

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение  
«Национальный Научно-исследовательский институт общественного здоровья  
имени Н.А. Семашко»

*На правах рукописи*

КУЗНЕЦОВА МАРИЯ АНАТОЛЬЕВНА

УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ  
МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ  
ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ФАКТОРЫ, ЕЁ ОПРЕДЕЛЯЮЩИЕ

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,  
Заслуженный врач РФ  
Васильева Татьяна Павловна

Москва - 2026

## Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	4
ГЛАВА 1. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ, ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ, ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ .....	18
ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ, МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	49
ГЛАВА 3. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВОП (СВ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ .....	87
3.1. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение перспективами работы».....	88
3.2. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение физическими условиями работы» .....	89
3.3. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение от применения способностей врача».....	90
3.4. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» .....	92
3.5. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение заработной платой».....	93
3.6. Сводная характеристика удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью .....	95
3.7. Сравнительный анализ состояния компонентов удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью при разных уровнях ее снижения.....	99
ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ .....	105
4.1. Анализа влияния социально-гигиенических факторов на уровень удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по половозрастным различиям.....	105
4.2. Анализа влияния факторов, связанных с психоэмоциональными характеристиками врача и условиями труда на удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью .....	106
4.2.1. Результаты детализованного анализа состояния факторов, связанных с психоэмоциональными характеристиками врача и условиями труда ВОП (СВ)...	107
4.2.2. Результаты анализа влияния психосоциальных факторов и условий труда ВОП (СВ), на удовлетворенность работой.....	121
ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ У ВОП (СВ) В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	140
5.1 Обоснование влияния сниженной удовлетворенности ВОП (СВ) работой на развитие у него характеристики «Профессиональное выгорание».....	140
5.2. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на уровень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью.....	143

5.2.1. Детализованный анализ ответов на вопросы опросника об удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью .....	143
5.2.2. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на снижение удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи с использованием регрессионного, графического статистического анализа .....	147
5.3. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на качество взаимодействия в системе «врач-пациент» .....	151
5.4. Анализ наличия взаимовлияния характеристик, на которые выявлено влияние фактора «Удовлетворенность врача общей практики (семейный врач) работой», как основы комплексного подхода улучшения оказываемой врачом общей практики (семейным врачом) работой первичной-медико-санитарной помощи .....	156
<b>ГЛАВА 6. КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ОЦЕНКА ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ .....</b>	<b>164</b>
6.1. Разработка механизмов повышения удовлетворенности врача общей практики (семейный врач) работой профессиональной деятельностью .....	164
6.2. Апробация комплекса организационных мер по повышению удовлетворенности населения медицинской помощью (пилотный проект) .....	167
6.3. Оценка эффективности и результативности апробации комплекса организационных мер по повышению удовлетворенности работой врачей общей практики (семейных врачей) (пилотный проект) .....	175
6.4. Оценка результативности комплекса организационных мер по повышению качества взаимодействия «врач-пациент» и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью (пилотный проект) .....	181
<b>ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....</b>	<b>188</b>
<b>ВЫВОДЫ .....</b>	<b>199</b>
<b>ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ .....</b>	<b>203</b>
<b>ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ.....</b>	<b>207</b>
<b>СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....</b>	<b>210</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ А .....</b>	<b>236</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....</b>	<b>241</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ В.....</b>	<b>242</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Г .....</b>	<b>243</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....</b>	<b>244</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....</b>	<b>245</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....</b>	<b>246</b>
<b>ПРИЛОЖЕНИЕ З .....</b>	<b>247</b>

## ВВЕДЕНИЕ

### Актуальность темы исследования

Актуальность исследования удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью как фактора влияния на удовлетворенность пациента при оказании медицинской помощи определена декларацией ВОЗ об «особом значении наличия квалифицированных мотивированных медицинских кадров, располагающих необходимой поддержкой» [ВОЗ, 2019] и связана с не разработанностью методологии и методических основ измерения и оценки этого показателя, а также превентивных технологий его формирования.

Аналитический обзор доступной научной литературы свидетельствует о причинно-следственной связи снижения удовлетворенности врачей работой с развитием профессионального выгорания и снижением качества оказания медицинской помощи [Wallace J.E., 2009; Olson K.D., 2017; Берсенева Е.А., 2020; Welle D, 2020; Шукуров М.Р., 2025]. Известно, что амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом медицинской помощи, которую получают около 80% всего населения [ВОЗ, 2021], и формирует высокий уровень профессиональной нагрузки на врачей первого контакта. Связанные с этим высокая интенсивность и психосоциальное напряжение в работе часто приводит к повышенной усталости и снижению удовлетворенности врачей в профессиональной деятельности.

Наиболее широкие исследования проблемы низкой удовлетворенности работой врачей проведены в специализированных областях медицинской помощи и очень ограничено – в ПМСП [Emiel J. Stobbe, 2021]. Вместе с тем, в отчете American Psychological Association и исследованиях Mansson Sandberg H., Xu Y., Sonis J. показано, что снижение удовлетворенности работой среди врачей ПМСП связано с развитием симптомов истощения (16,7%), высоким уровнем стресса (76,1%), профессиональным выгоранием (59,7%), депрессией (52,0%) [Sonis J., 2022, American Psychological Association, 2023, Mansson Sandberg H., 2023, Xu Y., 2023].

Согласно руководящим документам ВОЗ, проблемы удовлетворенности врача работой относятся к области управления качеством медицинской помощи и контроля «максимального выполнения профессиональных функций» по факторам, его определяющих: здоровье и безопасность в физической производственной среде; здоровье, безопасность и благополучие в психосоциальной производственной среде, включая организацию труда и культуру рабочего места; личный потенциал здоровья работника; способы участия в совместной работе по улучшению здоровья работающих, их семей [ВОЗ, 2019]. Декларация ВОЗ подчеркивает большое значение программ укрепления здоровья медицинских работников, снижения риска возникновения заболеваний и улучшения качества жизни [ВОЗ, 2016]. Оценка внутренних и внешних факторов влияния на качество профессиональной работы врача первичной медико-санитарной помощи направлена на повышение эффективности медицинской деятельности [Wallace, J.E., 2009, Welle, D., 2020, Абрамов А.Ю., 2023, Стенограмма, 2023, Кича Д.И., 2024]. Ряд исследователей подтверждают возможность управления удовлетворенностью профессиональной деятельностью врачей с помощью современных организационных технологий с использованием более эффективных инструментов профилактического вмешательства по снижению риска выгорания – таких как, тренинги на рабочем месте и корпоративные программы оздоровления [Хальфин Р.А., 2019; Ковалев С. П. и соавт., 2020; Концевая А.В. и соавт., 2021; Maria M.-F. et al., 2023].

В соответствии с национальными целями и стратегическими задачами научно-технологического развития Российской Федерации [Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204] в национальном проекте «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16) определены задачи по реализации «комплекса мероприятий, направленных на соблюдение приоритета интересов пациента, организацию оказания медицинской помощи пациенту <...>, повышение

удовлетворенности уровнем оказанных услуг, сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации».

Таким образом, реализация поставленных задач направлена на совершенствование методических приемов измерения, анализа и оценки характеристики врача как платформы для формирования управленческих решений по профилактике риска снижения качества первичной медико-санитарной помощи и неблагоприятных последствий профессиональной деятельности, связанных с формированием кластера врачей с низкой удовлетворенностью и профессиональным выгоранием.

### **Степень научной разработанности проблемы**

В доступной литературе ограничено представлены исследования об изучении влияния профессионально значимых характеристик врачей на качество их взаимодействия с пациентами как ключевого фактора, определяющего уровень удовлетворенности пациента качеством оказанной медицинской помощи. Зарубежные данные, основанные на национальных отчетах здравоохранения [Hall L.H., 2016, Dewa C.S., 2017, Bremer D., 2021, Owoc J., 2022], оценивают эффективность взаимосвязи «врач – пациент» с большой гетерогенностью: проводят сравнение показателей безопасности медицинской помощи пациентам, связанное с профессионально благополучным психосоциальным статусом и синдромом выгорания медицинских работников.

Российские исследователи считают, что организационно-управленческие факторы в профессиональной деятельности в большей степени связаны с формированием риска снижения удовлетворенности работой врача по сравнению с влиянием социально-демографических факторов [Калининская А.А., 2020; Решетников А.В., 2023]. Вместе с тем, Макаров С.В., Гайдаров Г.М. и соавт. относят социологические аспекты к малоизученным причинам текучести медицинских кадров для оценки мер социальной поддержки специалистов и повышения эффективности

управления человеческими ресурсами отрасли [Макаров С.В., Гайдаров Г.М. и соавт., 2021]. В исследовательском обзоре Концевой А.В. и соавт. была обоснована связь врачебного выгорания с допущенными медицинскими ошибками или с условиями повышенного риска медицинских ошибок [Концевая А.В., 2021]. На основе данных регрессионного анализа Панкевич В.И. и соавт. показали влияние экономических факторов, удовлетворенности врачей заработной платой, условиями труда и атмосферой в коллективе [Панкевич В.И., 2015]. В разработанной методологии типологизации социальных предикторов профессиональной деятельности врачей Кром И.Л., Еругина М.В. и соавт. рассматривают деструктивные последствия статусной инфляции как социальную угрозу сохранению кадрового потенциала в современном российском здравоохранении [Кром И.Л., Еругина М.В., 2022].

Несмотря на рост психологической нагрузки, и психологического истощения при осуществлении профессиональной деятельности, готовность врачей обратиться за психологической помощью остается низкой [Суроегина А.Ю., 2023]. Очевидна необходимость коррекции удовлетворенности работой врачей и других неблагоприятных психосоциальных характеристик врача для усиления мотивированных кадров и обеспечения высокого качества медицинской помощи в структуре первичной медико-санитарной помощи здравоохранения. Мелентьев А.В., Бабанов С.А., Лысова М.В. и соавт. для решения этой задачи предлагают регулярную оценку психоэмоционального состояния медиков с учётом специальности, стажа и индивидуальных нагрузок и разработку целевых профилактических программ [Мелентьев А.В., Бабанов С.А., Лысова М.В., 2025].

С учетом вышеизложенного и национальной значимости показателя, **целью исследования** явилось научное обоснование методики и оценка удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью, факторов, ее определяющих (на примере врачей общей практики (семейных врачей)).

Для достижения поставленной цели решались следующие **задачи**:

1. Научно обосновать и разработать методику изучения удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью.

2. Определить состояние удовлетворенности врача общей практики (семейного врача) своей профессиональной деятельностью с использованием разработанной методики.

3. Определить факторы, влияющие на уровень удовлетворенности врача общей практики (семейного врача) своей профессиональной деятельностью.

4. Доказать влияние характеристики удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью, у врачей общей практики (семейных врачей) на другие профессионально важные характеристики, взаимоотношения в системе «врач-пациент», удовлетворенность пациента.

5. Научно обосновать, разработать и апробировать комплекс предложений по улучшению удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью, у врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оценить результативность в условиях организационного эксперимента (на примере врачей общей практики (семейных врачей)).

### **Научная новизна исследования**

Получены новые теоретические данные о современном состоянии удовлетворенности врачей первичной медико-санитарной помощи профессиональной деятельностью и по всем компонентам, его формирующим.

Установлены психосоциальные факторы риска, влияющие на снижение удовлетворенности врачей первичной медико-санитарной помощи при осуществлении своей профессиональной деятельности.

Доказана медико-социальная значимость характеристики «Уровень удовлетворенности» врачей профессиональной деятельностью в повышении качества первичной медико-санитарной помощи за счет снижения

профессионального выгорания врача, улучшения взаимодействия с пациентом и удовлетворенностью пациента медицинской помощью.

Созданы прогностические модели вероятности повышения удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью, снижения профессионального выгорания и медико-социального повышения качества их взаимодействия с пациентами

Разработан комплекс организационных мероприятий по повышению уровня удовлетворенности врачей первичной медико-санитарной помощи своей профессиональной деятельностью, как фактора повышения медико-социальной эффективности здравоохранения.

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

Предложенная методология параллельного опроса врачей и пациентов направлена на усовершенствование теоретических основ развития науки и практики для изучения эффективности и медико-социальной значимости здравоохранения.

Разработанные критерии являются научным обоснованием для совершенствования методических подходов к разработке инструментария по выявлению, оценке и дифференциации влияния широкого спектра психосоциальных факторов на снижение уровня удовлетворенности врача первичной медико-санитарной помощи своей профессиональной деятельностью и рисков по месту их возникновения (врач, пациент, микросреда на рабочем месте).

Значение проведенного исследования на практике состоит в возможности использования его результатов для разработки внутриорганизационных программ улучшения кадровой политики. Предложенный валидированный и апробированный в рамках диссертационного исследования международный опросник COPSOQ III (Long version) способствует выявлению и оценке рисков снижения уровня удовлетворенности врачей первичной медико-санитарной помощи при осуществлении профессиональной деятельности.

Практическая значимость данного исследования заключается в том, что разработанный комплекс мер по повышению удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью способствует реализации комплексного подхода к улучшению качества медицинской помощи, о чем свидетельствует доказанная взаимосвязь этой характеристики с другими характеристиками врача, качеством взаимодействия в системе «врач-пациент» и удовлетворенностью пациента оказанной помощью.

Результаты интеллектуальной деятельности сформированы в виде двух патентов на электронную базу данных (№ RU 2024623997 от 09 сентября 2024г, № RU 2024623999 от 09 сентября 2024г), зарегистрированы два патента на разработанные методы исследования (№ 150589 от 16.12.2025г., № 150752 от 23.12.2025г).

### **Методология и методы исследований**

Программа диссертационной работы основана на проспективном многоступенчатом наблюдении и поэтапном выполнении задач исследования. Методологической основой проведения исследования явился системный подход к реализации поставленных задач на основе применения комплекса семантических, социально-гигиенических, аналитических и статистических методов исследования.

В соответствии с поставленной целью и комплексом подлежащих решению задач программа исследования состояла из последовательных этапов, на каждом из которых проводился сбор, статистическая обработка данных и анализ полученной информации. Настоящее исследование проводилось в период 2021-2023 гг. в городе федерального значения г. Москва. **На первом этапе** проведены семантический анализ научной литературы, анализ имеющейся законодательной базы, определены базы исследования, инструментарий сбор, измерения и анализа результатов. Организован опрос 340 врачей общей практики / семейных врачей (ВОП (СВ)) с использованием международного психосоциального опросника COSPOQ III (Long version) и 394 пациентов по международному стандартизированному

опроснику EUROPEP. Репрезентативность выборки респондентов рассчитана на статистическом онлайн калькуляторе из генеральной совокупности 2911 ВОП (СВ) г. Москвы и более 100000 их пациентов в пределах доверительного интервала в 95%, ошибки выборки 5%, мощности критерия 0,80. Применялась методология параллельного опроса врачей и пациентов для анализа сопоставимых данных и адекватной одномоментной оценки факторов, определяющих эти показатели за последние 12 месяцев до начала опроса. В рамках исследования проведены перевод и валидация русскоязычной версии международного психосоциального опросника COPSQ III (Long version) - из 146 и COPSQ III (Short version) - из 32 вопросов; каждая и итоговая шкалы опросника тестированы по коэффициентам  $\alpha$ -Кронбаха,  $\alpha$ -Гуттмана, внутриклассовой корреляции (ICC); определены корреляционные и регрессионные связи множественных факторов; вычислены относительные, атрибутивные риски и шансы с оценкой их прогнозных значений. Выбор международного опросника EUROPEP для опроса и выявления комплекса факторов, определяющих неудовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи, дополнительно обоснован сравнительным анализом с методикой расчета показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» (утв. приказом Министерства здравоохранения РФ от 19 июля 2022 г. № 495). Дана оценка характеристики «Удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью» с использованием 5 компонентов блока «Удовлетворение от работы», как наиболее важного и ключевого данной характеристики: «Удовлетворение перспективами работы», «Удовлетворение применением собственных способностей» в профессиональной деятельности, «Удовлетворение работой в целом с учетом всех ее аспектов», «Удовлетворение заработной платой». **На втором этапе** исследованы факторы, определяющие уровень удовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью, психосоциальную характеристику производственной среды, индивидуальные особенности и здоровье ВОП (СВ).

**На третьем этапе** разработаны и зарегистрированы 2 новых метода исследования и критерии оценки удовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью (Патент на промышленный образец №150589 от 16.12.2025г. «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)», Патент на промышленный образец №150752 от 23.12.2025г. «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности»). **На четвертом этапе** проведен анализ медико-социальной значимости удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью, дана оценка социальной эффективности данной характеристики по 4 компонентам блока «Выгорание» (опросник COPSOQ III); по 6 компонентам блока «Взаимодействие врач-пациент» и 23 компонентам удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (опросник EUROPEP). **На пятом этапе** разработан алгоритм прогноза удовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью. На основе метода «Древо решений» смоделированы факторы, определяющие низкий уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) и взаимодействия с пациентом. Чувствительность и специфичность разработанных моделей и проверочных тестов повышения уровней целевых показателей подтверждены ROC-анализом. **На шестом этапе** предложен комплекс медико-организационных технологий превенции снижения удовлетворенности врачей, оказывающих ПМСП, своей профессиональной деятельностью, что обеспечивается разработанными эффективными мерами стратегического, тактического и оперативного характера; с учетом международных рекомендаций разработаны и в пилотном проекте апробированы научно обоснованные предложения для повышения эффективности управления кадровым ресурсом медицинских организаций г. Москва.

**Положения, выносимые на защиту**

1. Удовлетворенность врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью (врачей общей практики) – значимая и прогнозируемая характеристика для управления качеством медицинской помощи и может быть оценена с использованием разработанной в исследовании методики и критериев оценки.

2. Факторная обусловленность уровня удовлетворенности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью (врачей общей практики) приоритетно ориентирована на выявление психосоциальных факторов риска, связанных с психосоциальными особенностями производственной среды, индивидуальными характеристиками врача, и может быть оценена количественно с использованием предложенного алгоритма прогноза.

3. Основой повышения низкой удовлетворенности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (врачей общей практики), своей профессиональной деятельности является системный подход, реализующий противодействие психосоциальным факторам риска на рабочем месте, что обеспечивается разработанным эффективным комплексом мер управления уровнем этой характеристики.

### **Внедрение результатов работы**

На платформе электронных ресурсов ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» внедрены базы структурированных программ сбора, накопления и машинной обработки результатов опроса на 734 человеко-обследований с использованием международного опросника EUROPEP (для пациентов) и валидированной в рамках диссертационной работы русскоязычной версии психосоциального международного опросника COPSOQ III (Long version) (для врачей).

По материалам диссертации утверждены образовательные программы по обучению медицинских работников на циклах усовершенствования ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко».

Результаты диссертационной работы, внедрены и используются в

медицинской деятельности ГБУЗ «ГП № 5 ДЗМ» г. Москва, ГБУЗ «ГП № 116 ДЗМ» г. Москва, ГБУЗ Московской области «ЛЮБ» (поликлиническое отделение), оказывающих ПМСП населению, и образовательном процессе ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко», ФГБОУ ВО ВолгГМУ Минздрава России.

### **Связь диссертационной работы с планами НИР**

Работа выполнена на базе Федерального государственного бюджетного научного учреждения «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» в период с 2021 по 2025 годы в рамках государственных заданий НИР по темам: «Теоретическое обоснование иерархической системы здоровьесбережения населения на основе научного сопровождения мониторинга состояния и детерминант общественного здоровья как медико-социального ресурса общества» (Государственная регистрация № 125030603227-5) и «Стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья и методические подходы их реализации» (Государственная регистрация № 1021062512027-9).

### **Степень достоверности и апробации результатов**

Степень достоверности результатов подтверждена системным анализом первичных данных и выявленных факторов на основе применения специальной методологии исследования и современных методов статистического анализа, математического моделирования рисков развития изучаемых процессов на уровне  $p \leq 0,0001$ ; для каждой и итоговой шкалы валидированного опросника COPSOQ III (Long version) проведено тестирование по коэффициентам  $\alpha$ -Кронбаха,  $\alpha$ -Гуттмана, внутриклассовой корреляции (ICC); определены корреляционные и регрессионные связи множественных факторов, вычислены относительные, атрибутивные риски и шансы с оценкой их прогнозных значений. Уровень статистической значимости полученных данных в исследовании фиксирован при вероятности

ошибки  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Материалы диссертационной работы доложены на Всероссийских и Международных научно-практических конференциях в виде докладов и тезисов: на VII Международной научно-практической конференции: «Актуальные вопросы науки и практики и перспективы их решений» (г. Анапа, 2022), XIV Международной научно-практической конференция: «Фундаментальная и прикладная наука» (г.Анапа, 2023), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием (НАСКИ) «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней: эпидемиологические, организационные и гигиенические аспекты» (г.Москва, 2023), Международной научно-практической конференции «Здоровье как стратегический ресурс России» (г.Москва, 2023), Всероссийском конгрессе по непрерывному профессиональному медицинскому образованию работников здравоохранения «ЗОНТ: здоровье, образование, наука, технологии» (Московская область, г. Красногорск, 2023), Всероссийской научно-практической онлайн-конференции «Самосохранительное поведение и модифицируемые факторы риска образа жизни» (г.Москва, 2024), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (НАСКИ) «Эпидемиологическая безопасность медицинской деятельности в условиях современных биологических угроз» (г. Ставрополь, 2024), X Международной научно-практической конференции молодых ученых, аспирантов и студентов «Здоровье населения и развитие» / «Population, Public Health and Development» (г.Москва, 2024), II Международном молодежном аналитическом конгрессе «Молодежь в Большой Евразии: потенциал, риски, безопасность, сотрудничество» (Кыргызская Республика, г. Бишкек, 2024), III Международном конгрессе «РОСМЕДОБР» (г.Москва, 2024), IV Национальном конгрессе с международным участием по экологии человека, гигиене и медицине окружающей среды «Сысинские чтения – 2024» (г.Москва, 2024), V

Всероссийском форуме врачей общей практики (семейных врачей) (г.Москва, 2024), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (НАСКИ) «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней: эпидемиологические, организационные и гигиенические аспекты» (г.Москва, 2024), Международной научно-практической конференции «Теоретические и практические аспекты профилактической медицины» (г.Пермь, 2025), V Международном научно-практическом форуме «Научно-педагогические школы терапии и профилактической медицины» (г.Москва, 2025), Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (НАСКИ) «Актуальные вопросы профилактики инфекционных и неинфекционных болезней: эпидемиологические, организационные и гигиенические аспекты» (г.Москва, 2025), III Научно-практической конференции с международным участием «Здоровье – стратегический ресурс государства» (г.Москва, 2025).

### **Публикации**

По теме диссертации опубликовано 20 научных публикаций, в том числе 9 публикаций в журналах, индексируемых в международных базах данных (Scopus), 3 публикации в журналах, входящих в Перечень ВАК Минобрнауки России, 4 статьи в сборниках научно-практических конференций, 4 патента.

### **Личный вклад автора**

Личное участие автора состоит в выполнении 90% научной работы и заключается в разработке цели, задач, методологии и программы исследований; организации и исполнении всех этапов исследований; систематизации первичных данных и машинной обработки большого объема статистического материала; на основании полученных результатов сформулированы научная новизна, основные положения, выносимые на защиту, выводы; создана электронная база исследований; написаны тексты публикаций, диссертации и автореферата.

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

Работа соответствует пп. 12, 16, 17 направлений исследований паспорта научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза (медицинские науки).

### **Структура и объем диссертации**

Работа изложена на 250 страницах машинописного текста, включает введение, 6 глав исследований, заключение, выводы, практические рекомендации, перечни сокращений и условных обозначений, список литературы из 231 источника литературы (81 отечественных, 150 иностранных); иллюстрирована 29 таблицей и 35 рисунками; содержит 8 приложений и документов, подтверждающих внедрение и практическое использование научных результатов.

## **ГЛАВА 1. УДОВЛЕТВОРЕННОСТЬ ВРАЧЕЙ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И МЕТОДИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К ОЦЕНКЕ ФАКТОРОВ, ЕЕ ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ, ПО ДАННЫМ АНАЛИЗА НАУЧНОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

На современном этапе развития общества врач первичной медико-санитарной помощи работает в условиях глобализации вызовов обществу, связанных с внедрением новых моделей интенсификации деятельности и необходимостью улучшения профессиональных характеристик. Согласно Всеобщей декларации прав человека, принятой Генеральной Ассамблеей ООН (1948), «каждый человек имеет право на такой уровень жизни, который способствует здоровью и процветанию всех членов своей семьи, включающий питание, одежду, достойное жилище и надлежащее медицинское обслуживание»<sup>1</sup>.

В Конституции Российской Федерации провозглашено, что «каждый имеет право на охрану здоровья и медицинскую помощь. Медицинская помощь в государственных и муниципальных учреждениях здравоохранения оказывается гражданам бесплатно за счет средств бюджета, страховых взносов, других поступлений» (статья 41.1)<sup>2</sup>. В комментариях Конституции Российской Федерации сделана ссылка на Устав ВОЗ и ст.12 Международного пакта от 1966 г. «О праве на охрану здоровья и медицинскую помощь», в котором «здоровье» определяется как «состояние полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствием болезней и физических дефектов» (Устав ВОЗ, 1948г.)<sup>3</sup>.

На основе фундаментальных прав населения на квалифицированную медицинскую помощь и ее эффективности актуализация принципов

---

<sup>1</sup> Всемирная декларация прав человека [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/declhr.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/declhr.shtml)

<sup>2</sup> Конституция Российской Федерации [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_28399/8c815f376c72a61b3df7905bb5aae9f144d2cb0d/)

<sup>3</sup> Устав ВОЗ [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/ru/about/governance/constitution>

функционирования систем здравоохранения и использование новых способов взаимодействия с другими секторами обязывает соответствовать вызовам быстро меняющихся социально-экономических процессов общественной жизни, развивать здоровьесберегающие технологии реагирования и современные подходы к их оценке.

Так, применение показателя ожидаемой продолжительности здоровой жизни (HALE – Health Adjusted Life Expectancy) позволило соотнести показатели смертности и ограничения в жизни, связанные с проблемами со здоровьем; DALY (Disability Adjusted Life Years) - включить потерянные годы здоровой жизни, в том числе инвалидность, в сумму показателей YLLs (Years of Life Lost) - годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности, и YLDs (Years Lost due to Disability) - потери здоровой жизни вследствие нарушений здоровья, ограничивающей жизнедеятельность человека, за исключением смертельного исхода<sup>4</sup>.

В глобальной системе мониторинга бремени болезней GbD (Global Burden of Disease), работающей под эгидой ВОЗ и Всемирного банка реконструкции, программы оценки здоровья населения с использованием интегральных показателей позволяют принимать необходимые меры для их предотвращения, в том числе по улучшению эффективности системы здравоохранения, и предлагает новые проекты быстрого реагирования и принятия мер по снижению заболеваемости населения и их осложнений<sup>4</sup>. Таким образом, формируется платформа для экономически рационального и, в конечном этапе, эффективного распределения ресурсов на сектор здравоохранения или внутри отдельного его сектора.

В Российской Федерации динамика показателя DALYs к 2021г., характеризовалась изменениями индикаторных показателей потерянных лет здоровой жизни, в том числе инвалидности<sup>5</sup>, По состоянию н 2022 г.

---

<sup>4</sup> Global Burden of Disease (GBD) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.healthdata.org/research-analysis/gbd>

<sup>5</sup> Global Burden of Disease (GBD) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>

индикаторные показатели показывали рост рождаемости и снижение общей смертности. Ожидаемая продолжительность жизни населения составила 72,73 года. Однако доля смертности лиц трудоспособного возраста остается высокой на уровне 536,3 на 100.000 населения<sup>6</sup>.

Расширение возможностей для всего населения пользоваться эффективной, общедоступной медицинской помощью определило принципы справедливости и социального равенства – всеобщий доступ к услугам здравоохранения, в том числе при оказании ПСМП, и впервые были озвучены в Алма-атинской Декларации, организованной под эгидой ВОЗ (г. Алма-Аты, 1978 г.). Это означало, что на разных уровнях организации здравоохранения появилась возможность напрямую воздействовать на фундаментальные детерминанты здоровья, где профилактике и лечению уделяется равное значение<sup>7</sup>. В мировом здравоохранении наиболее массовой остается **первичная медико-санитарная помощь (ПМСП)**<sup>8-9</sup>. Расширилось понятие о ПМСП населению, как организационной структуры равноправного и справедливого предоставления медицинской помощи населению. В 2018г. состоялась вторая Глобальная конференция в г. Алма-Аты, где была подтверждена значимость и основополагающие принципы концепции развития ПСМП, осуществляющей всеобщий охват услугами здравоохранения в области достижения целей устойчивого развития тысячелетия (ЦУР)<sup>10</sup>.

Ключевой фигурой оказания первичной медико-санитарной помощи являются врачи, деятельность которых в условиях глобальных вызовов здравоохранению направлена на улучшение качества медицинской помощи и

---

<sup>6</sup> Федеральная служба государственной статистики [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://rosstat.gov.ru/>

<sup>7</sup> Организация Объединенных Наций [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/almaata78.shtml](https://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml)

<sup>8</sup> WHO Primary health care [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/health-topics/primary-health-care>

<sup>9</sup> World Bank, Universal Health Coverage and Primary Health Care [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.worldbank.org/en/topic/universalhealthcoverage>

<sup>10</sup> WHO Declaration of Astana [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>

определяет характеристику эффективного управления человеческим ресурсом для устойчивого развития системы здравоохранения, что отнесено к национальным интересам страны<sup>11</sup>.

Важным направлением в улучшении качества медицинской помощи, по мнению исследователей, является **необходимость повышения сильных сторон ПСМП**. В «Глобальной стратегии ВОЗ по интегрированным службам здравоохранения, ориентированным на нужды людей, на 2016–2026 годы» создание сильных систем ПМСП подчеркивается как необходимость<sup>12</sup>. В документе говорится, что сильные службы ПМСП необходимы для охвата всего населения и обеспечения всеобщего доступа к услугам и остаются недостаточно разработанными механизмы действенного вмешательства в стратегию улучшения качества медицинской помощи<sup>12</sup>. Отсутствие инструментов их активации сдерживает управление и устранение недостатков системы<sup>13</sup>. То есть, чтобы быть «полезными», механизмы качества помощи должны быть встроены в процессы управления и служить намеченной целевой области улучшения в соответствии с другими механизмами повышения качества помощи.

Одним из важных положений стратегического развития ПМСП, изложенном в Алма-Атинской декларации, является разработка технологий эффективного размещения экономических ресурсов путем перераспределения основных фондов здравоохранения в сектор ПМСП и подразумевает повышение эффективности за счет развития её сильных сторон [23-25, 29, 58, 65, 80], что на практике определяется качеством внутриорганизационных процессов. В 2016 году ВОЗ на 69-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения представила новую глобальную стратегию в области кадровых ресурсов в сфере здравоохранения, где была поставлена вторая цель:

---

<sup>11</sup> Указ Президента Российской Федерации от 02.07.2021 г. № 400 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/47046>

<sup>12</sup> WHO global strategy on integrated people-centred health services 2016-2026 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://interprofessional.global/wp-content/uploads/2019/11/WHO-2015-Global-strategy-on-integrated-people-centred-health-services-2016-2026.pdf>

<sup>13</sup> WHO The world health report 2006: Working together for health [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9241563176>

«Привести инвестиции в кадровые ресурсы здравоохранения в соответствие с текущими и будущими потребностями населения и систем здравоохранения, принимая во внимание динамику рынка труда и политику в области образования; решить проблему нехватки медицинских работников и улучшить их распределение, с тем чтобы обеспечить максимальное улучшение показателей здоровья, социального обеспечения, создание рабочих мест и экономический рост»<sup>14</sup>.

Данные научной литературы подтверждают, что наряду с технологическим прорывом деятельности здравоохранения кадровый ресурс сохраняет ведущие позиции в обеспечении качества медицинской помощи<sup>15</sup>. При этом от характеристики и качества производительности медицинского работника основной группы (врачи) зависит безопасность оказанных услуг [10, 22, 65, 74]. С учетом того, что на уровне ПСМП пациенты получают медицинскую помощь в полном объеме, значимость улучшения врачебного фактора становится ведущим фактором обеспечения медицинской эффективности в системе здравоохранения [25, 60, 79, 178, 183, 227, 243]. В связи с этим, Всемирная ассамблея здравоохранения призвала государства-члены «принимать необходимые меры по гарантированию прав и защите работников здравоохранения и социальной сферы на всех уровнях». Глобальный план действий по обеспечению безопасности пациентов на 2021–2030 гг. включает действия по обеспечению безопасности работников здравоохранения в качестве приоритетного условия обеспечения безопасности пациентов. ВОЗ и МОТ работают с международными партнерами над созданием потенциала для внедрения разработанной программы «Руководство по разработке и осуществлению программ для работников здравоохранения в области гигиены и безопасности труда»<sup>16</sup>.

---

<sup>14</sup> WHO Global Strategy on Human Resources for Health: Workforce 2030 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-ru.pdf)

<sup>15</sup> WHO. Declaration of Alma-Ata [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health/declaration/gcphc-declaration-ru.pdf>

<sup>16</sup> WHO Guide for the development and implementation of occupational health and safety programmes for health workers [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240040779>

В развитие стратегических решений ВОЗ от 2016г: WHA 69.19 Глобальная стратегия в области здравоохранения: трудовые ресурсы 2030г.<sup>17</sup>; WHA 70.6 «Работа на благо здоровья: 5-летний план действий по обеспечению занятости в сфере здравоохранения и инклюзивному экономическому росту» (2017–2021 гг.)<sup>18</sup>; WHA A74/8 Укрепление систем медико-санитарной информации, показатели прогресса в реализации WHA60.27 и в условиях COVID-19 подчёркивают важность данных и систем медико-санитарной информации (HIS) для разработки политики реагирования на кризис с акцентом на отслеживание мер по защите здоровья, обеспечению готовности и восстановлению после чрезвычайных ситуаций в области здравоохранения<sup>19</sup>; WHA 74.14, Защита, охрана и инвестиции в персонал здравоохранения и социального обеспечения<sup>20</sup>; План действий «Работа ради здоровья» на 2022–2030 гг. отвечает требованиям резолюции WHA 74.14, которая призывает к четкому набору действий по ускорению инвестиций в образование, профессиональную подготовку, трудоустройство, охрану труда и защиту медицинских работников до 2030 года.

В этих документах были разработаны новые подходы и глобальные изменения в области кадровой политики в здравоохранении (2000–2022 гг.): разработка научно обоснованной политики для оптимизации рабочей силы; стимулирование инвестиций в рынки рабочей силы в сфере здравоохранения для удовлетворения потребностей населения; создание институционального потенциала и партнёрских отношений в сфере управления и лидерства в области здравоохранения; использование данных для мониторинга и подотчётности.

---

<sup>17</sup> WHA69.19 Human resources for health and implementation of the outcomes [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA69/A69\\_R19-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_R19-ru.pdf)

<sup>18</sup> WHA70.6 Human resources for health and implementation of the outcomes of the United Nations' High-Level Commission on Health Employment and Economic Growth. Seventieth World Health Assembly. 2017. [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA70/A70\\_R6-en.pdf?ua=1](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA70/A70_R6-en.pdf?ua=1).

<sup>19</sup> WHO results framework: an update. Strengthening of health information systems. Seventy-fourth World Health Assembly [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA74/A74\\_8-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA74/A74_8-en.pdf)

<sup>20</sup> WHA 74.14 Protecting, safeguarding and investing in the health and care workforce. Seventy-fourth World Health Assembly [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/e/e\\_WHA74.html](https://apps.who.int/gb/e/e_WHA74.html)

Всеобщий призыв к охране здоровья, обеспечению безопасности и укреплению благополучия работников здравоохранения основан на признании взаимосвязанных показателей производительности труда, удовлетворенности работой и удержанию медицинских работников<sup>21</sup>, что должно способствовать снижению издержки, вызванные профессиональными факторами (по оценкам, до 2% расходов на здравоохранение), и минимизации причиняемого пациентам вреда (по оценкам, до 12% расходов на здравоохранение)<sup>22</sup>. При этом, реализация основных мероприятий по охране здоровья медицинских работников направлено на улучшение управления трудовыми ресурсами, устойчивости и эффективности работы системы здравоохранения с использованием комплекса мер: профилактики профессиональных заболеваний и травм, а также охраны и укрепления здоровья, безопасности и благополучия работников здравоохранения<sup>21</sup>.

Резолюция Всемирной ассамблеи здравоохранения (WHA74.14, 2022) направлена на призыв к государствам-члены «принимать необходимые меры по гарантированию прав и защите работников здравоохранения и социальной сферы на всех уровнях»<sup>20</sup>. В Глобальный план, принятый на 74-ой сессии Всемирной ассамблеи здравоохранения на период 2021-2023 годы, включены действия по обеспечению безопасности работников здравоохранения в качестве приоритетного условия обеспечения безопасности пациентов.

Международное руководство по разработке и осуществлению программ в области гигиены и безопасности труда для работников здравоохранения, разработанное совместно ВОЗ и МОТ<sup>23</sup>, рекомендует формировать ресурсный потенциал для внедрения программы обеспечения условий безопасного труда в национальные системы здравоохранения с привлечением международных

---

<sup>21</sup> WHO Occupational health: health workers [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/occupational-health--health-workers>

<sup>22</sup> The economics of patient safety Part IV: Safety in the workplace [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety-part-iv-safety-in-the-workplace\\_b25b8c39-en.html](https://www.oecd.org/en/publications/the-economics-of-patient-safety-part-iv-safety-in-the-workplace_b25b8c39-en.html)

<sup>23</sup> WHO Caring for those who care: national programmes for occupational health for health workers: policy brief [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011588>

партнеров. ВОЗ также предоставляет руководящие принципы и рекомендации по предотвращению и управлению профессиональными рисками в секторе здравоохранения, по охране психического здоровья на рабочем месте<sup>24</sup> с особым вниманием к психосоциальным рискам: «длительный стресс на работе может привести к эмоциональному выгоранию, хронической усталости, прогулам, высокой текучести кадров, снижению удовлетворённости пациентов и увеличению числа ошибок при диагностике и лечении»<sup>25</sup>.

ВОЗ описывает три основные цели механизмов обеспечения качества медицинской помощи: общественность, как пациенты; предоставление услуг, включая клиническую практику и управление услугами; системные ресурсы, включая кадры здравоохранения, а также декларирует важный аспект - «особое значение имеет наличие квалифицированных мотивированных медицинских кадров, располагающих необходимой поддержкой»<sup>26</sup>. Таким образом, определяет, что в здравоохранении одним из ключевых ресурсов является медицинский персонал, особенно основной группы (врачи)<sup>27,28,29</sup>.

Проблемные области по обеспечению безопасных условий труда подчеркнули необходимость обеспечения качества и эффективности медицинской работы в чрезвычайной ситуации, связанной с пандемией коронавирусной инфекции (2019-2022 гг.).

Технология «бережливое производство» находит применение в сфере здравоохранения и ассоциируется с преимуществами снижения затрат и повышения качества и медицинской эффективности оказания медицинской

---

<sup>24</sup> WHO Guidelines on mental health at work [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240053052>

<sup>25</sup> WHO Psycho-social risks and mental health [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/psycho-social-risks-mental-health>

<sup>26</sup> WHO Delivering quality health services: a global imperative for universal health coverage [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241513906>

<sup>27</sup> WHO Health workforce [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/health-workforce#tab=tab_1)

<sup>28</sup> WHO Occupational health: health workers [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/teams/health-workforce>

<sup>29</sup> WHO Follow-up of the Recife Political Declaration on Human Resources for Health: renewed commitments towards universal health coverage [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA67/A67\\_R24-ru.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA67/A67_R24-ru.pdf)

помощи с повышением удовлетворенности работой и воспринимаемой самостоятельности врача [4, 28, 99].

**Выполненные исследования о факторной обусловленности характеристик врача**, определяющих эффективность его работы. Важность состояния кадровых ресурсов для критериальной оценки и контроля внутренних рисков снижения качества медицинской помощи расширяют значимость врачебного фактора для усиления положительных сторон ПСМП<sup>27</sup> [2, 4, 13, 20, 60, 64, 67, 170, 207, 225].

Признано, что вовлеченность медицинских работников в профессиональную деятельность зависит от условий оказания медицинских услуг, значительно влияет на качество оказания безопасных услуг [3, 70, 71, 141, 143], улучшение анализа допущенных ошибок<sup>30</sup>, снижение смертности пациентов и является одной из характеристик врачебного фактора, формирующей причинную связь со скрытой текучести кадров [132, 133, 134]. Исследованиями в этой области подтверждено, что врачи, вовлеченные в свою работу, добиваются лучших результатов лечения, высокой личной удовлетворенности и удовлетворенности пациентов, по сравнению с менее мотивированными [33, 46, 78, 126], а их работы на 20% выше других сотрудников [157, 201]. Обобщенный анализ показывает, что вовлеченность и преданность профессиональной деятельности способствует справляться с психологической нагрузкой на работе [80, 119], а устранение специфических рисков в профессиональной деятельности влияют на достижение более высокой рентабельности, чем локальные решения [159, 187].

При этом личные достижения в работе повышают смысл работы, усиливают уважение в межличностных отношениях и являются одним из основных факторов мотивации, в том числе связанной с вознаграждением труда [73, 176]. В этом контексте факторы, формирующие условия

---

<sup>30</sup> Improving NHS care by engaging staff and devolving decision-making [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.kingsfund.org.uk/insight-and-analysis/reports/improving-nhs-care-engaging-staff-devolving-decision-making>

профессионального развития, усиливают потенциал эффективного управления медицинским персоналом и удовлетворения ожидания оценки результатов их работы и признания заслуг, подкреплённых знаниями и медицинским опытом в профессии [170]. Долгосрочность действия этих факторов основана на реализации собственных потребностей врачей в профессиональном развитии и с перспективами карьерного роста [54, 156, 198].

**Программы улучшение сильных сторон ПМСП** предполагали смену парадигмы общественного здравоохранения: от лечения до профилактики и укрепления здоровья, в связи с чем произошло становление общеврачебной практики (семейной медицины), которое включало новый организационный переход и переформатирование отношений в системе врач-пациент. В России общеврачебная практика активно внедрялась в практику первичного звена здравоохранения с 90-х годов в рамках реформирования системы здравоохранения и совершенствования первичной медико-социальной помощи населению в условиях рыночной экономики [22, 23, 59, 61, 63].

Основанием были усиление нормативно-правовой базы. В соответствии с приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №237 от 18.05.2023<sup>31</sup>. Ключевым аспектом развития ПМСП стало увеличение штата врачами общей практики (семейный врач) за счет сокращения врачей терапевтов [57, 77]. Проводилась разработка правовой, организационной, финансовой формы и научно-методическое сопровождение, апробация экспериментальных моделей функционирования общеврачебной практики в новой структуре ПМСП с учетом накопленного зарубежного опыта [22, 23, 59, 61, 63].

В 1988-1989 гг. с участием НИИ социальной гигиены, экономики и управления здравоохранения имени Н.А. Семашко РАМН такие работы

---

<sup>31</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 26 августа 1992г N 237 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://normativ.kontur.ru/document?moduleId=1&documentId=73403>

проводились в медицинских организациях городов Москва, Тула, Пенза, Шауляй, в 5 сельских районах Краснодарского края [63].

Согласно Национальным целям развития страны, определяющим увеличение до 55% доли граждан, систематически занимающихся физической культурой и спортом, и охват всех граждан профилактическими медицинскими осмотрами не реже одного раза в год<sup>32</sup>, была усилена деятельность ВОП (СВ) задачами по сохранению ресурса здоровья у пациентов на протяжении всей жизни, внедрена система семейного мониторинга здоровья каждого члена семьи, быстрое реагирование и предотвращение факторов риска на организм человека [21, 63].

На современном этапе исследования в области создания оптимальной пациент-ориентированной модели медицинских услуг приобретают особое значение. Наиболее эффективными на международном уровне признаны здоровьесберегающие технологии, направленные на повышение приверженности населения к лечению болезней на стадиях их излечимости.

Основные направления государственной политики Российской Федерации по развитию индивидуальных подходов к пациенту утверждены приказом Минздрава России от 24.04.2018г. №186 в Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины<sup>33</sup>, и предполагает активное, расширенное участие пациента в процессах коммуникации с медицинскими специалистами, обусловленное улучшением «качества оказания первичной медико-санитарной помощи и мониторинга состояния здоровья прикрепленного населения», включая анализ эффективности диагностической, лечебно-профилактической и организационной работы участка врача общей практики (семейного врача).

---

<sup>32</sup> Указ Президента РФ от 21 июля 2020 г. № 474 “О национальных целях развития Российской Федерации на период до 2030 года” [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/74304210/>

<sup>33</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71847662/>

Для решения поставленных задач приказом Минздрава России от 01.02.2019 № 42 утверждена ведомственная целевая программа «Развитие фундаментальной, трансляционной и персонализированной медицины», в которой определены руководящие положения о переходе на персонализированную медицину, способствующей достижению современных трендов общественного здравоохранения и соответствия мировым стандартам: повышение качества и доступности медицинской помощи<sup>34</sup>. Смена парадигмы общественного здравоохранения к пациент-ориентированному здравоохранению соотносится с задачами Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации<sup>35</sup>.

Одним из первых документов, принятых в целях создания правовых основ деятельности врача общей практики, является приказ Министерства здравоохранения РФ от 26.08.1992г. № 237<sup>31</sup>. Приказ дает нормативное определение термина «общая практика» и «врач общей практики»: общая практика является одной из форм организации первичной медико-санитарной помощи, а врач общей практики (семейный врач) — специалист, широко ориентированный в основных врачебных специальностях и способный оказать многопрофильную амбулаторную помощь при наиболее распространенных заболеваниях и неотложных состояниях. Основные положения, касающиеся деятельности ВОП, изложены в «Положении о враче общей практике (семейном враче)». Согласно п. 1.1 Положения врач общей практики, оказывающий первичную многопрофильную медико-санитарную помощь семье, является семейным врачом. Положение не отождествляет понятия «врача общей практики» и «семейного врача», разграничивая их в зависимости от контингента, которому оказывается медицинская помощь. В целях дальнейшего закрепления правовых основ деятельности врача общей практики был принят Приказ Министерства здравоохранения и социального

---

<sup>34</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 1 февраля 2019 №42 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://base.garant.ru/72178658/>

<sup>35</sup> О Стратегии научно-технологического развития Российской Федерации: Указ Президента РФ от 01.12.2016 № 642 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/71451998/>

развития РФ от 17.01.2005г. № 84 «О порядке осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача)»<sup>36</sup>. Порядок осуществления деятельности врача общей практики (семейного врача), утвержденный Приказом № 84, в отличие от Положения о враче общей практике (семейном враче), утвержденного Приказом № 237, отождествляет понятия «врач общей практики» и «семейный врач».

В Постановлении Правительства Российской Федерации от 09.10.2019 № 1304<sup>37</sup> отмечена необходимость устранения дефицита кадров в первичном звене здравоохранения и повышение уровня их квалификации, в том числе в целях обеспечения возможности выбора медицинской организации и врача. Правилами определены приоритеты интересов пациента при оказании первичной медико-санитарной помощи и соблюдения прав граждан при оказании первичной медико-санитарной помощи и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий.

Таким образом результаты отечественных и зарубежных исследований свидетельствуют о согласованном мнении исследователей о роли ВОП в повышении качества ПМСП. Ряд авторов отмечает вклад врача в повышение качества медицинской помощи за счет характеристик пациента, удовлетворенности пациента оказанной помощью [2, 70, 132, 139, 159, 212]. Так, выявлено, что от врача зависит формирование хороших партнерских отношений с пациентом, что является, по мнению исследователей, фактором, улучшающим проведение лечения [29], профилактики, медицинской активности пациента [115] и имеет отношение к оценке результатов медицинского обслуживания [137]. Высокий уровень пациент-ориентированности связан с улучшением результатов медицинской помощи, включая улучшение отношений между врачами и пациентами, повышение

---

<sup>36</sup>Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 января 2005 г. N 84 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://base.garant.ru/12138926/>

<sup>37</sup> Постановление Правительства РФ от 9 октября 2019 г. N 1304 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://base.garant.ru/72833114/>

удовлетворенности пациентов и врачей, большую приверженность к лечению, улучшение качества жизни, сокращение продолжительности пребывания в больнице и снижение расходов на здравоохранение [97, 100, 122, 173].

Основой эффективного перехода на концепцию пациент-ориентированного оказания медицинской помощи является построение партнерских отношений врача и пациента [105, 108, 129, 201], исходя из парадигмы, что пациенты являются конечными пользователями медицинских услуг.

На фоне сохранения проблем традиционных средств коммуникации повышаются требования к эффективному взаимодействию с пациентом. Эти тенденции наблюдаются во всем мире [178, 184]. Критически важным является понятие коммуникации между врачом и больным и значимость коммуникативного аспекта в социальном взаимодействии по поводу здоровья и болезни [35, 232, 252]. Для описания модели, ориентированной на пациенте и его семье, использовалось несколько концепций: «ориентированный на пациента» [177], «ориентированный на отношения» [226], «ориентированный на семью» [199] и индивидуальный уход [199]. Участие пациентов в профилактике, лечебном и диагностическом процессе и реабилитации определяет эффективность этого взаимодействия, исходя из общего понимания того, что все стороны участвуют в формировании качества оказанных медицинских услуг [4], а его реализация должна быть основана на разработке новых организационных технологий [124, 218]. Процесс улучшения качества на основе удовлетворенности пациентов требует измерения ассоциаций между впечатлениями пациентов о конкретных аспектах медицинских услуг, демографическими переменными и личными характеристиками врачей [8], чтобы определить те части услуг, которые потенциально нуждаются в улучшении. Ряд авторов обращает внимание, что от врача зависит уровень удовлетворенности пациента оказанной ему медицинской помощи и в значительной степени определяется качеством их взаимодействия [4, 15, 18, 20, 57, 68, 75, 115, 196, 202]. Это тем более важно,

что ряд исследователей относит удовлетворенность пациента оказанной ему медицинской помощью к свойствам, характеристикам ее качества [88, 124, 190, 209].

Согласно разработанной модели (Hudon et al., 2011) концептуальная основа пациент-ориентированной медицины в общеврачебной практике содержит четыре взаимосвязанных измерения области общеврачебной практики [140]. Эта модель, была сформулирована на основе объединения результатов двух основополагающих обзоров - Stewart et al. (2003) [207] и Mead & Bower (2000) [174], а в современной версии систематизирована в литературном синтез Hudon et al. (2012) [141], где построение отношений с пациентами предполагают переход от формы пассивного получателя медицинской помощи к активному партнерству [74, 116, 138], а применение разных форм коммуникации со стороны врача (открытые вопросы, размышления и резюме) используются для достижения эффективного взаимодействия [117].

Возрастает важность мнения пациента, как необходимой части «всесторонней оценки» медицинской эффективности и общий тренд определяет необходимость разработки новых и пересмотра отдельных существующих инструментов опроса [209].

В связи с этим формализация оценки работы врачей приобрела достаточно обоснованную актуальность с упором на то, каким образом можно обосновать и подтвердить надежность мнений респондентов.

**Исследования, характеризующие влияние психосоциальных факторов производственной среды и индивидуальных особенностей врача на формирование удовлетворенности работой,** определяющих удовлетворенность работой врача в улучшении качества ПМСП, представлены в научных базах фрагментарно [87, 104, 120, 147, 155, 187, 222]. При этом имеется широкий перечень терминологических определений удовлетворенности работой в целом в интерпретациях относительно медицинских работников. Так, до настоящего времени не утратила значимость

разработанный А.Г. Здравомысловым (1965) подход к проблеме как характеристика удовлетворения потребностей человека, связанной с трудовой деятельностью. По мнению В.А. Ядова (1983), состояние удовлетворенности отражает степень адаптации работника к производственной ситуации и организации, которую можно рассматривать как итоговый показатель субъективного аспекта отношения к труду [81]. Другие исследователи предлагают определять удовлетворенность трудом как отношение сотрудника к работе, связанное с оценкой деятельности, ее условий и результатов [16, 25, 41, 51], самостоятельный мотив деятельности [41, 73, 130] и характеристика трудовой активности [76]. В соответствии со сложившейся традицией удовлетворенность трудом определяют, как позитивное состояние, которое складывается в результате когнитивной и эмоциональной оценки сотрудником своей работы, удовлетворяющей нужды и соответствующей ценностям работника [7, 17, 25, 126].

Удовлетворенность работой определяется как «приятное или позитивное эмоциональное состояние, возникающее в результате оценки своей работы или опыта работы» [19, 161] и измеряется качеством взаимодействием между опытом работы и организационной средой [3, 10]. Удовлетворённость профессиональной деятельностью является значимым феноменом, связанным с психологическим благополучием личности специалиста и эффективностью его деятельности [48]. Наиболее важным аспектом удовлетворенности работой является возможность продвижения по службе, дополнительные льготы [3, 5, 9, 12, 16, 78].

Установлено, что довольные врачи обеспечивают более высокое качество медицинской помощи, более добросовестно относятся к назначению лечения и имеют меньше шансов допустить ошибок [56, 58, 67, 78, 111]. Следовательно, удовлетворенность работой врачей может привести к лучшим результатам лечения и удовлетворенности пациентов, а также к меньшему количеству судебных разбирательств [3, 14, 15, 26, 57, 68].

Удовлетворенность работой тесно связана с характером работы и качеством управления рабочей средой, влияет на хорошую производительность труда сотрудников и поддерживает хорошее здоровье и долголетие сотрудников [19, 24, 70, 73, 102]. Общая удовлетворённость работой отражает различные аспекты удовлетворения разнообразием рабочих процессов, возможностью применения своих способности, а также независимого выбора профессиональных приемов в работе [42, 48, 81, 131]. Систематический обзор, включающий 24 исследования с участием более 20 000 врачей из 12 европейских стран, классифицировал выявленные факторы удовлетворенности работой по трём группам: личностные, внутренние и контекстуальные [112]. К наиболее изученным областям относятся факторы, определяющие профессиональную автономию, отношения между врачом и пациентом, баланс между работой и личной жизнью [10, 13, 18, 29, 33, 42, 48, 67, 128] удобство графика работы, отношения с руководством, а также межличностные отношения на работе [163, 221]. Например, Domagała A, определил уровень удовлетворённости врачей, работающих в польских больницах, в четырёх областях: по факторам влияния личных мотивов, профессионального опыта, производственной среды и внутреннего управления организации [113]. Berry et al. (2022, Вашингтон, США) были получены отрицательные корреляции между низкой удовлетворенностью работой и ее производительностью у 60% респондентов, связанная с неудовлетворенностью вознаграждениями, условиями работы, характером работы и общением в коллективе [100]. Положительная корреляция высокой производительности труда с удовлетворенностью работой ( $r = 0,574$ ,  $p < 0,001$ ) при социальной поддержке руководства ( $r = 0,534$ ,  $p < 0,001$ ) отмечают исследователи в Китае (2020) [161].

Среди 209 врачей из крупных медицинских учреждений г. Тбилиси (Грузия, Tengiz Verulava (2024)) наиболее важные компоненты удовлетворенности определялись отношениями с руководством (78,5%), с коллегами (77%), с пациентами (73,5%), возможностью непрерывного

медицинского образования (74,2%) и качеством обслуживания (66%). Большинство опрошенных респондентов, среди них и врачи общей практики, не были удовлетворены текущими доходами и способами оплаты труда. Баланс между работой и личной жизнью у 76% опрошенных врачей оценивали низко, в диапазоне 1-3 баллов [215]. В то же время, Dimitris K. et al. (2022, Греция) к категориям с низким показателем удовлетворенности, относили низкую заработную плату (2,12), отсутствие продвижения по службе (2,45) и дополнительных льгот (2,67) [149].

Масштабные исследования среди врачей в Норвегии ( $n = 2316$ ) и Германии ( $n = 13304$ ) по изучению удовлетворенности работой и стресса на работе (Edgar Voltmer et al., 2024) выявили значительные различия: оценки удовлетворения немецких врачей были значительно выше (67%), чем у их норвежских коллег (53%); возраст, усилия и вознаграждение обусловили 46% объяснений [216], что свидетельствует о различиях страновых политик в здравоохранении.

В мета-анализе глобальной удовлетворенность работой и колебания среди врачей общей практики в исследованиях Qilin Deng et al. (2024) показали, что объединенный показатель удовлетворенности работой среди ВОП (СВ) во всем мире составляет 70,82% (95% ДИ: 66,62-75,02%). В исследованиях с использованием 5-балльной шкалы был получен эффект, равный 3,52 (95% ДИ: 3,43-3,61) [110]. На их удовлетворенность влияли различные факторы, преобладали вознаграждение и условия труда, в том числе в период пандемии короновирусной инфекции (2019). В публикациях, опубликованных после 2020г., отмечалось заметное снижение, до 63,09%, показателя удовлетворенности работой ВОП (СВ) при средних показателях 72,39% [110]. В исследованиях среди шведских работников здравоохранения ( $n=957$ ) Magnu Akerstrom et al. (2023) показано, что средний уровень удовлетворенности работой составил 68,6 (95% ДИ (64,3-72,8)), конфликт между работой и личной жизнью - 42,6 (95% ДИ (37,3-48,0)), стресс - 42,0 (95% ДИ (37,7-46,3)) и выгорание - 1,9 (95% ДИ (1,6-2,2)) [84]. Женщины сообщили

о значительно более высоких уровнях стресса и эмоционального выгорания. У более молодых участников была более низкая удовлетворенность работой и более высокий уровень конфликтов между работой и личной жизнью, стресса и выгорания. Воспринимаемая нагрузка с высоким уровнем была связана с более низким уровнем удовлетворенности работой, высоким уровнем конфликтов между работой и личной жизнью, стрессом и выгоранием.

Российские исследователи считают, что организационно-управленческие факторы в профессиональной деятельности в большей степени связаны с формированием риска снижения удовлетворенности работой врача по сравнению с влиянием социально-демографических факторов [20, 21, 60]. Вместе с тем, Макаров С.В., Гайдаров Г.М. и соавт. относят социологические аспекты к малоизученным причинам текучести медицинских кадров для оценки мер социальной поддержки специалистов и повышения эффективности управления человеческими ресурсами отрасли [45-47]. В исследовательском обзоре Концевой А.В. и соавт. была обоснована связь врачебного выгорания с допущенными медицинскими ошибками или с условиями повышенного риска медицинских ошибок [32]. На основе данных регрессионного анализа Панкевич В.И. и соавт. показали влияние экономических факторов, удовлетворенности врачей заработной платой, условиями труда и атмосферой в коллективе [53].

Многие исследования психического здоровья на работе сосредоточены на патогенной парадигме, когда меньше внимания уделяется ресурсам, связанным со здоровьем медицинских работников в целом [103, 230]. Было отмечено, что эмоциональное выгорание является серьезной проблемой для врачей [49, 218] и возникает при длительной стрессовой ситуации в работе и снижением удовлетворенности своей работой [68, 69, 186]. Так, длительная стрессовая ситуация в пандемию COVID-19 поставила под угрозу как физическое, так и психическое здоровье медицинских работников, у которых наблюдались симптомы тревоги, депрессии и стресса, а также рост частоты психологических расстройств [89, 90]. Число респондентов с критическими

значениями клинического выгорания в этих исследованиях варьировало от 3% до 18% [85]. По сравнению с предыдущими данными необычайный рост обострения медицинских проблем у 41% медицинских работников был связан с высоким уровнем эмоционального выгорания, наблюдали во время пандемии COVID-19 (Испания, 2021) [196]. Эмоциональный стресс и эмоциональное выгорание среди медицинских работников вызывают весьма актуальные опасения. Их развитие потенциально снижают качество и безопасность медицинских услуг пациентам [131]. Исследования Aragonès E. and al. (2022) выявили высокую степень подверженности риску неблагоприятного психического здоровья у работников ПМСП: у 44% был положительный результат на психическое расстройство [91]. Хотя пандемия в настоящее время находится под контролем, в системе здравоохранения сохраняются недостатки, оказывающие сильное давление на уровне ПМСП [212].

В отдельных исследованиях подтверждено, что в европейских системах здравоохранения повышение эмоциональных требований к медицинским работникам в сочетании с недостаточно полной социальной поддержкой на работе является причиной низкой их удовлетворенности работой [140, 219]. В отчете American Psychological Association (2023) и исследованиях Mansson Sandberg H (2023), Xu Y. (2023), Sonis J. (2022) отмечается, что снижение удовлетворенности работой среди врачей общей практики связано с развитием симптомов истощения (16,7%), высоким уровнем стресса (76,1%), профессиональным выгоранием (59,7%), депрессией (52,0%)<sup>38</sup> [171, 206, 228].

Показано, что медицинские работники подвергаются более высокому риску воздействия психосоциальных факторов риска, связанных с их рабочей средой, чем многие другие профессии. Национальный институт безопасности и гигиены труда среди этих факторов наиболее часто указывают стресс, переутомление, эмоциональное выгорание, физические и эмоциональные

---

<sup>38</sup> AUDITED FINANCIAL STATEMENTS [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA77/A77\\_20-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA77/A77_20-en.pdf)

нагрузки [61, 205]. Исследования зарубежных авторов показывают, что подверженность психосоциальным рискам является важной характеристикой работы [151, 179]. В связи с этим усилия медицинских организаций должны быть направлены на создание благоприятной организационной структуры и конструктивного сотрудничества внутри профессиональной команды [1, 2, 9, 12, 158, 211].

В ряде исследований предложены подходы и методики измерения характеристики удовлетворенности работой врача. Так, в разработанной методологии типологизации социальных предикторов профессиональной деятельности врачей Кром И.Л., Еругина М.В. и соавт. рассматривают деструктивные последствия статусной инфляции как социальную угрозу сохранению кадрового потенциала в современном российском здравоохранении [36].

На повышение качества обратной связи на уровне отдельного практикующего специалиста указывают ряд зарубежных исследователей [223]. Для оценки удовлетворенности ряд исследователей также предлагают внедрение анкетирования пациентов [15, 52, 73, 208]. Наряду с продолжающимся обсуждением в научных кругах методологических ориентиров к решению имеющихся вопросов, на международной практике широко применяют обобщенные данные опроса пациентов с целью стимулирования врачей общей практики. Начиная с 80-х годов прошлого столетия активно начали использовать (учитывать) мнение пациентов как потенциальное средство обратной связи для улучшения качества обслуживания [7, 8, 11, 20, 33, 35, 44, 57, 68, 74, 75, 119, 170].

В международной практике широко применяют обобщенные данные опроса пациентов с целью стимулирования врачей. Также в программах сертификации специалистов конфиденциальные показатели удовлетворенности пациентов используются в качестве оценочного инструмента эффективности врачебной работы [150] и учитываются при аттестации специалиста по клинической информатике [96, 135]. Ряд

исследователей определяют главным аспектом управления эффективностью медицинского учреждения - внедрение методик внутреннего контроля по выявлению факторов – мотивирующих /не мотивирующих профессиональной деятельности врачей и оценку психосоциальных условий производственной среды [54, 62, 78]. Для анализа внутренней эффективности деятельности медицинских учреждений и факторов, влияющих на уровень работы врачей, разработаны различные формы опроса. Опросники используются в исследованиях для изучения стрессоров, связанных с работой, оценки психосоциальных факторов воздействия на эффективность труда и разработки рекомендаций по улучшению условий труда и достижения более здоровой организации труда [146, 186]. Согласно требованиям, опросники должны быть опубликованы в рецензируемой литературе и соответствовать следующим обязательным процедурам, отвечающим критериям включения: заполняются пациентами; оценивают практикующих врачей в ПМСП; имеют возможность оценить отдельных врачей для обратной связи по результатам опроса. Опросники исключаются из рекомендаций для применения. Если содержат любое из следующего: заполнены коллегами, наблюдателями или третьими лицами; оценивали студентов-медиков, медсестер или немедицинских работников; ограничены оценкой организационной работы.

Для мониторинга профессионального состояния врачей в исследованиях используются следующие инструменты опроса медицинских работников (врачей).

1. Maslach Burnout Inventory (MBI, Maslach C., Jackson S.E., 1981) [172]. MBI - это самоуправляемая шкала: состоит из утвердительных предложений о чувствах и отношении к работе по 3 измерениям - эмоциональное истощение, деперсонализация и отсутствие личных достижений; относится к числу наиболее цитируемых в научной литературе [94],

2. Copenhagen Burnout Inventory (CBI, Kristensen TS et al. 2005) [155] предлагает проводить измерения измерение по пяти ключевым позициям: доступ; техническая компетентность; эффективная коммуникация с ВОП

(СВ); межличностные способности ВОП (СВ); эффективная организация помощи [83, 166, 228],

3. Методика диагностики уровня профессионального выгорания (Бойко, 1996) используется в исследованиях по диагностике синдрома профессионального выгорания [62]. Опросник состоит из 84 пунктов, группирующихся в 12 шкал. В свою очередь, шкалы группируются в три фактора, соответствующих трём выделенным стадиям эмоционального выгорания: «Напряжение»: переживание психотравмирующих обстоятельств, неудовлетворённость собой, «загнанность в клетку», тревога и депрессия; «Резистенция»: неадекватное избирательное эмоциональное реагирование, эмоционально-нравственная дезориентация, расширение сферы экономии эмоций, редукция профессиональных обязанностей; «Истощение»: эмоциональный дефицит, эмоциональная отстранённость, личностная отстранённость (деперсонализация), психосоматические и психовегетативные нарушения,

4. The Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) [162]. Исходный SMBM состоит из трех подшкал, обозначенных как *физическая усталость* (шесть пунктов), *когнитивная усталость* (пять пунктов) и *эмоциональное истощение* (три пункта) [162, 208].

5. Копенгагенский психосоциальный опросник COPSOQ III. Опросник включает 85 пунктов и 26 аспектов с подтвержденной валидностью и апробацией в медицинских учреждениях (Германия, 2018г.) и рекомендован в качестве эффективного метода оценки психосоциальных факторов риска на рабочих местах и рекомендован ВОЗ для стандартизации оценки факторов, влияющие на показатель удовлетворенности пациентов медицинских работников [92, 163, 186, 194]. Признано, что Копенгагенский психосоциальный опросник (COPSOQ) является наиболее продуманным инструментарием для выявления и оценки уровня психоэмоциональной напряженности медицинских работников, в котором предусмотрен широкий спектр критериев оценки психосоциальных условий труда, влияние которых

на здоровье научно доказано. В 2013 г. исследовательской сетью COPSQQ было инициировано и проведено международное исследование по разработке 3-й версии Копенгагенского психосоциального опросника (COPSQQ III) [107]. Исследование содержало в общей сложности 23.361 запись данных и более 10.000 – из Германии. COPSQQ III содержит оценочные критерии по условиям труда и предназначен для обеспечения международной сопоставимости исследовательских данных [163]. Удовлетворительные значения надежности и валидности опросника COPSQQ III и сопоставимая надежность COPSQQ II и COPSQQ III продемонстрированы разработчиками из разных стран [92, 163].

Наиболее широко в научных исследованиях и практике применяют 6 проверенных инструментов опроса пациентов на соответствие оценки своего опыта работы с конкретным врачом.

Наиболее широко в международной практике применяют следующие опросники:

1. Опросник удовлетворенности консультацией (CSQ). CSQ из 18 пунктов был разработан Baker et al. в 1990 г. [93], на основе которого проводят количественную оценку удовлетворенности пациента на конкретном приеме врача по 4 аспектам: общая удовлетворенность, профессиональная помощь, глубина отношений и достаточности времени.
2. Опросник CEP, разработанный Wensing et al., [220] – содержит 51 пункта анкеты для оценки 10 показателей по уходу за пациентом. в котором сочетаются элементы оценки уровня организации и практики врача (назначения / чрезвычайные ситуации, помещения, преемственность, сотрудничество, медицинское обслуживание, компетентность / точность, отношения и общение, конфиденциальность, информация, советы и поддержка).
3. Анкета для оценки общей практики (GPAS). GPAS, теперь GPAQ, представляет собой анкету из 53 пунктов для оценки пяти областей помощи: доступность, техническая компетентность, эффективное общение врачей общей практики, межличностные способности врачей общей практики и эффективная организация помощи [150]. Он представляет собой сочетание организационной и «обычной врачебной»

оценки, которая не обязательно относится к конкретному посещению. Более короткий GRAQ из 36 пунктов имеет почтовую версию, которая не привязана к посещению, и версию после консультации, которая привязана к посещению.

4. Опросник по улучшению практики (IPQ). IPQ представляет собой анкету из 27 пунктов, объединяющую оценку двух компонентов медицинской помощи: анкеты врачебных навыков межличностного общения (DISQ) и вопросов обслуживания, связанных с доступом и окружающей средой [124]. В Опроснике сочетаются организационные и индивидуальные оценки посещений медицинской организации.

5. Опрос для конкретного врача (PSS). PSS представляет собой шкалу из 34 пунктов, сочетающую в себе оценку пяти аспектов оказания помощи при каждом посещении: запись на прием, прибытие в кабинет и регистрация, ожидание приема у врача, обслуживание персоналом, не являющимся основным врачом, и прием у врача [180]. Кроме опросника CSQ общая тематика других опросников представляет собой попытку сочетания всех аспектов деятельности медицинской службы. Известно, что четкая маркировка вопросов является методическим приемом дифференцирования областей оценки и применяется для ограничения перекрестной предвзятости пациентами, несвязанной с открытой информацией о предмете обсуждения - организация или конкретный врач. За исключением опросников CEP и IPQ, цели индивидуальной обратной связи по оценочным шкалам в них методически трудноразличимы и эти опросники применяют для сравнительного анализа тенденций улучшения / ухудшения формирующихся показателей. За исключением первоначального варианта опросника CSQ, остальные инструменты основаны на реализации задач исследования суммарной оценки качества организации медицинской помощи и индивидуальной оценку врачебной работы. Такой подход затрудняет интерпретацию результатов опроса.

6. EUROPER. Инструмент EUROPER представляет собой анкету из 23 пунктов для оценки пяти аспектов помощи: отношения и общение, медицинская помощь, информация и поддержка, преемственность и сотрудничество, доступ и условия [217]. Опросник

позволяет сочетание организационной и индивидуальной оценки практикующего врача за последние 12 месяцев. Инструмент EUROPER в русскоязычной версии впервые упоминается в научной работе Одринского В.А. (г. Запорожье, Украина, 2014) [52]. Адаптация опросника применительно для населения в Российской Федерации была проведена в пилотном проекте Московской области [39].

Приведенный перечень опросников прошли валидацию в Европе и в США в качестве инструмента опроса для оценки качества первичной и специализированной помощи в условиях стационара на организационном и индивидуальном уровнях.

Вместе с тем, недостаточно данных о том, как баллы пациентов коррелируют с другими оценками практикующего врача, что требует дополнительной работы над конструктивной валидностью. Опыт работы с отдельными клиницистами позволяют коррелировать индивидуальную работу врачей и совершенствовать оценку эффективности медицинской деятельности. Если эти оценки обобщать на уровне медицинской организации, они становятся частью «управления эффективностью» на основе стандартизированного управления инструментами, выборки и инвестиций в сравнительный анализ [193].

Таким образом, начиная с 80-х годов прошлого столетия активно начали использовать (учитывать) мнение пациентов как потенциальное средство обратной связи для улучшения качества обслуживания [119, 170]. Единого мнения относительно стандартного способа, как измерять эффективность работы практикующих врачей и нормативно-методическое регулирование процедуры проведения опроса в настоящее время отсутствует. Также остаются нерегулированными определения функции и статуса исполнителя по оценке работы медицинской организации и медицинских работников: врачами, пациентами или независимыми третьими сторонами.

**О выявленных факторах, влияющих на уровень удовлетворенности врача работой, и пути улучшения данной характеристики. Проблемы**

психического здоровья и общего самочувствия среди медицинских работников занимают ведущее место по значимости в системе управления по повышению качества медицинской помощи<sup>39</sup> [133, 137, 141, 169]. Установлено, что факторы, определяющие условия для профессиональные достижения, перспективы продвижения по службе, поощрения и поддержки руководством и коллегами в профессиональной среде усиливают удовлетворение работой врача [5, 25, 36, 37, 69, 106], что актуализирует управленческие приемы, основанные на оценке влияния внутренних и внешних факторов, направленных на повышение качества профессиональной работы врачей ПМСП и эффективности медицинской деятельности [29, 67, 232]. Эмоциональные, социальные и физические ситуации, наряду с высокой рабочей нагрузкой, являются факторами риска истощения [3, 10, 30, 31, 188, 202]. Одной из причин нехватки отдельных медицинских специальностей в здравоохранении является профессиональное выгорание врачей [27, 49, 66].

Погосова Н.В. и соавторы (2021) изучали особенности психологического статуса, синдрома профессионального выгорания (JBS) и качества жизни (QoL) у врачей амбулаторного звена [55]. В этом исследовании приняли участие 108 врачей из 16 муниципальных амбулаторных клиник в возрасте от 24 до 70 лет (средний возраст  $44,0 \pm 13,1$  года), в основном женщины (87,0%). Среди компонентов JBS высокий уровень эмоционального истощения наблюдался у 50,0% врачей, высокий уровень деперсонализации - у 34,1% и серьезное снижение личных достижений - у 37,5%. Высокий уровень стресса (VAS score  $\geq 7$ ) наблюдался у 66,3% врачей; симптомы тревоги и депрессии любой степени (оценка по субшкале HADS-A и HADS-D  $\geq 8$ ) были обнаружены у 23,8 и 22,7% участников соответственно. Среди врачей 42,0% чел. оценили свое качество жизни ниже «хорошего», а 41,6% - состояние своего здоровья ниже «хорошего». Большинство изученных факторов

---

<sup>39</sup> Health Care Quality Indicators Project [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.oecd.org/en/publications/health-care-quality-indicators-project\\_440134737301.html](https://www.oecd.org/en/publications/health-care-quality-indicators-project_440134737301.html)

существенно не зависели от пола и продолжительности работы, за исключением эмоционального истощения (55,3% женщин и 16,7% мужчин;  $p=0,0086$ ) и высокого уровня стресса (72,2% женщин и 28,6% мужчин;  $p=0.002$ ). Высокая распространенность личностных факторов таких как, высокая степень стресса, тревожно-депрессивные симптомы, профессиональное выгорание, неудовлетворительное качество жизни, низкая удовлетворенность своим здоровьем, негативно влияла на работу врачей амбулаторного звена [17, 30, 41, 50, 54, 55, 64, 72, 76, 79].

Психологическая уязвимость медицинских работников, и, более того, истощение и психологические последствия этого опыта могут проявиться в любое время и быть длительными [185]. Однако, готовность врачей обратиться за психологической помощью остается низкой (Суроегина А.Ю. соавт. 2023) [66]. В значительной степени такое положение связано с тем, что в МКБ-10 эмоциональное выгорание встречается как неопределенный, дополнительный диагностический термин. Согласно определению, принятого в 10-ой редакции МКБ<sup>40</sup>, синдром эмоционального выгорания является состоянием полного истощения, в развитии которого выделяют три уровня: «потухание» эмоций - возникновение конфликтов с людьми – утрата представлений о ценностях жизни. Тем не менее, многие авторы считают, что состояние выгорания разной степени выраженности наблюдается почти у половины работающих медицинских работников, у них отмечаются отрицательная динамика профессионального реагирования на клинические ситуации, низкое качество общения и ухода за пациентами [133].

Декларация ВОЗ подчеркивает большое значение программ укрепления здоровья медицинских работников, снижения риска возникновения заболеваний и улучшения качества жизни (ВОЗ, 2017)<sup>41</sup>. Согласно руководящим документам ВОЗ (2019), проблемы удовлетворенности

---

<sup>40</sup> МКБ-10 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://icd.who.int/training/icd10training/ICD-10%20training/ICD-10\\_Resources/ICD-10\\_Volume\\_1.pdf](https://icd.who.int/training/icd10training/ICD-10%20training/ICD-10_Resources/ICD-10_Volume_1.pdf)

<sup>41</sup> WHO Dublin Declaration 11 [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/dublindeclrussian.pdf?sfvrsn=e9c1497c\\_3](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/dublindeclrussian.pdf?sfvrsn=e9c1497c_3)

медицинских работников, относятся к области управления качеством медицинской помощи и контроля «максимального выполнения профессиональных функций» по факторам его определяющих: здоровье и безопасность в физической производственной среде; здоровье, безопасность и благополучие в психосоциальной производственной среде, включая организацию труда и культуру рабочего места; личный потенциал здоровья работника на рабочем месте; способы участия в совместной работе по улучшению здоровья работающих, их семей.

Очевидна необходимость коррекции удовлетворенности работой врачей и других неблагоприятных психосоциальных характеристик врача для усиления мотивированных кадров и обеспечения высокого качества медицинской помощи в структуре первичной медико-санитарной помощи здравоохранения. Мелентьев А.В., Бабанов С.А., Лысова М.В. и соавт. для решения этой задачи предлагают регулярную оценку психоэмоционального состояния медиков с учётом специальности, стажа и индивидуальных нагрузок и разработку целевых профилактических программ [49]. Снижение контроля за условиями формирования низкой удовлетворенности работой врача со стороны организаторов здравоохранения относится к области управления трудовыми ресурсами [45–47, 80, 185].

Здравоохранение несет большие затраты на обеспечение качественной медицинской помощи [2, 4, 13, 14, 26, 28, 36, 37, 53, 77, 80]. В мировой системе здравоохранения экономические расходы, связанные со снижением клинической производительности и увеличением текучести врачей, составляют около 5 миллиардов долларов в год [13]. В этом аспекте уделяется особое внимание рационализации структуры и рабочего времени для укрепления здоровья и повышения привлекательности профессии и удовлетворенности работой врачей [161, 163].

В связи с этим и для разработки специализированных программ терапии в 11-ой редакции МКБ<sup>42</sup>, приостановленной Распоряжением Правительства Российской Федерации от 31.01.2024 №200-р, предложено рассматривать эмоциональное выгорание как профессиональное явление, а не как заболевание, точнее как синдром трех измерений: чувства истощения или истощения энергии, повышенной умственной дистанции от работы или чувства цинизма или негативизма по отношению к своей работе и снижения профессиональной эффективности. В контексте проведенного анализа, принятие мер по профилактике профессионального выгорания среди врачей общей практики (семейных врачей), находящихся на первой ступени структуры медицинской помощи и контакта с пациентами [1, 2, 6, 16, 24, 28, 29, 32, 34, 43, 45-47, 49, 55, 60, 65, 78], основано на необходимости использования современных организационных технологий и инструментов профилактического вмешательства – тренинги на рабочем месте, корпоративные программы оздоровления для повышения их удовлетворенностью работой.

Такой подход также расширит научные исследования и практическое решение проблемы в рамках «изучения вопросов управления человеческими ресурсами в здравоохранении <...> с точки зрения социально-психологических, представляет собой достаточно новое, современное и действенное направление в работе с персоналом», а «применение социально-психологических методов управления позволяет использовать наиболее эффективные подходы к управлению медицинским персоналом».

**Заключение по главе.** На основе проведенного анализа отечественной и зарубежной литературы показано, что удовлетворенность врача работой является широко обсуждаемым медицинским сообществом явлением. Высказывая удовлетворенность своей работой, врач выступает как опытный эксперт на первом этапе оценки качества оказанной медицинской помощи.

---

<sup>42</sup> МКБ-11 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.who.int/news/item/28-05-2019-burn-out-an-occupational-phenomenon-international-classification-of-diseases>

Обращает внимание выявленная многими исследователями проблемность ситуации. Из-за наличия множества факторов риска, снижающих удовлетворенность врача работой, к числу которых относится психосоциальное состояние самого врача, а также характеристика окружающей производственной среды, включая психосоциального характера. Установлено, что вопросы совершенствования способов оценки удовлетворенности работой врачей не представлены в широком выборе. Выявлено наличие несовершенства методологических подходов, а также методических приемов и инструментов изучения, анализа и оценки состояния удовлетворенности врача своей работой.

Требуют уточнения данные о медико-социальной значимости повышения удовлетворенности врачей работой, в частности, возможность повышения качества взаимодействия пациента и врача и удовлетворенности пациента полученной помощью в структуре оказания первичной медико-санитарной помощи на примере врача общей практики (семейный врач), основанном на принципах доказательной медицины.

На основе ограниченных данных научной литературы, в основном, представленные в специализированных областях медицины, обоснованы актуальность, цели, задачи, научная новизна и практическая значимость психосоциального статуса врача ПМСП на примере ВОП (СВ) и его влияния на целевые показатели деятельности здравоохранения; актуализировано исследование факторов, определяющих влияние внутриорганизационных технологий и личностных характеристик врача на уровень его удовлетворенности работой и качество взаимодействия с пациентом как ключевого звена в развитии эффективной системы пациент-ориентированной медицины в стране.

## ГЛАВА 2. МЕТОДОЛОГИЯ, МЕТОДЫ И МАТЕРИАЛЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Программа диссертационного исследования одобрена на заседании Независимого этического комитета ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» № 5 от 07 июля 2025 года и утверждена на Ученном совете № 4 от 25 июня 2025 года.

Исследование основано на методологии системного анализа психосоциальной характеристики врачей ПМСП по показателю «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» как системно-зависимого явления, формирующегося во взаимосвязи с комплексным влиянием факторов индивидуальной характеристики работника, рабочего места и системы «врач-пациент». В соответствии с целями исследования работа реализована в ходе поэтапного и последовательного выполнении поставленных задач с применением комплекса социологических, аналитических, статистических методов анализа первичных данных опроса врачей и пациентов.

Сведения о материалах, методах и объеме исследований по этапам диссертационной работы представлены в таблице 1.

**Таблица 1 - Этапы, задачи, материал, методы и объем исследований**

Задачи исследования	Методы исследования	Единицы наблюдения и объем исследования
<b>I ЭТАП</b>		
Научно обосновать и разработать методику изучения удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью Сроки: май 2022г.-ноябрь 2022г. Провести анализ литературы удовлетворенности врача ПМСП профессиональной деятельностью и методические подходы к оценке факторов, ее определяющих по данным научной литературы	Аналитический, графический, статистический, Семантический анализ научной литературы	Международный психосоциальный опросник COSPOQ III (Long version) ВОП (СВ) (n=340) Отечественные и зарубежные литературные источники (n=231), в т.ч. НПА; рамочные программы ВОЗ
<b>II ЭТАП</b>		

2. Определить состояние удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью с использованием разработанной методики (на примере врачей общей практики). Сроки: май 2022г.-ноябрь 2022г.	Аналитический, графический, статистический	Международный психосоциальный опросник COSPOQ III (Long version) ВОП (СВ) (n=340)
<b>III ЭТАП</b>		
3. Определить факторы, влияющие на уровень удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью. Сроки: май 2022г.-ноябрь 2022г.	Сравнительный, аналитический, графический, статистический	Международный психосоциальный опросник COSPOQ III (Long version) ВОП (СВ) (n=340)
<b>IV ЭТАП</b>		
4. Доказать влияние характеристики удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью, у врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь на другие профессионально важные характеристики, взаимоотношения в системе «врач-пациент», удовлетворенность пациента. Сроки: май 2022г.-ноябрь 2022г.	Сравнительный, аналитический, графический, статистический	Международный психосоциальный опросник COSPOQ III ВОП (СВ) (n=340) Международный опросник Europer Пациенты (n=394)
<b>V ЭТАП</b>		
5. Научно обосновать, разработать и апробировать комплекс предложений по улучшению удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью, у врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оценить результативность в условиях организационного эксперимента . Сроки: март 2023г.-июнь 2023г.	Социологический, аналитический, Графический, статистический	1) Разработанные организационные технологии превенции низкой удовлетворенности работой и выгорания ВОП (СВ), снижения качества взаимодействия «врач-пациент» 2) опросник COSPOQ III (Short version) 3) опросник Europer

**Первый этап** включает решение первой задачи «Научно обосновать и разработать методику изучения удовлетворенности врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью». Программа сбора данных включала:

1. Обзор научной литературы
2. Выбор базы исследования
3. Выбор инструментария сбора данных
4. Сбор и анализ первичных данных

Обзор научной литературы

Программа сбора информации включала поиск источников литературы в зарубежных и отечественных научных базах, нормативно-правовых и методических документов, с использованием семантического анализа. Объектом исследования явилась совокупность источников научной литературы, нормативно-правовых и методических материалов, действующих в Российской Федерации. Предметом исследования явились методические подходы оценки состояния характеристики «удовлетворенность работой» у врача, оказывающего первичную медико-санитарную помощь, и ее состояние. Единицей наблюдения определен отдельный вид источника информации. Было проанализировано 231 источник научной литературы с использованием первоисточников и публикаций на электронных ресурсах: WHO, Росстат, GbD, EMBASE, MEDLINE, Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL), Web of Science, Scopus, Elibrary, CyberLeninka, disserCat, Google Scholar, в том числе более 18 нормативно-правовых актов с использованием справочно-правовой систем «Consultant +» и «Garant». Поиск литературы по иностранным ресурсам включал комбинации из ключевых терминов (блоков): «primary health care»[All Fields] OR «primary»[All Fields] AND «healthcare»[All Fields] OR «primary healthcare»[All Fields] OR «general practice»[MeSH Terms] OR «general»[All Fields] AND «practice»[All Fields] OR «general practice»[All Fields] OR «general practitioners»[MeSH Terms] OR «general»[All Fields] AND «practitioners»[All Fields] OR «general practitioners»[All Fields] OR «general»[All Fields] AND «practitioner»[All Fields] OR «general practitioner»[All Fields])) OR «family practice»[MeSH Terms] OR «family»[All Fields] AND «practice»[All Fields] OR «family practice»[All Fields] AND «health outcomes»[All Fields] OR «experienced health»[All Fields] OR «disease burden»[All Fields] OR «quality of life»[MeSH Terms] OR «quality»[All Fields] AND «life»[All Fields] OR «quality of life»[All Fields] OR «job satisfaction»[MeSH Terms] OR «job»[All Fields] AND «satisfaction»[All Fields] OR «personal satisfaction»[MeSH Terms] OR «personal»[All Fields] AND «satisfaction»[All Fields] OR «personal satisfaction»[All Fields] OR «satisfaction»[All Fields] AND «patient

satisfaction»[MeSH Terms] OR «patient»[All Fields] AND «satisfaction»[All Fields] OR «patient satisfaction»[All Fields] OR «patient experiences»[All Fields] OR «experience of care»[All Fields] OR «patient safety»[All Fields] OR «treatment effectiveness»[All Fields] OR «patient-centered care»[MeSH Terms] OR «patient-centered»[All Fields] AND «care»[All Fields] OR «patient-centered care»[All Fields] OR «patient»[All Fields] AND «centered»[All Fields] AND «care»[All Fields] OR «patient centered care»[All Fields] OR «efficient care»[All Fields] OR «timely care»[All Fields] OR «equitable care»[All Fields] OR «triple aim»[All Fields]. Ограничение поиска проводилось с применением фильтра по дате публикаций за последние пять лет «in the last 5 years» и доступу к бесплатному полному тексту «Free full text», а также: Рамочные программы пациент-ориентированной медицины в документах и рекомендациях ВОЗ, организация оказания медицинской помощи для обеспечения удовлетворенности населения качеством и доступностью ее оказания, модернизация первичной медико-санитарной помощи населению, основные достижения в российской системе здравоохранения, удовлетворенность работой врачей общей практики как детерминант производительности и эффективности первичной медико-санитарной помощи, влияния психосоциального статуса врачей на уровень удовлетворенности работой и взаимодействия с пациентом, эффективное взаимодействие «врач-пациент» и факторы его определяющие, удовлетворенность пациентов медицинской помощью как целевой показатель эффективности медицинских организаций, обзор методологических подходов к измерению и оценке удовлетворенности в мировой практике здравоохранения, характеристика целевых международных опросников, общероссийские данные о состоянии развития общеврачебной практики, современные методические подходы к изучению психосоциальных рисков в профессиональной среде медицинских работников.

Анализ доступной научной литературы по обоснованию актуальности исследования для решения первой задачи излагается в Главе 1 «Удовлетворенность врачей первичной медико-санитарной помощи

профессиональной деятельностью и методические подходы к оценке факторов, ее определяющих, по данным анализа научной литературы» и обобщены в подразделе «Заключение по главе 1».

### Выбор базы исследования

Базой исследования выбраны медицинские организации в г.Москва с наибольшим числом выбранного объекта исследования, оказывающих ПМСП населению. Первичная врачебная помощь взрослому населению в системе ПМСП здравоохранения РФ осуществляется врачами-терапевтами участковыми и врачами общей практики (семейными врачами). По данным Росстата в системе здравоохранения г. Москвы (2022г.) функционировало 1308 медицинских организаций амбулаторно-поликлинического типа, штатная численность врачей ПМСП составила 23467<sup>43</sup>, из них ВОП (СВ) – 2911 (физ.лица). Методом простого вероятностного сэплинга отобраны 18 поликлиник, оказывающих ПМСП взрослому населению.

Проведен анализ численности ВОП (СВ) по Российской Федерации, федеральным округам и субъектам Российской Федерации за период 2014-2022 гг. Установлена общероссийская тенденция снижения численности ВОП (СВ) на 475 человек (рисунок 1).

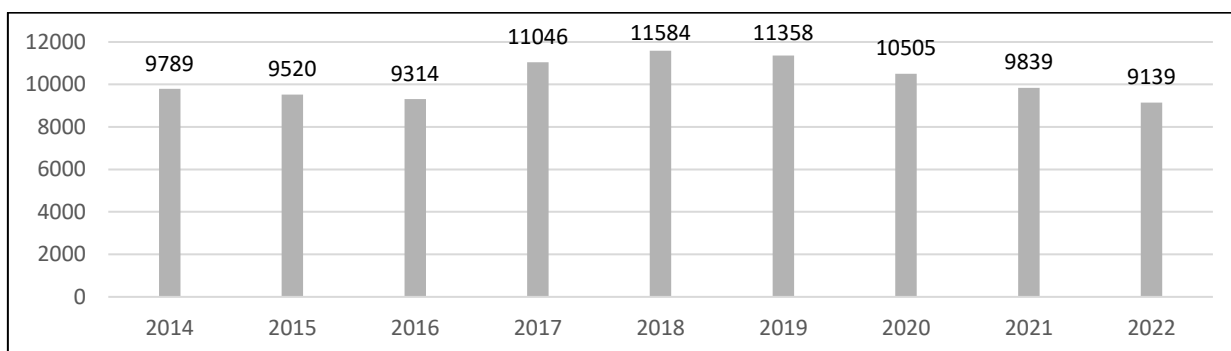


Рисунок 1 – Численность врачей общей практики (семейный врач) в Российской Федерации, 2014-2022гг. (абс.).

Установлено, наиболее высокая обеспеченность ВОП (СВ) на 100тыс. населения отмечается в ЦФО Российской Федерации (рисунок 2).

<sup>43</sup> Департамент здравоохранения города Москвы «Кадровые ресурсы. Первичное звено здравоохранения» [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.mos.ru/dzdrav/>

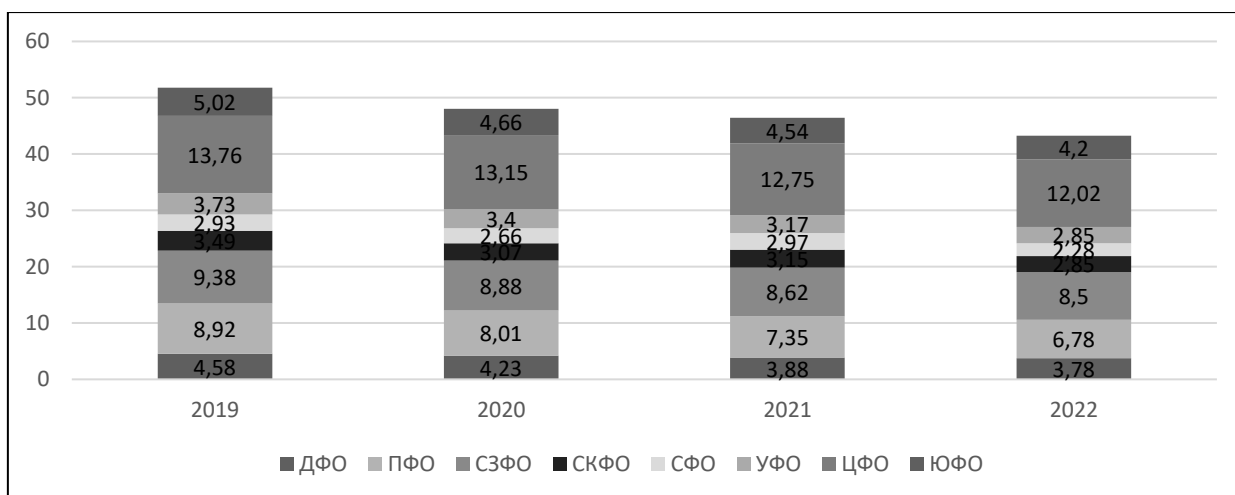


Рисунок 2 – Распределение обеспеченности врачей общей практики (семейных врачей) на 100000 населения по ФО Российской Федерации, 2019-2022гг

Анализ обеспеченности ВОП (СВ) на 100000 населения позволил ранжировать показатель по субъектам Российской Федерации в ЦФО (2020-2022г.) (рисунок 3).

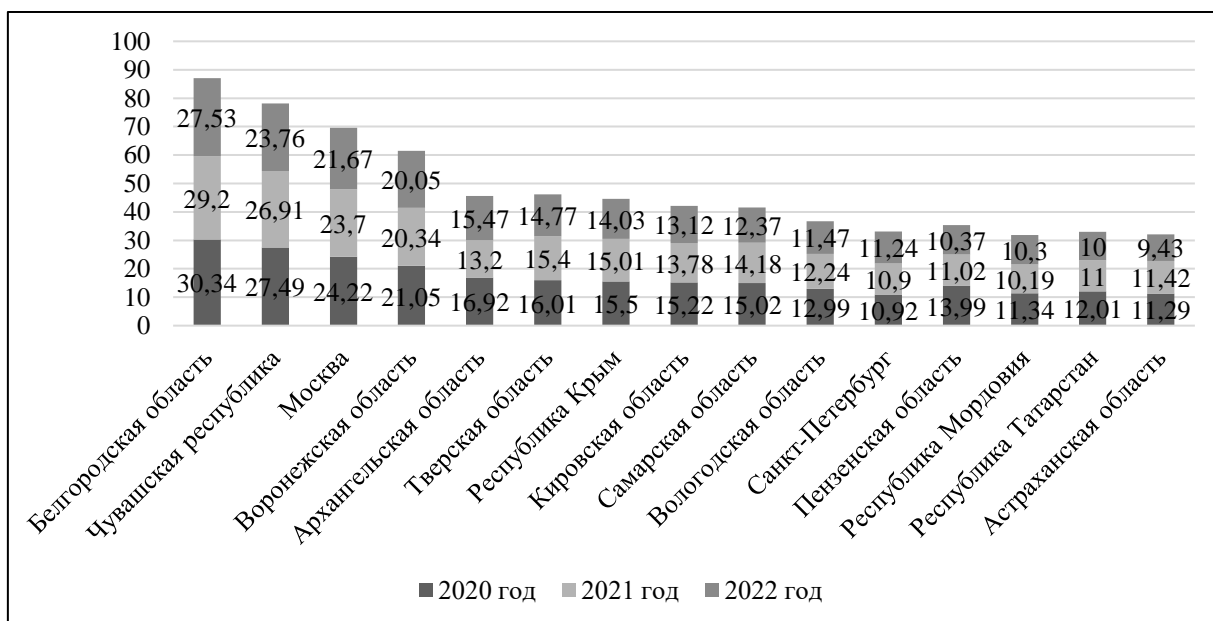


Рисунок 3 – Обеспеченность ВОП (СВ) на 100000 населения по субъектам Российской Федерации в ЦФО (2020-2022г.) (фрагмент)

Как видно из графических данных, высокая обеспеченность ВОП (СВ) в расчете на 100000 населения в период наблюдения по рангу показателя отмечалась в Белгородской области, Чувашской Республике и г.Москва по состоянию на 2021г. (начало диссертационного исследования) составила

находились на соразмерной ступени развития – 29,2, 26,91 и 23,7 соответственно.

Для детализированного анализа годовой и структурной динамики показателей, формирующих качественные показатели общей врачебной практики, за 7 лет деятельности – с 2015 по 2021 гг. на основе статистических данных формы-30 «Сведения о медицинской организации» г. Москва рассчитаны среднемноголетние показатели.

Анализ посещаемости населением приемов ВОП (СВ) позволил оценить динамику напряженности его работы относительно показателей «от всех терапевтов» и «от всех врачей» по годам. Общая нагрузка на ВОП (СВ) от всех врачей МО по показателю посещаемости возрастает и составила: в 2015г. - 0,1%, 2016 г. - 0,4%, 2017 г. - 0,6%, 2018 г. - 16,5%, 2019 г. - 17,2%, 2020 г. - 16,9%, 2021 г. - 15,2%. Относительно посещаемости населения терапевтов, этот показатель по ВОП (СВ) составил: 0,3% - 2015г.; 1,9% - 2016 г.; 34% - 2017г.; 187,9% - 2018г.; 210% - 2019г.; 180,4% - 2020г.; 107,5% - 2021г., то есть нагрузка на ВОП (СВ) увеличивается и в 2018 и 2020 гг. посещаемость населения ВОП (СВ) было 1,8 раз выше, чем у терапевтов, в 2019г. – 2,1 раз, в 2021г – почти равный с терапевтом показатель нагрузки ВОП (СВ) (1,07 раз) (рисунок 4).

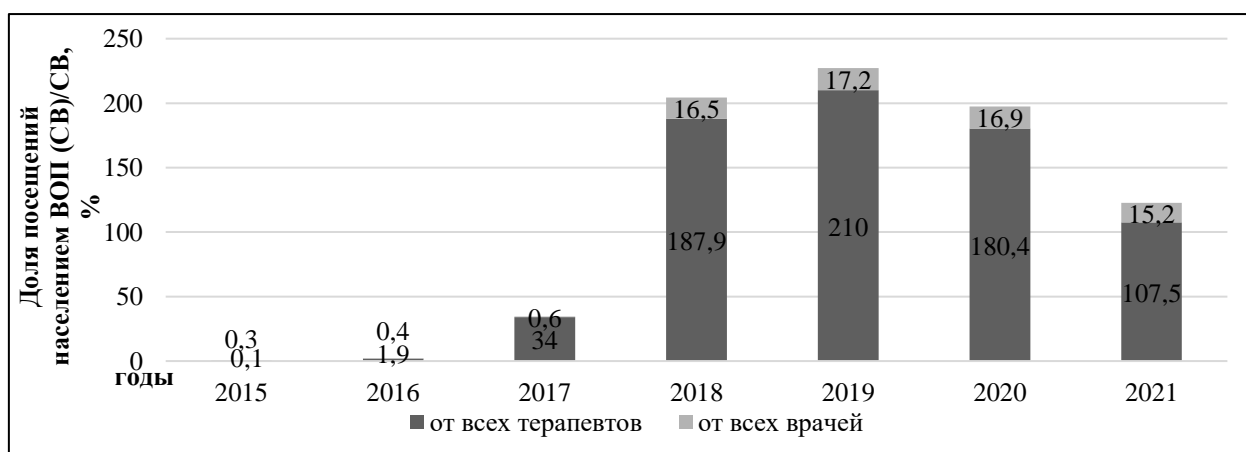


Рисунок 4 - Динамика показателя посещаемости населением ВОП (СВ) МО города Москва (%), 2015-2021 гг.)

Возрастной состав ВОП (СВ) согласно статистической группировке характеризует преимущественно специалистами до 36 лет - 31% (рисунок 5).

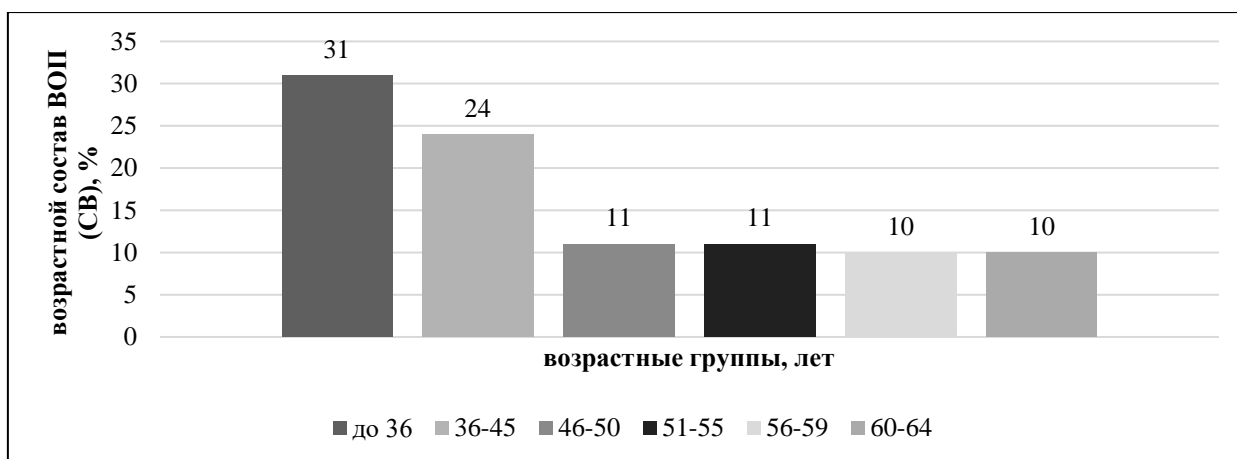


Рисунок 5 - Состав ВОП (СВ) по возрастам МО г. Москва (%)

Таким образом, на основе анализа многолетнего периода развития общеврачебной практики в системе здравоохранения города Москвы (2015 – 2021 гг.) показано, что процесс становления общеврачебной практики на протяжении ряда лет проходил характеризовался увеличением нагрузки ВОП (СВ) в 1,8 раз выше, чем у терапевтов (2018 и 2020 гг.), 2,1 раз (2019г.), 1,07 раз (2021г.). На основании полученных результатов можно заключить, что в системе здравоохранения г. Москва создана устойчивая организационно-структурная платформа с отличительными особенностями субъектовой организации здравоохранения для функционирования общей врачебной практики.

С учетом высокого общероссийского рейтинга развития общей врачебной практики г.Москва и данных анализа по нагрузке ВОП (СВ) нами были определены базы исследования по теме проведения НИР в следующих медицинских организациях ПМСП: ГБУЗ «ГП №5 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №107 ДЗМ» (ГП 165), ГБУЗ «ГП № 209 ДЗМ», ГБУЗ «ГП 45 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №19 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №191 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №170 ДЗМ» (ГП 85), ГБУЗ «ГП «219 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №67 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №115 ДЗМ», ГБУЗ «ГП №116 ДЗМ», ГБУЗ «ГП № 61 ДЗМ», ФГБУ «НМИЦ ФПИ» МЗ РФ, ГБУЗ «ГП №9 ДЗМ», КДЦ 6, ГКБ им С.С. Юдина 1 ПО, ГКБ 13 ПО, ГКБ им. М.П. Кончаловского ПО 4, ГКБ им. М.Е. Жадкевича ПО.

#### Выбор инструментария опроса данных

Для сбора данных об удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью использован метод опроса по опроснику COSPOQ III (Long version) [38] (валидированной в рамках настоящей работы русскоязычная версия). Предлагаемый психосоциальный опросник (COSPOQ III) является наиболее продуманным инструментарием для выявления и оценки уровня психоэмоциональной напряженности медицинских работников, в котором предусмотрен широкий спектр критериев оценки психосоциальных условий труда, влияние которых на здоровье научно доказано. В настоящее время опросник доступен на более чем 25 языках мира и широко применяется в национальных исследовательских проектах. Данный опросник используется как метод оценки психосоциального риска здоровью в рекомендациях ВОЗ и Международной организации труда. Полная версия (Long version) опросника COPSOQ III включает 85 пунктов и 26 аспектов с подтвержденной валидностью и апробацией в медицинских учреждениях (Германия, 2018 г.) и рекомендована в качестве эффективного метода оценки психосоциальных факторов риска на рабочих местах. Методика валидации международного опросника COSPOQ III [40] включала англо-русский и обратный русско-английский технический перевод с привлечением двух независимых специалистами-переводчиками с сертификатом переводчика английского языка оригинального текста международного опросника QOPSOQ III (Long version). Этапы работы включали: 1) подготовку; 2) первый перевод опросника; 3) согласование; 4) обратный перевод согласованного текста; 5) пересмотр обратного перевода; 6) повторное согласование; 7) когнитивный дебрифинг переводного текста; 8) проверку результатов дебрифинга; 9) проверку синтаксиса и орфографии; 10) формирование заключительного отчета [45, 98, 220]. Характеристика этапов перевода: Подготовка. Согласно руководству международной сети COPSOQ, для валидации, адаптации и использования данного опросника не требовалось обязательного разрешения. Первый перевод. Первый (V1) и второй (V2) варианты перевода вопросника были выполнены двумя независимыми официальными переводчиками

английского языка с опытом работы с медицинскими терминами. Эти переводы рассматривались как подготовительный/рабочий вариант для следующего этапа. Согласование. Версии V1 и V2 были сопоставлены для создания третьей версии на русском (V3) другим официальным переводчиком с английского языка с опытом работы с медицинскими терминами; на этом этапе детали языка были скорректированы для создания единого документа. Обратный перевод. Два обратных перевода на английский язык были выполнены двумя официальными переводчиками, носителями английского языка. Эти переводы были сделаны независимо на основе V3 для сравнения с оригинальной версией COPSQ III (Long version). После обратного перевода были выявлены некоторые неправильные толкования, и эти различия были обсуждены. Пересмотр обратного перевода группой исследователей оригинального документа по валидации COPSQ III (Long version) на английском языке и сравнение оригинального инструмента с двумя независимыми версиями обратного перевода. Два варианта обратного перевода имели смысловые отличия, что обусловило проверку способом обратного перевода (V3) с русского на английский и сопоставление двух вариантов. Результат этого этапа также был включен в окончательную версию COPSQ III (Long version) на русском языке. Алгоритм валидации. Гармонизация. Для этого этапа рекомендуется сравнить обратные переводы нескольких языковых версий друг с другом и с оригинальным инструментом. Оригинальная версия COPSQ III была переведена на 25 языков, данный этап показал схожесть и однородность с другими исследованиями. Когнитивный дебрис. Для этого этапа было отобрано и опрошено 10 врачей общей практики со средним возрастом  $40 \pm 6,2$  года и опытом работы  $15 \pm 6,4$  года. Эти интервью были записаны в открытый вопросник, который фиксировал их предложения относительно языка и семантического содержания COPSQ III (Long version). Все участники были носителями русского языка и жителями Российской Федерации (г. Москва). Пересмотр результатов повторного опроса врачей. Врачи общей практики отметили несколько замечаний и предложений

по формулировке вопросов, все изменения обсуждались с исследовательской группой, а различия в формулировке были адаптированы, чтобы соответствовать на всей территории Российской Федерации. Синтаксический и орфографический пересмотр. Синтаксический и орфографический пересмотр был произведен исследовательской группой совместно с профессиональными переводчиками, имеющими большой опыт работы с медицинскими терминами. Окончательный вариант COPSQ III (Long version) был рассмотрен и одобрен всеми авторами. Заключительный отчет. После первого перевода были созданы две отдельные русскоязычные версии (V1 и V2). Эти версии были сопоставлены и объединены исследователем в третью версию (V3). Третья версия была предложена двум другим специалистам-переводчикам для соблюдения обязательной процедуры обратного перевода с русского на английский язык.

Окончательная версия разработанного опросника COPSQ III (Long version) состоит из оценочной шкалы 146 подпунктов с кодированными сокращениями, которые соответствуют уровням перевода и количеству вопросов (опросник COPSQ III (Long version), Приложение А). Требования к переводу обязывают применение валидации к процедуре процесса. Различают 4 уровня перевода – ключевой, короткий, средний и полный. Ключевой уровень является обязательным в структуре опросника для всех национальных версий, выбор других уровней может быть сокращен и отличаться от полнотекстовой версии. Варианты ответов оцениваются по баллам от 1 до 100, а их интерпретация – в соответствии со значением каждой шкалы: 1: Всегда (100); Часто (75); Иногда (50); Редко (25); Никогда / почти никогда (0); 1Р: Всегда (0); Часто (25); Иногда (50); Редко (75); Никогда / почти никогда (100) (обратная оценка); 2: В очень большой степени (100); В значительной степени (75); Несколько (50); В незначительной степени (25); В очень незначительной степени (0); 2Р: В очень большой степени (0); В значительной степени (25); Несколько (50); В незначительной степени (25); В очень незначительной степени (100) (обратная оценка); 3: Никогда (0); Редко (25); Иногда (50); Часто

(75); Всегда (100); 4: Да, ежедневно; Да, еженедельно; Да, ежемесячно; Да, несколько раз; Нет; 5М: Коллеги; менеджер/начальник; подчиненные; клиенты/пациенты (несколько вариантов ответа); 6: Очень доволен (100); Удовлетворен (75); 50/50 (50); Не удовлетворён (25), Очень недоволен (0); 7: Отлично (100); Очень хорошо (75); Хорошо (50); Удовлетворительно (25); Плохо (0); 8: 0, 1, 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10; 9: Все время (100); Большую часть времени (75); Часть времени (50); Небольшую часть времени (25); Совсем нет (0); 10: Идеально подходит (100); Вполне подходит (67); Подходит немного (33); Не подходит (0); † включая вариант ответа, если это необходимо: «У меня нет непосредственного начальника» (кодируется как «отсутствующий»); ‡ включая вариант ответа, если это необходимо: «У меня нет коллег» (кодируется как «отсутствующий»); § включая вариант ответа, если это необходимо: «У меня нет начальника/ коллег» (кодируется как «отсутствующий»).

Для проверки созвучия и лингвистической нагрузки на респондента версия V3 была апробирована с привлечением 10 врачей общей практики. Их мнения учтены в разделе «Когнитивный дебрифинг». После лингвистической проверки была сформирована окончательная версия опросника COPSOQ III (Long version). Определены психометрические показатели теста ( $\alpha$ -Кронбаха,  $\alpha$ -Гуттмана), коэффициент внутриклассовой корреляции (ICC) для каждой и итоговой шкал опросника, показавшие хорошую внутреннюю согласованность ( $\alpha$ -Кронбаха  $\geq 0,7$ ) и надежность (ICC  $\geq 0,5$ ), что согласуется в датской, немецкой и французской версиях [163] и сопоставим с международными данными в сфере здравоохранения [194] (Приложение Б). При этом ряд факторов, оцениваемые с неоднородным коэффициентом  $\alpha$ -Кронбаха (0,3), свидетельствует о достаточно разных точках зрения респондентов относительно вопросов, например, входящих в блок «Разнообразии в работе». Низкий коэффициент  $\alpha$ -Кронбаха не обязательно делает шкалу недействительной, это также может быть индикатором того, что элементы шкал описывают довольно разные точки зрения. В нашем

исследовании мы не удаляем ни один вопрос. Опросник состоит из 146 вопросов и двух дополнительных - о поле и возрасте респондентов. Обоснованы надежность, валидность и чувствительность русскоязычной версии опросника COSPOQ III (Long version).

### Сбор и анализ первичных данных

Объектом исследования явилась совокупность врачей общей практики (семейных врачей) (далее – ВОП (СВ)), специалистов первого контакта пациента с медицинской организацией ПМСП, оказывающих медицинскую помощь по наиболее широкому спектру (профилю) заболеваний<sup>44</sup>. Предметом исследования явилось состояние комплекса компонентов и интегральной оценки удовлетворенности врачей работой. Единицей наблюдения определен врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь (на примере, врача общей практики). Был организован и проведен опрос среди ВОП (СВ), который включал анонимные наблюдения за 340 ВОП (СВ) в МО г. Москвы. Опрос проводился с мая 2022 г. по ноябрь 2022г. В рамках задачи исследования был проведен опрос ВОП (СВ) в медицинских организациях г. Москва. Метод исследования – анкетирование (прямое и дистанционное) с применением валидированного в рамках исследования международного опросника COPSQ III (Long version).

Всего было собрано 340 анкет (n=340). Согласно метрическому описанию респондентов (ВОП (СВ)), в опросе участвовали 83,5% респондентов – женщин, 16,5% - мужчины (таблица 2).

Таблица 2 - Распределение респондентов по полу

	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
респонденты	56	16,5	284	83,5	340	100

<sup>44</sup> Проект Приказа Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Врач общей практики (семейный врач) (семейный врач)" (подготовлен Минтрудом России 27.11.2018) [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/56675186/>

В блоке вводных данных определены метрические данные респондентов (ВОП (СВ)): по возрастному цензу они были распределены в группы 45-59 лет - 37%, 36-45 - 14,8%, 26-35 лет - 13%, 18-25 лет - 9,2%, 60-75 лет - 8,5% от 76 лет и старше - 7,5%, что релевантно структуре кадрового состава здравоохранения и подтверждено на основании репрезентативной выборки профессионального сообщества ВОП (СВ), работающих в ПСМП медицинских организаций г. Москва.

Оценку характеристики «Удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью» проводили с использованием 5 компонентов блока «Удовлетворение от работы», как наиболее важного и ключевого данной характеристики: «Удовлетворение перспективами работы», «Удовлетворение физическими условиями труда», «Удовлетворение применением собственных способностей» в профессиональной деятельности, «Удовлетворение работой в целом с учетом всех ее аспектов», «Удовлетворение заработной платой».

Обоснование выборки респондентов: Репрезентативность выборки участников опроса рассчитана с использованием статистического онлайн-калькулятора в пределах доверительного интервала в 95%, ошибки выборки 5%, мощности критерия 0,80 и объема генеральной совокупности 2911 среди ВОП (СВ) (на 2021г)<sup>45</sup>. Таким образом было собрано и принято к анализу 340 опросников, которые соответствовали условиям исследования.

Обоснование последовательности методических приемов анализа первичного материала:

Проверку нормальности распределения всех шкал проводили с помощью критериев Колмогорова-Смирнова и Шапиро-Уилка ( $p < 0,01$  отличное от нормального). Сравнения двух групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Манна-Уитни. Сравнения трех и более групп по количественным шкалам проводились на

---

<sup>45</sup> Статистический онлайн калькулятор [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://socioline.ru/rv.php>

основе непараметрического критерия Краскела-Уоллеса. Статистическая значимость различных значений для бинарных и номинальных показателей определялась с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона. Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате « $[x \pm SD]$ », а также описывались с помощью медианы (Me) и интерквартильного интервала (Q1-Q3). На всех графиках для количественных переменных среднее арифметическое обозначено точкой, медиана обозначена горизонтальным отрезком, интерквартильный размах обозначен прямоугольником, минимальные и максимальные значения обозначены вертикальными отрезками. Применен качественный метод обработки результатов анкетирования, расчёты проводились через показатели доли, пропорции и частоты в %. Каждая анкета вносилась в созданную электронную базу опроса врачей (патент №2024623997 от 09 сентября 2024г).

**На третьем этапе** решалась 3 задача исследования «Определить факторы, влияющие на уровень удовлетворенности врача общей практики (семейного врача) своей профессиональной деятельностью», включающую анализ по 146 компонентам опросника COPSQ III (Long version) и определяющую психосоциальную характеристику производственной среды, индивидуальную особенность и здоровье врачей общей практики (семейных врачей). Объектом исследования явились та же совокупность ВОП (СВ) (n=340), предметом изучения - условия их труда, стиль работы руководства, отношения с другими членами коллектива. Программа сбора информации включала получение сведений о факторах, связанных с условиями труда врачей методом социологического опроса по опросника COPSQ III (Long version). Проведена оценка и вклад каждого компонента в формирование удовлетворенности / неудовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью.

Программа обработки включала:

Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате « $[x \pm SD]$ », а также описывались

с помощью медианы (Me) и интерквартильного интервала (Q1-Q3), сравнения трех и более групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Краскела-Уоллеса. Статистическая значимость различных значений для бинарных и номинальных показателей определялась с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона.

**Четвертый этап.** Решалась 4 задача исследования «Доказать влияние характеристики удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью у врачей общей практики (семейных врачей) на другие профессионально важные характеристики, взаимоотношения в системе «врач-пациент», удовлетворенность пациента».

Был организован и проведен одномоментный параллельный опрос среди ВОП (СВ) и их пациентов, который включал анонимные наблюдения за 340 ВОП (СВ) и 394 пациентов в МО г. Москвы. Объектами исследования явились: 1) совокупность 340 ВОП (СВ) и 2) совокупность наблюдаемых ими 394 пациентов. Предметом исследования явились: взаимосвязь характеристики «удовлетворение врача работой» с другими характеристиками, с состоянием взаимодействия в системе врач-пациент, с удовлетворенностью пациентов медицинской помощью. Единицей наблюдения - врач общей практики (семейный врач), пациент, наблюдаемый данным врачом. Концептуально исследование удовлетворенности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью и факторов, её определяющих, был основан на поиске методологии и методических приемов установления закономерностей во взаимодействии административно-управленческого корпуса медицинских организаций с населением для достижения их удовлетворенности медицинской помощью в развивающейся системе пациент-ориентированной медицины. Нами было впервые актуализировано исследование качества первичного контакта медицинских организаций с населением как области, определяющей последующую эффективность их взаимодействия и удовлетворенности.

Необходимость объективизации используемых оценочных данных определила разработку новых методических приемов для описания соответствия и подтверждения текущего состояния исследуемой области во временных пределах тесного взаимодействия «пациенты – врачи» как ключевого фактора в оценке эффективности медицинской деятельности организации по целевым показателям исследования.

Для достижения корректных результатов исследования нами была предложена и впервые применена методология параллельного одномоментного опроса врачей и пациентов, которые посещали своего ВОП (СВ) не менее одного раза за предыдущие 12 мес, для одномоментной оценки их мнения. Для оценки медико-социальной эффективности ВОП (СВ) предложенная методология расширила возможность сопоставления результатов анкетирования пациентов и врачей для выявления психосоциальных аспектов восприятия и мнения респондентов в рамках тематического исследования.

В рамках задачи исследования были разработаны новые методы и критерии оценки результатов исследований по темам: «Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды на медицинских работников (врачей общей практики)»» и «Схема «Определение удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» поданы в Федеральную службу по интеллектуальной защите для регистрации патентов (№ 150589 от 16.12.2025г., № 150752 от 23.12.2025г, Приложение 3).

1. Промышленный образец: Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)», является новым инструментом изучения и оценки психосоциальных факторов производственной среды, их влияния на эффективность работы медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности и предназначен для

проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях, а также применения в образовательных программах высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело», последиplomного образования по специальности «Организация здравоохранения», в циклах усовершенствования руководителей медицинских организаций по вопросам управления кадровым ресурсом и профессиональной переподготовки врачей гигиенистов, врачей общей практики / семейных врачей.

Разработка нового инструмента изучения и оценки психосоциальных факторов производственной среды и их влияние на эффективность работы медицинских работников (врачей общей практики) связана с рекомендациями международных организаций, определяющих политику по управлению качеством медицинской помощи населению в системе пациент ориентированной медицины об «особом значении наличия квалифицированных мотивированных медицинских кадров, располагающих необходимой поддержкой» (декларация ВОЗ, 2019г.), а также с неразработанностью методических приемов их измерения. Для получения качественной обратной связи и проведения аудита внутри медицинской организации необходимо использовать высокочувствительный, надежный автоматизированный инструментальный выявления и оценки психосоциальных факторов негативного влияния производственной среды.

Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)», может применяться при изучении и оценке негативного влияния факторов производственной среды с последствиями снижения мотивированности медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности и определения качественных показателей внутриорганизационных мероприятий по укреплению кадровых ресурсов медицинских организаций.

Заявляемый промышленный образец представлен изображением - Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)» на основе применения валидированной русскоязычной версии международного психосоциального опросника COSPOQ III (Long version), разработанного на основе выборки и исследований согласованности его пунктов.

Предлагаемый алгоритм позволяет проанализировать усредненные и индивидуальные характеристики оценочных результатов опроса, осуществить их интерпретацию, разработанную на основе выборки и исследований согласованности пунктов опросника, а также провести анализ исходных значений шкал и существующего массива исследований, полученных при заполнении анкет в электронных ресурсах ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (№ RU2024623997 от 09.09.2024г.).

Опросник включает три блока вопросов, характеризующих 38 факторов производственной среды, позволяющих определить их влияние на психосоциальное состояние медицинских работников (ВОП (СВ)):

- 1 блок вопросов – Мотивация. Состоит из 22 факторов: содержит вопросы, носящие объективный характер о психосоциальных факторах, влияющих на удовлетворенность работой и связанных с эмоциональной средой профессиональной деятельности, личными (семейными) обязательствами, обусловленные внутриорганизационными-административно-управленческими действиями медицинской организации: поощрение за хорошо выполненную работу, удовлетворенность заработной платой, отставание от графика выполнения работы, первостепенное внимание удовлетворенности врача своей работой, серьезное рассмотрение предложений сотрудников, возможность выражения сотрудниками своих чувств и эмоций, монотонная работа (приходится делать одно и то же), право выбора с кем работать, влияние на объем и темп работы.

- 2 блок вопросов – Лидерство. Состоит из 8 факторов: содержит вопросы, носящие объективный характер о психосоциальных факторах, сдерживающих индивидуальные потребности ВОП в общении с коллегами, или самостоятельной организации режима работы и его совмещения при возникновении личных дел, ограничивающих реализацию лидерских способностей врачей, что также относится к нерешенной области внутриорганизационных технологий индивидуальной работы с кадрами (ВОП) административно-управленческого корпуса медицинской организации.

- 3 блок вопросов – Здоровье. Состоит из 8 факторов: содержит вопросы, носящие объективный характер о психосоциальных факторах, определяющих снижение профессиональной активности и/или развития профессионального выгорания с депрессивным компонентом, которые условно можно разделить на 2 подгруппы: 1 подгруппа - психосоциальное напряжение по условиям труда; 2 подгруппа - психосоциальные индивидуальные особенности ВОП.

Ответы на вопросы представлены в виде шкалы оценки психосоциальных факторов влияния производственной среды на медицинских работников, включающие варианты ответа, которые оцениваются в соответствии с названием шкалы.

Каждый показатель шкалы представляет собой величину, вычисленную для конкретного респондента и выраженную в баллах. Подсчет баллов ведется в автоматическом режиме методом машинной обработки общей (суммарной) и средних значений оценочных результатов опроса.

Для интерпретации силы влияния факторов на основе математической процедуры по методу «вращение факторов по Варимакс (Varimax)» в каждом блоке выявляют главный действующий фактор (или главные действующие факторы) с высокими психосоциальными нагрузками производственной среды на медицинских работников (врачей общей практики) (Приложение Г).

Для комплексной оценки условий работы медицинских работников (врачей общей практики) Схема позволяет выделить 3 взаимосвязанных области психосоциальной нагрузки производственной среды:

организационная практика и технологии управления медицинским персоналом (врачами общей практики), при которых принятое решение не способствует повышению работоспособности, надёжности, удовлетворённости трудом, а также реализации индивидуальных потребностей и лидерских способностей для профессионального и карьерного роста медицинских работников (врачей общей практики); оценка внутриорганизационной среды, которая на основе сформированных некорректных внутренних правил препятствует взаимодействию сотрудников; индивидуальные особенности медицинских работников (врачей общей практики) - когнитивные, эмоциональные, поведенческие и мотивационные, которые характеризуют внутренние психосоциальные изменения в состоянии медицинских работников (врачей общей практики), не позволяющие достигать целевые результаты в профессиональной деятельности.

Полученная информация по примененной Схеме позволяет оценить влияние факторов производственной среды на психосоциальное состояние медицинских работников в организациях здравоохранения, способствует выявить основные проблемы, связанные со снижением мотивированности в профессиональной деятельности, решение которых при разработке комплекса мер профилактики может улучшить условия труда и обеспечить качество управления высокомотивированным кадровым ресурсом в здравоохранении (Приложение Д).

2. Промышленный образец: Схема «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» является новым инструментом изучения и оценки уровней удовлетворенности работой, их влияния на профессиональное выгорание медицинских работников (врачей общей практики) и предназначен для проведения внутреннего контроля качества медицинской помощи в медицинских организациях, а также применения в образовательных программах высшего образования по специальностям «Лечебное дело», «Медико-профилактическое дело»,

последипломного образования по специальности «Организация здравоохранения», в циклах усовершенствования руководителей медицинских организаций по вопросам управления кадровым ресурсом и профессиональной переподготовки врачей гигиенистов, врачей общей практики / семейных врачей.

Разработка нового инструмента изучения и оценки уровней удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики), оказывающих влияние на качество и безопасность медицинской помощи населению, связана с реализацией Национального проекта «Здравоохранение» (утв. президиумом Совета при Президенте Российской Федерации по стратегическому развитию и национальным проектам, протокол от 24.12.2018 № 16), в которой определено «сокращение нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации». Для получения качественной обратной связи при проведении внутреннего контроля деятельности медицинской организации необходимо использовать высокочувствительный, надежный автоматизированный инструментарий выявления и оценки удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности и профилактики его негативного влияния на качество оказания медицинской помощи.

Схема «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» может применяться при изучении и оценке удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности и определения качественных показателей внутриорганизационных мероприятий по укреплению кадровых ресурсов медицинских организаций.

Заявляемый промышленный образец представлен изображением - Схема «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников

(врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» на основе применения валидированной русскоязычной версии международного психосоциального опросника COSPOQ III (Long version), разработанного на основе выборки и исследований согласованности его пунктов.

Предлагаемый алгоритм основан на анализе исходных значений шкал и существующего массива исследований, полученных при заполнении анкет в электронных ресурсах ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А.Семашко» (патент № RU2024623997 от 09.09.2024г.) и позволяет проанализировать усредненные и индивидуальные характеристики оценочных результатов опроса по блоку «Удовлетворение от работы».

Опросник включает шкалу индикаторных компонентов для автоматизированной обработки и интегральной оценки ответов участников опроса по определению уровней «Удовлетворенность работой» медицинских работников (врачей общей практики).

Оцифрованные показатели ответов распределяются по 5 индикаторным компонентам, характеризующих индивидуальное и общее мнение медицинских работников (врачей общей практики):

- 1 - Удовлетворение перспективами работы
- 2 - Удовлетворение физическими условиями труда
- 3 - Удовлетворение применением собственных способностей
- 4 - Удовлетворение работой в целом с учетом всех ее аспектов
- 5 - Удовлетворение заработной платой

Оценочные результаты опроса по каждому индикаторному компоненту показателя «Удовлетворение от работы» выражаются в баллах. Подсчет баллов ведется в автоматическом режиме методом машинной обработки общей (суммарной) и средних их значений, для которых определены цифровые значения уровней удовлетворения:

Оценочные результаты опроса по индикаторным компонентам опроса	Степень значимости работы	Уровень удовлетворения от работы
--	---------------------------	----------------------------------

0	Низкий	очень не доволен
25	ниже среднего	не удовлетворен
50	Средний	ответы распределены поровну
75	выше среднего	удовлетворен
100	Верхний	очень доволен

Шкалы предоставляют возможность оценить общее состояние удовлетворенности работой медицинского работника (врача общей практики) по интегральным показателям распределения индикаторных компонентов в долях от общего числа участников опроса. Суммарные значения шкалы определяют показатель для медицинской организации и для правильной его оценки зависит от репрезентативности выборки медицинских работников (врачей общей практики).

Частота выбора индикаторных компонентов ВОП со значениями уровней «низкий» и «ниже среднего» удовлетворенности работой ВОП является значимым для характеристики изучаемого показателя и определяется вкладом каждого и суммарного оценочного результата как индивидуально для участника опроса, так и для медицинской организации, вычисленной от общего числа участников опроса. Полученная информация по примененной Схеме позволяет оценить удовлетворенность медицинских работников в организациях здравоохранения, способствует выявлению и корреляции основных управленческих усилий, решение которых может сократить нагрузки на медицинский персонал за счет повышения эффективности деятельности медицинской организации (Приложение Е).

Область применения пациентов – образовательная, медицинская, профилактическая и управленческая деятельность, может применяться при изучении и оценке профессиональных компетенций медицинских работников в медицинских учреждениях.

На основе разработанных методов были выполнены и получены основные результаты исследований эффектов влияния психосоциальных факторов на рабочем месте врача, обусловивших снижение

удовлетворенности работой как нового коммуникативного риска снижения качества взаимодействия с пациентами.

Методом интерквантильного ранжирования (в интервалах 25%; 75%) оценочных результатов опроса (в баллах) были определены на три уровня показателя «Удовлетворение от работы»: 1) «низкий» уровень удовлетворения от работы ВОП, набравших менее 250 баллов; 2) «норма» - от 251 до 349 баллов; 3) «высокий» - 350 баллов и более, а также точки отсечения, определяющие уровень по каждому психосоциальному фактору (Приложение В). Далее было проведено сравнение показателя «Удовлетворение от работы» во всех аналитических группах по каждому фактору, характеризующих психосоциальную нагрузку на врача, и определена теснота корреляционной связи между ними. Для корректного определения взаимосвязей между факторами и оперирования усредненными данными значения опроса были нормализованы, их ранжированные значения переведены в цветовую шкалу, где, в зависимости от интенсивности цветового поля, соответствующая количественная оценка отображает переход нормализованных значений фактора к следующей шкале с оценкой: «хорошо» - *положительная оценка* факторов профессиональной деятельности ВОП (зеленый сектор [0-0,3]), «требуется внимания» - (желтый сектор [0,3-0,6]) «плохо» - *отрицательная оценка* (красный сектор [0,6-1]). Для факторов, оказывающих негативное или позитивное влияние, получены обратные позитивным значения (1 - Среднее значение), что позволило упорядочить факторы при ранжировании их значимости в формировании психосоциальной характеристике врача.

Для установления скрытых факторов низкой удовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью был проведен факторный анализ по методу вращения Varimax (Приложение Г).

Сравнительный анализ данных об удовлетворенности работой ВОП (СВ) и их пациентов при сравнении трех и более групп проводились на основе непараметрического критерия Краскела-Уоллеса, для бинарных и номинальных показателей определялся с использованием критерия Хи-

квадрат Пирсона); использование статистических методов корреляции и регрессии проводилось для анализа взаимосвязи между удовлетворенностью работой врачей, качеством взаимодействия и удовлетворенностью пациентов полученной медицинской помощью (м-д Спирмена, линейная регрессия); составительский анализ риска причины удовлетворенности/неудовлетворенности профессиональной деятельностью и высокого/низкого уровня взаимодействия с пациентами проводился по методу «Дерево решений», который позволяет систематизировать и спрогнозировать вероятность возникновения высокого/низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) и качества взаимодействия с пациентами, отображая варианты процессных результатов и их последствия с оценкой предсказуемости: моделирование качественных целевых переменных позволяет на основе непараметрической статистики предсказывать принадлежность наблюдений/объектов к выбранным классам категориальной зависимой переменной в зависимости от соответствующих значений одной или нескольких факторных (независимых) переменных. В нашей работе применение этого метода позволило выполнить одномерное ветвление и последовательно исследовать эффект влияния и вклад отдельных и множественных переменных различных типов на формирование низкого уровня удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью и низкого уровня взаимодействия с пациентами.

Для установления причинно-следственных взаимосвязей между низкой удовлетворенностью работой ВОП (СВ) и психосоциальными производственными факторами были проведены корреляционный и регрессионные анализы, рассчитаны относительный (RR) и атрибутивный (AR) риски, отношение шансов (OR).

Анализ психосоциальных рисков низкой удовлетворенности работой проводился на основании расчетов точек отсечения верхнего уровня межквартильного интервала – 75 % и выше ( $Q3 >$ ) (метод интерквартильного ранжирования). Для проверки точности теста определялись параметры

специфичности (ST) и чувствительности (Se) по каждому фактору риска. Применен анализ бинарных показателей рисков классов с применением метода «Древо решений» на основе межфакторного анализа риска. Параметры проверочных тестов соотношений между множественными факторами проанализированы с применением ROC-кривых.

Выбранный методологический подход и разработанные методы исследования являются инструментарием для выявления и комплексной оценки психосоциальной характеристики врача (общеврачебной практики) и его удовлетворенности работой как самостоятельного коммуникативного фактора, формирующего «качество взаимодействия – удовлетворенность медицинской помощью – медицинская эффективность организации здравоохранения».

Для оценки медико-социальной значимости характеристики врача «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» был проведен анализ влияния данной характеристики на другие характеристики врача (4 компонента блока «Выгорание»: «Чувство измотанности», «Физическое истощение», «Эмоциональное истощение», «Чувство усталости» (опросник COPSOQ III); на качество взаимодействия сторон в системе «врач-пациент» (6 компонента блока «Взаимодействие врач-пациент») и на удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи (23 компонента, опросник EUROPER, Приложение Ж).

#### Выбор инструментария сбора данных

В рамках задачи исследования был организован и проведен опрос пациентов в медицинских организациях г.Москва с применением международного опросника EUROPER [39], разрешенному к использованию в соответствии с международной лицензией Creative Commons CC BY-NC-ND. Выбор инструментария для опроса пациентов на основе сравнительного анализа двух методических приемов: международного опросника EUROPER и утвержденного нормативно-методического документа «Методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по

удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» (далее Методика), в составе «Правила проведения выборочного опроса респондентов по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» (приложение №2 к приказу Минздрав России от 19.07.2022г. №495)»<sup>46</sup> (далее Правила). На основании проведенного анализа получены следующие данные. Методика содержит 21 пункт опроса: 1) метрическая часть включает 4 пункта для указания пола, возраста, населенного пункта, региона, наименования медицинской организации, организационно-правовой формы медицинской организации; 2) основная часть содержит 16 пунктов оценочных вопросов, ответы на которые категорированы качественным определением степени удовлетворенности, в том числе в региональных медицинских организациях: абсолютно не удовлетворен; по большей части не удовлетворен; скорее не удовлетворен; скорее удовлетворен; по большей части удовлетворен; абсолютно удовлетворен. О технической доступности вызовов врача: 1 пункт- уточняющие сведения; 2 пункта – о функциональных возможностях медицинских организаций, доступности медицинской помощи для лиц с ограниченными возможностями с градацией ответов: а) да; б) нет; в) затрудняюсь ответить. Согласно указаниям Методики, мнение пациентов о проблемах в получении медицинской помощи в медицинской организации по месту прикрепления и на уровне региона излагаются в свободной форме. Инструмент EUROPEP структурно разделен на 5 тематических раздела (блоков), каждый из которых содержит разное количество вопросов, всего 23: Блок «Взаимодействие врач-пациент» состоит из 6 вопросов, и относится к области оценки личного восприятия относительно достаточности отведенного времени для консультации, проявления заинтересованности (участия) в личной ситуации пациента, степени доверительного разговора, о вовлечении в процесс принятия решения, оценка внимательности врача, мнение о степени обеспечения врачом конфиденциальности записи о полученной информации;

---

<sup>46</sup> Приказ Министерства здравоохранения РФ от 19 июля 2022 г. N 495 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/405254997/>

Блок «Медпомощь» формирует 5 вопросов для индивидуальной оценки соответствия ожидаемого уровня взаимодействия пациента с врачом: тщательности обследования и проведении осмотра, об облегчении состояния и возможности продолжить обычную деятельность, о проведении профилактических обследований; Блок «Информация и поддержка» - 4 вопроса относительно оценки полноты объяснения врачом целей обследования, анализов и лечения, симптомов заболевания и эмоциональной поддержки и важности выполнения врачебных советов; Блок «Организация» в 2-х вопросах характеризует мнение пациента о подготовленности врача к приему и достаточной подготовке пациента к стационарному лечению или обследованию у других специалистов; Блок «Доступность» состоит из 6 вопросов, ответы на которые раскрывают эмоциональное восприятие пациента отношение медицинского персонала, доступность записи на прием в удобное время, возможность получения помощи при неотложных проблемах со здоровьем, записи по телефону, консультаций по телефону, времени ожидания на прием. Ответы на вопросы оцениваются в бальной системе по шкале Лайкерта от 1 («совершенно не согласен») до 5 баллов («согласен полностью»).

Таким образом, сравнение содержательной части двух опросников позволило выделить 72,7% совпадений по 11 пунктам опроса, что свидетельствует о высокой сопоставимости результатов опроса для общей и ситуационной оценки удовлетворенности пациентов медицинской помощью: об удовлетворенности удобным временем записи к врачу; о сроках получения медицинской помощи; о времени ожидания приема врача; об удовлетворенности отношением врача; об удовлетворенности полученным объемом информации от врача; о соответствии ожидания и результата обращения за медицинской помощью; об оценке решения медицинской проблемы; о наличии сложности при вызове врача на дом.

Итоговая оценка результатов опроса удовлетворенности медицинской помощью населения в Методике основана на суммировании однотипных

ответов и их сравнение - «количество «положительных» и «отрицательных» ответов респондентов» и математическое обобщение на региональном и федеральном уровнях. EUROPER настроен на количественную оценку в балльной системе по блокам ответов и статистическую обработку полученных данных. Это позволяет использовать первичные данные не только для обсчета общих показателей, но также для углубленного анализа связей между параметрами опроса и сравнительного анализа их изменений при повторных (контрольных) опросах. Сопоставление оценочных результатов опроса пациентов по EUROPER с литературными данными, позволила нам верифицировать полученные результаты исследования для формулирования общего заключения об удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью в медицинских организациях города Москва.

Сбор и анализ данных. Опрос пациентов проводился с мая 2022 г. по ноябрь 2022 г. с использованием международного опросника EUROPER. Всего было собрано 394 опросников, соответствовали условиям исследования и приняты к анализу 394 опросников. Пациенты могли проходить опрос при условии, что в этот же день были на приеме у ВОП (СВ). Распределение респондентов по полу представлена в таблице 3.

Таблица 3 - Распределение респондентов по полу

	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
респонденты	161	40,9	233	59,1	394	100

Возрастной состав респондентов составил: 26,9% (106 чел.) - в возрасте 46-59 лет, 25,6% (101 чел.) - 60-75 лет, 20,6% (81 чел.) - 36-45 лет, 11,7% (46 чел.) - 26-35 лет, 8,4% (33 чел.) - 18-25 лет, 6,9% (27 чел.) - от 76 лет и старше. По социальному статусу 56,1% респондента относились к категории работающих, среди группы неработающих: 24,1% - пенсионеры, 6,9% - инвалиды по заболеванию; 6,6% - безработные, 6,3% - студенты.

Обосновано, что возрастные особенности респондентов-пациентов не должны иметь статистически значимые различия при оценке качества

медицинской помощи, исходя из общего понимания, что удовлетворенность является соответствием полученного эффекта от их личных ожиданий. Проведенный анализ позволил снизить ошибку расчета и подтвердить отсутствие статистически значимых различий в возрастных группах по всем блокам опросника «Взаимодействие врач-пациент»; «Медпомощь»; «Информация и поддержка»; «Организация»; «Доступность». В качестве примера показаны данные по блоку «Взаимодействие врач-пациент»: «18-25 лет» - «26-35 лет» ( $p=0,9991$ ); «18-25 лет» - «36-45 лет» ( $p=0,9991$ ); «18-25 лет» - «46-59 лет» ( $p=1,000$ ); «18-25 лет» - «60-75 лет» ( $p=0,9977$ ); «18-25 лет» - «старше 75 лет» ( $p=1,0000$ ); «26-35 лет» - «36-45 лет» ( $p=1,000$ ); «26-35 лет» - «46-59 лет» ( $p=0,9902$ ); «26-35 лет» - «60-75 лет» ( $p=0,8657$ ); «26-35 лет» - «старше 75 лет» ( $p=0,9940$ ); «36-45 лет» - «46-59 лет» ( $p=0,9963$ ); «36-45 лет» - «60-75 лет» ( $p=0,8727$ ); «36-45 лет» - «старше 75 лет» ( $p=0,9979$ ); «46-59 лет» - «60-75 лет» ( $p=0,9851$ ); «46-59 лет» - «старше 75 лет» ( $p=1,0000$ ); «60-75 лет» - «старше 75 лет» ( $p=0,9996$ ).

Обоснование объема респондентов: Репрезентативность выборки среди пациентов рассчитана с использованием статистического онлайн-калькулятора в пределах доверительного интервала в 95%, ошибки выборки 5%, мощности критерия 0,80 и объема генеральной совокупности более 100000 человек (на 2021г)<sup>45</sup>. Таким образом наша выборка составила 394 человека ( $n=394$ ).

Программа обработки включала:

Для описания количественных показателей использовались среднее значение и стандартное отклонение в формате « $[x \pm SD]$ », а также описывались с помощью медианы (Me) и интерквартильного интервала (Q1-Q3), сравнения трех и более групп по количественным шкалам проводились на основе непараметрического критерия Краскела-Уоллеса. Статистическая значимость различных значений для бинарных и номинальных показателей определялась с использованием критерия Хи-квадрат Пирсона. Корреляционный анализ проводился на основе непараметрической ранговой корреляции по Спирмену.

Для определения возможности прогнозирования некоторой целевой количественной переменной на основе нескольких независимых переменных (факторов) применялся метод регрессионного анализа. В качестве количественной меры эффектов были вычислены относительные и атрибутивные риски, отношение шансов с 95% доверительным интервалом (OR, AR, RR, 95% CI). Каждая анкета вносилась в созданную и зарегистрированную базу РИД в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (патент №2024623999 от 09 сентября 2024г).

Были составлены две модели «Древо решений»: 1) алгоритм прогноза развития низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) и 2) алгоритм прогноза развития низкого уровня «Взаимодействие врач-пациент».

Параметры проверочных тестов соотношений между множественными факторами проанализированы с применением ROC-кривых и классифицированы как несущий признак (чувствительность алгоритма классификации) и ненесущий признак (специфичность алгоритма классификации) при разных значениях параметров рисков классов. Уровень статистической значимости полученных данных в исследовании фиксирован при вероятности ошибки  $p \leq 0,05$ .

**Пятый этап.** Решалась 5 задача исследования «Научно обосновать, разработать и апробировать комплекс предложений по улучшению удовлетворенности собственной профессиональной деятельностью, у врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, оценить результативность в условиях организационного эксперимента». На основании литературных и собственных данных, обосновано, что низкий уровень удовлетворенности врачей профессиональной деятельностью является системной проблемой, а не исключительной ответственностью отдельного врача. В связи с этим нами разработана и апробирована на пилотной площадке адаптированная к особенностям национального здравоохранения программа «Исполнительное лидерство и благополучие врачей: девять организационных

стратегий, способствующих вовлечению и снижению психосоциальных рисков выгорания врачей» [197], практикующееся в европейских странах.

В рамках 5 задачи исследований разработан комплекс медико-организационных предложений по повышению удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью с учетом полученных результатов, разработаны научно обоснованные предложения для повышения эффективности управления медицинских организаций по достижению высокой удовлетворенности работой ВОП (СВ) и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью. Разработанные технологии включают: 1) Комплекс медико-организационных предложений, включающий переход на организационную технологию оценки психосоциального статуса врача ВОП (СВ) с использованием валидированной и апробированной в исследовании русскоязычной версии международного психосоциального опросника COPSOQ III (Shot version) и управления удовлетворенностью пациента медицинской помощью, оказанной ВОП (СВ) по опроснику EUROPER; 2) Практические рекомендации по внедрению результатов диссертационной работы на ведомственном, отраслевом и учрежденческом уровне медицинских и образовательных организаций.

Проведена апробация разработанного комплекса медико-организационных предложений с переходом на организационную технологию оценки психосоциального статуса врача ВОП (СВ) и управления удовлетворенностью пациента медицинской помощью на пилотной площадке – медицинской организации «ГП № 166 ДЗМ» г. Москва. Проведен 2-х кратный параллельный опрос ВОП (СВ) и их пациентов с промежутком 3 месяца после внедрения адаптированной международной программы.

Первый опрос ВОП (СВ) и пациентов был проведен с целью установления текущего состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью и оценки пациентами качества медицинской помощи, полученной от ВОП (СВ). Было опрошено 11 ВОП (СВ) (n=11) и 33 пациента (n=33), март 2023г.

Второй опрос был проведен через 3 месяца (июнь 2023г) для оценки результативности и тенденций эффективности внедренного комплекса организационных технологий. Были опрошены те же ВОП (СВ), которые участвовали при первом опросе (n=11) и пациенты, которые были на приеме у ВОП (СВ) в этот день (n=33).

Версия COPSQ III (Shot version), согласно Руководству COPSQ, была составлена из ключевых блоков (21 блок, 31 вопрос), а также с добавлением блоков, на которые в текущем исследовании были получены низкие оценочные баллы по результату опроса ВОП (СВ) (4 блока, 10 вопросов): «Выгорание», «Стресс», «Соматический стресс», «Депрессивные симптомы». Таким образом, версия COPSQ III (Shot version) состоит из 25 блоков (41 вопрос). Пациенты были опрошены по опроснику EUROPER.

Результаты опросов были обработаны методами статистического анализа средних значений и стандартного отклонения в формате « $[x \pm SD]$ », а также описывались с помощью медианы (Me) и интерквартильного интервала (Q1-Q3). Для качественной оценки параметров результативности были вычислены проценты (%).

Методической особенностью программы исследования явилось организация и проведение параллельного опроса ВОП (СВ) и их пациентов. В данном исследовании личная идентификация респондентов не использовалась, опросники содержали только анонимные данные. От всех участников было получено информированное согласие до прохождения опроса. Электронная версия опросников COPSQ III (Long version) и EUROPER обеспечена программой автоматического перехода «ответ-вопрос», при пропуске респондентом последовательных шагов прекращается продолжение опроса. Используются технические приемы для обеспечения конфиденциальности и возможности деидентификации респондентов, медицинских организаций и источников пользовательской интернет-сети для гарантированного и беспристрастного сбора информации, основанного на

принципе проведения скрининговых исследований. Опросы проводились в соответствии с Федеральным законом «О персональных данных»<sup>47</sup>.

Для всех шкал были выделены точки отсечения. Для всех основных шкал нормализация значений проводилась по формуле:

$$\text{Новые значения} = \frac{\text{Баллы по шкале}}{100 \times n}$$

где n – количество вопросов, входящих в шкалу

Для шкалы самооценка здоровья:

$$\text{Новые значения} = \frac{\text{Баллы по шкале}}{10}$$

Корреляционный анализ. Форма взаимосвязи между Вопросами и ответами определена на основе целевого корреляционного анализа и парных коэффициентов корреляции в пределах от -1 (отрицательная) до +1 (положительная), что при увеличении или уменьшении одного из факторов обуславливает увеличение/уменьшение второго фактора. Взаимосвязь между факторами оценивается более сильной, когда абсолютное значение коэффициента корреляции ближе к 1. Качественное определение силы взаимосвязи между факторами, определялись по шкале (таблица 4).

Таблица 4 - Оценка силы связи коэффициентов корреляции

Коэффициент корреляции	Сила	Направление связи
От -1 до -0,7	Сильная	Отрицательная Чем больше один показатель увеличивается, тем больше другой показатель уменьшается.
От -0,69 до 0,3	Умеренная	
От -0,29 до 0	Слабая	
От 0 до 0,29	Слабая	Положительная Чем больше один фактор увеличивается, тем больше другой показатель также увеличивается
От 0,3 до 0,69	Умеренная	
От 0,7 до 1	Сильная	

Методом ранговой корреляции Спирмена измерялись теснота и направление корреляционной взаимозависимости между качественными признаками выборки с переменными по блокам и проведено ранжирование их значений по степени убывания (или возрастания).

<sup>47</sup> Федеральный закон «О персональных данных» от 27.07.2006 N 152-ФЗ [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://www.consultant.ru/document/cons\\_doc\\_LAW\\_61801/](https://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_61801/)

Уровень статистической значимости полученных данных в исследовании фиксирован при вероятности ошибки  $p \leq 0,05$ . Статистическая обработка данных выполнена с использованием пакетов прикладных программ Statistica 10 и SAS JMP 11.

Отдельные рисунки и таблицы со ссылками в тексте диссертации вынесены в Приложение.

**Заключение к главе.** Диссертационная работа организована и выполнена на основании утвержденной Программы и дизайна исследований. Первичный материал получен при проведении социологического опроса врачей ПМСП на примере ВОП (СВ) и их пациентов по рассчитанной репрезентативной выборке и с применением признанных в мировой практике стандартизированных международных опросников EUROPER (для опроса пациентов) и адаптированного COPSQ III (Long version). Исследование проведено в медицинских организациях г. Москва. Для объективизации и установления причинно-следственных связей данных опроса применялась методология параллельного опроса врачей и пациентов, что позволило нам одновременно оценить изучаемые показатели в текущем времени и условиях, при которых за 12 месяцев до участия в опросе каждый пациент не менее одного раза посещал ВОП (СВ). Получены информированные согласия от участников. Опрос проведен методами прямого и дистанционного анкетирования. Доступ к дистанционному формату опроса обеспечивался на платформе электронных ресурсов ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко». Базы данных опроса на человек-обследования и зарегистрированы 2 РИД в Федеральной службе по интеллектуальной собственности (№2024623997 от 09 сентября 2024г, №2024623999 от 09 сентября 2024г).

Работа выполнена поэтапно в соответствии с задачами исследования. Материалы исследований использованы в виде докладов на научно-практических конференциях всероссийского и международного уровней, а также публикаций в рецензируемых журналах.

Для обобщения и обоснования достоверности результатов исследования применялся комплекс методов статистической систематизации и обработки количественных и качественных показателей по 146 компонентам опросника психосоциальной характеристики удовлетворенности работой и выгорания ВОП (СВ) при осуществлении профессиональной деятельности (всего 67658 единиц наблюдения) и 23 факторам для оценки качества взаимодействия с врачом и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью (10244 ед. наблюдения).

Всего по массиву первичных данных опроса ВОП (СВ) и пациентов обработано и проанализировано 77902 единицы статистического наблюдения.

Для подтверждения достоверности полученных результатов исследования: применены методы ранговой корреляции по Спирмену, непараметрический критерий Краскелла-Уоллиса для сравнения трех и более независимых выборок по количественному признаку, нормализация средних оценочных результатов для сравнения числовых данных; интерквартильное ранжирование для определения ранга фактора и его значимости в формировании целевых показателей; вычислены относительные, атрибутивные риски и шансы с оценкой прогнозных значений показателей удовлетворенности ВОП (СВ) и пациентов, уровней их взаимодействия.

Для разработки и научного обоснования предложенных организационных технологий по управлению применялось моделирование управления психосоциальными рисками производственной среды с использованием методов «Древа решений», ROC-анализа чувствительности и специфичности модели и проверочных тестов повышения уровней целевых показателей.

Разработаны 2 метода и критерии оценки: Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)» (№150589 от 16.12.2025г.); Схема «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей

общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» (№150752 от 23.12.2025г).

В следующих главах научной темы представлены основные результаты системного и многофакторного анализа интегральных показателей НИР.

### ГЛАВА 3. ОЦЕНКА СОСТОЯНИЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВОП (СВ) ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

Реализация политики и стандартов качественной медицинской помощи определяет приоритетные решения по улучшению условий труда на рабочих местах и обеспечения здоровья медицинского персонала и относится к главным аспектам управления медико-социальной эффективностью здравоохранения. Одним из ключевых факторов по мнению многих исследователей [230] являются характеристики, действующие со стороны медицинских кадров, в том числе их желание качественно работать. Проведены исследования факторов и их влияние на уровень удовлетворенности врача работой своей профессиональной деятельностью с использованием пяти компонентов блока «Удовлетворение от работы» международного психосоциального опросника «COSPOQ III» (Long version)» для предварительной оценки аналитических показателей.

Всего было собрано 340 заполненных опросников ВОП (СВ) (n=340). Согласно метрическому описанию респондентов (ВОП (СВ)), в опросе участвовали 83,5% респондентов – женщин, 16,5% - мужчины (таблица 6).

Таблица 6 - Распределение респондентов по полу

	Мужчины		Женщины		Всего	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
респонденты	56	16,5	284	83,5	340	100

По возрастному цензу ВОП (СВ) были распределены в группы 45-59 лет - 37%, 36-45 - 14,8%, 26-35 лет - 13%, 18-25 лет - 9,2%, 60-75 лет - 8,5% от 76 лет и старше - 7,5%, что релевантно структуре кадрового состава здравоохранения и подтверждено на основании репрезентативной выборки профессионального сообщества ВОП (СВ), работающих в ПСМП медицинских организаций г. Москва.

### 3.1. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение перспективами работы»

Удовлетворение перспективами работы — это психосоциальное состояние ВОП (СВ), характеризующее влияние совокупности множественных факторов на оценку престижности его работы [228].

По результатам опроса ВОП (СВ) оценка компонента «Удовлетворение перспективами работы» составила  $(49,49 \pm 22,67)$ , или 49,49 баллов из 100 возможных (таблица 7).

Таблица 7 - Характеристика компонента «Удовлетворение перспективами работы» по данным опроса ВОП (СВ) с использованием описательной статистики

показатели	Значения
$\bar{x} \pm SD$	$49,49 \pm 22,67$
N	340
Среднее	49,49
95%CI для среднего	(47,07; 51,90)
Стандарт. отклонение	22,67
Стандарт. ошибка среднего	1,23
Мин	0
Нижний квартиль (Q25%)	25,00
Медиана	50,00
Верхний квартиль (Q75%)	50,00
Макс	100,00

По определяемым градациям удовлетворенности ВОП (СВ) компонентом «Удовлетворение перспективами работы» и соответствующим им уровням ответы ВОП (СВ) были распределены в группы: «Очень доволен» (верхний) - 5,90%; «Удовлетворен» (выше среднего) - 17,90%; «Не удовлетворен» (ниже среднего) - 22,90%; «Очень недоволен» (низкий) – 4,40% ВОП (СВ), при среднем значении – 48,80% (таблица 8).

Таблица 8 - Распределение опрошенных ВОП (СВ) по уровням компонента «Удовлетворение перспективами работы» (% от общего числа опрошенных)

Уровни	Варианты ответов	Баллы	Кол-во ответов	Процент, %
Низкий	Очень не доволен	0	15	4,40%
Ниже среднего	Не удовлетворен	25	78	22,90%
Средний	50/50	50	166	48,90%
Выше среднего	Удовлетворен	75	61	17,90%
Верхний	Очень доволен	100	20	5,90%

Полученные данные свидетельствуют о низком соответствии психосоциальных условий профессиональной деятельности ожидаемым уровням обеспечения и удовлетворенности перспективам развития в медицинской организации по оценке около 1/3 ВОП (СВ) (27,3%). Это указывает на не разработанность внутриорганизационных мер обеспечения психосоциальных потребностей карьерного роста в процессе осуществления профессиональной деятельности ВОП (СВ).

### **3.2. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение физическими условиями работы»**

Удовлетворение физическими условиями работы – психосоциальное состояние ВОП (СВ), характеризующее соответствие физических параметров рабочей среды регламентным требованиям к обеспечению безопасности и комфортности профессиональной деятельности в медицинской организации [228].

По результатам опроса ВОП (СВ) оценка компонента «Удовлетворение физическими условиями работы» составила ( $76,18 \pm 17,35$ ), или 76,18 баллов из 100 возможных (таблица 9).

Таблица 9 - Характеристика компонента «Удовлетворение физическими условиями труда ВОП (СВ)» по данным описательной статистики.

Показатели	Значения
$\bar{x} \pm SD$	$76,18 \pm 17,35$
N	340
Среднее	76,18
95%CI для среднего	(74,33; 78,03)
Стандарт. Отклонение	17,35
Стандарт. ошибка среднего	0,94
Мин	25,00
Нижний квартиль (Q25%)	75,00
Медиана	75,00
Верхний квартиль (Q75%)	75,00
Макс	100,00

По определяемым градациям удовлетворенности работой и соответствующим им уровням ответы ВОП (СВ) были распределены в группы: «Очень доволен» (верхний) - 24,70%; «Удовлетворен» (выше среднего) - 57,10%; «Не удовлетворен» (ниже среднего) - 1,80%; «Очень недоволен» (низкий) – 0%, при среднем значении – 16,50% (таблица 10).

Таблица 10 - Распределение опрошенных ВОП (СВ) по уровням удовлетворения по фактору «Удовлетворение физическими условиями работы» (в % от общего числа опрошенных)

Уровни	Варианты ответов	Баллы	Кол-во ответов	Процент, %
Верхний	Очень доволен	100	84	24,70%
Выше среднего	Удовлетворен	75	194	57,10%
Средний	50/50	50	56	16,50%
Ниже среднего	Не удовлетворен	25	6	1,70%
Низкий	Очень недоволен	0	0	0

Показатель характеризует высокий уровень удовлетворенности физическими условиями труда почти всех врачей - 278 чел. (81,7%).

Полученные данные свидетельствуют о соответствии физических условий труда ожидаемым уровням обеспечения безопасности и комфорта рабочей среды и удовлетворенности ВОП (СВ) в медицинских организациях г. Москвы. А также являются подтверждением данных высокого общероссийского рейтинга МО г. Москвы на основе обобщенной оценки комплекса санитарно-технических и организационных инноваций, включая новые технологии, современное оборудование и организацию рабочего пространства.

### **3.3. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение от применения способностей врача»**

Удовлетворение от применения способностей врача – психосоциальное состояние, характеризующее успешную реализацию своих профессиональных знаний, умений, компетенций [228].

По результатам опроса ВОП (СВ) оценка компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» составила  $(69,12 \pm 17,34)$ , или 69,12 баллов из 100 возможных (таблица 11).

Таблица 11 - Характеристика компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» по данным ВОП (СВ) с использованием описательной статистики

показатели	значения
$\bar{x} \pm SD$	$69,12 \pm 17,34$
N	340
Среднее	69,12
95%CI для среднего	(47,07; 51,90)
Стандарт. Отклонение	17,34
Стандарт. ошибка среднего	0,94
Мин	25,00
Нижний квартиль (Q25%)	50,00
Медиана	75,00
Верхний квартиль (Q75%)	75,00
Макс	100,00

По определяемым градациям удовлетворенности компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» и соответствующим им уровням ответы ВОП (СВ) были распределены в группы: «Очень доволен» (верхний) - 11,50%; «Удовлетворен» (выше среднего) - 57,10%; «Не удовлетворен» (ниже среднего) - 3,50%; «Очень недоволен» (низкий) – 0%, при среднем значении – 27,90% (таблица 12).

Таблица 12 - Распределение опрошенных ВОП (СВ) по уровням компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» (в % от общего числа опрошенных)

Уровни	Варианты ответов	Баллы	Кол-во ответов	Процент, %
Верхний	Очень доволен	100	39	11,5%
Выше среднего	Удовлетворен	75	194	57,1%
Средний	50/50	50	95	27,9%
Ниже среднего	Не удовлетворен	25	12	3,5%
Низкий	Очень недоволен	0	0	0

Показатель характеризует высокий и выше среднего уровень удовлетворенности компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» около 233 ВОП (СВ) (68,60%) от применения своих способностей.

Полученные данные показывают высокую оценку 68,60% ВОП (СВ) от применения своих способностей и возможностей реализации их в медицинских организациях г. Москвы. Вместе тем, неудовлетворенность от применения своих способностей более 3,5% ВОП (СВ) относится к нерегулированной области административно-управленческих технологий по развитию индивидуальных способностей врачей и обеспечения условий их реализации и роста в профессиональной деятельности в МО г. Москва.

### **3.4. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов»**

**Удовлетворённость работой в целом** характеризует психосоциальное состояние ВОП (СВ), основанное на его общей оценке всех аспектов работы, связанных с качеством рабочей среды и его влиянием на качество выполнения профессиональной работы [228].

По результатам опроса оценка компонента «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» составила ( $61,03 \pm 15,59$ ), или 61,03 баллов из 100 возможных (таблица 13).

Таблица 13 - Характеристика компонента «Удовлетворение от применения способностей врача» по данным опроса ВОП (СВ) с использованием описательной статистики

показатели	значения
$\bar{x} \pm SD$	$61,03 \pm 15,59$
N	340
Среднее	61,03
95%CI для среднего	(59,37; 62,69)
Стандарт. Отклонение	15,59
Стандарт. ошибка среднего	0,85
Мин	25,00
Нижний квартиль (Q25%)	50,00
Медиана	50,00
Верхний квартиль (Q75%)	75,00
Макс	100,00

По определяемым градациям удовлетворенности компонента «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» и

соответствующим им уровням ответы ВОП (СВ) были распределены в группы: «Очень доволен» (верхний) - 2,90%; «Удовлетворен» (выше среднего) - 42,40%; «Не удовлетворен» (ниже среднего) - 4,10%; «Очень недоволен» (низкий) – 0% при среднем значении – 50,60% (таблица 14).

Таблица 14 - Распределение опрошенных ВОП (СВ) по уровням удовлетворения по компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» (в % от общего числа опрошенных)

Уровни	Варианты ответов	Баллы	Кол-во ответов	Процент, %
Верхний	Очень доволен	100	10	2,90%
Выше среднего	Удовлетворен	75	144	42,40%
Средний	50/50	50	172	50,60%
Ниже среднего	Не удовлетворен	25	14	4,10%
Низкий	Очень недоволен	0	0	0

Полученные данные показывают, что 45,3% ВОП (СВ) (154 чел.) в целом удовлетворены своей работой, с учетом всех ее аспектов. Однако, остальные 50,6% ВОП (СВ) отмечают средний уровень данного компонента, 4,1% ВОП (СВ) остаются неудовлетворенными своей работой в целом и с учетом всех ее аспектов, что относится к низкой эффективности организационных технологий с применением механизмов усиления мотивированности врачей МО г. Москвы, которые в целом направлены на повышение качества оказания услуг населению и достижения целевого показателя - удовлетворенности медицинской помощи пациентов, а врач занимает в этой конструкции центральную исполнительную позицию.

### **3.5. Анализ состояния удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по компоненту «Удовлетворение заработной платой»**

Удовлетворение заработной платой характеризует психосоциальное состояние ВОП (СВ), которое соответствует его представлениям о справедливости оценки своего труда и, в связи с этим на психоэмоциональном уровне определяет его отношение к выполняемой работе [228].

По результатам опроса оценка компонента «Удовлетворение заработной платой» составила ( $34,41 \pm 21,80$ ), или 34,41 баллов из 100 возможных (32,09; 36,74;  $p \leq 0,05$ ) (таблица 15).

Таблица 15 - Характеристика состояния компонента «Удовлетворение заработной платой» по данным опроса ВОП (СВ) с использованием описательной статистики

показатели	значения
$\bar{x} \pm SD$	$34,41 \pm 21,80$
N	340
Среднее	34,41
95%CI для среднего	(32,09; 36,74)
Стандарт. Отклон	21,80
Стандарт. ошибка среднего	1,18
Мин	0,00
Нижний квартиль (Q25%)	25,00
Медиана	25,00
Верхний квартиль (Q75%)	50,00
Макс	100,00

По определяемым градациям удовлетворенности компонента «Удовлетворение заработной платой» и соответствующим им уровням ответы ВОП (СВ) были распределены в группы: «Очень доволен» (верхний) - 0,60%; «Удовлетворен» (выше среднего) - 9,10%; «Не удовлетворен» (ниже среднего) - 42,10%; «Очень недоволен» (низкий) – 15,30% при среднем значении – 32,90% (таблица 16).

Таблица 16 - Распределение опрошенных ВОП (СВ) по уровням компонента «Удовлетворение заработной платой» (в % от общего числа опрошенных)

Уровни	Варианты ответов	Баллы	Кол-во ответов	Процент, %
Верхний	Очень доволен	100	2	0,60%
Выше среднего	Удовлетворен	75	31	9,10%
Средний	50/50	50	112	32,90%
Ниже среднего	Не удовлетворен	25	143	42,10%
Низкий	Очень недоволен	0	52	15,30%

Показатель характеризует низкий и ниже среднего уровень удовлетворенности заработной платой около 195 ВОП (СВ) (57,40%).

С учетом того, что размер и порядок начисления заработной платы работникам находится в области регулирования трудового законодательства,

наши данные относятся к оценке качества управления системой поощрения медицинских работников (ВОП (СВ)) с учетом вклада труда каждого из них в обеспечение эффективной деятельности медицинской организации. В этом контексте показано, что более 57% врачей по своим представлениям считают несправедливым распределение заработной платы, что, по нашему мнению, может быть основано на принципе сравнения с системой стимулирования персонала (ВОП (СВ)) выполняющих однотипную работу в других медицинских организациях.

### 3.6. Сводная характеристика удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью

Блок «Сводная оценка удовлетворение от работы» характеризует совокупность признаков, определяющих уровень удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью (таблица 17).

Таблица 17 - Сводная описательная статистика по блоку «Удовлетворение от работы».

Показатель	$\bar{x} \pm SD$	N	95% CI для среднего	Мин	Нижний квартиль (Q25%)	Медиана	Верхний квартиль (Q75%)	Макс
- перспективами Вашей работы?	49,49 ± 22,67	340	(47,07; 51,90)	0,00	25,00	50,00	50,00	100,00
- физическими условиями труда?	76,18 ± 17,35	340	(74,33; 78,03)	25,00	75,00	75,00	75,00	100,00
- тем, как применяются Ваши способности?	69,12 ± 17,34	340	(67,27; 70,97)	25,00	50,00	75,00	75,00	100,00
- Вашей работой в целом, с учетом всех аспектов?	61,03 ± 15,59	340	(59,37; 62,69)	25,00	50,00	50,00	75,00	100,00
- Вашей заработной платой?	34,41 ± 21,80	340	(32,09; 36,74)	0,00	25,00	25,00	50,00	100,00
Удовлетворение от работы	290,22 ± 68,42	340	(282,92; 297,52)	100,00	250,00	275,00	350,00	500,00

Средний показатель по блоку составил 290,22 ± 68,42 [IQR: 250; 350] (рисунок б).

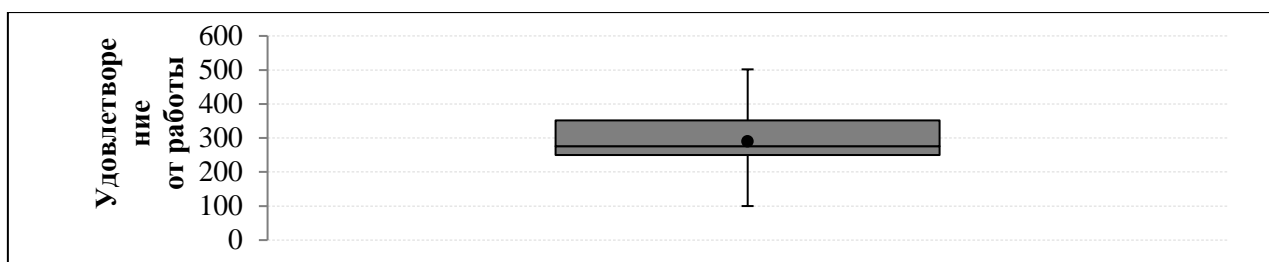


Рисунок 6 - Диаграмма размаха по показателю «Удовлетворение от работы»

Выше средних показателей оценено удовлетворение ВОП (СВ):

- «физическими условиями труда» - ( $76,18 \pm 17,35$  баллов);
- «тем, как применяются Ваши (ВОП (СВ)) способности» - ( $69,12 \pm 17,34$  баллов);
- «работой в целом, с учетом всех аспектов деятельности» - ( $61,03 \pm 15,59$  баллов).

Низкие оценочные результаты удовлетворения получены по факторам «Перспективы работы» ( $49,49 \pm 22,67$  баллов) и «Зарботная плата» -  $34,41 \pm 21,80$  баллов.

Анализ совокупности влияния множественных психосоциальных компонентов производственной среды на удовлетворенность / неудовлетворенность работой ВОП (СВ) позволил структурировать оценочные результаты опроса по блоку «Удовлетворение от работы» и показать вклад каждого компонента в общую оценку низкой удовлетворенности работой ВОП (СВ) в МО г. Москва.

Показано, что 57,40% составили респонденты с отрицательным мнением относительно удовлетворенности заработной платой, 27,30% - перспективами работы, 4,10% - работой в целом, с учетом всех аспектов, 3,50% - от применения способностей врача и 1,80% - физическими условиями труда ВОП (СВ) (рисунок 7).

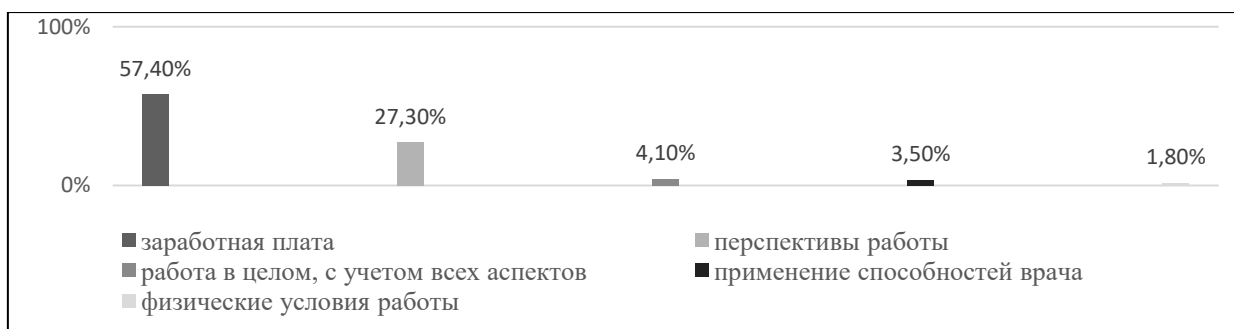


Рисунок 7 - Структура вклада каждого компонента в общую оценку низкой удовлетворенности работой ВОП (СВ), %

Из представленных данных видно, что к психосоциальным факторам, определяющим низкий уровень удовлетворенности работой, ВОП (СВ) относят качественную характеристику работы. В связи с этим врачи приоритетное внимание уделили удовлетворению перспективами работы и применению своих способностей с ожиданием высокой зарплаты выше физических условий работы и составившими низкий уровень оценки в МО г. Москва.

С целью приведения к общей шкале значений разброса средних баллов по оценке множественных компонентов удовлетворенности ВОП (СВ) дополнительно проведена нормализация средних оценок и интерквартильное ранжирование по возрастанию полученных значений.

Оценка вклада каждого компонента в формирование факторов психосоциальных рисков низкой сводной оценки удовлетворенности врача работой была обоснована дополнительно с применением метода нормализация средних оценок и их ранжирование на основе значений межквартильного интервала описательной статистики.

Эти данные соответствуют представленным данным графического анализа на рисунке 8, где также видно, что снижение нормализованных значений средних оценочных баллов соответствуют значимости факторов удовлетворенности работой в зависимости от его компонентов: физическими условиями труда (0,76), применения своих способностей (0,69), работой в

целом с учетом всех аспектов (0,61), перспективами работы (0,49), заработной платой (0,34).

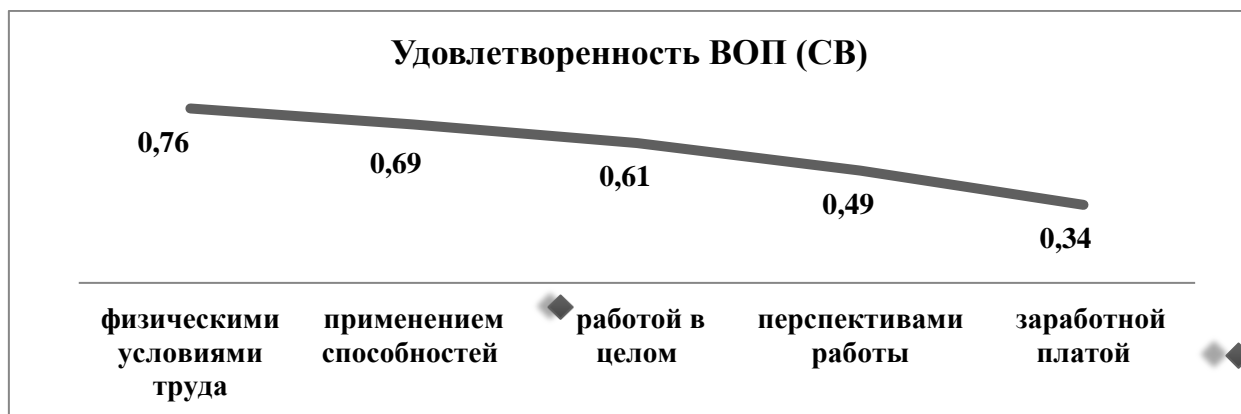


Рисунок 8 - Тренд снижения удовлетворенности работой ВОП (СВ) по компонентам опроса

Таким образом, значения факторов заработной платы и перспективы работы для ВОП (СВ) находятся в области низкой удовлетворенности работой и вносят значительный вклад в формирование показателя неудовлетворенности работой врача, соответствующий 57,4% и 27,3%, суммарно – 84,7% от всех изученных компонентов фактора по блоку «Удовлетворение от работы».

По совокупности множественных значений фактора, определяющего низкий и ниже среднего уровни удовлетворенности работой ВОП (СВ) медицинских организаций г.Москва, можно заключить, что функционирования системы мотивации и развития индивидуальных способностей врачей, а также их стимулирования не обеспечивает высокое эффективное управление в отношении кадрового состава врачей общей практики. Нормализация средних значений по шкалам опросника, позволил обосновать результаты количественных показателей для всей выборки ВОП (СВ), соотнесённых к генеральной совокупности врачей общей практики МО г. Москва.

### 3.7. Сравнительный анализ состояния компонентов удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью при разных уровнях ее снижения

Исходя из оценочных результатов по блоку «Удовлетворение от работы» и на основе интерквантильного ранжирования, полученные данные опроса позволили выделить уровни удовлетворенности ВОП (СВ) по 3 группам: 1) «низкий» уровень удовлетворения от работы ВОП (СВ), набравших менее 250 баллов; 2) «норма» - от 251 до 349 баллов; 3) «высокий» - 350 баллов и более (таблица 18).

Таблица 18 - Распределение в группах сравнения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по блоку «Удовлетворение от работы»

Уровень удовлетворения	Всего (N)	Доля, %
Высокий	49	14,4%
Норма	214	62,9%
Низкий	77	22,7%

Таким образом, показано, что 22,7% ВОП (СВ) имеют низкий уровень удовлетворения от работы. Далее представлены аналитические данные сравнения трех групп по каждому компоненту, входящему в блок «Удовлетворение работой». Для сравнения по количественным нормализованным показателям был использован непараметрический критерий Краскела-Уоллиса.

Сравнительный анализ состояния компонента «Перспективы работы» при разных уровнях удовлетворенности работой показан на рисунке 9.

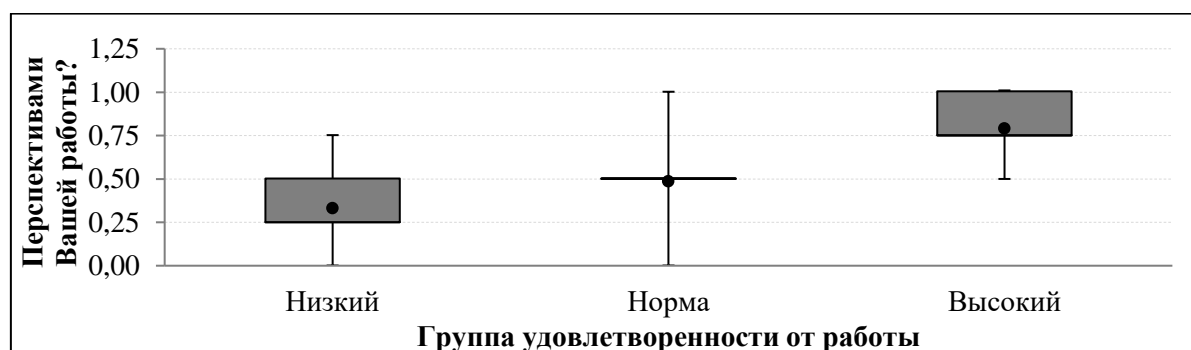


Рисунок 9 - Диаграммы размаха по компоненту «Перспективы работы» в группах сравнения «Удовлетворенности от работы»

По данным рисунка 9, проведенный сравнительный анализ трех групп по компоненту «Перспективы работы» выявил статистически значимые различия во всех ответах ВОП (СВ), это означает, что в зависимости от уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) по-разному оценивают дальнейшие перспективы в своей профессиональной деятельности. Сравнение трех групп по компоненту «Физические условия труда» показан на рисунке 10.

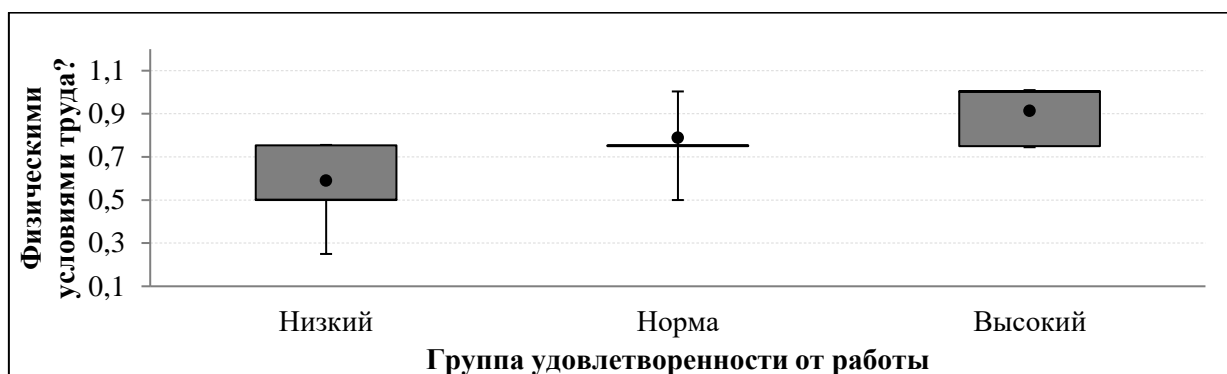


Рисунок 10 - Диаграммы размаха по компоненту «Физические условия труда» в группах сравнения «Удовлетворенности от работы»

Как видно из рисунка 10, подтверждены достоверно значимые различия между тремя группами сравнения по компоненту «Физические условия труда» ( $p < 0,0001$ ), что свидетельствует о различном восприятии физических параметров рабочей среды в зависимости от уровня удовлетворения работой.

Сравнительный анализ по компоненту «Применения способностей ВОП (СВ)» представлен на рисунке 11.

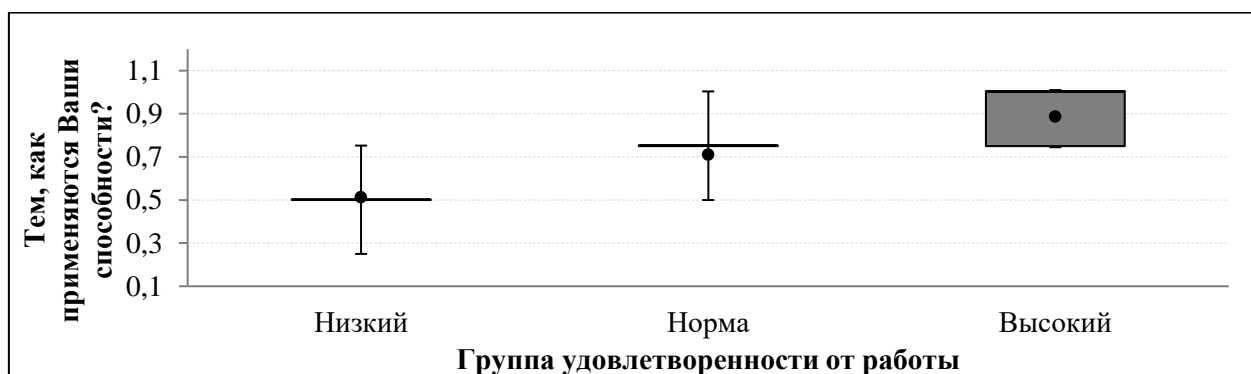


Рисунок 11 - Диаграммы размаха по компоненту «Применения способностей ВОП (СВ)» в группах сравнения «Удовлетворенности от работы»

Как видно из рисунка 11, подтверждены достоверно значимые различия между тремя группами сравнения по компоненту «Применения способностей ВОП (СВ)» ( $p < 0,0001$ ), по-разному воспринимают применения своих способностей и возможностей реализации их в медицинских организациях. Анализ по компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» в сравниваемых группах показан на рисунке 12.

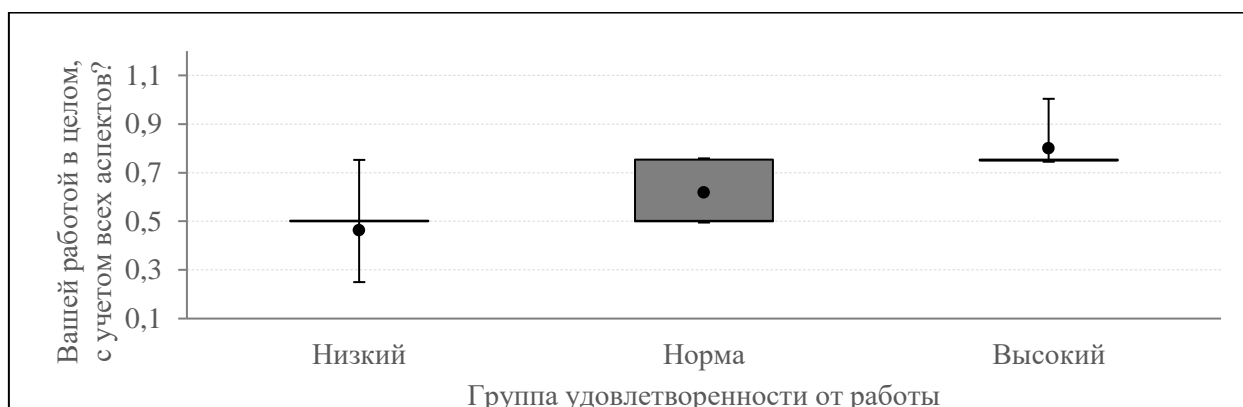


Рисунок 12 - Диаграммы размаха по компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» в группах сравнения «Удовлетворенности от работы»

Сравнительный анализ показал, что компоненту «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» достоверные различия имеются между всеми группами удовлетворенности работой ( $p < 0,0001$ ), что свидетельствует о различной оценке ВОП (СВ) всех аспектам работы, связанных с качеством рабочей среды и его влиянием на качество выполнения профессиональной работы в зависимости от уровня удовлетворения работой.

Сравнение трех групп по компоненту «Зарботная плата» показан на рисунке 13.

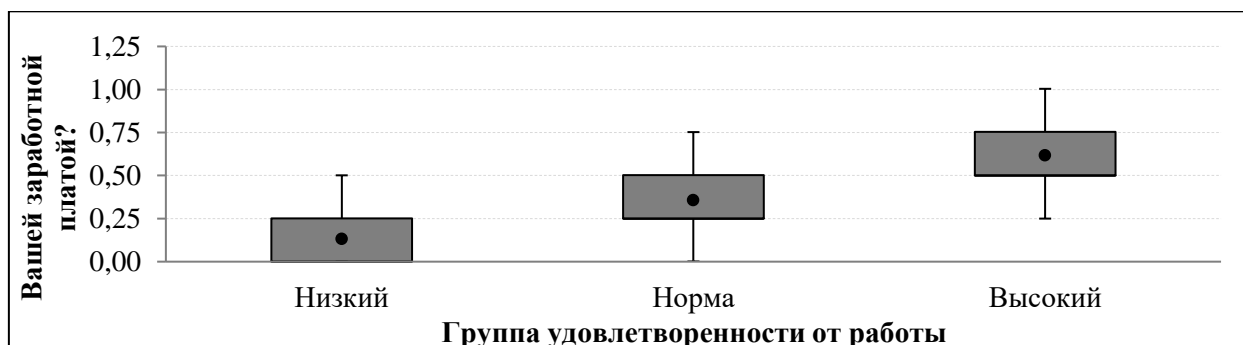


Рисунок 13 - Диаграммы размаха по компоненту «Заработная плата» в группах сравнения «Удовлетворенности от работы»

Как видно из рисунка 23 по компоненту «Заработная плата» в сравнительном анализе между всеми группами обнаружены достоверно значимые различия, что свидетельствует о том, что ВОП (СВ) в зависимости от уровня удовлетворенности работой по-разному оценивают справедливость оценки своего труда ( $p < 0,0001$ ).

Таким образом, сравнительный анализ средних показателей по компонентам, характеризующих удовлетворенность работой, по уровням «низкий», «норма», «высокий», выявил разную их оценку со стороны ВОП (СВ) со статистически значимыми различиями между группами сравнения ( $p < 0,0001$ ).

Для определения силы и направленности связи каждого анализируемого компонента с общей оценкой удовлетворения от работы нами был проведен корреляционный анализ по методу Спирмена (таблица 19).

Таблица 19 - Взаимосвязь между компонентами и фактором «Удовлетворение от работы»

Показатель	- перспективами Вашей работы?	- физическими условиями труда?	- тем, как применяются Ваши способности?	- Вашей работой в целом, с учетом всех аспектов?	- Вашей заработной платой?	Удовлетворение от работы
- перспективами Вашей работы?	1	0,2**	0,19**	0,46**	0,46**	0,67**
- физическими условиями труда?	0,2**	1	0,56**	0,46**	0,21**	0,64**
- тем, как применяются Ваши способности?	0,19**	0,56**	1	0,56**	0,31**	0,69**
- Вашей работой в целом, с учетом всех аспектов?	0,46**	0,46**	0,56**	1	0,53**	0,82**
- Вашей заработной платой?	0,46**	0,21**	0,31**	0,53**	1	0,72**
Удовлетворение от работы	0,67**	0,64**	0,69**	0,82**	0,72**	1

Выявлена сильная корреляционная связь между фактором «Удовлетворение от работы» и компонентами «Удовлетворение работой в целом, с учетом всех аспектов» ( $r=0,82$ ,  $p < 0,0001$ ), «Удовлетворение

заработной платой» ( $r=0,72$ ,  $p<0,0001$ ), а также умеренная взаимосвязь с компонентами «Удовлетворение от применения способностей врача» ( $r=0,69$ ,  $p<0,0001$ ), «Удовлетворение перспективами работы» ( $r=0,67^{**}$ ;  $p<0,0001$ ) и «Удовлетворение физическими условиями работы» ( $r=0,64$ ,  $p<0,0001$ ). Данный анализ подтвердил взаимовлияние компонентов с фактором «Удовлетворение от работы», а также позволил выявить сильную и умеренную связь между ними ( $p<0,0001$ ). Показано, что при увеличении оценочных результатов по каждому компоненту будет увеличиваться общая оценка фактора «Удовлетворение от работы», что является важным при дальнейшей разработке управленческих решений по увеличению удовлетворенности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью.

**Заключение по главе.** Для комплексной оценки условий работы ВОП (СВ) как значимого фактора влияния на стабильность психосоциального состояния и здоровья ВОП (СВ) проанализированы и систематизированы компоненты фактора «Удовлетворение от работы» с оценкой уровней удовлетворенности работой врачей общей практики МО г. Москва.

На значительном объеме статистических данных достоверно определено, что **22,7% ВОП (СВ)** отмечают низкий уровень удовлетворенности работой, что соответствует каждому четвертому ВОП (СВ). Коэффициент отклонения от оптимальной оценки составил 72,4%. Ранжирование оценочных результатов компонентов удовлетворенности выявило, что наибольший вклад в снижение этой характеристики имеют все компоненты, выраженные разной частотой выбора со стороны ВОП (СВ). Ранжированный ряд по снижению оценочных баллов составил удовлетворение от заработной платы (57,40%), перспективы работы (27,30%), применение способностей (3,50%), удовлетворение от работы в целом с учетом всех аспектов (4,1%), физическими условиями работы (1,8%), а также доказано, что при увеличении значений данных компонентов будет возрастать удовлетворение от работы ВОП (СВ) ( $p < 0,0001$ ).

По половозрастной характеристике респондентов с низкой оценкой удовлетворенности работой отметили 89,61% ВОП (СВ) – женщин, а также в возрастных группах «46-59 лет» - 50,65%, «36-45 лет» - 31,17% от числа всех респондентов (n=77).

Сравнительный анализ состояния компонентов удовлетворенности врача в группах сравнения с разным уровнем этой характеристики показал достоверные различия в группах «Низкий», «Норма» и «Высокий» уровень удовлетворения работой ВОП (СВ) по всем компонентам данного фактора ( $p < 0,0001$ ). Эти данные свидетельствуют, что механизмы улучшения необходимо использовать одновременно сразу по всем блокам удовлетворенности врача работой

Выявленное неблагополучие в состоянии удовлетворенности врачей ВОП (СВ) профессиональной деятельностью, а именно ее снижение практически по всем составляющим, определяет необходимость углубленного изучения причин ее формирования, что представлено в следующей главе.

## ГЛАВА 4. ОЦЕНКА ФАКТОРОВ, ОПРЕДЕЛЯЮЩИХ УРОВЕНЬ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ

В главе представлены результаты анализа влияния социально-гигиенических, психосоциальных производственных факторов на уровень удовлетворенности ВОП (СВ), профессиональной деятельностью, а также их взаимосвязи.

### 4.1. Анализа влияния социально-гигиенических факторов на уровень удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по половозрастным различиям

Статистически значимые различия в группах сравнения уровней удовлетворения от работы ВОП (СВ) по полу ( $p < 0,0093$ ) и возрасту ( $p < 0,0024$ ) подтверждены на основе проверки нулевой статистической гипотезы о равенствах распределений балльных оценок и выявления тех показателей, для которых нулевая гипотеза отвергается в пользу альтернативной (рисунок 14, рисунок 15).

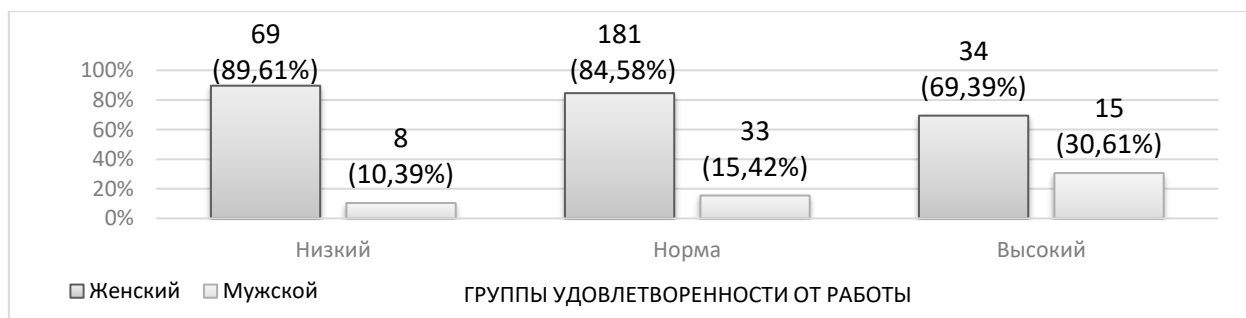


Рисунок 14 - Сравнение распределения в группах сравнения уровней показателя «Удовлетворение от работ» респондентов - ВОП (СВ) по полу, абс., %

Статистически значимые различия распределения уровней «низкий», «норма», «высокий» установлены во всех возрастных группах респондентов – ВОП (СВ),  $p = 0,0024$ .

На основании полученных данных видно, что в группе с наименьшими значениями низкого уровня удовлетворенности находятся ВОП (СВ) в возрастных группах «46-59 лет» (50,65%) и «36-45 лет» (31,17%); ВОП (СВ) в

возрастных группах «26 – 35 лет» составляют 7,79%. Вместе с тем, основная часть ВОП (СВ) в возрастной группе «60-75 лет» удовлетворены в пределах распределения ответов в «норме», а ВОП (СВ) в возрастных группах «18-25 лет» (8,16%) и «Старше 75 лет» (4,08%) – с высоким уровнем удовлетворенности работой.

Это подтверждается данными из рисунка 15, из числа ВОП (СВ) основная часть с низким уровнем удовлетворенностью работой была распределена среди ВОП (СВ) в возрастной группе «46-59 лет» - 50,7%; с «нормы» - «46-59 лет» (45,33%) и «36-45 лет» (37,38%) и с высоким уровнем – «18-25 лет» (8,16%) и «Старше 75 лет» (4,08%).

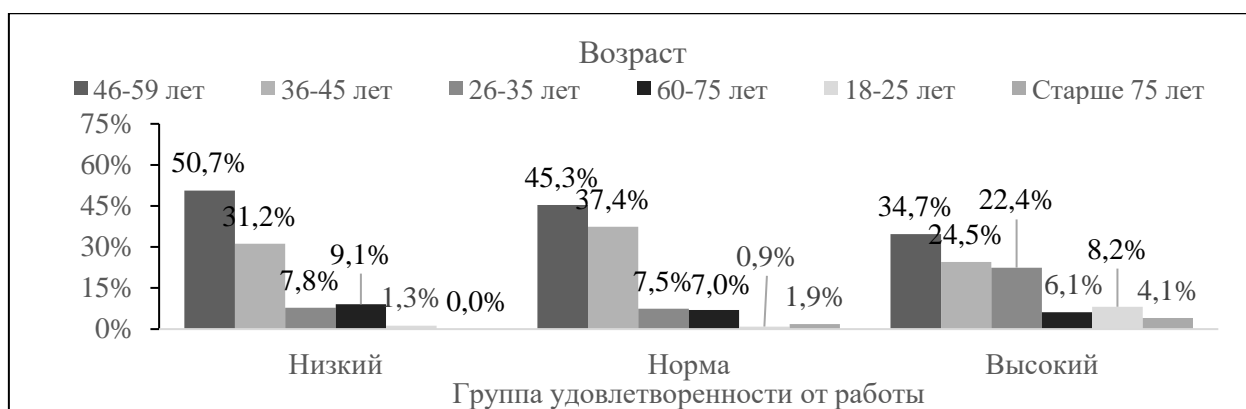


Рисунок 15 - Сравнение распределения в группах сравнения уровней показателя «Удовлетворения от работы» в возрастных группах респондентов – ВОП (СВ), %

#### **4.2. Анализа влияния факторов, связанных с психоэмоциональными характеристиками врача и условиями труда на удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью**

В этом подразделе представлены результаты детализованного анализа состояния факторов, связанных с психоэмоциональными характеристиками врача и условиями труда ВОП (СВ) (подраздел 4.2.1.), результаты нормализации средних оценочных результатов опроса ВОП (СВ) с ранжированием их количественных значений (подраздел 4.2.2.) и оценка силы связи этих факторов с уровнем удовлетворенности врача работой (подраздел 4.2.3.).

#### **4.2.1. Результаты детализованного анализа состояния факторов, связанных с психоэмоциональными характеристиками врача и условиями труда ВОП (СВ)**

С учетом высоких значений множественных компонентов, характеризующих изменения психосоциального состояния ВОП (СВ) при осуществлении профессиональной деятельности, как последствия низким уровнем удовлетворенности работой, нами проведен детализированный анализ факторов производственной среды и условий, характеризующих их деятельности по 146 вопросам опросника. Для наглядности и удобства расчета приводим описание полученных данных по каждому блоку опросника. Проведен количественный анализ факторов, определяющих удовлетворенность / неудовлетворенность работой ВОП (СВ) на основе градации оценочных результатов опроса в каждом блоке опросника.

**1. Блок «Количественные требования»** характеризует достаточность времени на выполнение основной работы в рабочее время. Средний показатель по блоку  $179,63 \pm 68,50$  (172,32; 186,94,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних показателей были оценены компоненты: «Хватает ли Вам времени на выполнение рабочих задач» ( $53,31 \pm 23,95$  (50,75; 55,86,  $p \leq 0,05$ ) баллов); «Как часто Вы не успеваете выполнить все свои рабочие задачи» ( $47,35 \pm 22,40$  (44,96; 49,74,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже средних показателей оценены компоненты: «Ваша рабочая нагрузка распределена неравномерно, поэтому она накапливается» ( $44,56 \pm 22,72$  (42,14; 46,98,  $p \leq 0,05$ ) баллов); «Отстаете ли Вы от графика выполнения своей работы» ( $34,41 \pm 21,20$  (32,15; 36,67,  $p \leq 0,05$ ), что указывает на низкое качество организации рабочего процесса.

**2. Блок «Темп работы»** характеризует интенсивность выполнения основной работы в рабочее время. Средний показатель по блоку  $232,94 \pm 60,05$  (226,53; 239,34,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя были оценены компоненты: «Приходится ли Вам работать в очень быстром темпе» ( $77,86 \pm 19,58$  (75,77; 79,95,  $p \leq 0,05$ ) баллов); «Работаете ли Вы в высоком темпе в течение дня» ( $77,79 \pm 21,37$  (75,51; 80,07,  $p \leq 0,05$ ) баллов), что указывает на

высокую напряженность труда ВОП (СВ). При этом, ниже среднего показателя был оценен компонент «Есть ли необходимость поддерживать высокий темп работы» ( $77,28 \pm 22,81$  ( $74,85; 79,71$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), т.е. отсутствует целесообразность ускорения трудовых процессов.

**3. Блок «Когнитивные требования»** характеризует нагрузку и интенсивность когнитивного компонента профессиональной деятельности на психоэмоциональное состояние ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $313,54 \pm 58,60$  ( $307,29; 319,80$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены компоненты, определяющие когнитивную удовлетворенность своей работой: «Приходится ли Вам выполнять во время работы несколько задач одновременно» ( $78,53 \pm 17,71$  ( $76,64; 80,42$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Требует ли Ваша работа умения генерировать идеи» ( $84,02 \pm 20,82$  ( $81,80; 86,24$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Требует ли Ваша работа запоминания большого объема информации» ( $84,40 \pm 18,21$  ( $82,45; 86,34$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). При этом факторы влияния на результат этой работы - «Требует ли Ваша работа принятия сложных решений» оценены ниже среднего показателя ( $66,59 \pm 17,49$  ( $64,73; 68,46$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и характеризуют наличие административных ограничений профессиональной активности ВОП (СВ).

**4. Блок «Эмоциональные требования»** характеризует эмоциональную нагрузку профессиональной деятельности на ВОП (СВ) при постоянном контакте с людьми (коллегами, пациентами и т.д.). Средний показатель по блоку  $210,56 \pm 59,50$  ( $204,21; 216,91$ ,  $p \leq 0,05$ ). Выше средних показателей были оценены компоненты «Является ли работа эмоционально тяжелой» ( $76,62 \pm 24,01$  ( $74,06; 79,18$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Подвергаетесь ли Вы на работе воздействию эмоционально-тревожных ситуаций» ( $70,78 \pm 19,97$  ( $68,65; 72,91$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), характеризующие высокий психосоциальный уровень профессиональной деятельности. Ниже среднего показателя оценены компоненты «Приходится ли Вам в рамках Вашей работы решать личные проблемы других людей» - ( $63,16 \pm 24,78$  ( $60,52; 65,81$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), что характеризует определенное дистанцирование личного участия ВОП (СВ) в

построении доверительных отношений при выполнении профессиональных и служебных обязанностей.

**5. Блок «Требование скрывать эмоции»** характеризует негативное влияние факторов администрирования этических требований в профессиональной деятельности ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $276,54 \pm 60,84$  (270,05; 283,03,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены компоненты «Обязаны ли Вы относиться ко всем одинаково, даже если Вам этого не хочется» ( $86,10 \pm 18,21$  (84,16; 88,05,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Требует ли Ваша работа, чтобы Вы скрывали свои чувства» ( $82,50 \pm 20,74$  (80,29; 84,71,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Требуется ли от Вас быть добрым и открытым по отношению ко всем, независимо от их отношения к Вам» ( $73,09 \pm 22,56$  (70,68; 75,49,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже среднего показателя был оценен компонент «Требует ли Ваша работа, чтобы Вы скрывали свое мнение» ( $34,85 \pm 25,81$  (32,10; 37,61,  $p \leq 0,05$ ), что свидетельствует о формировании внутреннего психологического конфликта и согласуется с оценочными показателями факторов в блоке «Эмоциональные требования».

**6. Блок «Влияние на работе»** характеризует возможности активного участия в принятии управленческих решений при осуществлении ВОП (СВ) профессиональной деятельности. Средний показатель по блоку  $239,71 \pm 84,34$  (230,71; 248,70,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены факторы «Оказываете ли Вы какое-либо влияние на то, как Вы выполняете свою работу» ( $84,04 \pm 14,40$  (82,51; 85,58,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Обладаете ли Вы большим влиянием на решения, касающиеся Вашей работы» ( $69,41 \pm 22,60$  (67,00; 71,82,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и характеризуют возможность влияния на управляемые / модифицируемые факторы риска со стороны ВОП (СВ). Вместе с тем, факторы, ограничивающие личные возможности ВОП (СВ) - «Можете ли Вы повлиять на объем порученной Вам работы» ( $13,97 \pm 20,40$  (11,79; 16,15,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Имеете ли Вы право выбирать, с кем работать» ( $15,81 \pm 23,48$  (13,30; 18,31,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Оказываете ли Вы какое-либо влияние на то, чем Вы занимаетесь на работе» ( $23,68 \pm 29,72$  (20,51; 26,85,  $p \leq 0,05$ ) баллов),

«Можете ли Вы повлиять на темпы своей работы» ( $32,79 \pm 22,10$  (30,44; 35,15,  $p \leq 0,05$ ) баллов) определены низкой оценкой, что свидетельствует об усилении административно-управленческого давления на работу ВОП (СВ) и ограничении инициативных действий врача, что дополнительно подтверждает низкую оценку «осознания роли» ВОП (СВ) в деятельности медицинской организации.

**7. Блок «Возможности для развития»** характеризует предикторы, способствующие профессиональному развитию и применению профессиональных навыков и компетенций ВОП (СВ) в медицинской организации. Средний показатель по блоку  $198,90 \pm 41,95$  (194,42; 203,37,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних показателей ВОП (СВ) оценивают свои навыки или опыт в своей работе «Можете ли Вы применять свои навыки или опыт в своей работе» ( $85,22 \pm 16,08$  (83,51; 86,94,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Однако, ниже оценены результаты, отнесенные к условиям профессиональной деятельности - «Дает ли Ваша работа возможность развивать свои навыки» ( $59,78 \pm 18,47$  (57,81; 61,75,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Есть ли у Вас возможность получать новые знания благодаря своей работе» ( $53,90 \pm 21,15$  (51,64; 56,15,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и характеризуют ограничения профессионального развития для накопления передового опыта.

**8. Блок «Разнообразие в работе»** оценивает монотонность и рутинность действий в профессиональной деятельности ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $70,37 \pm 28,26$  (67,35; 73,38,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Низкие оценочные результаты полщены по показателям «Является ли Ваша работа разнообразной» ( $44,85 \pm 21,28$  (42,58; 47,12,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Приходится ли Вам делать одно и то же снова и снова» имеет низкий оценочный результата ( $25,51 \pm 14,42$  (23,98; 27,05,  $p \leq 0,05$ ) баллов), характеризующие монотонные условия труда.

**9. Блок «Контроль рабочего времени»** направлен на выявление скрытых факторов психоэмоционального напряжения ВОП (СВ) в трудовом процессе. Средний показатель по блоку  $113,97 \pm 86,15$  (104,78; 123,16,  $p \leq 0,05$ )

баллов. Низкие оценочные результаты получены по компонентам «Приходится ли Вам работать сверхурочно» ( $33,82 \pm 18,20$  (31,88; 35,76,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Разрешается ли Вам брать отпуск по желанию» ( $25,22 \pm 32,04$  (21,80; 28,64,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Можете ли Вы покинуть рабочее место, чтобы поболтать с коллегой» ( $23,82 \pm 21,18$  (21,56; 26,08,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Можете ли Вы решить, когда сделать перерыв» ( $20,59 \pm 28,14$  (17,59; 23,59,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Если у Вас есть какие-то личные дела, можете ли Вы уйти с работы на полчаса без специального разрешения» ( $10,51 \pm 18,56$  (8,53; 12,49,  $p \leq 0,05$ ) баллов)), что свидетельствует о строгой зарегулированности порядка и времени отдыха врача.

**10. Блок «Значение работы»** формирует показатели оценки собственного отношения к работе и участия в деятельности медицинской организации со стороны ВОП (СВ). Выше среднего показателя были оценены значимость  $89,56 \pm 14,79$  (87,98; 91,14,  $p \leq 0,05$ ) и важность своей работы  $88,31 \pm 15,87$  (86,62; 90,00,  $p = 0,05$ ).

**11. Блок «Предсказуемость»** характеризует доступность своевременной необходимой информации ВОП (СВ) со стороны руководства медицинской организации. Средний показатель составил  $149,56 \pm 35,61$  (145,76; 153,36,  $p \leq 0,05$ ) балла. Выше среднего показателя ВОП (СВ) компоненты «Получаете ли Вы заблаговременно на своем рабочем месте информацию, например, о важных решениях, изменениях или планах на будущее?» -  $74,78 \pm 20,55$  (72,59; 76,97,  $p \leq 0,05$ ) баллов, «Получаете ли Вы всю необходимую информацию для качественного выполнения своей работы?» -  $74,78 \pm 18,27$  (72,83; 76,73,  $p \leq 0,05$ ).

**12. Блок «Признание»** характеризует отношения руководства медицинской организации к ВОП (СВ). Средний показатель  $180,22 \pm 47,35$  (175,17; 185,27,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены компоненты: «Признает и ценит ли руководство Вашу работу» -  $64,12 \pm 19,66$  (62,02; 66,21,  $p \leq 0,05$ ) баллов. При этом, ниже среднего показателя оценены «Уважает ли Вас руководство»  $57,06 \pm 17,33$  (55,21; 58,91,  $p \leq 0,05$ ) баллов и

«Справедливо ли с Вами обращаются ( $59,04 \pm 18,64$  ( $57,06$ ;  $61,03$ ,  $p \leq 0,05$ )) баллов.

**13. Блок «Осознание роли»** характеризует результативность работы ВОП (СВ). Средний показатель по блоку составил  $250,22 \pm 36,05$  ( $246,37$ ;  $254,07$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены компоненты, определяющие профессиональную пригодность «Есть ли у Вашей работы четкие цели» ( $83,82 \pm 13,69$  ( $82,36$ ;  $85,28$ ) баллов) и «Известно ли Вам, какие именно области входят в сферу Вашей ответственности» ( $87,57 \pm 15,42$  ( $85,93$ ;  $89,22$ ) баллов). Ниже среднего показателя были оценены компонент «Вы точно знаете, что от Вас ожидают на рабочем месте» -  $78,82 \pm 15,95$  ( $77,12$ ;  $80,53$ ) баллов.

**14. Блок «Конфликт ролей»** характеризует факторы, связанные с противоречивыми требованиями руководства при выполнении профессиональных обязанностей ВОП (СВ). Средний показатель по блоку составил  $88,97 \pm 39,49$  ( $84,76$ ;  $93,18$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены компоненты «Приходится выполнять работу по-другому, чем следовало» ( $45,51 \pm 21,39$  ( $43,23$ ;  $47,80$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Предъявляются ли Вам на работе противоречивые требования?» ( $43,46 \pm 21,54$  ( $41,16$ ;  $45,75$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**15. Блок «Необоснованные задания»** характеризует профессиональную пригодность отдельных поручений руководства медицинской организации. В градации «часто» ВОП (СВ) оценивают наличие необоснованных заданий в значительном объеме выполняемой ими работы ( $65,07 \pm 26,10$  ( $62,29$ ;  $67,86$ ,  $p \leq 0,05$ )) баллов.

**16. Блок «Качества руководства»** характеризует политику руководства медицинской организации, направленной на повышение мотивированности труда ВОП (СВ) и поддержание комфортной рабочей обстановки в учреждении. Средний показатель  $219,93 \pm 75,59$  ( $211,86$ ;  $227,99$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя ВОП (СВ) оценили компоненты: «хорошо планирует рабочие процессы» ( $65,74 \pm 21,44$  ( $63,45$ ;  $68,02$ ,  $p \leq 0,05$ ))

баллов) и «- умеет разрешать конфликтные ситуации» ( $63,97 \pm 23,12$  ( $61,50$ ;  $66,44$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже среднего показателя были оценены - «- гарантирует сотрудникам хорошие возможности для развития» ( $56,03 \pm 20,69$  ( $53,82$ ;  $58,24$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «-уделяет первостепенное внимание удовлетворенности выполняемой работой» ( $34,19 \pm 25,58$  ( $31,46$ ;  $36,92$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов)

**17. Блок «Социальная поддержка руководства»** характеризует социальную поддержку ВОП (СВ) – фактора, повышающего его профессиональную мотивированность. Средний показатель по блоку  $151,62 \pm 53,60$  ( $145,90$ ;  $157,34$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего показателя оценены «Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своего непосредственного начальника, если это необходимо» ( $52,94 \pm 22,03$  ( $50,59$ ;  $55,29$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Ваш непосредственный начальник обсуждает с вами, качество Вашей работы» ( $50,15 \pm 21,30$  ( $47,88$ ;  $52,42$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже среднего показателя были оценены компоненты «Как часто Ваш непосредственный начальник готов выслушать Ваши проблемы на работе, если это необходимо» ( $48,53 \pm 22,01$  ( $46,18$ ;  $50,88$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), что характеризует неполное развитие профессиональных коммуникаций, направленных на позитивные действия по улучшению качества работы ВОП (СВ).

**18. Блок «Социальная поддержка коллег»** характеризует влияние предикторов на формирование доверительных и хороших рабочих отношений в коллективе. Средний балл по блоку составил  $154,34 \pm 48,74$  ( $149,14$ ;  $159,54$ ,  $p \leq 0,05$ ). Выше средних показателей оценены показателю «Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своих коллег, если это необходимо» ( $58,75 \pm 18,88$  ( $56,74$ ;  $60,76$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Ваши коллеги готовы выслушать Ваши проблемы на работе, если это необходимо» ( $55,29 \pm 19,62$  ( $53,20$ ;  $57,39$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Низкие баллы присвоены показателю «Как часто Ваши коллеги обсуждают с Вами качество Вашей работы» ( $40,29 \pm 22,91$  ( $37,85$ ;  $42,74$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), характеризующий ограничения этих отношений в пределах личных контактов.

**19. Блок «Чувство коллективизма»** оценивает трудовую атмосферу, качество коллективных отношений внутри медицинской организации. Средний показатель  $221,84 \pm 39,81$  (217,59; 226,08,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Факторы, определяющие «Чувствуете ли Вы себя частью коллектива на своем рабочем месте» ( $84,34 \pm 16,27$  (82,60; 86,07,  $p \leq 0,05$ )) и «Существует ли хорошая рабочая атмосфера между Вами и Вашими коллегами» оценены высоко  $77,28 \pm 14,51$  (75,73; 78,83,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Ниже баллами оценены вопросы «Охотно ли коллеги идут на сотрудничество» -  $60,22 \pm 18,23$  (58,28; 62,16,  $p \leq 0,05$ ) баллов.

**20. Блок «Преданность работе»** оценивает профессиональный выбор и значимость работы для ВОП (СВ) в данной организации. Средний показатель по блоку составил  $285,44 \pm 95,19$  (275,29; 295,60,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних значений присвоены показателям «Работа имеет большую значимость»  $72,21 \pm 20,49$  (70,02; 74,39,  $p \leq 0,05$ ) баллов, «Удовлетворены тем, что являются частью своей организации»  $60,44 \pm 21,24$  (58,18; 62,71,  $p \leq 0,05$ ) балла. При этом факторы, характеризующие показатель «Вы думаете о поиске новой работы» оценили выше среднего показателя  $57,72 \pm 24,91$  (55,06; 60,38,  $p \leq 0,05$ ) балла и ниже – «Вам нравится рассказывать другим о своем месте работы?»  $47,43 \pm 26,79$  (44,57; 50,28,  $p \leq 0,05$ ) балла и «Порекомендовали бы Вы другим людям устроиться на работу к Вам?»  $47,65 \pm 24,02$  (45,08; 50,21,  $p \leq 0,05$ ) балла.

**21. Блок «Вовлеченность в работу»** характеризует профессиональную увлеченность ВОП (СВ). Средний показатель по блоку составил по блоку  $211,91 \pm 41,91$  (207,44; 216,38,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Респондентами было высоко оценено «Я погружен в свою работу» ( $86,25 \pm 15,13$  (84,64; 87,86,  $p \leq 0,05$ ) баллов и «Я с энтузиазмом отношусь к своей работе» ( $73,97 \pm 20,02$  (71,83; 76,11,  $p \leq 0,05$ ) баллов. При этом, наименьшая оценка по блоку -  $51,69 \pm 20,66$  (69,83; 53,11,  $p \leq 0,05$ ) баллов, присвоена фактору «На работе я чувствую, прилив энергии».

**22. Блок «Отсутствие гарантий занятости»** рассматривает факторы по оценке ВОП (СВ) стабильности рабочего места и его опасения потери

работы. Средний показатель по блоку  $214,26 \pm 61,98$  (207,65; 220,88,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокие баллы присвоены показателям «Вы боитесь остаться без работы» ( $87,35 \pm 22,84$  (84,92; 89,79,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Беспокоитесь ли Вы о том, что Вам будет трудно найти другую работу, если Вы потеряете работу» ( $82,72 \pm 27,24$  (79,81; 85,63,  $p \leq 0,05$ ) баллов), при этом факторы, определяющие причины опасений - «Вы беспокоитесь о том, что новые технологии оставят Вас без работы» ( $44,19 \pm 26,70$  (41,34; 47,04,  $p \leq 0,05$ ) баллов), свидетельствуют об оценке собственного потенциала в условиях новых требований.

**23. Блок «Неуверенность в условиях труда»** оценивает факторы, формирующие стабильность и защищенность трудовой деятельности ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $320,37 \pm 101,53$  (309,54; 331,20,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних получены по показателям, определяющих нестабильные показатели «Беспокоитесь ли Вы, что Ваша заработная плата может уменьшиться (сокращение, вводится переменная оплата...)» ( $87,57 \pm 25,37$  (84,87; 90,28,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Беспокоитесь ли Вы о том, что Вас могут перевести на другую работу без согласования с Вами» ( $68,82 \pm 29,72$  (65,65; 71,99,  $p \leq 0,05$ ) балл), «Беспокоитесь ли Вы о том, что Ваши рабочие задачи будут изменены против вашей воли» ( $67,87 \pm 28,72$  (64,80; 70,93,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже средних оценены «Беспокоитесь ли Вы, что Ваше расписание (смена, рабочие дни, время входа и выхода) может быть изменено против Вашей воли» ( $56,76 \pm 31,47$  (53,41; 60,12,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и (вдвое ниже) «Есть ли хорошие перспективы в Вашей работе» ( $39,34 \pm 24,33$  (36,74; 41,93,  $p \leq 0,05$ ) баллов), которые закладывают основу конфликта личной и профессиональной ситуации.

**24. Блок «Качество работы»** характеризует собственную оценку качества выполняемой работы ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $153,16 \pm 28,98$  (150,07; 156,25,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокие оценки качества выполняемой работы получены по показателям «Удовлетворены ли Вы качеством выполняемой работ» ( $77,13 \pm 15,75$  (75,45; 78,81,  $p \leq 0,05$ ) баллов), оценка степени удовлетворения от выполненных рабочих задач - «В какой степени Вы

считаете возможным удовлетворительное выполнение своих рабочих задач», имеет ниже оценку ( $76,03 \pm 16,15$  ( $74,31; 77,75$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). В оценочных результатах сопоставлялись скрытые предикторы возможностей реализации профессиональной активности ВОП (СВ).

**25. Блок «Конфликты на рабочем месте»** выявляет факторы, характеризующие конфликты в коллективе медицинской организации. Средний показатель  $258,75 \pm 107,12$  ( $247,32; 270,18$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокие оценочные баллы присвоены факторам «В связи с рабочими обязанностями, я должен внести изменения в свои планы на личную и семейную жизнь» ( $56,47 \pm 26,30$  ( $53,66; 59,28$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), что подтверждают следующие высокие оценочные показатели: «Чувствуете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас столько энергии, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни» ( $53,82 \pm 24,44$  ( $51,22; 56,43$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Считаете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас так много времени, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни» ( $52,57 \pm 24,72$  ( $49,94; 55,21$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов). При этом низкие оценочные баллы присвоены «Мешает ли Ваша работа Вашей личной и семейной жизни» ( $48,68 \pm 24,63$  ( $46,05; 51,30$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Бывают ли моменты, когда Вам нужно быть на работе и дома одновременно» ( $47,21 \pm 19,76$  ( $45,10; 49,31$ ,  $p \leq 0,05$ ), что согласно нашей интерпретации «от обратного» означает влияние скрытых факторов, повышающих психосоциальное напряжение ВОП (СВ).

**26. Блок «Горизонталь доверия»** характеризует факторы, формирующие доверительные отношения в коллективе. Средний показатель по блоку  $48,11 \pm 15,69$  ( $46,44; 49,80$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокий балл получен по показателю «Доверяют ли сотрудники друг другу в целом» ( $57,28 \pm 17,92$  ( $55,37; 59,19$ ,  $p \leq 0,05$ ) балла), как общую характеристику рабочей атмосферы на работе. Более точные факторы «Скрывают ли сотрудники информацию друг от друга» и «Скрывают информацию от руководства» оценены ниже средних показателей, составивших  $42,65 \pm 21,06$  ( $40,40; 44,89$ ,  $p \leq 0,05$ ) и  $44,41 \pm 20,99$  ( $42,17; 46,65$ ,  $p \leq 0,05$ ) баллов соответственно, оценены ниже средних

значений по шкале и характеризует ограничение доверие в коллективе в рамках служебных отношений.

**27. Блок «Вертикаль доверия»** характеризует взаимоотношения с руководством. Средний показатель по блоку  $57,39 \pm 14,27$  (55,87; 58,91,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокие баллы присвоены показателям «Могут ли сотрудники доверять информации, поступающей от руководства» ( $77,94 \pm 17,46$  (76,08; 79,80,  $p \leq 0,05$ ) и «Доверяет ли руководство сотрудникам хорошо выполнять свою работу» также высоко оценен -  $72,72 \pm 17,92$  (70,81; 74,63,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Ниже среднего оценены показатели «Скрывает ли руководство важную информацию от сотрудников» -  $46,03 \pm 26,45$  (43,21; 48,85,  $p \leq 0,05$ ) и «Могут ли сотрудники выражать свои эмоции и чувства» -  $32,87 \pm 19,46$  (30,79; 34,94,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Такая форма вертикального доверия указывает, с одной стороны, на четкое выполнение административным составом МО своих обязанностей и, с другой стороны, на строгую зарегулированность служебных отношений, ограничивающих обратную связь со стороны врачей.

**28. Блок «Справедливая организация труда»** оценивает справедливое распределение функциональных обязанностей и трудовой нагрузки; создание комфортных условий для профессиональной деятельности ВОП (СВ). Средний показатель по блоку составил  $45,30 \pm 18,84$  (43,29; 47,31,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокими баллами респонденты оценили «Справедливое распределение работы» ( $63,60 \pm 21,65$  (61,29; 65,91,  $p \leq 0,05$ ) балла). Низкие оценочные результаты присвоены факторам, характеризующие «Решаются ли конфликты честным путем?» ( $46,62 \pm 25,10$  (43,94; 49,30,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Поощряют ли сотрудников, если они хорошо выполнили свою работу?» ( $37,13 \pm 23,24$  (34,65; 39,61,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Все ли предложения сотрудников серьезно рассматриваются руководством?» ( $33,82 \pm 22,21$  (31,45; 36,19,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**29. В блоке «Здоровье»** приведены данные о собственной оценке ВОП (СВ) своего общего состояния здоровья и благополучия, с условием не разграничивать различие между симптомами, вызванными работой, и

симптомами, вызванными другими причинами. Задача состояла в том, чтобы описать, как ВОП (СВ) чувствуют себя в целом. Врачи дали средние баллы -  $60,51 \pm 21,33$  (58,24; 62,79,  $p \leq 0,05$ ), что свидетельствует о среднем состоянии здоровья за последние 4 недели.

**30. В блоке «Самооценка здоровья»** отображена более конкретная самооценка здоровья, оценка проводилась в 10-бальном диапазоне, где «0» - наихудшее состояние, «10» - наилучшее состояние здоровья. ВОП (СВ) дали положительные достаточно высокие баллы -  $7,43 \pm 1,58$  (7,26; 7,59,  $p \leq 0,05$ ).

**31. Блок «Проблемы со сном»** детализирует проблемы со здоровьем, связанные со сном за последние 4 недели у ВОП (СВ). Средний показатель  $168,46 \pm 83,10$  (159,59; 177,32,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних значений оценены показатели «Как часто Вы просыпались слишком рано и не могли снова заснуть» ( $52,21 \pm 31,18$  (48,88; 55,53,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы плохо и беспокойно спали» ( $45,66 \pm 23,39$  (43,17; 48,16,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Низкими баллами оценены факторы, уточняющие «Как часто Вы просыпались несколько раз, и Вам было трудно снова заснуть» ( $36,18 \pm 26,47$  (33,35; 39,00,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Как часто Вам было трудно заснуть» ( $34,41 \pm 23,19$  (31,94; 36,89,  $p \leq 0,05$ ) баллов), как видим, ответы формировались с осторожностью «о личном».

**32. Блок «Выгорание»** характеризует влияние факторов профессионального выгорания. Средний показатель  $233,01 \pm 82,39$  (224,23; 241,80,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше среднего были оценены почти все показатели «Как часто Вы чувствовали усталость» ( $65,81 \pm 21,34$  (63,53; 68,09,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы чувствовали себя измотанным» ( $56,10 \pm 22,99$  (53,65; 58,56,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы были эмоционально истощены» ( $58,75 \pm 23,10$  (56,29; 61,21,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы были физически истощены» ( $52,35 \pm 23,24$  (49,87; 54,83,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**33. Блок «Стресс»** выявляет факторы, формирующие накопление стресса. Средний показатель  $124,71 \pm 54,45$  (118,90; 130,51,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Высокая оценка дана факторам внутреннего психоэмоционального

напряжения – «Как часто Вы были напряжены» ( $57,87 \pm 24,19$  (55,29; 60,45,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже среднего показателя оценены факторы контроля эмоций «Как часто Вы были раздражительны» ( $39,85 \pm 18,42$  (37,89; 41,82,  $p \leq 0,05$ ) баллов) и «Как часто у Вас были проблемы с отдыхом» ( $26,99 \pm 26,29$  (24,18; 29,79,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**34. Блок «Соматический стресс»** характеризует показатели нарушенного состояния здоровья. Средний показатель  $27,94 \pm 17,25$  (26,1; 29,78,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше средних показателей оценены «Как часто у Вас было учащенное сердцебиение» ( $36,47 \pm 25,35$  (33,77; 39,17,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто у Вас болела голова» ( $33,90 \pm 22,31$  (31,52; 36,28,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто у Вас возникало напряжение в различных мышцах» ( $30,59 \pm 26,29$  (27,78; 33,39,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Низкие оценки получены на «Как часто у Вас болел живот» ( $10,81 \pm 18,29$  (8,86; 12,76,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**35. Блок «Когнитивный стресс»** выявляет факторы интеллектуальной напряженности. Средний показатель  $79,26 \pm 61,03$  (72,75; 85,77,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Наиболее высокие оценки присвоены «Как часто у Вас были трудности с запоминанием» ( $30,37 \pm 21,35$  (28,09; 32,65,  $p \leq 0,05$ ) баллов). Ниже средних показателей оценены факторы «Как часто у Вас возникали трудности с принятием решений» ( $18,16 \pm 16,38$  (16,41; 19,91,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто у Вас были проблемы с концентрацией внимания» ( $17,79 \pm 19,48$  (15,72; 19,87,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вам было трудно ясно мыслить» ( $12,94 \pm 17,33$  (11,09; 14,79,  $p \leq 0,05$ ) баллов), характеризующие значительное влияние компенсаторных реакций.

**36. Блок «Депрессивные симптомы»** выявляет скрытые факторы, характеризующие депрессивный синдром у ВОП (СВ). Средний показатель по блоку  $101,25 \pm 69,02$  (93,89; 108,61,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Выше баллами были оценены «Как часто Вы испытывали угрызение совести или чувство вины» ( $31,40 \pm 22,83$  (28,96; 33,83,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы испытывали чувство грусти» ( $30,00 \pm 22,41$  (27,61; 32,39,  $p \leq 0,05$ ) баллов), что характеризует наличие депрессивного компонента в общем самочувствии

ВОП (СВ). Ниже оценены показатели «Как часто Вам не хватало уверенности в себе» ( $20,15 \pm 20,29$  (17,98; 22,31,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Как часто Вы теряли интерес к повседневным вещам» ( $19,71 \pm 20,89$  (17,48; 21,93,  $p \leq 0,05$ ) баллов).

**37. Блок «Самоэффективность»** характеризует факторы эффективных действий ВОП (СВ) при разных рабочих ситуациях. Средний показатель по блоку  $362,34 \pm 121,28$  (349,40; 375,28,  $p \leq 0,05$ ) баллов. Получены выше средних показателей баллы по показателям «Что бы ни случилось, я обычно справляюсь» ( $67,42 \pm 20,55$  (65,23; 69,61,  $p \leq 0,05$ ), «Я всегда могу решить сложные проблемы, если очень постараюсь» ( $67,13 \pm 20,48$  (64,94; 69,31,  $p \leq 0,05$ ), что указывает на высокие мобилизационные возможности ВОП (СВ) для выполнения профессиональной деятельности в любой рабочей ситуации. Вместе с тем, факторы, определяющие личный выбор и возможность продолжения эффективной работы в неблагоприятных условиях, респондентами оценены ниже: «Когда у меня возникает проблема, я обычно могу найти несколько способов ее решения» ( $59,36 \pm 25,28$  (56,66; 62,05,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Мне легко придерживаться своих планов и достигать своих целей» ( $58,78 \pm 23,49$  (56,28; 61,29,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Я уверен, что смогу справиться с неожиданными событиями» ( $56,11 \pm 24,85$  (53,46; 58,76,  $p \leq 0,05$ ) баллов), «Если люди работают против меня, я нахожу способ добиться желаемого» ( $53,54 \pm 25,98$  (50,77; 56,32,  $p \leq 0,05$ ) баллов), характеризующие снижение психоэмоциональной готовности ВОП (СВ) к принятию тактических решений при возникновении ситуационных проблем на работе.

Таким образом, количественный анализ позволил провести сопоставление компонентов по каждому анализируемому фактору, определяющему «удовлетворенность» работой ВОП (СВ) категории с выше среднего, «неудовлетворенность» - ниже среднего показателя оценочных результатов опроса.

#### 4.2.2. Результаты анализа влияния психосоциальных факторов и условий труда ВОП (СВ), на удовлетворенность работой

Для сопоставления влияния психосоциальных факторов и факторов профессиональной среды на формирование удовлетворенности ВОП (СВ) работой использованы результаты нормализации средних оценочных результатов опроса ВОП (СВ) с ранжированием их количественных значений в цветовом спектре, соответствующем уровням воздействия (таблица 20).

Показано, что количественный анализ рангов нормализованных средних оценок психосоциальных факторов позволил обосновать следующее. Показано, что *положительные оценки* получены по факторам профессиональной деятельности ВОП (СВ): «Значение работы», «низкое осознание роли», «когнитивный стресс» и «качество работы», «Предсказуемость», «Депрессивные симптомы», «Чувство коллективизма», «Самооценка здоровья», «Соматический стресс», «Вовлеченность в работу»; *отрицательные* – «Влияние на работе», «Темп работы», «Неуверенность в условиях труда», «Необоснованные задания», «Разнообразие на работе», «Требования скрывать эмоции», «Эмоциональные требования», «Отсутствие гарантии занятости», «Контроль рабочего времени», «Неуверенность в условиях труда», «Темп работы» и «Когнитивные требования» При этом такие факторы, как «Выгорание», «Справедливая организация труда», «Горизонталь доверия», «Конфликты на рабочем месте», «Социальная поддержка коллег», «Социальная поддержка руководства», «Качества руководства», «Количественные требования», «Конфликт ролей», «Преданность работе», «Вертикаль доверия», «Удовлетворение от работы»,

Таблица 20 - Рейтинг ранжированных нормализованных средних оценок психосоциальных факторов опросника COPSOQ III в порядке возрастания

Показатель	Среднее значение
<b>Низкое</b> Значение работы	0,11
<b>Низкое</b> Осознание роли	0,17
Когнитивный стресс	0,2
<b>Низкое</b> Качество работы	0,23
<b>Низкая</b> Предсказуемость	0,25
Депрессивные симптомы	0,25
<b>Низкое</b> Чувство коллективизма	0,26
Самооценка здоровья	0,26
Соматический стресс	0,28
<b>Низкая</b> Вовлеченность в работу	0,29
<b>Низкие</b> Возможности для развития	0,34
<b>Низкое</b> Здоровье	0,39
<b>Низкая</b> Самоэффективность	0,4
<b>Низкое</b> Признание	0,4
Стресс	0,42
Проблемы со сном	0,42
<b>Низкое</b> Удовлетворение от работы	0,42
<b>Низкая</b> Вертикаль доверия	0,43
<b>Низкая</b> Преданность работе	0,43
Конфликт ролей	0,44
Количественные требования	0,45
<b>Низкие</b> Качества руководства	0,45
<b>Низкая</b> Социальная поддержка руководства	0,49
<b>Низкая</b> Социальная поддержка коллег	0,49
Конфликты на рабочем месте	0,52
<b>Низкая</b> Горизонталь доверия	0,52
<b>Низкая</b> Справедливая организация труда	0,55
Выгорание	0,58
<b>Низкое</b> Влияние на работе	0,6
Неуверенность в условиях труда	0,64
Необоснованные задания	0,65
<b>Низкое</b> Разнообразие в работе	0,65
Требование скрывать эмоции	0,69
Эмоциональные требования	0,7
Отсутствие гарантии занятости	0,71
<b>Низкий</b> Контроль рабочего времени	0,77
Темп работы	0,78
Когнитивные требования	0,78

«Проблемы со сном», «Стресс», «Признание», «Самоэффективность», «Здоровье», «Возможности для развития» **требуют внимания** для принятия корректирующих профилактических мер превенции.

На основе статистической обработки первичных данных проведено описание общих признаков психосоциального состояния врачей общей практики с измерением этих признаков по шкале наименований психосоциального международного опросника COSPOQ III (long version) и отождествлённых факторам психосоциального влияния. На момент проведения опроса получены числовые значения (в баллах) по каждому блоку опросника, характеризующие статистические признаки факторов, определяющих психосоциальную нагрузку на ВОП (СВ) на протяжении 12 последних месяцев до проведения опроса. Оценка факторов, формирующих удовлетворенность и неудовлетворенность работой ВОП (СВ), осуществлялась на основании проведенной категоризации в двух **аналитических** группах - «высокие» и «низкие» оценочные результаты опроса относительно их средних значений в каждом блоке опросника.

Таким образом, количественный анализ позволил провести сопоставление факторов, определяющих «удовлетворенность» работой ВОП (СВ) в группе с высокими оценочными результатами. Неудовлетворенность работой ВОП (СВ) определяли ниже средних значений бальной оценки факторов, что нами было принято в основу последующего факторного анализа психосоциального состояния врача общей практики во взаимосвязи с факторами профессиональной среды при осуществлении профессиональной деятельности.

Оценка силы связи психосоциальных и производственных факторов со снижением удовлетворенности врача работой проведена с использованием факторного анализа. Исследовательский факторный анализ применялся для проверки статистических отношений для множества шкал, описывающих значения опроса по 38 психосоциальным факторам работы и объясняющей

54,2% общей дисперсии, основанных на расчете суммы квадратов нагрузок (Приложение Г).

Получена приемлемая модель, которая согласно известным эмпирическим правилам, объясняет не менее половины общей дисперсии, а отношение шкал к извлеченным факторам составляет соотношение не менее 3:1, подтверждающее удовлетворительные результаты рассчитанных статистических отношений для множества шкал и выбранный подход к систематизации определяющих факторов «удовлетворенность и неудовлетворенность ВОП (СВ)» по областям влияния в профессиональной среде на основе следующих сгруппированных факторов.

Фактор 1. Мотивация, профессиональное развитие. На основании логического анализа обобщенных первичных данных опроса ВОП (СВ) в группе «Фактор 1» показано, что факторы, влияющие на удовлетворенность работой, распределены в области организационно-управленческой деятельности МО и на уровне индивидуального восприятия профессиональной деятельности – удовольствия от процесса труда. Данные представлены на рисунке 16.

Так, *высокие результаты опроса* респондентов относятся к оценке их представлениям о работе и измерения собственного места в профессиональной среде: «Преданность работе», «Вовлеченность в работу», «Осознание роли», «Справедливая организация труда», «Качество руководства», «Признание», «Чувство коллективизма», «Предсказуемость», «Количественные требования», «Возможности для развития», «Влияние на работе», «Разнообразие в работе», «Социальная поддержка руководства», «Социальная поддержка коллег», «Качество работы», «Конфликты на рабочем месте», «Горизонталь доверия», «Вертикаль доверия», «Самозффективность» и характеризуют факторы, определяющие влияние внутриорганизационных процессов. *Низкие оценочные результаты* присвоены совокупности факторов, формирующие проблемные области мотивации и личного развития в профессии ВОП (СВ)



Рисунок 16 - Схема распределения приоритетных факторов мотивации и развития профессиональной деятельности ВОП (СВ)

и относятся к области внутриорганизационных недостатков управления медицинской организацией. К факторам неудовлетворенности ВОП (СВ) отнесены оценка следующих качественных показателей: «Количественные

требования», «Возможности для развития», «Влияние на работе», «Разнообразие в работе», «Конфликт ролей», «Необоснованные задания», «Чувство коллективизма», «Признание», «Качество руководства», «Социальная поддержка руководства», «Социальная поддержка коллег», «Качество работы», «Вовлеченность в работу», «Конфликты на рабочем месте», «Горизонталь доверия», «Вертикаль доверия», «Справедливая организация труда», «Самозффективность».

Ранжирование низких оценочных баллов по 29 показателям в группе «Фактор 1. Мотивация, профессиональное развитие» позволило определить тренд наиболее низких факторов влияния на низкую мотивацию профессиональной деятельности и, соответственно, уровень неудовлетворительности работой ВОП (СВ): поощрение за хорошо выполненную работу, удовлетворенность заработной платой, отставание от графика выполнения работы, первостепенное внимание удовлетворенности врача своей работой, серьезное рассмотрение предложений сотрудников, возможность выражения сотрудниками своих чувств и эмоций, монотонная работа (приходится делать одно и то же), право выбора с кем работать, влияние на объем и темп работы.

*Сформированное краткое резюме по группе «Фактор 1. Мотивация, профессиональное развитие» включает:* на основании проведенного анализа логической связи между полученными ответами с балльными оценками выше и ниже среднего показателя в каждом блоке опросника в группе «Фактор 1. Мотивация, профессиональное развитие» показано, что на психосоциальное состояние удовлетворенности / неудовлетворенности работой ВОП (СВ) влияет множественность факторов, связанных с эмоциональной средой профессиональной деятельности и личными (семейными) обязательствами, обусловленные внутриорганизационными- административно-управленческими действиями МО г. Москва. С учетом этого, нами проанализированы факторы влияния управленческих решений на поддержку

и реализацию лидерских способностей ВОП (СВ) для выявления причин низкой мотивации к труду персонала в МО.

*Оценочный комплекс по Фактору 2. Лидерство* включает: систематизация оценочных результатов опроса ВОП (СВ) позволяет нам характеризовать ведущие факторы удовлетворенности в группе «Фактор 2», определяющие условия развития лидерских качеств ВОП (СВ) в медицинской организации. Так, **высокие результаты опроса** респондентов относятся к оценке: «Темп работы», «Когнитивные требования», «Эмоциональные требования», «Требования скрывать эмоции», «Контроль рабочего времени», «Значение работы», «Отсутствие гарантии занятости», «Неуверенность в условиях труда». К факторам неудовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью соотнесены оценка следующих качественных показателей: «Когнитивные требования», «Эмоциональные требования», «Требование скрывать эмоции», «Контроль рабочего времени», «Отсутствие гарантии занятости», «Неуверенность в условиях труда». Данные представлены на рисунке 17.



Рисунок 17 - Схема распределения факторов, связанных с личными способностями ВОП (СВ) («Фактор 2. Лидерство»)

*Краткое резюме по группе факторов («Фактор 2. Лидерство»), влияющих на удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью включает:* факторы, характеризующие удовлетворенность / неудовлетворенность ВОП (СВ) качеством организационно-управленческой деятельности медицинской организации по реализации своих лидерских способностей *с высокими и низкими оценочными результатами* опроса, условно разделены на 4 подгруппы: 1 подгруппа - Факторы, определяющие интенсивность трудовых процессов включают: темп работы; когнитивные требования; 2 подгруппа - Факторы, формирующие негативное отношение ВОП (СВ) к целесообразности интенсификации трудовых процессов включают; 3 подгруппа - Факторы, определяющие самооценку собственных лидерских способностей ВОП (СВ), а также 4 подгруппа- Факторы, сдерживающие их реализацию. Факторы, сдерживающие индивидуальные потребности ВОП (СВ) в общении с коллегами, или самостоятельной организации режима работы и его совмещения при возникновении личных дел, ограничивают реализацию лидерских способностей врачей, что также относится к нерешенной области внутриорганизационных технологий индивидуальной работы с кадрами (ВОП (СВ)) административно-управленческого корпуса МО г. Москвы. Таким образом, установлено, что внутриорганизационные факторы в медицинских организациях г. Москва создают профессиональную неудовлетворенность работой ВОП (СВ), которые связаны с высокой интенсивностью рабочего времени, в значительной степени ограничивающие их профессиональный рост и развитие, реализацию лидерских способностей, что приводит к снижению оценки своей роли и, соответственно, снижению мотивации и профессиональной активности при осуществлении профессиональной деятельности.

Обобщая многофакторный анализ рискованной обусловленности удовлетворенности работой по факторам, входящим в группу «Фактор 1. Мотивация и профессиональное развитие» и группу «Фактор 2. Лидерство» можно сказать, что противодействие факторам психосоциальной нагрузки на

врачей может явиться основой превенции снижения этой характеристики. Показано, что факторы, оказывающие негативное влияние на условия реализация индивидуальных способностей ВОП (СВ), в основном, обусловлены высокой интенсивностью труда, внутренним (личностным) конфликтом между профессиональной деятельностью и решением проблем в личной жизни, неуверенностью в перспективах работы, отсутствием поощрения за личный вклад в работу со стороны руководства и социальной поддержки коллег. Вследствие этого высокие оценочные результаты опроса о намерениях поиска нового места работы характеризуют высокое психосоциальное состояние ВОП (СВ). В контексте полученных аналитических данных выявленный фактор «поиск новой работы» также характеризует вынужденное состояние врача продолжать работу с качественным изменением его психосоциального состояния на «неудовлетворенность» работой, при длительном воздействии формирующего неудовлетворенность ВОП (СВ) работой.

В оценочный комплекс факторов, влияющих на удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью, по группе «*Фактор 3. Здоровье*» включены факторы, определяющие снижение профессиональной активности с депрессивным компонентом. Показано, что факторы *с высокими оценочными показателями* опроса респондентов относятся к логической характеристике психосоциального напряжения в работе ВОП (СВ), обусловленного внутриорганизационными процессами. Факторы производственной среды формируют предикторы негативного влияния на здоровье и профессиональную активность респондентов – ВОП (СВ) и условно разделили на 2 подгруппы: *1 подгруппа* - психосоциальное напряжение по условиям труда: «Когнитивный стресс»); «Стресс»; *2 подгруппа* - психосоциальные индивидуальные особенности ВОП (СВ): «Проблемы со сном», «Соматический стресс», «Когнитивный стресс», «Выгорание», «Депрессивные симптомы». Показано, что внутриорганизационные механизмы регулирования трудовых процессов в МО формируют негативные

факторы влияния на здоровье ВОП (СВ) по следующим определяемым показателям: «Эмоциональные требования», «Самооценка здоровья», «Стресс», «Контроль рабочего времени», «Депрессивные симптомы», «Когнитивный стресс», «Соматический стресс».

Последняя группа факторов (Фактор 3 «Здоровье»), связанных с условиями производственной среды и негативно влияющих на удовлетворенность профессиональной деятельностью представлена на рисунке 18.

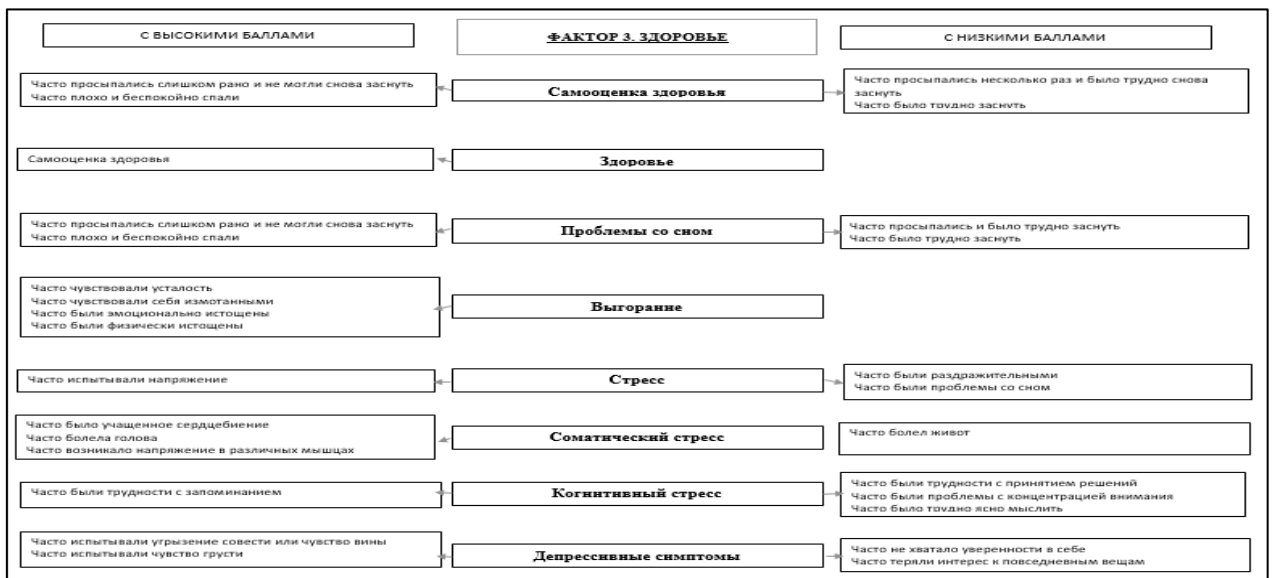


Рисунок 18 - Схема распределения приоритетных предикторов снижения удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью («Фактор 3. Здоровье»)

Для уточнения характеристик в блоке «Депрессивные симптомы» нами были сформированы дополнительные к основному опроснику ВОП (СВ) росы, характеризующие особые (или угрожающие) факторы психоэмоционального напряжения ВОП (СВ) и находящиеся в области личных и статусных взаимоотношений на работе. Установлено, что в течение последних 12 месяцев 35,9% респондентов – ВОП (СВ) еженедельно сталкиваются со сплетнями и клеветой, 29,1% - ежемесячно, 23,5% - несколько раз, **4,4 – ежедневно**, только 7,1% ответили – отрицательно.

Ранее в факторном анализе было показано, что ВОП (СВ) находятся в неблагоприятной среде, что подтверждено низкими оценочными результатами

опроса по блоку «Горизонталь доверия» показателей «Скрывают ли сотрудники информацию друг от друга» и «Скрывают информацию от руководства» оценены ниже средних показателей, составивших  $42,65 \pm 21,06$  (40,40; 44,89) и  $44,41 \pm 20,99$  (42,17; 46,65) баллов соответственно. Дополнительным подтверждением являются ответы респондентов ВОП (СВ) на прямой ВОП (СВ)рос «Участвовали ли вы в ссорах или конфликтах на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?», которые распределились: 43,5% - несколько раз, 30,6% - ежемесячно, **3,8% - еженедельно**, **1,5% - ежедневно** и только 20,6% - не участвовали.

В связи с этим предикторами психоэмоционального напряжения явились следующие более значимые показатели служебных отношений в коллективе, а именно респондентов-ВОП (СВ) подвергались неприятным насмешкам на рабочем месте **0,6% ежедневно**, **7,6% - еженедельно**, 17,9% - ежемесячно, 30,3% - несколько раз. Более устойчивая категория врачей к психоэмоциональному воздействию в коллективе составляет 43,5% респондентов - ВОП (СВ).

Отмечено наличие такого фактора как «преследованию через электронные ресурсы». На вопрос «Подвергались ли Вы преследованиям по поводу работы в социальных сетях (например, Facebook), по электронной почте или текстовым сообщениям в течение последних 12 месяцев?» получены такие данные как: 70,3% - «нет», 27,6% - «да, несколько раз», **2,1% - «да, ежедневно»**: «от кого?» - 29,2% «коллеги», 13,2% «клиенты/пациенты», 2,8% «коллеги/подчиненные», 0,9% «коллеги/ менеджеры/ начальник».

Более детальный анализ показал, что при множественном выборе ВОП (СВ) ответили, что 48,10% всех преследований наблюдались от коллег и пациентов, 29,20% - от коллег, 13,20% - от пациентов, 2,80% врачей указали коллег, начальство, подчиненных и пациентов (рисунок 19).



Рисунок 19 - Распределение ответов ВОП (СВ) в группе «Преследование на работе, множественный выбор», % от числа всех опрошенных ВОП (СВ)

Отмечено наличие фактора «нежелательное сексуальное внимание»: 0,3% - со стороны «клиента/пациента» - 47,1%, 5,9% - «коллеги», а 2,9% - «менеджера/начальника».

Угрозам насилия подвергались ежемесячно 1,5% респондентов ВОП (СВ), 27,6% - несколько раз со стороны «клиентов/пациентов» - 94,1%, «менеджера/начальника» - 2,9%, по 1% «коллеги» и «подчиненные».

Отмечено наличие фактора «физическое насилие на рабочем месте». В течение последних 12 месяцев подвергались ежемесячно 0,3% респондентов ВОП (СВ), несколько раз – 1,2% со стороны «клиентов/пациентов» - 62,5%, «коллеги» - 12,5%, «подчиненных» и «менеджеров/начальника» - по 12,5%.

Установлено наличие фактора «запугиванию на рабочем месте». В течение последних 12 месяцев» этот фактор имелся еженедельно – у 3,8% респондентов – ВОП (СВ), ежемесячно – у 5,3%, несколько раз – 43,5%, со стороны «менеджера/начальника» - 25,7%, «коллеги, менеджера/начальника» - 24,8%, «клиента/пациента» - 8,9%, «коллеги» - 2,8%, «подчиненных» - 0,5%. Запугивание означает, что человек неоднократно подвергается неприятному или унижающему достоинство обращению и что ему трудно защитить себя от этого.

Таким образом, данные, основанные на возможности использования перекрестного и прямого опроса с помощью опросника COPSOQ III, позволили выявить специфические факторы психоэмоционального напряжения ВОП (СВ), обусловленные отдельными случаями нарушения морально-этических правил: в среднем от 2 до 8% еженедельно и ежедневно в коллективе находятся в конфликтной ситуации; 93% ВОП (СВ) сталкиваются со сплетнями и клеветой, 80% сами участвуют в ссорах и конфликтах, 56,5% - подвергаются неприятным насмешкам, что в значительной степени позволяет объяснить низкие оценки респондентов по блокам «Преданность работе», «Вовлеченность в работу», «Справедливая организация труда», «Признание», «Чувство коллективизма» (группа «Фактор 1»).

Далее нами были совмещены анализ ранжирования нормализованных оценочных результатов (таблица 20) и факторный анализ (Приложение Г), что позволило выявить факторы скрытой неудовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью в каждой группе врачей (рисунок 20).

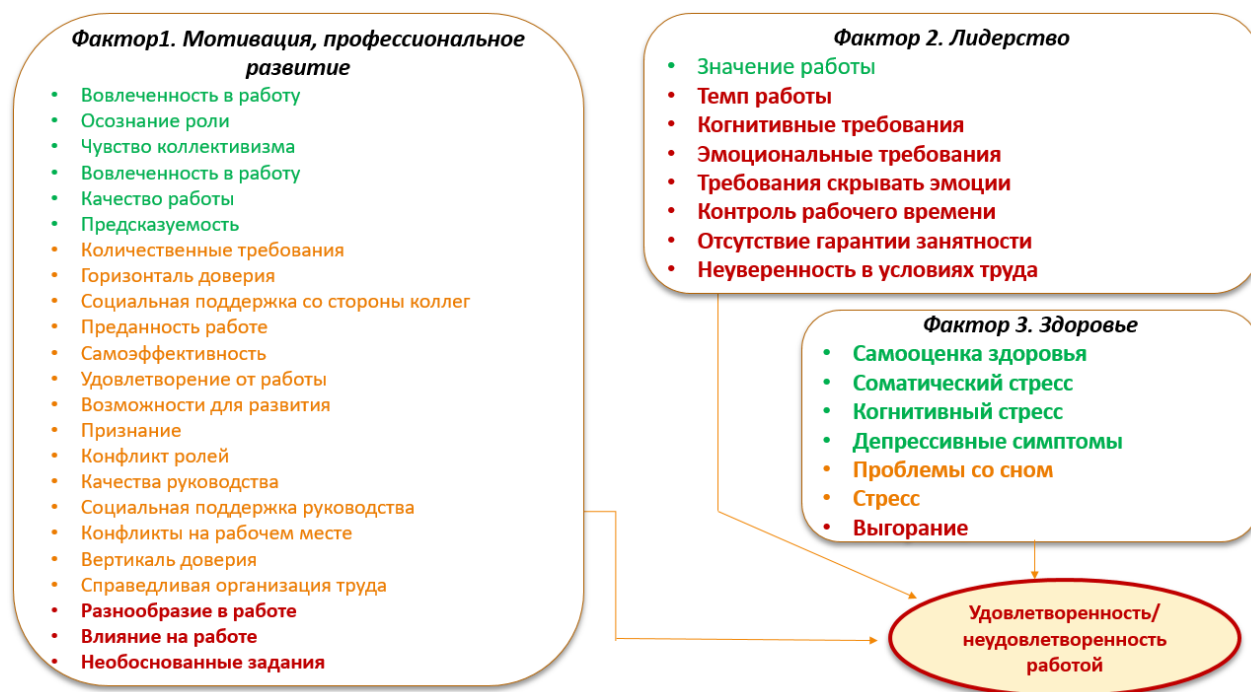


Рисунок 20 - Скрытые факторы неудовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью

Для оценки влияния этих дополнительных факторов на уровень удовлетворенности ВОП (СВ) работой проведено сравнение распределение

количественных нормализованных показателей по установленным дополнительным факторам удовлетворенности / неудовлетворенности работой ВОП (СВ), использован непараметрический критерий Краскела-Уоллиса. Для удобства результаты сравнения групп по фактору удовлетворенности работой, мы описывали по блокам опросника.

По фактору «Темп работы» статистически значимые различия в распределении уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) не выявлены (рисунок 21).

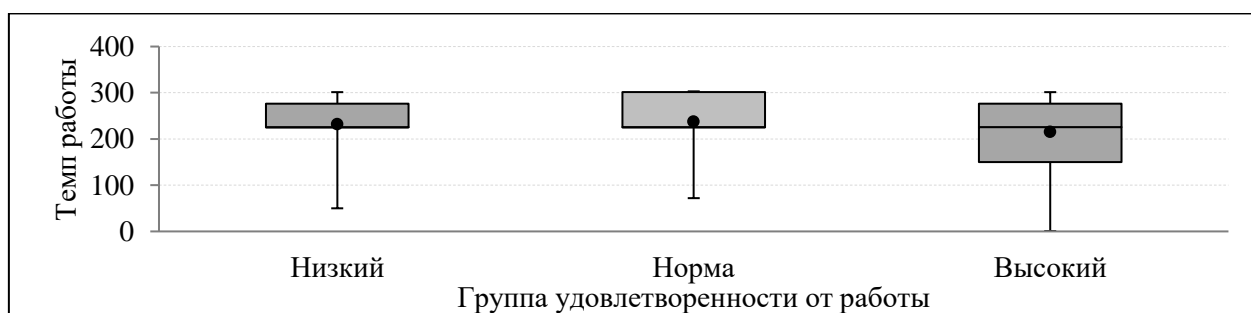


Рисунок 21 - Диаграммы размаха распределения в группах сравнения уровней «Удовлетворенности от работы» по фактору «Темп работы»

Полученные данные означают, что независимо от уровня удовлетворенности работой все ВОП (СВ) одинаково высоко оценивают интенсивность выполнения основной работы в рабочее время, что было показано при ранжировании нормализованных оценок в Главе 4 (таблица 20).

По фактору «Когнитивные требования» статистически значимые различия в распределении уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) не выявлены. Полученные данные означают, что независимо от уровня удовлетворенности работой все ВОП (СВ) одинаково высоко оценивают высокую нагрузку и интенсивность когнитивного компонента профессиональной деятельности и соответствует ранжированию нормализованных оценок в Главе 4 (таблица 20).

Получено разное статистически значимое подтверждение достоверности распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Контроль рабочего времени». Сравнительный анализ показал, что по фактору «Контроль рабочего времени» достоверны различия в группах

сравнения уровней «Низкий» – «Высокий» ( $p < 0,0001$ ) и «Норма» – «Высокий уровень» ( $p < 0,0063$ ) удовлетворенности работой ВОП (СВ). При этом, в группах сравнения уровней «Низкий» - «Норма» удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Контроль рабочего времени» статистически значимые различия не выявлены ( $p < 0,1407$ ), что указывает на одинаково высокое напряжение в трудовом процессе.

Получено разное статистически значимое подтверждение достоверности распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Отсутствие гарантии занятости». Сравнительный анализ показал, что по фактору «Отсутствие гарантии занятости» достоверны различия в группах сравнения уровней «Низкий» - «Высокий» ( $p < 0,0002$ ) и «Норма» - «Высокий» ( $p < 0,0041$ ) удовлетворенности работой ВОП (СВ). При этом, в группах сравнения уровней «Низкий» - «Норма» удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Отсутствие гарантии занятости» статистически значимые различия не выявлены ( $p < 0,1407$ ), что указывает на то, что в данных группах одинаково высокие опасения потери и стабильности работы.

По фактору «Эмоциональные требования» выявлены статистически значимые различия в распределении уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ). Полученные данные означают установленные статистически значимые различия в группах сравнения уровней «Низкий»-«Высокий» ( $p < 0,0005$ ) и «Низкий»-«Норма» ( $p < 0,0118$ ) удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Эмоциональные требования». При этом отсутствие достоверных различий в группах сравнения уровней «Норма» - «Высокий» ( $p < 0,1361$ ) указывают на одинаково высокую эмоциональную нагрузку, обусловленную постоянным контактом с людьми (коллегами, пациентами и т.д.) в профессиональной деятельности ВОП (СВ).

Получено разное статистически значимое подтверждение достоверности распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Требования скрывать эмоции». Полученные данные

подтверждают достоверность статистического распределения в группах сравнения уровней «Низкий» - «Норма» ( $p < 0,0283$ ) и отсутствие статистически значимых различий в группах сравнения уровней «Норма»-«Высокий» ( $p < 0,9926$ ) и «Низкий»-«Высокий» ( $p < 0,1231$ ) удовлетворенности работой ВОП (СВ), что является дополнительным подтверждением высокой эмоциональной нагрузки на работе ВОП (СВ), усиленной определенными административными вмешательствами.

Получено разное статистически значимое подтверждение достоверности распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Разнообразию в работе». Полученные данные о достоверности статистического распределения в группах сравнения уровней «Низкий» - «Высокий» ( $p < 0,0035$ ) и «Норма»-«Высокий» ( $p < 0,0149$ ) и отсутствие статистически значимых различий в группах сравнения уровней ( $p < 0,9926$ ) и «Низкий»-«Норма» ( $p < 0,5061$ ) удовлетворенности работой ВОП (СВ), подтверждающие их признание высокого уровня монотонности и рутинности действий в профессиональной деятельности.

Достоверность различий распределения в группах сравнения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Необоснованные задания» подтверждена. Полученные данные подтверждают достоверность статистического распределения во всех группах сравнения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p < 0,0001$ ), в том числе в группах сравнения «Низкий»-«Норма» ( $p < 0,0001$ ), «Низкий» - «Высокий» ( $p < 0,0001$ ), «Норма»-«Высокий» ( $p < 0,0001$ ), что свидетельствует о том, что ВОП (СВ) независимо от уровня удовлетворенности работой одинаково высоко оценивают наличие необоснованных заданий в значительном объеме выполняемой работы.

Получены статистически значимые различия и подтверждение достоверности распределения в группах сравнения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Неуверенность в условиях труда». Достоверные различия между группами сравнения уровней

удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Неуверенность в условиях труда» ( $p < 0,0001$ ) свидетельствует об одинаковом ощущении нестабильности и незащищенности в трудовой деятельности ВОП (СВ).

Сравнительные данные в группах распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Влияние на работе» имеет разные статистические различия. Подтверждена достоверность различий в распределении уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) в группах сравнения «Низкий»-«Высокий» ( $p < 0,0001$ ) и «Норма»-«Высокий» ( $p < 0,0001$ ) уровни и отсутствие статистически значимых различий в группах сравнения уровней «Низкий»-«Норма» ( $p < 0,1582$ ), что позволяет констатировать, что ВОП (СВ) равно оценивают возможность активного участия в принятии управленческих решений при осуществлении своей профессиональной деятельности.

Таким образом, результаты сравнительного анализа статистической значимости распределения нормализованных показателей в группах сравнения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) позволили нам получить статистически обоснованное подтверждение высокого влияния психосоциальных факторов «Контроль рабочего времени» ( $p < 0,0001$ ), «Отсутствие гарантии занятости» ( $p < 0,0001$ ), «Эмоциональные требования» ( $p < 0,0002$ ), «Разнообразие в работе» ( $p < 0,0015$ ), «Необоснованные задания» ( $p < 0,0001$ ), «Неуверенность в условиях труда» ( $p < 0,0001$ ), «Влияние на работе» ( $p < 0,0001$ ) позволили подтвердить их влияние на формирование статистически значимых уровней удовлетворенности ВОП (СВ) работой ( $p < 0,0001$ ), половой принадлежности ( $p < 0,0093$ ) и возраста ( $p < 0,0024$ ). При этом, данные о статистически незначимых различиях распределения уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по факторам «Темп работы» ( $p < 0,3615$ ), «Когнитивные требования» ( $p < 0,4035$ ), «Требование скрывать эмоции» ( $p < 0,0202$ ) позволяют обобщить равное распределение трудовых нагрузок в профессиональной деятельности ВОП (СВ). По остальным аналитическим группам сравнения уровней «низкий», «норма», «высокий» по

фактору «Удовлетворение от работы» ВОП (СВ) установлены статистически достоверные различия ( $p < 0,001$ ).

Выполнены корреляционный и регрессионные анализы для установления причинно-следственных связей между факторами, определяющими показатели удовлетворенности/неудовлетворенности работой ВОП (СВ).

Выявлена умеренная обратно пропорциональная корреляционная связь ( $p < 0,0001$ ) между факторами «Удовлетворение работой» и «Выгорание» ( $r = -0,5$ ), «Проблемы со сном» ( $r = -0,47$ ), «Стресс» ( $r = -0,5$ ), «Соматический стресс» ( $r = -0,42$ ), «Когнитивный стресс» ( $r = -0,48$ ), «Депрессивные симптомы» ( $r = -0,57$ ), «Конфликты на рабочем месте» ( $r = -0,35$ ), «Неуверенность в условиях труда» ( $r = -0,34$ ), «Отсутствие гарантии занятости» ( $r = -0,2$ ), это означает, что чем выше уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ), тем ниже уровень выгорания и негативные психосоциальные факторы, представленные в анализе. Прямо пропорциональная корреляционная связь ( $p < 0,0001$ ) выявлена между факторами «Удовлетворение работой» и «Чувство коллективизма» ( $r = 0,53$ ), «Преданность работе» ( $r = 0,7$ ), «Вовлеченность в работу» ( $r = 0,44$ ), «Качество работы» ( $r = 0,48$ ), «Горизонталь доверия» ( $r = 0,22$ ), «Вертикаль доверия» ( $r = 0,49$ ), «Справедливая организация труда» ( $r = 0,67$ ), «Здоровье» ( $r = 0,34$ ), «Самооценка здоровья» ( $r = 0,38$ ) и «Самоеффективность» ( $r = 0,38$ ), это означает, что чем выше удовлетворение ВОП (СВ) от работы, тем больше повышаются «позитивные» психосоциальные факторы.

Для разработки управленческих решений по снижению факторов негативного влияния, формирующих неудовлетворенность работой ВОП (СВ) проведен регрессионный анализ. Исследование выявило статистически значимые взаимосвязи ( $p < 0,0001$ ) между ключевыми факторами: «Удовлетворенность работой» и «Социальная поддержка руководства» ( $R^2 = 34,51$ ), далее по логической цепочке - «Социальная поддержка руководства» и «Качество руководства» ( $R^2 = 55,1$ ), «Качество руководства» и «Справедливая организация труда» ( $R^2 = 54,5$ ), «Справедливая организация

труда» и «Социальная поддержка руководства» ( $R^2=57,5$ ), «Качество руководства» и «Преданность работе» ( $R^2=50,4$ ).

**Заключение главе.** Результаты анализа с использованием специального опросника оценки взаимоотношения ВОП (СВ) и характеристик производственной среды выявили комплекс факторов риска снижения удовлетворенности работой ВОП (СВ).

На основе доказанной валидности опросника и факторного анализа оценочных результатов опроса ВОП (СВ) обоснована корреляция между факторами снижения мотивации, профессионального развития и условий для реализации лидерских способностей ВОП (СВ) в профессиональной деятельности. Выявлено, что в модели «Удовлетворение от работы» в линейной регрессии определяющим фактором является фактор «Социальная поддержка руководства» (34,51% дисперсии). Далее по логической последовательности развития низкого уровня удовлетворенности врачей общей практики показано, что в модели «Социальная поддержка руководства» определяющим фактором является «Качество руководства» (55,1% дисперсии), в модели «Качество руководства» - «Справедливая организация труда» (54,5% дисперсии), что в модели «Качество руководства» определялся 50,2% дисперсии фактора «Преданность работе». Обоснованы наиболее значимые 11 психосоциальных фактора, определяющих низкий уровень удовлетворенности работой у 34,1% ВОП (СВ). Выявленные горизонтальные связи между факторами риска снижения удовлетворенности ВОП (СВ) работой можно рассматривать как основу комплексного подхода к управлению, ориентированному на минимизацию рисков.

В следующем разделе представлены результаты анализа медико-социальной значимости состояния удовлетворенности ВОП (СВ) работой с позиций качества медицинской помощи.

## ГЛАВА 5. МЕДИКО-СОЦИАЛЬНАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ПОВЫШЕНИЯ ХАРАКТЕРИСТИКИ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ У ВОП (СВ) В УПРАВЛЕНИИ КАЧЕСТВОМ ОКАЗЫВАЕМОЙ ИМИ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Целью исследований в настоящей главе явилось обоснование сниженной удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью на уровне показателей выгорания врача, а также удовлетворенности пациента медицинской помощью и качеством взаимодействия со стороны врача.

### 5.1 Обоснование влияния сниженной удовлетворенности ВОП (СВ) работой на развитие у него характеристики «Профессиональное выгорание»

На основании взаимосвязи между факторами «Удовлетворенность работой» и «Выгорание» ( $r=-0,5$ ,  $p < 0,0001$ ) был выполнен регрессионный анализ, где ведущим фактором является «Удовлетворение от работы» зависимым – «Выгорание» (рисунок 22).

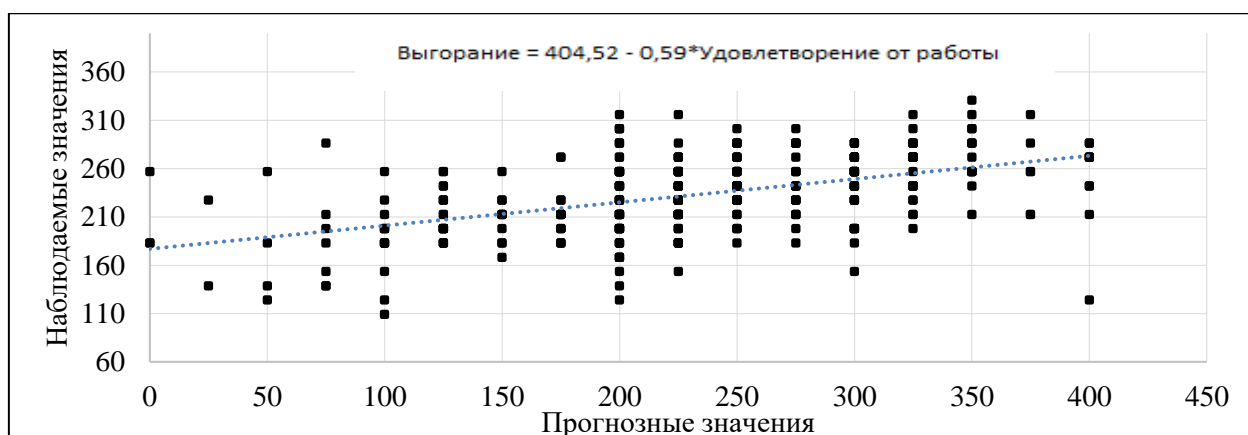


Рисунок 22 - Регрессионная зависимость факторов «Удовлетворенность работой» и «Выгорание» ВОП (СВ).

Показано, что среднее изменение значений показателя «Выгорание» уменьшается на 0,59 баллов при увеличении значений показателя «Удовлетворенность работой», при этом регрессионная модель объясняет 24,1% дисперсии ( $R^2=24,1$ ,  $p < 0,0001$ ).

Далее в сравнительном анализе нормализованных значений показателя «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) в группах по уровням «Низкий», «Норма», «Высокий» определяли статистические различия влияния на уровень его выгорания (таблица 21).

Таблица 21 - Результаты сравнения показателя «Выгорание» по компонентам в разных группах показателя по уровням «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ)

Компоненты Выгорания ВОП (СВ)	Уровень удовлетворенности работой			Уровень Р (Низкий - Норма)	Уровень Р (Низкий - Высокий)	Уровень Р (Норма - Высокий)
	М ± S (N=77) Низкий	М ± S (N=214) Норма	М ± S (N=49) Высокий			
Как часто Вы чувствовали себя измотанным?	0,71 ± 0,19	0,55 ± 0,21	0,37 ± 0,23	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Как часто Вы были физически истощены?	0,64 ± 0,21	0,52 ± 0,21	0,34 ± 0,26	0,0003	<0,0001	0,0001
Как часто Вы были эмоционально истощены?	0,75 ± 0,18	0,58 ± 0,21	0,38 ± 0,22	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Как часто Вы чувствовали усталость?	0,78 ± 0,18	0,65 ± 0,20	0,48 ± 0,21	<0,0001	<0,0001	<0,0001
<b>Выгорание</b>	<b>0,72 ± 0,16</b>	<b>0,58 ± 0,18</b>	<b>0,39 ± 0,21</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>	<b>&lt;0,0001</b>

На основании результатов статистического анализа с применением разных методов (корреляционного, регрессионного) подтверждена достоверность взаимосвязи между изучаемыми показателями «Выгорание» с уровнями показателя «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) в группах «Низкий – Норма», «Низкий – Высокий», «Норма – Высокий» были на уровне  $p < 0,0001$ .

На рисунке 23 представлены данные о различии «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) по показателю «Выгорание», где диаграмма размаха изображает одномерное распределение относительно медианных значений максимальное и минимальное значения аналитической выборки показателя «Выгорание» в группах сравнения «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ).

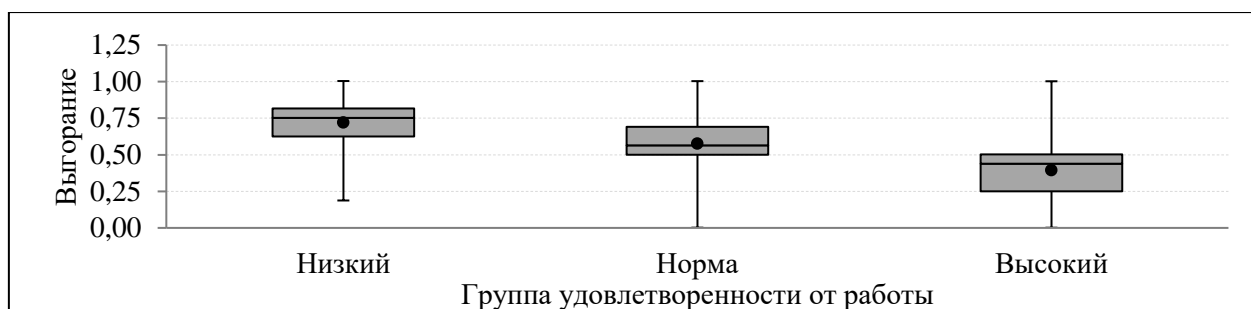


Рисунок 23 - Статистические данные о взаимосвязи показателя «Выгорание» с уровнями показателя «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ)

Проведен детализированный статистический анализ качества взаимосвязи и влияния уровней показателя «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) на показатель «Выгорания» по всем изученным компонентам и установлена достоверность взаимосвязи между изучаемыми показателями в группах «Низкий – Норма», «Низкий – Высокий», «Норма – Высокий» были на уровне ( $p < 0,0001$ ).

В рамках проверочных исследований дополнительно проведен статистический анализ с применением метода Хи-квадрат, результаты которого подтвердили полученные ранее данные о наличии статистически значимых различий в разных уровнях фактора «Выгорания» в зависимости от уровней «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) по группам сравнения (таблица 22).

Таблица 22 – группы сравнения «Удовлетворенность работой» и «Выгорание» ВОП (СВ)

Группа удовлетворенности работой \ Группа выгорание	Низкий (N=77)	Норма (N=214)	Высокий (N=49)	Всего	Уровень P, (df=4)	Уровень P (Низкий - Норма)	Уровень P (Низкий - Высокий)	Уровень P (Норма - Высокий)
Норма	42 (54,55%)	142 (66,36%)	21 (42,86%)	205	<0,0001	<0,0001	<0,0001	<0,0001
Низкий	3 (3,90%)	47 (21,96%)	27 (55,10%)	77				
Высокий	32 (41,56%)	25 (11,68%)	1 (2,04%)	58				

Как видно из данных таблицы, в группе «Высокий» уровень удовлетворенности работой 55,10% ВОП (СВ) - 27 чел. находятся в группе показателя «Низкий» уровень выгорания (42,9% - «Норма» и 2,0% -

«Высокий», достоверность различий  $p < 0,0001$ ). В группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) (наиболее уязвимая медико-социальная группа врачей), уровни показателя «Выгорания» распределились достоверными различиями ( $p < 0,0001$ ): «Высокий» - 41,56% (32 чел.), «Норма» - 54,55% (42 чел.), «Низкий» 3,9% (3 чел.).

В связи с установленными данными проведены исследования по изучению влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на качество взаимодействия со стороны врача с пациентом и показателя его удовлетворенности оказанной медицинской помощью.

## **5.2. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на уровень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью**

Для обоснования данного предположения проводился параллельный опрос пациентов и анализ полученных данных с использованием международного опросника EUROPER.

По итогам систематизации оценочных результатов опроса пациентов с использованием методологии параллельного одномоментного опроса ВОП (СВ) и пациентов, которые посещали своего ВОП (СВ) минимально один раз за последний год, мы получили объективные данные, характеризующие уровень удовлетворения пациентов от полученной медицинской помощи в МО г. Москвы. Всего было собрано 394 заполненных опросника от пациентов, все 394 опросника были приняты к анализу. Процентное соотношение респондентов по полу, возрасту и социальному статусу представлено в Главе 2.

### **5.2.1. Детализованный анализ ответов на вопросы опросника об удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью**

Систематизированные результаты опроса пациентов относительно средних значений оценочной шкалы по блокам международного опросника EUROPER позволили детализировать направления снижения

удовлетворенности/ неудовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказанной ВОП (СВ).

Для наглядности и удобства расчета оценочные результаты удовлетворенности пациентов в баллах систематизированы по блокам опросника:

1. Удовлетворенность по блоку «Взаимодействие врач-пациент». Исходя из положения о том, что основным принципом пациент-ориентированного подхода является построение доверительных отношений между врачом и пациентом, определяющие удовлетворенность пациента высокие оценочные показатели получили направления ее снижения: удовлетворенность по направлению «слушал внимательно» ( $4,19 \pm 1,07$  (4,09; 4,30,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «достаточно времени на прием»  $4,09 \pm 0,94$  (4,00; 4,18,  $p=0,05$ ) баллов; Ниже средних значений по блоку были оценены: удовлетворенность по направлению «доверительный разговор»  $4,04 \pm 1,15$  (3,93; 4,15,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «заинтересованность ситуацией»  $3,99 \pm 1,15$  (2,96; 3,63,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «обеспечивал конфиденциальность»  $3,86 \pm 1,37$  (3,73; 4,00,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «вовлекал в принятие решений»  $3,51 \pm 1,29$  (3,38; 3,63) баллов.

2. Удовлетворенность по блоку «Медпомощь» характеризует оценку пациентов относительно качества предоставленной ВОП (СВ) медицинской помощи. Высокие оценочные результаты по этому блоку удовлетворенности пациента были по следующим направлениям: удовлетворенность по направлению «проводил осмотр»  $4,30 \pm 1,03$  (4,20; 4,40,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «тщательно подошёл к проблемам»  $4,15 \pm 1,09$  (4,04; 4,26,  $p=0,05$ ) баллов. Ниже средних значений были: удовлетворенность по направлению «обеспечил быстрое облегчение состояния»  $3,85 \pm 1,24$  (3,72; 3,97,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по

направлению «помог почувствовать достаточно хорошо»  $3,96 \pm 1,11$  (3,85; 4,07,  $p=0,05$ ) баллов.

3. Удовлетворенность по блоку «Информация» позволяет определить оценку пациентом полноты, предоставленной врачом информации, формирующая уровень доверительных отношений с ВОП (СВ). Высокие оценочные результаты получены по последующим направлениям удовлетворенности пациента предоставленной врачом информации: удовлетворенность по направлению «объяснял важность врачебных советов»  $3,88 \pm 1,14$  (3,76; 3,99,  $p=0,05$ ) баллов; удовлетворенность по направлению «объяснял цели исследований, анализов»  $3,85 \pm 1,21$  (3,73; 3,97,  $p=0,05$ ) баллов; - удовлетворенность по направлению «рассказывал о симптомах и болезнях»  $3,83 \pm 1,17$  (3,71; 3,94,  $p=0,05$ ) баллов. Ниже средних значений по блоку «Удовлетворенность пациента информацией» оценена «удовлетворенность помощью справиться с эмоциями» -  $3,72 \pm 1,16$  (3,60; 3,83,  $p=0,05$ ) баллов.

4. Удовлетворенность пациента по блоку «Организация» позволяет оценить удовлетворенность пациента непрерывностью оказания медицинской помощи. Высокие оценочные результаты были по направлению «удовлетворенность разъяснением, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов»  $3,69 \pm 1,27$  (3,56; 3,81,  $p=0,05$ ) баллов, ниже средних значений оценено направление «удовлетворенность пациента знанием врача, что было сделано в прошлые посещения»  $3,46 \pm 1,29$  (3,33; 3,58,  $p=0,05$ ) баллов.

5. Удовлетворенность пациента по блоку «Доступность» позволяет определить оценку пациентом организации медицинской помощи в МО по обеспечению доступности при оказании ему медицинских услуг. Высокие оценочные результаты опроса получены по таким направлениям данного блока удовлетворенности как:- удовлетворенность быстротой помощи при неотложных состояниях»  $4,35 \pm 0,95$  (4,26; 4,44,  $p=0,05$ ) баллов; «удовлетворенность доброжелательностью, вежливостью персонала»  $4,53 \pm$

0,78 (4,46; 4,61,  $p=0,05$ ) баллов; «удовлетворенность временем ожидания приема»  $4,13 \pm 1,02$  (4,03; 4,23,  $p=0,05$ ) баллов; «удовлетворенность возможностью записаться на прием в удобное время»  $4,16 \pm 1,01$  (4,06; 4,26,  $p=0,05$ ) баллов; «удовлетворенность возможностью записаться на прием по телефону»  $3,93 \pm 1,25$  (3,81; 4,06,  $p=0,05$ ) баллов. Ниже средних значений по блоку удовлетворенность доступностью медицинской помощью получены по показателю «неудовлетворенность возможностью поговорить с врачом по телефону»  $3,06 \pm 1,40$  (2,92; 3,20,  $p=0,05$ ) баллов.

Далее проведен анализ состояния удовлетворенности пациента работой ВОП (СВ) с учетом уровня удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью. На основе ранее полученных данных нами были выделены разные уровни удовлетворенности ВОП (СВ), сгруппированные по показателям на «Низкий», «Норма» и «Высокий». Также были установлена умеренная взаимосвязь между факторами «Удовлетворенностью работой» ВОП (СВ) и «Удовлетворенность пациентом» ( $r = 0,33$ ,  $p < 0,0001$ ). Для уточнения этих данных проведено расширенное исследование влияния фактора «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) на качество взаимодействия с пациентом со стороны ВОП (СВ) и уровни удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью по определяющим компонентам в соответствии со шкалами опросника EUROPER. Исследовательский интерес состоял в установлении различий удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи от уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ).

В связи с этим проведен статистический анализ по установлению влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на качество взаимодействия в системе «врач-пациент».

### 5.2.2. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на снижение удовлетворенности пациентов при оказании медицинской помощи с использованием регрессионного, графического статистического анализа

На основании результатов статистического анализа с применением разных методов (корреляционного, регрессионного) изучено качество связей между уровнями удовлетворенности пациентов в зависимости от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) при оказании медицинской помощи и подтверждена достоверность взаимосвязи между изучаемыми показателями в группах «Низкий», «Высокий», «Норма» на уровне  $p < 0,0001$ , по компонентам фактора «Удовлетворенность» пациентов медицинской помощью.

Данные статистического анализа по группам сравнения «Удовлетворение работой» ВОП (СВ) фактора «Медпомощь» представлен на рисунке 24.

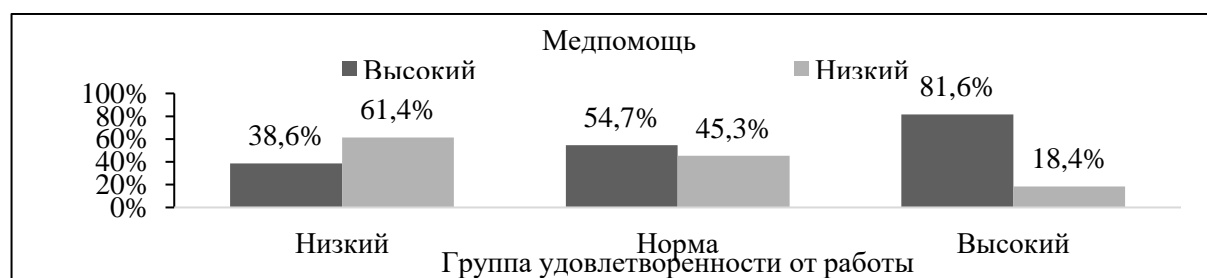


Рисунок 24 - Графические данные взаимосвязи уровней удовлетворенности пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Медпомощь»

Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов по фактору «Медпомощь» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 54,73% (133 чел.) и 81,63% (40 чел.) против 38,61% (39 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0013$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ)

– 61,39% (62 чел.) против 18,37% (9 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Данные статистического анализа по группам сравнения «Удовлетворение работой» ВОП (СВ) фактора «Информация и поддержка» представлен на рисунке 25.

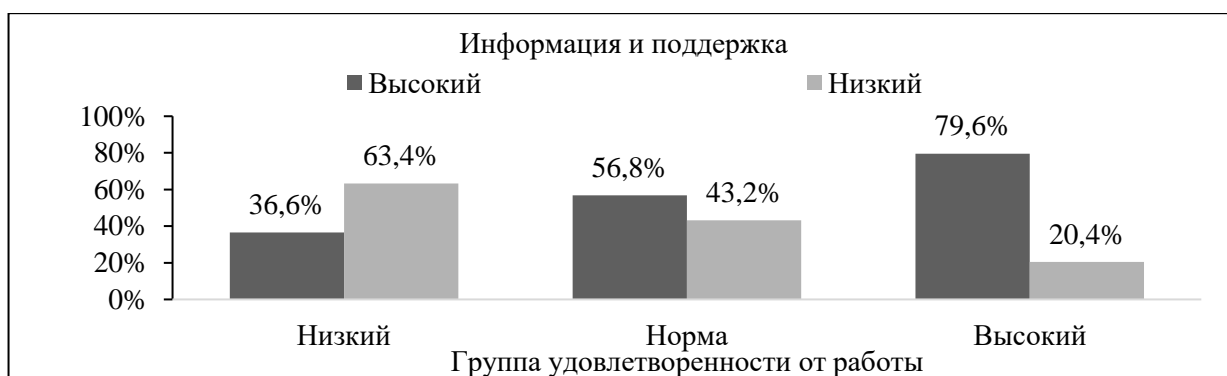


Рисунок 25 - Графические данные взаимосвязи уровней удовлетворенности пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Информация и поддержка»

Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов по компоненту «Информация и поддержка» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 56,79% (138 чел.) и 79,59% (39 чел.) против 36,63% (37 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 54,46% (55 чел.) против 20,41% (10 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Далее представлены результаты статистического и сравнительного анализа данных о качестве взаимосвязей в группах «Низкий» и «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов при разных уровнях удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Организация». Данные статистического анализа по группам сравнения «Удовлетворение работой» (рисунок 26).

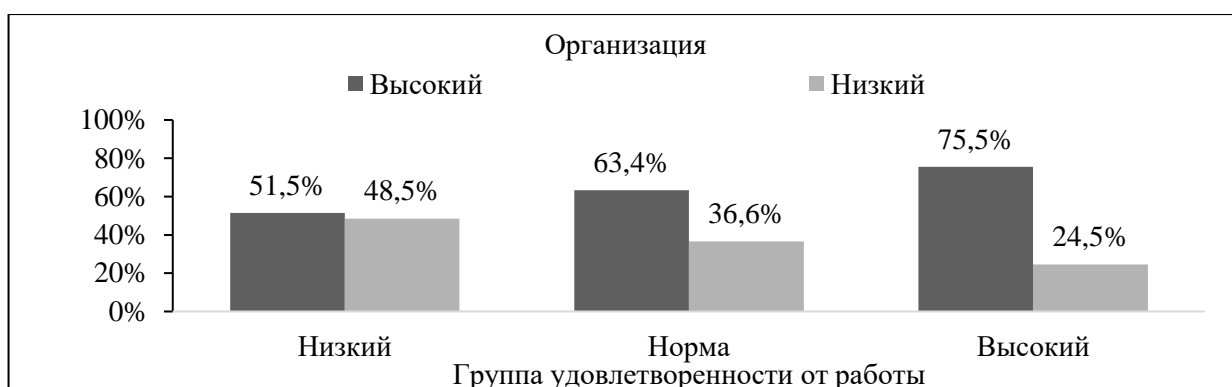


Рисунок 26 - Графические данные взаимосвязи уровней удовлетворенности пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Организация»

Показано, что в анализируемые параметры в группах «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов по фактору «Организация» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 63,37% (154 чел.) и 75,51% (37 чел.) против 51,49% (52 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0050$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 48,51% (49 чел.) против 24,49% (12 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0050$ ).

Далее представлен анализ данных по фактору «Доступность» медицинской помощи у пациентов с «Низкий» и «Высокий» уровнями удовлетворенности в группах сравнения с разными уровнями удовлетворенности работой ВОП (СВ) (рисунок 27).

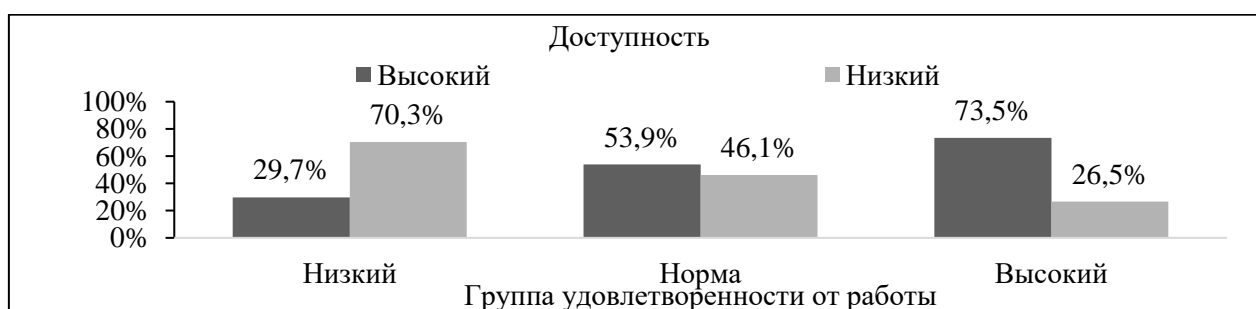


Рисунок 27 - Графические данные взаимосвязи уровней удовлетворенности пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Доступность»

Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов по компоненту «Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 53,91% (131 чел.) и 73,47% (36 чел.) против 29,70% (30 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 70,30% (71 чел.) против 26,53% (13 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Обобщенный анализ влияния уровней показателя «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) на показатель «Удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью» по всем изученным компонентам и установлена достоверность взаимосвязи между изучаемыми показателями в группах «Низкий», «Высокий», «Норма» были на уровне ( $p < 0,0001$ ) (рисунок 28).

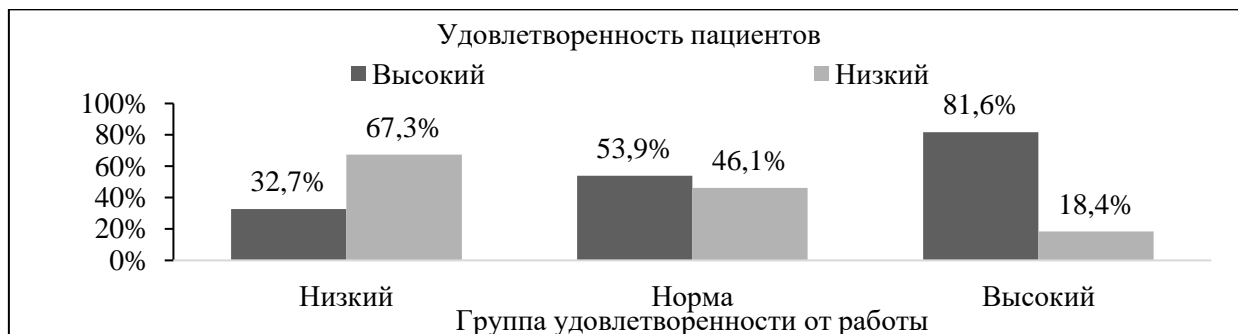


Рисунок 28 - Графические данные взаимосвязи уровней удовлетворенности пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) (обобщенные данные)

Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 53,91% (131 чел.) и 81,63% (40 чел.) против 32,67% (33 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

В анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 67,33% (68 чел.) против 18,37% (9 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0003$ ).

Таким образом, на основе статистической обработки методами корреляционного анализа, сравнения групп и графического анализ обоснована достоверная взаимосвязь факторов, характеризующая влияние разных уровней показателя «Удовлетворенность работой» на формирование показателя «Удовлетворенность» пациентов качеством медицинской помощи, по каждому компоненту исследуемых факторов и установлены статистические значимые различия между разными уровнями этих показателей ( $p < 0,0001$ ).

В следующем подразделе проведен анализ горизонтальных связей между характеристиками, по которым выявлено влияние на их состояние такой характеристики ВОП (СВ) как «Уровень удовлетворенности профессиональной деятельностью». Подтверждение данных о наличии таких горизонтальных связей явилось научным обоснованием комплексного подхода к их одновременному улучшению при разработке механизмов улучшения удовлетворенности работой ВОП (СВ).

### **5.3. Обоснование влияния сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на качество взаимодействия в системе «врач-пациент»**

Для обоснования сниженной удовлетворенности работой ВОП (СВ) на качество взаимодействия с пациентами со стороны врача при оказании медицинской помощи расширенное исследование фактора «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ), определяющий оценку уровней удовлетворенности в группах сравнения по 7 компонентам. Исследовательский интерес состоял в установлении различий в качестве взаимодействия с пациентом со стороны врача в зависимости от уровней его удовлетворенности работой.

Обобщенный анализ качества взаимосвязи и влияния уровней показателя «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) на показатель «Взаимодействие врач-пациент» по всем изученным компонентам и установлена достоверность взаимосвязи фактора «Взаимодействие врач-пациент» в группах «Удовлетворение работой» ВОП (СВ) «Низкий», «Норма», «Высокий» были на уровне ( $p < 0,0001$ ) (таблица 23).

Таблица 23 – Состояние характеристики «Качество взаимоотношения в системе «врач-пациент» в группах сравнения по фактору «Удовлетворение работой» ВОП (СВ) «Взаимодействие врач-пациент»

Взаимодействие врач-пациент	Низкий, (N=101)	Норма, (N=243)	Высокий, (N=49)	Всего	Уровень Р (Низкий - Норма)	Уровень Р (Низкий - Высокий)	Уровень Р (Норма - Высокий)
Высокий	31 (30,69%)	158 (65,02%)	45 (91,84%)	234	<0,0001	<0,0001	0,0002
Низкий	70 (69,31%)	85 (34,98%)	4 (8,16%)	159			

Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень «Взаимодействие врач-пациент» в группах «Удовлетворение работой» ВОП (СВ) достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 65,02% (158 чел.) и 91,84% (45 чел.) против 30,69% (31 чел.) ( $p=0,0001$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень «Взаимодействие врач-пациент» достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 69,31% (70 чел.) против - 8,16% (4 чел.) «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ). Эти данные визуализированы на рисунке 29 графического анализа.



Рисунок 29 - Графические данные взаимосвязи уровней взаимодействия пациентов от уровней удовлетворенности работой ВОП (СВ) по фактору «Взаимодействие врач-пациент»

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель взаимодействия пациентов по компоненту «Выделял ли врач достаточно (с Вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)?». Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень взаимодействия пациентов по компоненту «Выделял ли врач достаточно (с Вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 76,13% (185 чел.) и 87,76% (43 чел.) против 57,43% (58 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0005$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 42,57% (43 чел.) против 12,24% (6 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0002$ ).

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель «Качество взаимоотношения в системе «Врач-пациент» в части заинтересованности врача личной ситуацией пациента». Показано, что в анализируемых группах «Высокий уровень» взаимодействия пациентов по компоненту «Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 68,72% (167 чел.) и 91,84% (45 чел.) против 43,56% (44 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0005$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 56,44% (57 чел.) против 8,16% (4 чел.) - «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель «Уровень взаимодействия пациента соблюдением доверительности разговора». Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень взаимодействия пациентов по компоненту

«Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 73,25% (178 чел.) и 95,92% (47 чел.) против 58,42% (59 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0006$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 41,58% (42 чел.) против - 4,08% (2 чел.) «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель «Вовлеченность в процесс принятия решения о медицинской помощи». Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень взаимодействия пациентов по компоненту «Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 73,25% (178 чел.) и 95,92% (47 чел.) против 58,42% (59 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0006$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 41,58% (42 чел.) против - 4,08% (2 чел.) «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель «Уровень внимания врача к сообщениям пациента». Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень взаимодействия пациентов по компоненту «Слушал ли врач внимательно все, о чем Вы говорили?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 59,67% (145 чел.) и 83,67% (41 чел.) против 26,73% (27 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий уровень» удовлетворенности работой

ВОП (СВ) –73,27% (74 чел.) против - 16,33% (8 чел.) «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Характеристика влияния Удовлетворенности ВОП (СВ) работой на показатель «Уровень взаимодействия обеспечением конфиденциальности медицинских записей и информации о пациенте». Показано, что в анализируемых группах «Высокий» уровень взаимодействия пациентов по компоненту «Обеспечивал ли врач конфиденциальность медицинских записей и информации о Вас?» достоверно связан с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответственно 53,50% (130 чел.) и 77,55% (38 чел.) против 33,66% (34 чел.) в группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ). В анализируемых группах «Низкий» уровень взаимодействия пациентов достоверно связан с «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) – 66,34% (67 чел.) против - 22,45% (11 чел.) «Высокий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) ( $p=0,0001$ ).

Выполнены корреляционный и регрессионные анализы для установления причинно-следственных связей между факторами, определяющими показатели удовлетворенности/ неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи,

Выявлена умеренная прямая пропорциональная корреляционная связь ( $p < 0,0001$ ) между удовлетворенностью ВОП (СВ) работой и удовлетворенностью пациентов ( $r= 0,31$ ), «Взаимодействие врач-пациент» ( $r= 0,38$ ), «Медпомощь» ( $r= 0,27$ ), «Информация и поддержка» ( $r= 0,31$ ), «Организация» ( $r= 0,15$ ) и «Доступность» ( $r= 0,29$ ). Это означает, что чем больше возрастает низкий уровень удовлетворенности ВОП (СВ) работой, тем сильнее снижается уровень удовлетворенности пациентов по факторам, представленным в исследовании. На основании проведенной линейной регрессии нами определено, что «Удовлетворенность пациента полученной медицинской помощью» будет возрастать на 0,08 баллов при увеличении «Удовлетворение ВОП (СВ) от работы» (Удовлетворенность пациента = 66,8

+  $0,08 * \text{Удовлетворенность ВОП (СВ) от работы}$  ( $R^2=11,5$ ,  $p<0,0001$ )), «Взаимодействие врач-пациент» будет возрастать на 0,08 баллов при увеличении «Удовлетворение ВОП (СВ) от работы» ( $\text{Взаимодействие врач-пациент} = 15,87 + 0,03 * \text{Удовлетворенность ВОП (СВ) от работы}$  ( $R^2=13,1$ ,  $p<0,0001$ )).

Таким образом, установлена достоверное влияние разных уровней фактора «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) на снижение качества взаимоотношений с пациентом при оказании медицинской помощи ( $p=0.0001$ ), что позволило нам провести исследование и статистическое обоснование влияния фактора «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) на формирование разных уровней удовлетворенности пациентов медицинской помощью.

#### **5.4. Анализ наличия взаимовлияния характеристик, на которые выявлено влияние фактора «Удовлетворенность врача общей практики (семейный врач) работой», как основы комплексного подхода улучшения оказываемой врачом общей практики (семейным врачом) работой первичной-медико-санитарной помощи**

Проведенный сравнительный анализ с использованием статистического метода Хи-квадрат у врачей общей практики с разным уровнем характеристики «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» («Высокий» и «Низкий») выявил, что этот компонент влияет на состояния показателей «Выгорание» врачей и «Качество взаимодействия врач-пациент». В этой связи представлял интерес анализ выявления горизонтальной взаимосвязи этих характеристик, что могло явиться обоснованием комплексного подхода к достижению медико-социальной эффективности управления улучшением работы с кадровым ресурсом по повышению показателя «Удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью».

Полученные данные подтверждают, что, у врачей общей практики с высоким уровнем выгорания нет ни одного пациента, который бы указал на высокое качество взаимодействия с врачом или удовлетворенность пациента полученной медицинской помощи ( $p < 0,0001$ ). Из числа всех пациентов 40,6% респондента указали на низкий уровень взаимодействия со стороны ВОП (СВ) ( $p < 0,0001$ ).

При этом обратная взаимосвязь в аналитических группах показывает, что у ВОП (СВ) с низким уровнем выгорания только 15,7% ( $p < 0,0001$ ) пациентов отметили низкий уровень взаимодействия, а 100% из них были в группе высокого уровня взаимодействия (таблица 24).

Таблица 24 - Сравнительный анализ по показателям «Уровень Выгорания» и «Уровень взаимодействия» ВОП (СВ)

ВОП \ пациенты	Низкий уровень взаимодействия, (N=159)	Высокий уровень взаимодействия, (N=234)	Всего	Уровень p
Низкий уровень выгорания	25 (15,7%)	234 (100,0%)	259	<0,0001
Высокий уровень выгорания	134 (84,3%)	(0,0%)	134	

Таким образом, анализ взаимосвязи оценочных результатов опроса между блоками опросников EUROPER (пациенты) и COPSOQ III (ВОП (СВ)) подтверждает обратно пропорциональную связь между значениями общей оценочной шкалы показателей «Выгорание» и «Взаимодействие врач-пациент» ( $r = -0,61$ ,  $p < 0,0001$ ) и обратно пропорциональную умеренную связь между показателями «Выгорание» и «Удовлетворенность медицинской помощью» пациентов ( $r = -0,56$ ,  $p < 0,0001$ ).

Для установления причинно-следственных взаимосвязей между факторами риска низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) и снижения качества взаимодействия с пациентом были рассчитаны относительный (RR) и абсолютный (AR) риски, отношение шансов (OR). Анализ рисков низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) проводился на основании расчетов точек отсечения верхнего уровня межквартильного интервала - 75% и выше (Q3>) (метод интерквартильного

ранжирования). Для проверки точности теста определялись параметры специфичности (ST) и чувствительности (Se) по каждому фактору риска.

Результатами анализа достоверно определены факторы и их значения, повышающие риск низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ):

- в 10,38 раз при значениях блока «Необоснованные задания» более 75 баллов (RR=10,38 (4,31; 25,00), OR=16,04(6,29; 40,96), AR=90,4%, Se - 93,83%,  $p < 0,0001$ );

- в 6,07 раз при получении по блоку «Конфликт ролей» более 100 баллов (RR=6,07 (2,89; 12,76), OR=8,71(3,86; 19,63), AR=83,5%, Se – 91,36%,  $p < 0,0001$ );

- в 4,27 раз при получении по блоку «Качества руководства» менее 200 баллов (RR=4,27 (2,82; 6,47), OR=7,27(4,19; 12,63), AR=76,6%, Sp - 76,45%,  $p < 0,0001$ );

- в 4,24 раза при получении менее 150 баллов по блоку «Справедливая организация труда» (RR=4,24 (2,84; 6,34), OR=7,42(4,28; 12,85), Sp - 78,76% ,  $p < 0,0001$ );

- в 3,93 раза при значениях блока «Признание» менее 178 баллов (RR=3,93 (2,53; 6,09), OR=6,11(3,50; 10,66), Se - 72,84%,  $p < 0,0001$ );

- в 3,26 раз при значениях блока «Преданность работе» менее 250 баллов (RR=3,26 (2,23; 4,75), OR=5,15(3,03; 8,77), Sp - 77,99%,  $p < 0,0001$ );

- в 6,07 раз при значениях блока «Конфликт ролей» более 100 баллов (RR=6,07 (2,89; 12,76)), OR=8,71(3,86; 19,63), Se - 91,36%,  $p < 0,0001$ );

- в 5,13 раз, если врач женского пола (RR=5,13 (1,68; 15,67), OR=6,69(2,03; 22,03), Se - 96,30%,  $p < 0,0001$ ).

Применен анализ бинарных показателей рискованных классов с применением метода «Древо решений».

Были составлены две модели «Древо решений»: 1) по скрытым факторам низкого уровня «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) и 2) по факторам, определяющим уровень показателя «Взаимодействие врач-пациент».

Параметры проверочных тестов соотношений между множественными факторами проанализированы с применением ROC-кривых и

классифицированы как несущий признак (чувствительность алгоритма классификации) и ненесущий признак (специфичность алгоритма классификации).

На примере модели «Дерево решений» показан алгоритм прогноза развития низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) в зависимости от параметров рисков классов «Депрессивные симптомы», обусловленные «Конфликтом на рабочем месте» и «Неуверенностью в условиях труда» (рисунок 29).

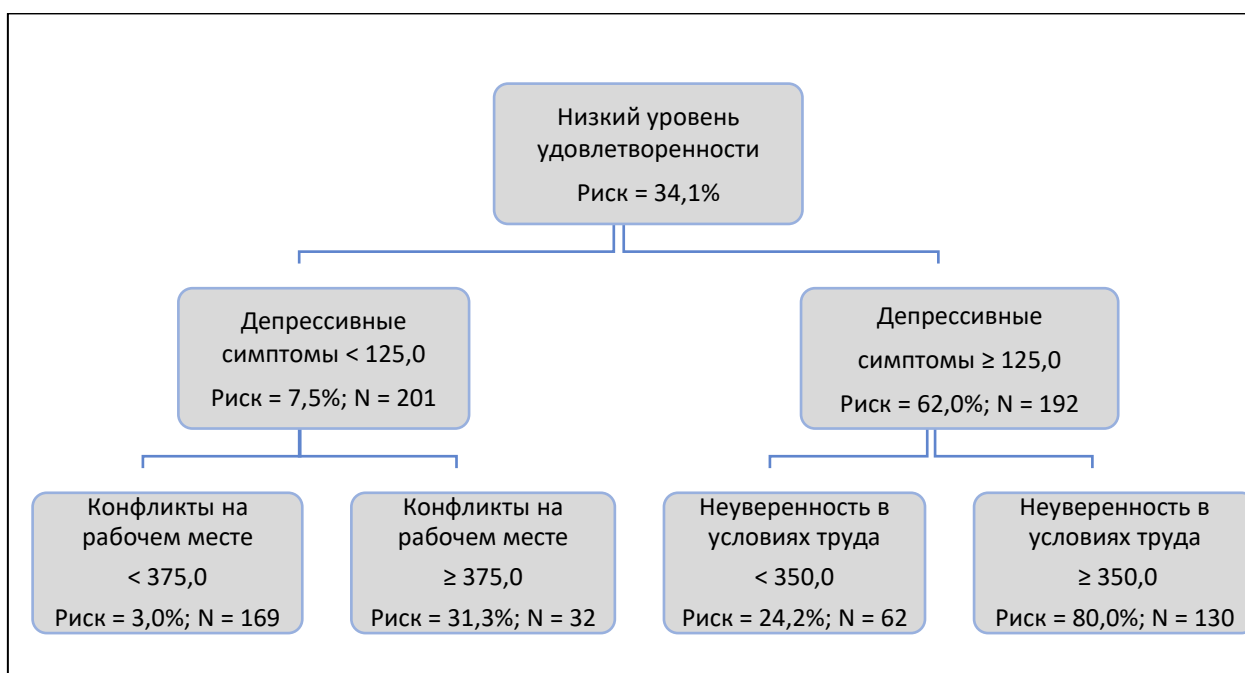


Рисунок 29 - Рисковые классы: «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ)

На модели «Дерево решений» показано, что при разных значениях параметров рисков классов, изменяются риски развития низкого уровня показателя «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ). Так, при оценочных значениях факторов «Депрессивные симптомы» более ( $\geq$ ) 125,0 баллов, «Неуверенность в условиях труда» ( $\geq$ ) 350,0 баллов риск развития «неудовлетворенности работой» увеличивается до 80%. При снижении факторов «Депрессивные симптомы» менее ( $<$ ) 125,0 баллов, «Конфликты на рабочем месте» ( $<$ ) 375,0 баллов, риск развития «Неудовлетворенности работой» снижается до 3,0%.

Проверочные тесты качества модели «Древа решений» по рисковым классам низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) характеризуются высокой чувствительностью 95,9% (таблица 25).

Таблица 25 - Проверочные тесты качества модели «Древа решений» по рисковым классам низкого уровня удовлетворенности ВОП (СВ)

Точка отсечения	24,2%
AuROC	0,92
Чувствительность	95,9%
Специфичность	77,4%
Эффективность	86,6%
Прогнозная ценность положительного результата	70,7%
Прогнозная ценность отрицательного результата	97,0%

На ROC-графике визуализированы проверочные тесты модели «Древа решений» низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) (рисунок 30).



Рисунок 30 – ROC-график модели «Древа решений» по рассчитанным параметрам факторов низкого уровня удовлетворенности ВОП (СВ)

На примере анализа бинарных показателей рисковых классов по низкому уровню взаимодействия врача и пациента показано, что при условии увеличения показателей «Выгорание» ( $\geq 250$  баллов), «Депрессивные симптомы» ( $\geq 125,0$  баллов) и «Конфликты на рабочем месте» ( $\geq 300,0$  баллов) риск низкого уровня взаимодействия врач-пациент увеличится до 89,5%.

Следуя данному алгоритму, показано, что риск низкого уровня взаимодействия врач-пациент снизится до 3,6% возможного за счёт снижения врачебных факторов риска: «Выгорание» ( $< 250,0$  баллов), «Вовлеченность в

работу» (<275,0 баллов) и «Неуверенность в условиях труда» (<375,0 баллов) (рисунок 31).

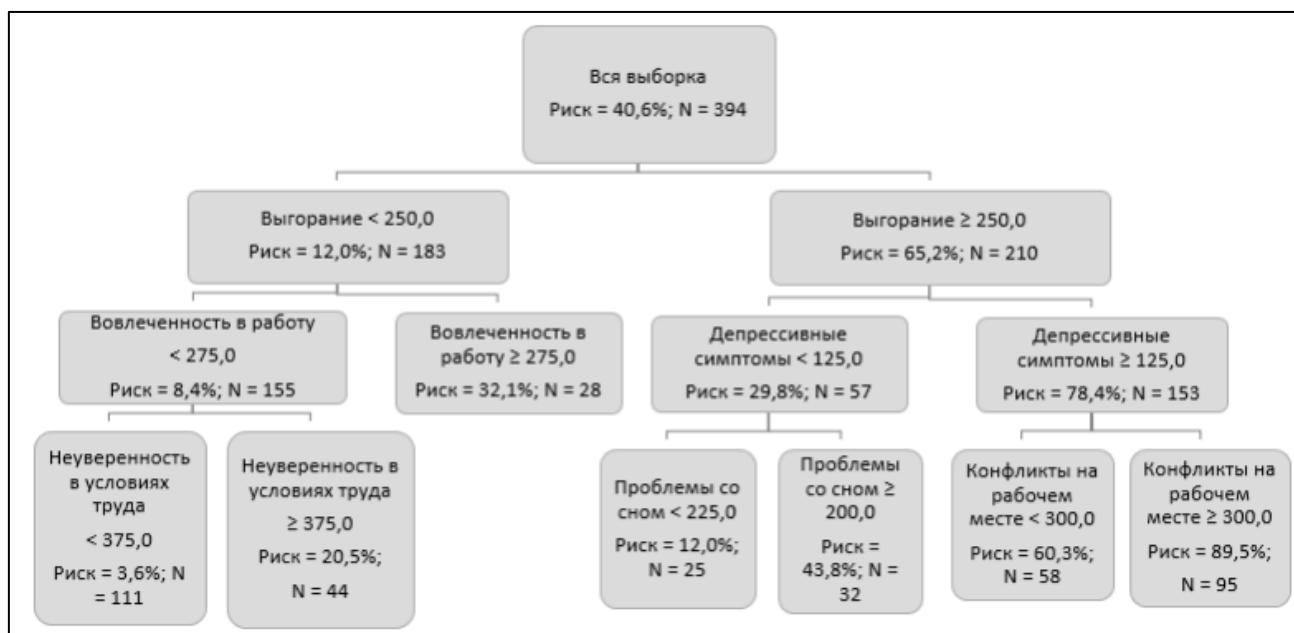


Рисунок 31 - Рисковые классы: низкий уровень взаимодействия «ВОП (СВ)-пациент»

Проверочные тесты качества модели «Древа решений» по рисковым классам низкого уровня взаимодействия ВОП (СВ) и пациентов характеризуются высокой специфичностью 84,3%.

Таким образом, на выборочном анализе отдельных бинарных показателей показано, что рисковые классы характеризуются взаимосвязью показателей низкого уровня «Удовлетворенности работой», «Выгорание» ВОП (СВ) и «Качество взаимодействия врач-пациент», а изменение их параметров влияют на снижение/повышение взаимного влияния факторов, их определяющих на цели управления рисками, что может явиться обоснованием комплексного подхода к улучшению полученных характеристик ВОП (СВ) на практике МО г. Москва.

На значительном объеме аналитических данных установлена многофакторная причинная связь показателей низкой удовлетворенности ВОП (СВ) работой с профессиональным выгоранием врачей общей практики, качеством взаимодействия и удовлетворенностью пациента оказанной медицинской помощью. Доказательная база исследований включала

применение разных методов статистической обработки: систематизация оценочных результатов опроса врачами и пациентами, полученных при параллельном анкетировании, интерквартильное ранжирование средних показателей; нормализация их значений для формирования нового инструментария сравнительной оценки данных для последующего их анализа по обоснованию качества связей между выявленными факторами и компонентами влияния на формирование целевых показателей исследования; графическое изображение диаграммы размаха по каждой аналитической выборке.

Получены научно обоснованные данные о влиянии фактора «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) по 5 компонентам фактора «Выгорания» в группах с уровнями «Низкий», «Норма», «Высокий» ( $r = -0,5$ ,  $p < 0,0001$ ). Обосновано, что среднее изменение значений показателя «Выгорание» уменьшается на 0,59 баллов при увеличении значений показателя «Удовлетворенность работой», при этом регрессионная модель объясняет 24,1% дисперсии ( $R^2=24,1$ ,  $p < 0,0001$ ). Показано, что в группе «Высокий» уровень удовлетворенности работой 55,10% ВОП (СВ) находятся в группе «Низкий» уровень выгорания ( $p < 0,0001$ ). В группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) (наиболее уязвимая медико-социальная группа врачей), 41,56% ВОП (СВ) находились в группе «Высокий» уровень «Выгорание» ( $p < 0,0001$ ).

Обобщенный анализ качества взаимосвязи и влияния уровней «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) на показатель «Качество взаимодействия врач-пациент» по всем изученным компонентам позволил установить статистически значимые различия их значений в группах с уровнями «Низкий», «Высокий», «Норма» ( $p < 0,0001$ ). Получены данные обратной корреляционной связи между показателями «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) и «Качество взаимодействия врач-пациент». Так, группе с уровнями «Норма» и «Высокий» удовлетворенности работой ВОП (СВ) соответствовали 65,02% и 91,84% пациентов с высокой оценкой качества

взаимодействия со стороны врач, а группе с низким уровнем удовлетворенности работой ВОП (СВ) – всего 30,69% пациентов ( $p=0,0001$ ). Установлено, 69,31% пациентов в анализируемых группах «Низкий» уровень удовлетворенности медицинской помощи достоверно связан 8,16% ВОП (СВ) в группе с низким уровнем удовлетворенности работой ( $p=0,0001$ ) и были релевантны характеру взаимосвязи исследуемых показателей во всех блоках аналитического обобщения - «Медпомощь», «Удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью», «Организация», «Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем?»).

Таким образом, полученные результаты проведенного анализа по двум альтернативным методам статистического анализа достоверно подтверждают статистически значимые различия качества взаимосвязи между разными уровнями выраженности факторов «Удовлетворенности работой» ВОП (СВ) и «Удовлетворенность пациентов» ( $p < 0,0001$ ). С учетом выявленной медико-социальной значимости фактор «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) достоверно влияет на формирование выгорания врача, качество взаимодействия с пациентом и его удовлетворенности оказанной медицинской помощи.

На основе выявленных взаимосвязей между исследуемыми факторами показаны механизмы снижения их влияния на целевые показатели, подтверждающие управляемость внутриорганизационных процессов в медицинских организациях, что явилось научной основой разработанного комплекса организационных технологий управления трудовыми и производственными ресурсами здравоохранения (в главе 6).

## **ГЛАВА 6. КОМПЛЕКС ОРГАНИЗАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ ПО ПОВЫШЕНИЮ ПОКАЗАТЕЛЯ УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ ВРАЧЕЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ПЕРВИЧНУЮ МЕДИКО-САНИТАРНУЮ ПОМОЩЬ, СВОЕЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ И ОЦЕНКА ИХ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ЭФФЕКТИВНОСТИ**

На этапе обобщения результатов исследования и формирования научно-обоснованных предложений о мерах по повышению показателя удовлетворенности врачей общей практики профессиональной деятельностью мы исходили из многомерности изучаемой проблемы, обоснованной результатами исследования, доказавшими наличие снижения удовлетворенности ВОП (СВ) работой, наличие медико-социальной значимости данной характеристики ВОП (СВ) на качество взаимоотношения врача и пациента, его профессиональное выгорание и удовлетворенность пациентов медицинской помощью.

### **6.1. Разработка механизмов повышения удовлетворенности врача общей практики (семейный врач) работой профессиональной деятельностью**

Для преодоления сложившейся ситуации с низким уровнем удовлетворенности 48,2% пациентов качеством медицинской помощи, оказываемой ВОП (СВ) (на примере МО г.Москва), а также для формирования эффективной программы мониторинга и внутреннего аудита согласно руководящим документам Минздрава России:

С учетом сформировавшейся системной погрешностью технологических приемов управления качеством медицинской помощи и относящиеся к области работы с кадрами, обеспечения их благоприятными условиями труда, поддержки мотивационных психосоциальных условий для карьерного и профессионального роста ВОП (СВ) в осуществляемой деятельности, а также для принятия превентивных мер по предотвращению негативного влияния выявленных факторов риска

ПРЕДЛАГАЕТСЯ разработанный комплекс мер по ключевым вопросам повышения удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью по улучшению качества взаимодействия ВОП (СВ) и пациентов медицинской помощью в МО г. Москва.

Выполнение поставленной задачи включает стратегические, тактические, оперативные меры (рисунок 32).

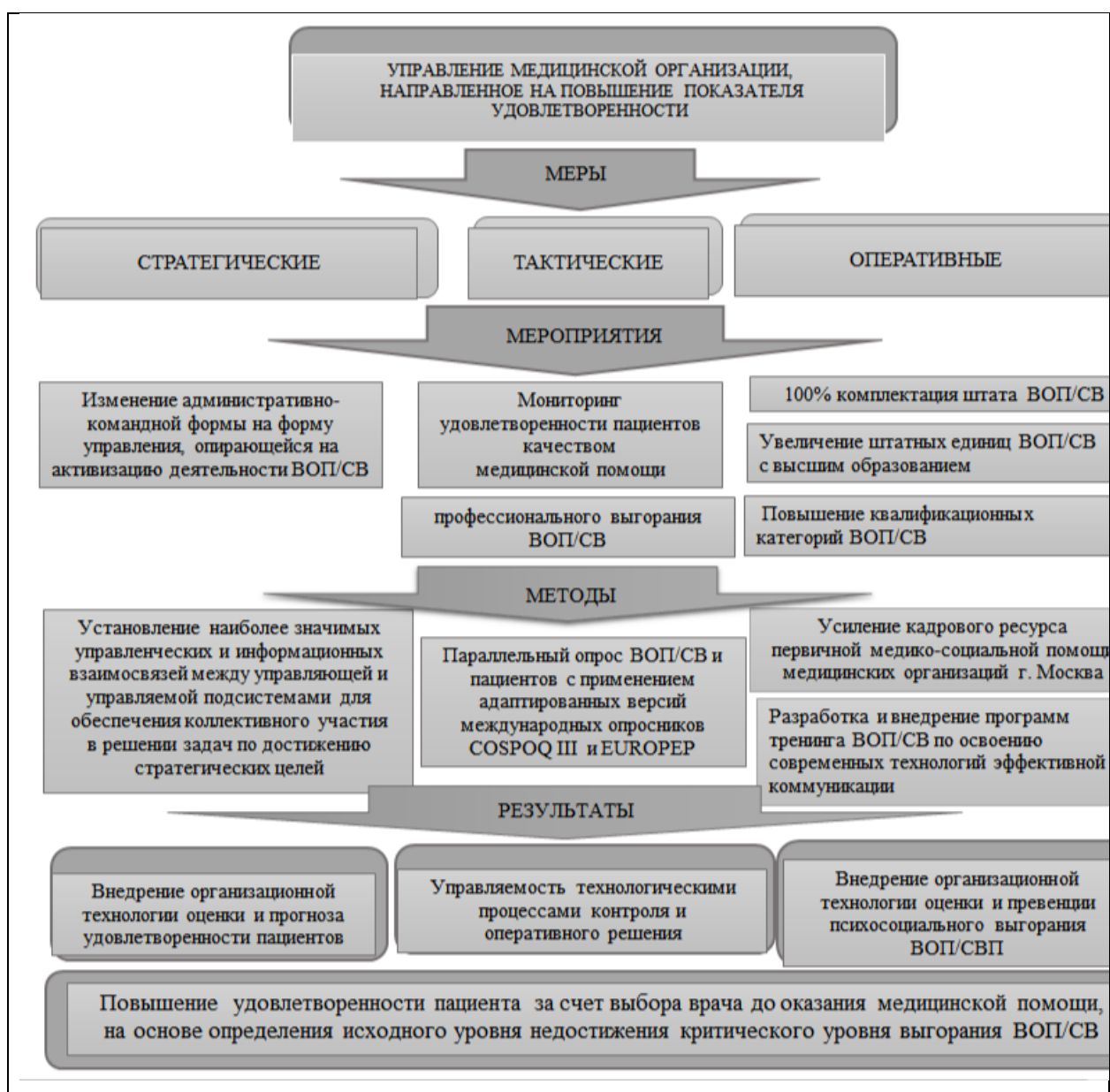


Рисунок 32 – Схема предложенного комплекса медико-организационных мер по управлению удовлетворенностью пациента медицинской помощью, оказанной врачом общей практики в медицинских организациях г. Москва

*Стратегические меры* включает переход с административно-командной формы на форму управления по активизации деятельности врачей

общей практики (семейных врачей), включающей оптимизацию режима работы и снижение административного давления на мотивацию роста и развития профессионального лидерства ВОП (СВ). Достижение такой формы управления предполагает установление наиболее значимых управленческих связей и информационных взаимосвязей для решения актуальных организационно-управленческих задач с привлечением как отдельных сотрудников, так и коллектива подразделения для совместного обсуждения задач и для выбора эффективных механизмов управления ресурсами.

Показателем эффективного управления медицинской организацией является управляемость технологическими медико-социальными процессами контроля, направленного на повышение оперативного принятия мер превенции неудовлетворенности ВОП (СВ) работой и качеством медицинской помощи со стороны населения.

*Тактические меры* включают проведение мониторинга/внутреннего аудита состояния психосоциального состояния ВОП (СВ), определяющего удовлетворенность работой и эффективность взаимодействия с пациентами, и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью в соответствии с его ожиданиями

Механизм тактических мер превенции основан на обеспечении предложенного методологического подхода к организации и проведению параллельного опроса ВОП (СВ) и пациентов, позволяющего одномоментно оценить ситуацию в текущем временном периоде для принятия адекватных сложившейся ситуации мер и предотвратить эффект накопления негативного действия факторов производственной среды.

Показателем эффективности тактических решений административно-управленческого корпуса является владение ситуацией в медицинской организации в текущем режиме, своевременная корректировка организационных технологий, соответствующих уровню и компонентному содержанию выявленных факторов негативного влияния, и оценка их эффективности.

**Оперативные меры** относятся к решению первоочередных задач по усилению кадрового ресурса ВОП (СВ) в медицинских организациях г. Москва. К ним относятся:

1) комплектование штатного расписания ПМСП до нормативного уровня ВОП (СВ), что значительно сократит существующий предел интенсификации профессиональной деятельности ВОП (СВ), сформировавшей высокий уровень психосоциальных рисков профессионального выгорания;

2) разработка программ по тренингу с использованием современных технологий эффективной коммуникации, направленной на улучшение внутриорганизационных процессов взаимодействия между персоналом и пациентами на разных уровнях управления медицинской деятельности.

## **6.2. Апробация комплекса организационных мер по повышению удовлетворенности населения медицинской помощью (пилотный проект)**

На основании литературных и собственных данных, обосновано, что психосоциальное выгорание является системной проблемой, а не исключительной ответственностью отдельного врача. В связи с этим нами разработана и апробирована на пилотной площадке адаптированная и усовершенствованная к особенностям национального здравоохранения программа «Исполнительное лидерство и благополучие врачей: девять организационных стратегий, способствующих вовлечению и снижению психосоциальных рисков выгорания врачей» (Shanafelt T.D., Noseworthy J.H., 2017), практикующееся в европейских странах (таблица 26).

Таблица 26 - Организационные технологии превенции снижения удовлетворенности работой ВОП (СВ) (Программа пилотного проекта по стратегическим направлениями деятельности медицинской организации)

Наименование	Содержание	Мероприятия
Стратегия 2	Выбор и поощрение правильных лидеров	<u>Комплексная работа с резервом:</u> Оценка (корректировка) плана работы С резервом кадров: Обучение и развитие наставничества и ротации,

		Выдвижения в резерв активных и квалифицированных работников, Подготовка их к новым назначениям на конкурсной основе.
Стратегия 3	Разработка и осуществление целевых мероприятий	Анализ ситуации для оценки эффективности работы при совмещении должностей ВОП (СВ); Формирование Программы командной работы (справедливое распределение рабочей нагрузки); Управление рабочей нагрузкой ВОП (СВ); Снижение текучести кадров; Снятие многозадачности нагрузки; Усиление мотивации ВОП (СВ); Докомплектация штата.
Стратегия 4	Развитие сообщества на работе	Реализация Программы командной работы: - открытое обсуждение предложений по управлению рабочей нагрузкой (врачебные совещания); - структурирование рабочего дня (80% прием, 20% личного времени на развитие), <u>включающее</u> составление контрольного листка рабочих процессов с отметкой объема и времени работы; анализ количества выполненных работ по непропорциональным поручениям; Самоконтроль качества работы в ежедневном режиме; Административный контроль соответствия качества работы отработанному времени со стороны ВОП (СВ) (не реже 2 раз в неделю).
Стратегия 5	Персональные награды и стимулы	<u>Способом открытого обсуждения:</u> -анализ пропускной способности каждого ВОП (СВ); -анализ причин отставания или недовольства ВОП (СВ); -корректировка индивидуальных графиков ВОП (СВ) с учетом индивидуальных способностей по реализации качественной работы при высокой рабочей нагрузке; -ротация поручений, дополнительной рабочей нагрузки между ВОП (СВ); - определение размеров персональных премий на основе персональных показателей эффективности работы ВОП (СВ); -выдвижение кандидатур ВОП (СВ) на награды руководства, вышестоящего руководства
Стратегия 6	Согласование ценностей и укрепление культуры	Анализ причин и формирование политики предупреждения потенциальных конфликтов по рабочим Вопросам; Разработка мероприятий и обеспечение доступности условий к самообразованию ВОП (СВ), организации помещений для активного отдыха или релаксации в перерывах рабочего дня
Стратегия 7	Содействие гибкости и интеграции работы и личной жизни	Регулярные встречи для индивидуальной беседы с каждым ВОП (СВ): -обсуждение области, по которой нужна поддержка руководства, коллектива; Составление и предварительное ознакомление коллектива ОВП с внерабочими мероприятиями и связанные с этим персональные поручения. Выкладка на информационном стенде расписание запланированных производственных и непроизводственных мероприятий на текущий год (квартал, 6 месяцев). Обеспечение врачей корпоративной мобильной связью.
Стратегия 8	Предоставление ресурсов для	Организация благоприятных условий труда;

	повышения жизнестойкости и заботы о себе	Контроль факторов, влияющих на психосоциальное состояние ВОП (СВ); Корректирующие действия по предотвращению конфликтной ситуации; Профилактические медицинские обследования
Стратегия 9	Содействие и финансирование досуга	Организация культурных мероприятий для проведения досуга вне рабочее время и с семьей на льготных условиях, в том числе с использованием части прибыли организации (включается в бюджетное планирование на следующий год)

Для повышения удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью и его медико-социальной значимости был реализован комплекс медико-организационных мероприятий, который включал в себя меры на управленческом, организационном и индивидуальном уровнях.

***Первый этап исследований включал:***

- мониторинг психосоциального состояния ВОП (СВ) на рабочем месте и удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Для этого была сформирована фокус-группа из 11 ВОП (СВ) и проведен одномоментный опрос среди ВОП (СВ) (n=11) по опроснику COPSOQ III (short version) и их пациентов (n=33) по опроснику EUROPER. Таким образом, были получены данные о текущем состоянии удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью, качества взаимодействия и удовлетворенности пациентов медицинской помощью;

- анализ первичных данных и определение значений и уровней исследуемых показателей;
- признание руководством МО проблемы низкой удовлетворенности ВОП (СВ) работой и связанное с этим формирование низкой удовлетворенности пациентов качеством оказанной медицинской помощью.

На втором этапе были организованы следующие мероприятия:

- создана система совещаний с фокус-группой (ВОП (СВ), n=11), где при первой встрече руководством были озвучены программные действия «Видение и цель стратегии развития медицинской организации до 2026 года» для внутренней диагностики проблемных областей управления МО. Врачам общей практики было предложено представить свое определение проблемной

«зоны» регулярной деятельности и пути их корректировки, предложения концепт-план развития отделения общеврачебной (семейной) практики на ближайший период и 2026 год включительно. Для обсуждения промежуточных результатов были выделены 2 дня в неделю по 40 минут.

На третьем этапе проанализированы результаты внутренней диагностики:

- разработана и внедрена система KPI (Key Performance Indicators / ключевые показатели эффективности), основанная на расчете соотношения количества принятых на приеме пациентов и количества удовлетворенных пациентов качеством медицинской помощи, в том числе с оценкой качества заполнения документации. По итогам анализа формируется мотивационная система поощрения ВОП (СВ) (премиальный фонд);

- внедрена CRM-система (Customer Relationship Management / Управление взаимоотношениями с клиентами), направленная на упрощение работы с пациентами и документооборотом (создание личного профиля пациента, документированные записи - история обращений и назначений, анамнез заболеваний, диагнозы, результаты анализов/ обследований, протоколы ведения пациентов; комментарии и заметки врачей - коммуникационная нагрузка от пациента; автоматизация процессов регулярной деятельности – распределение нагрузки на врачей, анализ обращаемости, история госпитализаций (плановая/ внеплановая), напоминание о плановых обследованиях, шаблоны документов (назначения, выписки, заключения с возможностью подписывать и согласовывать с помощью электронной подписи), мониторинг оказания платных медицинских услуг, архивирование медицинской документации; синхронный режим доступа и пользования электронным ресурсом МО, внутренние чаты и видеоконференции; мониторинг удовлетворенности врачей и пациентов; интеграция с ЕМИАС, согласование и прикрепление к соответствующему бизнес-процессу документооборота (например, заявки на приобретение расходных материалов

(медицинского и немедицинского назначения), их подписание ответственным лицом МО в установленные сроки);

- оборудована комната отдыха с дизайнерским оформлением и использованием комнатных растений и стабилизированного мха, приобретены – массажное кресло, прибор аудиовизуальной стимуляции, массажер для ног, аромастанция с учетом индивидуальной переносимости сотрудников, кофемашина (другие электроприборы), а также организована зона питания;

- организованы тренинги психологической разгрузки на групповой и индивидуальной основе (тренинги стресс-менеджмента, методы релаксации, игротренинги - обучение приемам и формирование навыков психологического самосохранения), тренинги по физической активности (5-7 минут) и питанию (консультации нутрициолога по выбору рациона и способа питания) среднее время 40 минут;

- составлен план работы с кадрами 1) по повышению квалификации ВОП (СВ), формированию списка соискателей и программ научных работ с использованием материалов о деятельности МО и специальности; 2) развитию наставничества и обучению молодых специалистов специальным технологическим и организационным способам работы в МО; 3) участию в научно-практических конференциях и профессиональных конкурсах;

- утверждены короткие перерывы в работе 5-7 минут через каждые 1,5 часа; план выездных мероприятий.

Программа по реализации организационных технологий превенции низкой удовлетворенности профессиональной деятельностью ВОП (СВ), как предиктора низкого уровня взаимодействия с пациентом и его удовлетворенности оказываемой медицинской помощью, была реализована в течении трех месяцев, достаточных для выявления основных тенденций к изменению проблемной ситуации в МО и формирования пошаговых решений по снижению / устранению влияния определяющих ее факторов (рисунок 33).

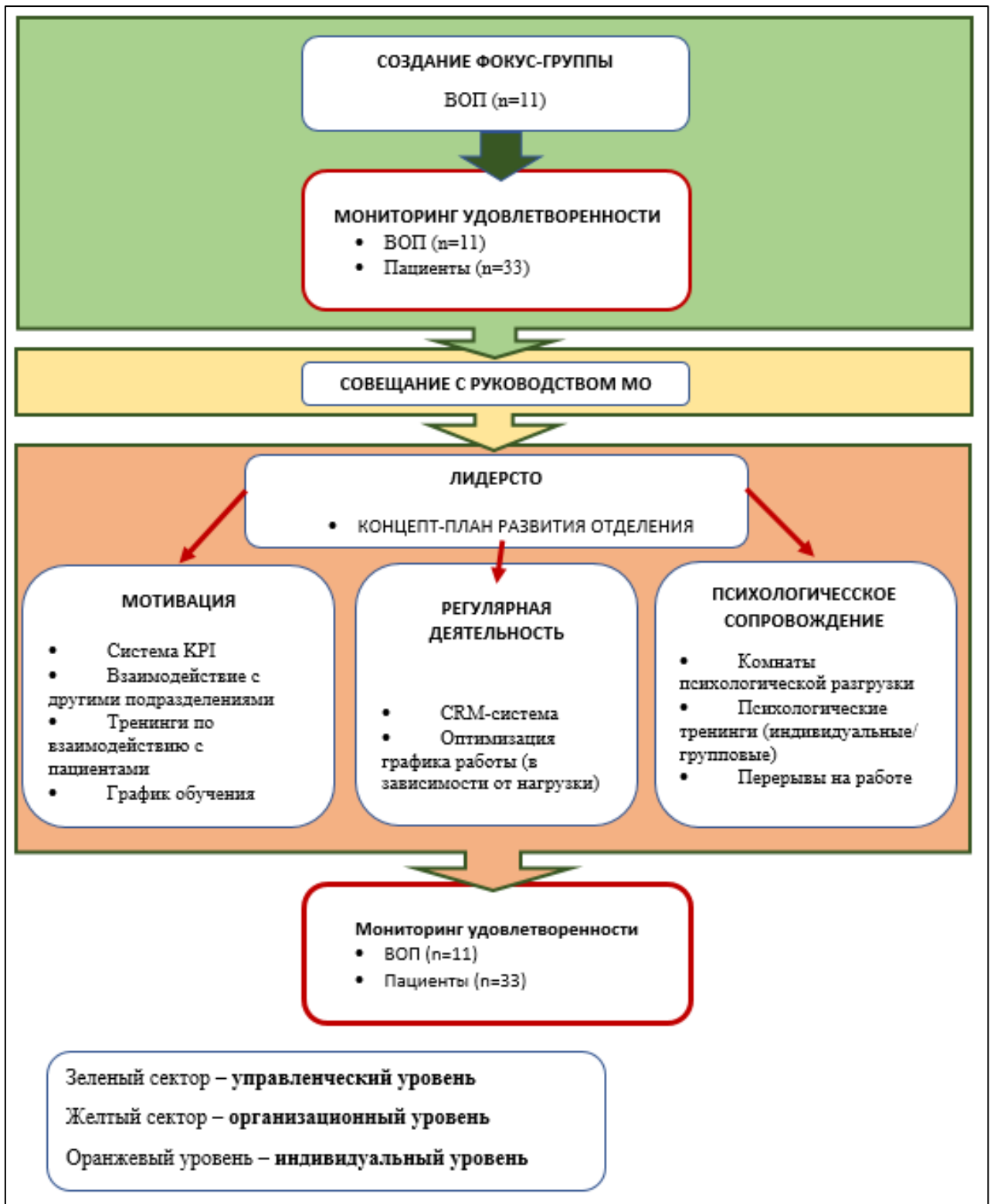


Рисунок 33 - Программа по реализации организационных технологий превенции низкой удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью

Для оценки полученных эффектов на четвертом этапе был проведен контрольный одномоментный опрос среди ВОП (СВ) (n=11) в фокус-группе и их пациентов (n=33).

### Результаты первичного опроса ВОП (СВ) и пациентов:

1) Низкие оценочные баллы ВОП (СВ) были присвоены следующим факторам:

- Отстаете ли Вы от графика выполнения своей работы? -  $36.4 \pm 8.50$  (17.4; 55.3);
- Работаете ли Вы в высоком темпе в течение дня? -  $72.7 \pm 8.56$  (53.6; 91.8);
- Приходится ли Вам в рамках вашей работы решать личные проблемы других людей? -  $88.6 \pm 5.18$  (77.1; 100.2);
- Есть ли у Вас возможность получать новые знания благодаря своей работе? -  $65.9 \pm 3.80$  (57.4; 74.4);
- Получаете ли Вы заблаговременно на своем рабочем месте информацию, например, о важных решениях, изменениях или планах на будущее? -  $68.2 \pm 7.61$  (51.2; 85.1);
- Приходится ли Вам иногда делать то, что следовало бы сделать по-другому? -  $52.3 \pm 6.27$  (38.3; 66.2);
- хорошо планирует рабочий процесс? -  $59.1 \pm 3.80$  (50.6; 67.6);
- Считаете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас так много времени, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни? -  $68.2 \pm 25.23$  (51.2; 85.1);
- Доверяет ли руководство сотрудникам хорошо выполнять свою работу? -  $72.7 \pm 7.54$  (67.7; 77.8);
- Решаются ли конфликты честным путем? -  $38.6 \pm 32.33$  (16.9; 60.4);
- Как часто Вы плохо и беспокойно спали? -  $52.3 \pm 17.52$  (40.5; 64.0);
- Как часто Вы были физически истощены? -  $63.6 \pm 20.50$  (49.9; 77.4);
- Как часто у Вас были проблемы с отдыхом? -  $56.8 \pm 25.23$  (39.9; 73.8);
- Как часто Вы были раздражительны? -  $52.3 \pm 17.52$  (40.5; 64.0).

2) Результаты параллельного опроса пациентов были систематизированы по методу интерквартильного ранжирования, условно в 2 оценочные группы: с низкой (Q2-Q3) и высокой (Q3-Q4) оценкой.

В группе пациентов с «низкой оценкой» - от 50 до 75% (Q2-Q3), мнения были высказаны по 13 позициям:

- «Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?» (3,21 ± 1,29 (2,75; 3,67) баллов);
- «Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья?» (2,94 ± 1,41 (2,44; 3,44) баллов);
- «Объяснял важность врачебных советов?» (2,94 ± 1,44 (2,43; 3,45) баллов);
- «Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?» (3,03 ± 1,29 ((2,57; 3,49) баллов);
- «Объяснял цели обследований, анализов и лечения?» (3,52 ± 1,52 (2,98; 4,06) баллов);
- «Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?» (3,64 ± 1,29 (3,18; 4,10) баллов);
- «Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?» (3,55 ± 1,33 (3,08; 4,02) баллов);
- «Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?» (3,64 ± 1,22 (3,20; 4,07) баллов);
- «Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?» (3,03 ± 1,45 (2,52; 3,54) баллов);
- «Возможность поговорить с врачом по телефону?» (2,67 ± 1,45 (2,15; 3,18) баллов);
- «Время ожидания приема врача (у кабинета)?» (3,39 ± 1,19 (2,97; 3,82) баллов);
- Возможность записи на прием по телефону? (3,58 ± 1,41 (3,07; 4,08) баллов).

Таким образом, в рамках реализации «Стратегии 1» руководством медицинской организации признана проблема психосоциального выгорания врачей общей практики, оказывающее влияние на низкий уровень удовлетворенности пациентов медицинской помощью. Для оценки факторов негативного влияния и на основе предложенных практических рекомендаций в МО организованы комплексные меры корректирующих действий, направленные на предотвращение сниженной удовлетворенности ВОП (СВ)

работой, как фактора низкого взаимодействия и неудовлетворенности пациентов медицинской помощью.

В рамках задачи исследования сформулированы и согласованы для реализации руководством МО организационные технологии управления медицинской организацией по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощи и снижению факторов низкой удовлетворенности работой ВОП (СВ), негативно влияющих на их взаимодействие (рисунок 42).

Программа по реализации организационных технологий превенции низкой удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью как предиктора низких уровней взаимодействия с пациентом и его удовлетворенности оказываемой медицинской помощью была реализована в течении трех месяцев, достаточных для выявления тенденций к изменению текущей ситуации в МО и в дальнейшей перспективе деятельности.

### **6.3. Оценка эффективности и результативности апробации комплекса организационных мер по повышению удовлетворенности работой врачей общей практики (семейных врачей) (пилотный проект)**

#### **Результаты контрольного опроса ВОП (СВ) и пациентов:**

Проведен контрольный опрос одномоментно ВОП (СВ) (n=11) и пациентов (n=33). Анализ оценочных результатов по полному перечню шкалы опросников COSPOQ III и EUROPEP с применением описательной статистики и оценки эффективности принятых руководством МО мер позволил сделать следующее заключение.

По врачам общей практики (семейных врачей): позитивный тренд обозначен относительно результатов первичного опроса по 19 шкалам опросника COSPOQ III (таблица 27).

Таблица 27 - Результаты опроса ВОП (СВ) по фактору «Удовлетворенность работой» (пилотный проект)

<b>Вопросы/ Шкалы</b>	<b>ДО</b>	<b>ПОСЛЕ</b>
Как часто Вы не успеваете выполнить все свои рабочие задачи?	61.4 ± 6.18 (47.6; 75.1)	45.45 ± 3.05 (38.6; 52.2)

Отстаете ли Вы от графика выполнения своей работы?	36.4 ±8.50 (17.4; 55.3)	43.18 ±3.52 (35.3; 51.0)
Количественные требования	48.9±4.60 (38.6; 59.1)	44.32±3.09 (37.4; 51.2)
Приходится ли Вам работать в очень быстром темпе?	75.0 ±8.26 (56.6; 93.4)	79.55±3.05 (72.7; 86.3)
Работаете ли Вы в высоком темпе в течение дня?	72.7±8.56 (53.6; 91.8)	84.09±3.05 (75.6; 92.6)
Темп работы	73.9±8.34 (55.3; 92.4)	81.82±3.09 (74.9; 88.7)
Приходится ли Вам в рамках вашей работы решать личные проблемы других людей?	88.6 ±5.18 (77.1;100.2)	72.73 ±5.28 (60.9; 84.5)
Является ли Ваша работа эмоционально тяжелой?	93.2±4.87 (82.3; 104.0)	65.91±6.10 (52.3; 79.5)
Эмоциональные требования	90.9±4.49 (80.9; 100.9)	69.32±4.57 (59.1; 79.5)
Обладаете ли Вы большим влиянием на решения, касающиеся вашей работы?	68.2±5.93 (55.0; 81.4)	61.36±8.50 (42.4; 80.3)
Влияние на работе	68.2±5.93 (55.0; 81.4)	61.36±8.50 (42.4; 80.3)
Есть ли у Вас возможность получать новые знания благодаря своей работе?	65.9 ±3.80 (57.4; 74.4)	59.09±3.80 (50.6; 67.6)
Можете ли Вы применять свои навыки или опыт в своей работе?	88.6±3.94 (79.9; 97.4)	88.64±3.94 (79.8; 97.4)
Возможности для развития	77.3±2.83 (71.0; 83.6)	73.86±2.03 (69.3; 78.4)
Является ли Ваша работа значимой?	95.5±3.05 (88.7; 102.2)	88.64± 3.94 (79.8; 97.4)
Значение работы	95.5±3.05 (88.7; 102.2)	88.64± 3.94 (79.8; 97.4)
Получаете ли Вы заблаговременно на своем рабочем месте информацию, например, о важных решениях, изменениях или планах на будущее?	68.2 ±7.61 (51.2; 85.1)	77.27± 6.27 (63.3; 91.2)
Получаете ли Вы всю необходимую информацию для качественного выполнения своей работы?	72.7±6.27 (58.8; 86.7)	81.82± 3.52 (73.9; 89.7)
Предсказуемость	70.5±6.59 (55.8; 85.1)	79.55± 3.05 (72.7; 86.3)
Признает и ценит ли руководство Вашу работу?	50.0±5.84 (37.0; 63.0)	72.73± 4.07 (63.6; 81.8)
Признание	50.0±5.84 (37.0; 63.0)	72.73± 4.07 (63.6; 81.8)
Есть ли у Вашей работы четкие цели?	79.5±6.59 (64.9; 94.2)	90.91± 3.80 (82.4; 99.4)
Осознание роли	79.5±6.59 (64.9; 94.2)	90.91± 3.80 (82.4; 99.4)
Предъявляются ли Вам на работе противоречивые требования?	63.6±7.04 (47.9; 79.3)	43.18± 5.93 (29.9; 56.4)
Приходится ли Вам иногда делать то, что следовало бы сделать по-другому?	52.3±6.27 (38.3; 66.2)	40.91± 5.08 (29.5; 52.2)
Конфликт ролей	58.0±6.14 (44.3; 71.6)	42.05± 5.40 (30.0; 54.1)
- хорошо планирует рабочий процесс?	59.1±3.80 (50.6; 67.6)	79.55± 5.66 (66.9; 92.2)
- умеет разрешать конфликты?	65.9±5.08 (54.6; 77.2)	81.82± 6.82 (66.6; 97.0)
Качества руководства	62.5±4.13	80.68± 5.93

	(53.3; 71.7)	(67.4; 93.9)
Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своего непосредственного начальника, если это необходимо?	50.0±6.74 (35.0; 65.0)	59.09± 5.08 (47.7; 70.4)
Социальная поддержка руководства	50.0±6.74 (35.0; 65.0)	59.09± 5.08 (47.7; 70.4)
Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своих коллег, если это необходимо?	52.3±7.11 (36.4; 68.1)	59.09± 3.80 (50.6; 67.6)
Социальная поддержка коллег	52.3±7.11 (36.4; 68.1)	59.09± 3.80 (50.6; 67.6)
Существует ли хорошая рабочая атмосфера между Вами и Вашими коллегами?	72.7±13.48 (63.7; 81.8)	72.73± 4.07 (63.6; 81.8)
Чувство коллективизма	72.7±13.48 (63.7; 81.8)	72.73± 4.07 (63.6; 81.8)
Вы боитесь остаться без работы?	95.5±10.11 (88.7; 102.2)	97.73± 2.27 (92.6; 102.8)
Отсутствие гарантий занятости	95.5±10.11 (88.7; 102.2)	97.73± 2.27 (92.6; 102.8)
Беспокоитесь ли Вы о том, что Вас могут перевести на другую работу без согласования с Вами?	95.5±10.11 (88.7; 102.2)	75.00± 5.84 (61.9; 88.0)
Удовлетворение от работы	246,21 ± 89,08 (214,63; 277,80)	254.55 ± 37,22 (241,35; 267)
Чувствуете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас столько энергии, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни?	75.0±27.39 (56.6; 93.4)	50.00± 5.84 (36.9; 63.0)
Считаете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас так много времени, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни?	68.2±25.23 (51.2; 85.1)	54.55± 7.40 (38.0; 71.0)
Конфликты на рабочем месте	71.6±25.06 (54.8; 88.4)	52.27± 6.49 (37.8; 66.7)
Доверяет ли руководство сотрудникам хорошо выполнять свою работу?	72.7±7.54 (67.7; 77.8)	81.82± 4.87 (70.9; 92.7)
Могут ли сотрудники доверять информации, поступающей от руководства?	77.3±13.48 (68.2; 86.3)	88.64± 3.94 (79.8; 97.4)
Вертикаль доверия	75.0±7.91 (69.7; 80.3)	85.23± 4.07 (76.1; 94.3)
Решаются ли конфликты честным путем?	38.6±32.33 (16.9; 60.4)	59.09± 7.74 (41.8; 76.3)
Справедливо ли распределена работа?	45.5±21.85 (30.8; 60.1)	72.73± 4.07 (63.6; 81.8)
Справедливая организация труда	42.0±25.17 (25.1; 59.0)	65.91± 5.61 (53.4; 78.4)
В целом, как бы Вы оценили ваше здоровье:	52.3±20.78 (38.3; 66.2)	79.55± 4.55 (69.4; 89.7)
Здоровье	52.3±20.78 (38.3; 66.2)	79.55± 4.55 (69.4; 89.7)
Как часто Вы плохо и беспокойно спали?	52.3±17.52 (40.5; 64.0)	38.64± 6.18 (24.8; 52.4)
Как часто Вы чувствовали себя измотанным?	70.5±24.54 (54.0; 86.9)	47.73± 6.27 (33.7; 61.7)
Как часто Вы были физически истощены?	63.6±20.50 (49.9; 77.4)	34.09± 3.80 (25.6; 42.6)
Как часто Вы были эмоционально истощены?	79.5±29.19 (59.9; 99.2)	43.18± 5.93 (29.9; 56.4)
Как часто Вы чувствовали усталость?	72.7±20.78 (58.8; 86.7)	54.55± 3.05 (47.7; 61.3)

Выгорание	67.7±20.17 (54.2; 81.3)	43.64± 3.82 (35.1; 52.1)
Как часто у Вас были проблемы с отдыхом?	56.8±25.23 (39.9; 73.8)	9.09± 6.10 (-4.4; 22.7)
Как часто Вы были раздражительны?	52.3±17.52 (40.5; 64.0)	50.00± 4.77 (39.3; 60.6)
Как часто Вы были напряжены?	77.3±23.60 (61.4; 93.1)	63.64± 7.81 (46.2; 81.0)
Стресс	62.1±16.40 (51.14; 73.1)	122.73±16.40 (84.0; 161.4)
Как часто у Вас болела голова?	45.5±18.77 (32.8; 58.1)	29.55± 7.40 (13.0; 46.0)
Соматический стресс	45.5±18.77 (32.8; 58.1)	29.55± 7.40 (13.0; 46.0)
Как часто Вы теряли интерес к повседневным вещам?	38.6±25.89 (21.2; 56.0)	15.91± 6.97 (0.3; 31.4)
Неуверенность в условиях труда	95.5±10.11 (88.7;102.2)	75.00± 5.84 (61.9; 88.0)
- Вашей работой в целом, с учетом всех аспектов?	45.5±18.77 (32.8; 58.1)	68.18± 3.52 (60.3; 76.0)
Депрессивные симптомы	38.6±25.89 (21.2; 56.0)	15.91± 6.97 (0.3; 31.4)

По врачам общей практики: по совокупности компонентов обозначен позитивный тренд оценочных результатов контрольного опроса относительно данных первичного опроса (таблица 26, рисунок 44): «Здоровье» (+27,28%), «Выгорание» (+24,09%), «Справедливая организация труда» (+23,86%), «Удовлетворение от работы» (+22,73%), «Депрессивные симптомы» (+22,73%), «Признание» (+22,72%), «Эмоциональные требования» (+21,58%), «Стресс» (+21,21%), «Неуверенность в условиях труда» (+20,45%), «Конфликты на рабочем месте» (+19,32%), «Качества руководства» (+18,18%), «Конфликт ролей» (+15,09%), «Соматический стресс» (+13,45%), «Осознание роли» (+11,36%), «Вертикаль доверия» (+10,23%), «Предсказуемость» (+9,1%), «Социальная поддержка руководства» (+9,09%), «Социальная поддержка коллег» (+7,63%), «Количественные требования» (+4,54%).

Вместе с тем, как мы считаем, остались нескорректированными значимые факторы негативного влияния на психосоциальное состояние врачей, требующие разработки дополнительных мер и специальных управленческих решений в среднесрочной перспективе для улучшения характеристики

производственной среды по компонентам: «Чувство коллективизма» (0%), «Отсутствие гарантий занятости» (-2,27%), «Возможности для развития» (-3,41), «Влияние на работе» (-6,74), «Значение работы» (-6,81), «Темп работы» (-7,95%).

Динамика изменений отображена на графическом изображении (рисунок 34).

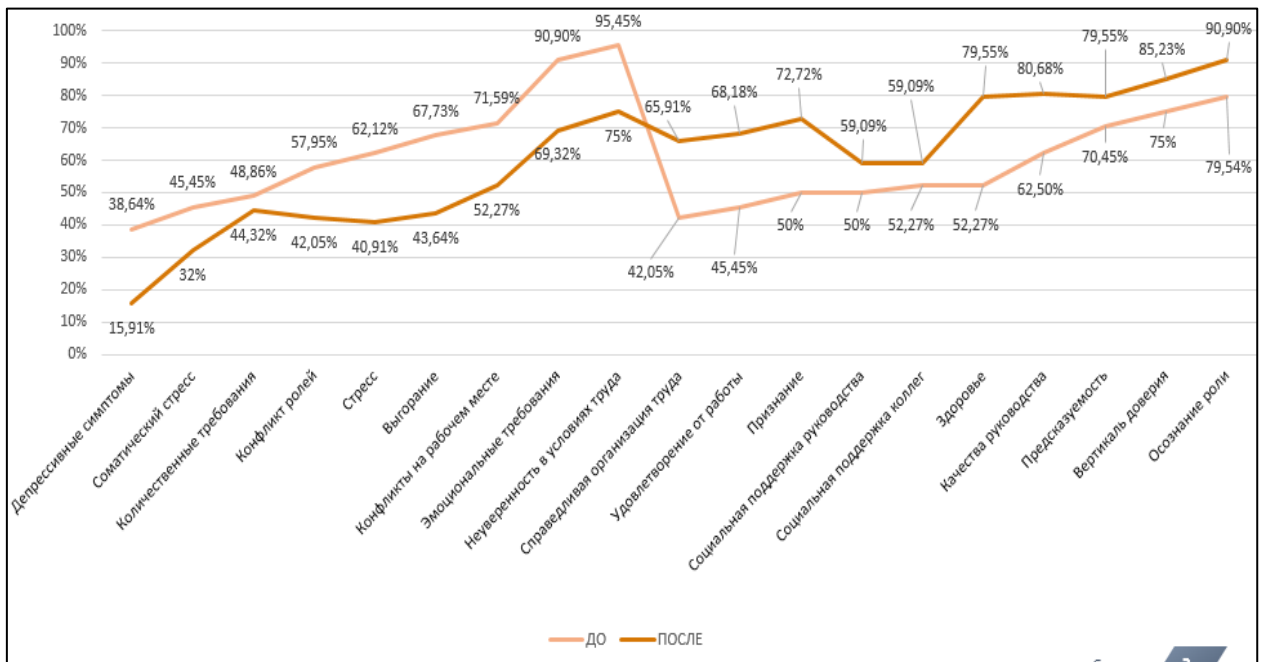


Рисунок 34 - Динамика изменений факторов, определяющих «Удовлетворенность ВОП (СВ) профессиональной деятельностью» (пилотный проект)

Таким образом, при обобщении результатов повторного опроса и сравнительного анализа данных показано, что результативность превентивных (предупредительных) мер по снижению негативного воздействия психосоциальных факторов на рабочем месте, а также позитивный тренд увеличения удовлетворенности ВОП (СВ) работой составил от 4,54% до 27,28% относительно результатов первичного опроса по 19 шкалам дополнительно со снижением на 24,09% фактора выгорания ВОП (СВ) (таблица 28).

Таблица 28 – Результативность организационных технологий превенции развития риска неудовлетворенности работой ВОП (СВ), по совокупной оценке, принятых мер до и после проведения апробации

Блоки опросника COPSOQ III	ДО (%)	ПОСЛЕ (%)	Тренд результативности (%)
Здоровье	52,27	79,55	+27,28
Выгорание	67,73	43,64	+24,09
Справедливая организация труда	42,05	65,91	+23,86
Удовлетворение от работы	45,45	68,18	+22,73
Депрессивные симптомы	38,64	15,91	+22,73
Признание	50	72,72	+22,72
Эмоциональные требования	90,90	69,32	+21,58
Стресс	62,12	40,91	+21,21
Неуверенность в условиях труда	95,45	75	+20,45
Конфликты на рабочем месте	71,59	52,27	+19,32
Качества руководства	62,50	80,68	+18,18
Конфликт ролей	57,95	42,05	+15,09
Соматический стресс	45,45	32	+13,45
Осознание роли	79,54	90,90	+11,36
Вертикаль доверия	75	85,23	+10,23
Предсказуемость	70,45	79,55	+9,1
Социальная поддержка руководства	50	59,09	+9,09
Социальная поддержка коллег	52,27	59,09	+7,63
Количественные требования	48,86	44,32	+4,54
Чувство коллективизма	72,72	72,72	0
Отсутствие гарантий занятости	95,45	97,72	-2,27
Возможности для развития	77,27	73,86	-3,41
Влияние на работе	68,10	61,36	-6,74
Значение работы	95,45	88,64	-6,81
Темп работы	73,86	81,81	-7,95

Таким образом, на основе проведенных корректирующих действий управленческого корпуса МО по повышению удовлетворенности ВОП (СВ) профессиональной деятельностью в медицинской организации, был достигнут положительный совокупный эффект.

С учетом ограниченного временного фактора для полного улучшения профессиональной среды в пилотном проекте удалось повысить **на 24,09%** результативность комплексных мер по перечню внутриорганизационных мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности работой и превенцию выгорания ВОП (СВ).

#### **6.4. Оценка результативности комплекса организационных мер по повышению качества взаимодействия «врач-пациент» и удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью (пилотный проект)**

По пациентам оценочные результаты опроса на апробации комплексных мер превенции сниженной удовлетворенности и на основе анализа имели положительную динамику по 15 позициям: «Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?» (+8,48%), «Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?» (+13,94%); «Возможность поговорить с врачом по телефону?» (+16,36%), «Объяснял цели обследований, анализов и лечения?» (+18,79%), «Возможность записи на прием по телефону?» (+19,39%), «Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?» (+19,4%), «Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?» (+21,82%), «Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья?» (+24,25%), «Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?» (+25,46%), «Время ожидания приема врача (у кабинета)?» (+25,46%), «Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?» (+28,49%), «Объяснял важность врачебных советов?» (+30,31%).

На основе сопоставления средних значений по оценочным баллам опроса пациентов на входном и контрольном этапах с использованием в рамках НИР ранее полученных собственных данных (Кузнецова М.А. и др., 2023), условно обозначенные как «средне московский показатель», нами получены и систематизированы следующие данные:

1. Блок «Взаимодействие врач-пациент». Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил  $22,24 \pm 6,04$  (20,10; 24,38) баллов. Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов

составил  $26,45 \pm 3,32$  (25,27; 27,63) баллов, средне московский показатель по блоку был  $20,36 \pm 3,96$  (19,97; 20,75), баллов.

2. Блок «Медпомощь». Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил  $19,70 \pm 4,97$  (17,94; 21,46) баллов, Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил  $22,39 \pm 3,47$  (21,16; 23,63) баллов, средне московский показатель по блоку был  $20,36 \pm 3,96$  (19,97; 20,75), баллов.

3. Блок «Информация». Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил  $12,88 \pm 4,96$  (11,12; 14,64) баллов. Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил  $17,55 \pm 3,71$  (16,23; 18,86) баллов. Средне московский показатель по блоку был  $15,27 \pm 3,96$  (14,88; 15,67) баллов.

4. Блок «Организация». Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил  $6,06 \pm 2,54$  (5,16; 6,96) баллов. Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил  $8,76 \pm 1,87$  (8,09; 9,42) баллов. Средне московский показатель по блоку был  $7,14 \pm 2,22$  (6,92; 7,36) балла.

5. Блок «Доступность». Средний показатель по блоку первичного опроса пациентов составил  $21,55 \pm 5,64$  (19,55; 23,54) баллов. Средний показатель по блоку второго (контрольного) опроса пациентов составил  $26,82 \pm 3,44$  (25,60; 28,04) баллов. Средне московский показатель по блоку был  $24,16 \pm 4,54$  (23,71; 24,61) балла.

Результативность превентивных мер, направленных на повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью в общеврачебной практике, повысилась дополнительно по 15 позициям оценочной шкалы опросника и составила от 8,48% до 30,31%. Результативность совокупной оценки до и после проведения организационных технологий превенции неудовлетворенности пациентов медицинской помощью по блокам опроса приведена в таблице 29 и рисунке 35.

Таблица 29 - Результативность совокупной оценки до и после проведения организационных технологий превенции неудовлетворенности пациентов

Блоки опросника EUROPER	ДО	ПОСЛЕ	Тренд эффективности
Взаимодействие врач-пациент	71,14%	88,18%	+17,04%
Медпомощь	78,78%	89,57%	+10,79%
Информация и поддержка	64,39%	87,20%	+22,81%
Организация	60,60%	87,57%	+26,97%
Доступность	71,81%	89,39%	+17,58%
Удовлетворенность качеством мед. помощи. (общий балл)	71,67%	88,66%	+16,99%

Динамика изменений удовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи показана на рисунке 35.

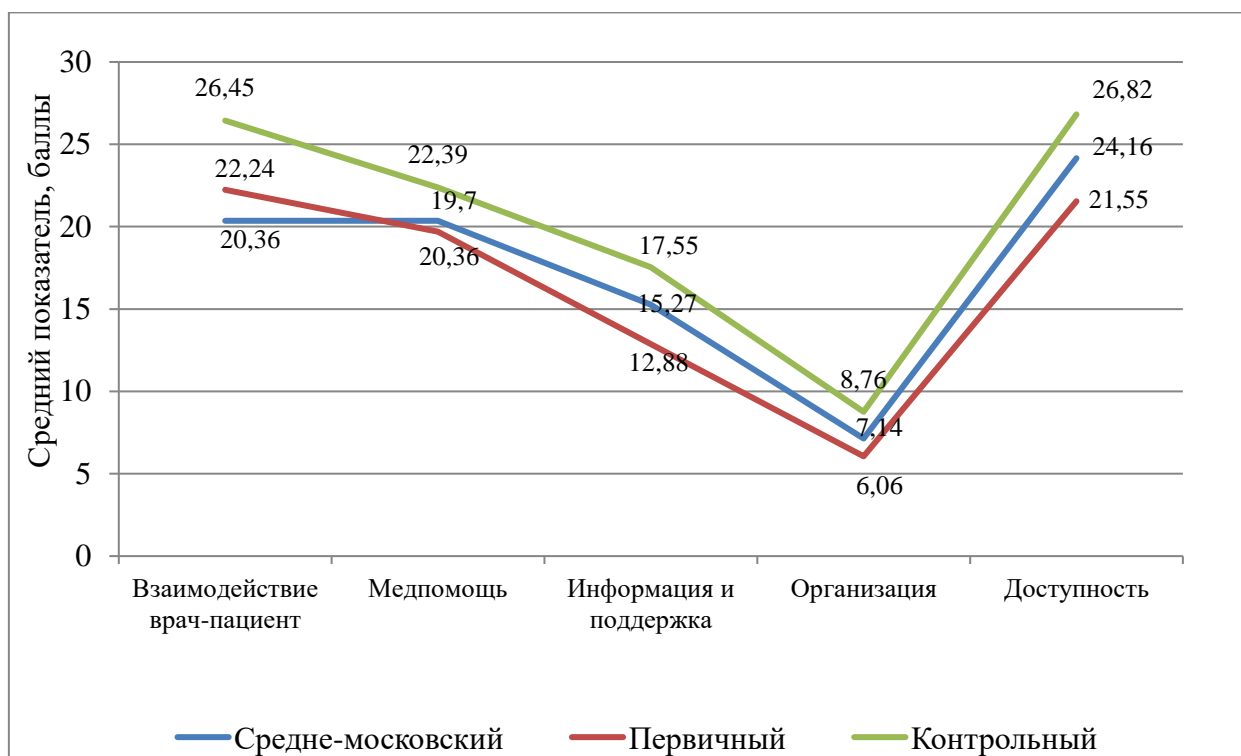


Рисунок 35 - Показатели удовлетворенности пациентов медицинской помощью в динамике пилотного проекта

Таким образом, на основе проведенных корректирующих действий управленческим корпусом МО (№ N) на пилотном проекте по повышению удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказанной ВОП (СВ) в медицинской организации, был достигнут положительный совокупный эффект.

С учетом ограниченного временного периода для полного улучшения профессиональной среды в пилотном проекте удалось повысить на 24,09% результативность комплексных мер по перечню внутриорганизационных мероприятий, направленных на повышение удовлетворенности работой ВОП (СВ).

### **Заключение по главе**

На значительном объеме статистических данных установлена многофакторная причинная связь показателей удовлетворенности работой и профессионального выгорания врачей общей практики и влияние измененного психосоциального их состояния на качество взаимодействия в пациент и его удовлетворенности оказанной медицинской помощью в медицинских организациях города Москва.

На основании полученных аналитических данных и для комплексной оценки условий работы ВОП (СВ) как значимого фактора влияния на устойчивость психосоциального состояния и здоровья ВОП (СВ) выделены 3 области взаимосвязанных областей исследования:

1. Организационная практика и технологии управления медицинским персоналом (ВОП (СВ)), ориентированных на повышение работоспособности, надёжности, удовлетворённости трудом, реализация индивидуальных потребностей и лидерских способностей для профессионального и карьерного роста врачей.

Полученные данные о характеристике приемов управления МО показывают, что административные усилия, направленные на обеспечение хороших физических условий труда ВОП (СВ), достоверно высоко оценены. Однако, наряду с позитивными характеристиками административно-управленческих решений таких как, справедливое распределение работы (блок «Справедливая организация труда») и хорошее планирование рабочего процесса руководством, ВОП (СВ) считают высокими количественные, когнитивные и эмоциональные требования к условиям работы, неравномерное распределение обязанностей, высокую интенсивность основной работы и

необоснованных заданий. При этом, ВОП (СВ) отмечают недостаточными признание и их поощрение за хорошо выполненную работу, сдерживание личных инициатив и недолжное внимание к предложениям врача, возможность изменения рабочего графика без согласования со стороны руководства.

2. Оценка внутриорганизационной среды, которая на основе внутренних правил, формирует способы взаимодействия сотрудников, монотонность и на отсутствие разнообразия в работе, высокую интенсивность рабочего процесса – «приходится выполнять во время работы несколько задач одновременно», «принятия сложных решений», «запоминания большого объёма информации», «влияние на качество работы», «влияние на решения, касающиеся вашей работы», «умение генерировать идеи».

Сформирован перечень факторов, влияющих на высокие риски психоэмоциональной нагрузки по условиям труда респондентов – ВОП (СВ) и связанных с возникновением внутреннего конфликта между тяжелой эмоциональной средой профессиональной деятельности и личными (семейными) обязательствами. При этом, несмотря на социальную поддержку коллег и руководства, степень выраженности психоэмоционального состояния респондентов – ВОП (СВ) не снижается. Достоверно значимые высокие баллы имели предикторы, определяющие внутренние механизмы психоэмоционального напряжения ВОП (СВ): «сотрудники скрывают информацию друг от друга» и «скрывают информацию от руководства», «работа является эмоционально тяжелой», «на работе подвергается воздействию эмоционально-тревожных ситуаций», «работа требует, чтобы скрывали свои чувства» и «относиться ко всем одинаково, даже если этого не хочется», при этом ниже была оценена возможность «внести изменения в свои планы», «выражать свои эмоции и чувства».

3. Индивидуальные особенности ВОП (СВ) - когнитивные, эмоциональные, поведенческие и мотивационные - для достижения результатов и перспективы профессионального роста.

Высокие результаты, характеризующие внутренние психосоциальные детерминанты в профессиональной деятельности ВОП (СВ) об осознании целей и области профессиональной деятельности; удовлетворенности местом работы и удовлетворенностью тем, что являются частью своей организации; значимости и важности выполняемой работы; погруженности в работу и вовлеченности в нее; соответствие собственных (ВОП (СВ)) способностей занимаемому положению, по мнению большинства ВОП (СВ), не обеспечены условиями для реализации индивидуальных способностей и обусловлены административным барьером и зарегулированностью организационно-управленческой работы.

Выявленные недостатки в административно-управленческой форме руководства медицинской организацией определили высокий уровень неудовлетворенностью работой и выгорания у 34,1% ВОП (СВ) с последствиями их влияния на снижение качества взаимодействия и удовлетворенности пациентов медицинской помощью 40,6% и 48,2% соответственно.

По совокупности факторов негативного влияния на показатель низкой удовлетворенности 48,2% пациентов и в целях повышения этого показателя был разработан и апробирован на пилотной площадке комплекс практических рекомендаций. Разработанные организационные технологии превенции выгорания и снижения качества взаимодействия со стороны ВОП (СВ) позволили повысить удовлетворенность пациентов медицинской помощью по 15 позициям шкалы опросника EUROPEP с результативностью от 8,48% до 30,33%, а совокупная результативность по блокам опросника имела разную динамику с позитивным трендом – от 10,79% до 26,97% *относительно результатов первичных данных* дополнительно.

Также достигнут позитивный тренд в психосоциальном состоянии ВОП (СВ) *дополнительно* по 16 позициям оценочной шкалы опросника COSPOQ III и повышение результативности превентивных (предупредительных) мер от 4,54% до 27,28%.

Показано, что показатель «Удовлетворение от работы» повысился (+22,73) и был связан с решением части организационных вопросов, применение которых за короткий период апробации позволило внести положительный эффект в производственные взаимоотношения с руководством. Однако, психосоциальные нагрузки на врачей по 5 компонентам составившие влияние на низкую оценку своего здоровья, такие, как отсутствие гарантии занятости, темп работы, влияние на работе, возможность для развития, значение работы относятся к мерам управления индивидуальными и социальными потребностями медицинских работников, включающие изменения системы поощрения и механизмов оказания социальной помощи в рамках административных возможностей в каждой медицинской организации.

Полученные на пилотном проекте данные требуют проведения дополнительных управленческих мер по устранению негативного влияния психосоциальных факторов производственной среды на индивидуальном и внутриорганизационном уровнях в среднесрочной перспективе.

Разработанный комплекс медико-организационных предложений включает организационные технологии оценки и принятия стратегических, тактических и оперативных мер, направленных на обеспечение профилактики неудовлетворенности пациентов до оказания медицинской помощи и профилактики выгорания ВОП (СВ), на основе определения исходного уровня неудовлетворенности критических уровней сниженной удовлетворенности ВОП (СВ) и пациентов с использованием разработанных в диссертационном исследовании критериев и шкал прогноза.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Целью исследований явилось изучение медико-социальных аспектов удовлетворенности работой врачей ПМСП (на примере ВОП(СВ)) и факторов, определяющих снижение уровня этой характеристики врача, а также ее влияние на другую профессионально важную характеристику врача – «Профессиональное выгорание», являющуюся основной причиной потери трудовых ресурсов в здравоохранении с последствиями снижения удовлетворенности пациентов, на качество взаимодействия между врачом и пациентом как ключевых компонентов оценки управления и ее влияния на социальную эффективность здравоохранения.

Программа исследований была обоснована актуальностью «развития системы независимой оценки условий оказания услуг медицинскими организациями, <...>, участвующими в реализации программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи, включая информирование населения о результатах такой оценки»<sup>48</sup>.

**Программа диссертационной работы** основана на проспективном многоступенчатом наблюдении и поэтапном выполнении задач исследования. Объектом исследования на разных этапах явились врачи, оказывающие первичную медико-санитарную помощь (на примере, врача общей практики), пациенты, наблюдаемые данным врачом. Предметом исследования явилось состояние комплекса компонентов и интегральной оценки удовлетворенности врачей работой и взаимосвязь характеристики «удовлетворение врача работой» с другими его характеристиками, с состоянием взаимодействия в системе «врач-пациент», с удовлетворенностью пациентов медицинской помощью. Единицей наблюдения определен врач, оказывающий первичную медико-санитарную помощь (на примере, врача общей практики), пациент, наблюдаемый данным врачом.

---

<sup>48</sup> Постановление Правительства Российской Федерации от 27 декабря 2024 г. № 1940 [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://www.garant.ru/products/ipo/prime/doc/411138101/>

Актуальность научной темы обоснована результатами аналитического обзора более 231 источников научной литературы и актов нормативно-правового регулирования области развития пациент-ориентированной медицины в глобальном и российском здравоохранении. Изучены проблемные области по научной теме, а также существующие методические инструменты измерения и оценки характеристики врача общей практики, влияния его психосоциального состояния на качество взаимодействия с пациентом и его удовлетворенности медицинской помощью, как целевого показателя результативности здравоохранения.

Установлено, что в зарубежных и российских научных работах исследования, посвященные изучению характеристики ВОП (СВ) и ее влияния на качество взаимодействия с пациентом при оказании медицинской помощи, малочисленны, фрагментарно представлены по специализированным отраслям медицины.

Организационные мероприятия по подготовке к выполнению диссертационного исследования включали проведение социологического опроса врачей ПМСП (ВОП (СВ)) для изучения их удовлетворенности работой, выбор базы исследования и инструмент опроса с использованием международного психосоциального опросника COSPOQ III.

Базой явились 18 поликлиник, оказывающих первичную медико-санитарную помощь взрослому населению, одного из субъектов РФ (город Москва) в течение 2022–2023 гг. На основе анализа среднесрочных показателей медицинской деятельности (ф-30 г.Москва, 2015-2023 гг.) и обобщенных результатов показано, что в системе здравоохранения г. Москва реализована организационно-структурная реформа ПМСП и сформированы подразделения с кадрами общеврачебной практики. На основе мониторинговых данных о динамике развитии новой пациент-ориентированной модели в структуре ПМСП в субъектах Российской Федерации научно обосновано наличие ее развитие во всех субъектах, с

наиболее устойчивым функционированием в субъекте федерального значения -г.Москва.

Показано, что подразделения общей врачебной практики составляют 20,5% (2021г.) от функциональной структуры медицинских организаций г.Москва. Однако, **кадровый ресурс подразделений ВОП (СВ) по числу физических лиц**, осуществляющих профессиональную деятельность, хотя и значителен, но не достигает регламентных и **составляет 81%** (2021 г.).

Для одновременной и адекватной оценки факторов, определяющих психосоциальные условия снижения удовлетворенности ВОП (СВ) своей профессиональной деятельностью и влияния показателя на качество оказанной медицинской помощи, нами применялась методология параллельного опроса ВОП (СВ) и пациентов за 12 месяцев на момент опроса.

В рамках диссертационного исследования и совершенствования методической базы впервые в Российской Федерации нами был проведен адаптированный перевод и валидация международного психосоциального опросника COPSQ III (Long version) как стандартизированного инструментария опроса по расширенному перечню показателей, состоящего из 146 вопросов и COPSQ III (Short version) - из 32 вопросов.

В процессе валидации опросника статистическое сравнение большинства шкал показало хорошую внутреннюю согласованность ( $\alpha$ -Кронбаха  $\geq 0,7$ ) и надежность ( $ICC \geq 0,5$ ). Эти данные согласуются с международными данными в сфере здравоохранения, а также с датской, немецкой и французской версиями опросника, на клинических базах которых проводилась широкая валидация [161, 191].

Для опроса пациентов применяли международный опросник EUROPER, признанный современным методическим инструментарием для выявления комплекса факторов неудовлетворенности пациентов качеством медицинской помощи. Проведенный нами сравнительный анализ опросника EUROPER с НПА «Методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской

помощью, процент» (далее Методика)<sup>46</sup> показал, что EUROPER согласуется с Методикой по основным структурным элементам. Ограничением применения Методики явилось сравнительно недавнее введение документа в деятельность медицинских организаций (с 2022г.) и отсутствие данных наблюдения в динамике.

На базе электронных ресурсов ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» зарегистрированы **2 пополняемые и деперсонифицированные базы данных на 734 человеко-обследований** (Свидетельство №2024623997 от 09 сентября 2024г, Свидетельство №2024623999 от 09 сентября 2024г).

В опросе участвовали 340 ВОП (СВ) и 394 пациентов. Репрезентативность выборки врачей и пациентов рассчитана исходя из генеральной совокупности по г.Москва - 2911 ВОП (СВ) и более 100000 пациентов в пределах доверительного интервала в 95%, ошибки выборки 5%, мощности критерия 0,80.

Из числа респондентов – ВОП (СВ) в опросе участвовали 83,5% (284) женщин, 16,5% (56) - мужчин; по возрасту они составили 37% в группе «45-59 лет», 14,8% - «36-45», 13% - «26-35 лет», 9,2% - «18-25 лет», 8,5% - «60-75 лет», 7,5% - «от 76 лет и старше», что релевантно генеральной совокупности кадрового состава здравоохранения г. Москва

Комплексная оценка условий работы ВОП (СВ) при разном уровне «Удовлетворение от работы» проведена с учетом состояния каждого из пяти ее компонентов. Выявлены тесные корреляционные связи между показателями. Из числа «всего» **«Низкий» уровень** удовлетворенности работой опрошенных ВОП (СВ) составил **22,7%**, «Норма» - 62,9%, «Высокий» - 14,4%. Коэффициент отклонения от оптимальной оценки составил 72,4%.

Полученные данные о снижении удовлетворенности работой ВОП (СВ) были обусловлены приоритетно факторами, связанными высоким психосоциальным напряжением врачей, из-за административной

зарегулированности внутриорганизационных процессов (51,35%), с индивидуальными психосоциальными особенностями врачей (43,52%).

Ранжирование оценочных результатов компонентов удовлетворенности выявило, что все компоненты, выраженные разной частотой выбора со стороны ВОП (СВ), определили вклад в снижение удовлетворенности работой ВОП (СВ), причем она зависела в 57,4% от заработной платы, 27,3% - отсутствия перспективы карьерного роста, 3,5% - неприменения индивидуальных лидерских способностей, 1,8% - физических условий работы.

В рамках совершенствования методической базы и реализации поставленных задач диссертационной работы **разработаны и зарегистрированы 2 новых метода исследований и критерии оценки их результатов:** «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)» (Патент на пром.образец №150589 от 16.12.2025г.); «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности» (Патент на пром.образец №150752 от 23.12.2025г.).

Для выравнивания частотных характеристик множественных факторов профессиональной среды и изучения их влияния на формирование удовлетворенности/неудовлетворенности работой ВОП (СВ) проведена нормализация средних значений опроса и их интерквартильное ранжирование по значимости определяющего фактора как нового инструментария анализа.

В соответствии с этим, показатели были переведены в цветовую шкалу, в которой значения нормализованных показателей, находящиеся в диапазонах от 0 до 0,3 – в «зеленом секторе» - оценивали положительное влияние («хорошо»), от 0,3 до 0,6 - в «желтом секторе» - требует внимания, от 0,6 до 1 в «красном секторе» - отрицательное влияние («плохо»). В анализе использованы графические методы визуализации полученных результатов и диаграммы размаха статистических отклонений. Сгруппированные по рангу

повышения в разы риски низкого уровня удовлетворенности работой ВОП (СВ) по факторным показателям позволили обосновать следующее заключение: 1-ую группу составляют повышающие ранги (в 1,6 - 2,8 раз) - 11 факторов негативного влияния на качество выполняемых действий ВОП (СВ) в профессиональной деятельности и характеризуют отдельные, рутинные, стороны рабочего процесса; 2-ую группу (в 2,9 - 3,3 раз) – 6 факторов, относящиеся к эмоциональной составляющей со стороны ВОП (СВ) к оценке влияния профессиональной среды; 3-ью (в 3,9 - 10,4 раз) - 4 фактора, связанные с внутриорганизационными процессами.

На основе разработанных методов обоснован алгоритм комплексного подхода к статистической обработке, систематизации первичного материала с применением нормализации и интерквартильного ранжирования оценочных результатов и факторного анализа полученных данных о психосоциальном состоянии ВОП (СВ) и их удовлетворенность работой. Установлена многофакторная причинно-следственная связь показателей низкой удовлетворенности работой и профессионального выгорания врачей общей практики, а также влияние на качество взаимодействия и достижение удовлетворенности пациента полученной медицинской помощью.

Показано, что монотонность и отсутствие разнообразия в работе, высокая интенсивность рабочего процесса характеризуют внутрипроцессные факторы снижения удовлетворенности работой. В группе «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) (наиболее уязвимая медико-социальная группа врачей), уровни показателя «Выгорание» распределились с достоверными различиями ( $p < 0,0001$ ): «Высокий» - 41,56% (32 чел.), «Норма» - 54,55% (42 чел.), «Низкий» 3,9% (3 чел.). Таким образом, нами получены данные о достоверной взаимосвязи низкого уровня «Удовлетворенность работой» с «Выгоранием» ВОП (СВ) ( $r = -0,5$ ,  $R^2=24,1$ ,  $p < 0,0001$ ).

Обобщенный анализ влияния сниженных уровней показателя «Удовлетворенность работой» ВОП (СВ) на показатель «Удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью» по 11 компонентам позволил

достоверно установить, что 40,6% из числа всех опрошенных пациентов не удовлетворены качеством взаимодействия с ВОП (СВ) ( $p < 0,0001$ ). Показатели «Низкий» уровень удовлетворенности работой ВОП (СВ) и «Низкий» уровень удовлетворенности пациентов оказанной медицинской помощью достоверно взаимосвязаны и составили 48,2% от числа всех опрошенных пациентов ( $p < 0,0001$ ).

На основе полученных данных создан алгоритм прогноза, особенностью которого является моделирование бинарных показателей рисков классов снижения/повышения удовлетворенности и выгорания ВОП (СВ) по методу «Древо решений». С учетом силы функциональных причинно-следственных связей факторов профессиональной среды и психосоциальной характеристики ВОП (СВ) предложены модели разных исходов административных решений и алгоритм корректирующих действий по управлению факторами риска, когда выявление неблагоприятного тренда у одного показателя является прогностически значимым для применения мер управления не только для улучшения характеристики «удовлетворенность врача общей практики работой», но и мер по улучшению других характеристик врача («Выгорание») и пациента (неудовлетворенность взаимодействием с врачом). Данная ситуация доказывает, что характеристика «удовлетворенность врача общей практики работой» может рассматриваться как основополагающая платформа своевременного параллельного оценочного и управляющего вмешательства.

Для комплексной оценки условий работы ВОП (СВ) как значимого фактора влияния на устойчивость психосоциального состояния и здоровья ВОП (СВ) выделены 3 области взаимосвязанных областей исследования:

1. Организационная практика и технологии управления медицинским персоналом (ВОП (СВ)), ориентированных на повышение работоспособности, надёжности, удовлетворённости трудом, реализация индивидуальных потребностей и лидерских способностей для профессионального и карьерного роста врачей.

Получены достоверно высокие оценочные результаты опроса ВОП (СВ), характеризующие административные усилия МО по обеспечению хороших физических условий труда и хорошее планирование рабочего процесса руководством. Вместе с тем, ВОП (СВ) считают высокими количественные, когнитивные и эмоциональные требования в профессиональной деятельности, неравномерное распределение обязанностей, высокую интенсивность основной работы и необоснованных заданий. Также ВОП (СВ) считают недостаточными признание и их поощрение за хорошо выполненную работу, недолжное внимание к предложениям врача, возможность изменения рабочего графика без согласования со стороны руководства сдерживают личные инициативы - «умение генерировать идеи» при осуществлении профессиональной деятельности.

2. Оценка внутриорганизационной среды, которая на основе внутренних правил, формирует формы взаимодействия сотрудников.

Сформирован перечень из 21 факторов, влияющих на высокие риски психоэмоциональной нагрузки по условиям труда ВОП (СВ) и связанных с возникновением неприязненных отношений в коллективе и психосоциального внутреннего (личностного) напряжения, переходящее на семейные. Показано, что, несмотря на социальную поддержку коллег и руководства, степень выраженности психосоциального состояния респондентов – ВОП (СВ) не снижается.

3. Индивидуальные особенности ВОП (СВ) - когнитивные, эмоциональные, поведенческие и мотивационные - для достижения результатов и перспективы профессионального роста.

Полученные в наших исследованиях данные сопоставимы с исследовательским заключением, представленном в мета-анализе глобальной удовлетворенность работой среди врачей общей практики в исследованиях Qilin Deng et al. (2024), в которой показано, что объединенный показатель удовлетворенности работой среди ВОП (СВ) во всем мире составляет 70,82% (95% ДИ: 66,62-75,02%) с использованием 5-балльной шкалы был получен

эффект, равный 3,52 (95% ДИ: 3,43-3,61) [110]. В публикациях, опубликованных после пандемии коронавирусной инфекции (2020г.), отмечается заметное снижение, до 63,09%, показателя удовлетворенности работой ВОП (СВ) при средних показателях 72,39% [110]. Так, среди шведских работников здравоохранения (n=957) Magnu Akerstrom et al. (2023) средний уровень удовлетворенности работой составил 68,6 (95% ДИ (64,3-72,8)), конфликт между работой и личной жизнью - 42,6 (95% ДИ (37,3-48,0)), стресс - 42,0 (95% ДИ (37,7-46,3)) и выгорание - 1,9 (95% ДИ (1,6-2,2)) [84]. При этом женщины – врачи наиболее часто подвержены высоким уровням стресса и эмоционального выгорания. Воспринимаемая нагрузка с высоким уровнем была связана с более низким уровнем удовлетворенности работой, высоким уровнем конфликтов между работой и личной жизнью, стрессом и выгоранием.

Показано, что медицинские работники подвергаются более высокому риску воздействия психосоциальных факторов риска, связанных с их рабочей средой, чем многие другие профессии. «Национальный институт безопасности и гигиены труда» наиболее часто среди этих факторов указывает на стресс, переутомление, эмоциональное выгорание, физические и эмоциональные нагрузки [181]. Показано, что подверженность психосоциальным рискам является важной характеристикой работы врача [151, 179]. В связи с этим, на создание благоприятной организационной структуры и конструктивного сотрудничества внутри профессиональной команды должны быть направлены усилия медицинских организаций [71, 158, 211].

Разработан и апробирован комплекс медико-организационных предложений по коррекции уровня удовлетворенности врача профессиональной деятельностью и выявленных факторов риска его снижения. **Научно обоснованы предложения по внедрению новых управленческих технологий превенции и комплекса практических рекомендаций.**

Особенностью методики явилось выбор типовой городской поликлиники методом случайного отбора, проспективный сбор информации с применением адаптированной международной программы «Исполнительное лидерство и благополучие врачей: девять организационных стратегий, способствующих вовлечению и снижению психосоциальных рисков выгорания врачей».

В программу организационного эксперимента на первом этапе включена информационная акция персонала руководством поликлиники о цели и стратегии развития организации до 2026 года. Врачи обследованы сплошным методом наблюдения с использованием короткой версии опросника COPSQ III. На этом же этапе был проведен одномоментный параллельный опрос пациентов по опроснику EUROPER. Программа второго этапа эксперимента включала организацию системы постоянно действующих совещаний врачей с руководством МО, формирование фокус-групп, составление концепт-план развития отделения на ближайший год. Объединение врачей в фокус-группы и формирование концепт-план развития отделения на ближайший год проведено на свободной основе. Предоставить. Программа третьего этапа включала реализацию концепт-планов. Для обсуждения промежуточных результатов были выделены 2 дня в неделю по 40 мин. Дополнительно была разработана система KPI, оборудована комната отдыха и организованы психологические тренинги, а также составлен индивидуальный план работы с кадрами. На заключительном этапе организационного эксперимента через 3 месяца проведен повторный опрос тех же врачей и пациентов с использованием выше указанного инструментария.

С учетом ограниченного времени для полной реализации проекта был получен положительный тренд в решении ситуационных проблем. Так, показатель удовлетворенности пациентов медицинской помощью, оказываемой ВОП (СВ), и по оценочным шкалам опросника EUROPER относительно результатов первичных данных повысился по 15 позициям

дополнительно с результативностью от 8,4% до 30,3%, а совокупная результативность по блокам опросника – от 10,7% до 26,9%.

Достигнуты позитивные изменения в психосоциальном состоянии ВОП (СВ) *дополнительно* по 16 позициям оценочной шкалы опросника COSPOQ III, а результативность превентивных (предупредительных) мер по отдельным факторам повысился от 4,5% до 27,2%. Было достигнуто повышение удовлетворительности пациентов медицинской помощи, оказываемой ВОП (СВ), *дополнительно* по 15 позициям оценочной шкалы с результативностью от 8,4% до 30,3%.

Апробация организационных технологий превенции низкой удовлетворенности работой ВОП (СВ) на пилотном проекте подтвердила выполнимость и результативность принимаемых мер административно-управленческих усилий по достижению целевых показателей за короткий срок.

## ВЫВОДЫ

1. Установлено, что удовлетворенность врачей, оказывающих ПМСП (на примере врачей общей практики), своей профессиональной деятельностью характеризуется снижением комплексной оценки до 22,7% от оптимального значения. При этом наибольший вклад в ее снижение отмечен по следующим компонентам этой характеристики: 57,4% - «заработная плата», 27,3% - «перспективы карьерного роста», 3,5% - «применения лидерских способностей».

2. Доказано, по данным корреляционного и регрессионного анализа, вычисления относительных и атрибутивных рисков, что среди факторов риска, ведущими являются психосоциальные факторы, связанные с профессиональной деятельностью врача на рабочем месте (51,3%), а также факторы, связанные с индивидуальными характеристиками (43,5%), в том числе с его здоровьем (22,6%). При этом в структуре психосоциальных факторов наиболее сильными являются такие как «Качества руководства», «Справедливая организация труда», «Признание», «Преданность работе», а также «Необоснованные задания» и «Конфликт ролей» ( $p < 0,0001$ ).

3. Выявлено, что уровень показателя «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» врача, оказывающего ПМСП, определяет состояние уровня благополучия других профессионально важных характеристик врача – «Выгорание» ( $r = -0,5$ ,  $R^2 = 24,1$ ,  $p < 0,0001$ ), качество его взаимодействия с пациентом ( $r = 0,38$ ,  $R^2 = 13,1$ ,  $p < 0,0001$ ) и удовлетворенность пациента оказанной медицинской помощью ( $r = 0,33$ ,  $R^2 = 11,5$ ,  $p < 0,0001$ ). Так, при низком уровне удовлетворенности врача своей профессиональной деятельностью, частота низкого качества взаимодействия в системе «врач-пациент» составила 91,8% против 8,1% при высоком, низкой удовлетворенности пациентов медицинской помощи - 81,6% против 18,4% при высоком, низкого уровня выгорания ВОП (СВ) - 55,1% против 2,0% при высоком, что свидетельствует о важной медико-социальной значимости

формирования высокого уровня удовлетворенности врача общей практики работой, как основы улучшения других характеристик врача и пациента.

4. Разработанная в исследовании методика изучения удовлетворенности врача профессиональной деятельностью, включающая методический прием параллельного одномоментного сбора информации путем опроса врача и наблюдаемых им пациентов, алгоритм выявления психосоциальных факторов риска явной неудовлетворенности врача, алгоритм дифференциации факторов по диапазонам: «хорошо» (от 0 до 0,3), «требуют внимания» (от 0,3 до 0,6), «плохо» (от 0,6 до 1), с цветовым ранжированием по разработанным в исследовании шкалам, алгоритм выявления психосоциальных факторов риска скрытой неудовлетворенности врачей работой методом факторного анализа и дифференциации на группы: «Мотивация, профессиональное развитие», «Лидерство», «Здоровье», алгоритм прогноза уровня «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» врача, основанный на анализе бинарных показателей рисков классов методом «Древо решений», обеспечивает выявление информации, необходимой для выработки адекватных состоянию этой характеристики врача управляющих решений по его коррекции.

5. Выявлено, что при увеличении показателей «Депрессивные симптомы» выше, чем 125,0 баллов, «Неуверенность в условиях труда» - 350,0 баллов риск низкого уровня «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» врача, оказывающего ПМСП, увеличивается до 80%, при снижении уровня «Депрессивные симптомы» ниже, чем 125,0 баллов, «Конфликты на рабочем месте» - 375,0 баллов, данный риск снижается до 3,0%.

6. Разработанный в исследовании комплекс организационно-методических предложений по повышению удовлетворенности врачей, оказывающих ПМСП, их профессиональной деятельностью включающий: **стратегические** меры по усилению управленческого кадрового ресурса, основанные на коррекции выявленных в исследовании ключевых

психосоциальных факторов риска на рабочем месте врача, связанных со стилем управления, таких как «Качество руководства», «Справедливая организация труда», «Необоснованные задания», «Неуверенность в условиях труда», «Отсутствие гарантий занятости»; **тактические** меры по мониторингованию ключевых психосоциальных факторов на рабочем месте врача, направленности их динамики; **оперативные** меры, направленные на коррекцию ключевых рисков управления за счет перехода от административного давления к активизации деятельности врачей ПМСП, усиление мотивации, профессионального роста и развития лидерских способностей у врачей с низким уровнем удовлетворенности профессиональной деятельностью, в том числе с использованием разработанных в рамках настоящего исследования алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики) (Патент на промышленный образец №150589 от 16.12.2025г.), алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности (Патент на промышленный образец №150752 от 23.12.2025г.), адаптированных программ тренинга и эффективной коммуникации по выявленным ключевым факторам риска, обеспечивает достижение результативности управления исследуемой характеристики врачей общей практики.

7. По итогам организационного эксперимента результативность апробации показала повышение показателя «Удовлетворенность профессиональной деятельностью» врача на 23%, связанных с ним показателями качества взаимодействия врача с пациентом и удовлетворенности пациента оказанной медицинской помощью на 17%, снижение характеристики «Профессионального выгорания» на 24%, что доказывает возможность отнесения данной характеристики к

основополагающим для других профессионально важных характеристик врача и взаимодействия с пациентом.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

### **Министерству науки и высшего образования Российской Федерации (Минобрнауки России)**

- рассмотреть предложение о создании на базе ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» Национального центра независимых исследований мониторинга, анализа и оценки показателей национальных проектов «Демография» и «Здравоохранение» на основе разработанных методологических подходов и инструментариев оценки деятельности отраслевых и исполнительных органов управления по реализации стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья

- включить в образовательные программы высших учебных заведений и последиplomной подготовки по специализации «Организация здравоохранения», отдельные вопросы по управлению качеством и медицинской эффективностью организации здравоохранения тематические циклы «Медико-социальные аспекты управления кадровым ресурсом и качеством медицинской помощи» по реализации стратегии противодействия рискам снижения качества общественного здоровья и научно обоснованных разработок диссертационного исследования

### **Министерству здравоохранения Российской Федерации (Минздрав России)**

- при разработке дополнений / изменений в федеральные законы и отраслевые нормативно-правовые акты, регулирующие повышение медико-социальной эффективности пациент-ориентированной и персонализированной модели оказания медицинской помощи населению Российской Федерации, внести обязательные требования о порядке осуществления внутреннего аудита по предотвращению основных причин

потери трудовых ресурсов в здравоохранении, обусловленных влиянием психосоциальных факторов труда и снижением удовлетворенности работой медицинских работников;

- утвердить на ведомственном уровне русскоязычную версию валидированного международного психосоциального опросника COSPOQ III (Long version) для обеспечения стандартизированным инструментарием измерения психосоциальной напряженности работы медицинских работников и его влияния на качество медицинской помощи населению;

- в рамках повышения медико-социальной эффективности здравоохранения утвердить на ведомственном уровне методологию и алгоритм проведения параллельного одномоментного опроса медицинских работников и пациентов для объективизации данных, характеризующих текущее состояние качества медицинской помощи по факторам влияния производственной среды на психосоциальное состояние медицинских работников с последствиями снижения качества взаимодействия с пациентами и их удовлетворенности оказанной медицинской помощью

- утвердить на ведомственном уровне международные рекомендации «Исполнительное лидерство и благополучие врачей: девять организационных стратегий, способствующих вовлечению и снижению психосоциальных рисков выгорания врачей», адаптированные с учетом национальных особенностей здравоохранения в рамках диссертационной работы с положительной апробацией полученных показателей для включения в план развития и укрепления кадровых ресурсов здравоохранения и обучения организаторов здравоохранения в рамках по управлению эффективностью медицинской деятельностью в Российской Федерации

- для объективизации статистических сведений по рейтингу медико-социальной эффективности деятельности организаций здравоохранения утвердить отраслевую программу и порядок проведения социологических исследований удовлетворенности работой медицинских работников – ключевых контактов с населением, с использованием русскоязычной версии

валидированного международного психосоциального опросника COSPOQ III (Long version)

- включить в план управления качеством медицинской помощи использование электронных ресурсов ФГБНУ «Национальный НИИ общественного здоровья имени Н.А. Семашко» и проводить опрос медицинских работников и пациентов с установленной периодичностью организацию для получения данных в рамках независимой и беспристрастной экспертизы по условиям труда и оценки влияния факторов производственной среды на целевые показатели деятельности медицинской организации с использованием разработанных методологии, алгоритма, инструментариев измерения и оценочных технологий превенции

**Органам государственной власти субъектов Российской Федерации  
в сфере охраны здоровья**

- для совершенствования системы медицинского контроля национального целевого показателя - удовлетворенности населения качеством медицинской помощи предусмотреть из бюджетных (спонсорских) источников финансирования научно-исследовательских проектов в медицинских организациях выборочно и на постоянной основе с использованием разработанной методологии и алгоритм проведения параллельного одномоментного опроса медицинских работников по опроснику COSPOQ III и пациентов по опроснику EUROPER для объективизации данных, характеризующих текущее состояние качества медицинской помощи, связанное с влиянием условий труда на кадровый ресурс здравоохранения в субъекте Российской Федерации

**Руководителям медицинских организаций**

- организовать цикл лекций «Механизмы повышения удовлетворенности врачей, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, своей профессиональной деятельностью и факторы, её

определяющие» на базе медицинских организаций для ознакомления с материалами диссертационной работы и включения основных его результатов в план работы с кадрами и механизмов достижения целевых показателей деятельности

- включить в программу административно-управленческого контроля качества медицинской помощи альтернативные методы медико-социальных исследований, основанных на использовании разработанных и апробированных целевых показателей для оперативного реагирования, и корректировки действий.

## ТЕРМИНЫ, ОПРЕДЕЛЕНИЯ И СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

**Удовлетворенность профессиональной деятельностью** — это эмоционально-оценочное отношение работника к своей трудовой деятельности, отражающее степень соответствия между его ожиданиями, потребностями и реальными условиями работы, включая содержание труда, организационные условия, взаимоотношения в коллективе и систему вознаграждения<sup>49</sup>

**Психосоциальный фактор** - взаимодействие между содержанием работы, её организацией и управлением, другими внешними и организационными условиями, компетенциями и потребностями работников<sup>50</sup>

**Психосоциальный риск** - вероятность того, что психосоциальные факторы окажут опасное воздействие на здоровье работника через его восприятие, опыт и тяжесть болезненного состояния, вызванного ими<sup>50</sup>

**Удовлетворенность качеством медицинской помощи** - интегральный показатель, отражающий соответствие между ожиданиями потребителя и фактическими характеристиками оказанной медицинской услуги<sup>51</sup>

**Качество взаимодействия врач-пациент** — это комплексная характеристика профессионального общения между медицинским работником и пациентом, определяющая эффективность лечебно-диагностического процесса и удовлетворенность медицинской помощью<sup>52</sup>

**Профессиональное выгорание** — это синдром, возникающий в результате хронического стресса на рабочем месте, с которым не удалось справиться<sup>42</sup>

**ВОУЗ** - Всеобщий охват услугами здравоохранения

**ВОЗ** - Всемирная организация здравоохранения

<sup>49</sup> Психологический словарь [Электронный ресурс] // Режим доступа: <https://vocabulary.ru/termin/udovletvorennost-trudom.html>

<sup>50</sup> ГОСТ Р 55914-2013. Менеджмент риска. Руководство по менеджменту психосоциального риска на рабочем месте [Электронный ресурс] // Режим доступа: <http://docs.cntd.ru/document/1200108135>

<sup>51</sup> ГОСТ Р 52623.3-2015 Технологии выполнения простых медицинских услуг. Манипуляции сестринского ухода [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://rosgosts.ru/file/gost/11/160/gost\\_r\\_52623.3-2015.pdf](https://rosgosts.ru/file/gost/11/160/gost_r_52623.3-2015.pdf)

<sup>52</sup> ГОСТ Р 56036-2014 МЕНЕДЖМЕНТ КАЧЕСТВА Руководящие указания по организации мониторинга у удовлетворенности потребителей [Электронный ресурс] // Режим доступа: [https://rosgosts.ru/file/gost/03/120/gost\\_r\\_56036-2014.pdf](https://rosgosts.ru/file/gost/03/120/gost_r_56036-2014.pdf)

**HALE** – (eng. Health Adjusted Life Expectancy) - Ожидаемая продолжительность здоровой жизни

**DALY** (eng. Disability Adjusted Life Years) - Годы жизни с поправкой на нетрудоспособность

**YLL** (eng. Years of Life Lost) - Годы жизни, потерянные вследствие преждевременной смертности

**YLD** (eng. Years Lost due to Disability) - Потери здоровой жизни вследствие нарушений здоровья, не приводящих к смертельному исходу

**Gbd** (eng. Global Burden of Disease) – Глобальное Бремя Болезней

**IPCHS** (eng. integrated people-centred health services) - комплексные медицинские услуги, ориентированные на человека

**ИФГ** (eng. International Federation of Hospitals) – Международная Федерация Госпиталей

**ВЦИОМ** - Всероссийский центр изучения общественного мнения

**ПМСП** - первичная медико-санитарная помощь

**НПА** – Нормативно-правовой акт

**ВОП (СВ)** – врач общей практики (семейный врач)

**ОВП** – общая врачебная практика

**СМ** – семейная медицина

**СНСД** - страны с низким и средним уровнем дохода

**ЦУР** - Цели Устойчивого Развития

**НИИ** – Научно-исследовательский институт

**ООН** – Организации Объединенных Наций

**СЭВ** - синдром эмоционального выгорания

**ФО** – Федеральный округ

**ЦФО** – Центральный федеральный округ

**МО** – медицинские организации

**МЗ** – Министерство здравоохранения

**OR** (eng. Odds Ratio) - отношение шансов

**RR** (eng. Relative Risk) – относительный риск

**AR** (eng. Absolute Risk) – абсолютный риск

**Se** (eng. Sensitivity) - чувствительность теста

**Sp** (eng. Specificity) - специфичность теста

**Ef** (eng. Effectiveness) — эффективность теста

**AUROC** (eng. Area Under The Receiver Operating Characteristic Curve) – область под кривой рабочей характеристики приемника

**СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Абрамов, А. Ю. Практико-ориентированная система внутренней оценки деятельности медицинских работников / А. Ю. Абрамов, Е. Е. Комиссаров, О. В. Рукодайнй, Д. И. Кича // Методические рекомендации. Челябинск, 2023.
2. Агамов, З. Х. Организационные технологии совершенствования первичной медико-санитарной помощи взрослому населению при переходе к общей врачебной практике в условиях крупного города : диссертация ... доктора медицинских наук : 3.2.3. / Агамов Загир Хидирович; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. – Москва, 2024. – 356 с.
3. Адашевская, Л. В. Удовлетворенность трудом у врачей скорой помощи с различными типами отношения к больному / Л. В. Адашевская, А. М. Поляков // Вестник Донецкого национального университета. Серия Д: Филология и психология. – 2022. – № 2. – С. 51–54.
4. Аксенова, Е. И. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира. Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, О. В. Бессчетнова. — Москва: ГБУ «НИИОЗММ ДЗМ», 2021. — 40 с. — ISBN 978-5-907404-54-0.
5. Ануфриева, Д. Ю. Личностные особенности специалиста, определяющие удовлетворенность профессиональной деятельностью / Д. Ю. Ануфриева, О. Н. Попова, О. С. Сучкова // Мир университетской науки: культура, образование. – 2022. – № 8. – С. 105–111
6. Белов, В. Г. Влияние бережливого производства на профессиональную автономию врачей / В. Г. Белов, Н. С. Григорьева, В. Poksinska // Вопросы экономики и управления в здравоохранении. – 2023. – № 2. – С. 34–42.
7. Берсенева, Е. А. Факторный анализ результатов анкетирования пациентов и медицинского персонала и его использование в реализации процессного подхода к организации деятельности медицинского учреждения / Е. А. Берсенева, Д. А. Кураков, С. А. Мендель // Общественное здоровье и здравоохранение. – 2020. – № 1 (65). – С. 59–63.

8. Бузин, В. Н. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние 14 лет (2006—2019): обзор социологических исследований / В. Н. Бузин, Ю. В. Михайлова, И. Ю. Чухриенко // Профилактическая медицина. – 2020. – № 3 (23). – С. 42–47.
9. Вечерин, А. В. Субъективные факторы удовлетворенности трудом сотрудников организаций / А. В. Вечерин // Психология. Журнал Высшей школы экономики. – 2011. – № 2 (8). – С. 96–111.
10. Волнухин, А. В. Демографические, социальные и профессиональные факторы, влияющие на выбор места работы и трудовую мотивацию врачей общей практики и врачей-терапевтов участковых / А. В. Волнухин [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2024. – № 4 (32). – С. 791–797.
11. Волнухин, А. В. Влияние характеристик пациента на удовлетворенность медицинской помощью, оказываемой врачом общей практики и врачом-терапевтом участковым / А. В. Волнухин, Т. Е. Морозова, Г. П. Сквирская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 6. – С. 1353–1359
12. Глущенко, В. В. Парадигма формирования политики мотивации персонала высокотехнологичной организации / В. В. Глущенко [и др.] // Бюллетень науки и практики. – 2019. – № 1 (5). – С. 264–281.
13. Гриднев, О. В. Научное обоснование повышения качества организации первичной медико-санитарной помощи в г. Москве : автореф. дис. ... д-ра мед. наук : 14.02.03 / О.В. Гриднев ; Первый МГМУ им. И.М. Сеченова. – Москва, 2015. – 48 с.
14. Гусева, С. Л. Организационно-экономическая модель деятельности общеврачебной практики на базе многопрофильной поликлиники: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33 / Светлана Леонидовна Гусева; [Место защиты: ФГУ "Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения"]. - Москва, 2006. - 141 с.

15. Данильченко, Я. В. Удовлетворенность медицинского персонала — удовлетворенность пациента качеством помощи: есть ли связь? / Я. В. Данильченко [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2020. – № 3 (66). – С. 2.
16. Дербенев, Д. П. Оценка формирования приоритетной ориентации личности врача в реализации профессиональных целей / Д. П. Дербенев, Р. В. Майоров // Здоровье мегаполиса. – 2023. – № 2 (4). – С. 52–59.
17. Зражевская, И. А. Связь эмоционального выгорания и качества жизни врачей-психиатров / И. А. Зражевская [и др.] // Психиатрия. – 2024. – № 1 (22). – С. 47–57.
18. Иванова, А. Е. Поведенческие риски медицинских работников и их влияние на безопасность пациентов / А. Е. Иванова, В. К. Петрова // Медицинское право. – 2021. – № 3. – С. 23–30.
19. Ильясов, Ф. Н. Удовлетворенность трудом / Ф. Н. Ильясов. – Ашхабад: Ылым (Наука), 1988. – 100 с.
20. Калининская, А. А. Совершенствование профессиональной деятельности врачей первичного звена как фактор повышения качества медицинской помощи / А. А. Калининская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2021. – № 4 (65). – С. 34–42.
21. Калининская, А. А. Трансформация функций врача общей практики в системе пожизненного сопровождения здоровья / А. А. Калининская // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 4 (67). – С. 56–64.
22. Калининская, А. А. Кадровое обеспечение первичной медико-санитарной помощи в Российской Федерации / А. А. Калининская, А. В. Лазарев, С. И. Шляфер // Менеджер здравоохранения. – 2022. – № 6. – С. 62–68.
23. Калининская, А. А. Становление общеврачебной практики в России: этапы и перспективы развития / А. А. Калининская, В. И. Стародубов // Здравоохранение Российской Федерации. – 2020. – № 3 (64). – С. 134–142.
24. Канева, Д. А. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности: автореф. дис. ...

- канд. мед. наук: 14.02.03 / Канева Дарья Андреевна; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. - Москва, 2019. - 25 с.
25. Карпович, А. П. Мотивационный потенциал как объект управления в организациях / А. П. Карпович // Национальные интересы: приоритеты и безопасность. – 2015. – № 295 (10). – С. 11–17.
26. Кислицына, О. А. Отношение россиян к роли государства в сфере здравоохранения / О. А. Кислицына // Вестник Института экономики Российской академии наук. – 2024. – № 2. – С. 7–30.
27. Китвель, Т.А. О социально-психологических проблемах удовлетворенности трудом / Т. А. Китвель. – Таллин: Ин-т истории АН ЭССР, 1974. – 134 с.
28. Кича, Д. И. Вопросы разработки и применения системы внутренней оценки деятельности медицинских работников / Д. И. Кича, Е. Е. Комиссаров, А. Ю. Абрамов [и др.]. // Вестник Росздравнадзора. – 2024. – № 3. – С. 86-93.
29. Ковалев, С. П. Корпоративные программы укрепления профессионального здоровья работников в Российской Федерации / С. П. Ковалев [и др.] // Экология человека. – 2020. – № 10. – С. 31–37.
30. Ковелина, Т. А. Отношение врачей к своей профессии в условиях нестабильной социальной среды / Т. А. Ковелина, А. А. Гуль, А. Р. Духова // Национальное здоровье. – 2022. – № 3. – С. 109–113.
31. Козлов, А. В. Сравнительный анализ внедрения бережливых технологий в российских и зарубежных медицинских организациях / А. В. Козлов, Е. Л. Сидоренко, D. Jones // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 5–6. – С. 67–75.
32. Концевая, А. В. Обзор отечественного опыта реализации корпоративных программ укрепления здоровья, направленных на корректировку поведенческих факторов риска / А. В. Концевая [и др.] // Профилактическая медицина. – 2021. – № 1 (24). – С. 109–117.
33. Котов, М. А. Удовлетворенность пациентов от общения с врачом-онкологом в государственных и частных клиниках России / М. А. Котов // Вопросы онкологии. – 2022. – № 35 (68). – С. 64–65.

34. Кочубей, А. В. Психологическое благополучие заведующих отделениями медицинских организаций / А. В. Кочубей, С. Ю. Яроцкий, В. В. Кочубей // Экстремальная биомедицина. – 2022. – № 2 (24). – С. 87-93.
35. Кремлев, С. Л. Научное обоснование новых технологий организации медицинской помощи населению крупного промышленного района города: автореф. дис. ... д-ра мед. наук: 14.00.33 / С. Л. Кремлев. – Москва: Рос. гос. мед. ун-т, 2006. – 49 с/
36. Кром, И. Л. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения (обзор литературы) / И. Л. Кром [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – Т. 30, № 1. – С. 148–152.
37. Кузнецов, П. П. Цифровая трансформация медицины труда / П. П. Кузнецов, К. Э. Соболев, Е. П. Какорина [и др.] // Национальное здравоохранение. – 2021. – Т. 2, № 3. – С. 41-46.
38. Кузнецова, М. А. Изучение факторов, оказывающих влияние на психосоциальные и профессиональные характеристики врачей общей практики (семейных врачей): валидация международного опросника COPSQ III (Long version) / М. А. Кузнецова [и др.] // Здравоохранение Российской Федерации. – 2024. – № 4 (68). – С. 315–322.
39. Кузнецова, М. А. Оценка удовлетворённости населения качеством общей врачебной практики в субъекте Российской Федерации: пилотное исследование / М. А. Кузнецова, Т. П. Васильева, Р. В. Горенков // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 3 (67). – С. 223–229.
40. Кузнецова, М. А. Международные требования к порядку перевода и культурной адаптации универсального опросника COPSQ III по оценке психосоциальных условий труда и укреплению здоровья медицинских работников / М. А. Кузнецова, Т. П. Васильева, С. В. Тырановец // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2023. – № 1 (31). – С. 29–33.
41. Латыпов, А. Б. Социологический анализ факторов, влияющих на восприятие медицинскими работниками своей профессиональной деятельности / А. Б.

- Латыпов [и др.] // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 2 (68). – С. 5.
42. Лой, В. С. У истоков формирования профессиональной мотивации специалистов медицинского профиля / В. С. Лой // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2023. – № 53 (4). – С. 32–50.
43. Львова, Д. П. Интегрированные маркетинговые коммуникации в сфере общественного здоровья и управления деятельностью медицинских учреждений: автореф. дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Д.П. Львова. – М., 2021. – 24 с.
44. Магомедова, С. А. К вопросу об основных направлениях развития центров общественного здоровья и медицинской профилактики в России (обзор литературы) / С. А. Магомедова, В. С. Нечаев, А. А. Загоруйченко // Здравоохранение Российской Федерации. – 2023. – № 1 (67). – С. 42-48.
45. Макаров, С. В. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров, Т. И. Алексеевская [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – №29(5) . – С. 1207—1213.
46. Макаров, С. В. Социологическая оценка мотивов трудоустройства и профессиональной адаптации в первичном звене здравоохранения выпускников медицинского вуза / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2023. – № 5 (31). – С. 977–983.
47. Макаров, С. В. Формирование организационных структур, осуществляющих координацию кадровой политики в здравоохранении субъекта Российской Федерации / С. В. Макаров, Г. М. Гайдаров // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2023. - № 4 (31). - С. 633–638.
48. Марадзе, Л. М. Удовлетворенность профессиональной деятельностью: критериально-феноменологический анализ / Л. М. Марадзе, А. А. Кузнецова //

- Известия Юго-Западного государственного университета. Серия: Лингвистика и педагогика. – 2012. – № 2. – С. 308–313.
49. Мелентьев, А. В. Профессиональный стресс, дистресс и эмоциональное выгорание врачей разных специальностей / А. В. Мелентьев [и др.] // Гигиена и санитария. – 2025. – № 104(9). – С. 1144–1149.
50. Москвичева, Л. И. Значимость удовлетворенности работой в профессиональной деятельности современного врача / Л. И. Москвичева // Управление персоналом и интеллектуальными ресурсами в России. – 2023. – № 2 (12). – С. 43–48.
51. Новоселов, Н. С. Изменение содержания и характеристика труда в условиях развитого социализма [Текст]. — Москва : Знание, 1978. — 64 с. : 16 см — (Новое в жизни, науке, технике. Серия "Научный коммунизм". № 1).
52. Одринский, В. А. Оценка пациентами врачей общей практики как инструмент повышения качества первичной медико-санитарной помощи / В. А. Одринский // Рос. мед.-биол. вестн. им. акад. И. П. Павлова. – 2014. – № 4. – С. 68–73.
53. Панкевич, В. И. Влияние экономических факторов на удовлетворенность трудом медицинских работников / В. И. Панкевич, А. Е. Иванова, С. С. Смирнова // Экономика здравоохранения. – 2015. – № 7 (152). – С. 34–42.
54. Петунова, С. А. Оценка факторов удовлетворенности трудом у медицинских работников / С. А. Петунова [и др.] // International Journal of Medicine and Psychology. – 2022. – № 7 (5). – С. 48–52.
55. Погосова, Н. В. Особенности профессионального выгорания, психологического статуса и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинического звена здравоохранения / Н. В. Погосова [и др.] // Кардиология. – 2021. – № 6 (61). – С. 69–78.
56. Покида, А. Н. Здоровье в восприятии россиян и реальные медицинские практики / А. Н. Покида, Н. В. Зыбуновская // Здоровье населения и среда обитания – ЗНиСО. – 2021. – № 7. – С. 19–27.
57. Помыткина, Т. Ю. Влияние навыков профессионального общения медицинского персонала на удовлетворенность пациентов медицинской

- помощью / Т. Ю. Помыткина, М. М. Главатских, К. А. Данилова // Здоровье, демография, экология финно-угорских народов. – 2023. – № 2. – С. 26–30.
58. Путило, Н. В. Роль клинических рекомендаций в организации оказания медицинской помощи / Н. В. Путило, В. С. Маличенко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 2 (29). – С. 331–338.
59. Решетников, А. В. Социология медицины: становление общеврачебной практики / А. В. Решетников. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – 256 с. – ISBN 978-5-9704-5896-3.
60. Решетников, А. В. Врачебный фактор в системе первичной медико-санитарной помощи: современные подходы к оценке и улучшению / А. В. Решетников, С. А. Ефименко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 1 (68). – С. 12–20.
61. Решетников, А. В. Трансформация кадрового состава первичного звена здравоохранения: замена участковых терапевтов на врачей общей практики / А. В. Решетников, С. А. Ефименко // Социальные аспекты здоровья населения. – 2022. – № 1 (68). – С. 45–53.
62. Самсонов, А. С. К вопросу о методах исследования профессионального выгорания / А. С. Самсонов // E-Scio. – 2022. – № 65 (2). – С. 188–196.
63. Семашко, Н. А. Опыт организации общеврачебной практики в экспериментальных районах СССР (1988-1989 гг.) / Н. А. Семашко, Д. Д. Венедиктов, Ю. П. Лисицын // Советское здравоохранение. – 1990. – № 3. – С. 12–18.
64. Сон, И. М. Поведенческие аспекты производительности труда медицинских работников первичного звена / И. М. Сон, И. Н. Денисов // Экономика здравоохранения. – 2020. – № 178 (5). – С. 12–20.
65. Сон, И. М. Оптимизация врачебного труда в условиях реформирования первичного звена здравоохранения / И. М. Сон, И. Н. Денисов // Экономика здравоохранения. – 2023. – № 2(185). – С. 45–53.

66. Суроегина, А. Ю. Профессиональное выгорание медицинских работников до, во время и после пандемии / А. Ю. Суроегина, А. Б. Холмогорова // Современная зарубежная психология. – 2023. – № 2 (12). – С. 64–73.
67. Тимурзиева, А. Б. О факторах, влияющих на взаимодействие участников лечебно-диагностического процесса и эффективность в системе здравоохранения (обзор литературы) / А. Б. Тимурзиева, А. Л. Линденбратен // Здравоохранение Российской Федерации. – 2022. – № 4 (66). – С. 336–341.
68. Тимурзиева, А. Б. Результаты социологического исследования к вопросу об эффективном взаимодействии врача и пациента в ходе лечебно-диагностического процесса / А. Б. Тимурзиева // Профилактическая медицина. – 2022. – № 10 (25). – С. 23–28.
69. Тимченко, Н.С. Профессиональные ожидания врачей в контексте развития медицинской карьеры / Н. С. Тимченко, Ю. Ю. Кочеткова, В. А. Тупикина // *Primo Aspectu*. – 2022. – № 51 (3). – С. 51–56.
70. Токарева, Ю. М. Применение SWOT-анализа для оценки качества медицинской помощи : автореферат дис. ... кандидата социологических наук : 14.02.05 / Ю. М. Токарева; [Место защиты: Волгогр. гос. мед. ун-т]. - Волгоград, 2010. - 23 с.
71. Фролова, О. П. Кадровая безопасность как элемент системы управления качеством медицинской помощи / О. П. Фролова, С. А. Линник // Менеджер здравоохранения. - 2019. - № 12. - С. 34-43.
72. Хальфин, Р. А. Социологические аспекты профессионального выгорания врачей первичного звена / Р. А. Хальфин, А. Е. Иванова // Социология медицины. - 2019. - № 2. - С. 45-53.
73. Цветкова, И. И. Факторы, оказывающие влияние на формирование системы мотивации персонала / И. И. Цветкова // Бюллетень науки и практики. - 2016. - № 11 (12). - С. 210-214.
74. Черкасов, М. А. Комплексная оценка качества оказания медицинской помощи с точки зрения пациента / М. А. Черкасов [и др.] // *Novosti Khirurgii*. - 2019. - № 1 (27). - С. 49-58.

75. Шевцова, Н. В. Мониторинг эффективности реализации приоритетного национального проекта "Здоровье" с учетом оценки удовлетворенности населения качеством медицинской помощи (на примере Ставропольского края): автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03 / Н. В. Шевцова; [Место защиты: Центр. науч.-исслед. ин-т организации и информатизации здравоохранения МЗ РФ]. - Москва, 2011. - 30 с.
76. Шишкин, С. В. Факторы, влияющие на качество работы врачей в условиях технологической модернизации здравоохранения / С. В. Шишкин, А. Л. Темницкий // Вопросы экономики и управления в здравоохранении. - 2023. - № 2. - С. 56-64.
77. Шишкин, С. В. Экономические последствия перехода от терапевтов к врачам общей практики / С. В. Шишкин, А. Л. Темницкий // Экономика здравоохранения. - 2023. - № 2(185). - С. 23-31.
78. Шакуров, М.Р. Медико-социальное исследование удовлетворенности условиями профессиональной деятельности врачей терапевтического и хирургического профиля: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 3.2.3 / Шакуров Мурат Рызакулыевич; [Место защиты: Рос. ун-т дружбы народов]. - Москва, 2025. - 24 с.
79. Шукуров, Г.Д. Оценка врачами условий их профессиональной деятельности / Г. Д. Шукуров, О. Е. Коновалов, О. С. Саурина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. - 2023. - № 5 (31). - С. 960-964.
80. Щепин, В.О. Управление человеческими ресурсами в контексте современных задач развития отрасли / В. О. Щепин, Т. И. Расторгуева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. - 2018. - № 2. - С. 93-98.
81. Ядов, В.А. Отношение к труду: концептуальная модель и реальные тенденции / В. А. Ядов // Социологические исследования. - 1983. - № 3. - С. 50-62.
82. Aiello, E. N. Psychometric properties of the Copenhagen Burnout Inventory (CBI) in Italian Physicians / E. N. Aiello [et al.] // La Medicina Del Lavoro. - 2022. - Vol. 113, № 4. - P. e2022037.

83. Akafa, T. A. Factors Determining Satisfaction with Service Delivery at Family Medicine Clinics of a Tertiary Hospital in North Central Nigeria / T. A. Akafa, K. I. Iseko // Nigerian Medical Journal: Journal of the Nigeria Medical Association. - Vol. 65, № 2. - P. 132-141.
84. Akerstrom, M. The COPE Staff study: Study description and initial report regarding job satisfaction, work-life conflicts, stress, and burnout among Swedish maternal and neonatal healthcare workers during the COVID-19 pandemic / M. Akerstrom [et al.] // International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics. - 2023. - Vol. 162, № 3. - P. 989-997
85. Al-Abri, R. Patient Satisfaction Survey as a Tool Towards Quality Improvement / R. Al-Abri, A. Al-Balushi // Oman Medical Journal. - 2014. - Vol. 29, No. 1. - P. 3-7.
86. Alele, F.O. The perceived relevance, utility and retention of basic sciences in general practice / F.O. Alele [et al.] // BMC Medical Education. - 2024. - Vol. 24, No. 1. - P. 809.
87. Alibrandi, A. Patient satisfaction and quality of hospital care / A. Alibrandi [et al.] // Evaluation and Program Planning. - 2023. - Vol. 97. - P. 102251.
88. Alonso, J. Mental health impact of the first wave of COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: A large cross-sectional survey / J. Alonso [et al.] // Revista de Psiquiatría y Salud Mental. - 2021. - Vol. 14, No. 2. - P. 90-105.
89. Alonso, J. Mental impact of Covid-19 among Spanish healthcare workers. A large longitudinal survey / J. Alonso [et al.] // Epidemiology and Psychiatric Sciences. - 2022. - Vol. 31. - P. e28.
90. Aragonès, E. Psychological impact of the COVID-19 pandemic on primary care workers: a cross-sectional study / E. Aragonès [et al.] // The British Journal of General Practice. - 2022. - Vol. 72, No. 720. - P. e501-e510.
91. Arnetz, B.B. Psychosocial challenges facing physicians of today / B.B. Arnetz // Social Science & Medicine. - 2001. - Vol. 52, No. 2. - P. 203-213.

92. Baç, N. Psychosocial risk assessment using COPSOQ II questionnaire - A case study with maintenance workers in a metal plant in Istanbul Turkey / N. Baç, I. Ekmekçi // *Heliyon*. - 2021. - Vol. 7, No. 4. - P. e06777.
93. Baker, R. Development of a questionnaire to assess patients' satisfaction with consultations in general practice / R. Baker // *The British Journal of General Practice*. - 1990. - Vol. 40, No. 341. - P. 487-490.
94. Bassam, S. Psychometric properties of the arabic version of the maslach burnout inventory-human services survey (MBI-HSS) among lebanese dentists / S. Bassam [et al.] // *BMC Oral Health*. - 2023. - Vol. 23, No. 1. - P. 451
95. Batmangelich, S. Maintenance of certification in the United States: a progress report / S. Batmangelich, S. Adamowski // *Journal of Continuing Education in the Health Professions*. - 2004. - Vol. 24, No. 3. - P. 134-138.
96. Baummer-Carr, A. The challenges of patient satisfaction: influencing factors and the patient-provider relationship in the United States / A. Baummer-Carr, D.P. Nicolau // *Expert Review of Anti-infective Therapy*. - 2017. - Vol. 15, No. 10. - P. 955-962.
97. Beaton, D.E. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures / D.E. Beaton, C. Bombardier, F. Guillemin // *Spine*. - 2000. - Vol. 25, No. 24. - P. 3186-3191.
98. Bektas, G. Applications of lean in human resources management in healthcare / G. Bektas, F. Kiper // *Journal of the Pakistan Medical Association*. - 2022. - Vol. 72, No. 3. - P. 532-536.
99. Bernardo, M.O. Investigating the relation between self-assessment and patients' assessments of physicians-in-training empathy: a multicentric, observational, cross-sectional study in three teaching hospitals in Brazil / M.O. Bernardo [et al.] // *BMJ Open*. - 2019. - Vol. 9, No. 6. - P. e029356.
100. Berry, J.W. Job Satisfaction and Productivity Requirements Among Physical Therapists and Physical Therapist Assistants / J.W. Berry [et al.] // *Journal of Allied Health*. - 2022. - Vol. 51, No. 1. - P. e33-e38.

101. Bimpong, K.A.A. Relationship between labour force satisfaction, wages and retention within the UK National Health Service: a systematic review of the literature / K.A.A. Bimpong [et al.] // *BMJ Open*. - 2020. - Vol. 10, No. 7. - P. e034919.
102. Bin Traiki, T.A. Impact of COVID-19 pandemic on patient satisfaction and surgical outcomes: A retrospective and cross sectional study / T.A. Bin Traiki, S.A. AlShammari, M.N. AlAli // *Annals of Medicine and Surgery*. - 2020. - Vol. 58. - P. 14-19.
103. Bodendieck, E. The work-life balance of general practitioners as a predictor of burnout and motivation to stay in the profession / E. Bodendieck [et al.] // *BMC Primary Care*. - 2022. - Vol. 23, No. 1. - P. 218.
104. Bogerd, M.J. Development of a person-centred care approach for persons with chronic multimorbidity in general practice by means of participatory action research / M.J. Bogerd [et al.] // *BMC Primary Care*. - 2024. - Vol. 25, No. 1. - P. 114
105. Broetje, S. The Key Job Demands and Resources of Nursing Staff: An Integrative Review of Reviews / S. Broetje, G.J. Jenny, G.F. Bauer // *Frontiers in Psychology*. - 2020. - Vol. 11. - P. 84.
106. Burr, H. The Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire / H. Burr [et al.] // *Safety and Health at Work*. - 2019. - Vol. 10, No. 4. - P. 482-503.
107. Chan-Nguyen, S. Patient and caregiver perspectives on virtual care: a patient-oriented qualitative study / S. Chan-Nguyen [et al.] // *CMAJ Open*. - 2022. - Vol. 10, No. 1. - P. E165-E172.
108. Cotrim, T.P. The Portuguese Third Version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire: Preliminary Validation Studies of the Middle Version among Municipal and Healthcare Workers / T.P. Cotrim [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2022. - Vol. 19, No. 3. - P. 1167.
109. De Hert, S. Burnout in Healthcare Workers: Prevalence, Impact and Preventative Strategies / S. De Hert // *Local and Regional Anesthesia*. - 2020. - Vol. 13. - P. 171-183.

- 110.Deng, Q. Global job satisfaction and fluctuation among community general practitioners: a systematic review and meta-analysis / Q. Deng [et al.] // BMC Health Services Research. - 2024. - Vol. 24, No. 1. - P. 378.
- 111.DeVoe, J. Does career dissatisfaction affect the ability of family physicians to deliver high-quality patient care? / J. DeVoe [et al.] // Journal of Family Practice. - 2002. - Vol. 51, No. 3. - P. 223-228.
- 112.Domagała, A. Factors Associated with Satisfaction of Hospital Physicians: A Systematic Review on European Data / A. Domagała [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2018. - Vol. 15, No. 11. - P. 2546.
- 113.Domagała, A. Satisfaction of Physicians Working in Polish Hospitals - A Cross-Sectional Study / A. Domagała, J.N. Peña-Sánchez, K. Dubas-Jakóbczyk // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2018. - Vol. 15, No. 12. - P. 2640.
- 114.Drossman, D.A. A Review of the Evidence and Recommendations on Communication Skills and the Patient-Provider Relationship: A Rome Foundation Working Team Report / D.A. Drossman, L. Chang, J.K. Deutsch // Gastroenterology. - 2021. - Vol. 161, No. 5. - P. 1670-1688.e7.
- 115.Ekman, I. Person-centred care: looking back, looking forward / I. Ekman, Z. Ebrahimi, P. Olaya Contreras // European Journal of Cardiovascular Nursing. - 2021. - Vol. 20, No. 2. - P. 93-95.
- 116.Ekman, N. Observable indicators of person-centred care: an interview study with patients, relatives and professionals / N. Ekman [et al.] // BMJ Open. - 2022. - Vol. 12, No. 4. - P. e059308.
- 117.Emhan, A. Predictors of Healthcare Professionals' Work Difficulty Perception during the COVID-19 Pandemic: Study of Work Environment in a Pandemic Hospital / A. Emhan, S. Elkefi, O. Asan // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2022. - Vol. 19, No. 9. - P. 5174.
- 118.Feletti, G. Patient satisfaction with primary-care consultations / G. Feletti, D. Firman, R. Sanson-Fisher // Journal of Behavioral Medicine. - 1986. - Vol. 9, No. 4. - P. 389-399.

- 119.Fogarty, C.T. Making the Future of Family Medicine Brighter by Breaking it First... / C.T. Fogarty [et al.] // *Annals of Family Medicine*. - 2024. - Vol. 22, No. 4. - P. 358-360.
- 120.Gamm, L. Organizational technologies for transforming care: measures and strategies for pursuit of IOM quality aims / L. Gamm, B. Kash, J. Bolin // *Journal of Ambulatory Care Management*. - 2007. - Vol. 30, No. 4. - P. 291-301.
- 121.Gavurová, B. Purpose of patient satisfaction for efficient management of healthcare provision / B. Gavurová, V. Kováč // *Polish Journal of Management Studies*. - 2020. - Vol. 22, No. 1. - P. 134-146.
- 122.Gessesse, A.G. The Nexus Between Physician-Patient Communication and Health Outcomes: Level of Patient Communication Satisfaction and Its Impact on Adherence in Ethiopian Comprehensive Specialized Hospitals / A.G. Gessesse, J. Mohammed Haile, A.G. Woldearegay // *Patient Preference and Adherence*. - 2022. - Vol. 16. - P. 2509-2519.
- 123.Gravelle, H. How do clinical quality and patient satisfaction vary with provider size in primary care? Evidence from English general practice panel data / H. Gravelle, D. Liu, R. Santos // *Social Science & Medicine*. - 2022. - Vol. 301. - P. 114936.
- 124.Greco, M. Improving Practice Questionnaire (IPQ) Tool Kit / M. Greco. - Washington, DC: Aeneas Press, 2002. - 102 p. ISBN: [insert if available]
- 125.Greenberg, J. Behavior in Organizations / J. Greenberg. - 9th ed. - Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall, 2008. - 806 p. ISBN: 978-0-13-243156-9
- 126.Griffiths, P. Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development / P. Griffiths, J. Ball, J. Drennan // *International Journal of Nursing Studies*. - 2016. - Vol. 63. - P. 213-225.
- 127.Griffiths, P. The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review / P. Griffiths, A. Recio-Saucedo, C. Dall'Ora // *Journal of Advanced Nursing*. - 2018. - Vol. 74, No. 7. - P. 1474-1487.

- 128.Hagqvist, E. The Swedish HealthPhys Study: Study Description and Prevalence of Clinical Burnout and Major Depression among Physicians / E. Hagqvist [et al.] // *Chronic Stress*. - 2022. - Vol. 6. - P. 24705470221083866.
- 129.Halas, G. Patients' and caregivers' experiences of virtual care in a primary care setting during the COVID-19 pandemic: A patient-oriented research study / G. Halas [et al.] // *Digital Health*. - 2024. - Vol. 10. - P. 20552076241232949.
- 130.Hall, L.H. Healthcare Staff Wellbeing, Burnout, and Patient Safety: A Systematic Review / L.H. Hall [et al.] // *PLOS ONE*. - 2016. - Vol. 11, No. 7. - P. e0159015.
- 131.Hall, L.H. Association of GP wellbeing and burnout with patient safety in UK primary care: a cross-sectional survey / L.H. Hall [et al.] // *British Journal of General Practice*. - 2019. - Vol. 69, No. 684. - P. e507-e514.
- 132.Halter, M. The determinants and consequences of adult nursing staff turnover: a systematic review of systematic reviews / M. Halter [et al.] // *BMC Health Services Research*. - 2017. - Vol. 17, No. 1. - P. 824.
- 133.Han, S. Estimating the Attributable Cost of Physician Burnout in the United States / S. Han [et al.] // *Annals of Internal Medicine*. - 2019. - Vol. 170, No. 11. - P. 784-790.
- 134.Hanefeld, J. Understanding and measuring quality of care: dealing with complexity / J. Hanefeld, T. Powell-Jackson, D. Balabanova // *Bulletin of the World Health Organization*. - 2017. - Vol. 95, No. 5. - P. 368-374.
- 135.Hawkins, R.E. American Board of Medical Specialties and New Standards for Continuing Certification / R.E. Hawkins, G. Ogrinc, S.M. Ramin // *JAMA*. - 2022. - Vol. 327, No. 17. - P. 1645-1646.
- 136.Hincapie, A.L. Relationship Between Patients' Perceptions of Care Quality and Health Care Errors in 11 Countries: A Secondary Data Analysis / A.L. Hincapie [et al.] // *Quality Management in Health Care*. - 2016. - Vol. 25, No. 1. - P. 13-21.
- 137.Hitawala, A. Improving Physician-patient and Physician-nurse Communication and Overall Satisfaction Rates: A Quality Improvement Project / A. Hitawala [et al.] // *Cureus*. - 2020. - Vol. 12, No. 4. - P. e7776.

- 138.Hodkinson, A. Associations of physician burnout with career engagement and quality of patient care: systematic review and meta-analysis / A. Hodkinson [et al.] // *BMJ*. - 2022. - Vol. 378. - P. e070442.
- 139.Huang, X. Hospital Culture and Healthcare Workers' Provision of Patient-Centered Care: A Moderated Mediation Analysis / X. Huang [et al.] // *Frontiers in Public Health*. - 2022. - Vol. 10. - P. 919608.
- 140.Hudon, C. Measuring patients' perceptions of patient-centered care: a systematic review of tools for family medicine / C. Hudon [et al.] // *Annals of Family Medicine*. - 2011. - Vol. 9, No. 2. - P. 155-164.
- 141.Hudon, C. Patient-centered care in chronic disease management: a thematic analysis of the literature in family medicine / C. Hudon [et al.] // *Patient Education and Counseling*. - 2012. - Vol. 88, No. 2. - P. 170-176.
- 142.Hudon, C. Key factors of case management interventions for frequent users of healthcare services: a thematic analysis review / C. Hudon, M.C. Chouinard, M. Lambert, F. Diadiou, D. Bouliane, J. Beaudin // *BMJ Open*. - 2017. - Vol. 7, No. 10. - P. e017762.
- 143.Jackson, C.L. The primary care amplification model: taking the best of primary care forward / C.L. Jackson, D.A. Askew, C. Nicholson // *BMC Health Services Research*. - 2008. - Vol. 8. - P. 268.
- 144.Janes, G. The Association Between Health Care Staff Engagement and Patient Safety Outcomes: A Systematic Review and Meta-Analysis / G. Janes [et al.] // *Journal of Patient Safety*. - 2021. - Vol. 17, No. 3. - P. 207-216.
- 145.Jaques, H. Reinvigorating the role of primary care in the community / H. Jaques // *BMJ*. - 2013. - Vol. 346. - P. f2549.
- 146.Jeve, Y.B. Employee engagement within the NHS: a cross-sectional study / Y.B. Jeve, C. Oppenheimer, J. Konje // *International Journal of Health Policy and Management*. - 2015. - Vol. 4, No. 2. - P. 85-90.
- 147.Joseph-Williams, N. Implementing shared decision making in the NHS: lessons from the MAGIC programme / N. Joseph-Williams [et al.] // *BMJ*. - 2017. - Vol. 357. - P. j1744.

148. Kaleta, F.O. Cognitive mechanisms and resilience in UK-based general practitioners: cross-sectional findings / F.O. Kaleta [et al.] // *Occupational Medicine*. - 2023. - Vol. 73, No. 2. - P. 91-96.
149. Karaferis, D. Job satisfaction and associated factors in Greek public hospitals / D. Karaferis, V. Aletras, D. Niakas // *Acta Bio-Medica*. - 2022. - Vol. 93, No. 5. - P. e2022230.
150. Keating, X.D. Reliability and Concurrent Validity of Global Physical Activity Questionnaire (GPAQ): A Systematic Review / X.D. Keating [et al.] // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. - 2019. - Vol. 16, No. 21. - P. 4128.
151. Keikha, H. Promoting professional and interprofessional relationship among nurses in Iran: a participatory action research / H. Keikha, R. Memarian, Z. Vanaki // *Journal of Medicine and Life*. - 2021. - Vol. 14, No. 6. - P. 802-809.
152. Kidanemariam, M. Does value-based healthcare support patient-centred care? A scoping review of the evidence / M. Kidanemariam [et al.] // *BMJ Open*. - 2023. - Vol. 13, No. 7. - P. e070193.
153. Kijowska, V. Zarządzanie w opiece zdrowotnej: nowe wyzwania / V. Kijowska // *Jagiellonian University Repository*. - 2015. - Vol. 2. - P. 285-327.
154. Klingenberg, A. [How do patients evaluate general practice? German results from the European Project on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP)] / A. Klingenberg, O. Bahrs, J. Szecsenyi // *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung*. - 1999. - Vol. 93, No. 6. - P. 437
155. Kristensen, T.S. The Copenhagen Burnout Inventory: A new tool for the assessment of burnout / T.S. Kristensen [et al.] // *Work & Stress*. - 2005. - Vol. 19, No. 3. - P. 192-207.
156. Kronemann, B. Missing topics for a newly established general practice curriculum for medical students in Hesse - a qualitative study / B. Kronemann [et al.] // *BMC Primary Care*. - 2024. - Vol. 25, No. 1. - P. 306.

- 157.Kuzovlev, A. The effect of team and leadership training of advanced life support providers on patient outcomes: A systematic review / A. Kuzovlev [et al.] // Resuscitation. - 2021. - Vol. 160. - P. 126-139.
- 158.Lambrou, P. Motivation and job satisfaction among medical and nursing staff in a Cyprus public general hospital / P. Lambrou, N. Kontodimopoulos, D. Niakas // Human Resources for Health. - 2010. - Vol. 8. - P. 26.
- 159.Langberg, E.M. Development of the concept of patient-centredness - A systematic review / E.M. Langberg, L. Dyhr, A.S. Davidsen // Patient Education and Counseling. - 2019. - Vol. 102, No. 7. - P. 1228-1236.
- 160.Leidner, C. Implementation of patient-centred care: which system-level determinants matter from a decision maker's perspective? Results from a qualitative interview study across various health and social care organisations / C. Leidner [et al.] // BMJ Open. - 2021. - Vol. 11, No. 9. - P. e050054.
- 161.Li, L.Z. Nurse Burnout and Patient Safety, Satisfaction, and Quality of Care: A Systematic Review and Meta-Analysis / L.Z. Li [et al.] // JAMA Network Open. - 2024. - Vol. 7, No. 11. - P. e2443059.
- 162.Liao, J. Psychometric validation of the Chinese version of the Shirom-Melamed Burnout Questionnaire among parents of children with cancer / J. Liao [et al.] // Journal of Pediatric Nursing. - 2023. - Vol. 69. - P. 101-107.
- 163.Linke, H.-J. COPSQ III in Germany: validation of a standard instrument to measure psychosocial factors at work / H.-J. Linke [et al.] // Journal of Occupational Medicine and Toxicology. - 2021. - Vol. 16, No. 1. - P. 50.
- 164.Liu, D. Impact of Job Satisfaction and Social Support on Job Performance Among Primary Care Providers in Northeast China: A Cross-Sectional Study / D. Liu [et al.] // Frontiers in Public Health. - 2022. - Vol. 10. - P. 884955.
- 165.Liu, M. The Influence of Patient and Hospital Characteristics on Inpatient Satisfaction at Beijing District-Level Hospitals / M. Liu [et al.] // Patient Preference and Adherence. - 2021. - Vol. 15. - P. 1451-1460.

- 166.Locke, E.A. The Nature and Causes of Job Satisfaction / E.A. Locke // Handbook of Industrial and Organizational Psychology / ed. by M.D. Dunnette. - Chicago: Rand McNally, 1976. - P. 1297-1349. ISBN: 978-0528628215
- 167.Luceño-Moreno, L. Symptoms of Posttraumatic Stress, Anxiety, Depression, Levels of Resilience and Burnout in Spanish Health Personnel during the COVID-19 Pandemic / L. Luceño-Moreno [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2020. - Vol. 17, No. 15. - P. 5514.
- 168.MacLeod, D. Engaging for Success: Enhancing Performance Through Employee Engagement / D. MacLeod, N. Clarke. - London: Department for Business, Innovation and Skills, 2011. - 121 p.
- 169.Maier, C.B. Task shifting between physicians and nurses in primary care: a cross-country comparative analysis / C.B. Maier, L.H. Aiken, R. Busse // Health Policy. - 2021. - Vol. 125, No. 6. - P. 723-731.
- 170.Majeed, F. Burnout Among Postgraduate Residents Using Copenhagen Burnout Inventory / F. Majeed [et al.] // Journal of Ayub Medical College Abbottabad. - 2022. - Vol. 34, No. 3. - P. 463-467.
- 171.Månsson Sandberg, H. COVID-19-related work, managerial factors and exhaustion among general practitioners in Sweden: a cross-sectional study / H. Månsson Sandberg [et al.] // BMC Primary Care. - 2023. - Vol. 24, No. 1. - P. 269.
- 172.Maslach, C. The Measurement of Experienced Burnout / C. Maslach, S.E. Jackson // Journal of Organizational Behavior. - 1981. - Vol. 2, No. 2. - P. 99-113.
- 173.Matthews, D.A. A new instrument for patients' ratings of physician performance in the hospital setting / D.A. Matthews, A.R. Feinstein // Journal of General Internal Medicine. - 1989. - Vol. 4, No. 1. - P. 14-22.
- 174.Mead, N. Patient-centredness: a conceptual framework and review of the empirical literature / N. Mead, P. Bower // Social Science & Medicine. - 2000. - Vol. 51, No. 7. - P. 1087-1110.
- 175.Melamed, S. Burnout and risk factors for cardiovascular diseases / S. Melamed, T. Kushnir, A. Shirom // Behavioral Medicine. - 1992. - Vol. 18, No. 2. - P. 53-60.

- 176.Meng, R. Evaluation of Patient and Medical Staff Satisfaction regarding Healthcare Services in Wuhan Public Hospitals / R. Meng [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2018. - Vol. 15, No. 4. - P. 769.
- 177.Mestre, T.D. Impact of family-centered care in families with children with intellectual disability: A systematic review / T.D. Mestre [et al.] // Heliyon. - 2024. - Vol. 10, No. 7. - P. e28241.
- 178.Micah, A.E. Development assistance for human resources for health, 1990-2020 / A.E. Micah [et al.] // Human Resources for Health. - 2022. - Vol. 20, No. 51.
- 179.Midje, H.H. Antecedents and outcomes of work engagement among nursing staff in long-term care facilities—A systematic review / H.H. Midje [et al.] // Journal of Advanced Nursing. - 2024. - Vol. 80, No. 1. - P. 42-59.
- 180.Montgomery, A.P. Psychometric properties of Copenhagen Burnout Inventory among nurses / A.P. Montgomery, A. Azuero, P.A. Patrician // Research in Nursing & Health. - 2021. - Vol. 44, No. 2. - P. 308-318.
- 181.Murtagh, G.M. A critical look at ideas, concerns and expectations in clinical communication / G.M. Murtagh // Medical Education. - 2023. - Vol. 57, No. 4. - P. 331-336.
- 182.Naldemirci, Ö. The potential and pitfalls of narrative elicitation in person-centred care / Ö. Naldemirci [et al.] // Health Expectations. - 2020. - Vol. 23, No. 1. - P. 238-246.
- 183.Nelson, E.C. How many patients are needed to provide reliable evaluations of individual clinicians? / E.C. Nelson [et al.] // Medical Care. - 2004. - Vol. 42, No. 3. - P. 259-266.
- 184.Nnaeto, J. Impact of Motivation on Employee Performance: A Study of Alvan Ikoku Federal College of Education / J. Nnaeto, J.A. Ndoh // Journal of Management and Strategy. - 2018. - Vol. 9, No. 4. - P. 53-63.
- 185.Olusadum, N.J. 360-Degree Feedback Appraisal System and Employee Productivity of Deposit Moneybanks in Imo State / N.J. Olusadum, M.I. Leo // Global Journal of Human Resource Management. - 2021. - Vol. 9, No. 2. - P. 60-72.

- 186.Ose, S.O. The Norwegian version of the Copenhagen Psychosocial Questionnaire (COPSOQ III): Initial validation study using a national sample of registered nurses / S.O. Ose [et al.] // PLOS ONE. - 2023. - Vol. 18, No. 8. - P. e0289739.
- 187.Oster, A. Patients' expectations of primary health care from both patients' and physicians' perspectives: a questionnaire study with a qualitative approach / A. Oster [et al.] // BMC Primary Care. - 2024. - Vol. 25, No. 1. - P. 128.
- 188.Otero-García, L. Austerity Measures and Underfunding of the Spanish Health System during the COVID-19 Pandemic - Perception of Healthcare Staff in Spain / L. Otero-García [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2023. - Vol. 20, No. 3. - P. 2594.
- 189.Panagioti, M. Association Between Physician Burnout and Patient Safety, Professionalism, and Patient Satisfaction: A Systematic Review and Meta-analysis / M. Panagioti [et al.] // JAMA Internal Medicine. - 2018. - Vol. 178, No. 10. - P. 1317-1331.
- 190.Parajuli, D.R. Work-related, socio-cultural, and personal factors associated with locus of control among Australian general practitioners / D.R. Parajuli, S. Ullah, M. McGrail // Journal of Psychiatric Research. - 2022. - Vol. 155. - P. 589-595.
- 191.Pereira, A. Healthcare Services and Formal Caregiver's Psychosocial Risk Factors: An Observational Study / A. Pereira [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2022. - Vol. 19, No. 9. - P. 5009.
- 192.Perialathan, K. Enhanced Primary Health Care Intervention: Perceived Sustainability and Challenges Among Implementers / K. Perialathan, M. Johari, N. Jaafar // Journal of Primary Care & Community Health. - 2021. - Vol. 12. - P. 21501327211014096.
- 193.Persai, D. Patient Satisfaction with Quality of Primary Care Health Services - Findings from India / D. Persai [et al.] // International Journal of Health Planning and Management. - 2022. - Vol. 37, No. 4. - P. 2256-2265.
- 194.Peter, K.A. Assessing the psychosocial work environment in the health care setting: translation and psychometric testing of the French and Italian Copenhagen Psychosocial Questionnaires (COPSOQ) in a large sample of health professionals in

- Switzerland / K.A. Peter [et al.] // BMC Health Services Research. - 2022. - Vol. 22, No. 1. - P. 608.
195. Petrelli, F. Public health and burnout: a survey on lifestyle changes among workers in the healthcare sector / F. Petrelli [et al.] // Acta Bio-Medica. - 2018. - Vol. 90, No. 1. - P. 24-30.
196. Prenestini, A. Involving clinicians in management: assessing views of doctors and nurses on hybrid professionalism in clinical directorates / A. Prenestini, M. Sartirana, F. Lega // BMC Health Services Research. - 2021. - Vol. 21, No. 1. - P. 350.
197. Rana, W. Job satisfaction, performance appraisal, reinforcement and job tasks in medical healthcare professionals during the COVID-19 pandemic outbreak / W. Rana, S. Mukhtar, S. Mukhtar // International Journal of Health Planning and Management. - 2022. - Vol. 37, No. 4. - P. 2345-2353.
198. Safran, D.G. Organizational dimensions of relationship-centered care. Theory, evidence, and practice / D.G. Safran, W. Miller, H. Beckman // Journal of General Internal Medicine. - 2006. - Vol. 21, Suppl 1. - P. S9-S15.
199. Seda-Gombau, G. Impact of the COVID-19 Pandemic on Burnout in Primary Care Physicians in Catalonia / G. Seda-Gombau [et al.] // International Journal of Environmental Research and Public Health. - 2021. - Vol. 18, No. 17. - P. 9031.
200. Shanafelt, T.D. Executive Leadership and Physician Well-being: Nine Organizational Strategies to Promote Engagement and Reduce Burnout / T.D. Shanafelt, J.H. Noseworthy // Mayo Clinic Proceedings. - 2017. - Vol. 92, No. 1. - P. 129-146.
201. Sherif, Y.A. Formal Training of the Global Surgeon: Current Educational Paradigms and Critical Elements for Progression / Y.A. Sherif, R.W. Davis // Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America. - 2020. - Vol. 32, No. 3. - P. 447-455.
202. Shiraly, R. Doctor-patient communication skills: a survey on knowledge and practice of Iranian family physicians / R. Shiraly, H. Mahdaviazad, A. Pakdin // BMC Family Practice. - 2021. - Vol. 22. - P. 130.

203. Sirera, B. Impact of patient-centered communication on patient satisfaction scores in patients with chronic life-limiting illnesses: an experience from Kenya / B. Sirera [et al.] // *Frontiers in Medicine*. - 2024. - Vol. 11. - P. 1290907.
204. Smith, S.M. Interventions for improving outcomes in patients with multimorbidity in primary care and community settings / S.M. Smith [et al.] // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. - 2021. - Vol. 2021, No. 1. - Art. No. CD006560.
205. Soares, J.P. Use of the Maslach Burnout Inventory Among Public Health Care Professionals: Scoping Review / J.P. Soares [et al.] // *JMIR Mental Health*. - 2023. - Vol. 10. - P. e44195.
206. Sonis, J. A national study of moral distress among U.S. internal medicine physicians during the COVID-19 pandemic / J. Sonis [et al.] // *PLOS ONE*. - 2022. - Vol. 17, No. 5. - P. e0268375.
207. Stewart, M. *Patient-Centered Medicine: Transforming the Clinical Method* / M. Stewart, J.B. Brown, W. Weston. - 3rd ed. - London: CRC Press, 2013. - 442 p. ISBN: 978-1-84076-622-3
208. Sundström, A. Construct validation and normative data for different versions of the Shirom-Melamed burnout questionnaire/measure in a Swedish population sample / A. Sundström [et al.] // *Stress and Health*. - 2023. - Vol. 39, No. 3. - P. 499-515.
209. Świątoniowska-Lonc, N. Impact of satisfaction with physician-patient communication on self-care and adherence in patients with hypertension: cross-sectional study / N. Świątoniowska-Lonc [et al.] // *BMC Health Services Research*. - 2020. - Vol. 20, No. 1. - P. 1046.
210. Theys, S. Individualised care in Flemish and Dutch hospitals: Comparing patients' and nurses' perceptions / S. Theys [et al.] // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. - 2022. - Vol. 36, No. 3. - P. 635-649.
211. Thun, S. A study of unreasonable illegitimate tasks, administrative tasks, and sickness presenteeism amongst Norwegian physicians: an everyday struggle? / S. Thun, V. Halsteinli, L. Løvseth // *BMC Health Services Research*. - 2018. - Vol. 18, No. 1. - P. 407.

212. Tzeng, C.-F.T. Risks Associated with Quality Care among Hispanic and White Populations - A Cross-Sectional Comparison Study / C.-F.T. Tzeng [et al.] // *Healthcare*. - 2024. - Vol. 12, No. 2. - P. 250.
213. Vega-Hurtado, C. [Importance of doctor-patient communication strategies] / C. Vega-Hurtado // *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. - 2020. - Vol. 58, No. 2. - P. 197-201. [Article in Spanish]
214. Vennedey, V. Patients' perspectives of facilitators and barriers to patient-centred care: insights from qualitative patient interviews / V. Vennedey [et al.] // *BMJ Open*. - 2020. - Vol. 10, No. 5. - P. e033449.
215. Verulava, T. Job Satisfaction and Associated Factors among Physicians / T. Verulava // *Hospital Topics*. - 2024. - Vol. 102, No. 1. - P. 26-34.
216. Voltmer, E. Job satisfaction and work stress among physicians in Norway and Germany - A cross-sectional study / E. Voltmer [et al.] // *PLOS ONE*. - 2024. - Vol. 19, No. 1. - P. e0296703.
217. Vova-Chatzi, C. Robustness of the EUROPEP questionnaire as regards data quality, reliability, and construct validity: The Greek experience before and after the economic crisis / C. Vova-Chatzi [et al.] // *Health Policy*. - 2020. - Vol. 124, No. 8. - P. 856-864.
218. Wallace, J.E. Physician wellness: a missing quality indicator / J.E. Wallace, J.B. Lemaire, W.A. Ghali // *The Lancet*. - 2009. - Vol. 374, No. 9702. - P. 1714-1721.
219. Welle, D. Association of Occupational Distress and Sleep-Related Impairment in Physicians With Unsolicited Patient Complaints / D. Welle [et al.] // *Mayo Clinic Proceedings*. - 2020. - Vol. 95, No. 4. - P. 719-726.
220. Wensing, M. Quality assessment using patients' evaluations of care / M. Wensing [et al.] // *European Journal of General Practice*. - 1998. - Vol. 4, No. 4. - P. 155-158.
221. West, M.A. Innovation in top management teams / M.A. West, N.R. Anderson // *Journal of Applied Psychology*. - 1996. - Vol. 81, No. 6. - P. 680-693.
222. West, M.A. The Social Psychology of Innovation in Groups / M.A. West // *Innovation and Creativity at Work: Psychological and Organizational Strategies* / eds. M.A. West, J.L. Farr. - Chichester: Wiley, 1990. - P. 4-36. ISBN: 978-0471925665

223. Wild, D. Principles of good practice for the translation and cultural adaptation process for patient-reported outcomes (PRO) measures: report of the ISPOR Task Force for translation and cultural adaptation / D. Wild, A. Grove, M. Martin // *Value in Health*. - 2005. - Vol. 8, No. 2. - P. 94-104.
224. Willard-Grace, R. Primary care clinician burnout and quality of care / R. Willard-Grace, M. Knox, B. Huang // *JAMA Internal Medicine*. - 2023. - Vol. 183, No. 3. - P. 209-216.
225. Winnifrith, T. Proactive advance care planning conversations in general practice: a quality improvement project / T. Winnifrith [et al.] // *BMJ Open Quality*. - 2024. - Vol. 13, No. 3. - P. e002679.
226. Wunadavalli, L.T. Patient Satisfaction Scale for Hospitalized COVID-19 Patients: Development and Psychometric Properties / L.T. Wunadavalli [et al.] // *Journal of Patient Experience*. - 2022. - Vol. 9. - P. 23743735221086762.
227. Xiao, Y. Burnout and Well-Being Among Medical Professionals in China: A National Cross-Sectional Study / Y. Xiao [et al.] // *Frontiers in Public Health*. - 2021. - Vol. 9. - P. 761706.
228. Xu, Y. Mental health of general practitioners in Chongqing, China during COVID-19: a cross-sectional study / Y. Xu [et al.] // *BMJ Open*. - 2023. - Vol. 13, No. 11. - P. e068333.
229. Yan, W. Association between inequalities in human resources for health and all cause and cause specific mortality in 172 countries and territories, 1990-2019: observational study / W. Yan [et al.] // *The BMJ*. - 2023. - Vol. 381. - P. e073043.
230. Zakaria, M. Physician Communication Behaviors on Patient Satisfaction in Primary Care Medical Settings in Bangladesh / M. Zakaria [et al.] // *Journal of Primary Care & Community Health*. - 2024. - Vol. 15. - P. 21501319241277396.
231. Zurn, P. Imbalance in the health workforce / P. Zurn [et al.] // *Human Resources for Health*. - 2004. - Vol. 2, No. 1. - P. 13.

## ПРИЛОЖЕНИЕ А

### Опросник COPSOQ III (Long version)

Шкала	Вопросы
<b>Количественные требования</b>	Ваша рабочая нагрузка распределена неравномерно, поэтому она накапливается?
	Как часто Вы не успеваете выполнить все свои рабочие задачи?
	Отстаете ли Вы от графика выполнения своей работы?
<b>Темп работы</b>	Хватает ли Вам времени на выполнение рабочих задач?
	Приходится ли Вам работать в очень быстром темпе?
	Работаете ли Вы в высоком темпе в течение дня?
<b>Когнитивные требования</b>	Есть ли необходимость поддерживать высокий темп работы?
	Приходится ли Вам выполнять во время работы несколько задач одновременно?
	Требуется ли Вашей работе запоминания большого объема информации?
<b>Эмоциональные требования</b>	Требуется ли Вашей работе умения генерировать идеи?
	Требуется ли Вашей работе принятия сложных решений?
	Подвергаетесь ли Вы на работе воздействию эмоционально-тревожных ситуаций?
<b>Требование скрывать эмоции</b>	Приходится ли Вам в рамках Вашей работы решать личные проблемы других людей?
	Является ли Ваша работа эмоционально тяжелой?
	Обязаны ли Вы относиться ко всем одинаково, даже если Вам этого не хочется?
<b>Влияние на работе</b>	Требуется ли Ваша работа, чтобы Вы скрывали свои чувства?
	Требуется ли от Вас быть добрым и открытым по отношению ко всем, независимо от их отношения к Вам?
	Требуется ли Ваша работа, чтобы Вы скрывали свое мнение?
<b>Возможности для развития</b>	Обладаете ли Вы большим влиянием на решения, касающиеся Вашей работы?
	Имеете ли Вы право выбирать, с кем работать?
	Можете ли Вы повлиять на объем порученной Вам работы?
<b>Разнообразие в работе</b>	Оказываете ли Вы какое-либо влияние на то, чем Вы занимаетесь на работе?
	Можете ли Вы повлиять на темпы своей работы?
	Оказываете ли Вы какое-либо влияние на то, КАК Вы выполняете свою работу?
<b>Контроль рабочего времени</b>	Есть ли у Вас возможность получать новые знания благодаря своей работе?
	Можете ли Вы применять свои навыки или опыт в своей работе?
	Дает ли Ваша работа возможность развивать свои навыки?
<b>Контроль рабочего времени</b>	Является ли Ваша работа разнообразной?
	Приходится ли Вам делать одно и то же снова и снова?
	Можете ли Вы решить, когда сделать перерыв?
<b>Контроль рабочего времени</b>	Разрешается ли Вам брать отпуск по желанию?
	Можете ли Вы покинуть рабочее место, чтобы поболтать с коллегой?

	Если у Вас есть какие-то личные дела, можете ли Вы уйти с работы на полчаса без специального разрешения?
	Приходится ли Вам работать сверхурочно?
<b>Значение работы</b>	Является ли Ваша работа значимой?
	Считаете ли Вы, что работа, которую вы выполняете, важна?
<b>Предсказуемость</b>	Получаете ли Вы заблаговременно на своем рабочем месте информацию, например, о важных решениях, изменениях или планах на будущее?
	Получаете ли Вы всю необходимую информацию для качественного выполнения своей работы?
<b>Признание</b>	Признает и ценит ли руководство Вашу работу?
	Уважает ли Вас руководство?
	Справедливо ли с Вами обращаются?
<b>Осознание роли</b>	Есть ли у Вашей работы четкие цели?
	Известно ли Вам, какие именно области входят в сферу Вашей ответственности?
	Вы точно знаете, что от Вас ожидают на рабочем месте?
<b>Конфликт ролей</b>	Предъявляются ли Вам на работе противоречивые требования?
	Приходится ли Вам иногда делать то, что следовало бы сделать по-другому?
<b>Необоснованные задания</b>	Приходится ли Вам иногда делать вещи, которые кажутся ненужными?
<b>Качество руководства</b>	В какой степени, по Вашему мнению, ваш непосредственный начальник...
	- гарантирует сотрудникам хорошие возможности для развития?
	- уделяет первостепенное внимание удовлетворенности выполняемой работой?
	- хорошо планирует рабочий процесс?
	- умеет разрешать конфликты?
<b>Социальная поддержка руководства</b>	Как часто Ваш непосредственный начальник готов выслушать Ваши проблемы на работе, если это необходимо?
	Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своего непосредственного начальника, если это необходимо?
	Как часто Ваш непосредственный начальник обсуждает с Вами, качество Вашей работы?
<b>Социальная поддержка коллег</b>	Как часто Вы получаете помощь и поддержку от своих коллег, если это необходимо?
	Как часто Ваши коллеги готовы выслушать Ваши проблемы на работе, если это необходимо?
	Как часто Ваши коллеги обсуждают с Вами качество Вашей работы?
<b>Чувство коллективизма на работе</b>	Существует ли хорошая рабочая атмосфера между Вами и Вашими коллегами?
	Охотно ли коллеги идут на сотрудничество?
	Чувствуете ли Вы себя частью коллектива на своем рабочем месте?
<b>Преданность работе</b>	Вам нравится рассказывать другим о своем месте работы?
	Имеет ли Ваше место работы для Вас большое значение?
	Порекомендовали бы Вы другим людям устроиться на работу к Вам?
	Как часто Вы думаете о поиске новой работы?
	Гордитесь Вы тем, что являетесь частью своей организации?
<b>Вовлеченность в работу</b>	Как часто Вы испытываете следующее:
	На работе я чувствую прилив энергии.
	Я с энтузиазмом отношусь к своей работе.
	Я погружен в свою работу.

<b>Отсутствие гарантии занятости</b>	Вы боитесь остаться без работы?
	Вы беспокоитесь о том, что новые технологии оставят Вас без работы?
	Беспокоитесь ли Вы о том, что Вам будет трудно найти другую работу, если Вы потеряете работу?
<b>Неуверенность в условиях труда</b>	Беспокоитесь ли Вы о том, что Вас могут перевести на другую работу без согласования с Вами?
	Беспокоитесь ли Вы о том, что Ваши рабочие задачи будут изменены против Вашей воли?
	Беспокоитесь ли Вы, что Ваше расписание (смена, рабочие дни, время входа и выхода) может быть изменено против Вашей воли?
	Беспокоитесь ли Вы, что Ваша заработная плата может уменьшиться (сокращение, вводится переменная оплата...)?
	Есть ли хорошие перспективы в Вашей работе?
<b>Качество работы</b>	В какой степени Вы считаете возможным удовлетворительное выполнение своих рабочих задач?
	Удовлетворены ли Вы качеством выполняемой работы?
<b>Удовлетворение от работы</b>	Что касается Вашей работы в целом, насколько Вы удовлетворены
	- перспективами Вашей работы?
	- физическими условиями труда?
	- тем, как применяются Ваши способности?
	- Вашей работой в целом, с учетом всех аспектов?
	- Вашей заработной платой?
<b>Конфликты на работе</b>	Следующие пять вопросов касаются того, как Ваша работа влияет на Вашу личную жизнь:
	Бывают ли моменты, когда Вам нужно быть на работе и дома одновременно?
	Чувствуете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас столько энергии, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни?
	Считаете ли Вы, что Ваша работа отнимает у Вас так много времени, что это отрицательно сказывается на Вашей личной жизни?
	Мешает ли Ваша работа Вашей личной и семейной жизни?
	В связи с рабочими обязанностями, я должен внести изменения в свои планы на личную и семейную жизнь.
<b>Доверие и справедливость</b>	Следующие вопросы касаются не конкретно Вашей работы, а рабочего места в целом.
<b>Горизонталь доверия</b>	Скрывают ли сотрудники информацию друг от друга?
	Скрывают ли сотрудники информацию от руководства?
	Доверяют ли сотрудники друг другу в целом?
<b>Вертикаль доверия</b>	Доверяет ли руководство сотрудникам хорошо выполнять свою работу?
	Могут ли сотрудники доверять информации, поступающей от руководства?
	Скрывает ли руководство важную информацию от сотрудников?
	Могут ли сотрудники выражать свои эмоции и чувства?
<b>Справедливая организация труда</b>	Решаются ли конфликты честным путем?
	Поощряют ли сотрудников, если они хорошо выполнили свою работу?
	Все ли предложения сотрудников серьезно рассматриваются руководством?
	Справедливо ли распределена работа?

<b>Негативные действия</b>	Конфликты и агрессивное поведение
<b>Сплетни и клевета</b>	Сталкивались ли Вы со сплетнями и клеветой на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Конфликты и ссоры</b>	Участвовали ли Вы в ссорах или конфликтах на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
<b>Неприятные насмешки</b>	Подвергались ли Вы неприятным насмешкам на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Киберзапугивание</b>	Подвергались ли Вы преследованиям по поводу работы в социальных сетях (например, Facebook), по электронной почте или текстовым сообщениям в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Сексуальное домогательство</b>	Подвергались ли Вы нежелательному сексуальному вниманию на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Угрозы насилием</b>	Подвергались ли вы угрозам насилия на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Физическое насилие</b>	Подвергались ли Вы физическому насилию на рабочем месте в течение последних 12 месяцев?
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
<b>Запугивание</b>	Подвергались ли Вы запугиванию на рабочем месте в течение последних 12 месяцев? Запугивание означает, что человек неоднократно подвергается неприятному или унижающему достоинство обращению и что ему трудно защитить себя от этого.
	Если да, то от кого? (Можно отметить несколько)
	Как часто Вы чувствуете, что Ваши коллеги или начальники несправедливо Вас критикуют, придираются или выставляют напоказ?
<b>Здоровье</b>	Следующие вопросы касаются Вашего собственного здоровья и благополучия. Пожалуйста, не пытайтесь провести различие между симптомами, вызванными работой, и симптомами, вызванными другими причинами. Задача состоит в том, чтобы описать, как Вы себя чувствуете в целом. Вопросы касаются Вашего здоровья и самочувствия в течение последних четырех недель:
<b>Самооценка здоровья</b>	В целом, как бы Вы оценили Ваше здоровье: Если Вы оцениваете наилучшее мыслимое состояние здоровья в 10 баллов, а наихудшее в 0 баллов: сколько баллов Вы тогда дадите своему нынешнему состоянию здоровья?
<b>Проблемы со сном</b>	Эти вопросы касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто Вы плохо и беспокойно спали?
	Как часто Вам было трудно заснуть?
	Как часто Вы просыпались слишком рано и не могли снова заснуть?
	Как часто Вы просыпались несколько раз и Вам было трудно снова заснуть?
<b>Выгорание</b>	Эти вопросы касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто Вы чувствовали себя измотанным?
	Как часто Вы были физически истощены?
	Как часто Вы были эмоционально истощены?
	Как часто Вы чувствовали усталость?

<b>Стресс</b>	Эти вопросы касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто у Вас были проблемы с отдыхом?
	Как часто Вы были раздражительны?
	Как часто Вы были напряжены?
<b>Соматический стресс</b>	Эти вопросы касаются вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто у Вас болел живот?
	Как часто у Вас болела голова?
	Как часто у Вас было учащенное сердцебиение?
	Как часто у Вас возникало напряжение в различных мышцах?
<b>Когнитивный стресс</b>	Эти вопросы касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто у Вас были проблемы с концентрацией внимания?
	Как часто Вам было трудно ясно мыслить?
	Как часто у Вас возникали трудности с принятием решений?
	Как часто у Вас были трудности с запоминанием?
<b>Депрессивные симптомы</b>	Эти вопросы касаются Вашего самочувствия в течение последних 4 недель.
	Как часто Вы испытывали чувство грусти?
	Как часто Вам не хватало уверенности в себе?
	Как часто Вы испытывали угрызение совести или чувство вины?
	Как часто Вы теряли интерес к повседневным вещам?
<b>Самоэффективность</b>	Насколько эти описания подходят Вам как личности?
	Я всегда могу решить сложные проблемы, если очень постараюсь.
	Если люди работают против меня, я нахожу способ добиться желаемого
	Мне легко придерживаться своих планов и достигать своих целей
	Я уверен, что смогу справиться с неожиданными событиями
	Когда у меня возникает проблема, я обычно могу найти несколько способов ее решения.
	Что бы ни случилось, я обычно справляюсь.

## ПРИЛОЖЕНИЕ Б

### Психометрические качества опросника COPSOQ III (Long version)

Шкала	$\alpha$ - Кронбаха	$\alpha$ - Гутмана	ICC	95% CI	Надёж- ность
Количественные требования	0,7535	0,7238	0,716	0,630–0,780	У
Темп работы	0,9342	–	0,934	0,921–0,945	П
Когнитивные требования	0,7956	0,8368	0,737	0,612–0,814	У
Эмоциональные требования	0,8268	–	0,796	0,712–0,852	Х
Требование скрывать эмоции	0,6357	0,6420	0,398	0,094–0,594	Н
Влияние на работе	0,6842	0,7744	0,393	0,141–0,571	Н
Возможности для развития	0,6074	–	0,413	0,063–0,619	Н
Разнообразие в работе	0,3456	–	0,236	–0,039–0,433	Н
Контроль рабочего времени	0,7544	0,7980	0,720	0,649–0,777	У
Значение работы	0,8301	–	0,829	0,788–0,862	Х
Предсказуемость	0,8081	–	0,809	0,763–0,845	Х
Признание	0,8081	–	0,794	0,743–0,835	Х
Осознание роли	0,7155	–	0,686	0,594–0,754	У
Конфликт ролей	0,8183	–	0,817	0,773–0,852	Х
Качества руководства	0,8487	0,8851	0,740	0,492–0,848	У
Социальная поддержка руководства	0,7569	–	0,754	0,704–0,796	Х
Социальная поддержка коллег	0,7006	–	0,625	0,435–0,740	У
Чувство коллективизма	0,7358	–	0,570	0,181–0,750	У
Преданность работе	0,8656	0,7742	0,818	0,729–0,872	Х
Вовлечённость в работу	0,5979	–	0,393	0,042–0,604	Н
Отсутствие гарантии занятости	0,7280	–	0,506	0,062–0,720	У
Неуверенность в условиях труда	0,7730	0,8469	0,671	0,498–0,774	У
Качество работы	0,7885	–	0,788	0,738–0,829	Х
Удовлетворение от работы	0,7602	0,7404	0,589	0,329–0,733	У
Конфликты на рабочем месте	0,9344	0,9284	0,929	0,913–0,942	П
Горизонталь доверия	0,6838	–	0,630	0,489–0,726	У
Вертикаль доверия	0,6358	0,7058	0,406	0,103–0,599	Н
Справедливая организация труда	0,8328	0,8670	0,740	0,535–0,839	У
Проблемы со сном	0,8008	0,7698	0,770	0,699–0,823	Х
Выгорание	0,9292	0,9334	0,912	0,873–0,937	П
Стресс	0,6827	–	0,549	0,241–0,713	У
Соматический стресс	0,7268	0,8045	0,653	0,502–0,750	У
Когнитивный стресс	0,8307	0,8532	0,785	0,684–0,847	Х
Депрессивные симптомы	0,8096	0,7955	0,784	0,723–0,831	Х
Самозффективность	0,9287	0,9378	0,917	0,894–0,934	П

**Примечание.** У — умеренная; П — превосходная; Х — хорошая; Н — низкая.

## ПРИЛОЖЕНИЕ В

Точки отсечения, определяющие уровень психосоциального фактора, на основании межквартильного размаха (25%;75%)

Показатель	Низкий уровень	Норма	Высокий уровень
Количественные требования	До 125	От 125 до 225	Более 225
Темп работы	До 225	От 225 до 300	Более 300
Когнитивные требования	До 300	От 300 до 350	Более 350
Эмоциональные требования	До 175	От 175 до 250	Более 250
Требование скрывать эмоции	До 250	От 250 до 325	Более 325
Влияние на работе	До 175	От 175 до 275	Более 275
Возможности для развития	До 175	От 175 до 225	Более 225
Разнообразие в работе	До 50	От 50 до 75	Более 75
Контроль рабочего времени	До 50	От 50 до 150	Более 150
Значение работы	До 150	От 150 до 200	Более 200
Предсказуемость	До 125	От 125 до 175	Более 175
Признание	До 150	От 150 до 225	Более 225
Осознание роли	До 225	От 225 до 275	Более 275
Конфликт ролей	До 50	От 50 до 100	Более 100
Необоснованные задания	До 50	От 50 до 75	Более 75
Качества руководства	До 175	От 175 до 275	Более 275
Социальная поддержка руководства	До 100	От 100 до 175	Более 175
Социальная поддержка коллег	До 125	От 125 до 180	Более 180
Чувство коллективизма	До 200	От 200 до 250	Более 250
Преданность работе	До 225	От 225 до 350	Более 350
Вовлеченность в работу	До 175	От 175 до 250	Более 250
Отсутствие гарантии занятости	До 200	От 200 до 250	Более 250
Неуверенность в условиях труда	До 275	От 275 до 400	Более 400
Удовлетворение от работы	До 250	От 250 до 350	Более 350
Конфликты на рабочем месте	До 200	От 200 до 350	Более 350
Горизонталь доверия	До 125	От 125 до 150	Более 150
Вертикаль доверия	До 200	От 200 до 250	Более 250
Справедливая организация труда	До 125	От 125 до 225	Более 225
Здоровье	До 50	От 50 до 75	Более 75
Самооценка здоровья	До 6	От 6 до 8	Более 8
Проблемы со сном	До 100	От 100 до 225	Более 225
Выгорание	До 200	От 200 до 300	Более 300
Стресс	До 75	От 75 до 175	Более 175
Соматический стресс	До 50	От 50 до 150	Более 150
Когнитивный стресс	До 25	От 25 до 125	Более 125
Депрессивные симптомы	До 50	От 50 до 150	Более 150
Самозффективность	До 250	От 250 до 400	Более 400

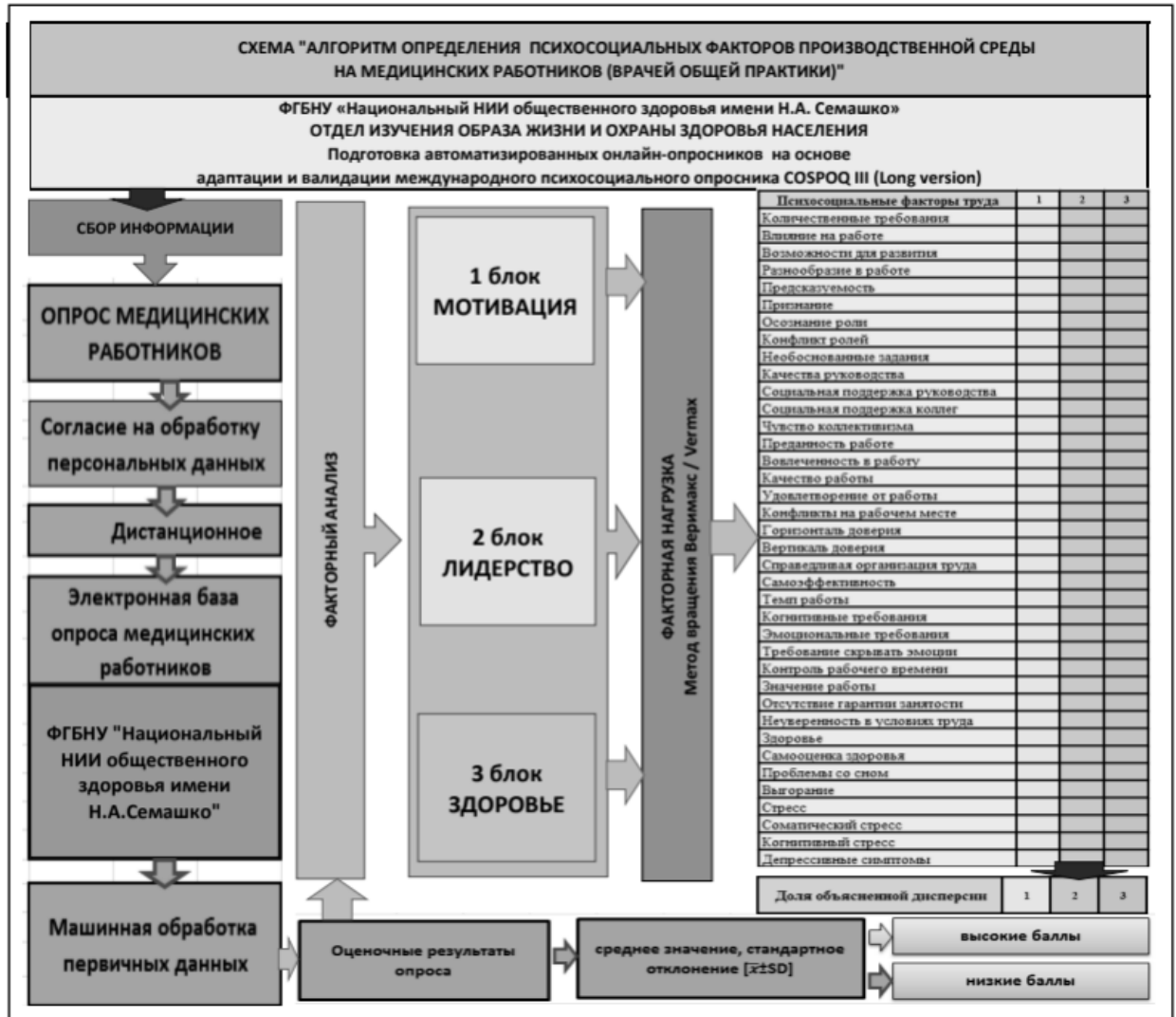
## ПРИЛОЖЕНИЕ Г

## Факторный анализ о факторах психосоциальной работы

Психосоциальные факторы работы	Факторные нагрузки		
	1	2	3
Количественные требования	<b>-0,405</b>	0,352	-0,319
Влияние на работе	<b>0,529</b>	-0,471	-0,076
Возможности для развития	<b>0,678</b>	0,029	0,131
Разнообразие в работе	<b>0,390</b>	-0,276	-0,049
Предсказуемость	<b>0,556</b>	0,371	0,257
Признание	<b>0,762</b>	-0,113	0,268
Осознание роли	<b>0,641</b>	0,101	0,175
Конфликт ролей	<b>-0,593</b>	0,247	-0,173
Необоснованные задания	<b>-0,552</b>	0,479	-0,118
Качества руководства	<b>0,790</b>	-0,061	0,271
Социальная поддержка руководства	<b>0,736</b>	-0,218	0,162
Социальная поддержка коллег	<b>0,652</b>	-0,210	0,197
Чувство коллективизма	<b>0,683</b>	-0,115	0,261
Преданность работе	<b>0,817</b>	-0,065	0,200
Вовлеченность в работу	<b>0,609</b>	0,234	0,169
Качество работы	<b>0,545</b>	0,303	0,352
Удовлетворение от работы	<b>0,709</b>	-0,138	0,368
Конфликты на рабочем месте	<b>-0,433</b>	0,411	0,067
Горизонталь доверия	<b>0,452</b>	-0,200	0,091
Вертикаль доверия	<b>0,683</b>	-0,002	0,261
Справедливая организация труда	<b>0,750</b>	-0,302	0,263
Самоэффективность	<b>0,446</b>	0,200	0,433
Темп работы	-0,048	<b>0,767</b>	0,033
Когнитивные требования	0,114	<b>0,799</b>	-0,068
Эмоциональные требования	-0,095	<b>0,811</b>	-0,167
Требование скрывать эмоции	0,026	<b>0,408</b>	-0,241
Контроль рабочего времени	0,227	<b>-0,721</b>	-0,011
Значение работы	0,356	<b>0,565</b>	0,032
Отсутствие гарантии занятости	-0,208	<b>0,607</b>	-0,021
Неуверенность в условиях труда	-0,429	<b>0,671</b>	0,075
Здоровье	0,100	0,320	<b>0,784</b>
Самооценка здоровья	0,120	0,173	<b>0,795</b>
Проблемы со сном	-0,279	0,307	<b>-0,712</b>
Выгорание	-0,290	0,471	<b>-0,628</b>
Стресс	-0,324	0,157	<b>-0,685</b>
Соматический стресс	-0,209	0,160	<b>-0,747</b>
Когнитивный стресс	-0,280	0,038	<b>-0,682</b>
Депрессивные симптомы	-0,357	0,106	<b>-0,679</b>
Доля объясненной дисперсии	<b>25,0%</b>	<b>15,0%</b>	<b>14,2%</b>

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Схема – Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды на медицинских работников (врачей общей практики)



ПРИЛОЖЕНИЕ Е

Схема – Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности



**ПРИЛОЖЕНИЕ Ж**  
**EUROPEP-опросник**

<b>Взаимодействие врач-пациент</b>
1. Выделял ли врач достаточно (с вашей точки зрения) времени для Вас на прием (консультацию)?
2. Проявлял заинтересованность Вашей личной ситуацией?
3. Способствовал доверительности разговора, чтобы Вам было легче сообщить ему о ваших проблемах?
4. Вовлекал Вас в процесс принятия решения о медицинской помощи Вам?
5. Слушал ли врач внимательно все, о чем Вы говорили?
6. Обеспечивал ли врач конфиденциальность медицинских записей и информации о Вас?
<b>Медпомощь</b>
7. Обеспечивал быстрое облегчение Вашего состояния?
8. Помог ли визит к врачу почувствовать себя достаточно хорошо, чтобы вернуться к Вашей обычной деятельности?
9. Тщательно подошел к Вашим проблемам?
10. Проводил ли физическое обследование (осмотр)?
11. Предлагал Вам помощь в профилактике заболеваний (например, доп. обследование, прививки)?
<b>Информация и поддержка</b>
12. Объяснял цели обследований, анализов и лечения?
13. Рассказывал Вам достаточно о ваших симптомах и / или болезнях?
14. Помогал Вам справиться с эмоциями, связанными с вашим состоянием здоровья?
15. Помогал понять (объяснял), почему так важно следовать советам врача?
<b>Организация</b>
16. Знал (помнил), что было сделано (сказано) Вам во время предыдущих посещений медучреждения?
17. Разъяснял и подготавливал Вас к тому, что ожидать от стационарного лечения или других специалистов?
<b>Доступность</b>
18. Доброжелательность, вежливость персонала (кроме врача) к Вам?
19. Возможность записи на прием в удобное для Вас время?
20. Возможность записи на прием по телефону?
21. Возможность поговорить с врачом по телефону?
22. Время ожидания приема врача (у кабинета)?
23. Быстрое получение помощи при неотложных проблемах со здоровьем (например, высокое давление и др.)?

## ПРИЛОЖЕНИЕ 3

Свидетельство о государственной регистрации базы данных «База данных с результатами социологического опроса на тему «Оценка психосоциальных условий труда и укрепления здоровья медицинских работников: международный инструмент COPSOQ III (Long version)»»

<p>РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ</p> 	
<p><b>СВИДЕТЕЛЬСТВО</b> о государственной регистрации базы данных</p> <p><b>№ 2024623997</b></p>	
<p><b>«База данных с результатами социологического опроса на тему «Оценка психосоциальных условий труда и укрепления здоровья медицинских работников: международный инструмент COPSOQ III (Long version)»»</b></p>	
<p>Правообладатель: <i>Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (RU)</i></p> <p>Авторы: <i>Кузнецова Мария Анатольевна (RU), Васильева Татьяна Павловна (RU), Зудин Александр Борисович (RU), Абрамов Алексей Сергеевич (RU)</i></p>	
	<p>Заявка № <b>2024623241</b></p> <p>Дата поступления <b>29 июля 2024 г.</b></p> <p>Дата государственной регистрации в Реестре баз данных <b>09 сентября 2024 г.</b></p> <p><i>Руководитель Федеральной службы по интеллектуальной собственности</i></p> <p><i>Ю.С. Зубов</i></p>

Свидетельство о государственной регистрации базы данных «База данных с результатами социологического опроса на тему «Удовлетворенность населения качеством медицинской помощи в общеврачебной практике: международный инструмент EUROPER»

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**



**СВИДЕТЕЛЬСТВО**  
о государственной регистрации базы данных  
**№ 2024623999**

**«База данных с результатами социологического опроса  
на тему «Удовлетворенность населения качеством  
медицинской помощи в общеврачебной практике:  
международный инструмент EUROPER»»**

*Приниматель: Федеральное государственное бюджетное научное  
учреждение «Национальный научно-исследовательский  
институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко» (RU)*

*Авторы: Кузнецова Мария Анатольевна (RU), Васильева Татьяна  
Павловна (RU), Зудин Александр Борисович (RU), Абрамов  
Алексей Сергеевич (RU)*

Товарка № **2024623243**  
Дата поступления **29 июля 2024 г.**  
Дата государственной регистрации  
в Реестре баз данных **09 сентября 2024 г.**



*Руководитель Федеральной службы  
по интеллектуальной собственности*

Федеральная служба по интеллектуальной собственности  
Ведомственный институт интеллектуальной собственности  
Адрес: 125009, г. Москва, Зубовский бульвар, 6/1  
Тел: +7 (495) 777-7000

**Ю.С. Зубов**

Патент на промышленный образец Схема «Алгоритм определения психосоциальных факторов производственной среды при осуществлении профессиональной деятельности медицинских работников (врачей общей практики)»



Патент на промышленный образец Схема «Алгоритм определения удовлетворенности работой медицинских работников (врачей общей практики) при осуществлении профессиональной деятельности»

**РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ**



**ПАТЕНТ**  
НА ПРОМЫШЛЕННЫЙ ОБРАЗЕЦ  
**№ 150752**

**СХЕМА "АЛГОРИТМ ОПРЕДЕЛЕНИЯ  
УДОВЛЕТВОРЕННОСТИ РАБОТОЙ  
МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ (ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ  
ПРАКТИКИ) ПРИ ОСУЩЕСТВЛЕНИИ  
ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ"**

Патентообладатель(и): *Федеральное государственное бюджетное  
научное учреждение "Национальный научно-исследовательский  
институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко" (RU)*

Автор(ы): *Кузнецова Мария Анатольевна (RU), Васильева Татьяна  
Павловна (RU), Зудин Александр Борисович (RU)*

Заявка № **2025502277**  
Приоритет(ы) промышленного образца **21 апреля 2025 г.**  
Дата государственной регистрации в  
Государственном реестре промышленных  
образцов Российской Федерации **23 декабря 2025 г.**  
Срок действия исключительного права  
на промышленный образец истекает **21 апреля 2030 г.**

*Руководитель Федеральной службы  
по интеллектуальной собственности*

документ подписан электронной подписью  
Сертификат Общественного ключа № 00010048767502668  
Владимир Зубов-Мирошников  
Действителен с 08.05.2015 по 18.11.2026 **Ю.С. Зубов**

