеющих (94,37) ученую степень  $p=0,002$ .

Уровни психологического благополучия при разных стилях поведения в конфликте отличаются ( $\chi^2=25,91$ ,  $p<0,001$ ). Средние ранги для типов поведения

приспособление 62,21, компромисс 88,79, пограничного 104,94, избегание 114,92, соперничество 124,78.

Средние ранги, Хи-квадрат, значимость по составляющим психологического благополучия при отдельных типах поведения в конфликте даны в таблице 6.8.

**Таблица 6.8 – Показатели психологического благополучия по типам поведения в конфликте**

	Тип поведения в конфликте	N	Средний ранг	Хи-квадрат	Асимптотическая значимость
Самопринятие	игнорирование	78	112,24	26,985	0,001
	приспособление	33	64,12		
	компромисс	14	87,57		
	соперничество	82	127,98		
	пограничное	9	93,94		
	Всего	216			
Управление окружением	игнорирование	78	112,52	30,038	0,001
	приспособление	33	60,83		
	компромисс	14	86,96		
	соперничество	82	128,65		
	пограничное	9	98,33		
	Всего	216			
Автономия	игнорирование	78	113,65	30,951	0,001
	приспособление	33	61,56		
	компромисс	14	75,39		
	соперничество	82	127,75		
	пограничное	9	112,11		
	Всего	216			
Позитивное отношение	игнорирование	78	113,74	22,921	0,001
	приспособление	33	65,44		
	компромисс	14	88,18		
	соперничество	82	124,21		
	пограничное	9	109,39		
	Всего	216			

## Продолжение таблицы 6.8

Личностный рост	игнорирование	78	116,26	31,137	0,001
	приспособление	33	58,33		
	компромисс	14	86,25		
	соперничество	82	126,17		
	пограничное	9	98,78		
	Всего	216			
Цели жизни	игнорирование	78	112,99	26,479	0,001
	приспособление	33	61,67		
	компромисс	14	96,61		
	соперничество	82	126,34		
	пограничное	9	97,28		
	Всего	216			

Уровни баллов по отдельным категориям психологического благополучия также отличаются при разных стилях поведения в конфликте. По категории «баланс» Хи-квадрат 25,33,  $p < 0,001$ . Средние ранги для типов поведения «приспособление» - 153,09, «компромисс» - 131,07, пограничного - 114,83, «избегание» - 102,40, «соперничество» - 91,80. По категории «осмысленность жизни» Хи-квадрат 32,68,  $p < 0,001$ . Средние ранги для типов поведения «приспособление» - 59,41, «компромисс» - 80,14, пограничного - 101,83, «избегание» - 113,66, «соперничество» - 128,92. По категории «открытость» Хи-квадрат 27,98,  $p < 0,001$ . Средние ранги для типов поведения «приспособление» 60,70, «компромисс» - 88,36, пограничного 108,00, «избегание» - 113,77, «соперничество» - 126,22.

Выраженность обеих шкал решетки Блейка-Моутона также отличается у респондентов с разными стилями поведения в конфликте. По шкале «внимание к людям» Хи-квадрат 24,53,  $p < 0,001$ . Средние ранги для типов поведения приспособление 83,65, соперничество 92,01, избегание 127,88, компромисс 128,46, пограничного 150,83. По шкале «внимание к производству» критерий Хи-квадрат 137,69,  $p < 0,001$ . Средние ранги для типов поведения «приспособление» 61,88,

«избегание» 70,70, пограничного 73,61, «компромисс» 82,82, «соперничество» 171,43.

Имеется разница средних рангов переменных типов поведения в конфликте для разных стилей лидерства. Средние ранги переменной «сотрудничество» при примитивном стиле лидерства 80,83, авторитарном 88,30, срединном 140,41, социальном – 187,50 (Хи-квадрат 103,48,  $p < 0,001$ ). Средние ранги переменной «компромисс» при примитивном стиле лидерства 85,60, авторитарном 124,62, срединном 134,15, социальном – 110,39 (Хи-квадрат 20,86,  $p < 0,001$ ). Средние ранги переменной «избегание» при примитивном стиле лидерства 143,18, авторитарном 43,77, срединном 124,37, социальном – 151,03 (Хи-квадрат 125,69,  $p < 0,001$ ). Средние ранги переменной «приспособление» при примитивном стиле лидерства 155,58, авторитарном 43,46, срединном 117,91, социальном – 129,11 (Хи-квадрат 132,94,  $p < 0,001$ ). Средние ранги переменной «соперничество» при примитивном стиле лидерства 92,77, авторитарном 176,41, срединном 67,35, социальном – 34,71 (Хи-квадрат 165,78,  $p < 0,001$ ).

Опрос по Томасу-Килману позволил распределить респондентов по основным типам поведения в конфликте. Основным типом поведения считался тот, по которому респондент набрал больше баллов.

Результаты опроса показывают, что наиболее частые типы поведения в конфликте – соперничество и игнорирование. Первый используют как основной тип поведения 38% респондентов, второй – 36,1% респондентов. Приспособление и компромисс – следующие по частоте использования, соответственно для 15,3% и 6,5% опрошенных заведующих они являются основными типами поведения в конфликте. Даже респонденты, использующие несколько типов поведения в конфликте, 4,2%, дрейфуют между игнорированием, приспособлением и компромиссом.

Беспокоит, во-первых, что нет респондентов, продемонстрировавших оптимальный тип поведения в конфликте, то есть равное использование всех типов. Во-вторых, что сотрудничество не активно и редко используется респондентами в конфликте: максимальный балл в анкетах составил 3 из возможных 12 и

оптимальных 6, а 346,8% респондентов никогда не прибегают к этому типу поведения.

Выбор типа поведения в конфликте не зависит от возраста. В большинстве своём типы поведения в конфликте не зависят от пола, трудовой нагрузки, профессионального развития. Обнаруженная разница более активного использования компромиссного типа поведения мужчинами требует дальнейшего изучения. В рамках данного исследования обнаружена связь психологического благополучия с типами поведения в конфликте. Хотя связь психологического благополучия и пола известна из многочисленных сторонних исследований, но объяснять связь пола и типа поведения в конфликте через психологическое благополучие считаем не верным, так как кроме компромиссного типа иные типы поведения в конфликте одинаково выражены у лиц разного пола.

Более активное использование компромиссного типа поведения респондентами, работающими в стационаре, и респондентами, работавшими в «красной» зоне, может быть связана с повышенной трудовой нагрузкой или необходимостью командной работы.

Также в настоящем исследовании было выявлено, что респонденты с ученой степенью активнее прибегают к сотрудничеству как типу поведения в конфликте. Основываясь на результатах исследований Международного центра сотрудничества и разрешения конфликтов Колумбийского университета, что для управления конфликтами важна мета компетенция – анализ конфликтов, можно предположить, что у лиц, ведущих научную работу, данная компетенция выражена лучше.

Вместе с тем нельзя исключить влияние на разные типы поведения иных факторов, не учтенных в настоящем исследовании. Вот почему поиск факторов, провоцирующих или лимитирующих отдельные типы поведения, необходимо продолжить.

Упомянутая разница психологического благополучия респондентов, использующих определенный тип поведения в конфликте, подтверждает чувствительность русской версии опросника Томаса-Килмана. Респонденты с

проблемами личностного роста, автономии, управления окружением, целей жизни, самопринятия демонстрируют как основной тип поведения в конфликте приспособление, то есть отказ от своих интересов, подчинение собственной позиции. По мере улучшения составляющих психологического благополучия тип поведения меняется на компромиссный, в котором уступки носят частичный характер, далее на пограничный, сочетающий приспособление, компромисс и игнорирование. Более высокие показатели психологического благополучия имеют респонденты, предпочитающие в конфликте игнорирование, в котором еще нет реализации собственных убеждений, но уже нет следования убеждениям другой стороны конфликта. Наконец, лица, имеющие максимально выраженные показатели личностного роста, автономии, целей жизни, самопринятия демонстрируют как основной тип поведения в конфликте соперничество, где отказ видеть точку зрения других соседствует с абсолютным отстаиванием своей позиции. На первый взгляд, выглядит нелогичным, что респонденты, отдающие предпочтение соперничеству в конфликте, имеют самые высокие баллы позитивных отношений с окружающими. Однако напомним, что высокие баллы по этой составляющей предполагают понимание важности построения взаимоотношений. Напротив, проблемы в сфере позитивных отношений говорят об изолированности субъекта, фрустрации, сложности выстраивания и поддержания даже важных связей с окружающими. Поэтому склонность к отстаиванию или отказу от собственных убеждений в конфликте лиц, акцентированных на выстраивание внешних связей и избегающих их, становится понятной.

Что касается заботы о людях, то респонденты, расположенные в конфликте к приспособлению и соперничеству, имеют наименьшие баллы по шкале «внимание к людям» решетки Блейка-Моутона. То есть лица, абсолютно отстаивающие или полностью отказывающиеся от собственных убеждений в конфликте, сходно не проявляют интерес к потребностям окружающих. Добавим, что при примитивном и авторитарном стилях лидерства проявление сотрудничества наименьшее, а при социальном руководстве – максимальное. При этом внимание к производству у респондентов, склонных к приспособлению в конфликте, минимальное, а у

заведующих, приверженных соперничеству, максимальное. Понятная разница выраженности внимания к людям и производству при противоположных типах поведения в конфликте, а также проявления сотрудничества при противоположных стилях лидерства – это дополнительное подтверждение адекватности опросника Томаса-Килмана.

Русская версия опросника Томаса-Килмана чувствительна для оценки типов поведения в конфликте медицинских работников. Актуально и важно проведение тематического обучения заведующих отделениями для формирования и поддержания оптимального типа поведения в конфликте с усилением сотрудничества и лимитированием соперничества и игнорирования. Необходим дальнейший поиск факторов, определяющих отдельные типы поведения в конфликте.

## ГЛАВА 7

### СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ РЕЗУЛЬТАТОВ ОЦЕНКИ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ, ПОЛУЧЕННЫХ В ИССЛЕДОВАНИИ, С ОБЪЕКТИВНЫМИ ПОКАЗАТЕЛЯМИ КАЧЕСТВА РАБОТЫ ОТДЕЛЕНИЙ

Уровень психологического благополучия 47 заведующих отделениями равен  $376,51 \pm 89,28$  и значимо не отличается от уровня психологического благополучия 216 респондентов ( $378,67 \pm 78,33$ ) ( $t=0,013$ ,  $p=0,990$ ).

Уровень психологического благополучия коррелирует с числом жалоб  $r=0,772$ ,  $p<0,01$ , дефектов  $r=0,906$ ,  $p<0,01$  и интегральным коэффициентом качества работы отделения  $r=0,834$ ,  $p<0,01$ . Нет корреляции уровня психологического благополучия и показателя выполнения плана  $r=0,331$ ,  $p=0,023$ .

Уровень психологического благополучия коррелирует с оценкой параметров работы, которую дали руководители медицинских организаций ( $r=0,984$ ,  $p<0,01$ ) и сотрудники отделений ( $r=0,833$ ,  $p<0,01$ ).

Результаты оценки руководства медицинских организаций параметров работы заведующих отделениями в большой и малой группах значимо не отличаются  $3,14 \pm 0,66$  и  $3,17 \pm 0,44$ ,  $t=0,03$ ,  $p=0,762$ .

Оценка подчиненными частоты использования гибких навыков (управленческих компетенций) заведующих отделениями отличаются в малых и больших группах респондентов. Напомним, что пяти вариантам частоты использования гибких навыков присвоены числовые значения от 1 «всегда» до 5 «никогда». Таким образом, меньшие числовые значения средних оценок говорят о более частом использовании отдельного гибкого навыка (управленческой компетенции) заведующим отделением, по мнению подчиненных.

Величина оценок, данная респондентами во время дополнительного профессионального образования, значимо выше, чем оценки, собранные при опросах на рабочих местах (таблица 7.1). То есть оценочное мнение сотрудников

отделений зависит от места проведения оценки и страдает от феномена социальной желательности.

**Таблица 7.1 – Разница оценок гибких навыков заведующих отделениями подчиненными при опросе вне и на рабочем месте**

Блок	Вне работы	На рабочем месте	t	p
Самоконтроль и критичность к своим действиям действий	3,4±1,11	2,4±0,718	6,085	<0,001
Достижение результата	3,4±1,19	2,3±0,75	6,163	<0,001
Лидерство	3,4±1,17	2,4±0,75	5,910	<0,001
Общение	3,5±1,20	2,4±0,87	5,921	<0,001
Работа в команде	3,6±1,20	2,5±0,91	5,897	<0,001

Оценка типа лидерства в малой группе обнаружила значимо ( $p < 0,001$ ,  $t > 9,166$ ) более высокий уровень внимания к людям  $4,29 \pm 2,08$  vs  $2,97 \pm 1,79$  и производству  $4,64 \pm 1,67$  vs  $3,43 \pm 2,23$ , чем в большой группе. Распределение заведующих по стилям лидерства в малой группе также изменилось. Примитивный тип лидерства демонстрируют 14,9% (7) респондентов, авторитарный – 21,3% (10), срединный – 8,5% (4), социальный – 17,0% (8), командный – 38,3% (18).

При этом нет связи уровня психологического благополучия со стилями лидерства,  $f = 0,324$ ,  $p = 0,860$  (таблица 7.2).

**Таблица 7.2 – Психологическое благополучие по типам лидерства**

Дункан<sup>a,b</sup>

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	
срединный	4		329,7500
социальный	8		373,1250
авторитарный	10		375,2000
командный	18		384,7222
примитивный	7		387,8571
Значимость			0,287

В отличие от большой группы, где лучшее психологическое благополучие было у лиц с авторитарным и социальными стилями лидерства, а худшее – у лиц со средним и примитивными стилями лидерства.

Также результаты сторонних оценок параметров работы ( $f=0,334$ ,  $p=0,854$ ) и гибких навыков заведующих отделениями ( $f=0,312$ ,  $p=0,868$ ) значимо не отличаются у заведующих с разными стилями лидерства (таблица 7.3).

**Таблица 7.3 – Сторонние оценки параметров работы и стили лидерства**

Дункан<sup>a,b</sup> Оценка руководством параметров работы

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
средний	4	2,9688
социальный	8	3,0938
авторитарный	10	3,1988
примитивный	7	3,2179
командный	18	3,2194
Значимость		0,353

Дункан<sup>a,b</sup> Оценка починенными гибких навыков заведующих

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05
		1
средний	4	2,0250
социальный	8	2,3375
авторитарный	10	2,3900
примитивный	7	2,4357
командный	18	2,5111
Значимость		0,314

Сочетание стилей лидерства и типов доминирующего поведения в конфликте представлено в комбинационной таблице 7.4. Заведующие, классифицированные как лица с примитивным и средним типами лидерства, выбирали типы поведения, которые можно отнести к избеганию и приспособлению. У всех респондентов с авторитарным стилем лидерства «соперничество» – доминирующий тип поведения в конфликте. При этом заведующие,

классифицированные по решётке Блейка-Моутона как лица с социальным и командными типами лидерства, выбирали типы поведения в конфликте не характерные для типов лидерства. Только 4 (22,2%) заведующих с командным типом лидерства и 1 (12,5%) с социальным типом лидерства выбрали образцы поведения в конфликте, показывающие, что их доминирующий тип поведения – сотрудничество.

**Таблица 7.4 – Доминирующие типы поведения в конфликте при разных типах лидерства**

		Тип поведения в конфликте					Всего
		игнорирование	приспособление	компромисс	соперничество	сотрудничество	
Стиль лидерства	примитивный	3	3	1			7
	авторитарный				10		10
	срединный	2	1	1	0	0	4
	социальный	1	4	1	1	1	8
	командный	3	3	4	4	4	18
Всего		9	11	7	15	5	47

Что касается уровня психологического благополучия при разных типах поведения в конфликте, то он различен,  $f=6,71$ ,  $p<0,001$  (таблица 7.5).

**Таблица 7.5 – Психологическое благополучие по типам поведения в конфликте.**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип поведения	N	Подмножество для альфа = 0.05			
		1	2	3	4
игнорирование	9	293,2222			
компромисс	7	328,8571	328,8571		
соперничество	15		387,0667	387,0667	
приспособление	11			417,9091	417,9091
сотрудничество	5				470,4000
Значимость		0,329	0,114	0,398	0,153

Наиболее высокий уровень психологического благополучия соответствует таким типам поведения в конфликте как «соперничество» и «приспособление», самый низкий уровень психологического благополучия – «избеганию» и «компромиссу». В большой группе напротив, лица с доминирующим типом поведения в конфликте «приспособление» имели самый низкий уровень психологического благополучия.

Распределение доминирующих типов поведения в конфликте в малой группе отличается от распределения в большой группе. Появляется тип поведения «сотрудничество» (таблица 7.6).

**Таблица 7.6 – Частота доминирующих типов поведения в конфликте в малой группе**

	Частота	Проценты	Валидный процент	Накопленный процент
Валидные				
игнорирование	8	17,0	17,0	17,0
приспособление	3	6,4	6,4	23,4
компромисс	15	31,9	23,4	55,3
соперничество	10	21,3	21,3	76,6
сотрудничество	11	23,4	23,4	100,0
Всего	47	100,0	100,0	

Среднее число жалоб, дефектов оказания медицинской помощи и средний интегральный коэффициент значимо не отличаются у заведующих с разными типами лидерства (таблица 7.7) (жалобы  $f=0,09$ ,  $p=0,984$ , дефекты оказания помощи  $f=0,23$ ,  $p=0,920$ , интегральный коэффициент работы отделения  $f=0,07$ ,  $p=0,991$ ).

**Таблица 7.7 – Показатели качества работы отделений и типы лидерства**

#### Жалобы

Дункан<sup>a,b</sup>

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	
социальный	8		5,7500
командный	18		6,4444
авторитарный	10		6,8000
примитивный	7		7,0000
срединный	4		7,0000
Значимость			0,655

Продолжение таблицы 7.7

### Дефекты

Дункан<sup>a,b</sup>

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	
примитивный	7		0,8571
командный	18		0,9611
авторитарный	10		1,0400
социальный	8		1,1500
срединный	4		1,3500
Значимость			0,378

### Кинт

Дункан<sup>a,b</sup>

Стиль лидерства	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	
социальный	8		0,0790
командный	18		0,0849
авторитарный	10		0,0884
примитивный	7		0,0886
срединный	4		0,0948
Значимость			0,624

Показатели работы отделений значимо (жалобы  $f=3,03$ ,  $p=0,028$ , дефекты оказания помощи  $f=3,89$ ,  $p=0,009$ , интегральный коэффициент работы отделения  $f=3,57$ ,  $p=0,014$ ) отличаются у заведующих с разными типами поведения в конфликте (таблица 7.8).

**Таблица 7.8 – Показатели качества работы отделений и типы поведения в конфликте**

### Жалобы

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип поведения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
сотрудничество	5	1,4000	
приспособление	11		5,9091
соперничество	15		6,4000
игнорирование	9		8,6667
компромисс	7		8,7143
Значимость		1,000	0,223

Продолжение таблицы 7.8

**Дефекты**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип поведения	N	Подмножество для альфа = 0.05		
		1	2	3
сотрудничество	5	0,1600		
приспособление	11	0,6364	0,6364	
соперничество	15		1,0200	1,0200
компромисс	7			1,5000
игнорирование	9			1,6333
Значимость		0,243	0,346	0,158

**Кинг**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип поведения	N	Подмножество для альфа = 0.05	
		1	2
сотрудничество	5	0,0256	
приспособление	11		0,0755
соперничество	15		0,0843
компромисс	7		0,1121
игнорирование	9		0,1150
Значимость		1,000	0,129

Показатели работы отделений лучше в отделениях, где заведующие имеют доминирующий тип поведения в конфликте, ориентированные на сотрудничество.

Заведующие, имеющие разные типы доминирующего поведения в конфликте, получили значимо разные оценки от руководства и подчиненных,  $p < 0,001$ . Лучшую оценку получили заведующие с доминирующим типом поведения «сотрудничество» (таблица 7.9).

**Таблица 7.9 – Показатели оценок руководства и типы поведения в конфликте заведующих**

Дункан<sup>a,b</sup>

Тип поведения	N	Подмножество для альфа = 0.05		
		1	2	3
избегание	9	2,8181		
компромисс	7	3,0268	3,0268	
соперничество	15		3,1933	
приспособление	11		3,2114	
сотрудничество	5			3,8625
Всего	47			

## Продолжение таблицы 7.9

## Критерий Краскала-Уоллиса

	Тип поведения	N	Средний ранг
Оценка подчиненными	избегание	9	13,11
	приспособление	11	27,45
	компромисс	7	17,64
	соперничество	15	24,23
	сотрудничество	5	44,20
	Всего	47	

Статистические критерии <sup>a,b</sup>

	Оценка подчиненных
Хи-квадрат	18,829
ст.св.	4
Асимптотическая значимость	0,001

Показатели работы отделений, кроме выполнения плана, коррелируют с оценкой параметров работы, данной руководством и подчиненными (таблица 7.10).

**Таблица 7.10 – Показатели работы отделений и сторонняя оценка параметров работы заведующих отделениями**

		Жалобы	Дефекты	План	Кинт
Оценка подчиненными	Корреляция Пирсона	-0,763**	-0,932**	0,232	-0,829**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,116	0,000
	N	47	47	47	47
Оценка руководством	Корреляция Пирсона	-0,687**	-0,743**	0,330*	-0,732**
	Знач. (двухсторонняя)	0,000	0,000	0,024	0,000
	N	47	47	47	47

Сравнительный анализ показателей работы отделений, самооценок психологического благополучия, стилей лидерства, типов поведения в конфликте

и сторонних оценок параметров работы и ряда гибких навыков обнаружил ряд явлений, обладающих научной новизной и ценностью.

Во-первых, оценка психологического благополучия с помощью опросника Рифа объективный инструмент системы управления персоналом. Объективность опросника Рифа доказывают наличие связи с показателями работы отделения, с результатами сторонней оценки, схожая картина результатов в малой и больших выборках.

Во-вторых, оценку стилей лидерства с помощью решетки Блейка-Моутона целесообразно проводить не на рабочем месте, а при прохождении циклов профессионального образования. О желании некоторых респондентов улучшить портрет лидерства при опросе на рабочем месте свидетельствует различие в распределении по стилям лидерства в малой и большой выборках, повышенные значения показателей сосредоточенности на людях и на производстве, отсутствие связи стилей лидерства с уровнем психологического благополучия, с показателями работы отделения, с результатами сторонних оценок. Кроме того, именно у заведующих, классифицированных как имеющие социальный и командный типы лидерства, диссонировали выбранные типы поведения в конфликте.

На искажение результатов оценки типов поведения в конфликте при проведении опросов на рабочем месте указывает появление заведующих, демонстрирующих сотрудничество как доминирующий тип поведения в конфликте. Разница в уровнях психологического благополучия в малой и большой выборке среди респондентов с одинаковыми типами поведения также косвенно свидетельствует о снижении правдивости респондентов. Однако связь типов поведения в конфликте с показателями работы отделений, а именно наличие лучших показателей в отделениях, где заведующие ориентированы на сотрудничество при разрешении конфликта, доказывает, что объективность инструмента (опросника Томаса-Килмана) сохраняется.

В-третьих, объективность оценок заведующих отделений подчиненными сотрудниками завышена при проведении опросов на рабочем месте по сравнению с опросами во время дополнительного профессионального образования. Опросы на

рабочем месте отличаются более высокой социальной желательностью в отношении всех гибких навыков заведующих отделениями. В то же время результаты опросов подчиненных коррелируют с показателями работы отделений и с уровнем психологического благополучия заведующих отделениями. То есть опросы подчиненных – это действенный инструмент системы управления персоналом, но для повышения его объективности целесообразно проведение опросов подчиненных сотрудников не на рабочем месте.

В-четвертых, опросы руководства для оценки заведующих отделениями объективны независимо от места их проведения. Это доказывает однотипность результатов оценочных опросов в малой и большой группах, связь с уровнем психологического благополучия заведующих, с показателями работы отделений.

Таким образом, сравнительный анализ показателей работы отделений и результатов оценок психологического благополучия, гибких навыков свидетельствует о приемлемости использования апробируемых в работе инструментов для оценки развития управленческих компетенций заведующих отделениями медицинских организаций. С целью повышения правдивости представляемой респондентами информации и нивелирования феномена социальной желательности целесообразно проводить опросы сотрудников вне рабочего места независимыми организациями, например, в процессе дополнительного профессионального образования.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Трудовая функция «управление структурным подразделением» обязывает заведующих отделениями медицинских организаций обладать компетентностью в области управления (Профстандарт специалиста в области общественного здоровья и организации здравоохранения) и постоянно улучшать гибкие навыки, являющиеся переменной управленческих компетенций (Khajeghyasi RV., 2021; Gordon M. и соавт., 2012; Edgar S. и соавт., 2014).

Немногочисленные отечественные исследования обнаруживают слабое развитие управленческих компетенций у заведующих отделениями, игнорирование данного факта при назначении на должность, отсутствие объективной оценки компетентности в области управления (Хаустова Э.Е., 2019; Гайдаров Г.М. и соавт., 2018; Каримова Д.Ю., Закальский В.А., 2019; Закальский, В. А., 2019; Закальский В.А. и соавт., 2018), а также ограниченность гибких навыков у данного контингента медицинских работников (Супрунов О.В., Супрунова И.К., 2019; Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2020; Кантарева, П., Веселинова Т., 2021; Kravchenko, E. M., 2018).

Следует отметить, что прогрессивные системы управления персоналом, в попытках сформировать когорту лидеров здравоохранения, фокусируют усилия на измерении и изменении гибких навыков врачей-руководителей (Shanafelt T., 2021), требования к развитию которых усиливаются (Ackerly DC., соавт., 2011; Pielach M., соавт., 2018; Strudsholm T., соавт., 2021; Sriharan A., соавт., 2022).

Важным является прямая связь гибких навыков с психологическим благополучием и его составляющими: автономией, личностным ростом, позитивным отношением, управлением окружением, удовлетворением жизнью (Baard, P.P. и соавт., 2004; Lynch, M.F. и соавт., 2005; Pulcrano M. и соавт., 2016; Németh A. и соавт., 2016; Shanafelt T.D. и соавт., 2018; Синбухова Т.Д. и соавт., 2019).

Данная связь, помимо объективных показателей работы отделений, стала основой для обоснования инструментов оценки гибких навыков у врачей-руководителей и приемлемости данных инструментов в системе оценок развития

управленческих компетенций заведующих отделениями медицинских организаций.

Кроме того, исследование психологического благополучия заведующих отделениями имеет самостоятельную значимость исходя из его доказанного влияния на качество медицинской помощи (West С.Р. и соавт., 2018; Tawfik D.S. и соавт., 2018; NASEM, 2019; Dyrbye L.N. и соавт., 2020) и на систему организации здравоохранения (Shanafelt T.D., 2021; Health Resources & Services Administration, 2020).

Вот почему в рамках первой задачи было проведено изучение психологического благополучия заведующих отделениями медицинских организаций.

Результаты изучения психологического благополучия показали, что средние значения баллов психологического благополучия заведующих клиническими отделениями выше нормативных значений во всех половозрастных группах. Вместе с тем, почти 40% респондентов имеют балл ниже среднего значения. В группе 36-55 лет, которая является самой многочисленной в возрастной структуре заведующих отделениями, у 43,1% женщин и 26% мужчин баллы психологического благополучия хуже нормативных значений. По категории «баланс аффекта» почти треть женщин и 20% мужчин 36-55 лет демонстрируют неудовлетворённость жизнью, низкую оценку своих способностей к освоению нового и борьбы с жизненными трудностями, плохое умение поддерживать благоприятные отношения с окружающими. По шкале «позитивное отношение» более трети женщин и более 20% мужчин предрасположены к закрытости, недоверию во взаимоотношениях, а по шкале «личностный рост» у более 20% женщин и почти половины мужчин данного возраста нет стремлений к самореализации, познанию нового, изменению существующего поведения. По шкале «самопринятие» почти 40% женщин и более 20% мужчин 36-55 лет обеспокоены слабостью личностных характеристик, но одновременно не довольны своим положением в обществе относительно его видения. Это объясняет, почему по категории «осмысленность жизни» в данной возрастной группе 70,8% женщин

и 60% мужчин склонны воспринимать собственную жизнь как бессмысленную и бесцельную, а по шкале «цели жизни» у более трети женщин и почти трети мужчин нет смысла в жизни, ограничены или отсутствуют цели и устремления. По категории «человек как открытая система» 63,1% женщин и 53% мужчин 36-55 лет обнаруживают недостаточную готовность использовать приобретенный опыт и не расположены адекватно воспринимать жизненные реалии. Наряду с этим по шкале «управление окружением» более четверти женщин и четверть мужчин не способны не только контролировать происходящее, но и использовать возникающие возможности для реализации изменений, а по шкале «автономия» четверть женщин и мужчин демонстрируют зависимость от окружающих, в том числе при принятии решений, склонны к субмиссивному поведению.

Отдельного внимания заслуживают результаты опроса женщин. Значимой разницы средних баллов психологического благополучия, по его категориям и шкалам в группе мужчин и женщин нет. Однако напомним, что балл психологического благополучия в возрасте 36-55 лет ниже нормативных значений у 26% мужчин и у 43,1% женщин. Отметим, что женщин в возрасте до 35 лет среди респондентов нет, хотя мужчины этого возраста составляют 8,9% от респондентов мужского пола. Напротив, женщин в возрасте старше 56 лет среди респондентов этого пола 30,1%, а мужчин данного возраста – только 9,6%. Число женщин среди респондентов в возрасте старше 56 лет более чем в два раза превышает число мужчин, 28 против 12. В то время как в популяции страны численность женщин на 1 000 мужчин увеличивается с 1 067 в возрасте 35-55 лет до 1 233 в возрасте 56-60 лет (Росстат, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>). То есть женщины реже и позже (средний возраст женщин-респондентов значимо выше мужчин-респондентов  $t=7,44$ ,  $p\leq 0,001$ ) назначаются на должность заведующего отделением, а также, по нашему мнению, есть дискриминация женщин в вопросах карьерного роста. Предполагаем, что искусственное торможение карьерного роста и не продуктивная борьба сильнее влияют на психологическое благополучие женщин, что согласуется с рядом исследований (Lucia-Casademunt A.M., et al., 2018; Moreau, E. Et al., 2012; Коропец О.А., 2020).

Следующий аспект исследования, вызывающий интерес, – ухудшение показателей психологического благополучия в целом, а также по все категориям и шкалам у мужчин после 35 лет. Надо упомянуть, что компоненты психологического благополучия меняются с возрастом: до среднего возраста уровень благополучия снижается, после среднего возраста растет (Blanchflower, D. G., et al., 2017) Изменение нормативных значений у мужчин после 35 лет также отрицательное, но в меньшей степени, а по шкале «автономия» даже идет рост балла. У наших респондентов средний балл психологического благополучия уменьшается почти на 58 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет). Наибольшее ухудшение касается категории «баланс аффекта», изменение на 18 баллов ( $29,0\%$  от уровня 25-35 лет). Менее всего страдают «автономия» и «управление окружением», падение на 8 баллов ( $\approx 11\%$  от уровня 25-35 лет). Уменьшение баллов по категории «осмысленность жизни» составило 13 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет), по шкалам «личностный рост», «цели жизни», «самопринятие» 11 баллов ( $\approx 15\%$  от уровня 25-35 лет), по категории «открытость» и шкале «позитивное отношение» 10 баллов ( $\approx 14,0\%$  от уровня 25-35 лет).

Иные характеристики респондентов, рассматриваемые в настоящем исследовании, не влияют на психологическое благополучие, хотя мы ожидали связи с трудовой нагрузкой.

Таким образом, более высокие, чем нормативные, средние значения полученных баллов психологического благополучия респондентов не должны маскировать обнаруженные проблемы. Во-первых, высока доля лиц в группе 36-55 лет, имеющих баллы психологического благополучия и его компонентов ниже нормативных значений. Во-вторых, худшее психологическое благополучие женщин исследуемой группы. В-третьих, значительное ухудшение показателей психологического благополучия у мужчин после 35 лет.

Полученные результаты диктуют срочность целевых действий, особенно в отношении самой многочисленной возрастной группы с наибольшей продолжительностью трудовой жизни.

Не обнаруженная в данном исследовании зависимость психологического благополучия от профессионального развития вызывает беспокойство, учитывая известную зависимость последнего от уровня гибких навыков.

Оценка гибких навыков строилась на самооценке заведующих отделениями стилей лидерства и типа управления конфликтами, а также сторонней оценке управленческих компетенций и параметров работы, данной сотрудниками отделений и руководством медицинских организаций.

Оценка стилей лидерства показала, что 37,5% заведующих, имеют примитивный стиль лидерства, прилагая минимальные усилия для обеспечения работы подразделения. Вторым по частоте стилем лидерства, 34,3% заведующих, является авторитарный, в котором эффективность производства достигается за счет жесткого управления и ущемления сотрудников. Около 20% заведующих имеют социальный стиль лидерства, ориентированный на понимание и удовлетворение потребностей сотрудников, но при несовпадении производственных потребностей и потребностей коллектива, ставящий под угрозу производственные задачи. Почти 11% заведующих используют срединное управление, недостаток которого в частичном удовлетворении потребностей производства и коллектива. Среди респондентов отсутствуют лица, использующие командный стиль.

Заслуживает внимания тот факт, что баллы по шкале «внимание к людям» статистически ниже, чем по шкале «внимание к производству». Большая заинтересованность заведующих в достижении производственных показателей, вероятно, обусловлена их контролем и использованием при оценке работы медицинской организации.

Отсутствие связи стиля лидерства с трудовой нагрузкой, возрастом, полом, стажем свидетельствует об общем характере явления. Выделение отдельной группы примитивного лидерства по возрасту – доказательство недостатка традиционного профессионального образования. Подтверждает неполноценность традиционного медицинского образования для формирования гибких навыков отсутствие связи стиля лидерства и профессионального развития.

Нельзя не сказать о связи психологического благополучия и стиля лидерства. При низких показателях позитивного отношения к людям, автономии, управления окружением респонденты демонстрируют примитивный или срединный стиль лидерства. Высокие показатели личностного роста, целей жизни, автономии, управления окружением характерны для заведующих с авторитарным и социальным стилем лидерства. Но при социальном руководстве выше показатели позитивного отношения и открытости, чем при авторитарном стиле. Заметим, что одинаково низкие показатели самопринятия, позитивного отношения, личностного роста и открытости обнаружены у заведующих с примитивным и срединным стилем лидерства. У заведующих со срединным стилем лидерства показатели управления окружением, автономии, целей в жизни, баланса, осмысленности хуже, чем у респондентов с авторитарным и социальными стилями лидерства. Это является подтверждением неполноценности компромиссного срединного стиля лидерства для управления.

Найденная связь психологического благополучия и стилей лидерства показывает чувствительность инструментов модели Блейка-Моутона для самооценки такого гибкого навыка как лидерство у врачей-руководителей.

Надо сказать, что результаты самооценки другого гибкого навыка – управления конфликтами – также были связаны с уровнем психологического благополучия респондентов. Респонденты с проблемами личностного роста, автономии, управления окружением, целей жизни, самопринятия демонстрируют как основной тип поведения в конфликте приспособление, то есть отказ от своих интересов, подчинение собственной позиции. По мере улучшения составляющих психологического благополучия тип поведения меняется на компромиссный, в котором уступки носят частичный характер, далее на пограничный, сочетающий приспособление, компромисс и игнорирование. Более высокие показатели психологического благополучия имеют респонденты, предпочитающие в конфликте игнорирование, в котором еще нет реализации собственных убеждений, но уже отсутствует следование убеждениям другой стороны конфликта. Наконец, лица, имеющие максимально выраженные показатели личностного роста,

автономии, целей жизни, самопринятия демонстрируют как основной тип поведения в конфликте соперничество, где отказ видеть точку зрения других соседствует с абсолютным отстаиванием своей позиции. На первый взгляд, выглядит нелогичным, что респонденты, отдающие предпочтение соперничеству в конфликте, имеют самые высокие баллы позитивных отношений с окружающими. Однако напомним, что высокие баллы по этой составляющей предполагают понимание важности построения взаимоотношений. Напротив, проблемы в сфере позитивных отношений говорят об изолированности субъекта, фрустрации, сложности выстраивания и поддержания даже важных связей с окружающими. Поэтому склонность к отстаиванию или отказу от собственных убеждений в конфликте лиц, акцентированных на выстраивание внешних связей и избегающих их, становится понятной.

Показательно, что результаты самооценки лидерства и поведения в конфликте также были взаимосвязаны. Респонденты, расположенные в конфликте к соперничеству, имеют наименьшие баллы по шкале «внимание к людям» решетки Блейка-Моутона. То есть лица, абсолютно отстаивающие собственные убеждения в конфликте, не проявляют интерес к потребностям окружающих. Добавим, что при примитивном и авторитарном стилях лидерства проявление сотрудничества наименьшее, а при социальном лидерстве максимальное. При этом внимание к производству у респондентов, склонных к приспособлению в конфликте, минимальное, а у заведующих, приверженных соперничеству, максимальное. Понятная разница выраженности внимания к людям и производству при противоположных типах поведения в конфликте, а также проявления сотрудничества при противоположных стилях лидерства – дополнительное подтверждение чувствительности опросника Томаса-Килмана.

В целом же оценка типов поведения в конфликте у заведующих отделениями показала, что наиболее частые типы поведения в конфликте – соперничество и игнорирование, первый используют как основной тип поведения 38% респондентов, второй – 36,1% респондентов. Приспособление и компромисс – следующие по частоте использования, соответственно для 15,3% и 6,5%

опрошенных заведующих они являются основными типами поведения в конфликте. Даже респонденты, использующие несколько типов поведения в конфликте, 4,2%, дрейфуют между игнорированием, приспособлением и компромиссом.

К сожалению, результаты оценки говорят о плохом развитии гибких навыков управления конфликтом. Нет респондентов с оптимальным типом поведения в конфликте, то есть равное использование всех типов. Редко и неактивно используется респондентами в конфликте сотрудничество: максимальный балл в анкетах составил 3 из возможных 12 и оптимальных 6, а 346,8% респондентов никогда не прибегают к этому типу поведения. Причем отсутствие связи типов поведения в конфликте с возрастом, стажем, полом, трудовой нагрузкой, профессиональным развитием вновь свидетельствует о типичности проблемы слабости гибких навыков в среде врачей-руководителей и дополнительного образования для их развития.

Редкое использование гибких навыков заведующих отделениями подтверждают результаты оценок, полученных в рамках обратной связи от врачей отделений медицинских организаций.

Врачи отделений указывают, что основная масса заведующих, 53,7% ( $30,3 \pm 23,4\%$ ) применяет гибкие навыки «самоконтроль и критичность к своим действиям», «достижение результатов», «лидерство», «общение», «командная работа» в половине случаев и реже, что относит их к отстающим и аутсайдерам с точки зрения типа руководителя. Кроме того, аутсайдеры в структуре вариантов оценок занимает второе место, 21,9%. Только 24,4% ( $15,8\% \pm 8,6\%$ ) заведующих используют гибкие навыки в работе часто и всегда, и их можно отнести к лидерам и ведущим типам руководителей.

Важной находкой, на наш взгляд, является прямая сильная корреляция оценки отдельных гибких навыков между собой. Так заведующие, всегда демонстрирующие навыки самоконтроля и осмысленности жизни, всегда или почти всегда используют навыки достижения результата, лидерства, общения, командной работы. Напротив, заведующие, которых респонденты оценили как

никогда не использующие навыки самоконтроля, редко используют иные гибкие навыки. При этом гибкие навыки в разных сферах развиты у заведующих отделениями неодинаково. В большей степени у заведующих отделениями страдают гибкие навыки в сферах «достижение результата», «лидерство» и «самоконтроль и критичность к своим действиям».

Об объективности оценки и одновременно ее чувствительности говорит отсутствие связи оценок с возрастом, стажем респондентов, полом респондентов и оцениваемых. При этом разница в оценках врачей, работающих в стационарных и амбулаторных условиях, напротив, подтверждает чувствительность анкеты. Врачи стационаров значимо хуже оценивали гибкие навыки заведующих, связанные с контролем эмоций, постановкой сложных целей, расстановкой приоритетов, ответственностью членов команды за достижение целей, лаконичностью в общении, с передачей опыта при общении, конструктивной обратной связью, позитивной оценкой различий между членами команды и командной работой. Принимая во внимание собственные результаты об отсутствии связи психологического благополучия с трудовой нагрузкой, предполагаем, что требования к навыкам ведения командной работы, расстановке приоритетов, определения ответственных, конструктивной обратной связи и к контролю эмоций выше у врачей стационаров. Более высокие требования обусловлены спецификой работы, при которой результат помощи сильнее зависит от командных усилий и взаимодействия врачей с заведующим отделением.

Оценка параметров работы заведующих отделениями руководителями медицинских организаций обнаруживает слабое применение гибких навыков заведующими. На фоне более высоких оценок профессиональных знаний гибкие навыки, касающиеся инициативности, самостоятельности, достижения результатов, своевременности выполнения работы, командной работы, соблюдения дисциплины, оценены крайне низко. По оценке руководства 70,1% заведующих плохо работают в команде, 51,3% – без- и малоинициативные, 23,8% – не самостоятельны в принятии решений о работе подразделений, 68,0% – достигают поставленных результатов только в половине случаев, никто не

выполняет работу своевременно, 64,7% – соблюдают дисциплину в половине случаев.

Более того, никто из руководителей не оценил ни одного из заведующих отделением ни по одному параметру работы на максимальный балл. Средние оценки отдельных и всех параметров работы ниже 4 баллов. Можно предположить, что так как заведующие отделениями являются единственным естественным управленческим резервом, оценки, сделанные руководством медицинских организаций, предвзяты и занижены. Однако в нашем исследовании оценка руководством медицинских организаций заведующих отделениями совпадает с результатами самооценок гибких навыков и оценок их врачами-подчиненными.

Рассматривая оценки, сделанные руководством, надо обратить внимание на обнаруженную связь ряда гибких навыков между собой и с параметрами работы: инициативности со всеми гибкими навыками и параметрами работы, самостоятельности принятия решений с работой в команде и количеством работы, своевременности выполнения работы с количеством работы, соблюдение дисциплины с количеством работы.

Например, более сильная связь инициативности с другими гибкими навыками и параметрами работы, чем их связь с профессиональными знаниями, показывает, что именно инициативность – двигатель профессионального развития. Сильная корреляция своевременности выполнения работы с количеством работы указывает, что объем работы, который необходимо выполнить, больше, чем предполагает трудовая нагрузка (Закальский В.А., соавт., 2018). Даже превышение трудовой нагрузки не позволяет заведующему выполнять все порученные задания своевременно. При этом руководители учреждений считают, что большинство заведующих не перегружены работой, отмечая, что 68,0% заведующих работают ниже или в рамках трудовой нагрузки. Возможно, руководители медицинских организаций ориентируются на данные о нерациональном распределении времени оцениваемым контингентом (Супрунов О.В., Супрунова И.К., 2019; Гаджиев Р.С., Агаларова Л.С., 2020). На первый взгляд, ясна сильная связь самостоятельности принятия решений с количеством работы. Чем самостоятельнее заведующий, тем

больше работы он выполняет. Но, возможно, увеличивающееся количество работы заставляет заведующего проявлять самостоятельность чаще. Связь между гибкими навыками «работа в команде» и «самостоятельность», возможно, показывает, что умение работать в команде повышает самостоятельность при принятии решений (Коровина Л.В., 2021). Связь количества работы и соблюдения дисциплины может говорить о том, что увеличение нагрузки заставляет больше соблюдать дисциплину, а может, что лучшая дисциплина позволяет сделать больше работы.

Как видно, чтобы ответить на вопросы, возникшие в ходе настоящего исследования, то есть для определения влияния гибких навыков друг на друга и на параметры работы, необходимо проведение исследований, где предметом станут отдельные гибкие навыки.

Также перспективой дальнейших исследований является определение зависимости гибких навыков от социально-гигиенических факторов. В настоящем исследовании мы обнаружили зависимость оценок от должности руководителя, пола и возраста оцениваемого.

Например, заместители по лечебной работе хуже других руководителей оценили заведующих отделениями в отношении количества работы, работы в команде, соблюдения дисциплины, инициативности, самостоятельности принятия решений. Заместители по экономическим вопросам лучше других руководителей оценили количество работы, достижение результата, своевременность выполнения заданий, соблюдение дисциплины, инициативность, самостоятельность принятия решений. Возможно, что разница оценок связана с большей зависимостью работы начмедов от работы заведующих отделениями, более тесным взаимодействием, лучшим пониманием специфики работы оцениваемых. Кстати, об объективности оценок руководства говорит худшая оценка профессиональных знаний заведующих заместителями по экономике по сравнению с другими параметрами работы. Низкая оценка заместителями по экономическим вопросам «Профессиональных знаний в сфере Вашего профессионального взаимодействия с оцениваемым» совпадает с негативной оценкой знаний врачей по экономике здравоохранения (Jain V., 2016; Rodríguez-Ledesma Mde L., соавт., 2007).

Также мы обнаружили разницу в оценках заведующих разного пола, схожую с результатами сторонних исследований (Минаева, Э.Ф., Яценков А.О., 2018; Ярославцева У.А., 2019; Курганская М.Ю., Пертая М.В., 2018). Профессиональные знания, соблюдение дисциплины, работа в команде, самостоятельность решений, инициативность заведующих женщин оценивались хуже, чем у заведующих мужчин. Но при этом количество работы и достижение результата, своевременность выполнения работы были оценены руководством одинаково. Возникает вопрос как при худших гибких навыках и профессиональных знаниях женщины заведующие могут выполнять такой же объем работы с лучшей своевременностью, достигая тех результатов, что их коллеги мужчины. Возможно, за разницей оценок стоит дискриминация по половому признаку.

Возможно предвзятость руководства существует в отношении более молодых заведующих при оценке профессиональных знаний, учитывая сторонние исследования по снижению профессионального развития у лиц пожилого возраста (Lee Y, соавт., 2015; Manturova N.E., соавт., 2018; Разумникова О.М., соавт., 2019). Так профессиональные знания заведующих 36-55 лет оценены хуже, чем у заведующих 56 лет и старше. Добавим, что своевременность выполнения работы молодых заведующих оценена выше, а объем выполняемой работы одинаково. Однако нельзя не замечать более высокую оценку заведующих 56 лет и старше в отношении достижений результатов и инициативности, при одинаковой оценке командной работы и самостоятельности принятия решений.

Попытка определить объективность оценок руководства, а также объяснить другие явления и связи сделана в рамках последней задачи настоящего исследования.

Сравнительный анализ показателей работы отделений, самооценок психологического благополучия, стилей лидерства, типов поведения в конфликте и сторонних оценок параметров работы и ряда гибких навыков обнаружил ряд явлений, обладающих научной новизной и ценностью.

Так, оценку стилей лидерства с помощью решетки Блейка-Моутона целесообразно проводить не на рабочем месте, а при прохождении циклов

профессионального образования. О желании некоторых респондентов улучшить портрет лидерства при опросе на рабочем месте свидетельствует различие в распределении по стилям лидерства в малой и большой выборках, повышенные значения показателей сосредоточенности на людях и на производстве, отсутствие связи стилей лидерства с уровнем психологического благополучия, с показателями работы отделения, с результатами сторонних оценок. Кроме того, именно у заведующих, классифицированных как имеющие социальный и командный типы лидерства, диссонировали выбранные типы поведения в конфликте.

На искажение результатов оценки типов поведения в конфликте при проведении опросов на рабочем месте указывает появление заведующих, демонстрирующих сотрудничество как доминирующий тип поведения в конфликте. Разница в уровнях психологического благополучия в малой и большой выборке среди респондентов с одинаковыми типами поведения также косвенно свидетельствует о снижении правдивости респондентов. Однако связь типов поведения в конфликте с показателями работы отделений, а именно наличие лучших показателей в отделениях, где заведующие ориентированы на сотрудничество при разрешении конфликта, доказывает объективность инструмента (опросника Томаса-Килмана).

Объективность оценок заведующих отделений подчиненными сотрудниками завышена при проведении опросов на рабочем месте по сравнению с опросами во время дополнительного профессионального образования. Опросы на рабочем месте отличаются более высокой социальной желательностью в отношении всех гибких навыков заведующих отделениями. В то же время результаты опросов подчиненных коррелируют с показателями работы отделений и с уровнем психологического благополучия заведующих отделениями. То есть опросы подчиненных – это действенный инструмент системы управления персоналом, но для повышения его объективности целесообразно проведение опросов подчиненных сотрудников не на рабочем месте.

Опросы руководства для оценки заведующих отделениями объективны независимо от места их проведения. Это доказывает однотипность результатов

оценочных опросов в малой и большой группах, связь с уровнем психологического благополучия заведующих, с показателями работы отделений.

Таким образом, результаты диссертационного исследования свидетельствуют о приемлемости использования апробируемых в работе инструментов для оценки развития гибких навыков (управленческих компетенций) заведующими отделениями медицинских организаций. С целью повышения правдивости представляемой респондентами информации и нивелирования феномена социальной желательности целесообразно проводить опросы сотрудников вне рабочего места независимыми организациями, например, в процессе дополнительного профессионального образования.

Результаты диссертационного исследования подтверждают гипотезу исследования о пригодности инструментов оценки гибких навыков для использования в системе оценки персонала в отношении заведующих клиническими отделениями, а также позволяют выдвинуть на защиту два **положения**:

1. Результаты оценок гибких навыков с использованием апробируемых инструментов коррелируют между собой, с объективными показателями работы отделений, уровнем психологического благополучия респондентов и могут использоваться для оценки развития управленческих компетенций заведующими отделениями медицинских организаций.

2. Результаты оценок у заведующих отделениями медицинских организаций гибких навыков, проводимые в рамках дополнительного профессионального образования и внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности, различны.

## ВЫВОДЫ

1. Психологическое благополучие заведующих отделениями ниже нормативных значений у 26 (26%) мужчин, 28 (43,1%) женщин 36-55 лет. Есть корреляция психологического благополучия с возрастом  $r=0,2$   $p=0,019$  и стажем  $r=0,2$   $p=0,008$ . Нет зависимости психологического благополучия от пола  $p=0,798$ , типа организации  $p=0,642$ , наличия второго образования  $p=0,854$ , категории  $p=0,645$ , ученой степени  $p=0,204$ , работы в «красной зоне»  $p=0,926$ . Имеется ухудшение психологического благополучия и его отдельных составляющих у мужчин после 35 лет по сравнению с нормативными значениями, особенно по автономии.
2. Оценка руководителями медицинских организаций параметров работы заведующих отделениями удовлетворительная, не превышает 3,13 баллов. Худшие оценки получили гибкие навыки «инициативность», «самостоятельность при принятии решений», «своевременность выполнения работы», «работа в команде». Нет разницы уровня оценок между двумя парами метрик: «Достижение результата» и «Соблюдение правил дисциплины»  $p=0,294$ , «Своевременность выполнения работы» и «Инициативность по улучшению работы»  $p=0,713$ . Уровни оценок по всем остальным метрикам имеют значимую разницу,  $p<0,05$ . Есть значимая прямая корреляция оценок по всем метрикам, кроме «Достижение результата» и «Соблюдение правил дисциплины». Корреляции оценок работы заведующих с возрастом респондентов (руководителей, производящих оценку) не обнаружено,  $r_s=0,04$ ,  $p=0,376$ . Есть значимая разница в оценках руководителей, занимающих разные должности, ( $\chi^2 =9,36$ ,  $p=0,025$ ); заведующих разного пола ( $p<0,001$ ) в целом и параметров «своевременность выполнения работы», «профессиональные знания», «работа в команде», «инициативность», «самостоятельность принятия решений»; заведующих двух возрастных групп в целом и по достижению

результата, своевременности выполнения работы, профессиональных знаний, соблюдению дисциплины, инициативности ( $p < 0,05$ ).

3. Оценка врачами отделений медицинских организаций управленческих компетенций заведующих отделениями обнаружила, что 8,6% заведующих всегда используют отдельные гибкие навыки, 15,8% – часто, 23,4% – в половине случаев, 30,3% – редко, 21,9% – никогда. Значимо хуже оценены управленческие компетенции «достижение результата», «лидерство» и «самоконтроль и критичность к своим действиям» ( $p < 0,001$ ). Обнаружена прямая корреляция баллов по отдельным гибким навыкам между собой ( $0,97 \leq r \leq 0,99, p < 0,001$ ). Нет корреляции оценок с возрастом и стажем ( $0,058 \leq p \leq 0,123$ ) и полом ( $0,114 \leq p \leq 0,897$ ) врачей, выполняющих оценку. Нет корреляции оценок с полом оцениваемых заведующих ( $0,093 \leq p \leq 0,640$ ). Значимо ниже, чем у врачей амбулаторных организаций, оценки, сделанные врачами стационаров в отношении гибких навыков заведующих, связанные с контролем эмоций ( $p = 0,037$ ), постановкой сложных целей ( $p = 0,028$ ), расстановкой приоритетов ( $p = 0,026$ ), ответственностью членов команды за достижение целей ( $p = 0,047$ ), лаконичностью в общении ( $p = 0,043$ ) и передачей опыта при общении ( $p = 0,044$ ), конструктивной обратной связью ( $p = 0,025$ ), позитивной оценкой различий между членами команды ( $p = 0,006$ ) и командной работой ( $p = 0,030$ ).
4. Оценка гибких навыков заведующих отделениями обнаружила, что примитивный стиль лидерства имеют 81 (37,5%) заведующих отделениями, авторитарный стиль – 74 (34,3%), социальный – 38 (17,6%) респондентов и срединный стиль – 23 (10,6%). Нет зависимости стиля лидерства от пола ( $p = 0,082$ ), трудовой нагрузки ( $0,083 \leq p \leq 0,149$ ), профессионального развития ( $0,145 \leq p \leq 0,897$ ). Возраст слабо коррелирует со стилем лидерства ( $r = 0,358, p < 0,001$ ). Психологическое благополучие отличается ( $p < 0,001$ ) у заведующих с разными стилями лидерства, худшее у респондентов со срединным (67,41) и примитивными (68,01) стилями, лучшее – с социальным

(182,62). Есть средняя корреляция составляющих психологического благополучия и внимания к людям ( $0,55 \leq r \leq 0,64$ ,  $p \leq 0,001$ ).

Оценка гибкого навыка управления конфликтами показала, что 38% заведующих имеют сопернический тип поведения в конфликте, 36,1% – игнорирующий, 15,3% – приспособленческий, 6,5% – компромиссный, 4,2% – пограничный, включающий игнорирование, приспособление и компромисс. Установлено, что нет заведующих с оптимальным типом поведения в конфликте. Сотрудничество в конфликте никогда не использовали 46,8% заведующих. Нет связи типа поведения в конфликте с возрастом ( $0,02 \leq r \leq 0,10$ ,  $0,139 \leq p < 0,816$ ), полом, трудовой нагрузкой, профессиональным развитием ( $p > 0,05$ ). Есть разница психологического благополучия у заведующих с разными типами поведения в конфликте. Психологическое благополучие растет при переходе от приспособленческого (62,21) типа поведения в конфликте к компромиссному (88,79), затем пограничному (104,94), далее к игнорированию (114,92), до сопернического (124,78). Результаты оценки лидерства и поведения в конфликте взаимосвязаны: заведующие, расположенные к соперничеству в конфликте, демонстрируют худшее внимание к людям ( $\chi^2=24,53$ ,  $p < 0,001$ ). Внимание к производству у респондентов, склонных к приспособлению в конфликте, минимальное, а у заведующих, приверженных соперничеству, максимальное ( $\chi^2=137,69$ ,  $p < 0,001$ ). При примитивном и авторитарном стилях лидерства проявление сотрудничества наименьшее, а при социальном лидерстве максимальное ( $\chi^2=103,48$ ,  $p < 0,001$ ).

5. Результаты оценки психологического благополучия коррелируют с числом жалоб  $r=0,772$ ,  $p < 0,01$ , дефектов  $r=0,906$ ,  $p < 0,01$  и интегральным коэффициентом работы отделения  $r=0,834$ ,  $p < 0,01$ . Результаты оценки параметров работы заведующих отделениями, данные руководством и подчиненными, коррелируют с числом жалоб ( $r=0,8$ ,  $r=0,7$ ,  $p < 0,001$ ), дефектов оказания медицинской помощи ( $r=0,9$ ,  $r=0,7$ ,  $p < 0,001$ ) и интегральным коэффициентом работы отделения ( $r=0,8$ ,  $r=0,7$ ,  $p < 0,001$ ).

Оценка гибких навыков заведующих отделениями, данная сотрудниками отделений на рабочих местах, значимо лучше ( $5,897 < t < 6,163$ ,  $p < 0,001$ ), чем результаты оценки при независимых опросах. При опросах на рабочем месте заведующие демонстрируют более высокую сосредоточенность на людях  $4,29 \pm 2,08$  vs  $2,97 \pm 1,79$  и производстве  $4,64 \pm 1,67$  vs  $3,43 \pm 2,23$ , чем при независимых опросах ( $p < 0,001$ ,  $t > 9,166$ ). Показатели работы отделений значимо отличаются у заведующих с разными типами доминирующего поведения в конфликте: жалобы  $f=3,03$ ,  $p=0,028$ , дефекты оказания помощи  $f=3,89$ ,  $p=0,009$ , интегральный коэффициент работы отделения  $f=3,57$ ,  $p=0,014$ . Нет зависимости показателей работы отделения от типа лидерства: жалобы  $f=0,09$ ,  $p=0,984$ , дефекты оказания помощи  $f=0,23$ ,  $p=0,920$ , интегральный коэффициент работы отделения  $f=0,07$ ,  $p=0,991$ .

## ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. На уровне медицинских организаций показана регулярная ежегодная оценка психологического благополучия заведующих отделениями для профилактики профессионального выгорания. При оценке компетенций заведующих отделениями рациональна оценка гибких навыков с использованием обратной связи 360 градусов. Оценку гибких навыков врачей-руководителей следует проводить регулярно с привлечением сторонних организаций для обеспечения объективности оценки. Рационально использовать оценку гибких навыков врачей при решении вопроса назначения на должность заведующего отделением.
2. Органам управления здравоохранением необходим регулярный анализ сведений о психологическом благополучии работников медицинских организаций. Рационально использовать результаты оценки гибких навыков врачей-руководителей медицинских организаций в качестве критериев отбора в резерв руководителей медицинских организаций и при решении кадрового назначения на руководящие должности.
3. Для научных организаций актуальны исследования:
  - психологического благополучия работников отрасли здравоохранения с целью выявления факторов влияния и обоснования мероприятий, направленных на профилактику профессионального выгорания;
  - факторов, влияющих на объективность обратной связи в системе оценок персонала;
  - взаимосвязи гибких навыков с параметрами работы, с социально-гигиеническими характеристиками оцениваемых, с психологическим благополучием работника;
  - обоснования инструментов оценки различных гибких навыков в системе оценок медицинского персонала и независимой оценки квалификации.
4. Для образовательных организаций своевременна модернизация программ профессионального медицинского образования для обеспечения

формирования и развития гибких навыков у медицинских работников, в том числе заведующих отделениями. Актуально проведение оценки гибких навыков медицинских работников при реализации программ дополнительного профессионального образования с представлением работнику и работодателю аналитических отчетов, содержащих результаты оценки и индивидуальные рекомендации профессионального развития.

5. Заведующим отделениями следует акцентировать собственное профессиональное развитие на гибких навыках лидерства, управления конфликтами, инициативности, самостоятельности принятия решений, достижения результата, самоконтроле и критичности к своим действиям.

## СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Александрова, О.А. Управленческие кадры в московском здравоохранении. - С. поиск ответов на актуальные вопросы / О.А. Александрова, А.В.Ярашева, Е.И.Аксенова, Н.В.Аликперова, Ю.С. Ненахова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – 27(S). – С.522-528. DOI:10.32687/0869-866X-2019-27-si1-522-528
2. Алексеевская, Т. И. Инновации в преподавании по ФГОС 3++ дисциплины "общественное здоровье и организация здравоохранения" в освоении новой компетенции командообразование и лидерство / Т. И.Алексеевская, О. Ю. Софронов // Система менеджмента качества. - С. опыт и перспективы. – 2020. – 9. – С.266-269.
3. Блохина, М. В. Конфликты в коллективе медсестер и способы управления ими / М. В. Блохина, О. А. Петрова, М. Н. Ульянова // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21. – № 2. – С. 6-10. – EDN XFNKOM.
4. Бойко, С. Л. Управление конфликтами в последипломном образовании врачей / С. Л. Бойко, Е. В. Воронко, Т. И. Спасюк // Вышэйшая школа. - С. навукова-метадычны і публіцыстычны часопіс. – 2020. – № 6(140). – С. 30-33. – EDN WHUNQC.
5. Брынза, Н.С. Эффективность подходов обеспечения качества медицинской помощи и непрерывного медицинского образования в контексте положительных трендов заболеваемости / Н.С. Брынза, Д.И. Кича, Н.М. Захарченко // Вятский медицинский вестник. – 2017. – 1(53). – С.60-63.
6. Гаджиев, Р.С. Совершенствование технологии работы заведующих терапевтическими отделениями центральных районных больниц / Р.С. Гаджиев, Л.С. Агаларова // Менеджер здравоохранения. – 2020. - 9. - С.88-92. <https://doi.org/10.37690/1811-0185-2020-9-9-18>
7. Гаджиев, Р. С. Организация труда заведующих отделениями ЦРБ, пути его совершенствования (На примере Республики Дагестан) / Р. С. Гаджиев, Л. С. Агаларова // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2022. – № 2(74). – С. 54-59. – EDN DMEWJG.
8. Гайдаров, Г.М. Организация циклов повышения квалификации заведующих отделениями в условиях внедрения профессионального стандарта по организации здравоохранения и общественному здоровью / Г. М. Гайдаров, И. В. Маевская, Н. Ю. Алексеева, С. В. Макаров // Система менеджмента качества: опыт и перспективы. – 2018. – № 7. – С. 63-66. – EDN XZTEQP.
9. Гречихин, С. С. Клиническая оценка лидерских качеств среди практикующих ординаторов в области стоматологии / С.С. Гречихин // Балтийский гуманитарный журнал. – 2021. - 10(3,36). - С. 46-48. <https://doi.org/10.26140/bgz3-2021-1003-0009>.

10. Доника, А.Д. Лидерство в медицине: риски этических конфликтов / А.Д.Доника, Е.В.Чернышкова, Е.А.Андриянова, М.Е. Волчанский // Биоэтика. 2018. - 21(1). - С. 32-35.
11. Доника, А. Д. Социальная эффективность менеджмента в медицине /А.Д.Доника// Волгоградский научно-медицинский журнал. – 2018. - 1(57). - С. 5-7.
12. Дуденко, Г. П. Методы управления конфликтами в санаторно-курортной деятельности и причины их возникновения / Г. П. Дуденко // Крымский Академический вестник. – 2020. – № 17. – С. 254-258. – EDN EEMQCH.
13. Ермакова, С. Э. Семь навыков высокоэффективных руководителей-лидеров в системе здравоохранения в период коронакризиса / С. Э. Ермакова // Российский экономический интернет-журнал. – 2021. -2.
14. Закальский, В.А. Анализ организационной составляющей деятельности заведующего отделением реанимации и анестезиологии многопрофильного стационара / В.А.Закальский, В.И.Бутрина, К.И. Касапов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2018. - 5(63). - С.3.
15. Закальский, В. А. От врача к руководителю. - С. чему, как и где учить? Изучение управленческих компетенций руководящих кадров здравоохранения среднего звена на примере заведующих отделениями анестезиологии и реаниматологии многопрофильных стационаров / В. А. Закальский, Б. Н. Каримов // Вестник последипломного медицинского образования. – 2019. – №2. – С. 4-10. – EDN VGQURI.
16. Кантарева, П. Развитие стилей лидерства в управлении здравоохранением/ П.Кантарева, Т. Веселинова // Medicus. – 2021. - 3(39). - С. 51-5.
17. Карасева, Л. А. Результаты исследования по изучению лидерских качеств и личной эффективности старших медицинских сестер / Л. А. Карасева, И. А. Мунтян // Медсестра. – 2021. - 4. - С. 41-47. <https://doi.org/10.33920/med-05-2104-04>.
18. Каримова, Д.Ю. Изучение управленческих компетенций руководящих кадров здравоохранения среднего звена на примере заведующих отделениями анестезиологии и реанимации многопрофильных стационаров. Оргздрав: новости, мнения, обучения / Д.Ю.Каримова, В.А. Закальский // Вестник ВШОУЗ. – 2019. - 5-3(17). – С.4-14 <https://doi.org/10.24411/2411-8621-2019-13001>
19. Кирсанов, А. Н. Управление конфликтами ожидания в медицинских организациях / А. Н. Кирсанов // Тольяттинский медицинский консилиум. – 2021. – № 1. – С. 9-12. – EDN JILKKG.
20. Конаныхина, А. К. О подготовке заведующих отделениями в соответствии с профстандартом / А. К. Конаныхина // Клиническая практика. – 2018. – Т. 9. – № 2. – С. 82-83. – EDN YRRNAL.
21. Коровина, Л.В. Роль проектных технологий в развитии универсальных компетенций будущих экономистов/ Л.В. Коровина// Образование и право. 2021. – 11. – С. 225-229 <https://doi.org/10.24412/2076-1503-2021-11-225-229>

22. Коропец, О.А. Социально-психологическое благополучие работников разных категорий. Вестник Алтайской академии экономики и права. 2020. - 11(3). -499-506. DOI: 10.17513/vaael.1454
23. Коршунов, Е. Н. Трудовые конфликты в среде сестринского персонала. - С. причины, условия, методы управления и разрешения / Е. Н. Коршунов, Д. С. Фомичев // Медсестра. – 2021. – № 7. – С. 25-37. DOI 10.33920/med-05-2107-02. – EDN OKKUSC.
24. Косцова, Н. Г. Роль лидерства в управлении средним медицинским персоналом / Н. Г. Косцова, Т. Б. Свиридова, К. А. Ганеев // Медицинская сестра. – 2019. - 21(6). - С. 52-56. <https://doi.org/10.29296/25879979-2019-06-12>.
25. Кочубей, В.В., Мантурова Н.Е., Кочубей А.В. Компетентность пластических хирургов/ В.В.Кочубей, Н.Е.Мантурова, А.В. Кочубей // Вестник РГМУ. – 2018. - 2. - С.67-71.
26. Курганская М.Ю. Гендерное образование как главный инструмент ослабления гендерной дискриминации на рынке труда / М.Ю.Курганская, М.В. Пертая // Проблемы современного педагогического образования. – 2018. - 60-2. - С. 221-223 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36510991>
27. Лапочкина, С. В. Особенности управления конфликтом в медицинской организации / С. В. Лапочкина, С. С. Тихомиров, Р. Р. Вирабян // Вестник Алтайской академии экономики и права. – 2019. – № 10-2. – С. 70-73. – EDN MQRQKG.
28. Лепешинский, Н.Н. Адаптация опросника «Шкала психологического благополучия» К. Рифф / Н.Н. Лепешинский // Психологический журнал. – 2007. – №3. – С. 24-37.
29. Минаева, Э.Ф. Проблема женской дискриминации в трудовых отношениях в современной России / Э.Ф.Минаева, А.О. Яценко // Ученые записки Крымского федерального университета имени В.И.Вернадского. Юридические науки. – 2018. - 4(40)-3. - С. 224-227 <https://www.elibrary.ru/item.asp?id=36540820>
30. Модель компетенций для лидеров/руководителей лабораторий. Женева. ВОЗ. - 2019. ISBN 97-92-4-451510-5
31. Моторина, И. В. Формирование гибких навыков студентов медицинского вуза - перспективное направление повышения качества профессионального образования в высшей школе / И. В.Моторина, И.В. Моторин // Личность в меняющемся мире: здоровье, адаптация, развитие. 2018. - 2(21). - С. 305-321. DOI 10.23888/humJ20182305-321.
32. Навойчик, И. И. Лидерство и личная эффективность медицинской сестры – руководителя/ И. И.Навойчик, С. И. Двойников // Медсестра. – 2019. - 9. - С. 47-51.
33. Найговзина, Н. Б. В. Задачи подготовки и непрерывного профессионального развития административно-управленческих кадров здравоохранения в системе дополнительного профессионального образования/ Н. Б.Найговзина, А.

- К.Конаныхина, А. В. Кочубей // *Здравоохранение Российской Федерации*. 2016. - 60(1). - С.35-40. <https://doi.org/10.18821/0044-197X-2016-60-1-35-40>.
34. Нив, Г. Р. "Учредите лидерство": седьмой принцип Эдвардса Деминга / Г. Р. Нив // *Методы менеджмента качества*. – 2020. - 6. - С. 22-25.
35. Отдельнова, К.А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях / К.А.Отдельнова// *Сб. трудов 2-го ММИ*. – 1980. - 150(6). - С.18-22.
36. Предложения (практические рекомендации) по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (поликлинике). ФГБУ «Центр мониторинга и клинико-экономической экспертизы» Росздравнадзора. М. 2017. - 126 с.
37. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 7 ноября 2017 г. № 768н «Об утверждении профессионального стандарта “Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья”»
38. Разумникова, О.М. Тормозные функции мозга и возрастные особенности организации когнитивной деятельности/ О.М. Разумникова, Е.И. Николаева // *Успехи физиологических наук*. – 2019. - 50(1). - С. 75-89. <https://doi.org/10.1134/S0301179819010090>
39. Решетников, В. А. Эмоциональный интеллект и уровень профессиональной подготовки обучающихся, ориентированных на подготовку по профилю "общественное здоровье и здравоохранение"/ В.А. Решетников, Н.Д. Творогова, В. В. Козлов // *Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture*. –2019. – 11(3). - С. 121-144.
40. Решетников, В. А. Опыт подготовки руководителей здравоохранения в лаборатории мастерства "Фабрика лидеров здравоохранения"/ В. А. Решетников, В. Н.Трегубов, Н. А. Соколов // *Медицинское образование и профессиональное развитие*. 2018. - 1(31). - С. 156-164.
41. Ригин, А. А. Лидерство как ключевой элемент решения вопросов безопасности труда в экономике/ А. А.Ригин, А.М. Елин // *Modern Economy Success*. – 2021. - 5. - С.6-13.
42. Сахаров, С. П. Анализ формирования лидерских качеств у студентов медицинского университета/ С.П.Сахаров // *Международный журнал экспериментального образования*. – 2019. - 3. - С. 64-68.
43. Синбухова, Т.Д. Открытые вопросы удовлетворенности жизнью и профессионального выгорания в анестезиологии и реанимации. Неотложная медицинская помощь / Т.Д.Синбухова, С.С.Петриков, А.К.Шабанов, Г.П. Плотников и др. // *Журнал им. Н.В.Склифосовского*. – 2019. 8(3). - С. 266-273. Doi:10.23934/2223-9022-2019-8-3-266-273
44. Супрунов, О.В., Распределение времени в работе заведующих отделениями. Тайм-менеджмент в условиях дефицита кадров / О.В.Супрунов, И.К. Супрунова // *Актуальные проблемы современной науки*. – 2019. - 4(107). - С.200-207.

<https://www.docsity.com/ru/raspredelenie-vremeni-v-rabote-zaveduyushchego-otdeleniem/8025043/>

45. Супрунов, О. В. Тайм менеджмент в работе заведующего неврологическим отделением / О. В. Супрунов, И. К. Супрунова // *Znanstvena Misel*. – 2019. – № 5-1(30). – С. 21-26. – EDN JNPKWV.
46. Федорова, А. А. Взаимосвязь креативности и конфликтного поведения сотрудников организаций / А.А. Федорова//*Организационная психология*. – 2018. 8(2). - С. 119-157.
47. Хаирова, Д. С. Обучение лидерству/Д.С.Хаирова// *International Journal of Medicine and Psychology*. – 2022. - 5(3). - С. 69-71.
48. Хаустова, Э. Е. Особенности работы заведующих лечебно-диагностических отделений в современных условиях / Э. Е. Хаустова // *Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики*. – 2019. – № S5. – С. 186-187. – EDN ХКОЕТZ.
49. Царанов, К., Как снизить стресс у пациентов на приеме. Тренинг для врачей/ К.Царанова, О. Комолова // *Заместитель главного врача*. – 2018. - 8. - С. 48-55. eLIBRARY ID:36716121
50. Шевеленкова, Т.Д., Психологическое благополучие личности/ Т.Д.Шевеленкова, Т.П. Фесенко // *Психологическая диагностика*. – 2005. - 3. - С. 95-121.
51. Щедрина, С. А. Особенности лидерства и личной эффективности руководителя сестринской службы/ С. А. Щедрина// *Медсестра*. 2019. - 6. - С. 67-70.
52. Ярославцева, У.А. Гендерные стереотипы на рынке труда/У.А.Ярославцева // *Human progress*. – 2019. - 5(5). - С.7 <https://doi.org/10.34709/IM.155.7>
53. Abraham, TH, The importance of soft skills development in a hard data world: learning from interviews with healthcare leaders/ TH Abraham, GL Stewart, SL.Solimeo // *BMC Med Educ*. – 2021 Mar 6. -21(1). - С.147. <https://doi.org/10.1186/s12909-021-02567-1>.
54. Ackerly, DC. Training the next generation of physician–executives: an innovative residency pathway in management and leadership/ DC Ackerly, DG Sangvai, K Udayakumar, et al. // *Acad Med*. – 2011. -86(5). - С.575–579. Doi:10.1097/ACM.0b013e318212e51b
55. Adesoye, T. Perceived discrimination experienced by physician mothers and desired workplace changes: a cross-sectional survey/ T. Adesoye, C. Mangurian, EK. Choo, C Girgis, H. Sabry-Elnaggar, E.Linos // *Journal of the American Medical Association Internal Medicine*. – 2017. - 177. - С. 1033–6.
56. Ahmad, C.N. Impact of implementing multisource feedback on behaviors of young doctors/ C.N.Ahmad, A.Sethi, R.A. Khan // *Pak J Med Sci*. – 2021 Nov-Dec. -37(7). - С.1953-1958. <https://doi.org/10.12669/pjms.37.7.4155>

57. Al-Dubai SAR. Prevalence and associated factors of burnout among doctors in Yemen / SAR. Al-Dubai, KG.Rampal // *J Occup Health*. – 2010. -52(1). - С.58-65. Doi:10.1539/joh.O8030
58. Alexander, DM. How do 360 degree performance reviews affect employee attitudes, effectiveness and performance? [Электронный ресурс]/ DM. Alexander // University of Rhode Island, Schmidt Labor Research Center Seminar Research Series. – 2006. – 1-12. – Режим доступа: [http://www.uri.edu/research/lrc/research/papers/Alexander\\_360.pdf](http://www.uri.edu/research/lrc/research/papers/Alexander_360.pdf)
59. Al-Hamdan, Z. Conflict management styles used by nurse managers in the Sultanate of Oman/Z. Al-Hamdan, R.Shukri , D.Anthony // *Journal of Clinical Nursing*. – 2011. – 20(3–4). – 571–580. Doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03557.x
60. Almost, J. Antecedents and consequences of intra-group conflict among nurses/ J. Almost, D. M.Doran, L.McGillis Hall, H. K. Spence Laschinger // *Journal of Nursing Management*. – 2018. – 10 (8). – С. 981–992. Doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01154.x
61. Amofo, E. What are the significant factors associated with burnout in doctors? / E.Amofo, N.Hanbali, A.Patel, P. Singh // *Occup. Med. (Lond.)* – 2015. – 65. – С.117–121.
62. Arat M. Acquiring soft skills at university/ M. Arat // *J Educ Instruct Stud World*. – 2014. -4. - С.46-51
63. Azam, K. Causes and adverse impact of physician burnout. - C. A systematic review/ K.Azam, A.Khan, M.T. Alam // *J. Coll. Physicians Surg. Pak*. – 2017. - 27. - С. 495–501.
64. Baard, P.P. Intrinsic need satisfaction: A motivational basis of performance and well-being in two work settings/ P.P. Baard, E.L.Deci,. R.M. Ryan // *J. Appl. Soc. Psychol*. – 2004. – 34. – С.2045–2068.
65. Baerlocher, MO. Happy doctors? Satisfaction with professional life/ MO.Baerlocher // *CMAJ*. –2006. -174(8). - С.1079. doi:10.1503/cmaj.051405
66. Bancino, R. Soft skills. - C. The new curriculum for hard-core technical professionals/ R. Bancino, C. Zevalkink // *Techniques: Connecting Education and Careers (J1)* – 2007. -82. - С.20-22.
67. Baumeister, R.F. The Need to Belong: Desire for Interpersonal Attachments as a Fundamental Human Motivation/ R.F.Baumeister, M.R. Leary// *Psychol. Bull*. – 1995. – 117. –С. 497–529.
68. Blake, R. The Blake and Mouton Managerial Grid. Leadership Self Assessment Questionnaire. The Managerial Grid: The Key to Leadership Excellence/ R.Blake, J. Mouton. – Houston: Gulf Publishing Co., 1964. – 77с.
69. Blanchflower, D. G. Do humans suffer a psychological low in midlife? Two approaches (with and without controls) in seven data sets [Электронный ресурс] / D. G. Blanchflower, A. J. Oswald //Bonn: Institute of Labor Economics (IZA). – 2017. – Режим доступа: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170942/1/dp10958.pdf>

70. Bodenheimer, T. From the triple aim to quadruple aim: care of the patient requires care of the provider/ T. Bodenheimer, C. Sinsky // *Ann Fam Med.* – 2014. -12. - C.573–576. Doi:10.1370/afm.1713.
71. Bosco, L. Women in anaesthesia:a scoping review/ L. Bosco, GR Lorello, AM Flexman, MJ. Hastie // *British Journal of Anaesthesia.* – 2020. - 124. - C. e134–e147.
72. Bracken, DW. When Does 360-Degree Feedback Create Behavior Change? And How Would We Know It When It Does? J / DW.Bracken, DS.Rose // *Bus Psychol.* – 2011. – doi: 10.1007/s10869-011-9218-5
73. Brett,J. 360 degree feedback: Accuracy, reactions and perceptions of usefulness/ J. Brett, L.Atwater // *J Appl Psychol.* – 2001, 86. - C. 930-942.
74. Burford, B. User perceptions of multi-source feedback tools for junior doctors/ B.Burford, J. Illing, C.Kergon, G.Morrow, M. Livingston// *Med Educ.* –2010. -44(2). - C.165-176. Doi:10.1111/j.1365-2923.2009.03565.x.
75. Busis, NA. Burnout, career satisfaction, and well-being among US neurologists in 2016. / NA. Busis, TD.Shanafelt, CM.Keran, et al. //*Neurology.* – 2017. -88(8). - C.797-808. Doi:10.1212/WNL.0000000000003640
76. Cañadas-De la Fuente, GA. Gender, Marital Status, and Children as Risk Factors for Burnout in Nurses: A Meta-Analytic Study/ GA.Cañadas-De la Fuente, E. Ortega, L. Ramirez-Baena, EI. De la Fuente-Solana, C. Vargas, J. Gómez, L. Urquiza // *Int J Environ Res Public Health.* – 2018 Sep 25. -15(10). - C.2102. doi:10.3390/ijerph15102102.
77. Chandrabose, RK. Organizing women in anesthesiology/ RK. Chandrabose, ACS. Pearson // *International Anesthesiology Clinics.* – 2018. - 56. - C. 21–43.
78. Chmielewska, M. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland/ M.Chmielewska, J.Stokwiszewski, J.Filip, T.Hermanowski// *BMC Health Serv Res.* 2020. - 20(1). - C. 701. Doi: 10.1186/s12913-020-05573-z
79. Clough, BA. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based australian doctors / BA.Clough, S.March, S.Leane, MJ.Ireland // *J. Clin Psychol.* – 2019. -75(3). - C.418–432. Doi:10.1002/jclp.22707.
80. Collin, V. M. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists/ V. M. Collin, Toon, E. O'Selmo, L. Reynolds, P.Whitehead // *Br Dent J.* – 2019 Jan 11. -226(1). - C.40-49. Doi:10.1038/sj.bdj.2019.6.
81. Continisio, GI. Evaluation of soft skills among Italian Healthcare Rehabilitators: A cross sectional study. / GI.Continisio, N.Serra, A.Guillari, R.Lucchese, S.Simeone, G.Gargiulo, S.Toscano, M.Capo, A.Capuano, F.Sarracino, MR.Esposito, T.Rea // *J Public Health Res.* – 2021. -10(3). - C.2002. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2002>.
82. Coulter, JS. The multigenerational workforce. / JS.Coulter, DC. Faulkner// *Prof Case Manag.* – 2014. -19(1). - C.46–51. Doi: 10.1097/NCM.0000000000000008
83. Dalaya, M. S. An interesting review on soft skills and dental practice/ M. S. Dalaya, Ishaquddin, M.Ghadage, G.Hatte // *J Clin Diagn Res.* – 2015. -9. - C.ZE19–21

84. Decker, PJ. The hidden competencies of healthcare: why self-esteem, accountability, and professionalism may affect hospital customer satisfaction scores/ PJ.Decker // *Hosp Top.* – 1999 Winter. -77(1). - C.14-26. Doi:10.1080/00185869909596515.
85. Delak, B. Physician-nurse conflict resolution styles in primary health care/ B. Delak, K. Širok // *Nurs Open.* –2022 Mar. -9(2). - C.1077-1085. Doi:10.1002/nop2.1147.
86. Deng, S. Doctors' Job Satisfaction and Its Relationships With Doctor-Patient Relationship and Work-Family Conflict in China: A Structural Equation Modeling/ S.Deng, N.Yang, S.Li, W.Wang, et al. // *Inquiry.* – 2018 Jan-Dec. -55. - C.46958018790831. doi:10.1177/0046958018790831.
87. Dewa, CS. The relationship between physician burnout and quality of healthcare in terms of safety and acceptability: a systematic review/ CS. Dewa, D.Loong, S.Bonato, L. Trojanowski // *BMJ Open.* – 2017. -7(6). - C.e015141. doi:10.1136/bmjopen-2016-015141
88. Diener, E. Subjective well-being: Three decades of progress/ E. Diener, E.M.Suh, R.E. Lucas, H.L. Smith // *Psychological Bulletin.* – 1999. – 125(2). – 276-302.
89. Dikic, M. Alignment of Perceived Competencies and Perceived Job Tasks among Primary Care Managers/ M.Dikic, D.Nikolic, J.Todorovic, Z.Terzic-Supic, M.Kostadinovic, U.Babic, M.Gacevic, M. Santric-Milicevic // *Healthcare (Basel).* – 2019 Dec 27. -8(1). - C.9. doi:10.3390/healthcare8010009.
90. Donabedian, A. Evaluating the quality of medical care/ A.Donabedian // *Milbank Q.* –2005. - 83(4). - C. 691-729. Doi:10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x
91. Donabedian, A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care/ A.Donabedian // *Med Care Rev.* – 1980. - 37(7). - C. 653-98.
92. Dyrbye, L. Relationship between work-home conflicts and burnout among american surgeons/ L.Dyrbye // *Arch. Surg.* – 2011. -146. - C.211. doi: 10.1001/archsurg.2010.310.
93. Dyrbye, LN. The Relationship between residents' perceptions of residency program leadership team behaviors and resident burnout and satisfaction/ LN.Dyrbye, AN. Leep Hunderfund, RC. Winters, SM. Moeschler, BE. Vaa Stelling, EJ. Dozois, DV. Satele, CP.West// *Acad Med.* – 2020 Sep. -95(9). - C.1428-1434. Doi:10.1097/ACM.0000000000003538.
94. Dyrbye, LN. Relationship Between Organizational Leadership and Health Care Employee Burnout and Satisfaction/ LN.Dyrbye, B.Major-Elechi, JT.Hays, CH.Fraser, SJ.Buskirk, CP.West// *Mayo Clin Proc.* – 2020 Apr. -95(4). - C.698-708. Doi: 10.1016/j.mayocp.2019.10.041.
95. Dyrbye, LN. Physicians' Ratings of their Supervisor's Leadership Behaviors and Their Subsequent Burnout and Satisfaction: A Longitudinal Study/ LN.Dyrbye, B. Major-Elechi, JT. Hays, CH. Fraser, SJ. Buskirk, CP.West // *Mayo Clin Proc.* – 2021 Oct. - 96(10). - C.2598-2605. Doi:10.1016/j.mayocp.2021.01.035.
96. Dyrbye, LN. Characterization of Nonphysician Health Care Workers' Burnout and Subsequent Changes in Work Effort/ LN.Dyrbye, B. Major-Elechi, P. Thapa, JT. Hays,

- CH. Fraser, SJ. Buskirk, CP.West// JAMA Netw Open. – 2021 Aug 2. -4(8). - C.e2121435. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2021.21435.
97. Dyrbye, LN. Relationship between burnout, professional behaviors, and cost-conscious attitudes among US physicians. / LN.Dyrbye, CP. West, AL. Hunderfund, et al.// J Gen Intern Med. – 2020. -35(5). - C.1465-1476. Doi: 10.1007/s11606-019-05376-x
98. Dzau, VJ. To care is human—collectively confronting the clinician-burnout crisis. / VJ. Dzau, DG.Kirch, TJ. Nasca// N Engl J Med. – 2018. -378(4). - C.312–314. doi:10.1056/NEJMp1715127.
99. Easterlin, R.A. Life cycle happiness and its sources: Intersections of psychology, economics and demography/ R.A. Easterlin // Journal of Economic Psychology. – 2006. – 27. – C.463-482.
100. Edgar, S. Exploring the role and skill set of physiotherapy clinical educators in work-integrated learning/ S. Edgar, J.Connaughton // Asia-Pac J Coope Educ. - 2014. - 15. - C.29-36.
101. El-Jardali, F. Eliciting policymakers' and stakeholders' opinions to help shape health system research priorities in the Middle East and North Africa region/ F.El-Jardali, J.Makhoul, D.Jamal, M. K.Ranson, N.M.Kronfol, V.Tchaghchagian // Health Policy Plan. – 2010. – 25. – C.15–27.
102. Enterkin, J. Clinical leadership for high-quality care:developing future ward leaders/ J. Enterkin, E. Robb, S.Mclaren // J Nurs Manag. – 2013. -21(2). - C.206–216. doi:10.1111/j.1365-2834.2012.01408.x
103. Ferguson, J. Factors influencing the effectiveness of multisource feedback in improving the professional practice of medical doctors: a systematic review/ J. Ferguson, J.Wakeling, P.Bowie // BMC medical education. – 2014. - 14. - C. 76. <https://doi.org/10.1186/1472-6920-14-76>
104. Fidler, H. Changing physicians' practices: the effect of individual feedback/ H. Fidler, JM. Lockyer, J. Toews, C. Violato // Acad Med. –1999. -74(6). - C.702-714. doi:10.1097/00001888-199906000-00019.
105. Fighting COVID-19 With One Hand Tied Behind Our Backs? Think Global Health. 2020. Council on Foreign Relations [Электронный ресурс]. – Режим доступа: <https://www.thinkglobalhealth.org/article/fighting-covid-19-one-hand-tied-behind-our-backs>
106. Forsberg, E. Performance-based reimbursement in health care. Consequences for physicians' cost awareness and work environment / E.Forsberg, R.Axelsson, B. Arnetz// Eur J Public Health. – 2002. -12. - C.44–50. doi:10.1093/eurpub/12.1.44
107. Fridner, A. Survey on recent suicidal ideation among female university hospital physicians in Sweden and Italy (the HOUPE study): Cross-sectional associations with work stressors/ A. Fridner, K.Belkic, M.Marini, D.Minucci, L.Pavan, K.Schenck-Gustafsson // Gend. Med. – 2009.– 6. – C.314–328.
108. General Medical Council: Supporting information for appraisal and revalidation. 2012. London: General Medical Council – [Электронный ресурс] Режим доступа:

<https://www.gmc-uk.org/registration-and-licensing/managing-your-registration/revalidation/guidance-on-supporting-information-for-appraisal-and-revalidation/supporting-information-for-appraisal-and-revalidation>

109. Goldacre, MJ. Views of doctors in the United Kingdom about their own professional position and the National Health Service reforms/ MJ. Goldacre, TW.Lambert, J. Parkhouse// *J Public Health Med.* – 1998. -20. - C.86–92 doi:10.1093/oxfordjournals.pubmed.a024725
110. Gomes, A.R. Stress, cognitive appraisal, and psychological health: testing instruments for health professionals/ A.R. Gomes, P.M. Teixeira // *Stress Heal.* – 2016. – 32. – C. 167–172.
111. Gordon, M. Non-technical skills training to enhance patient safety: a systematic review/ Gordon, M. D.Darbyshire, P. Baker // *Med Educ.* – 2012. -46. - C.1042-54.
112. Hahn, CA. Development and Use of the Leadership Competencies for Healthcare Services Managers Assessment/ CA. Hahn, M. Gil Lapetra // *Front Public Health.* – 2019 Feb 28. -7. - C.34. doi:10.3389/fpubh.2019.00034.
113. Hall, W. Assessment of physician performance in Alberta: The physician achievement review/ W.Hall, C. Violate, R. Lewkonja, J. Lockyer, H. Fidler, J. Toews, et al. // *CMAJ.* – 1999. -161(1). - C.52-57.
114. Hendarman, AF. Relationship among soft skills, hard skills, and innovativeness of knowledge workers in the knowledge economy era/ AF.Hendarman, JH. Tjakraatmadja // *Procd Soc Behav.* – 2012. -52. - C.35-44.
115. Hendel, T. Nurse/physician conflict management mode choices: Implications for improved collaborative practice / T. Hendel, M.Fish, O.Berger// *Nursing Administration Quarterly.* – 2007. – 31(3). – C.244–253. doi:10.1097/01.NAQ.0000278938.57115.75
116. Hill, KA. Assessment of the prevalence of medical student mistreatment by sex, race/ethnicity, and sexual orientation/ KA.Hill, EA.Samuels, CP.Gross, et al.// *Journal of the American Medical Association Internal Medicine/* – 2020. - 180. - C. 653–65.
117. Hochwalder, J. Burnout among Torgersen’s eight personality types/ J. Hochwalder // *Soc. Behav. Personal.* – 2009. -37. - C.467–480. doi:10.2224/sbp.2009.37.4.467.
118. Houkes, I. Development of burnout over time and the causal order of the three dimensions of burnout among male and female GPs. A three-wave panel study/ I.Houkes, Winants Y., M. Twellaar, P.Verdonk // *BMC Public Health.* – 2011. - 11. - C. 1–13.
119. Hutagalung, D. Influence soft skills, hard skills and organization learning on teachers performance through inovation capabilityas mediator/ D. Hutagalung, A.Sopa, M.Asbari, et al. // *J Crit Rev.*- 2020. -7. - C.54-66
120. Ishii, T. Skills important for professional orthopedic doctors treating bone and soft tissue tumors. / T.Ishii // *J Orthop Sci.* – 2020 May. -25(3). - C.369-370. DOI:10.1016/j.jos.2020.03.001.
121. Jain, V. Time to take health economics seriously-medical education in the United Kingdom. *Perspect Med Educ.* – 2016. – 5(1). – 45-47. <https://doi.org/10.1007/s40037-015-0238-0>

122. Kakemam, E. Leadership and management competencies for hospital managers: a systematic review and best-fit framework synthesis / E.Kakemam, Z.Liang, A. Janati, M. Arab-Zozani, B. Mohaghegh, M.Gholizadeh // *J Healthc Leadersh.* - 2020 Jul 22. -12. - C.59-68. doi:10.2147/JHL.S265825.
123. Kamal, AH. Prevalence and predictors of burnout among hospice and palliative care clinicians in the US / AH. Kamal, JH. Bull, SP. Wolf, et al. // *J Pain Symptom Manage.* – 2016. -51(4). - C.690-696. doi:10.1016/j.jpainsymman.2015.10.020
124. Kannampallil, T. Exposure To COVID-19 patients increases physician trainee stress and burnout/ T. Kannampallil, C.Goss, B.Evanoff, J.Strickland, R.McAlister, J. Duncan // *PLoS ONE.* – 2020. -15. - C.e0237301. doi:10.1371/journal.pone.0237301
125. Kataoka, H. Can communication skills training improve empathy? A six-year longitudinal study of medical students in Japan /H. Kataoka, T.Iwase, H. Ogawa, et al. // *Med Teacher.* – 2019. -41. - C.195-200
126. Kavalieratos, D. It is like heart failure. It is chronic ... and it will kill you: a qualitative analysis of burnout among hospice and palliative care clinicians/ D. Kavalieratos, DE.Siconolfi, KE.Steinhauser, et al. // *J Pain Symptom Manage.* –2017. - 53(5). - C.901–910.e1. doi:10.1016/j.jpainsymman.2016.12.337.
127. Khajeghyasi, RV. Ranking the soft skills of the dental profession based on the importance in job performance: a mixed method study in isfahan and mazandaran universities of medical sciences/ RV. Khajeghyasi, MJ. Liaghatdar, MR. Nili, M.Shirazi // *Dent Res J (Isfahan).* – 2021 Apr 6. -18. - C.24.
128. Kim, S. Individual, interpersonal, and organisational factors of healthcare conflict. - C. A scoping review/ S. Kim, N.Bochatay, A.Relyea-Chew, E.Buttrick, C.Amdahl, L.Kim, E.Frans, M.Mossanen, A.Khandekar, R.Fehr, YM.Lee // *J Interprof Care.* – 2017 May. -31(3). - C.282-290. doi:10.1080/13561820.2016.1272558.
129. Kluger, MT. Job satisfaction, stress and burnout in Australian specialist anaesthetists/ MT. Kluger,K.Townend, T. Laidlaw // *Anaesthesia.* – 2003. -58(4). - C.339-345. doi:10.1046/j.1365-2044.2003.03085.x
130. Kravchenko, E. M. The role of leadership in the relationship between collective organizational efficacy and collective work engagement/ E. M. Kravchenko// *Psychology. Journal of Higher School of Economics.* – 2018. - 15(3). - C. 590-605. <https://doi.org/10.17323/1813-8918-2018-3-590-605>.
131. Labrague, LJ. An integrative review on conflict management styles among nursing professionals: implications for nursing management / LJ.Labrague, Z.Al Hamdan, DM. McEnroe-Petitte // *J Nurs Manag.* – 2018 Nov. -26(8). - C.902-917. doi:10.1111/jonm.12626.
132. Lachman, M.E. Mind the gap in the middle: A call to study midlife/ M.E. Lachman, // *Research in Human Development.* – 2015. – 12. – C.327-334
133. Lamiani, G. Cultivating Empathy and Soft Skills Among Intensive Care Residents: Effects of a Mandatory, Simulation-Based, Experiential Training/ G.Lamiani, G.Mistraletti, C.Moreschi, E.Andrighi, E. Vegni // *Ann Transplant.* – 2021 Aug 13. -26. - C.e931147. DOI:10.12659/AOT.931147.

134. Lee ,Y. J. Changes in physical activity and cognitive decline in older adults living in the community/ Y.Lee , J. Kim, ES. Han, S. Chae, M. Ryu, KH. Ahn, EJ.Park //Age (Dordr). – 2015. -37(2). - C.20. <https://doi.org/10.1007/s11357-015-9759-z>
135. Liang, Z. Development and validation of health service management competencies. / Z. Liang, PF.Howard, S.Leggat, T.Bartram// J Health Organ Manag. –2018 Apr 9. - 32(2). - C.157-175. doi:10.1108/JHOM-06-2017-0120.
136. Liang, Z. Health reforms and australian senior health executive workforce: characteristics, competencies and challenges/ Z. Liang //VDM Publishing. - 2008
137. Liviu, I. The use of 360-degree feedback method / I. Liviu, C. Emil, S. Irina and D. Butilca // Annals of Faculty of Economics. – 2009. – vol. 4 (issue 1). – P. 300-306.
138. Lorello, GR. 75 years of leadership in the Canadian Anesthesiologists' Society. - C. a gender analysis/ GR. Lorello, AM.Flexman //Canadian Journal of Anesthesia. - 2019. - 66. - C. 843–4.
139. Lorello, GR. Representation of women on the editorial board of the Canadian Journal of Anesthesia:a retrospective analysis from 1954 to 2018. / GR. Lorello, A.Parmar, AM.Flexman //Canadian Journal of Anesthesia. –2019. - 66. - C. 989–90
140. Low, ZX. Ho. Prevalence of Burnout in Medical and Surgical Residents: a meta-analysis/ ZX. Low, KA.Yeo, VK. Sharma, GK. Leung, RS. McIntyre, A. Guerrero, B. Lu, CC. Sin Fai Lam, BX. Tran, LH. Nguyen, CS. Ho, WW. Tam, RC. // Int J Environ Res Public Health. – 2019 Apr 26. -16(9). - C.1479. doi:10.3390/ijerph16091479.
141. Lucia-Casademunt, A.M. Gender Differences in Psychological Well-Being and Health Problems among European Health Professionals: Analysis of Psychological Basic Needs and Job Satisfaction/ A.M. Lucia-Casademunt, J.A. Salinas-Pérez //Int. J. Environ. Res. Public Health. – 2018. - C. 15(7). - C. 1474. <https://doi.org/10.3390/ijerph15071474>.
142. Lynch, M.F. Psychological needs and threat to safety: implications for staff and patients in a psychiatric hospital for youth. Prof/ M.F. Lynch, R.W. Plant, R.M. Ryan // Psychol. Res. Pract. – 2005. – 36. – C.415–425.
143. Magee, M. Impact of health care system on physicians' discontent/ M.Magee, M.Hojat // J Community Health. – 2001. -26. - C.357–65. doi:10.1023/A:1010415301511
144. Makary, MA. Medical error—the third leading cause of death in the US/ MA.Makary, M. Daniel // BMJ. – 2016. –353. doi:10.1136/bmj.i2139.
145. Manturova, N.E. The competence of plastic surgeons / N.E.Manturova, V.V.Kochubey, A.V. Kochubey // Bulletin of RSMU. 2018; (2): 63–7. <https://doi.org/10.24075/brsmu.2018.023>
146. Marôco, J. Burnout in Portuguese healthcare professionals. - C. an analysis at the national level/ J. Marôco, AL.Marôco, E. Leite, C. Bastos, MJ. Vazão, J.Campos // Acta Med Port. – 2016. -29(1). - C.24-30.
147. Matot, I. Women anaesthesiologists' attitudes and reported barriers to career advancement in anaesthesia: a survey of the European Society of Anaesthesiology. / I. Matot, S. De Hert, B. Cohen, T. Koch //British Journal of Anaesthesia. – 2020. - 124. - C. e171–e177

148. McCallin, A. The role of the charge nurse manager: a descriptive exploratory study/ A. McCallin, C. Frankson // *J Nurs Manag.* – 2010. -18(3). - C.319–325. doi:10.1111/j.1365-2834.2010.01067.x
149. Meeusen, V. Burnout, psychosomatic symptoms and job satisfaction among Dutch nurse anaesthetists: A survey/ V.Meeusen, K.Van Dam, C.Brown-Mahoney, A.Van Zundert, H.Knape // *Acta Anaesthesiol. Scand.* –2010. -54. - C.616–621. doi:10.1111/j.1399-6576.2010.02213.x.
150. Melnyk, BM. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review/ BM.Melnyk, SA.Kelly, J.Stephens, K.Dhakal, C.McGovern, S.Tucker, J.Hoying, K.McRae, S.Ault, E. Spurlock, SB.Bird // *Am J Health Promot.* – 2020 Nov. -34(8). - C.929-941. doi:10.1177/0890117120920451.
151. Miller, A. Impact of workplace based assessment on doctors' education and performance: A systematic review/ A.Miller, J. Archer // *BMJ (Online).* – 2010. doi:10.1136/bmj.c5064
152. Moeta, ME. Rand Using scenarios to explore conflict management practices of nurse unit managers in public hospitals. / ME.Moeta, SM.Du // *Curationis.* – 2019 Jun 27. -42(1). - C.e1-e11. doi:10.4102/curationis.v42i1.1943.
153. Moreau, E. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! / E.Moreau, G.A. Mageau // *Motiv. Emot.* – 2012. - 36. - C. 268–286.
154. Morgantini, L. Factors Contributing to Healthcare Professional Burnout During The COVID-19 Pandemic: A Rapid Turnaround Global Survey. / L. Morgantini, U.Naha, H.Wang, S.Francavilla, Ö.Acar, J.Flores, S.Crivellaro, D.Moreira, M.Abern, M.Eklund, et al.// *SSRN Electron. J.* – 2020. -15. - C.9
155. Murray, A. Doctor discontent. A comparison of physician satisfaction in different delivery system settings, 1986 and 1997/A.Murray, JE. Montgomery, H. Chang, WH.Rogers et al. // *J Gen Intern Med.* – 2001. -16. - C.452–9. doi:10.1046/j.1525-1497.2001.016007452.x
156. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Taking Action Against Clinician Burnout: A Systems Approach to Professional Well-Being. The National Academies Press. - 2019.
157. Németh, A. Orvosok kiégettségének összefüggése az egészséggel, életérzéssel, alváskörülményekkel [Burnout among doctors and its correlations with health, life satisfaction and sleep]. *Orv Hetil.* – 2016 Apr 17. -157(16). - C.623-30. doi:10.1556/650.2016.30410.
158. Nishimura, K. J-ASPECT Study Group. Cross-sectional survey of workload and burnout among Japanese physicians working in stroke care: the nationwide survey of acute stroke care capacity for proper designation of comprehensive stroke center in Japan (J-ASPECT) study/ K.Nishimura, F. Nakamura, M. Takegami, et al. // *Circ Cardiovasc Qual Outcomes.* – 2014. -7(3). - C.414-422. doi:10.1161/CIRCOUTCOMES.113.000159

159. Nylenna, M. Unhappy doctors? A longitudinal study of life and job satisfaction among Norwegian doctors 1994-2002/ M.Nylenna, P. Gulbrandsen, R. Førde, OG.Aasland // BMC Health Serv Res. – 2005 Jun 8. -5. - C.44. doi:10.1186/1472-6963-5-44.
160. O’Kelly, F. Rates of self-reported “burnout” and causative factors amongst urologists in Ireland and the UK: a comparative cross-sectional study/ F. O’Kelly, RP. Manecksha, DM. Quinlan, et al. // BJU Int. 2016. -117(2). - C.363-372. doi:10.1111/bju.13218
161. Ogunyemi, D. Conflict styles in a cohort of graduate medical education administrators, residents, and board-certified physicians. / D.Ogunyemi, E. Tangchitnob, Y. Mahler, C. Chung, C. Alexander, D.Korwin// J Grad Med Educ. – 2011 Jun. -3(2). - C.176-81. doi:10.4300/JGME-D-10-00184.1.
162. Okonkwo, U. Managerial competencies-A survey of healthcare managers in a tertiary hospital in Calabar, South-South Nigeria/ U.Okonkwo, B. Ekpeyoung, A. Ndep, G. Nja// Niger J Clin Pract. – 2020 Jul. -23(7). - C.988-994. doi:10.4103/njcp.njcp\_667\_19.
163. Overeem, K. Factors predicting doctors’ reporting of performance change in response to multisource feedback. / K.Overeem, HC. Wollersheimh, OA. Arah, JK. Crujlsberg, RP. Grol, KM.Lombarts // BMC Med Educ. – 2012. – 12. – C. 52-10.1186/1472-6920-12-52.
164. Özkan Tuncay, F. Conflict management styles of nurse managers working in inpatient institutions: the case of Turkey / F.Özkan Tuncay, Ö. Yaşar, G.Sevimligül // J Nurs Manag. – 2018 Nov. -26(8). - C.945-952. doi:10.1111/jonm.12609.
165. Patton, C. M. Conflict in health care: A literature review [Электронный ресурс]/ C. M. Patton // The Internet Journal of Healthcare Administration. – 2014. –9(1). Режим доступа: <https://ispub.com/IJHCA/9/1/20081>
166. Pearce, G. Gender effects in anaesthesia training in Australia and New Zealand/ G.Pearce, N. Sidhu, A. Cavadino, A. Shrivathsa, R. Seglenieks //British Journal of Anaesthesia –2020. - 124. - C. e70–e76
167. Peddle, M. What non-technical skills competencies are addressed by Australian standards documents for health professionals who work in secondary and tertiary clinical settings? A qualitative comparative analysis / M.Peddle, M. Bearman, N. Radomski, et al.//BMJ Open. – 2018. -8. - C.e020799.
168. Pedersen, AF. Risk of burnout in Danish GPs and exploration of factors associated with development of burnout: a two-wave panel study/ AF. Pedersen, CM.Andersen, F.Olesen, P.Vedsted// Int J Family Med. 2013. -2013. - C.603713. doi:10.1155/2013/603713
169. Pedersen, A. Empathy, burn-out and the use of gut feeling: a cross-sectional survey of Danish general practitioners. / A. Pedersen, ML. FIngeman, P. Vedsted //BMJ Open. – 2018. -8(2). - C.e020007. doi:10.1136/bmjopen-2017-020007
170. Pielach, M. Kompetenzanforderungen an Führungskräfte in Organisationen des Gesundheits- und Sozialwesens. - C. Ergebnisse einer Delphi-Studie [Competency

- requirements for executives in healthcare and social services organizations: Results of a Delphi study] / M.Pielach, HJ.Schubert // Z Evid Fortbild Qual Gesundhwes. – 2018 Jul. -134. - C.35-41. German. doi:10.1016/j.zefq.2018.01.007.
171. Piper, LE. Generation Y in healthcare: leading millennials in an era of reform/ LE.Piper, // Front Health Serv Manag. –2012. -29(1). - C.16–28. doi:10.1097/01974520-201207000-00003
172. Pitsillidou, M. Conflict management among health professionals in hospitals of Cyprus/ M. Pitsillidou, A.Farmakas, M. Noula, Z.Roupa // J Nurs Manag. – 2018 Nov. - 26(8). - C.953-960. doi:10.1111/jonm.12631.
173. Plyley, T. A survey of mentor gender preferences amongst anesthesiology residents at the University of British Columbia/ T. Plyley, J. Cory, GR. Lorello, AM.Flexman // Canadian Journal of Anesthesia. – 2018. - 66. - C. 342–3.
174. Projecting health workforce supply and demand [Электронный ресурс] /Health Resources & Services Administration. – 2020. Режим доступа: <https://bhw.hrsa.gov/data-research/projecting-health-workforce-supply-demand>
175. Puffer, JC. Prevalence of burnout in board certified family physicians/ JC. Puffer, HC. Knight, TR. O’Neill, et al. // J Am Board Fam Med. – 2017. -30(2). - C.125-126. doi:10.3122/jabfm.2017.02.160295
176. Pulcrano, M. Quality of Life and Burnout Rates Across Surgical Specialties. - C. A Systematic Review/ M. Pulcrano, SR. Evans, M.Sosin // JAMA Surg. – 2016 Oct 1. - 151(10). - C.970-978. doi:10.1001/jamasurg.2016.1647.
177. Purvanova, RK. Gender differences in burnout: a meta-analysis/ RK.Purvanova, JP. Muros // Journal of Vocational Behavior. – 2010. - 77. - C. 168–85.
178. Qureshi, HA. Burnout phenomenon in US plastic surgeons. - C. risk factors and impact on quality of life/ HA.Qureshi, R. Rawlani, LM. Mioton, GA. Dumanian, JYS. Kim, V.Rawlani // Plast Reconstr Surg. – 2015. -135(2). - C.619-626. doi:10.1097/PRS.0000000000000855
179. Ratka, A. Empathy, and the Development of Affective Skills. Am J Pharm Educ. – 2018 Dec. -82(10). - C.7192. DOI:10.5688/ajpe7192.
180. Raykova, EL. Dysfunctional Effects of a Conflict in a Healthcare Organization/ EL. Raykova, MA. Semerjieva, GY. Yordanov, TD.Cherkezov // Folia Med (Plovdiv). – 2015 Apr-Jun. -57(2). - C.133-7. doi:10.1515/folmed-2015-0032.
181. Rea, T. Effectiveness of the situation-background- assessment-recommendation (sbar) methodology in patient handovers between nurses, Italy/ T.Rea, S. Simeone, M. Annunziata, et al. // Ig Sanità Pubblica. – 2018. -74. - C.279-93
182. Riquelme, I. PAINBO Study Group. Prevalence of burnout among pain medicine physicians and its potential effect upon clinical outcomes in patients with oncologic pain or chronic pain of nononcologic origin / I. Riquelme, J-I. Chacón, A-V. Gándara, et al. //Pain Med. – 2018. doi:10.1093/pm/pnx335
183. Robles, MM. Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. Bus Communication Q. – 2012. -75. - C.453–65.

184. Rodríguez-Ledesma Mde, L. Knowledge of medical doctors about health economics / L. Rodríguez-Ledesma, P. Mde Constantino-Casas, J. García-Contreras F, Garduño-Espinosa // *Rev Med Inst Mex Seguro Soc.* – 2007 Jul-Aug. – 45(4). – C.343-52. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17949572/>
185. Rosenberg, C. The professional responsibility for the quality of health care. A discussion of methods. Panel discussion/ C. Rosenberg, et al.// *Bull N Y Acad Med.* – 1976. – 52(1). - C. 86-92
186. Rosta J, Nylenna M, Aasland OG. Job satisfaction among hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *Scand J Public Health.* 2009 Jul. -37(5). - C.503-8. doi:10.1177/1403494809106504.
187. Rotenstein, LS. Prevalence of Burnout Among Physicians. A Systematic Review/ LS. Rotenstein, M. Torre, MA. Ramos, RC. Rosales, C. Guille, S. Sen, DA.Mata // *JAMA.* – 2018 Sep 18. -320(11). - C.1131-1150. doi:10.1001/jama.2018.12777.
188. Ryan, R.M. On Happiness and Human Potentials: A Review of Research on Hedonic and Eudaimonic Well-Being/ R.M. Ryan, E.L. Deci // *Annu. Rev. Psychol.* – 2001. – 52. – C.141–166.
189. Ryff, C. D. The structure of psychological well-being revisited / C. D.Ryff, C. L. M. Keyes// *Journal of Personality and Social Psychology.* – 1995. – 69(4). – C.719–727.
190. Saijo, Y. Effects of work burden, job strain and support on depressive symptoms and burnout among Japanese physicians/ Y.Saijo, S. Chiba, E. Yoshioka, et al. // *Int J Occup Med Environ Health.* – 2014. -27(6). - C.980-992. doi:10.2478/s13382-014-0324-2
191. Salyers, MP. The relationship between professional burnout and quality and safety in healthcare: a meta-analysis/ MP. Salyers, KA. Bonfils, L. Luther, et al. // *J Gen Intern Med.* – 2017. -32(4). - C.475-482. doi:10.1007/s11606-016-3886-9
192. Sanders, T. Biopsychosocial care and the physiotherapy encounter: physiotherapists' accounts of back pain consultations / T. Sanders, NE. Foster, A. Bishop, BN.Ong // *BMC Musculoskelet Disor.* – 2013. -14. - C.65
193. Sample Competencies Quickstart Guide.[Электронный журнал]. Режим доступа: <https://www.qualtrics.com/m/assets/support/wp-content/uploads/2018/06/EX-Whitepaper--360-Sample-Competencies-Quickstart-Guide.pdf>
194. Sawleshwarkar, S. A review of global health competencies for postgraduate public health education/ S.Sawleshwarkar, J.Negin // *Front Public Health.* – 2017. -5. - C.46.
195. Schmitt, M.T. Perceiving discrimination against one's gender group has different implications for well-being in women and men/ M.T. Schmitt, N.R.Branscombe, D.Kobryniewicz, S.Owen // *Personal. Soc. Psychol. Bull.* – 2002. – 28. – 197–210
196. Shanafelt, TD. Burnout and career satisfaction among American surgeons/ TD.Shanafelt, CM. Balch, GJ. Bechamps, et al. // *Ann Surg.* – 2009. -250(3). - C.463-471. doi:10.1097/SLA.0b013e3181ac4dfd
197. Shanafelt, TD. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population/ TD.Shanafelt, S. Boone, L. Tan, et al. //

- Arch Intern Med. – 2012. -172(18). - C.1377-1385. doi:10.1001/archinternmed.2012.3199
198. Shanafelt, TD. Potential impact of burnout on the US physician workforce/ TD. Shanafelt, LN. Dyrbye, CP. West, CA. Sinsky // Mayo Clin Proc. – 2016. -91(11). - C.1667-1668. doi:10.1016/j.mayocp.2016.08.016
199. Shanafelt, TD. Impact of organizational leadership on physician burnout and satisfaction/ TD. Shanafelt, G. Gorringer, R. Menaker, KA. Storz, D. Reeves, SJ. Buskirk, JA. Sloan, SJ. Swensen // Mayo Clin Proc. – 2015 Apr. -90(4). - C.432-40. doi:10.1016/j.mayocp.2015.01.012.
200. Shanafelt, TD. Burnout and career satisfaction among US oncologists/ TD. Shanafelt, WJ. Gradishar, M. Kosty, et al. // J Clin Oncol. – 2014. -32(7). - C.678-686. doi:10.1200/JCO.2013.51.8480
201. Shanafelt, TD. Changes in burnout and satisfaction with work-life balance in physicians and the general US working population between 2011 and 2014/ TD. Shanafelt, O. Hasan, LN. Dyrbye, et al. // Mayo Clin Proc. – 2015. -90(12). - C.1600-1613. doi:10.1016/j.mayocp.2015.08.023
202. Shanafelt, TD. Longitudinal study evaluating the association between physician burnout and changes in professional work effort/ TD. Shanafelt, M. Mungo, J. Schmitgen, et al. // Mayo Clin Proc. – 2016. -91(4). - C.422-431. doi:10.1016/j.mayocp.2016.02.001
203. Shanafelt, TD. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout/ TD. Shanafelt, JH. Noseworthy // Mayo Clin Proc. – 2017 Jan. -92(1). - C.129-146. doi:10.1016/j.mayocp.2016.10.004.
204. Shanafelt, TD. Assessment of the Association of Leadership Behaviors of Supervising Physicians With Personal-Organizational Values Alignment Among Staff Physicians/ TD. Shanafelt, H. Wang, M. Leonard, M. Hawn, Q. McKenna, R. Majzun, L. Minor, M. Trockel // JAMA Netw Open. – 2021 Feb 1. -4(2). - C.e2035622. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.35622.
205. Shanafelt, TD. Changes in burnout and satisfaction with work-life integration in physicians and the general us working population between 2011 and 2017/ TD. Shanafelt, CP. West, C. Sinsky, M. Trockel et al. // Mayo Clin Proc. – 2019 Sep. -94(9). - C.1681-1694. doi:10.1016/j.mayocp.2018.10.023.
206. Shanafelt, TD. Career fit and burnout among academic faculty/ TD. Shanafelt, CP. West, JA. Sloan, et al. // Arch Intern Med. – 2009. -169(10). - C.990-995. doi:10.1001/archinternmed.2009.70
207. Shanafelt, T. Wellness-Centered Leadership: Equipping Health Care Leaders to Cultivate Physician Well-Being and Professional Fulfillment / T. Shanafelt, M Trockel, A Rodriguez, D. Logan // Acad Med. – 2021 May 1. - 96(5). – C.641-651. doi: 10.1097/ACM.0000000000003907.
208. Shawahna, R. Prevalence of burnout syndrome among unmatched trainees and residents in surgical and nonsurgical specialties: a cross-sectional study from different

- training centers in Palestine/ R.Shawahna, I. Maqboul, O. Ahmad, A. Al- Issawy, B. Abed // BMC Med Educ. – 2022 Apr 26. -22(1). - C.322. doi:10.1186/s12909-022-03386-8.
209. Sheldon, K.M. Applying self-determination theory to organizational research. / K.M. Sheldon, D.B.Turban,. K.G.Brown, M.R.Barrick, T.A. Judge// Res. Pers. Hum. Resour. Manag. – 2003. – 22. – C. 357–393.
210. Sibeoni, J. Physicians’ Perspectives About Burnout: a Systematic Review and Metasynthesis/ J. Sibeoni, L. Bellon-Champel, A. Mousty, E. Manolios, L. Verneuil, A.Revah-Levy // J Gen Intern Med. – 2019. -34(8). - C.1578–90.
211. Slaikeu, K. A. Controlling the costs of conflict how to design a system for your organization. [Электронный ресурс]/ K. A. Slaikeu, R. H. Hasson // 2012. – Режим доступа:<https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:101:1-201411265345>
212. Smith, R. Why are doctors so unhappy? / R.Smith// BMJ. – 2001. -322. - C.1073–4. doi:10.1136/bmj.322.7294.1073.
213. Smith, J. HRS Psychosocial and Lifestyle Questionnaire 2006–2010: Documentation Report/ J. Smith, G.Fisher, L.Ryan, P. Clarke, et al. // 2013. – Режим доступа:  
[https://scholar.google.com/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=en&user=28o4x-EAAAAAJ&alert\\_preview\\_top\\_rm=2&citation\\_for\\_view=28o4x-EAAAAAJ:xSYboBqXhAC](https://scholar.google.com/citations?view_op=view_citation&hl=en&user=28o4x-EAAAAAJ&alert_preview_top_rm=2&citation_for_view=28o4x-EAAAAAJ:xSYboBqXhAC)
214. Smither, JW. Variables that affect the process and outcome of feedback, relevant for medical training:A meta-review. / JW. Smither, M. London, RR. Reilly, B. Burford, J. Illing, C. Kergon, et al.// Med Educ [Internet]. – 2007. -161(2). - C.583-591. doi:10.1097/00001888-200310001-00014
215. Sriharan, A. Public health and health sector crisis leadership during pandemics: a review of the medical and business literature / A Sriharan, AJ Hertelendy, J Banaszak-Holl, MM Fleig-Palmer, C Mitchell, A Nigam, J Gutberg, DJ Rapp, SJ. Singer// Med Care Res Rev. – 2022 Aug. – 79(4). – 475-486. doi: 10.1177/10775587211039201.
216. Stefl, ME. Common competencies for all healthcare managers: the Healthcare Leadership Alliance model. J Healthc Manag. – 2008 Nov-Dec. -53(6). - C.360-73.
217. Strudsholm, T. Public health leadership: Competencies to guide practice / T.Strudsholm, AR.Vollman // Healthc Manage Forum. – 2021 Nov. – 34(6). – C.340-345. doi: 10.1177/08404704211032710.
218. Tawfik, DS. Physician burnout, well-being, and work unit safety grades in relationship to reported medical errors/ DS.Tawfik, J. Profit, TI. Morgenthaler, et al. // Mayo Clin Proc. – 2018. -93(11). - C.1571-1580. doi:10.1016/j.mayocp.2018.05.014
219. The new conflict management: effective conflict resolution strategies to avoid litigation [Электронный ресурс] / Free Report. Harvard Law School// Режим доступа: <https://www.pon.harvard.edu/free-reports/get-report/?topic=95>
220. The principles of quality assurance. WHO Working Group. Qual Assur Health Care. 1989. - 1(2-3). - C.79-95. doi:10.1093/intqhc/1.2-3.79

221. Thomas, K.W. Comparison of Four Instruments Measuring Conflict Behavior / K.W. Thomas, R.H. Kilmann // *Psychological Reports*. 1978- 42 (3\_suppl). - C. 1139–1145. Doi:10.2466/pr0.1978.42.3c.1139. ISSN 0033-2941.
222. Touloumakos, AK. Expanded yet restricted: a mini review of the soft skills literature/ AK.Touloumakos// *Front Psychol.* – 2020 Sep 4. -11. - C.2207. DOI:10.3389/fpsyg.2020.02207.
223. Townsend, K. Accidental, unprepared, and unsupported: clinical nurses becoming managers/ K.Townsend, A. Wilkinson, G. Bamber, C.Allan // *Int J Hum Resour Man.* – 2012. -23(1). - C.204–220. doi:10.1080/09585192.2011.610963
224. Twellaar, M. How healthy are Dutch general practitioners? self-reported (mental) health among Dutch general practitioners/ M. Twellaar, Y. Winants, I.Houkes // *Eur J Gen Pract.* –2008. -14(1). - C.4-9. doi:10.1080/13814780701814911
225. Van der Vleuten, CP. Pitfalls in the pursuit of objectivity: issues of reliability/ CP. Van der Vleuten, GR. Norman, E. De Graaff // *Med Educ.* – 1991. -25(2). - C.110-8. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.1991.tb00036.x>
226. Van der Wal, RAB. Psychological distress, burnout and personality traits in Dutch anaesthesiologists: a survey/ RAB. Van der Wal, MJL. Bucx, JCM. Hendriks, G-J. Scheffer, JB.Prins // *Eur J Anaesthesiol.* – 2016. -33(3). - C.179-186. doi:10.1097/EJA.0000000000000375
227. Vandenbroeck, S. Burnout in Belgian physicians and nurses/ S. Vandenbroeck, E. Van Gerven, H. De Witte, K. Vanhaecht, L. Godderis // *Occup Med (Lond).* – 2017. - 67(7). - C.546-554. doi:10.1093/occmed/kqx126
228. Vasilopoulos, T. Understanding Conflict Management Styles in Anesthesiology Residents/ T. Vasilopoulos, CR. Giordano, JD. Hagan, BG.Fahy // *Anesth Analg.* – 2018 Oct. -127(4). - C.1028-1034. doi:10.1213/ANE.0000000000003432.
229. Violato, C. Changes in performance: a 5–year longitudinal study of participants in a multi–source feedback programme/ C. Violato, JM. Lockyer, H.Fidler// *Med Educ.* – 2008. – 42. - C. 1007-1013. 10.1111/j.1365-2923.2008.03127.x.
230. Von Vultee, PJ. The impact of management programs on physicians' work environment and health. A prospective, controlled study comparing different interventions/ PJ.Von Vultee, B.Arnetz// *J Health Organ Manag.* – 2004. -18. - C.25–37. doi:10.1108/14777260410532047
231. West, CP. Physician burnout: contributors, consequences and solutions/ CP.West, LN. Dyrbye, TD.Shanafelt // *J Intern Med.* – 2018. -283(6). - C.516-529. doi:10.1111/joim.12752
232. Wright, JG. Burnout among faculty physicians in an academic health science centre/ JG.Wright, N. Khetani, D.Stephens // *Paediatr Child Health.* – 2011. -16(7). - C.409-413. doi:10.1093/pch/16.7.409
233. Wu, H. Factors associated with burnout among Chinese hospital doctors: a cross-sectional study/ H.Wu, L. Liu, Y. Wang, F. Gao, X. Zhao, L. Wang // *BMC Public Health.* – 2013. -13. - C.786. doi:10.1186/1471-2458-13-786

234. Yakubu, K. A comparison of leadership competencies among doctors practicing in public and private hospitals in Jos metropolis of Plateau State, Nigeria / K.Yakubu, M. Dankyau, M.Lodenyoy // *Ann Afr Med.* –2019 Jan-Mar. -18(1). - C.23-29. doi:10.4103/aam.aam\_9\_18.
235. Yates, SW. Physician Stress and Burnout. *Am J Med.* 2020. -133(2). - C.160–164. doi:10.1016/j.amjmed.2019.08.034.
236. Zdravkovic, M. Perceptions of gender equity in departmental leadership, research opportunities, and clinical work attitudes: an international survey of 11 781 anaesthesiologists/ M.Zdravkovic, D. Osinova, SJ. Brull, et al. // *British Journal of Anaesthesia.* – 2020. - 124. - C. e160–e170
237. Zuger, A. Dissatisfaction with medical practice. *N Engl J Med.* – 2004. -350. - C.69–75. doi:10.1056/NEJMSr031703

**Опросник психологического благополучия Риффа  
(версия Шевеленковой-Фесенко)**

***Инструкция по заполнению анкеты***

*Уважаемый коллега!*

*Просим Вас пройти опрос в рамках научного исследования, посвящённого обоснованию инструментов оценки персонала в медицинской организации.*

*Мы гарантируем Вашу анонимность и конфиденциальность ответов. В этой связи просим Вас дать самые правдивые, откровенные и вдумчивые ответы.*

*Опрос занимает в среднем от 20 до 30 минут. Рекомендуем заполнить анкету сразу от начала до конца, не отвлекаясь. Это может сэкономить Ваше время и повысить надежность результатов.*

*Поставьте X или V в ячейке, которая более точно отражает степень Вашего согласия или несогласия с каждым утверждением в отношении себя и Вашей жизни.*

<b>Абсолютно не согласен</b>	<b>Не согласен</b>	<b>Скорее не согласен</b>	<b>Скорее согласен</b>	<b>Согласен</b>	<b>Абсолютно согласен</b>
1	2	3	4	5	6

*Помните, что правильных или не правильных ответов не существует.*

<b>Утверждение</b>	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	<b>6</b>
1. Большинство моих знакомых считают меня любящим и преданным человеком.						
2. Иногда я меняю свое поведение или образ мышления, чтобы не выделяться.						
3. Как правило, я считаю себя в ответе за то, как я живу.						
4. Меня не интересуют занятия, которые принесут результат в отдаленном будущем.						
5. Мне приятно думать о том, что я совершил в прошлом и надеюсь совершить в будущем.						
6. Когда я оглядываюсь назад, мне нравится, как сложилась моя жизнь.						
7. Поддержание близких отношений было связано для меня с трудностями и разочарованиями.						
8. Я не боюсь высказывать свое мнение, даже если оно противоречит мнению большинства.						
9. Требования повседневной жизни часто угнетают меня.						

10. В принципе, я считаю, что со временем узнаю о себе все больше и больше.						
11. Я живу сегодняшним днем и не особо задумываюсь о будущем.						
12. В целом я уверен в себе.						
13. Мне часто бывает одиноко из-за того, что у меня мало друзей, с кем я могу поделиться своими проблемами.						
14. На мои решения обычно не влияет то, что делают другие.						
15. Я не очень вписываюсь в сообщество окружающих меня людей.						
16. Я отношусь к тем людям, которым нравится пробовать все новое.						
17. Я стараюсь сосредоточиться на настоящем, потому что будущее почти всегда приносит какие-то проблемы.						
18. Мне кажется, что многие из моих знакомых преуспели в жизни больше, чем я.						
19. Я люблю душевные беседы с родными или друзьями.						
20. Меня беспокоит то, что думают обо мне другие.						
21. Я вполне справляюсь со своими повседневными заботами.						
22. Я не хочу пробовать новые виды деятельности — моя жизнь и так меня устраивает.						
23. Моя жизнь имеет смысл.						
24. Если бы у меня была такая возможность, я бы многое в себе изменил.						
25. Мне кажется важным быть хорошим слушателем, когда близкие друзья делятся со мной своими проблемами.						
26. Для меня важнее быть в согласии с самим собой, чем получать одобрение окружающих.						
27. Я часто чувствую, что мои обязанности угнетают меня.						
28. Мне кажется, что новый опыт, способный изменить мои представления о себе и об окружающем мире, очень важен.						
29. Мои повседневные дела часто кажутся мне банальными и незначительными.						
30. В целом я себе нравлюсь.						
31. У меня не так много знакомых, готовых выслушать меня, когда мне нужно выговориться.						
32. На меня оказывают влияние сильные люди.						
33. Если бы я был несчастен в жизни, я предпринял бы эффективные меры, чтобы изменить ситуацию.						
34. Если задуматься, то с годами я не стал намного лучше.						
35. Я не очень хорошо осознаю, чего хочу достичь в жизни.						
36. Я совершал ошибки, но все, что ни делается, — все к лучшему.						
37. Я считаю, что многое получаю от друзей.						
38. Людям редко удается уговорить меня сделать то, чего я сам не хочу.						
39. Я неплохо справляюсь со своими финансовыми делами.						

40. На мой взгляд, человек способен расти и развиваться в любом возрасте.						
41. Когда-то я ставил перед собой цели, но теперь это кажется мне пустой тратой времени.						
42. Во многом я разочарован своими достижениями в жизни.						
43. Мне кажется, что у большинства людей больше друзей, чем у меня.						
44. Для меня важнее приспособиться к окружающим людям, чем в одиночку отстаивать свои принципы.						
45. Я расстраиваюсь, когда не успеваю сделать все, что намечено на день.						
46. Со временем я стал лучше разбираться в жизни, и это сделало меня более сильным и компетентным.						
47. Мне доставляет удовольствие составлять планы на будущее и воплощать их в жизнь.						
48. Как правило, я горжусь тем, какой я, и какой образ жизни я веду.						
49. Окружающие считают меня отзывчивым человеком, у которого всегда найдется время для других.						
50. Я уверен в своих суждениях, даже если они идут вразрез с общепринятым мнением.						
51. Я умею рассчитывать свое время так, чтобы все делать в срок.						
52. У меня есть ощущение, что с годами я стал лучше.						
53. Я активно стараюсь осуществлять планы, которые составляю для себя.						
54. Я завидую образу жизни многих людей.						
55. У меня было мало теплых доверительных отношений с другими людьми.						
56. Мне трудно высказывать свое мнение по спорным вопросам.						
57. Я занятой человек, но я получаю удовольствие от того, что справляюсь с делами.						
58. Я не люблю оказываться в новых ситуациях, когда нужно менять привычный для меня способ поведения.						
59. Я не отношусь к людям, которые скитаются по жизни безо всякой цели.						
60. Возможно, я отношусь к себе хуже, чем большинство людей.						
61. Когда дело доходит до дружбы, я часто чувствую себя сторонним наблюдателем.						
62. Я часто меняю свою точку зрения, если друзья или родные не согласны с ней.						
63. Я не люблю строить планы на день, потому что никогда не успеваю сделать все запланированное.						
64. Для меня жизнь — это непрерывный процесс познания и развития.						

65. Мне иногда кажется, что я уже совершил в жизни все, что было можно.						
66. Я часто просыпаюсь с мыслью о том, что жил неправильно.						
67. Я знаю, что могу доверять моим друзьям, а они знают, что могут доверять мне.						
68. Я не из тех, кто поддается давлению общества в том, как себя вести и как мыслить.						
69. Мне удалось найти себе подходящее занятие и нужные мне отношения.						
70. Мне нравится наблюдать, как с годами мои взгляды изменились и стали более зрелыми.						
71. Цели, которые я ставил перед собой, чаще приносили мне радость, нежели разочарование.						
72. В моем прошлом были взлеты и падения, но я не хотел бы ничего менять.						
73. Мне трудно полностью раскрыться в общении с людьми.						
74. Меня беспокоит, как окружающие оценивают то, что я выбираю в жизни.						
75. Мне трудно обустроить свою жизнь так, как хотелось бы.						
76. Я уже давно не пытаюсь изменить или улучшить свою жизнь.						
77. Мне приятно думать о том, чего я достиг в жизни.						
78. Когда я сравниваю себя со своими друзьями и знакомыми, то понимаю, что я во многом лучше их.						
79. Мы с моими друзьями относимся с сочувствием к проблемам друг друга.						
80. Я сужу о себе исходя из того, что я считаю важным, а не из того, что считают важным другие.						
81. Мне удалось создать себе такое жилище и такой образ жизни, которые мне очень нравятся.						
82. Старого пса не научить новым трюкам.						
83. Я не уверен, что мне стоит чего-то ждать от жизни.						
84. Каждый имеет недостатки, но у меня их больше, чем у других.						

*Спасибо за ваши искренние ответы!*

## Опросник оценки руководством параметров работы заведующего отделением

### *Инструкция по заполнению анкеты*

*Уважаемый коллега!*

*Просим Вас пройти опрос в рамках научного исследования, посвящённого обоснованию инструментов оценки персонала в медицинской организации.*

*Мы гарантируем Вашу анонимность и конфиденциальность ответов. В этой связи просим Вас дать самые правдивые, откровенные и взвешанные ответы.*

*Опрос занимает в среднем от 20 до 30 минут. Рекомендуем заполнить анкету сразу от начала до конца, не отвлекаясь. Это может сэкономить Ваше время и повысить надежность результатов.*

*Просим давать оценку по каждому параграфу исключительно в отношении Вашего взаимодействия с оцениваемым в рамках Вашей профессиональной деятельности. Особенно будьте внимательны при заполнении параграфа 4 «Профессиональные знания». В данном параграфе речь идет о знаниях оцениваемого в сфере **Вашего профессионального взаимодействия с оцениваемым**. Для главного врача в сфере организации здравоохранения и менеджмента, для заместителя по лечебной работе в клинической сфере, для заместителя по экономике - в сфере финансово-экономической деятельности, для заместителя по качеству – в сфере клиничко-экспертной работы и т.д.*

**Q1. Количество выполняемой работы:** (1) Количество выполняемой работы значительно меньше трудовой нагрузки по должности; (2) Количество выполняемой работы несколько меньше трудовой нагрузки по должности; (3) Количество выполняемой работы равно трудовой нагрузке по должности; (4) Количество выполняемой работы несколько превышает трудовую нагрузку по должности; (5) Количество выполняемой работы значительно превышает трудовую нагрузку по должности.

**Q2. Качество работы:** (1) Никогда не достигает поставленных результатов; (2) Редко достигает поставленных результатов; (3) Достигает поставленных результатов в половине выполняемых заданий; (4) Часто достигает поставленных результатов; (5) Всегда достигает поставленных результатов.

**Q3. Своевременность выполнения работы:** (1) Никогда не заканчивает порученную работу вовремя; (2) Заканчивает работу вовремя реже, чем в

половине выполняемых заданий; (3) Заканчивает работу вовремя в половине выполняемых заданий; (4) Заканчивает работу вовремя чаще, чем в половине выполняемых заданий; (5) Всегда выполняет порученную работу вовремя.

**Q4. Профессиональные знания в сфере Вашего профессионального взаимодействия с оцениваемым:** (1) Нет знаний; (2) Плохие знания; (3) Удовлетворительные знания; (4) Хорошие знания; (5) Отличные знания.

**Q5. Работа в команде:** (1) Не умеет работать в команде; (2) С трудом работает в команде; (3) Удовлетворительно работает в команде; (4) Хорошо работает в команде; (5) Отлично работает в команде.

**Q6. Соблюдение правил дисциплины:** (1) Не соблюдает; (2) Часто нарушает; (3) Соблюдает 50/50; (4) Чаще соблюдает правила дисциплины; (5) Всегда соблюдает.

**Q7. Инициативность по улучшению работы:** (1) Никогда не вносит никаких предложений; (2) Редко делает предложения; (3) Периодически вносит предложения; (4) Часто делает предложения; (5) Постоянно делает предложения.

**Q8. Самостоятельность при принятии решений в отношении работы подразделения:** (1) Никогда не проявляет самостоятельности; (2) Редко принимает решения самостоятельно; (3) Самостоятелен в половине случаев; (4) Чаще принимает решения самостоятельно; (5) Всегда самостоятелен.

## Опросник обратной связи, заполняемый сотрудниками отделения

### Инструкция для участников опроса

*Уважаемый коллега!*

*Просим Вас пройти опрос в рамках научного исследования, посвящённого обоснованию инструментов оценки персонала в медицинской организации.*

*Мы гарантируем Вашу анонимность и конфиденциальность ответов. В этой связи просим Вас дать самые правдивые, откровенные и взвешенные ответы.*

*Опрос занимает в среднем от 30 до 45 минут. Рекомендуем заполнить анкету сразу от начала до конца, не отвлекаясь. Это может сэкономить Ваше время и повысить надежность результатов.*

*Никакие административные наказания в отношении оцениваемого не будут предприняты, это исследование необходимо для построения траектории роста и развития Вашего коллеги.*

*Поставьте X или V в ячейке, которая более точно отражает степень Вашего согласия или несогласия с каждым утверждением в отношении заведующего отделением, в котором Вы работаете.*

№	Утверждения	Всегда	Почти всегда	Часто	Иногда	Редко
1.	Контролирует свои эмоции, даже в ситуациях высокого давления					
2.	Демонстрирует осознание того, как его/ее действия и решения влияют на других					
3.	Рассматривает ошибки и неудачи как возможности для обучения					
4.	Активно ищет обратную связь от других о своей работе					
5.	Ставит перед собой сложные цели					
6.	Помогает другим достигать их целей					
7.	Расставляет приоритеты в своей работе, исходя из потребностей организации и ее клиентов					

8.	Достигает своих целей, даже сталкиваясь с препятствиями и проблемами					
9.	Воплощает стратегию компании в конкретные действия/планы					
10.	Принимает во внимание идеи и мнения членов команды при принятии решений					
11.	Помогает членам команды решать проблемы, связанные с работой					
12.	Возлагает на членов команды ответственность за достижение их целей					
13.	Активно слушает других					
14.	Адаптирует свое общение к потребностям аудитории					
15.	Общается четко и лаконично					
16.	Передает доверие и опыт, когда общается с другими					
17.	Эффективно работает в команде					
18.	Дает конструктивную и полезную другим обратную связь					
19.	Относится к другим с уважением					
20.	Ценит и уважает различия между членами команды					

*Спасибо за искренние ответы и поддержку, которые Вы оказали своему коллеге!*

## Решетка Блейка и Моутона

*Уважаемый коллега!*

*Просим Вас пройти опрос в рамках научного исследования, посвящённого обоснованию инструментов оценки персонала в медицинской организации.*

*Мы гарантируем Вашу анонимность и конфиденциальность ответов. В этой связи просим Вас дать самые правдивые, откровенные и вдумчивые ответы.*

*Опрос занимает в среднем от 10 до 20 минут. Рекомендуем заполнить анкету сразу от начала до конца, не отвлекаясь. Это может сэкономить Ваше время и повысить надежность результатов.*

*Поставьте X или V в ячейке, которая более точно отражает Ваше типичное поведение на работе и в отношении Ваших подчиненных по каждому утверждению.*

№	Утверждения	Никогда 0	Редко 1	Иногда 2	Часто 3	Всегда 4
1	При принятии решений я активно вовлекаю свою команду, и стараюсь реализовать их идеи и предложения					
2	Для меня нет ничего более важного, чем достижение цели или задачи					
3	Я внимательно слежу за расписанием, чтобы убедиться, что задача или проект завершены вовремя.					
4	Мне нравится обучать людей новым задачам и процедурам					
5	Чем сложнее задача, тем больше она мне нравится					
6	Я поощряю своих сотрудников творчески подходить к своей работе					
7	Доводя сложную задачу до конца, я забочусь о том, чтобы была учтена каждая деталь					
8	Мне легко выполнять несколько сложных задач одновременно					
9	Мне нравится читать статьи, книги и журналы о тренингах, лидерстве и психологии, а затем					

	применять прочитанное на практике.					
10	Исправляя ошибки, я не беспокоюсь о том, что могу поставить под угрозу отношения с окружающими					
11	Я очень эффективно распоряжаюсь своим временем					
12	Мне нравится объяснять своим сотрудникам тонкости и детали сложной задачи или проекта					
13	У меня очень хорошо получается разбивать большие проекты на небольшие управляемые задачи					
14	Для меня нет ничего важнее, чем создать отличную команду					
15	Мне нравится анализировать проблемы					
16	Я уважаю границы других людей					
17	У меня очень хорошо получается консультировать моих сотрудников с целью улучшения их работы или поведения					
18	Мне нравится читать профессиональную литературу и внедрять новые достижения на работе					

*Спасибо за выделенное на опрос время!*

## Опросник Томаса-Килмана

### Инструкция по заполнению анкеты

*Уважаемый коллега!*

*Просим Вас пройти опрос в рамках научного исследования, посвящённого обоснованию инструментов оценки персонала в медицинской организации.*

*Мы гарантируем Вашу анонимность и конфиденциальность ответов. В этой связи просим Вас дать самые правдивые, откровенные и вдумчивые ответы.*

*Опрос занимает в среднем от 10 до 20 минут. Рекомендуем заполнить анкету сразу от начала до конца, не отвлекаясь. Это может сэкономить Ваше время и повысить надежность результатов.*

*По каждому пункту выберите суждение, которое наиболее точно описывает типичное для Вас поведение в ситуации, когда Ваши желания противоречат желаниям других людей.*

*Поставьте X или V рядом с утверждением, которое более характерно для Вашего поведения. Если ни вариант «А», ни вариант «Б» не отражает Ваше типичное поведение, то выберите из двух вариантов тот, что более приближен к Вашему возможному поведению.*

Пункты	А	Б
1.	Иногда я предоставляю другим возможность взять на себя ответственность за решение спорного вопроса	Чем обсуждать то, в чём мы расходимся, я стараюсь обратить внимание на то, в чем согласны мы оба
2.	Я стараюсь найти компромиссное решение	Я пытаюсь уладить дело с учетом всех интересов другого и моих собственных
3.	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Я стараюсь успокоить другого и стремлюсь, главным образом, сохранить наши отношения
4.	Я стараюсь найти компромиссное решение	Иногда я жертвую своими собственными интересами ради интересов другого человека.
5.	Улаживая спорную ситуацию, я всё время стараюсь найти поддержку у другого	Я стараюсь сделать всё, чтобы избежать бесполезной напряжённости
6.	Я стараюсь избежать возникновения неприятностей для себя	Я стараюсь добиться своего
7.	Я стараюсь отложить решение сложного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно	Я считаю возможным в чём-то уступить, чтобы добиться чего-то другого

8.	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чём состоят все затронутые интересы и спорные вопросы
9.	Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий	Я предпринимаю усилия, чтобы добиться своего
10.	Я твердо стремлюсь достичь своего	Я пытаюсь найти компромиссное решение
11.	Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы	Я стараюсь успокоить другого и стремлюсь, главным образом, сохранить наши отношения
12.	Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры	Я даю возможность другому в чём-то остаться при своем мнении, если он также идет навстречу мне
13.	Я предлагаю среднюю позицию	Я пытаюсь убедить другого в преимуществах своей позиции
14.	Я сообщаю другому свою точку зрения и спрашиваю о его взглядах	Я пытаюсь показать другому логику и преимущество своих взглядов
15.	Я мог бы постараться удовлетворить чувства другого человека и сохранить наши отношения	Я стараюсь сделать всё необходимое, чтобы избежать напряженности
16.	Я стараюсь не задеть чувства другого	Я пытаюсь убедить другого в преимуществах моей позиции
17.	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего	Я стараюсь сделать всё, чтобы избежать бесполезной напряженности
18.	Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своём	Я дам возможность другому в чём-то оставаться при своём мнении, если он также идет мне навстречу
19.	Первым делом я стараюсь ясно определить то, в чем состоят все затронутые интересы и спорные вопросы	Я стараюсь отложить решение сложного вопроса с тем, чтобы со временем решить его окончательно
20.	Я пытаюсь немедленно разрешить наши разногласия	Я стараюсь найти наилучшее сочетание выгод и потерь для нас обоих
21.	Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого	Я всегда склоняюсь к прямому обсуждению проблемы
22.	Я пытаюсь найти позицию, которая находится посередине между моей и той, которая отстаивается другим	Я отстаиваю свои желания
23.	Как правило, я озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого из нас	Иногда я предоставляю другим возможность взять на себя ответственность за решение спорного вопроса
24.	Если позиция другого кажется ему очень важной, я постараюсь пойти навстречу его желаниям	Я стараюсь убедить другого в необходимости прийти к компромиссу
25.	Я пытаюсь показать другому логику и преимущество своих взглядов	Ведя переговоры, я стараюсь быть внимательным к желаниям другого

26.	Я предлагаю среднюю позицию	Я почти всегда озабочен тем, чтобы удовлетворить желания каждого
27.	Зачастую я избегаю занимать позицию, которая может вызвать споры	Если это сделает другого счастливым, я дам ему возможность настоять на своём
28.	Обычно я настойчиво стремлюсь добиться своего.	Улаживая спорную ситуацию, я обычно стараюсь найти поддержку у другого
29.	Я предлагаю среднюю позицию	Думаю, что не всегда стоит волноваться из-за каких-то возникающих разногласий
30.	Я стараюсь не задеть чувств другого	Я всегда занимаю такую позицию в спорном вопросе, чтобы мы могли совместно с другим заинтересованным человеком добиться успеха

*Спасибо за выделенное на опрос время!*

УТВЕРЖДАЮ  
Начальник  
Федерального государственного  
бюджетного учреждения  
здравоохранения  
«Центральная медико-санитарная  
часть № 119 Федерального медико-  
биологического агентства»  
Черняховский О. Б.



### СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Яроцкому Сергею Юрьевичу для представления в диссертационный Совет, свидетельствует, что результаты диссертационной работы «Совершенствование оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, внедрены в работу Федерального государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Центральная медико-санитарная часть № 119 Федерального медико-биологического агентства» для оценки удовлетворенности персонала, оценки управленческих компетенций руководителей среднего звена.

Заместитель начальника  
по медицинской части  
ФГБУЗ ЦМСЧ №119 ФМБА России  
Чеканов А.С. \_\_\_\_\_

Подпись Чеканова А.С. заверяю.  
«12 января 2023 года.

Российская Федерация  
Министерство здравоохранения  
Московской области

Государственное бюджетное учреждение  
здравоохранения  
Московской области

**"Солнечногорская  
областная  
больница"**

г. Солнечногорск, мкр. Рекинцо  
от 12.01.2023 № 54/2

тел.: (495) 994-14-30  
E-mail: mz\_solnob@mosreg.ru

УТВЕРЖДАЮ

Главный врач  
ГБУЗ МО

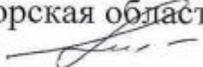
«Солнечногорская областная  
больница»  
Борисова Л. Н.

«    »    2023г.

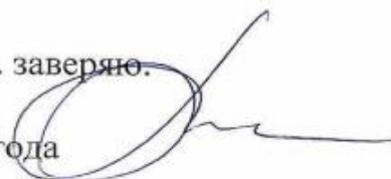


### СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Яроцкому Сергею Юрьевичу для представления в диссертационный Совет, свидетельствует, что результаты диссертационной работы «Совершенствование оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, внедрены в работу ГБУЗ МО «Солнечногорской областной больницы» для оценки удовлетворенности персонала, оценки управленческих компетенций руководителей среднего звена.

Заместитель начальника по медицинской части  
ГБУЗ МО «Солнечногорская областная больница»  
Лазуткина В.П. 

Подпись Лазуткиной В.П. заверяю.

« 12 » 01 2023 года 

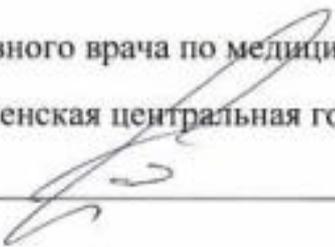
УТВЕРЖДАЮ  
Главный врач  
ГБУЗ МО  
«Лобненская центральная городская больница»  
Прокофьев П.С.



### СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ

Выдана Яроцкому Сергею Юрьевичу для представления в диссертационный Совет, свидетельствует, что результаты диссертационной работы «Совершенствование оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, внедрены в работу ГБУЗ МО «Лобненская центральная городская больница» для оценки удовлетворенности персонала, оценки управленческих компетенций руководителей среднего звена.

Заместитель главного врача по медицинской части  
ГБУЗ МО «Лобненская центральная городская больница»  
Ларькин Ю.Н. \_\_\_\_\_



Подпись Ларькина Ю.Н. заверяю.  
Главный врач ГБУЗ МО «Лобненская центральная городская больница»  
Прокофьев П.С. \_\_\_\_\_



«14» сентября 2023 года

УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор  
Академии постдипломного образования  
ФГУБФНКЦ ФМБА России  
Бурцев А.К.


**СПРАВКА О ВНЕДРЕНИИ**

Выдана Яроцкому Сергею Юрьевичу для представления в диссертационный Совет, свидетельствует, что результаты диссертационной работы «Совершенствование оценки управленческих компетенций заведующих клиническими отделениями медицинских организаций» по специальности 3.2.3 – общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, используются в процессе теоретического и практического обучения ординаторов, аспирантов, в программах дополнительного последипломного образования по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье».

Заведующий кафедрой инновационного  
медицинского менеджмента и общественного  
здравоохранения, к.м.н, доцент  
Конаныхина А.К. 

Подпись Конаныхиной А.К. заверяю.

«22» марта 2023 года



Главный специалист по кадрам

 Филова М.Ю.