

НАО «Медицинский университет Астана»

УДК 614.254:331.101.37:371.71

На правах рукописи

АЛДАБЕРГЕНОВА ГУЛЬДЕН АМЕРКЕШЕВНА

**Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в
условиях поликлиники**

6D110200 - Общественное здравоохранение

Диссертация на соискание степени
доктора философии (PhD)

Научный консультант
кандидат медицинских наук,
ассоциированный профессор
А.К. Тургамбаева

Зарубежный научный консультант:
professor
Luca Brusati,
(Gorizia: Department of
Economics and Statistics,
Udine University)

Республика Казахстан
Астана, 2022

СОДЕРЖАНИЕ

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ	4
ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ	6
ВВЕДЕНИЕ	8
1 ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ/ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕГО. ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)	15
1.1 Предпосылки к изучению качества жизни, как критерия продуктивности экономического и социального роста.....	15
1.2 Теоретические аспекты изучения детерминантов социального и экономического окружения и их влияния на качество жизни.....	18
1.3 Особенности развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и его влияние на психологическое и физическое здоровье.....	22
1.4 Удовлетворенность трудом и условия работы врачей терапевтов/врачей общей практики в поликлиниках.....	31
2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	37
2.1 Материалы исследования.....	38
2.2 Методы исследования.....	39
3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ	45
3.1 Оценка половозрастных, социальных, квалификационных характеристик и условий труда врача терапевта/врача общей практики с использованием разработанного опросника.....	45
3.2 Проведение оценки загруженности врача терапевта/врача общей практики методом хронометража.....	58
3.3 Оценка качества жизни врача терапевта/врача общей практики с использованием универсального опросника SF-36.....	62
3.4 Оценка уровня эмоционального выгорания врача терапевта/врача общей практики с использованием опросника Бойко.....	69
4 ОЦЕНКА ВНЕШНЕГО ОКРУЖЕНИЯ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА/ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ PEST-АНАЛИЗА	75
4.1 Контент-анализ нормативных и правовых актов, регулирующих деятельность врачей терапевтов/врачей общей практики на уровне поликлиники, как политический компонент PEST-анализа.....	75
4.2 Анализ экономического компонента, определяющего внешнюю среду врачей терапевтов/врачей общей практики.....	79

4.3 Анализ социального и технологического компонентов, определяющих внешнюю среду врачей терапевтов/врачей общей практики поликлиники.....	81
5 РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УЛУЧШЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ/ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ.....	85
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	89
СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ.....	94
ПРИЛОЖЕНИЕ А – Акты внедрения.....	106
ПРИЛОЖЕНИЕ Б – Авторские свидетельства.....	113
ПРИЛОЖЕНИЕ В – Опросник для определения социально-детерминантных факторов.....	115
ПРИЛОЖЕНИЕ Г – Выписка из протокола.....	119
ПРИЛОЖЕНИЕ Д – Функциональные обязанности врача общей практики.....	120

НОРМАТИВНЫЕ ССЫЛКИ

В настоящей диссертации использованы ссылки на следующие стандарты:

Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года.

Президента Республики Казахстан Токаева К.-Ж. Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана: послание народу Казахстана от 2 сентября 2019 года.

Кодекс Республики Казахстан. Об административных правонарушениях: принят 5 июля 2014 года, №235-V.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 годы: утв. 15 октября 2018 года, №634.

Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении национального проекта «Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация»: утв. 12 октября 2021 года, №725.

Кодекс о здоровье и системе здравоохранения: принят 18 сентября 2009 года.

Кодекс о здоровье и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года.

Закон Республики Казахстан. О защите прав потребителей: принят 4 мая 2010 года, №274.

Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: принят 16 ноября 2015 года, №405-V ЗРК.

Закон Республики Казахстан. О государственном имуществе: принят 1 марта 2011 года, №413-IV.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи: утв. 28 апреля 2015 года, №281.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан: утв. 3 февраля 2016 года, №85.

Приказ Министерства здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения: утв. 26 ноября 2009 года, №791.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками: утв. 7 апреля 2010 года, №238.

Приказ Министерства здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь: утв. 5 января 2011 года, №7.

Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении правил консультативно-диагностической помощи: утв. 28 июля 2015 года, №626.

Приказ Министра национальной экономики Республики Казахстан. Об утверждении Правил проведения обязательных медицинских осмотров: утв. 25 февраля 2015 года.

ОПРЕДЕЛЕНИЯ, ОБОЗНАЧЕНИЯ И СОКРАЩЕНИЯ

В настоящей диссертации применяют следующие термины с соответствующими определениями:

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) – место первого доступа к медицинской помощи, ориентированной на нужды населения, включающей профилактику, диагностику, лечение заболеваний и состояний, оказываемых на уровне человека, семьи и общества.

Поликлиника – это медицинская организация, оказывающая амбулаторную помощь населению по участково-территориальному принципу, включающая в себя профилактические, диагностические и лечебные услуги. Городская поликлиника является одним из основных учреждений, представляющих первичную медико-санитарную помощь.

Врач терапевт поликлиники – специалист, имеющий диплом об окончании интернатуры по специальности «Терапия», «Общая врачебная практика» и соответствующий сертификат. В данной работе под врачами терапевтами поликлиники понимается врач терапевт/врач общей практики, ведущий участковый прием в организации ПМСП (городской поликлинике).

Врач общей практики (семейный врач) – врач, прошедший специальную многопрофильную подготовку по оказанию первичной медико-санитарной помощи членам семьи независимо от их пола и возраста и имеющий сертификат специалиста в области здравоохранения (специальность ВОП введена в РК в 1999 году Приказ МЗ РК № 500 от 12 октября).

Условия труда - условия оплаты, нормирования труда, выполнение трудовых обязанностей, режима рабочего времени и времени отдыха, порядок совмещения профессий (должностей), расширения зон обслуживания, выполнения обязанностей временно отсутствующего работника, безопасности и охраны труда, технические, производственно- бытовые условия, а также иные по согласованию сторон условия труда.

Удовлетворенность трудом - эмоционально-оценочное отношение работника или группы работников к выполняемому труду и условиям протекания рабочего процесса.

Синдром эмоционального выгорания – это комплекс симптомов, характеризующийся постепенной утратой эмоциональной вовлеченности в деятельность, нарастанием умственной и физической усталости, личностной отстраненности от содержания труда.

PEST-анализ – это инструмент, предназначенный для выявления политических (Political), экономических (Economic), социальных (Social) и технологических (Technological) аспектов внешней среды;

JDI – трудовой дискрептивный индекс-инструмент для определения удовлетворенности трудом и состоящий из пяти признаков (оплата труда, карьера, психологический климат, отношение с руководством, сама работа);

Шкала Лайкерта – психометрическая шкала, используемая в опросниках и анкетных исследованиях (разработана в 1932 году Ренсисом

Лайкертом), и предназначенная для оцифровки субъективных ощущений респондентов.

Межсекторальное взаимодействие - скоординированная совместная работа государственных органов, организаций и общественных объединений, направленная на охрану здоровья населения и обеспечение функционирования медицинских служб.

В настоящей диссертации применяют следующие сокращения и обозначения:

ВОЗ	- Всемирная организация здравоохранения
ВОП	- врач общей практики
ВТ	- врач терапевт
ГП	- городская поликлиника
ЗП	- заработная плата
КЖ	- качество жизни
МЗ РК	- Министерство Здравоохранения Республики Казахстан
МО	- медицинская организация
МР	- медицинские работники
НПА	- нормативные и правовые акты
ОЭСР	- организация экономического сотрудничества и развития
ПМСП	- первичная медико-санитарная помощь
СЭВ	- синдром эмоционального выгорания
NIHR	- National Institute for Health Research

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность исследования

В Послании Главы государства «Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана» от 02.09.2019 года, Президент К.К. Токаев обозначил обеспечение качества и доступности медицинских услуг одним из главных направлений, при сохранении гарантированного объема бесплатной медицинской помощи [1]. В Государственной программе «Денсаулык» на 2016-2020 годы, приоритетом остается развитие первичной медико-санитарной помощи (далее – ПМСП), а значит участковой службы, представленной врачами терапевтами и врачами общей практики [2].

При этом отмечено, что успешному развитию ПМСП препятствуют текучесть и отток кадров из вышеуказанных специальностей. Более того, участковые врачи страдают от избыточных нагрузок, что приводит к снижению продуктивности в условиях дефицита кадров [3, 4]. Сниженная продуктивность в свою очередь, приводит к недовольству собой, что формирует порочный круг в психологическом здоровье врача [5].

Авторы делят факторы, провоцирующие нагрузки на психологическое здоровье, на две группы – внутренние индивидуальные и внешние контекстуальные [6]. Внутренние индивидуальные включают персональные характеристики, психологический диатез (нарушение психологической адаптации), чувство удовлетворенности и профессиональная честь (гордость за профессию) [7, 8]. Внешние контекстуальные факторы, влияющие на состояние психического здоровья, включают условия труда и профессиональные характеристики. Персональные характеристики врача отличаются высокой требовательностью к выполнению обязанностей, самоотдача и пожертвование. Тогда как общение с пациентами сопровождается внутренним напряжением, которое способно негативно влиять на психологическое состояние [9]. Необоснованные требования и жалобы пациентов только усиливают скрытую депрессию врачей [10].

Внешние факторы обусловлены повышающейся с каждым годом нагрузкой на врача. Проводимые реформы ставят задачи снизить рейтинги заболеваемости и смертности, тем самым расширяют обязанности и повышают ответственность за здоровье населения. Функциональные обязанности участкового врача расширены до оказания психологической помощи больным с социально-значимыми заболеваниями, консультациями по планированию семьи, обучения самоменеджменту по программе управления заболеваниями.

По литературным данным хорошо изучены психологические расстройства медицинских работников, такие как беспокойство, депрессия, выгорание. В то же время, общее качество жизни, как показатель устойчивого состояния продуктивного работника, изучен недостаточно [11, 12]. Исследования, изучающие качество жизни врачей в условиях поликлиники, носят описательный и обзорный характер. Между тем, в текущий период изучение качества жизни можно считать как один из важных критериев

экономического развития общества. В то же время в условиях постоянно реформирующего здравоохранения, влияния внешнего окружения, повышенных нагрузок, как физических, так и эмоциональных, высокой подверженности профессиональному выгоранию, комплексное изучение качества жизни, с учетом воздействия на него многих факторов, является своевременным и актуальным.

В связи с чем, настоящее исследование направлено на проведение оценки общих условий, определяющих качество жизни врача терапевта в условиях поликлиники.

Цель исследования - провести комплексную оценку качества жизни и условий труда врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники и разработать модель по их улучшению.

Задачи исследования

1. Провести контент-анализ теоретических и прикладных исследований в области качества жизни и условий труда медицинских работников, зарубежный и отечественный опыт.

2. Определить социально-детерминантные факторы и изучить условия труда, оказывающие влияние на качество жизни и способствующие развитию синдрома эмоционального выгорания.

3. Оценить качество жизни и определить степень синдрома эмоционального выгорания врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники.

4. Обосновать влияние внешнего окружения на качество жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники путем проведения PEST-анализа.

5. Разработать модель и дать рекомендации по улучшению качества жизни и условий труда врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники.

Материалы исследования

Согласно государственным программам «Саламатты Казахстан 2011-2015» и «Денсаулық Қазақстан 2016-2020», в рамках модернизации ПМСП обеспечение первичной медицинской помощи перешло к семейному принципу обслуживания. Для изучения качества жизни врачей терапевтов, при определении выборки, установлено, что в зависимости от кадрового оснащения регионов участковый прием в городских поликлиниках проводят врачи участковые терапевты и врачи общей практики (далее – ВОП). Участковые терапевты и педиатры организаций ПМСП проходят переподготовку для осуществления обслуживания в центрах семейного здоровья поликлиник. Учитывая, что амбулаторный прием сохранил участковый принцип работы, идентичность квалификационных требований и объема выполняемой работы (согласно Приказу Министра здравоохранения и социального развития РК № 85 от 3 февраля 2016 г. «Об утверждении Стандарта оказания первичной медико-санитарной помощи в РК»; Приказу Министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-90 от 24 августа 2021 г. «Об утверждении Правил оказания первичной

медико-санитарной помощи» Приложение 2), участниками нашего исследования стали врачи терапевты поликлиник, ведущие участковый прием пациентов и врачи общей практики. В данную группу вошли врачи имеющие специальность ВОП, полученную по программе бакалавриата, с последующим прохождением интернатуры и получением квалификации «Врач общей практики», либо специальность терапевта с переподготовкой по специальности «Общая врачебная практика».

Основными базами данных при выполнении данной диссертационной работы были результаты социологического опроса врачей терапевтов/врачей общей практики, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в организациях ПМСП (городских поликлиниках).

Методы исследования

1) Контент-анализ теоретических и прикладных исследований в области качества жизни и условий труда в медицинских организациях проведен по данным зарубежной и отечественной литературы (углубленный анализ 162 источника). Использованы базы данных Pubmed, Medline, Dissercat, Siberleninka, а также материалы научно-практических конференций в области общественного здравоохранения и психологии. Использованы следующие ключевые слова – качество жизни, условия труда, удовлетворенность трудом, медицинские работники, эмоциональное выгорание, рабочие нагрузки. Основу анализа составили определения понятия качества жизни для выделения характеристик, присущих медицинской профессии, а именно специалистам ПМСП.

2) Метод непрерывного хронометража использован для расчета количественных характеристик факторов, влияющих на составляющие качества жизни. Проведение хронометража обусловлено новыми условиями работы врачей в организациях ПМСП, в связи с введением электронного документооборота, а также возросшей нагрузки. Метод непосредственных замеров времени применен для измерения длительности затрат на каждый элемент работы или перерыва в работе во время рабочего приема врача. Также непрерывный хронометраж позволил оценить организацию рабочего места, дифференцированно изучить структуру отдельной операции и условия ее выполнения.

3) Социологический метод. Для проведения социологического опроса были выбраны: Оригинальный опросник, разработанный для определения наличия и уровня социально-экономических факторов, изучения условий труда, влияющих на качество жизни и развитие эмоционального выгорания; международный опросник SF-36 для определения качества жизни; опросник Бойко для определения степени Синдрома эмоционального выгорания. Опросники использовались на языке межнационального общения. Оригинальный опросник был рассмотрен и утвержден для использования в исследовании на заседании Локального Этического Комитета Медицинского Университета Астана (Протокол №5 от 17.01.2019 г.).

Критерии включения респондентов в исследование:

- специалисты, работающие в городских поликлиниках согласно штатному расписанию не менее 1,0 ставки участкового врача терапевта/врача общей практики.

Критерии исключения респондентов из исследования:

- врачи, не имеющие сертификата по специальности «Терапия», «Общая врачебная практика»;

- врачи терапевты/ врачи общей практики, работающие по совместительству как профильные специалисты.

Всего было распространено 300 анкет. При обработке анкет с пропущенными вопросами, неправильно заполненные, были исключены нами из исследования. Рейтинг эффективного ответа составил 64%. Результаты 203 анкет признаны действительными и использованы как база данных исследования. Опрос проводился очно в ГП №1, 4, 5, 11 г. Астана (г. Нур-Султан), после проведения мини-презентации по задачам проекта. В г. Актобе (ГП №1, 3) г. Кокшетау (ГП №1, 2) г. Павлодар (ГП №1, 4), г. Шымкент (ГП №8, 10) анкеты были распространены дистанционно с сопроводительной памяткой по технике заполнения, а также контактными номерами исследователей для возможного разъяснения вопросов.

4) PEST-анализ был проведен для выявления условий появления факторов внешней среды, влияющих на качество жизни и возникновение синдрома эмоционального выгорания у врачей терапевтов/врачей общей практики. Данный анализ позволяет установить макрофакторы, которые являются фоном для практической деятельности, и определяют культурные и идеологические ценности общества. Для каждого домена PEST-анализа составлены матрицы для демонстрации позитивного и негативного влияния макросреды на качество жизни врачей.

Объект исследования

Врачи терапевты/ врачи общей практики поликлиник городов Астана (Нур-Султан), Кокшетау, Актобе, Павлодар, Шымкент.

Предмет исследования

Качество жизни, условия и удовлетворенность трудом, синдром эмоционального выгорания врачей терапевтов/ врачей общей практики.

Научная новизна исследования заключается в том, что впервые:

- определены социально- детерминантные факторы, изучены условия труда, оказывающие влияние на качество жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники (состояние здоровья, удовлетворенность трудом, финансовое положение, транспорт до работы, наличие перерыва на отдых и прием пищи, стрессы, рабочая нагрузка);

- определен уровень эмоционального выгорания врачей первичного звена (врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники) и проведена оценка качества жизни;

- обосновано влияние внешнего окружения (макросреды) на качество жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики путем проведения PEST-

анализа (политическое, социальное, экономическое и технологическое окружение);

- была разработана Модель и даны практические рекомендации по организационно - профилактическим мероприятиям для повышения качества жизни и улучшения условий труда врачей терапевтов/врачей общей практики на уровне городской поликлиники.

Практическая значимость

Результаты исследования позволят усилить эффективное взаимодействие в отношении врач - пациент в поликлинике, повысить социальный статус врачей терапевтов/ врачей общей практики.

Полученные данные PEST- анализа могут быть использованы в целях анализа влияния внешнего окружения на качество жизни и условия труда врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиник, что позволит разработать стратегию развития и конкурентоспособность специалистов первичного звена.

Предложенная модель и практические рекомендации по организационно-профилактическим мероприятиям позволят улучшить условия труда и повысить качество жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики.

Теоретическая значимость исследования

Разработанная в ходе исследования комплексная многофакторная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов/ врачей общей практики на уровне поликлиники, может быть использована в образовательных программах и практической деятельности лечебных и медико- образовательных учреждений Республики Казахстан.

Результаты исследовательской работы могут быть использованы в дальнейшем изучении вопросов качества жизни и эмоционального выгорания среди врачей всех уровней оказания медицинской помощи.

Основные положения, выносимые на защиту

1. По данным комплексного изучения социально - детерминантных факторов и условий труда врачей терапевтов/врачей общей практики было выявлено, что на качество жизни оказывают влияние следующие: стрессы (98%), рабочие нагрузки (96,1%), неудовлетворительные условия труда (87%), нарушение режима питания (82,8%), низкие показатели физического и психического здоровья (45,7 и 42,4 %).

2. Качество жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники и удовлетворенность трудом имели прямую сильную корреляционную зависимость от экономической составляющей (уровня заработной платы), рабочей нагрузки и чувства правовой защищенности.

3. В зависимости от возраста специалиста, фазы синдрома эмоционального выгорания варьировали с преобладанием фазы резистенции у врачей среднего возраста, и фазы истощения у врачей старшего возраста. У врачей терапевтов/ врачей общей практики молодого возраста (до 30 лет) все фазы эмоционального выгорания имели прямую сильную зависимость от влияния внешних факторов, что способствовало его быстрому развитию.

4. Политический компонент внешнего окружения врачей терапевтов/врачей общей практики способствует появлению перегрузок в работе и не создает правового поля, что приводит к постоянным стрессам, и конфликтным ситуациям с пациентами. Внешнее окружение врачей первичного звена не способствует поддержанию высокого качества жизни, один из основных моментов - отсутствие экономических стимулов.

Апробация диссертации

Основные материалы работы были представлены в виде докладов:

- на XXII Международной научной конференции «Здоровье нации- XXI век» (Черногория, Подгорица, 2018 - 29 апреля-5 мая);
- на Международной научно-практической конференции «Современные инновационные подходы в модернизации медицинского образования, науки и практики» (Семей, 2018 - 1-2 ноября);
- на XXIII Международной научной конференции «Здоровье нации-XXI век» (Баку, 2019 - 29 апреля-5 мая);
- на Международной межвузовской научно-практической конференции «Инновации в сфере медицинской науки и образования» (Чолпон- Ата, 2019 - 17-19 октября).

Личный вклад диссертанта

Автором диссертационного исследования самостоятельно был осуществлен сбор материала, разработка опросника, произведен сбор первичных данных и их статистическая обработка, написание диссертационной работы и научных статей. Непосредственно принимала участие в проведении тренингов по профилактике синдрома эмоционального выгорания для врачей поликлиник.

Внедрение в практику

Результаты диссертационной работы внедрены в практику в следующих организациях:

1. ГКП на ПХВ Городские поликлиники № 11 акимата г. Астана (г. Нур-Султан). Акт внедрения на «Модель повышения качества жизни и улучшения условий труда врачей терапевтов/ВОП» от 25.01.2021 г.
2. ГКП на ПХВ Городские поликлиники № 14 акимата г. Астана (г. Нур-Султан). Акт внедрения на «Модель повышения качества жизни и улучшения условий труда врачей терапевтов/ВОП» от 18.01.2021 г.

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, из них: 1 статья в издании, индексируемом в информационных базах Scopus; 4 публикации в периодических изданиях Казахстана, рекомендуемых Комитетом по надзору и аттестации в сфере образования и науки МОН РК; 8 публикаций в материалах международных и республиканских конференций (Черногория, Подгорица, 2018 г.; Казахстан, Алматы, Семей 2018 г.; Азербайджан, Баку, 2019 г.; Казахстан, Астана, 2019 г.; Чехия, Прага 2020 г.; Казахстан, Семей 2020 г.). Получено 2 авторских свидетельства (Приложение Б), имеется 7 актов внедрения (Приложение А).

Объем и структура диссертации

Диссертация изложена на 105 страницах компьютерного текста, состоит из введения, 5 разделов, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных литературных источников и приложений. Список использованной литературы включает 162 наименования, из них 63 (39 %) источников на русском языке и 99 (61 %) на английском. Диссертационная работа содержит 20 рисунков, 25 таблиц и 5 приложений.

1 ПРОБЛЕМЫ ИЗУЧЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ/ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И ФАКТОРОВ, ВЛИЯЮЩИХ НА НЕГО. ХАРАКТЕРИСТИКА УСЛОВИЙ ТРУДА НА УРОВНЕ ПОЛИКЛИНИК (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

1.1 Предпосылки к изучению качества жизни, как критерия продуктивности экономического и социального роста

Термин «качество жизни» повсеместно используется в различных сферах деятельности (социологии, экономике, политике, медицине и др.) и обозначает степень удовлетворенности человеком определенными условиями и характеристиками жизни. Понятие удовлетворенности, помимо материальной обеспеченности (уровень жизни), включает также объективные и субъективные факторы, такие как состояние здоровья, условия окружающей среды, питание, бытовой и психологический комфорт, социальное окружение [13]. В некоторых источниках литературы качество жизни определяется как индивидуальное функционирование человека в социуме и представляет трудовую, общественную, семейную жизнь, обусловленную физическими, психическими, интеллектуальными и эмоциональными характеристиками [14, 15].

В связи с постепенной сменой изначально существовавшей биомедицинской модели здоровья и болезни биопсихосоциальной, стало учитываться субъективное восприятие человеком своего благополучия. Качество жизни (далее – КЖ) представляет собой многомерную концепцию, которая затрагивается всеми аспектами жизни людей и определяется прошлым опытом, психическими состояниями, личностями и ожиданиями субъектов. Также, помимо индивидуального восприятия уровня своего существования, КЖ является следствием окружения, которое складывается из политических, социальных и экономических условий [16]. Стандартное определение качества жизни – это оценка среды обитания и удовлетворенности людей в этой среде. КЖ измеряет чувства или оценивает общие жизненные действия людей, включая здоровье, работу и социальную жизнь [17]. Измерение качества жизни вводит гуманистический элемент в здравоохранение, так как «самооценочный» результат является эффективным дополнением в традиционных, физиологических или биологических измерениях [18]. Субъективно оценить КЖ возможно с помощью социологического опроса. Одним из важных интегральных критериев субъективной оценки качества жизни считается удовлетворенность человека своей жизнью [19].

В 1948 годы ВОЗ ввело определение и характеристики здоровья, что вызвало интерес к КЖ. По литературным данным КЖ рассматривали как индекс здравоохранения [20]. ВОЗ описывает здоровье как полное состояние физического, умственного, эмоционального и социального благополучия, а не только отсутствие болезни. С 1971 г., в связи с возросшим интересом к проблеме КЖ, в научно-исследовательских организациях США было проведено достаточное количество научных работ, целью которых являлось его повышение. Далее качество жизни стало значимым в исследовании

хронических заболеваний, в связи с чем оценка воспринималась как индекс эффективного лечения при различных заболеваниях, а также методах их лечения [21].

Стратегическое планирование здравоохранения, изменение медицинских услуг, предоставляемых населению, связано с изучением развития заболеваний, их последствиями для общества, лечением (проведение манипуляций и вмешательств), повышением качества жизни и увеличением продолжительности жизни. До настоящего времени оценка КЖ считается одной из оптимальных показателей изучения эффективности лечения [22].

В области здравоохранения КЖ связано со здоровьем, с учетом влияния патологического состояния на различные аспекты жизни (умственный, физический, социальный) [23]. В объеме рассмотренных исследований многомерная природа КЖ вполне оправдана. Термин КЖ очень распространен в контекстах и политических, и экономических, и социальных, однако чаще всего используется именно в медицинских науках [24]. Некоторые ученые, это связывают не только со здоровьем, но и во взаимодействии с биологическим и функциональным статусом, а также медицинским восприятием [25-27].

Другая часть авторов заявляют о КЖ, изучаемого в контексте здоровья, как о связи физического и эмоционального параметров, обуславливающих социальное функционирование, ролевое ограничение, психическое здоровье, а также восприятие общего состояния здоровья. Данные аспекты ученые считают основными показателями связанного со здоровьем КЖ [28-31].

В целом учеными упоминается 5 основных составляющих КЖ: физические, умственные, социальные, соматические и духовные. Данные составляющие являются ключевыми и очень эффективны при изучении результатов лечения и медицинских вмешательств. В зарубежной литературе все большее количество исследований дополняется изучением КЖ, помимо объективных и клинических проявлений заболевания [32]. Качество жизни в здравоохранении также изучается для оценки услуг, потребностей, медицинских затрат [3, р. 325-3-325-7].

В Казахстане и постсоветском пространстве КЖ также широко используется как индикатор эффективности медицинского вмешательства [33-36]. Результаты исследований говорят о динамике КЖ как основного целевого индикатора, так и дополнительного в сопровождении клинических результатов [37-40]. По мнению ряда российских авторов, существующие социальные индикаторы корреспондируют с основными доменами, определяемыми в общей оценке и их использование созвучно с проблемами, отражающими КЖ [41, 42].

В связи с этой точкой зрения, в изучение по данному вопросу существенным вкладом являются работы, исследовавшие явление КЖ как социологическое понятие и рассматривающие показатели жизни людей с качественной стороны, описывающие их образ и уровень жизни [43-45].

Данные исследования расширяют восприятие качества жизни как понятия исключительно медицинского, то есть только наличия удовлетворенности индивида своим здоровьем. Здесь данный показатель используется для

определения наличия возможности сохранять и укреплять здоровье, как физическое, так и ментальное, в реальных жизненных условиях. Это другое направление в его применении сосредоточено на региональной специфике изучения проблем и безопасности населения [46-48].

Экономические исследования используют КЖ намного шире, чем в рамках одного или нескольких заболеваний, и придают ему особое значение в макросреде. В экономическом развитии данное понятие включает в себя сложный баланс показателей, который характеризует рабочее место как условия труда, а образование - способность к социальным контактам в коллективе. Условия медицинского обслуживания и условия проживания выступают как значения инфраструктуры и особенности поведения [49]. Некоторые авторы включают также преступность, как извращенный способ понятия самооценки, и добросовестные выплаты налогов, как чувство социальной ответственности [50]. Одним из направлений в исследовании является изучение влияния экономического роста на качество жизни, которое представляет с одной стороны, детерминант здоровья; с другой стороны - фундаментальные постулаты изменения в качестве жизни, если эта корреляция с ростом доходов и КЖ была положительной. Для поднятия и поддержания определенного уровня КЖ все составляющие элементы должны быть на месте, и именно их сочетание определяло окружающую среду как «пригодную для жизни» [25, р. 1357-1359]. Экономические исследования были направлены на изучение того, как улучшение КЖ повышает желание оставаться в окружающих условиях. Конечной целью исследования является нахождение условий, при которых окружение должно способствовать привлечению населения (работников), возможности увеличивать моральный и материальный потенциал, повышать узнаваемость и репутацию. В классической же экономике человек отдает предпочтение тем потребностям, которые приносили ему наибольшую прибыль при использовании самых выгодных источников [51].

Изучение КЖ в социально-экономических исследованиях отвечало на вопросы: почему люди живут и работают в данном окружении и что их там удерживает. Для измерения экономического роста в разрезе отдельных стран они начали использовать макроэкономический термин валовой внутренний продукт (далее – ВВП), который приобрел популярность в экономической и неэкономической среде благодаря своей простоте [26, р. 200-224]. Исследования говорят о различном влиянии экономического и социального окружения, определяющего восприятие человеком собственной жизни. С экономической точки зрения поведение человека для улучшения КЖ определяется усилиями по максимизации его доходов, которые эквивалентны его возможностям. При этом часто имеет место отсутствие социальной реальности, которое определяется общественными нормами. С социологической точки зрения человеческое поведение является результатом вхождения в общество, оно создается и формируется в контексте социальных сетей, доверия или его отсутствия, что может привести к ситуации, когда

человек действует против максимизации своей прибыли и ставит общественное положение выше доходов и всего, что с ним связано.

Таким образом, авторы подчеркивают, что для большинства людей КЖ определяется именно социальными преимуществами [52, 53].

Авторы социально-экономических исследований считают, что определение КЖ, данное в медицинских исследованиях, не отражает в полной мере его сути, поскольку содержит точечную характеристику, находящуюся в вакууме от окружения. Они требуют, чтобы КЖ характеризовало внешнюю среду, которую можно было бы улучшить или ухудшить, тем самым подняв или снизив показатели КЖ [54, 55]. Использование терминов «рост» или «увеличение» в общественной или политической жизни означает их одновременное влияние на показатели КЖ. То есть отождествление качества жизни с процветанием и другими экономическими показателями, такими как средняя заработная плата и уровень жизни, значительно расширяет смысл концепции, то есть может быть улучшено или ухудшено за счет изменения общественных или политических показателей [56].

Таким образом, с точки зрения социального и экономического роста, КЖ создается двумя измерениями: субъективным (личностным, психологическим), которое считается более важным, и объективным (с пространственным измерением). Проводя аналогию с традиционными определениями, субъективное измерение соответствует домену психологического здоровья, а объективное – домену физического здоровья. В то же время, социально-экономическое определение подразумевает положение КЖ с позиции макросреды, когда психологическое и физическое здоровье зависят от параметров окружения. Это говорит о том, что экономический и социальный рост не увеличивает удовлетворенность жизнью (удовлетворенность, субъективное измерение качества жизни), но повышает благосостояние, что выражается в улучшении материальных условий внешней среды (объективное измерение качества жизни).

1.2 Теоретические аспекты изучения детерминантов социального и экономического окружения и их влияния на качество жизни

Исследования, изучающие влияние факторов на КЖ, также были посвящены анализу воздействия искусственной среды (то есть той части окружающей среды, которая является результатом деятельности человека) [57]. Опираясь на указанное определение, восприятие людьми своего положения в жизни, вкупе с культурой и ценностями, в которых они живут, а также в отношении их целей, ожиданий и проблем, авторы выделили такие характеристики как демографические данные, хронические заболевания, информация о здоровье и привычках здоровья, а также социальное окружение [29, р. 47-49].

Исследование, проведённое в Финляндии, Польше и Испании показало, что наиболее важными факторами, влияющими на восприятие жизни, были названы социально-демографические переменные (возраст, уровень

образования и жизнь в Финляндии), негативные привычки в отношении здоровья (курение и отсутствие физической активности), наличие хронических заболеваний, в частности, депрессии. Для определения взаимосвязи с КЖ в модели исследования выделены две группы переменных: первая включает возраст и уровень образования, вторая группа состоит из привычек здоровья, таких как курение, употребление алкоголя, отсутствие физической активности, а также менее часто встречающиеся переменные, такие как социальное окружение и особенности внешней среды [58]. Результаты свидетельствуют, что связь между индивидуальным КЖ и первой группой переменных противоречива, что позволяет сомневаться в ней как в детерминанте КЖ. Связь со второй группой переменных имеет большую доказательность, что подтверждает рассмотренные ранее исследования. Некоторые авторы указывают, что первая группа переменных, а именно возраст, все же выступает детерминантом снижения качества жизни. Тем не менее, при этом оказалось, что выборку составили лица старше 65 лет, что говорит о влиянии хронических состояний на КЖ пожилых людей, в то время как такая связь не была подтверждена в других исследованиях [59-62].

Следующим потенциальным детерминантом называют уровень образования, и отмечается, что более низкий уровень образования связан со снижением КЖ по сравнению со средним образованием или академической степенью [13, с. 306-310]. Аналогичные результаты опубликованы в Американском исследовании в области здравоохранения и пенсионного обеспечения и в Английском продольном исследовании старения [63].

Как интегральный показатель, понятие «качество жизни» рассматривает как соматическое здоровье, так и психофизиологию, а также общекультурные, духовные параметры [64]. Р.А. Лурия предложил понятие «внутренняя картина здоровья» [65]. При этом ее основой являются биологические, функциональные резервы индивидуума, которые позволяют ему реализоваться в окружающем мире. А его внутренние психоэмоциональные и социальные возможности, как слагаемые КЖ, должны способствовать его существованию внутри и вне общества.

Таким образом, «внутренняя картина здоровья» является его интегральной характеристикой, зависящей от внешней и внутренней среды.

Объемная интегральная характеристика описана в трудах Айгозина Ж.Ж., Туленова Т.Б., где КЖ представлено в виде интегрального показателя, который обуславливает меру благосостояния, обеспечение свободы, культурное, социальное и духовное развитие, и при этом учитывает физическое состояние здоровья [34, с. 7]. Уровень жизни оценивался при изучении условий (жилищные, бытовые), социального статуса, экономической составляющей. При изучении производственных факторов учитывались трудовые условия, режим труда и отдыха. Далее изучались природно-климатические условия, показатели качества окружающей среды; наличие свободного времени и возможности его успешного использования; субъективное чувство спокойствия, комфорта и стабильности. Большую роль играли такие

характеристики, как социальная обеспеченность, социальные гарантии, состояние отрасли, где человек работает. При этом основные гарантии по правовой защищенности (соблюдение прав личности) отнесены как к социальному статусу, так и к степени благосостояния свободы индивида.

Авторами приведены основные структурные показатели КЖ, к которым относятся: уровень здоровья и продолжительность жизни населения, уровень жизни населения, образ жизни населения (рисунок 1).



Рисунок 1 - Взаимосвязь уровня, образа и качества жизни

Данная структура подтверждается другими исследованиями, которые тестировали КЖ с позиции продуктивности, и показали, что КЖ оказывает влияние на немонетарную эффективность, например, на удовлетворенность работой, наличие мотивации, условия для сохранения здоровья [66]. КЖ ассоциируется с безопасностью работы и благополучием, охватывая четыре основных направления: безопасную рабочую среду, гигиену труда, соответствующее рабочее время и зарплату. Авторы также считают, что данные направления имеют прямую связь с эффективностью всей отрасли, то есть улучшение КЖ сотрудников положительно повлияет на производительность организации, а увеличение производительности повысит КЖ [67]. Наиболее чувствительные компоненты КЖ неразрывно связаны с социально-эмоциональными и психологическими потребностями сотрудников, которые требуют применения более поведенческой психологии, чтобы раскрыть компоненты, которые могут наиболее влиять на удовлетворенность работой и мотивацию, а также на производительность.

Авторы указывают на взаимосвязь между качеством трудовой жизни и самореализацией в профессии, или восприятием сотрудником своего вклада в организационную работу. Это раскрывает важность субъективных и поведенческих компонентов качества трудовой жизни и их влияние на формирование индивидуального желания сотрудника участвовать в общественной жизни и вносить свой вклад в повышение производительности организации. Результаты, полученные авторами, показывают, что для сотрудников имеют значение такие аспекты, как чувство поддержки от своих руководителей, чувство интеграции в значимую среду и чувство уважения их как профессионалов, так и как непосредственно человека [68].

В контексте организаций здравоохранения достижение высоких детерминантов взаимосвязи между КЖ и производительностью может быть обусловлено гибким графиком работы, делегированием обязанностей, что предполагает разработку адекватных стратегий для повышения производительности в больницах [69]. Изучение данного вопроса на производстве, а именно в медицинских организациях (далее – МО) необходимо для продвижения знаний о факторах, определяющих организационную производительность [70]. При исследовании ассоциации между КЖ и образованием, на первое место выставлен детерминирующий фактор – организационная культура, с коэффициентом регрессии 26%. Взаимосвязь между КЖ и организационной эффективностью определялось через субъективный показатель сотрудников МО – оценку удовлетворенности своим трудом, выраженную чувством соучастников вносить вклад в производительность организации [71].

В соответствии с отчетом Организации экономического сотрудничества и развития (ОЭСР) о показателях производительности существует множество различий в производительности между организациями, касающихся внутренних факторов, ее определяющих [56]. Говорится также о необходимости продвижения знаний об отдельных детерминантах организационной производительности, учитывая сотрудников, занимающих ключевые позиции, таких как ведущие сотрудники (старшие ординаторы), администраторы и владельцы (уполномоченные органы). Значимость организационной культуры в оценке КЖ подтвердили исследования в области высшего образования [72]. Они показали, что особенности различных организационных культур в образовательных учреждениях влияют на восприятие академического качества жизни как внутренними, так и внешними заинтересованными сторонами [73]. Авторы рассмотрели чувство сотрудника, оцениваемое руководителем, в качестве потенциальных субъективных или поведенческих факторов. Здесь же установлено, что возможности творческого подхода на рабочем месте, создание условия для постоянного совершенствования и обучения определяют уровень приверженности сотрудника к результату работы. А такие моменты, как чувство защиты, обеспечиваемое руководителем, и чувство имени действительно важной и полезной работы, значительно повышает самооценку, а значит и качество жизни. В этом исследовании особое внимание уделяется возможности работы, позволяющей развивать новые навыки и укрепляющей условия для личностного и профессионального роста.

Результатом проведённых исследований стало понимание важности организационной культуры, полученное использованием пересмотренных взглядов на организационное и индивидуальное здоровье, способствующее развитию стратегической линии для новой организационной политики. Значимость получили такие приоритеты, как формирование рабочей культуры, которая ценит поведенческий настрой руководства, уважение к сотрудникам (иерархически подчиненным) в организационном контексте. Также поощрение

положительных эмоций и чувств у сотрудников, как показатель их ценности на рабочем месте, и обеспечение защиты сотрудников надзорными органами от опасных и неблагоприятных условий и ситуаций, чтобы уменьшить чувство неуверенности и риска. И завершающим приоритетом стало придание значимости выполняемой работы, что является фундаментом для социального статуса и положения в обществе [11, p. 1377-1384].

Таким образом, исходя из вышеизложенного, можно отметить, что КЖ имеет сложную структуру. Исследования в данной области обуславливают необходимость внедрения еще более эффективных подходов по оптимизации качества жизни. Так, в настоящее время детерминантами КЖ в макросреде выступают субъективные факторы (возможность поддерживать свое здоровье, чувство значимости как специалиста, чувство защищенности и высокой репутации), а также объективные факторы (доходы и условия работы). Следовательно, с учетом данных детерминантов качество жизни выступает как стратегическая цель управления и как важнейший показатель социально-экономического развития страны.

1.3 Особенности развития синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников и его влияние на психологическое и физическое здоровье

В изученной нами зарубежной и отечественной литературе корреляционный анализ КЖ медицинских работников с синдромом эмоционального выгорания имеет место в 61% (100 из 164) случаев. Авторы ссылаются на то, что формирование состояния хронического стресса постоянно сопровождает медицинских работников в силу особенности профессии и высоких требований, которые она предъявляет. Впервые изучение состояния хронического стресса, приводящего к снижению энергии и эмоциональных ресурсов, энергетическому и физическому истощению, было описано в 1970-е гг. в США и получило название профессиональное выгорание [74]. Позже концепция синдрома эмоционального выгорания (далее – СЭВ) получила развитие в Европе, Великобритании, Израиле. В 1990-е гг. выгорание стали изучать в Азии, Латинской Америке, Австралии и Новой Зеландии. В странах Африки и Китае исследования по профессиональному выгоранию начались только на рубеже 21 века. СЭВ одинаково распространен в любой точке земного шара и давно привлекает внимание исследователей, практиков и общественности.

Авторы отмечают, что глобализация, информатизация в современном мире вызывает повышение требований к качеству работы, необходимость освоения новых навыков, постоянное повышение квалификации, сжатые сроки и т.д., что в свою очередь приводит к возникновению СЭВ, особенно при темпе работы, наблюдающемся в быстро развивающихся странах [75].

Профессиональное выгорание характерно для работников эмоциональных и интерактивных сфер деятельности, то есть там, где есть постоянный контакт с людьми, и в которых от работника требуется высокая ответственность [11,

р. 1377-1380]. К таким сферам относят здравоохранение и образование [76]. СЭВ оказывает влияние не только на самого работника, но и на его работу, снижая качество оказания медицинских услуг, производительность труда [77].

Соответственно и в образовании стресс и СЭВ способствуют возникновению проблем со здоровьем, снижению качества образовательных услуг и обучения [78].

Характеристики профессионального выгорания в контексте физических и поведенческих симптомов описываются как увеличение гнева, разочарования, подозрений и паранойи в отношении влияния коллег на личные карьерные амбиции, чрезмерной жесткости и негибкости.

Люди, подверженные выгоранию, чаще характеризуются как преданные своему делу. Само выгорание не имеет статуса острого состояния, а рассматривается как кульминация последствий чрезмерного и тщательного выполнения профессиональных обязанностей и неблагоприятных условий рабочей среды. «Чрезмерным» авторы называют выполнение мелкой работы, не оказывающей влияния на конечный результат, но обязательной по причине бюрократии. Под «тщательным» понимаются постоянные перепроверки уже выполненной работы, что говорит об отсутствии доверия к коллегам и отсутствии условий для такого доверия. Основными аспектами СЭВ названы эмоциональное истощение, деперсонализация и цинизм, снижение чувства личного успеха (неэффективность) [79-81].

Говоря о СЭВ, авторы часто употребляют термин «континуум», подразумевая, что все фазы СЭВ сосуществуют во времени одновременно и по отдельности, начиная с эмоционального и физического истощения. Эмоционально СЭВ выражен чувством индивидуального эмоционального напряжения, а физически – истощением, связанным с исполнением обязанностей на работе. Люди, испытывающие эмоциональное истощение, чувствуют апатию и безразличие к своей работе и больше не могут быть вовлечены в ситуации, возникающие в течение их рабочего дня. Следующая за ним фаза деперсонализации и цинизма приводит к усугублению рутины на рабочем месте, потере интереса к творческому подходу, что приводит к состоянию оторванности от работы. Третий компонент – снижение личных достижений, что относится к чувству некомпетентности и снижению производительности труда, которое неизбежно при потере мотивации, даже перед лицом достижений, то есть утраты удовлетворенности своим трудом [79, р. 159-164]. Перекладывая результаты исследований на область здравоохранения, данные состояния легко экстраполировать как недостаток эмоциональных вложений в обследование пациентов, что приводит к принятию некачественных клинических решений и появлению медицинских ошибок [82]. Профессиональная удовлетворенность врачей соотносится с предоставлением ими качественной медицинской помощи. Проблема имеет также обратную направленность, когда препятствия оказанию высококачественной помощи (например, неадекватная поддержка со стороны практического руководства, препятствия для оплаты услуг со стороны плательщиков) послужили

источником профессиональной неудовлетворенности. Повышенные нагрузки, ограничения во времени, влияние технологии на отношения между поставщиком и потребителем медицинских услуг, влияние клинической документации, связанной с внедрением этих систем, на выполнение работы и ухудшение ее качества были названы причиной разочарования и выгорания [83, 84].

Н. Freudenberger является одним из основателей изучения проблемы возникновения СЭВ, который изучал деятельность работников здравоохранения. Данное исследование показало, что медицинские работники с большим опытом работы, чувствуют отсутствие мотивации, низкую ответственность при исполнении своих функциональных обязанностей. При этом они ощущали равнодушие, цинизм по отношению к пациентам, а также эмоциональную истощенность и опустошенность [80, р. e8-1-e8-4]. Модель эмоционального выгорания была составлена совместно С. Maslach и S.E. Jackson, и на основании нее компонентами СЭВ представлены эмоциональное истощение, деперсонализация и редукция профессиональных обязанностей [84, р. 191-197].

Основными факторами возникновения СЭВ можно назвать длительное психологическое напряжение, которое было вызвано проблемами на работе, спорами и конфликтами, отрицательными взаимоотношениями с коллегами, пациентами, руководством. Также причинами выгорания в коллективе могут быть: частая смена высшего руководства, организационные изменения, высокие нагрузки и повышение требований к работе, неэффективные мотивация и стимулирование работников. Вышеперечисленные факторы вызывают чувство постоянной тревожности, стресса и напряжения. Постоянное пребывание в таком состоянии оказывает влияние как на физическое, так и на психическое состояние здоровья, также при этом напрямую снижая эффективность трудовой деятельности медицинских работников [85-87].

В последнее время СЭВ предполагает наличие трех основных клинических подтипов, что позволяет определить конкретные источники страдания. Подтипы СЭВ, в свою очередь, характеризуют потенциальные провалы в работе. Так, подтип «суетливый» (frenetic) переносит высокие нагрузки, часто не рассчитывая свои силы. Тем самым для получения ожидаемых результатов создается риск для здоровья своего и окружающих. В свою очередь, «неполноценный» подтип (underchallenged) представляет собой безразличие при выполнении своих профессиональных обязанностей, работу без интереса, отсутствие развития, скуку, монотонность. Данный подтип работников страдает из-за отсутствия перспектив профессионального роста. Еще один, «изнуренный» подтип отличается пренебрежением к работе, безразличием, отсутствием контроля своей работы. Такое поведение способствует отсутствию мотивации и возникновению проблем со здоровьем [88]. Исследователи отмечают, что среди медицинских работников присутствуют все указанные подтипы.

Возникновение эмоционального выгорания основано на длительном утомлении, равнодушии, стрессе, сопровождающемся проявлениями депрессии, тревожности, повышенной возбудимости и раздражительности. Дегерсонализация – это одна из форм проявления социальной дезадаптации, характеризующееся в стремлении сокращения общения, контактов, появлении нетерпимости и негативизма к окружающим. Редукция профессиональных обязанностей и личностных достижений представлена заниженной самооценкой себя, своих рабочих достижений [89]. Сфера здравоохранения предполагает состояние постоянной психологической готовности, тесной эмоциональной вовлеченности в проблемы пациентов. Почти в любой области медицины предполагаются межличностные взаимодействия. При общении с больным, переживающим болезнь, медицинский работник должен максимально уменьшить степень информационной неопределенности тщательной диагностикой, но контролировать в полной мере «человеческий фактор» он не в состоянии. Постоянная работа в таких условиях требует от специалиста медицинского учреждения высокой эмоциональной устойчивости, стабильности, психологической надежности, умения противостоять стрессу, информационным и эмоциональным перегрузкам, а также сформированных коммуникативных навыков, развитых механизмов психологической адаптации и компенсации [90].

При изучении проблемы профессионального выгорания среди специалистов здравоохранения выявлена корреляция выгорания с недостаточно качественным уходом за пациентами [11, p. 1377-1380], со снижением субъективных оценок пациентов о качестве медицинской помощи [91], а также снижением производительности [67, p. 3803-1-3803-14]. В этой связи, изучение вопроса профессионального эмоционального выгорания среди медицинских работников приобретает особую актуальность [86, p. 376-380]. Выгорание начинает формироваться еще в период получения медицинского образования, продолжается в течение всего обучения, и всегда присутствует в повседневной жизни практикующих врачей [92]. Исследования показали, что выгорание среди студентов медицинских учебных заведений выше, чем у сверстников других специальностей [93, 94].

Выгорание возрастает с продолжительностью обучения, степень тяжести по всем показателям выгорания увеличивается. Процесс выгорания имеет место уже в процессе учебы в медицинской школе и часто выражается как пониженный интерес к учебному процессу, усталость, отсутствие мотивации [95]. Дальнейшее изучение выгорания студентов медиков коснулось выявления предрасполагающих факторов, как внешних (учебные нагрузки, атмосфера в учебном заведении), так и внутренних (личностных). Выяснилось, что наиболее значимыми внешними факторами, имеющими предпосылки к формированию выгорания, являются стрессы на экзаменах, сжатые сроки для подготовки учебного материала и большой его объем, а также финансовая несостоятельность. Студенты испытывали страх отчисления из учебного заведения [96, 97].

Помимо учебной нагрузки, студенты сталкивались с эмоциональными нагрузками, что способствовало появлению признаков выгорания [98, 99].

Данные исследования выявили определенную взаимосвязь личностных факторов с уверенностью, коммуникативными навыками, чувством беспокойства и нервозности. В процессе обучения студенты сталкивались с критикой в свой адрес, испытывали стыд, что влияло на появление состояния беспомощности и зависимости [100-102].

При этом если в более ранних источниках описывается степень выгорания студентов от 10 до 45%, то более поздние исследования выявили подверженность выгоранию около половины обучающихся. Студенты с эмоциональным выгоранием могут испытывать психические расстройства, такие как нарушение сна, тревога, депрессия, возникновение суицидальных мыслей [102, p. 905-910]. Несколько исследований указывают на связь выгорания с несоблюдением здорового образа жизни (вредные привычки, нерациональное питание, недостаточная физическая активность) [103, 104].

Синдром эмоционального выгорания рассматривался и среди среднего медицинского персонала, ведь качество медицинских услуг во многом определяется их деятельностью [105]. Факторами, влияющими на возникновение предрасположенности к выгоранию, являются: низкая заработная плата, высокие эмоциональные нагрузки, отсутствие поощрения и поддержки со стороны руководства, неадекватная оценка пациентов и др. Данные факторы способствуют возникновению профессиональной дезадаптации у среднего медицинского персонала, способствующей развитию психогенно обусловленных проблем со здоровьем и уходу из профессии. Дезадаптация может проявляться на социальном и личностном уровнях, снижая эффективность профессиональной деятельности и ее производительность. При постепенном снижении функциональных резервов организма, нарушении здоровья формируется синдром эмоционального выгорания. В исследованиях, изучающих проблему выгорания среди среднего медицинского персонала, можно проследить тесную связь между высокими профессиональными физическими и психологическими нагрузками, возникновением и развитием синдрома эмоционального выгорания у них [106]. Описано непосредственное влияние профессионального выгорания у медицинских сестер не только на личность и состояние здоровья, но и эффективность их профессиональной деятельности. При этом увеличивается текучесть кадров, снижается качество работы и престиж лечебных учреждений, что в совокупности препятствует развитию всей отрасли здравоохранения в целом.

Распространенность профессионального выгорания среди врачей всех специальностей составляет 20-60% [105, p. 41-42; 106, p. 203-211].

При этом около трети медицинских работников уровня ПМСП подвержены или имеют высокие показатели выгорания [107]. Сотрудники первичного звена испытывают повышенный уровень дистресса, связанного с рабочим напряжением, который представляет профессиональную опасность вследствие снижения качества оказываемой медицинской помощи, ухудшения

результатов лечения, низкого уровня здоровья и высокого уровня выгорания [108, 109]. Усугубляясь, выгорание медицинских работников отрицательно влияет на психологическую составляющую, сказываясь на умении сопереживать (эмпатии) и коммуникативных взаимодействиях с пациентами, что в дальнейшем может привести к медицинским ошибкам в работе персонала [110].

При изучении СЭВ в США было выявлено, что 45,8% врачей испытывают хотя бы один из симптомов выгорания [106, р. 203-205]. Крупное исследование по выявлению профессионального выгорания было проведено Европейской научно-исследовательской сетью врачей общей практики (European General Practice Research Network Burnout Study Group). Исследование включало 1400 семейных врачей из 12 европейских стран. Полученные результаты выявили, что 43% врачей испытывают сильное эмоциональное истощение, 35% респондентов имеют признаки деперсонализации, 32% – редукации профессиональных обязанностей и личностных достижений, при этом 12% медицинских работников имели все проявления выгорания [111].

В крупном исследовании PWS (Изучение рабочей жизни врачей), длившемся с 1996 по 2000 гг., выявлена большая распространенность профессионального стресса и признаков эмоционального выгорания среди врачей женского пола и работников первичного звена оказания медицинской помощи. Неудовлетворенность условиями труда способствовала появлению намерений о прекращении профессиональной деятельности, что оказывало прямое влияние на качество и эффективность предоставляемой медицинской помощи [107, р. 28-35]. В исследовании МЕМО (Минимизация ошибки, максимизация результата), проходившем в 2001-2005 гг., было выявлено, что на уровне оказания первичной медико-санитарной помощи на удовлетворенность условиями труда медицинских работников, в большей степени влияют такие факторы как утомляемость, стресс, нагрузки, намерения об уходе с работы [111]. В последнее время стали появляться статьи, описывающие потенциальное влияние на выгорание использования электронной медицинской документации [112].

Исследование Medscape об образе жизни врачей (Medscape Physician Lifestyle Report) показало, что количество врачей, считающих себя выгоревшими, увеличилось с 40% в 2013 г. до 46% в 2015 г. При этом более подверженными выгоранию являются женщины. Наиболее высокий уровень профессионального выгорания (>50%) наблюдается у врачей интенсивной терапии, неотложной медицинской помощи, семейной медицины, терапевтов, хирургов и инфекционистов. При описании основных факторов неудовлетворенности работой согласно опросу Medscape, врачи указали высокую нагрузку, низкую заработную плату, введение и увеличение компьютеризированной практики. Также описана корреляционная связь с более высоким уровнем СЭВ у медицинских работников одиноких, имеющих низкую физическую активность и лишний вес. При этом более низкие показатели

выгорания показали специалисты, имеющие семью. Между уровнем выгорания и политическими взглядами работников здравоохранения, уровнем их духовности связи не было выявлено [113].

В некоторых исследованиях изучали связь выгорания с возрастом и стажем работы врачей. Было выяснено, что более молодые и менее опытные специалисты в большей степени подвержены СЭВ [114]. Предполагается, что это связано с неподготовленностью молодых работников к современным реалиям, а также неспособностью справляться со стрессовыми ситуациями. Многочисленные исследования демонстрируют более высокую сопротивляемость к негативной рабочей обстановке, устойчивость к стрессам у опытных специалистов [115]. Ряд исследователей рассмотрели влияние отсутствия семьи на появление признаков профессионального выгорания. Как выяснилось, одинокие медицинские работники, не имеющие семьи, более подвержены риску возникновения СЭВ. При этом Maslach и соавт. утверждают, что разведенные люди имеют меньший риск подверженности выгоранию, нежели специалисты, никогда не вступавшие в брак. Интересно мнение о связи с низким показателем эмоционального истощения и деперсонализации с наличием детей. Было замечено, что специалисты, работающие с детьми, имеют более низкий риск возникновения эмоционального истощения, деперсонализации, чем работающие с взрослыми людьми [84, р. 191-197]. Тем не менее, более спокойная обстановка на рабочем месте значительно снижает риск возникновения СЭВ. При этом даже в условиях постоянного стресса и высоких нагрузок, профессиональное удовлетворение в работе является важнейшим фактором защиты медицинских работников от негативного воздействия окружающей обстановки.

В настоящее время наблюдается увеличение явления выгорания среди медицинских работников, СЭВ проявляется в более молодом возрасте и среди различных специальностей здравоохранения. В связи с риском появления проблем со здоровьем и прямым влиянием выгорания на качество и эффективность оказания медицинской помощи, возникает необходимость дальнейшего и углубленного изучения данного вопроса, а также поиска новых эффективных мер профилактики и устранения расстройств психологического и функционального состояния, связанного с СЭВ. Вопросы профилактики могут включать мероприятия по выявлению и оценке социально-психологической обстановки в медицинских коллективах, а также изучение эмоционального состояния сотрудников. Согласно полученным результатам составляется план работы с данной организацией, а также разработка индивидуального подхода для психологической коррекции имеющихся расстройств у сотрудников, проведение профилактических мероприятий.

Профилактические меры по устранению симптомов профессионального выгорания специалистов – это сложный и многоэтапный процесс, который включает работу медицинских работников, психологов, руководителей лечебных учреждений, самих коллективов и профессиональных сообществ. В процессе устранения эмоционального выгорания необходимо активное и

сознательное вовлечение самого работника для достижения наибольшего успеха.

Согласно Maslach и соавт., оценку факторов риска развития выгорания можно разделить на 7 категорий (таблица 1), первой из которых является рабочая нагрузка [116-118].

Таблица 1 - Факторы риска развития СЭВ по Maslach

Факторы риска	Описание	Стратегии по снижению риска
Рабочая нагрузка	Требования к работе превышают человеческие пределы; острая усталость от трудного рабочего события (например, соблюдение сроков, преодоление кризиса); ограниченное время для отдыха и восстановления	Выделение времени на рабочем месте для восстановления после стрессового события
Степень контроля на рабочем месте	Рольный конфликт, отсутствие направления на рабочем месте	Четко определенные роли и ожидания от руководства организации
Вознаграждение	Неадекватное финансовое, институциональное или социальное вознаграждение на рабочем месте; отсутствие признания со стороны заинтересованных сторон (пациентов, менеджеров, коллег)	Определите подходящие награды, чтобы признать достижения, предоставить возможности для обучения или наставничества обучаемых
Организационная культура	Неадекватные возможности для качественного социального взаимодействия на работе; неадекватное развитие в областях, связанных с разрешением конфликтов, оказанием взаимной поддержки, профессиональной близостью или построением команды	Способствовать участию в профессиональных организациях
Чувство справедливости	Восприятие справедливости от организации, организационного руководства или руководителя	Открытость в принятии решений
Ценности	Организационные ценности несовместимы с личными ценностями или убеждениями человека; сотрудники должны выбирать между работой, которую они хотят сделать, и работой, которую они должны сделать	Согласовать личные ожидания с целями организации
Несоответствие профессии типа «человек-человек»	Тип личности не подходит выбранной профессии или способности и ожидания от работы не позволяют справляться с трудностями	Оценивать и согласовывать рабочие обязанности с личными и профессиональными ожиданиями

По мере увеличения рабочей нагрузки время на восстановление от стрессовых ситуаций, приводящих к усилению эмоционального истощения, уменьшается; тем не менее, если имеется достаточно времени для восстановления после стрессового события на работе или дома, эти ситуации могут не привести к выгоранию [119]. Отсутствие или диссонанс контроля на рабочем месте также были связаны с развитием выгорания [116, p. 389-394]. Примерами отсутствия контроля в здравоохранении могут быть несоблюдение пациентом требований, отсутствие влияния в течение запланированных рабочих часов и отсутствие участия в организационных решениях. Неясные ожидания, ведущие к ролевому конфликту, также способствуют снижению чувства контроля, выраженного людьми, испытывающими выгорание.

Влияние отсутствия признания или вознаграждения за хорошую работу может обесценить вклад работника и способствовать ухудшению чувства неэффективности. Было установлено, что недостаток системы социальной поддержки отдельного человека влияет на выгорание, поскольку у людей со слабой социальной поддержкой более высока вероятность развития симптомов выгорания, свидетельствующие о том, что справедливость на рабочем месте влияют на восприятие баланса между усилиями и вознаграждением [120]. Ценности представляют идеалы и мотивация, которые привлекают человека к профессии, в ситуации, когда ценности индивида и организации не соответствуют друг другу, это способствует выгоранию и неудовлетворенности трудом. Наконец, несоответствие между работой и личностью, когда личность человека не согласована с рабочей средой, способствует возникновению синдрома выгорания. Таким образом, сложность самой медицинской профессии, включая требования к работе и рабочим ресурсам, объясняет высокую подверженность медицинских работников эмоциональному выгоранию. Выявление показателей и факторов риска СЭВ, а также стратегии по снижению влияния этих факторов на общесистемном и профессиональном уровнях может помочь снизить профессиональное давление и повысить удовлетворенность медицинских работников.

В связи с пандемией коронавируса во всем мире, вследствие повышенных физических и эмоциональных нагрузок в текущий период, проведенные учеными разных стран (в т.ч. казахстанских) коллаборационные исследования выявили явления последствий психосоциального характера (тревога, депрессия, панические атаки, эмоциональное истощение, когнитивные нарушения) в первую очередь у медицинских работников. В настоящее время Министерством здравоохранения Казахстана при поддержке ВОЗ внедряется пилотный проект по профилактике эмоционального выгорания медицинских работников, работающих в условиях борьбы с пандемией COVID-19 в городах Астана и Алматы.

Таким образом, согласно литературному обзору, имеется большое количество исследований, посвященных проблеме синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников, однако данное явление не рассматривалось в контексте комплексного изучения качества жизни, на уровне

амбулаторно-поликлинической службы, представленной врачами-терапевтами/врачами общей практики, в условиях реформирования ПМСП в Республике Казахстан.

1.4 Удовлетворенность трудом и условия работы врачей-терапевтов/врачей общей практики в поликлиниках

Согласно Трудового Кодекса РК, условия труда- это условия оплаты, нормирования труда, выполнение трудовых обязанностей, режима рабочего времени и времени отдыха, порядок совмещения профессий (должностей), расширения зон обслуживания, выполнения обязанностей временно отсутствующего работника, безопасности и охраны труда, технические, производственно- бытовые условия, а также иные по согласованию сторон условия труда. При комфортных для работника условиях труда, возникает так называемая удовлетворенность трудом, то есть оценочное отношение человека к своей трудовой деятельности. Для руководства организации знания о состоянии удовлетворенности трудом сотрудников - это полноценная информация о кадровых рисках, что в итоге поможет удержать квалифицированных сотрудников, привлечь новых, а также повысить результаты рабочего процесса, как количественные, так и качественные; обеспечить эффективное выполнение заданий [121]. Удовлетворенность трудом оказывает влияние на повышение трудоспособности и продуктивность работника. При благоприятных условиях труда, сотрудники позитивно и конструктивно относятся к своим обязанностям, проявляют исполнительность и ответственность за выполняемую работу, стремятся сделать ее как можно лучше, соблюдают нормы поведения и требования организации, оказывают сотрудничество и взаимопомощь, проявляют желание повышать свою квалификацию и профессиональный уровень. Тогда как неудовлетворенность трудом влияет на результаты рабочего процесса, высокую текучесть кадров и его нестабильность, нарушения норм поведения, правил техники безопасности, снижает трудовую активность [122].

Во многих странах мира на протяжении долгого времени ведутся научные поиски по проблемам трудовых ресурсов [123]. Однако в условиях современности изменения общественного прогресса направлены на перспективное развитие и трудовой деятельности [124]. В научной литературе удовлетворенность трудом обычно рассматривается обобщенно в качестве одного из ключевых показателей эффективности работы организации. При этом удовлетворенность представляется в психологическом аспекте как эмоционально-оценочное отношение персонала к выполняемой работе.

Наиболее известной теорией изучения удовлетворенности трудом является двухфакторная «мотивационно-гигиеническая» теория Ф. Херцберга, основная цель которой – мотивация работника и его чувство удовлетворенности. На основании данной теории, на удовлетворенность трудом оказывают влияние два главных фактора: мотивирующий и поддерживающий. Первый фактор представляет собой возможность карьерного

роста, работу в команде и личную ответственность, высокий статус и материальный доход. Второй фактор предполагает наличие стабильного рабочего места, корпоративные мероприятия, организацию труда в коллективе, независимость и самостоятельность, участие в принятии решений, режим труда и отдыха [125].

Авторы выделяют две группы компонентов удовлетворенности трудом. Первая состоит из организационных компонентов (условия и организация труда, оплата, отношения с коллективом и руководством). Вторая группа включает личностные компоненты: содержание труда; профессиональный и карьерный рост; самореализация и саморазвитие; возможность влияния на вопросы в организации и ощущение своей значимости и пользы своего труда [126].

Один из признанных инструментов оценки удовлетворенности труда – Корнельский трудовой дискрептивный индекс JDI. Его авторы, американские исследователи, разделяют факторы удовлетворенности на пять основных групп: оплата труда, карьера, психологический климат, отношения с руководством и непосредственно работа [127]. Другие авторы также рассматривают удовлетворенность трудом как многоаспектное явление, которое проявляется внутренней (фактически выполняемой работой) и внешней удовлетворенностью (удовлетворенность заработной платой и карьерным ростом) [128, 129].

Также во внимание принимается и социальный аспект проблемы, включающий удовлетворенность начальством и отношения внутри коллектива. Авторы считают, что удовлетворенность трудом является оценочным обобщенным представлением работника, как о результатах своей деятельности, так и о самом процессе труда и условиях работы, а также степени вовлеченности в рабочий процесс. Данное мнение подтверждают и такие ученые как Кабашева И.А., Рудалева И.А., которые изучили основные факторы удовлетворенности трудом среди медицинских работников и административно-управленческого персонала, к которым отнесли: благоприятные условия труда, премии и поощрение со стороны руководства [130, 131].

Вопросам гендерного различия в удовлетворенности условиями труда посвящено значительное количество научных исследований, при этом их выводы достаточно противоречивые. Большинство авторов считает, что в удовлетворенности работой мужчин и женщин незначительная разница. Однако К. Vender уверяет об обязательном разделении по полу при рассмотрении профессионально-квалификационных характеристик труда, так как женщины, по его мнению, испытывают меньшую удовлетворенность работой, особенно если вовлечены в профессии, считающиеся исконно мужскими [132].

Во всем мире почти 2/3 (63%) работников ощущают неудовлетворенность трудом, испытывают недостаточную вовлеченность в рабочий процесс и мотивацию для повышения эффективности своей трудовой деятельности. Четверть респондентов (24%) испытывают крайнюю степень

неудовлетворенности своей деятельностью в целом, и, как следствие, непродуктивность в работе и враждебное отношение к работодателю. Всего лишь 13% работников во всем мире получают удовольствие от работы, стремятся к карьерному росту в своей организации и прилагают максимум усилий для ее процветания.

В меняющемся процессе развития здравоохранения, повсеместного внедрения инновационных технологий, качественного изменения отношений между субъектами здравоохранения, постоянного повышения требований к медицинским кадрам, изменения их состава и уровня квалификации, глобально меняется и трудовая деятельность медицинских работников, поскольку одни условия труда меняются на другие. По ВОЗ человеческие ресурсы считаются ключевыми в выполнении задач, стоящих перед здравоохранением. Для чего необходима информированная разработка политики, принятие решений по развитию кадровых ресурсов, что ведет к укреплению всей системы здравоохранения. В медицинских учреждениях своя специфика работы, в отличие от других, и как следствие, мотивация персонала также имеет определенные специфические особенности. Поэтому и удовлетворенность медицинского персонала отличается от удовлетворенности работников в других областях деятельности. При высокой удовлетворенности работник прилагает максимум усилий в интересах организации, разделяет ее ценности и цели [133, 134].

В последнее время в зарубежной литературе активно изучаются вопросы условий труда медицинских работников. Похожие исследования проводятся и в странах СНГ. В работах сравниваются медицинские работники разных стран, клиники различных форм собственности и мощности, амбулаторного и стационарного уровней, городских и сельских учреждений, при этом изучаются факторы (предикторы) удовлетворенности работой [49, р. 151-156]. При неудовлетворенности медицинского персонала, которая может быть связана с материальной составляющей, или с препятствиями в продвижении по карьерной лестнице и др., у работников может исчезнуть мотивация к качественному исполнению своих трудовых обязанностей, при этом снижается качество оказания профессиональной помощи, возникает риск возникновения медицинской ошибки.

В настоящее время, в силу специфики трудовой деятельности, медицинские работники практического здравоохранения в значительной степени подвержены негативному воздействию неблагоприятных факторов труда и производственной среды, постоянному психологическому и эмоциональному давлению со стороны пациентов, их родственников, вышестоящего начальства. Такие неблагоприятные условия труда как: постоянно испытываемые умственные и физические перегрузки, огромная ответственность за здоровье и жизнь пациентов, недостаток времени и др., приводят к формированию проблем собственного здоровья врачей, ухудшению качества оказываемой медицинской помощи населению [135]. Вдобавок данные факторы усугубляются социально-экономическими, техническими, медико-

деонтологическими и другими причинами, что в свою очередь вызывает повышенное нервно-психическое напряжение.

По данным литературы, при оценке условий труда, у 36,2% врачей и 63,8% средних медицинских работников рабочие места не отвечают санитарно-гигиеническим условиям по микроклимату, уровню освещения, шума и вибрации, электромагнитного излучения, а также эргономическим требованиям [136]. Помимо этого, работники медицинских учреждений испытывают другие физические и химические профессиональные вредности, а именно подвергаются вредному воздействию паров лекарственных препаратов и химических соединений, антибиотиков, дезинфицирующих средств, биологических агентов и т.д., причем в большей степени это сотрудники стационарного профиля (98,8%). В отделениях хирургического профиля неблагоприятные условия труда присутствуют чаще (91,2%), чем в параклинических (85,7%) и терапевтических (59,9%) отделениях [137]. Воздействие неблагоприятных условий труда впоследствии может негативно сказаться на состоянии здоровья и способствовать развитию профессионально обусловленных, а в ряде случаев и профессиональных, заболеваний, среди которых 60,0% приходится на туберкулез органов дыхания и 25,0% на вирусный гепатит. Учитывая разницу в потоках пациентов, риск возникновения хронических заболеваний у врачей поликлиники более выражен, чем у врачей стационара [136, с. 3-4]. Наряду с производственными условиями труда, медицинские работники испытывают чрезмерную физическую, психоэмоциональную и умственную нагрузку, связанную с повышенной степенью ответственности, необходимостью принимать решения в экстренных и нестандартных ситуациях.

В ряде современных исследований последних лет освещена проблема условий труда у врачей-онкологов, стоматологов, психиатров, анестезиологов-реаниматологов, судебно-медицинских экспертов, специалистов по ультразвуковой диагностике и др. Так по данным анкетного опроса врачей-стоматологов, по субъективной оценке своего труда, было выявлено, что наибольшую значимость на их работу оказывают следующие факторы: неудовлетворительная материальная база (50%), нервно-эмоциональное напряжение (71%), наличие профессиональных вредностей (45%). При исследовании условий труда у медицинских работников психиатрических учреждений было выявлено, что подавляющее большинство работников не удовлетворено оплатой и организацией труда [138, 139].

Среди медицинских специалистов, при изучении условий труда, можно выделить врачей-терапевтов, работающих на участке поликлиники. Существующая заработная плата, организация работы и питания, медицинского обслуживания и отдыха терапевтов не обеспечивают сохранение их психического и соматического здоровья. Работа врачей-терапевтов в амбулаторных условиях, характеризуется рутинной работой с высоким психологическим стрессом, большой нагрузкой и отсутствием производственных перерывов в работе. Врачи ограничены во времени,

должны быстро принимать решения, не имеют возможности наблюдать за пациентами днем и ночью и т.д. Обследования, посвященные состоянию здоровья врачей, выявили низкие его показатели. Хронические заболевания выявлены более чем у половины специалистов. По результатам соответствия рабочих мест было выявлено, что у 46,8% медработников условия труда соответствуют 3 классу 2 и 3 степени вредности, т.е. возможно развитие профессиональных болезней. В то же время выявлена низкая осведомленность персонала о присутствии и воздействии производственных неблагоприятных условий труда на их здоровье [140, 141]. Данные исследования ориентированы в большей степени на социально-гигиеническую характеристику факторов, влияющих на здоровье врачей терапевтов.

Низкая удовлетворенность условиями труда, как составляющая КЖ, может явиться причиной ухода из профессии. Согласно данным Министерства Здравоохранения (МЗ РК), в 2014 год Казахстан занимал 10-е место в мире по обеспеченности медицинскими кадрами, однако данный источник указывает на дисбаланс распределения кадров, когда основная масса врачей занята в круглосуточных стационарах, и выраженным дефицитом кадров на уровне ПМСП [142-146]. Соотношение между врачами участковой службы и профильными специалистами составляет 1:1,4. Авторы отмечают существующую загруженность врачей поликлиники от 40000-50000 до пяти и более миллионов посещений в год [147]. Одним из преодолений данной проблемы послужило решение постепенного перехода от врача терапевта поликлиники (далее – ВТ) к семейному врачу, или врачу общей практики (далее ВОП) [148]. Семейные врачи призваны взять на себя обязанности педиатров и часть обязанностей профильных специалистов. По состоянию на 2014 год, удельный вес ВОП в общем числе врачей участковой службы составил 13,4%, в настоящее время удельный вес ВОП составляет 60%. Согласно принятой стратегии к 2035 году участковая служба поликлиники на 100 % будет работать по принципу семейной медицины [148; 149]. На 2017 год в системе ПМСП абсолютное число врачей участковой службы составило следующее: ВОП - 5382, участковые терапевты - 1517, педиатры - 1568. Стратегия МЗ РК утверждает новую модель ПМСП и декларирует врача общей практики как основной единицы участковой службы амбулаторной помощи [150].

Согласно стандарту оказания ПМСП, алгоритм действий специалистов включает пункты, идентичные для врачей терапевтов, врачей педиатров и ВОП [149]. Также квалификационные характеристики участкового врача и ВОП регламентируются в одном разделе (подраздел 11 Приказа и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года №791), то есть объем медицинской помощи является идентичным для специальностей участковый врач терапевт и ВОП [150].

Проведя обзор литературы по изучению качества жизни, условий труда и состояния здоровья медицинских работников (далее – МР), можно сделать вывод, что врачи и средний медицинский персонал в подавляющем большинстве случаев имеет неблагоприятные условия труда, испытывают на

себе вредные производственные факторы, имеют проблемы со здоровьем. Условия труда медицинских работников являются неблагоприятными в большей части медицинских организаций, при этом должный контроль за факторами производственной среды и трудового процесса чаще всего отсутствует. У многих сотрудников учреждений здравоохранений, независимо от медицинского профиля, наблюдается высокое психоэмоциональное напряжение и хронический стресс.

Таким образом, изучив данные литературы, можно констатировать факт, что проблема достаточно изучена, за все это время были получены важные результаты, но уровень этих исследований и практическое применение результатов не в полном объеме отвечают современным требованиям. Актуальность вопроса изучения условий труда определяется постоянно и динамично изменяющимися требованиями к работе, внедрением современных компетенций к деятельности медицинских работников. В данных реалиях персонал является основным активом организации, обеспечивающим ее конкурентоспособность и развитие. Залогом процветания и успеха организации является понимание и удовлетворение ожиданий и потребностей работников. Без решения проблемы неудовлетворенности деятельностью и условиями труда невозможно реальное улучшение качества оказания медицинской помощи населению, а также повышение эффективности деятельности медицинских организаций (МО) и отрасли в целом. Условия труда и организация рабочего процесса составляют концепцию качества трудовой жизни. Качество трудовой жизни отражает восприятие работниками своего физического и психического здоровья, связанного с их работой. Улучшение качества рабочего процесса и условий труда приводит к общему удовлетворению жизнью. Вопросы охраны труда и укрепления здоровья медицинских работников являются одними из приоритетных в здравоохранении и включают в себя многие аспекты. В связи с этим, данные вопросы необходимо изучать комплексно, учитывая их многофакторность и повышать уровень качества жизни и условий труда в медицинских организациях, улучшить состояние физического и психологического здоровья.

Таким образом, исходя из вышеуказанного, можно сделать вывод о недостаточной разработанности вопросов изучения условий труда и качества жизни, их комплексной оценке, влиянии на КЖ внешнего и внутреннего окружения. В связи с проводимыми реформами на уровне ПМСП, в настоящее время в Республике Казахстан не проводились исследования по многофакторному изучению качества жизни врачей терапевтов/врачей общей практики, которые являются в настоящее время основной единицей, представляющей систему первичного звена; не учитывалось влияние условий труда на КЖ. Полученные при исследовании данные могут способствовать разработке оптимальных рекомендаций и практическому применению результатов.

2 МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Диссертационное исследование базируется на материалах, полученных в результате социологического опроса врачей терапевтов и врачей общей практики, осуществляющих участковый прием в городских поликлиниках г. Астана (ГП №1, 4, 5, 11), г. Актобе (ГП №1, 3) г. Кокшетау (ГП №1, 2) г. Павлодар (ГП №1, 4), г. Шымкент (ГП №8, 10); на данных хронометражных наблюдений приема врача терапевта/врача общей практики в ГП №1 и ГП №5 г. Астана.

Дизайн представляет одномоментное кросс-секционное исследование с использованием универсальных опросников SF-36 и Бойко, а также оригинально разработанного опросника.

На рисунке 2 представлен дизайн исследования с указанием основных материалов и методов, использованных в данной работе.



Рисунок 2 - Материалы и методы исследования

2.1 Материалы исследования

Согласно государственным программам «Саламатты Казахстан 2011-2015» и «Денсаулық Қазақстан 2016-2020», в рамках модернизации ПМСП обеспечение первичной медицинской помощи перешло к семейному принципу обслуживания. Для изучения качества жизни врачей терапевтов, при определении выборки, установлено, что в зависимости от кадрового оснащения регионов участковый прием в городских поликлиниках проводят врачи участковые терапевты и ВОП. Участковые терапевты и педиатры организаций ПМСП проходят переподготовку для осуществления обслуживания в центрах семейного здоровья поликлиник. Учитывая, что амбулаторный прием сохранил участковый принцип работы, идентичность квалификационных требований и объема выполняемой работы [149; 150], участниками нашего исследования стали врачи терапевты поликлиник, ведущие участковый прием пациентов и врачи общей практики (далее – ВТ/ВОП). В данную группу вошли врачи имеющие специальность ВОП, полученную по программе бакалавриата и прохождением интернатуры с присвоением квалификации «врач общей практики», либо специальность терапевта с переподготовкой по специальности «Общая врачебная практика».

Основными базами данных при выполнении данной диссертационной работы были результаты социологического опроса ВТ/ВОП, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи в организациях ПМСП (городских поликлиниках). Определение качества жизни, оценки условий труда, наличия СЭВ и влияющих на них социально-детерминантных факторов, проводилось на выборочной совокупности респондентов, отобранных случайным образом, в соответствии с критериями включения и исключения.

Использовались следующие *критерии включения*: имеющие диплом об окончании интернатуры по специальности «Терапия», «Общая врачебная практика» и имеющие соответствующий сертификат; работающие в городских поликлиниках согласно штатному расписанию не менее 1,0 ставки врача участка; не имеющие ставок других специалистов по совместительству.

Критерии исключения: врачи, не имеющие сертификата для допуска к работе по специальности «Терапия», «Общая врачебная практика»; врачи, ведущие прием как профильные специалисты по совместительству.

Выбор городов для проведения социологического опроса обусловлен их географическим и территориальным расположением, т.е. города Астана, Актобе, Кокшетау, Павлодар и Шымкент являются условными центрами центрального, западного, северного, восточного и южного регионов республики, для представления более полной и общей картины исследования выборки. Всего было распространено 300 анкет. При обработке анкет с пропущенными вопросами, неправильно заполненные, были исключены нами из исследования. Рейтинг эффективного ответа составил 64% (из общего количества респондентов 300 человек). Результаты 203 анкет признаны действительными и использованы как база данных исследования.

Социологический опрос проводился одновременно при непосредственном участии исследователя в г. Астана и дистанционно в вышеуказанных городах. Из 203 анкет распределение по городам Астана, Кокшетау, Актобе, Шымкент, Павлодар составило: 64; 24; 46; 26 и 43 респондента соответственно. Очное присутствие автора при опросе предполагалось в г. Астана, что позволило провести анкетирование в большем количестве медицинских учреждений (4 городских поликлиники), тогда как в вышеуказанных городах дистанционно было исследовано по 2 медицинских организации.

Аудиохронометраж проведен с использованием приложения диктофон смартфона. По результатам хронометража составлена карта наблюдений, где определены все операции и перерывы в работе врача терапевта/ВОП. Для каждой операции определены фиксажные точки, которые внесены в наблюдательный лист хронометража. За норму времени была взята регламентированная продолжительность выполнения единицы работы врачом в рабочем кабинете. Единица нормы времени выражена в минутах.

2.2 Методы исследования

Контент-анализ теоретических и прикладных исследований в области качества жизни и условий труда в медицинских организациях проведен по данным зарубежной и отечественной литературы. Использованы базы данных Pubmed, Medline, Dissercat, Ciberleninka, а также материалы научно-практических конференций в области общественного здравоохранения и психологии. Использованы следующие ключевые слова: качество жизни, условия труда, удовлетворенность трудом, медицинские работники, эмоциональное выгорание, рабочие нагрузки. Основу анализа составили определения понятия КЖ для выделения характеристик, присущих медицинской профессии, а именно специалистам ПМСП.

По совокупности определений выделены единицы анализа, а именно основные категории КЖ и факторы, которые могут оказывать на него влияние. Количественные характеристики факторов были указаны в процентных долях с указанием источника, качественные характеристики были рассмотрены в точки зрения профессиональных особенностей МР, оказывающих амбулаторные медицинские услуги в РК. Заключение анализа представлено в конце каждой подглавы.

В рамках контент-анализа также рассмотрен процесс трансформирования ПМСП за 2012- 2018 годы, а также нормативные правовые акты (далее НПА), регламентирующие переход от раздельного приема терапевта и педиатра к общеврачебной практике [146; 147].

Приведены количественное и качественное соотношения врачей терапевтов поликлиники и врачей общей практики в организациях ПМСП (городских поликлиниках), с указанием тенденции по формированию врача общей практики как основной единицы ПМСП.

Контент-анализ НПА, определяющих квалификационные требования и объем работы врачей терапевтов, врачей педиатров и ВОП, проведен для установления возможных различий в рабочей нагрузке.

Метод непрерывного хронометража использован для расчета количественных характеристик факторов, влияющих на составляющие КЖ. Проведение хронометража обусловлено новыми условиями работы врачей в организациях ПМСП, в связи с введением электронного документооборота, а также возросшей нагрузки. Метод непосредственных замеров времени применен для измерения длительности затрат на каждый элемент работы или перерыва в работе во время рабочего приема врача. Также непрерывный хронометраж позволил оценить организацию рабочего места, дифференцированно изучить структуру отдельной операции и условия ее выполнения.

В выборе участков для хронометража мы основывались на величине нагрузки, определенной приказом [151]. Поскольку во всех МО имеется высокая степень совместимости штатных единиц, когда 1 врач имеет нагрузку на 1,5 участка, нами был произведен подбор участкового приема пациентов, осуществляемого только на 1 ставку [144, с. 85-87]. Данный критерий позволил оценить нагрузку ВТ/ВОП, определенную нормативными документами, когда пациенты с дополнительного участка не могут вмещаться в ход приема.

Для проведения социологического опроса были выбраны:

1. Оригинальный опросник, разработанный для определения условий труда, наличия и уровня социально-экономических факторов, влияющих на качество жизни и развитие СЭВ (Приложение В);
2. Международный опросник SF-36 для определения качества жизни;
3. Опросник Бойко для определения степени СЭВ.

Опросники использовались на языке межнационального общения.

1. Оригинальный опросник разработан согласно рекомендациям National Institute for Health Research (NIHR, Великобритания, 2009), по использованию опросов и анкет в исследованиях в области здравоохранения и социальной защиты [152]. Анкетирование проводилось в период с ноября 2018 года по июнь 2019 года. Опросник состоит из 4 разделов:

Раздел 1 включал 6 закрытых вопросов о социальных характеристиках респондентов, 4 закрытых вопроса об экономических характеристиках, предусматривающих варианты ответов по шкале Лайкерта [153]. Максимальный балл за 1 раздел составил 3 балла;

Раздел 2 включал 1 открытый вопрос и 7 закрытых вопросов об условиях труда, предусматривающих варианты ответов по шкале Лайкерта. Максимальный балл за раздел составил 8 баллов;

Раздел 3 включал 1 закрытый вопрос об имеющихся факторах, негативно влияющих на здоровье самих врачей. Данный раздел не предусматривает количество баллов. Результаты использованы для определения степени влияния вредных факторов в зависимости от их количества;

Раздел 4 включал 1 открытый вопрос и 8 закрытых вопросов, из которых 4 предусматривали варианты ответов по шкале Лайкерта, о правовом положении врачей, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощи (далее - АПП). Максимальный балл за раздел составил 4 балла.

Шкала Лайкерта, использовавшаяся для количественного измерения ответов респондентов, определяла 0 как крайнюю отрицательную степень, 100 – как крайнюю положительную степень варианта ответа. Срединное положение 50 определяло соответствие норме по мнению респондентов.

Оригинальный опросник был рассмотрен и утвержден для использования в исследовании на заседании Локального Этического Комитета Медицинского Университета Астана (Приложение Г).

2. Международный опросник SF-36 (автор J.E. Ware, 1992) измеряет общее состояние здоровья, учитывая и физическое, и психологическое благополучие, при этом не является специфичным для определенных заболеваний или возраста исследуемых. Данная методика изучает все компоненты качества жизни путем самооценки состояния здоровья, как у здоровых людей, для оценки общего качества жизни, так и при различных заболеваниях. Опросник SF-36 может использоваться для проведения популяционных исследований качества жизни, так как имеет надежные психометрические свойства.

SF-36 состоит из 36 вопросов, которые составляют восемь шкал. Шкалы, в свою очередь, составляют два основных параметра КЖ: физический и психологический компоненты здоровья.

Описание шкал опросника:

- Physical Functioning (PF) - физическое функционирование, отражающее степень, в которой здоровье лимитирует выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, переноска тяжестей и т.п.);
- Role-Physical (RP) - ролевое функционирование или влияние физического состояния на работу, выполнение будничной деятельности;
- Bodily Pain (BP) - интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневными делами, включая работу по дому и вне дома;
- General Health (GH) - общее состояние здоровья: оценка своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения;
- Vitality (VT) - жизнеспособность (подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным);
- Social Functioning (SF) - социальное функционирование, определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение);
- Role-Emotional (RE) - влияние эмоционального состояния на ролевое функционирование, предполагает оценку степени, в которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая увеличение затрат времени, уменьшение объема выполненной работы, снижение качества ее выполнения и т.п.);

– Mental Health (МН) - самооценка психического здоровья, характеризует настроение (наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций).

В данной работе опросник использован в краткой версии (SF-12) для расчета индекса общего показателя качества жизни SF-6D. Краткая версия опросника SF-36 состоит из 12 кодированных вопросов, формирующих данные восемь шкал. Инструкция по интерпретации опросника валидизирована компанией Эвиденс [154]. Краткая версия выбрана для избегания предвзятости респондентов при проведении опроса.

3. Опросник Бойко представляет собой методику для диагностики синдрома эмоционального выгорания, предложенный В.В. Бойко в 1996 г. Данный опросник определяет уровень профессионального выгорания, характеризующийся фазами «напряжения», «резистенции», «истощения», обусловленных 12 симптомами. Баллы присваиваются по мере их нарастания. Максимальное количество баллов каждого симптома 30, для каждой фазы СЭВ 120.

Для каждого симптома вопросы представлены в виде мини-сценария из реальной жизни, что позволяет вызвать эмоциональную реакцию и получить достоверный ответ. Методика Бойко позволяет определить основные симптомы выгорания и выявить уровень стресса.

Опрос проводился очно в ГП №1, 4, 5, 11 г. Астана, после проведения мини-презентации по задачам проекта. В г. Актобе (ГП №1, 3) г. Кокшетау (ГП №1, 2) г. Павлодар (ГП №1, 4), г. Шымкент (ГП №8, 10) анкеты были распространены дистанционно с сопроводительной памяткой по технике заполнения, а также контактными номерами исследователей для возможного разъяснения вопросов.

Обоснование влияния внешних факторов на качество жизни и развития СЭВ и статистическая обработка проводились с помощью статистического программного обеспечения SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), версия 17.0 для Windows и офисного программного обеспечения EXCEL.

Для проведения сравнительного анализа респонденты делились на группы по возрасту, полу и другим характеристикам. Учитывая разное количество участников в сформированных группах, для оценки статистической значимости различий использован дисперсионный анализ с нулевой гипотезой о равенстве средних значений каждой группы:

$$F_{emp} = \frac{S_x^2}{S_y^2} = \frac{1}{n_1} \sum (x_i - \bar{x})^2 \quad S_y^2 = \frac{1}{n_2} \sum (y_i - \bar{y})^2 \quad (1)$$

где n - количество наблюдений в данной группе;
 x, y - значения каждого наблюдения и значение средней каждой группы наблюдений.

Значения $F_{крит}$ определялись по статистическим таблицам.

Корреляционный анализ проводился для определения наличия и степени связи между значениями качества жизни и значениями характеристик. Коэффициент корреляции Пирсона рассчитывался следующим образом:

$$r_{xy} = \frac{\sum(x_i - \bar{x}) \times (y_i - \bar{y})}{\sqrt{\sum(x_i - \bar{x})^2 \times \sum(y_i - \bar{y})^2}} \quad (2)$$

где x , y - значения каждого наблюдения и значение средней каждой группы наблюдений.

Для определения степени зависимости значений качества жизни от значений характеристик нами разработаны модели множественной линейной регрессии следующим образом:

$$y_i = \beta_1 + \beta_2 * x_{i2} + \beta_3 * x_{i3} + \dots + \beta_n * x_{in} + \varepsilon_i \quad (3)$$

где i - номер каждого наблюдения;

n - количество наблюдений;

y - зависимая переменная, значение на которое влияют определённые характеристики;

x - характеристики;

β - коэффициент корреляции, показывающий на сколько процентов изменится значение зависимой переменной при изменении характеристики на 1 единицу;

ε - ошибка.

Статистический анализ проводился при уровне достоверности 95%, с доверительным интервалом $\alpha = 0,05$.

Проведение PEST-анализа было проведено для выявления условий появления факторов внешней среды, влияющих на качество жизни и СЭВ врачей терапевтов/врачей общей практики. Данный анализ позволяет установить макрофакторы, которые являются фоном для практической деятельности, и определяют культурные и идеологические ценности общества.

Согласно аббревиатуре PEST нами рассмотрено следующее макроокружение врачей терапевтов/ВОП:

Politics (политика) - подразумевает анализ НПА в области регулирования деятельности врачей участковой службы. Нами изучено 8 НПА, затрагивающих профессиональную деятельность специалистов ПМСП. Выделены НПА, определяющие среду формирования факторов КЖ, а именно описывающие рабочие нагрузки, условия труда, права и обязанности врачей и пациентов;

Economics (экономика) - подразумевает динамику развития экономических отношений в макросреде работников МО. Изучены данные Агентства по Статистике РК для определения средней заработной платы, данные сайта Республиканского Центра Развития Здравоохранения (далее РЦРЗ), постановления органов местной власти, а также хозяйственную деятельность городских поликлиник;

Socio-Culture (социум-культура) - подразумевают социальные программы, создающие морально-психологический климат МР. Также изучены условия труда и структура работы врачей, наличие социальных льгот для врачей и членов их семей.

Technology (технологии) - подразумевает изучение технологического окружения, а именно наличие организационной техники для работы во время и вне приема врачами терапевтами/ВОП, наличие гаджетов для служебного пользования, а также рассмотрены информационные системы, обеспечивающие работу участковой службы.

Для каждого домена PEST составлены матрицы для демонстрации позитивного и негативного влияния макросреды на КЖ врачей. Данные матрицы также легли в основу практических рекомендаций.

3 РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

3.1 Оценка половозрастных, социальных, квалификационных характеристик и условий труда врача терапевта/ врача общей практики с использованием разработанного опросника

Для определения качественных характеристик ВТ/ВОП в городских поликлиниках нами проведено анкетирование с помощью разработанного опросника. Всего распространено 300 анкет, как при личном контакте (Астана), так и дистанционно в г. Актобе, Кокшетау, Павлодар, Шымкент.

Всего обработано 203 анкеты. Основная информация содержит следующие переменные: возраст, пол, образование, семейное положение, должность, ежемесячный доход, количество рабочих часов в день, эргономику рабочего места и условия работы.

В таблице 2 приведены результаты анализа частотного анализа информации по возрасту, полу, семейному положению (раздел анкеты 1). Средний возраст- 37,75 лет; 7,4% респондентов-мужчины.

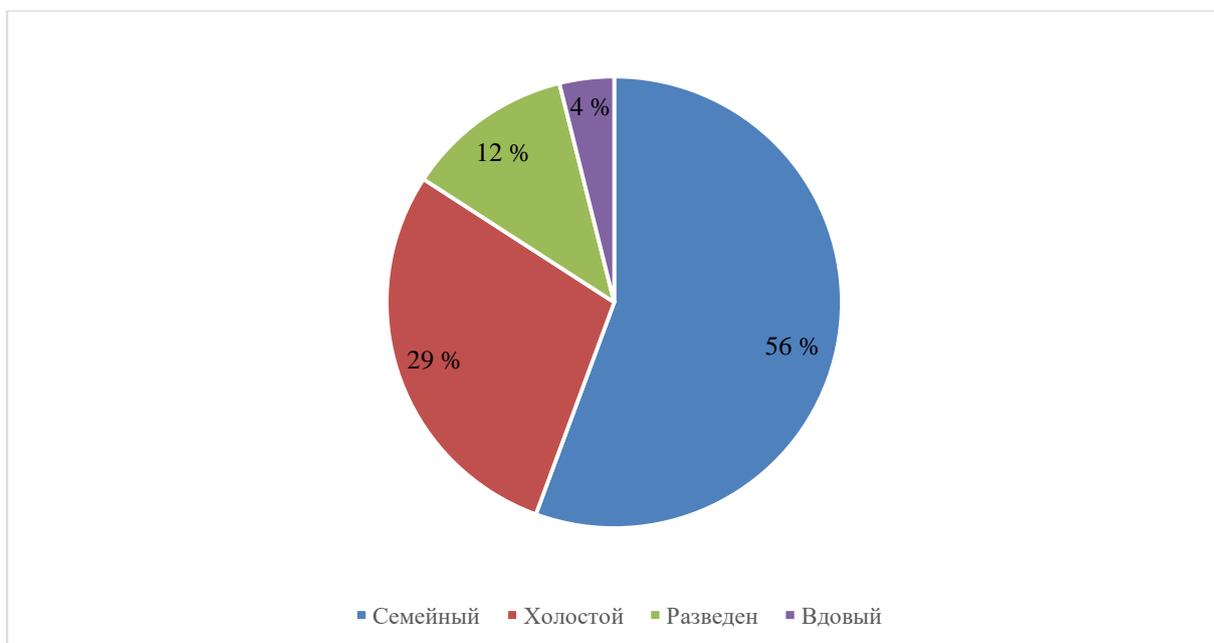
Таблица 2 - Половозрастные и социальные характеристики ВТ/ ВОП

Наименование	Всего		Возраст, лет									
	абс.	%	20-29		30-39		40-49		50-59		60-69	
Мужчины	5	7,4	5,0	8,3	3,0	5,1	1,0	2,1	4	12,5	2	40
Женщины	88	92,6	55,0	91,7	56,0	94,9	46,0	97,9	28	87,5	3	60
Семейный	22	55,6	36	60,0	34,0	57,6	36,0	76,6	14,0	43,8	2,0	40,0
Холостой	3	28,6	19	31,7	18,0	30,5	3,0	6,4	11,0	34,4	2,0	40,0
Разведенный	9	11,9	4	6,7	4,0	6,8	5,0	10,6	5,0	15,6	1,0	20,0
Вдовый		3,9	1	1,7	3,0	5,1	3,0	6,4	2,0	6,3	0,0	0,0

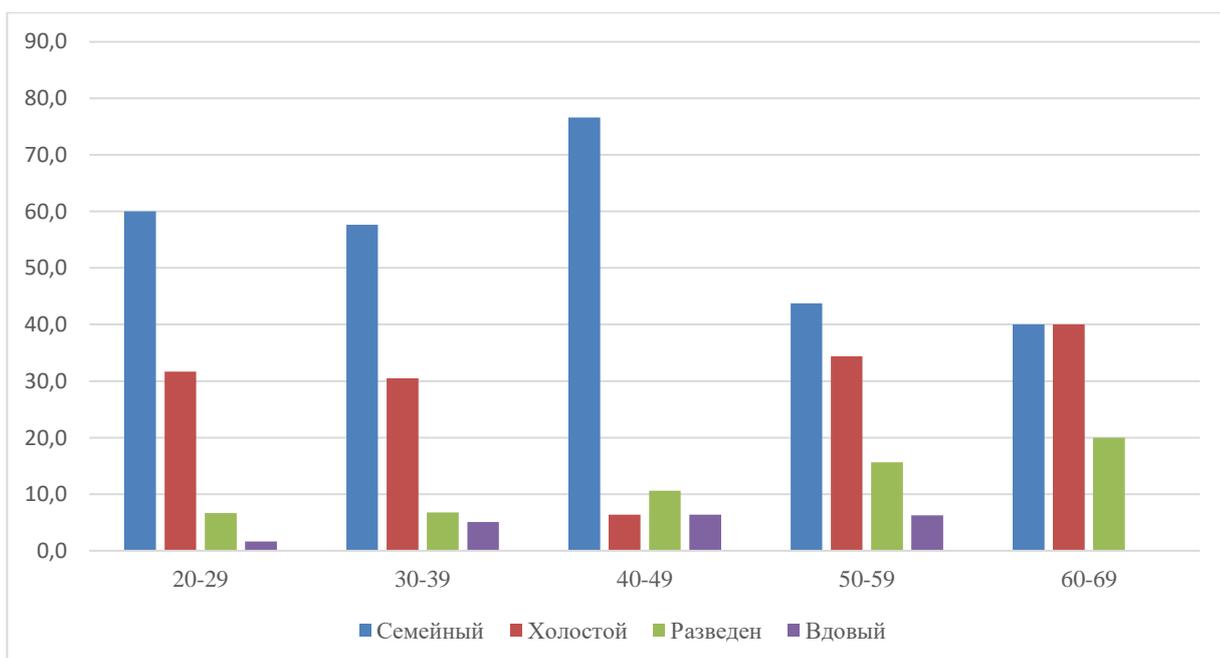
Рисунок 3 характеризует семейный статус ВТ/ВОП и распределение его по возрастам (а,б).

Более половины опрошенных (55,6%) имеют статус семейные, категории «холостой», «разведенный», «вдовый» распределены по убывающей и составляют вместе 29%, 11% и 4% соответственно (а).

Установлено, что большинство врачей (58-78%), имеющих семью, составляют следующие возрастные категории (20-29, 30-30, 40-49 лет). Врачи, имеющие статус «разведенный», распределены равномерно в пределах 30-40% в младшей и старшей возрастных категориях (б).



а) Общая характеристика семейного статуса ВТ/ ВОП



б) Характеристики семейного статуса ВТ/ ВОП по возрастам

Рисунок 3 - Семейный статус ВТ/ ВОП

Общеврачебная практика традиционно представлена молодыми специалистами, имеющими стаж до 5 лет (57,6%). Стаж от 10 до 20 лет имеют 40% респондентов. Лица со стажем более 20 лет представлены в меньшинстве (2%). Характеристики по стажу представлены на рисунке 4.

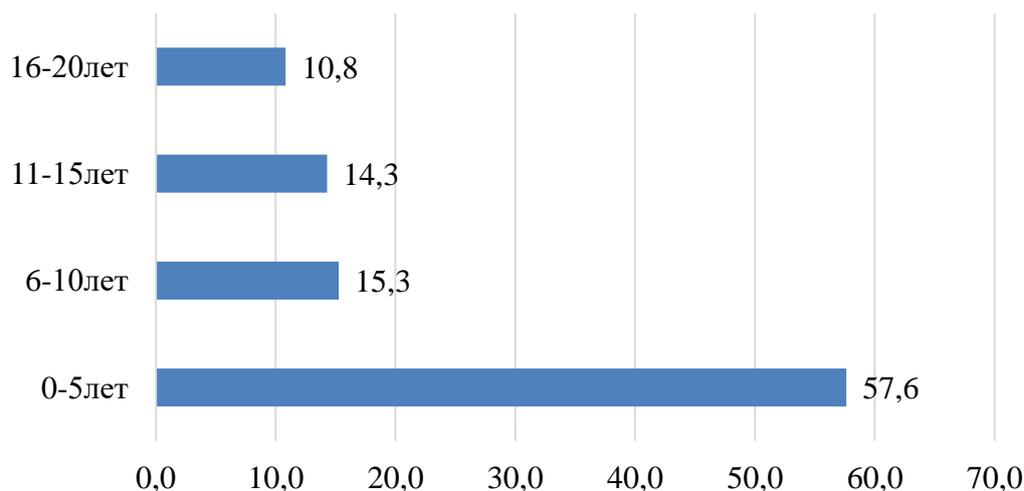


Рисунок 4 - Распределение ВТ/ ВОП по стажу работы

Исходя из рисунков 3 и 4, нами были рассмотрены зависимость возраста и стажа работы по специальности ВТ/ВОП, рассчитан коэффициент корреляции для количественных характеристик Пирсона, который составил 0,95.

Таким образом, показана прямая сильная связь между возрастом и стажем работы по специальности, чем старше врач, тем больше стаж его работы на участке. В дальнейшем анализе мы рассматриваем зависимость параметров от возраста ВТ/ВОП, что соответствует также стажу его работы.

В последующем анализе, для проведения расчета корреляционных и регрессионных характеристик, переменной для отражения стажа и квалификации нами был выбран возраст респондентов.

Поскольку квалификационные категории по специальности присваиваются по истечении определенного времени работы по данной специальности, нами также проведено распределение квалификационных категорий по возрастам участников (рисунок 5).

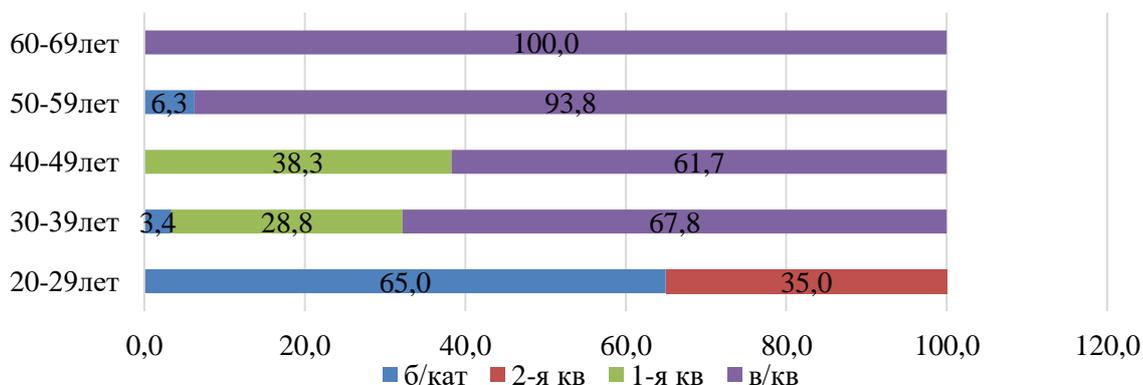


Рисунок 5 - Квалификационные характеристики ВТ/ВОП в возрастных категориях

Как видно из рисунка 5, категоричность соответствует возрастным характеристикам, так врачи без категории составляют 43,8%, большая доля специалистов с категорией имеют 1-ю квалификационную (37,4%).

Нами рассчитан коэффициент корреляции Спирмена для определения корреляционной связи между количественной характеристикой возраст ВТ/ВОП и качественной характеристикой квалификационная врачебная категория. Установлена прямая сильная связь (0,72), что подтверждает рост категоричности с возрастом, и соответственно стажем работы.

При оценке условий труда нами были рассмотрены следующие индикаторы, определяющие их: оплата труда, транспорт до работы, удовлетворенность работой медицинской сестры, наличие и микроклимат рабочего места, перерыв на отдых или прием пищи, рабочая нагрузка (методом хронометража), обеспечение.

При изучении такого критерия как оплата труда, мы проанализировали экономические показатели микросреды, а именно финансовое положение участников. Ответы респондентов по количеству источников доходов и размеров заработной платы (далее ЗП) приведены в долях.

Учитывая высокий процент совместительства во всех МО, когда один врач занимает более чем одну ставку по штатному расписанию, нами было разъяснено, что в ответах необходимо указывать сумму, равную вознаграждению за одну штатную единицу, то есть за одну ставку.

Все опрошенные указали зарплату ВТ/ВОП как основной источник дохода (100%), при этом 131 врач (65,4%) имеют единственный источник доходов. Распределение размеров ЗП (данные анкетирования за 2018-2019 гг.) и количества источников доходов варьирует в зависимости от возраста респондентов (рисунки 6 и 7). Ожидаемо, что молодые врачи имеют меньший размер ЗП по сравнению со старшими коллегами (6,7 и 100% в возрастных категориях 20-29 лет и 50-59 лет соответственно).

Согласно рисункам 6 и 7, нами рассчитаны коэффициенты корреляции между возрастом ВТ/ВОП и размером ЗП, который составил 0,46, что говорит о наличии прямой средней связи между возрастом врача и размером его ЗП; коэффициент корреляции между возрастом ВТ/ВОП и количеством источников его доходов составил 0,41, что свидетельствует о наличии прямой средней связи. Учитывая наличие прямой средней связи между возрастом ВТ/ВОП и количеством источников его доходов, для избегания мультиколлинеарности данная переменная не включена в регрессионную модель.

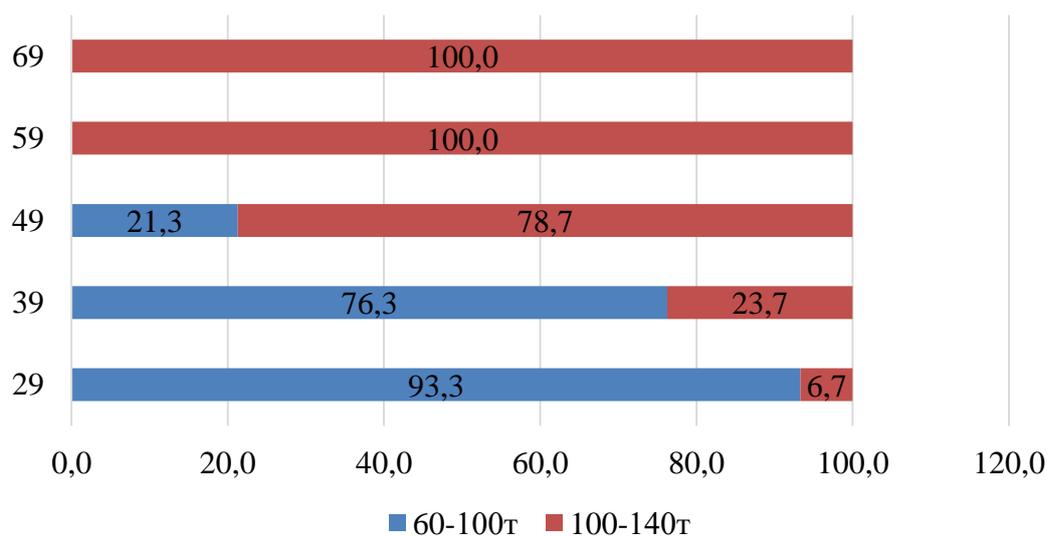


Рисунок 6 - Размер заработной платы ВТ/ВОП

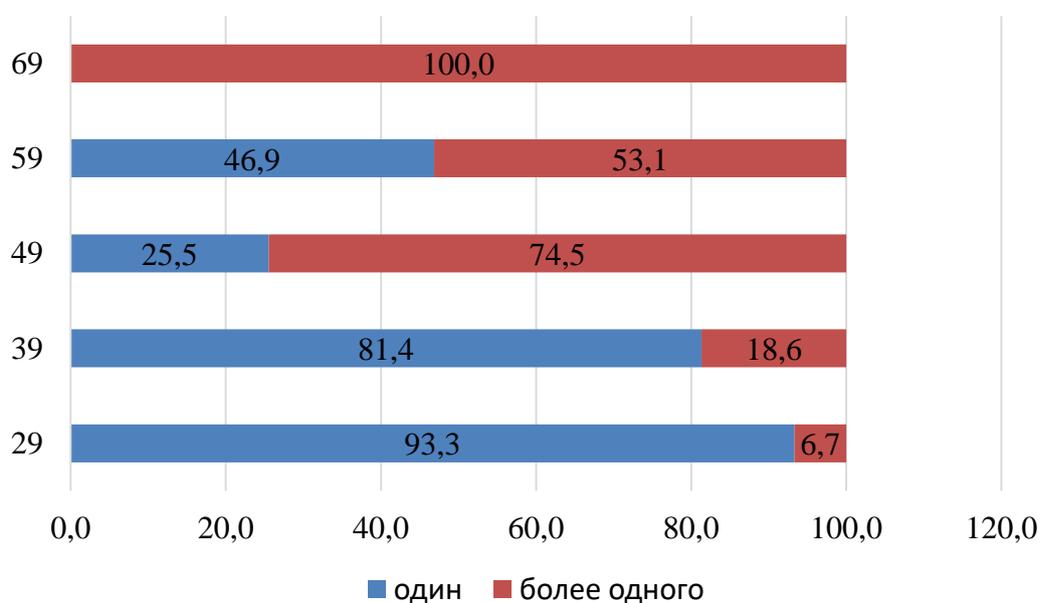


Рисунок 7 - Количество источников доходов ВТ/ВОП

Далее нами проведен регрессионный анализ зависимости размера ЗП от возраста ВТ/ВОП:

$$y = \beta_1 + \beta_2 * x_1 \quad (4)$$

где y - заработная плата.

x_1 - возраст респондентов

β_1, β_2 - коэффициенты регрессии

Полученные результаты регрессионного анализа представлены в таблице 3.

Исходя из таблицы 3, установлено, что при уровне значимости 95%, t-коэффициента значительно больше критического значения 1,96. Значение p-value <<< 0,05 (значительно меньше 0,05), что позволяет утверждать, что зависимость между размером ЗП и возрастом имеет место. Коэффициент регрессии 0,23% говорит о том, что с каждым годом (возраст, стаж) размер ЗП увеличивается на 0,23%.

Таблица 3 - Регрессионный анализ зависимости размера ЗП ВТ/ВОП от возраста и количества источников доходов

Наименование	Коэффициенты	Стандартная ошибка	t-статистика	P-value
X 1 Возраст	0,23041	0,103834	21,76351	1,49E-31

Далее нами рассмотрен показатель удовлетворенности трудом ВТ/ВОП.

Общий показатель удовлетворенности трудом продемонстрирован на рисунке 8.

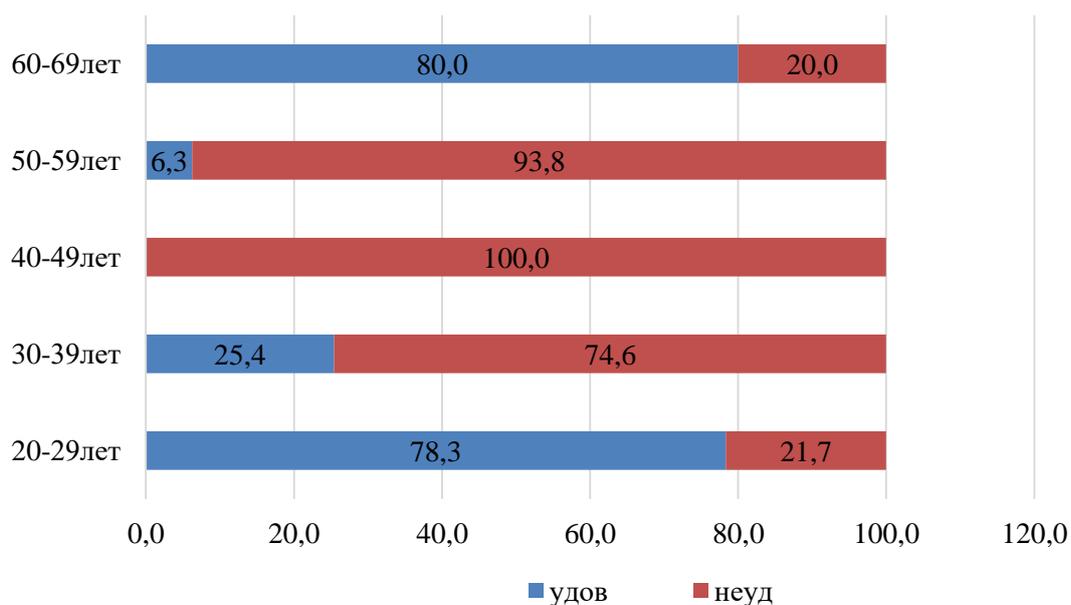


Рисунок 8 - Удовлетворенность трудом ВТ/ВОП

Как видно на рисунке 8, молодые врачи и врачи пенсионного возраста находят больше удовлетворения в своей работе (78,3 и 80% соответственно), в то время как представители среднего возраста считают, что не получают психологической отдачи от работы. Удовлетворённость трудом врачей 30-59 лет составила 25,4%, 0% и 6,3% в трех возрастных группах соответственно.

Нами рассчитан коэффициент Спирмена для определения корреляционной связи между характеристиками возраст ВТ/ВОП, размер ЗП и количество источников дохода (таблица 4).

Исходя из таблицы 4, отмечена прямая сильная связь (0,9479 и 0,905268 соответственно), что подтверждает гипотезу о росте размера ЗП и количества источников дохода с возрастом и, соответственно, стажем работы. Коэффициент равный (0,06) говорит об отсутствии влияния возраста на удовлетворенность трудом.

Таблица 4 - Корреляционный коэффициент между возрастом и показателями результатов труда ВТ/ВОП

Наименование	Размер ЗП	Удов трудом	Количество источников доходов
Возраст	0,9479		
Возраст		0,06466	
Возраст			0,905268

Далее рассчитаны коэффициенты корреляции между удовлетворенностью трудом и следующими характеристиками: размер ЗП, карьерные возможности, бесплатное обучение, наличие социальных льгот, психологический комфорт. Установлены прямые связи различной силы: размер ЗП (0,87), карьера (0,27), бесплатное обучение (0,36), наличие социальных льгот (0,50), психологический комфорт (0,48).

Для определения статистической значимости влияния характеристик нами рассчитана регрессионная модель зависимости удовлетворенности трудом от показателей ее составляющих:

$$Уд/трудом = \beta_1 + \beta_2 * ЗП + \beta_3 * Карьера + \beta_4 * Б/обучение + \beta_5 * Льготы + \beta_6 * Псих.комфорт$$

Расчет проведен на программе SPSS и EXCEL, получены идентичные результаты. На рисунке 9 представлен русскоязычный отчет программы EXCEL.

Основываясь на рисунок 9, установлено, что статистически достоверное значение имеет зависимость удовлетворенности трудом от переменной X1 – размера ЗП. Значение t –коэффициента эмпирического больше t –коэффициента критического при уровне достоверности 95% (7,14 > 1,96), при этом p-value < 0.05 (значительно меньше порогового значения), что позволяет отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии влияния размера ЗП на удовлетворенность трудом. Коэффициент регрессии составляет +13%, что говорит о том, что повышение ЗП на 1 единицу (10000 тенге) повышает чувство удовлетворенности трудом на 13%.

Значение t – коэффициента других показатели не имеют статистической значимости, что не позволяет отвергнуть нулевую гипотезу о том, что возможность в карьерном росте, возможность бесплатного обучения по специальности, наличие социальных льгот и психологический комфорт не имеют влияния на удовлетворенность трудом.

Регрессионная статистика								
Множественный	0,474957306							
R-квадрат	0,225584443							
Нормированный	0,205929226							
Стандартная ошибка	16,99102754							
Наблюдения	203							
Дисперсионный анализ								
	df	SS	MS	F	Значимость F			
Регрессия	5	16566,8748	3313,374961	11,47707708	9,79291E-10			
Остаток	197	56872,9183	288,6950168					
Итого	202	73439,7931						
	Коэффициенты	Стандартная ошибка	t-статистика	P-Значение	Нижние 95%	Верхние 95%	Нижние 95,0%	Верхние 95,0%
Y-пересечение	4,858764304	16,01127155	0,303458991	0,761860337	-26,71672863	36,43425724	-26,71672863	36,43425724
Переменная X 1	1,314447743	0,184009401	7,143372758	1,72222E-11	0,951566661	1,677328825	0,951566661	1,677328825
Переменная X 2	0,183244107	0,112242643	1,632571204	0,104156553	-0,038107256	0,404595471	-0,038107256	0,404595471
Переменная X 3	0,145192348	0,2192503	0,66222189	0,50860297	-0,287186572	0,577571269	-0,287186572	0,577571269
Переменная X 4	-0,540647754	0,58355229	-0,926476963	0,355331778	-1,69145899	0,610163483	-1,69145899	0,610163483
Переменная X 5	0,13327799	0,065466361	2,03582401	0,043106905	0,004173152	0,262382828	0,004173152	0,262382828

Рисунок 9 - Регрессионная модель зависимости удовлетворенности трудом от составляющих

В разделе 2 ответы обработаны путем взвешивания относительно общего количества ответов в вопросе. Варианты ответов расположены по возрастанию от менее к более предпочтительному. Варианты с равной долей предпочтений суммированы и взвешены относительно общего количества вариантов. Удовлетворенность условиями работы имела оценку от 4,2 до 6,6 из 9 возможных (полностью удовлетворены). 90% ВТ/ВОП добираются на работу общественным транспортом, при этом 67% респондентов тратят на дорогу более 1 часа с вынужденными пересадками. Взаимодействие со средним медицинским персоналом не способствует продуктивному процессу в 75% случаях. Рабочие кабинеты имеют определенные неудобства в 52% (темные, недостаточно вентилируемые, плохо отапливаемые). Стабильно перерыв на обед имеют только 17% ВТ/ВОП, что подтверждено данными хронометража.

Информация об удовлетворенности условиями работы приведены на рисунке 10.

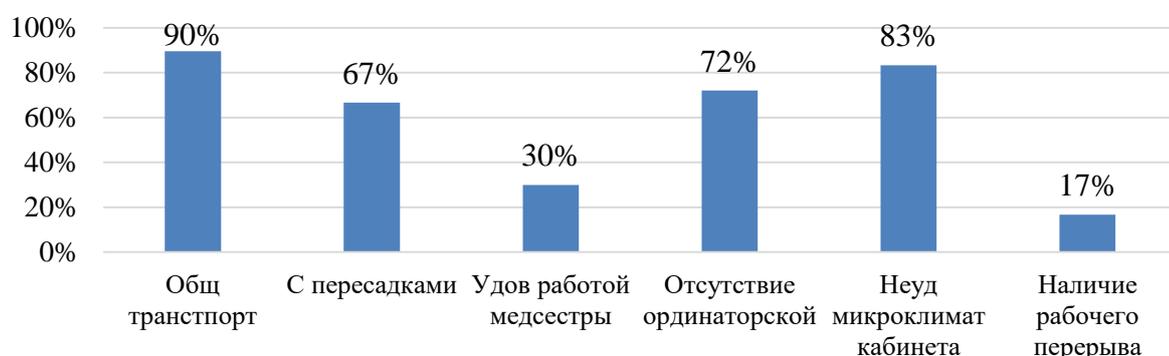


Рисунок 10 - Удовлетворенность ВТ/ВОП условиями работы

Нами проведен расчет корреляционных коэффициентов для определения наличия связи между показателями удовлетворенности трудом и условиями работы (таблица 5).

Согласно рисунку 10 и таблице 5, наблюдается наличие прямой средней связи (0,35) между удовлетворённостью трудом и удобным транспортом до работы и прямой слабой связи (0,27) с налаженной работой со средним медицинским персоналом. Это отражает, что наличие четко определенного рабочего перерыва не имеет корреляционной зависимости с удовлетворенностью трудом.

Таблица 5- Показатели корреляционной связи между удовлетворенностью трудом и условиями работы

Наименование	Транспорт до работы	Удовлетворенность работой медсестры	Наличие рабочего перерыва
Уд трудом	0,35664		
Уд трудом		0,27608	
Уд трудом			-0,067134

Третий раздел об оценке состояния собственного здоровья показал, что среди факторов риска, негативно влияющих на развитие или ухудшение уже имеющихся заболеваний, были отмечены следующие (рисунок 11).

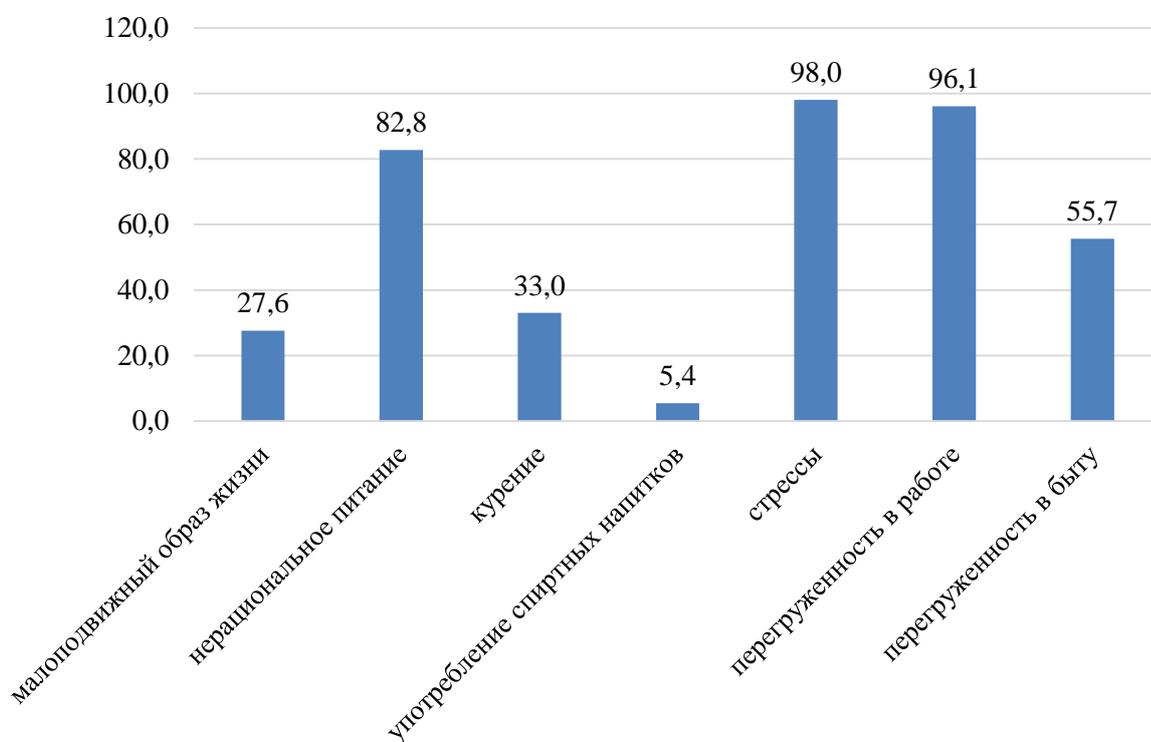


Рисунок 11 – Факторы риска, влияющие на здоровье ВТ/ВОП (%)

Согласно опросу (рисунок 11), наибольшим негативным воздействием на общее состояние здоровья обладают стрессы (98%), рабочие нагрузки (96,1%), нарушенный режим питания (82,8%). Более половины ВТ/ВОП отметили, что имеют перегрузки вне работы (55,7%).

Учитывая, что стрессы и перегрузки в работе часто связаны с конфликтными ситуациями, четвертый раздел разработанной нами анкеты включает вопросы о взаимоотношениях медицинских работников и пациентов.

Вопросы опросника, составленные по принципу шкалы Лайкерта, где респонденты указывают свои ответы в баллах, позволили получить результаты правовой защищённости ВТ/ВОП. Опрос показал, что среднее значение правовой грамотности составило 26,1%, то есть врачи считают, что они только на одну четверть осведомлены о своих юридических правах при взаимодействии с пациентами как с потребителями медицинских услуг.

Низкий уровень правовой грамотности отразился в показателях правовой защищенности, то есть врачи чувствуют себя на работе безопасно с юридической точки зрения всего на 13,9%. Показатели чувства правового поля показаны на рисунке 12.

Согласно существующей иерархии, правовые споры следует решать при помощи администрации МО. По результатам опроса (рисунок 12), видно, что чувство поддержки со стороны администрации МО составило 28,8%, то есть врачи мало рассчитывают на помощь вышестоящего руководства при конфликтных ситуациях.

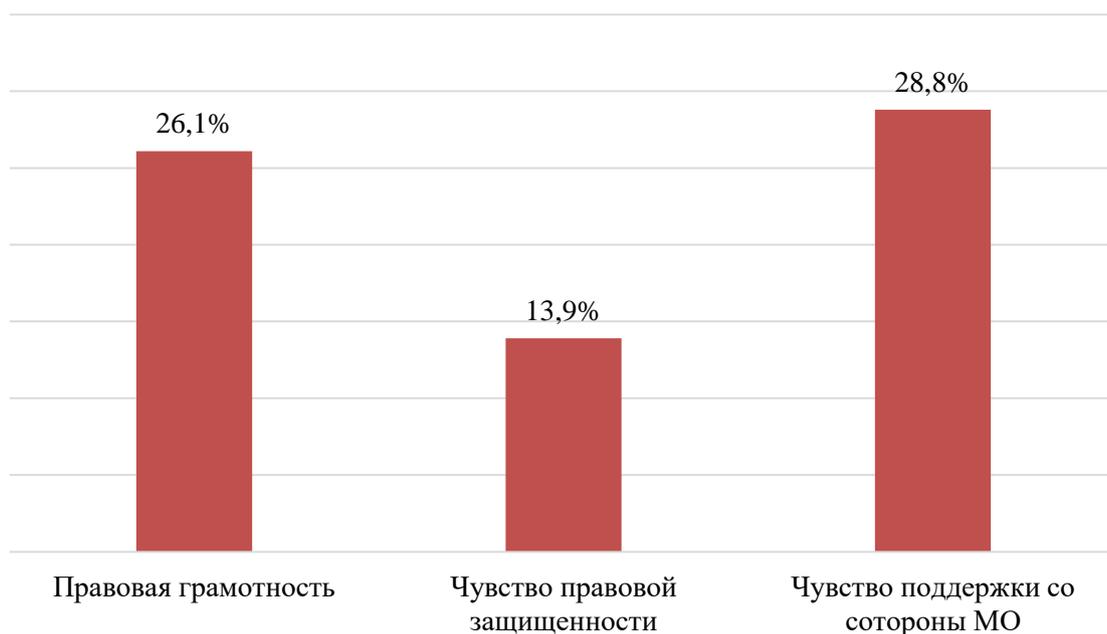


Рисунок 12 - Показатели правовой защищенности ВТ/ВОП (%)

Основные ситуации, в которых врачи видят ущемление своих прав представлены на рисунке 13.

Согласно данному рисунку, подавляющее большинство респондентов (98,5%) указывает на необоснованные жалобы и оскорбления со стороны

пациентов и их представителей, связанные с организацией лечебно-диагностического процесса (установленного приказами свыше), трудной доступностью консультаций профильных специалистов и лабораторно-диагностических процедур; принудительным привлечением ВТ/ВОП к участию в общественных мероприятиях (демонстрации, массовки) и принудительным покупкам благотворительных товаров (билеты на концерты, сборы в благотворительные фонды).

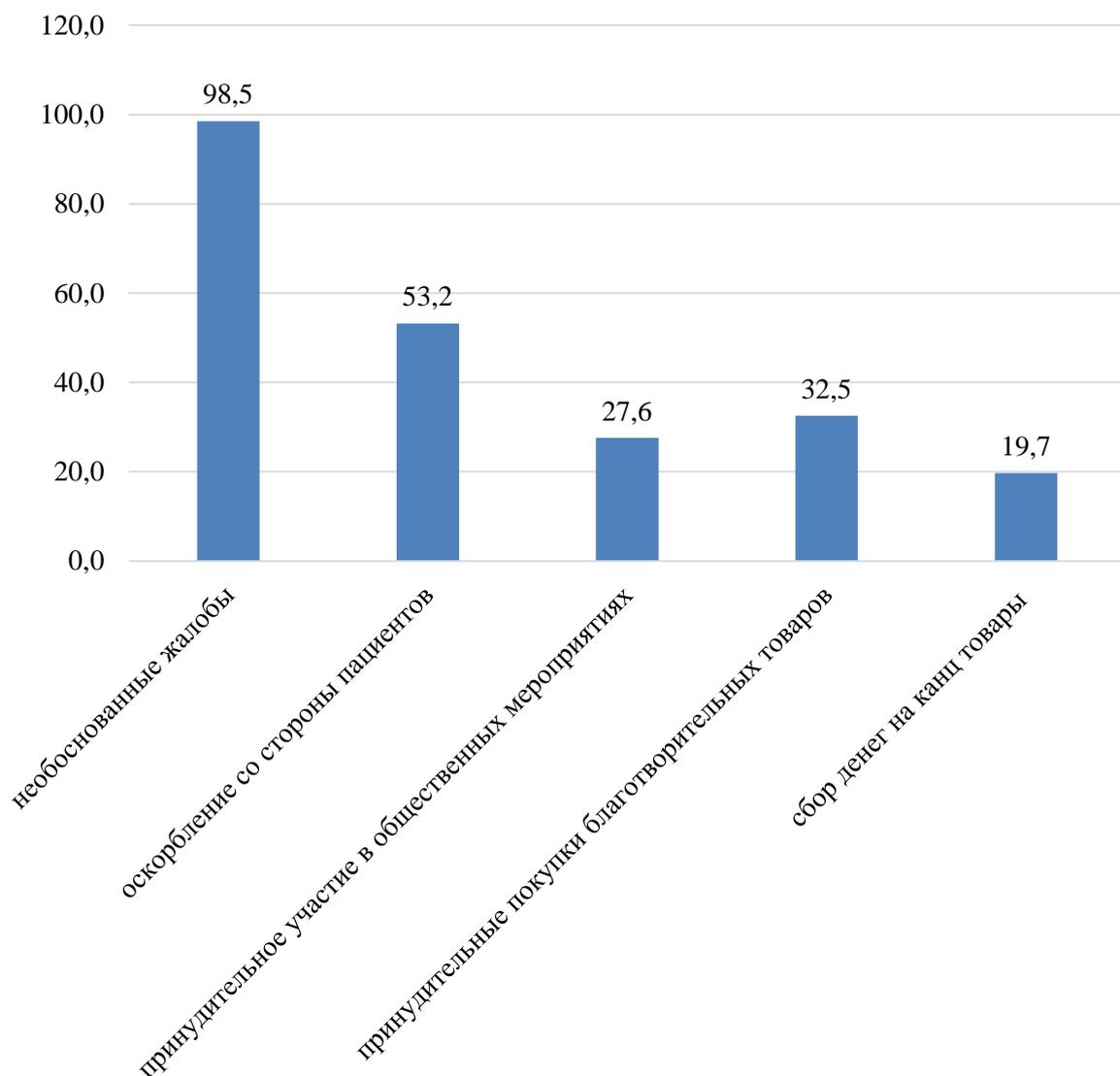


Рисунок 13 - Ситуации, определенные как ущемление прав ВТ/ВОП

Далее нами был проведен расчет корреляционных коэффициентов для определения наличия связи между чувством защищенности ВТ/ВОП и параметрами, определяющими правовое поле медицинского работника (таблица 6).

Установлено наличие прямой средней связи (0,66) между чувством защищенности и правовой грамотностью ВТ/ВОП, отрицательная сильная связь (-0,73) с количеством необоснованных жалоб со стороны пациентов и их

представителей, и прямая средняя связь (0,58) с поддержкой руководства МО. Также установлено, что переменные, характеризующие правовое поле слабо коррелируют между собой, что свидетельствует о незначительном присутствии мультиколлинеарности при построении регрессионной модели.

Таблица 6 - Показатели корреляционной связи между чувством защищенности ВТ/ ВОП и параметрами правового поля

Наименование	Правовая грамотность	Количество необоснованных жалоб за 1 год	Помощь администрации
Чувство защищенности	0,66245		
Чувство защищенности		-0,73844	
Чувство защищенности			0,584898

Учитывая, что чувство правовой защищенности является одним из факторов удовлетворенности трудом и КЖ, нами была разработана модель линейной регрессии зависимости чувства защищенности ВТ/ВОП от параметров правового поля:

$$\text{Чувство защищенности} = \beta_1 + \beta_2 * \text{Правовая грамотность} + \beta_3 * \text{Жалобы} + \beta_4 * \text{Поддержка МО}$$

Независимые переменные X1 «правовая грамотность», и X2 «поддержка со стороны МО» выражены в баллах по 100-бальной шкале Лайкерта. Независимая переменная X3 «количество необоснованных жалоб в год» выражено в абсолютных числах, указанных респондентами.

Результаты регрессионной модели представлены на рисунке 14.

Согласно рисунку 14, в модели отражено, что статистически достоверное значение имеют все переменные, включенные в линейную регрессию. Зависимость от переменной X1 - правовой грамотности имеет значение t-коэффициента эмпирического больше t-коэффициента критического при уровне достоверности 95% ($6,07 > 1,96$), при этом p-value < 0.05 (значительно меньше порогового значения), аналогично зависимость от переменной X2 - количество необоснованных жалоб имеет значение t-коэффициента эмпирического меньше t-коэффициента критического при уровне достоверности 95% ($-10.03 < -1,96$) с p-value < 0.05 значительно, от переменной X3 - поддержки МО значение t-коэффициента эмпирического меньше t-коэффициента критического при уровне достоверности 95% ($-2,04 < -1,96$), с p-value < 0.05 (0,04).

Регрессионная статистика								
Множественный R	0,794434938							
R-квадрат	0,631126871							
Нормированный R-квадрат	0,62556597							
Стандартная ошибка	4,780540764							
Наблюдения	203							
Дисперсионный анализ								
	df	SS	MS	F	Значимость F			
Регрессия	3	7781,20361	2593,734537	113,4936264	7,22066E-43			
Остаток	199	4547,86043	22,85357					
Итого	202	12329,064						
	Коэффициент	Стандартная ошибка	t-статистика	P-значение	Нижние 95%	Верхние 95%	Нижние 95,0%	Верхние 95,0%
Y-пересечение	18,57959336	3,20192626	5,802630001	2,54026E-08	12,26553392	24,893653	12,2655339	24,8936528
Переменная X 1	0,610714523	0,10050134	6,076680619	6,14344E-09	0,412530255	0,8088988	0,41253026	0,808898791
Переменная X 2	-2,460171787	0,24508831	-10,03789943	1,91217E-19	-2,94347528	-1,9768683	-2,9434753	-1,97686829
Переменная X 3	-0,076053894	0,03719263	-2,044864809	0,042184649	-0,149396138	-0,0027116	-0,1493961	-0,00271165

Рисунок 14 - Модель линейной регрессии чувства защищенности ВТ/ВОП

Полученные данные позволяют отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии влияния правовой грамотности, необоснованных жалоб и поддержки администрации МО на чувство правовой защищенности ВТ/ВОП. Коэффициенты регрессии демонстрируют, что увеличение осведомленности ВТ/ВОП о своих правах на 1% усиливает чувство защищенности на 6%. В то же время увеличение количества необоснованных жалоб на 1%, снижают чувство защищенности на 24%.

Находкой в данной модели явилось то, что усиление поддержки со стороны МО на 1% снижает чувство защищенности на 0,7%. Данная находка может свидетельствовать о низком уровне и малой эффективности поддержки со стороны администрации. Так, например, наличие комментариев в анкетах, заполненных ВТ/ВОП свидетельствовали, что в большинстве случаев необоснованных жалоб пациентов и оскорблений, врачи не нашли поддержки со стороны администрации МО, что по их мнению усугубляет ситуацию с безнаказанностью пациентов.

Таким образом, по данным анкетирования установлено, что средний возраст ВТ/ВОП составляет 37,75 лет. Коэффициенты корреляции между возрастом и наличием категории и стажа работы, составили 0,72 и 0,95 соответственно, что говорит о росте квалификации и стажа с возрастом. Установлено, что Коэффициент регрессии 2,3% показал, что с каждым годом (возраст, стаж) размер ЗП увеличивается на 2,3%. При этом, размер ЗП имел основное влияние на удовлетворенность трудом (коэффициент регрессии 33% при $p < 0.01$). Также по результатам опроса определен низкий уровень чувства правовой защищенности ВТ/ВОП (13,9%), его зависимость от правовой грамотности ВТ/ВОП, и профилактики необоснованных жалоб со стороны

пациентов. Основными условиями, неблагоприятно влияющими на продуктивность работы, являются транспортные проблемы (67%) и недостаточно удобное рабочее место (87%). Самыми неблагоприятными факторами в работе назван стресс, вызванный необоснованным недовольством пациентов (98%) и необходимость перерабатывать из-за плотного потока больных (96,1%).

3.2 Проведение оценки загруженности врача терапевта/ врача общей практики методом хронометража

В последние годы в отечественную систему здравоохранения активно вводятся информационные технологии, проводятся реформы в работе организаций ПМСП, увеличивается нагрузка на медицинских работников, в связи с чем было решено провести изучение реальной рабочей нагрузки с учетом изменений в деятельности врачей терапевтов/врачей общей практики поликлиник. Для определения количественных характеристик факторов, влияющих на качество жизни ВТ/ВОП были произведены замеры рабочего времени путем хронометражного наблюдения на участках ВТ/ВОП в двух поликлиниках г. Астана. Согласно приказу МЗ РК [151], участковый прием составляет половину рабочего времени (4 астрономических часа). Городские поликлиники (далее – ГП) являются МО с правом самостоятельного контроля бюджета, административное управление осуществляется акиматом г. Астана.

ГП №1 обслуживает 93 тыс. населения, ГП №4, ГП №5, ГП №11 – 100 тыс., 102 тыс., 105 тыс. соответственно (на момент проведения исследования с ноября 2018 по июнь 2019 гг.).

Режим работы ВТ/ ВОП распределен следующим образом:

- врачебный прием пациентов - 4 часа (16 пациентов согласно записи в амбулаторной информационной системе - АИС); активное посещение на дому – 3 часа 50 минут (8-10 пациентов в зависимости от количества вызовов, фиксированных в АИС).

Помимо работы с пациентами, необходимо выделить время для подготовки медицинской документации для экспертизы (МСЭК, отчеты по программе управления заболеваниями, отчеты о скринингах, санаторные карты, справки о смерти и т.д.) - 12 часа.

Услуги, выполняемые ВТ/ВОП в полном объеме представлены в Приложении Д.

Согласно приказу, на 1 участке прикреплено 1700 человек [151]. Каждый участок имеет штат – 1 врач общей практики и 3 медицинские сестры ВТ/ВОП. На обслуживание одного пациента на приеме предусмотрено 15 мин, на обслуживание пациентов на дому – 30 мин. Запись пациентов на прием ведется в амбулаторной информационной системе (далее – АИС).

Для определения распределения рабочего времени проведены замеры хронометража в утренние (08.00-12.00), дневные (12.00-16.00) и вечерние (16.00-20.00) часы приема ВТ/ВОП в ГП №1 и ГП №5. Выбор МО обусловлен характеристиками прикрепленного населения, а именно ГП №1 обслуживает

население, с высокой плотностью проживания в черте города в многоквартирных благоустроенных домах; ГП №5 обслуживает население, проживающее в частном секторе, в домах с частичными удобствами, участки имеют большие территории за счет низкой плотности проживания.

Учитывая критерий, по которому ВТ/ВОП должен занимать 1,0 ставки, мы идентифицировали, и получили согласие на проведение аудиохронометража на 1 участке в каждой МО.

Врачи, участвовавшие в хронометражном наблюдении, имели следующие характеристики:

Городская поликлиника №1:

1. Женщина, возраст 36 лет, замужем, стаж работы по специальности «врач-терапевт» - 10 лет, высшая квалификационная категория, стаж работы по специальности «врач общей практики» - 2 года, категории нет. Вела прием ВОП.

2. Женщина, возраст 31 год, замужем, стаж работы по специальности «врач-терапевт» - 2 года, стаж работы по специальности «врач общей практики» - 5 лет, первая квалификационная категория. Вела прием ВОП.

Городская поликлиника №5:

1. Женщина, возраст 27 лет, замужем, стаж работы по специальности «врач общей практики» - 4 года, категории нет. Вела прием ВОП.

2. Женщина, возраст 52 года, замужем, стаж работы по специальности «врач-терапевт» - 19 лет, высшая квалификационная категория, стаж работы по специальности «врач общей практики» - 5 лет, первая квалификационная категория. Вела прием ВОП.

Всего хронометражных наблюдений проведено 11 - по 5 и 6 в каждой МО. В ГП №1 проведены по 2 наблюдения в каждую смену. В ГП №5 проведены наблюдения: 2 - в утреннюю смену, 2 - в дневную смену, 1 - в вечернюю смену. Нами проведены расчеты основных средних показателей приема пациентов.

Определено минимальное и максимальное время каждой процедуры ВТ/ВОП, среднее время приема и среднее количество пациентов за 1 прием, и среднее время, уделенное 1 пациенту.

Установлено, что ни один прием не продолжался ровно 4 часа, переработки составили 1,7-15,8%, количество пациентов превышало текущий норматив на 12,5-36,2%.

Пациенты, принятые вне текущей записи, структурированы нами в следующие категории:

- пациенты, с обострением хронических заболеваний, не пожелавшие ожидать очередной свободной записи;

- пациенты, требующие направления на консультации специалистов, клинико-диагностические исследования (далее - КДЛ), минуя лист ожидания.

Данные по времени и месту хронометража приведены в таблице 7.

Таблица 7 - Количественные показатели участкового приема пациентов

Наименование	ГП №1 (2 участка- 5 наблюдений)			ГП №5 (2 участка- 6 наблюдений)		
	среднее количество пациентов	среднее время приема	среднее время на 1 пациента	среднее количество пациентов	среднее время приема	среднее время на 1 пациента
Утренний прием	21,8 (+36,2%)	4 часа 34 мин (+14,2%)	12,5 мин	22,2 (+36,25%)	4 часа 38 мин (+15,8%)	12,5 мин
Дневной прием	20,2 (+26,2%)	4 часа 16 мин (+6,67%)	12,6 мин	20,2 (+26,25%)	4 часа 16 мин (+7,5%)	12,8 мин
Вечерний прием	18 (+12,5%)	4 часа 06 мин (+2,5%)	13,7 мин	17,5 (+12,5%)	4 часа 04 мин (+1,7%)	13,9 мин

Качественные характеристики пациентов (абсолютное количество за смену) представлены на рисунке 15.

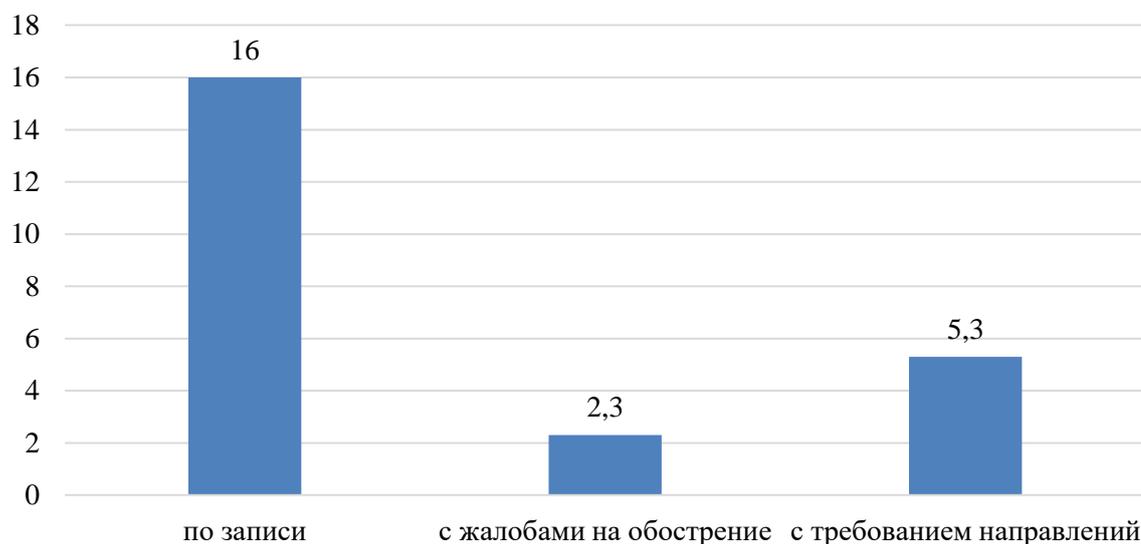


Рисунок 15 - Качественные характеристики пациентов, установленные во время хронометража участкового приема

Установлено, что во всех случаях приема вне записи пациенты имели намерение подать жалобу на врача в администрацию МО, либо письменно и в Call- центры вышестоящих организаций здравоохранения.

Полученные данные позволили нам составить структуру приема врача терапевта/ врача общей практики по основным операциям и деятельности.

Основные обязанности включали: опрос, осмотр, изучение и заполнение медицинской документации, назначения диагностических, лечебных и профилактических процедур.

К вспомогательным действиям отнесены следующие: разъяснение пациенту (его представителю) изменения правил госпитализации; разъяснение пациенту (его представителю) реформ по развитию стационарозамещающих

технологий; разъяснение пациенту (его представителю) о труднодоступности определенных медицинских услуг, а также об объеме гарантированного объема бесплатной медицинской помощи (ГОБМП), вне которого процедуры являются платными либо на условиях медицинского страхования.

Согласно полученным данным проведен расчет долей основного и вспомогательного времени, представленный на рисунке 16.

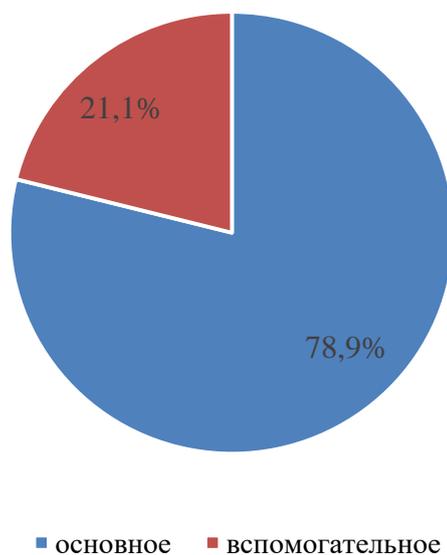


Рисунок 16 - Структура времени участкового приема пациентов

Время участкового приема отведено для непосредственной работы с пациентами, вместе с тем в обязанности ВТ/ВОП входит заполнение отчетной документации (Приложение Д). Для проведения данной работы в МО не предусмотрено отдельного помещения, с наличием компьютеров и другой организационной техники. Вследствие этого, большую часть бумажной работы ВТ/ВОП забирают домой, что также способствует их повышенной загруженности.

Таким образом, установлено, что одну пятую времени приема ВТ/ВОП занимает разъяснительная работа по организации оказания медицинских услуг. Согласно действующему Стандарту оказания ПМСП, алгоритм действий во время приема не предусматривает данные действия, и следовательно, не учитывает время на их проведение [149]. Также во время наблюдения определено, что вспомогательные действия, а именно разъяснения, значительно снижают намерения пациентов жаловаться в вышестоящие инстанции.

Следовательно, одна пятая времени участкового приема проходит под психологическим давлением со стороны пациентов. Ситуации, в которых имело место давление на врача, были структурированы нами в таблице 8.

Таблица 8 - Причины потенциальных жалоб пациентов по данным хронометража

Причины жалоб пациентов	ГП №1 (2 участка - 5 наблюдений)		ГП №5 (2 участка - 6 наблюдений)	
	Число жалоб	Процент жалоб	Число жалоб	Процент жалоб
Длительное ожидание консультации профильного специалиста или услуги КДЛ	16,0	26,7%	15,0	25,0%
Требование госпитализации в круглосуточный стационар без экстренных показаний	4,0	6,7%	5,0	8,3%
Требование назначения дополнительно, не входящего в протокол диагностики и лечения по данному заболеванию	4,0	6,7%	4,0	6,7%
Общий итог по организации	24,0	40,0%	24,0	40,1%

Таким образом, хронометраж и анкетный опрос показали, что ВТ/ ВОП работают ненормированное время с переработками составляющими 1,7-15,8% от рабочего времени. Удлинение времени приема связано с необходимостью принимать дополнительно пациентов вне записи, по неотложным показаниям, а также со сбоями и длительными сессиями в информационных системах из-за серверных перегрузок.

3.3 Оценка качества жизни врача терапевта/врача общей практики с использованием универсального опросника SF-36

Исследование КЖ проведено для отражения субъективного восприятия респондентами своего функционирования, без акцентуализации факторов внешней и внутренней среды. Согласно литературным данным, моральный климат и физическое здоровье во многом определяет продуктивность на рабочем месте [67, р. 3803-1-3803-14; 89, р. S41]. Опросник SF-36 позволяет рассмотреть степень физического и психологического здоровья, оцененного самими респондентами.

Было проведено анкетирование ВТ/ВОП с помощью опросника SF-36 (таблица 9).

Опрос проводился персонально в г. Нур-Султан, и дистанционно в городах Актобе, Шымкент, Кокшетау, Павлодар. Всего распространено 300 анкет, коэффициент эффективности составил 64 %, 203 анкеты были заполнены правильно и признаны валидными.

Средний балл опросника составил 58,2%, индексированный показатель SF-6D равен 71,8%. Из компонентов физического здоровья, шкала PF (физическое функционирование), составила 63,2%, что указывает на достаточную физическую активность респондентов; уровень ролевого функционирования (RP) составил 61,8%, то есть наблюдается некоторое влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работа, повседневные обязанности). Шкала физической боли (BP) показала

отметку 55,7%, что свидетельствовало о наличии среднего уровня болевого болевых ощущений у респондентов. При этом и оценка общего состояния здоровья (GH) оказалась умеренной (62,6%), что вероятно связано с наличием у медицинских работников проблем со здоровьем (хронические заболевания).

Таблица 9 - Результаты SF-36 ВТ/ ВОП

Шкалы	Компонент здоровья	Средний балл	Стандартное отклонение	Медиана	Коэффициент вариации
Физическое функционирование (PF)	Физический= 45,74	63,2	19,5	63	0,31
Рольевые ограничения вследствие физических проблем (RP)		61,8	24,0	50	0,39
Физические боли (BP)		55,7	21,2	52	0,38
Восприятие общего состояния здоровья (GH)		62,6	18,1	60	0,29
Энергичность жизнеспособность (VT)	Психологический= 42,44	55,8	13,8	55	0,25
Социальное функционирование (SF)		53,8	18,8	60,5	0,35
Рольевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE)		53,3	34,3	66,7	0,55
Психическое здоровье (MH)		59,1	9,0	60	0,16
SF-6D (индексированный)	71,8		4,9		

Составляющая психологический компонент здоровья: шкала жизнеспособности/ энергичности (VT) показала уровень 55,8%, на что указывали некоторое утомление, снижение жизненной активности. SF-показатель социального функционирования с результатом 53,8% характеризует ограничение социальных контактов, снижение уровня общения. Рольевое эмоциональное функционирование (RE) составило 53,3%, что свидетельствовало о повышенном влиянии эмоций на работу, общее ухудшение эмоционального состояния. Относительно низкий балл для представителей медицинской профессии 59,61% показала шкала психологического здоровья (MH). Такие показатели могут свидетельствовать о психологическом неблагополучии, наличии тревожных, депрессивных состояний, отсутствии положительных эмоций и настроения. Обращает внимание, что среднее суммарное значение психологического компонента здоровья (42, 44) на 3,0% ниже, чем физического (45, 47), что свидетельствует о роли эмоциональной напряженности труда медицинских работников поликлиники.

В медианных значениях все домены >50 , при этом восприятие физического здоровья имеет ровно 50 баллов. Таблица 9 показывает описательную статистику восьми доменов SF-36.

Затем, нами проведен дисперсионный анализ показателей всех респондентов для определения статистической значимости различий результатов SF-36 (таблица 10).

Установлено, что имеющиеся различия значимы, что говорит о необходимости проведения корреляционного и регрессионного анализов для идентификации характеристик, создающих данные различия.

Таблица 10 - Статистическая значимость различий показателей SF-36 всех участников исследования

Дисперсионный анализ						
<i>Источник вариации</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>F критическое</i>
Между группами	144797,3	202	716,8184	1,521769	1,82212E-05	1,185980962
Внутри групп	573730,1	1218	471,0427			
Итого	718527,4	1420				

Проведен корреляционный анализ зависимости возраста ВТ/ВОП и общего показателя качества жизни SF-6D. Ожидаемо, коэффициент корреляции Пирсона составил (-0,7), что отражает обратную среднюю связь между характеристиками, то есть качество жизни ВТ/ВОП снижается с возрастом.

Анализируя график распределения шкал качества жизни по возрастным группам, мы выявили значительный разброс показателей, характеризующих физический и психологический компоненты здоровья.

Самые высокие баллы по шкалам опросника наблюдались у респондентов 30-39 лет, что соответствует более высокому качеству жизни медицинских работников в данной возрастной группе. При этом в самой молодой группе опрошенных сотрудников поликлиники (20-29 лет) качество жизни оказалось низким. Шкалы опросника в возрастной группе 40-49 лет также оказались низкими. Качество жизни в возрастной категории работников здравоохранения 50-59 и 60-69 лет достаточно высоко.

Учитывая различные характеристики участников опроса, нами проведен многофакторный дисперсионный анализ различия результатов анкетирования согласно данным параметрам. Несмотря на то, что врачи-мужчины составили 7,4 %, возможные гендерные различия в результатах опроса также включены в анализ (таблица 11).

Согласно таблицы 11, при достоверности 95%, в зависимости от возраста ВТ/ВОП имеются статистически значимые различия в домене ролевых ограничений эмоций, что говорит о влиянии возраста на эмоциональное состояние, которое мешает выполнению работы и/или другой повседневной деятельности. Установлено, что различия, связанные с полом ВТ/ВОП и не имеют статистической значимости. Семейный статус определил значимость

различий в трех доменах, таких как физическое функционирование, ролевые ограничения вследствие физических проблем и психическое здоровье.

Таблица 11 – Статистическая значимость различий доменов доменов SF-36 в зависимости от пола и возраста

Признаки шкалы	Возраст		Пол		Семейный статус	
	F	p-value	F	p-value	F	p-value
Физическое функционирование (PF)	0,216	0,929	0,477	0,491	9,363	0,000
Ролевые ограничения вследствие физических проблем (RP)	0,362	0,835	3,287	0,051	2,963	0,033
Физические боли (BP)	0,058	0,994	0,041	0,840	0,058	0,994
Восприятие общего состояния здоровья (GH)	0,152	0,962	0,207	0,650	1,561	0,200
Энергичность/ жизнеспособность (VT)	0,569	0,686	0,038	0,846	0,684	0,563
Социальное функционирование (SF)	0,481	0,750	0,146	0,703	1,383	0,249
Ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE)	2,624	0,036	2,007	0,158	0,904	0,440
Психическое здоровье (MH)	1,602	0,175	2,092	0,150	2,359	0,043

Проведенный корреляционный анализ в данных доменах в зависимости от признака показал, что коэффициент Пирсона при зависимости ролевых ограничений эмоций от возраста VT/ВОП составил (-0,24), что говорит о наличии обратной слабой связи и снижении эмоционального фона с возрастом.

Далее рассчитаны коэффициенты корреляции для статистически значимых различий в зависимости от семейного положения VT/ВОП (таблица 12).

Из таблицы 12, видно, что коэффициенты корреляции указывают на наличие слабых связей (R-стремиться к нулю), что говорит о минимальном влиянии семейного статуса на качество жизни VT/ ВОП.

Таким образом, социальные характеристики врачей не имеют существенного влияния на качество их жизни. Независимо от возраста, пола, семейного положения показатели физического здоровья составили в среднем 45,74 балла, психического здоровья 42,44 балла.

Таблица 12 - Показатели корреляционной связи между доменами качества жизни и семейного положения ВТ/ВОП

Семейный статус	Физическое функционирование (PF)	Рольевые ограничения вследствие физических проблем (RP)	Психическое здоровье (MH)
Семейные	0,09	-0,03	-0,09
Холостые	-0,21	-0,01	0,00
Разведенные	0,24	0,16	0,14
Вдовы	0,09	0,16	0,14

Далее, нами проведен сравнительный анализ индексированных показателей SF-36 с результатами опроса по разработанной нами анкете. Рассчитаны коэффициенты корреляции показателей домена физического здоровья в зависимости от вида транспорта до работы, неблагоприятных факторов и нагрузки, указанных в анкете. В результате коэффициент Пирсона составил (0,12), (-0,27), (-0,24) соответственно (таблица 13). Несмотря на то, что коэффициенты показывают слабое влияние данных показателей на физическое здоровье, корреляционная связь присутствует и характеристики должны быть учтены при разработке рекомендаций.

Таблица 13 - Показатели корреляционной связи между физическим здоровьем ВТ/ ВОП и указанными характеристиками

Наименование	Транспорт	Вредные факторы	Нагрузка
<i>Физическое здоровье</i>	0,12	-0,27	-0,24

Затем, нами проведен регрессионный анализ зависимости физического здоровья ВТ/ ВОП от нагрузки, вредных факторов, вида транспорта до работы.

$$\text{Физ. здоровье} = \beta_1 + \beta_2 * \text{транспорт} + \beta_3 * \text{вр. факторы} + \beta_4 * \text{нагрузка}$$

Результаты корреляционного и регрессионного анализа представлены в таблице 14.

Таблица 14 - Коэффициенты регрессионного анализа зависимости физического здоровья ВТ/ВОП от указанных характеристик

Наименование	Коэффициенты	Стандартная ошибка	t-статистика	p-value
Транспорт	0,0301	0,0207	1,4557	0,1470
Вредные факторы	-0,7682	0,2157	-3,5616	0,0005
Нагрузка	-0,1407	0,0461	-3,0508	0,0026

В результате регрессионного анализа (таблица 14), коэффициент вида транспорта до работы при уровне значимости 95% имеет доверительный интервал больше 5% ($p\text{-value} > 0,05$), что не позволяет нам отвергнуть нулевую гипотезу, которая утверждает, что улучшение вида транспорта на 1 единицу (общественный транспорт на служебный автобус) не оказывает влияния на показатели физического здоровья. Коэффициенты количества вредных факторов и рабочей нагрузки имеют доверительный интервал ($p\text{-value} < 0,05$), что также позволило нам отвергнуть нулевую гипотезу об отсутствии влияния на физическое здоровье ВТ/ВОП данных характеристик.

Увеличение количества вредных факторов (нерациональное питание, стрессы и т.д.) на 1 единицу, снижают показатели физического здоровья на 76%. Увеличение рабочей нагрузки на 1 %, снижает физическое здоровье ВТ/ВОП на 14%.

Нами рассчитан коэффициент корреляции показателей домена психологического здоровья в зависимости от нагрузки ВТ/ВОП, степени удовлетворенности работой и общего показателя чувства правовой защищенности ВТ/ВОП (раздел 4 разработанной анкеты). Определено, что коэффициент влияния транспорта стремится к нулю, из чего следует отсутствие корреляционной связи между психологическим здоровьем и видом транспорта до работы. Тогда как наличие прямой слабой связи между психологическим состоянием здоровья и рабочей нагрузкой (0,10) говорит о слабом влиянии рабочих нагрузок.

Также прямая слабая связь установлена между психологическим здоровьем и чувством защищенности ВТ/ВОП (0,10), что подтвердило слабое влияние данной характеристики. Коэффициент корреляции удовлетворенности трудом показал наличие прямой средней связи (0,30), указывающей на существенное влияние чувства удовлетворенности работой на психологическое состояние здоровья ВТ/ВОП (таблица 15).

Таблица 15 - Показатели корреляционной связи между психологическим здоровьем ВТ/ВОП и указанными характеристиками

Наименование	Транспорт	Нагрузка	Удовлетворенность трудом	Защищенность
Психологическое здоровье	-0,06	0,10	0,30	0,10

Для определения силы влияния характеристик нами построена регрессионная модель зависимости психологического здоровья ВТ/ВОП от указанных характеристик.

$$\text{Псих.здоровье} = \beta_1 + \beta_2 * \text{транспорт} + \beta_3 * \text{нагрузки} + \beta_4 * \text{удовлетворенность трудом} + \beta_5 * \text{чувство защищенности}$$

В результате регрессионного анализа (таблица 16) установлено, что коэффициент вида транспорта до работы при уровне значимости 95% как и в случае физического здоровья имеет доверительный интервал больше 5% ($p\text{-value} > 0,05$), что не позволило нам отвергнуть нулевую гипотезу, которая утверждает, что улучшение вида транспорта на 1 единицу (общественный транспорт на служебный автобус) не оказывает влияния.

Таблица 16 - Коэффициенты регрессионного анализа зависимости психологического здоровья ВТ/ ВОП от указанных характеристик

Наименование	Коэффициент	Стандартная ошибка	t- статистика	p- value
Транспорт	- 0,02	0,02	- 1,11	0,27
Нагрузка	- 0,12	0,01	- 1,41	0,05
Удовлетворенность трудом	0,24	0,11	4,56	0,00
Защищенность	0,19	0,04	2,10	0,04

Коэффициенты рабочей нагрузки, чувства удовлетворенности трудом, чувства правовой защищенности имеют доверительный интервал ($p\text{-value} < 0,05$), что позволило нам отвергнуть нулевую гипотезу о том, что данные характеристики не имеют влияния на психологическое здоровье ВТ/ ВОП. Тогда как увеличение рабочей нагрузки на 1%, снижает психологическое здоровье на 12%. Также увеличение чувства удовлетворенности трудом повышает психологическое здоровье на 24%, а увеличение чувства правовой защищенности на 1% увеличивает его на 19%.

Таким образом, среднее индексированное значение SF-36 составил 0,71 при средних значениях физического и психологического компонента 45,74 и 42,44 соответственно. Значимость различий обусловлена влиянием характеристик на отдельные домены качества жизни. Корреляционный коэффициент возраст и ролевых ограничений эмоций составил (- 0,24). Установлено, что пол и семейное положение ВТ/ВОП не оказывают влияния на различия показателей. Увеличение количества вредных факторов и рабочей нагрузки снижают физическое здоровье ВТ/ВОП на 76 и 14% соответственно. Психологическое здоровье показало улучшение на 24 и 19% при увеличении на 1% чувства удовлетворенности трудом и чувства правовой защищенности соответственно, и снижение на 12% при увеличении рабочей нагрузки на 1%.

Неудовлетворительные показатели психологического и физического компонентов здоровья, предполагает принятие соответствующих организационных и личностных решений, учитывая возрастные особенности и социальный статус. Полезные меры для улучшения общего психического здоровья и повышения устойчивости медицинских работников, такие как отдых, тренинги и лекции по стрессу и управлению временем, внедрение наставничества. Такие меры и вмешательства могли бы помочь предотвратить нарушения психического здоровья, уменьшить стрессовые и негативные явления в работе, тем самым улучшить психологический компонент качества

жизни, повысить производительность труда, а также улучшить личное и профессиональное развитие.

3.4 Оценка уровня эмоционального выгорания врача терапевта/врача общей практики с использованием опросника Бойко

Результаты анкетирования для выявления СЭВ были структурированы согласно трем фазам эмоционального выгорания – напряжения, резистенции и истощения. Учитывая, что эмоциональный фон определяется возрастом, полом, особенностями работы, результаты были структурированы в соответствие с данными характеристиками [77, р. 147-150; 98, р. 833-840; 113, р. 653-660]. Таблица 17 представляет средние значения фаз СЭВ с формирующими их симптомами.

Таблица 17 - Фазы СЭВ по возрасту ВТ/ВОП

Возраст	Напряжение				Резистенция				Истощение			
20-29 лет	11,4	8,4	7,5	10,9	14,0	15,3	16,2	14,5	11,0	10,5	11,8	11,7
30-39 лет	15,8	17,5	18,7	17,7	24,0	20,1	20,4	18,5	13,0	12,5	14,4	11,7
40-49 лет	13,5	12,3	11,3	11,9	16,1	17,4	16,6	18,1	7,0	10,1	6,8	9,3
50-59 лет	14,9	16,1	14,9	16,9	21,9	18,7	20,6	21,3	6,8	10,3	5,3	8,6
60-69 лет	7,8	3,8	4,0	5,8	14,2	15,0	10,8	14,2	14,6	19,0	17,6	19,2

Нами проведен факторный анализ зависимости фаз СЭВ от возраста ВТ/ВОП (таблица 18).

Определено, что при уровне достоверности 95%, различия между значениями фаз СЭВ в зависимости от возраста ВТ/ВОП являются значимыми.

Таблица 18 - Статистическая значимость различий значений фаз СЭВ

Фазы СЭВ	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>F критическое</i>
Фаза напряжения	28,87291	6,28E-19 (0,00)	2,417028
Фаза резистенции	13,93605	4,92E-10 (0,00)	2,417258
Фаза истощения	8,743829	1,6E-07 (0,00)	2,25901

Графически преобладание одной из фаз СЭВ в зависимости от возраста представлено на рисунке 17.

Как видно на рисунке 17, фаза резистенции ярко выражена у всех врачей независимо от возраста, что говорит об их осознании наличия частых стрессовых ситуаций и их желании ограничить свои реакции в ответ на раздражающие действия. Находкой исследования считается, что у молодых врачей начальная фаза напряжения выражена в меньшей степени и преобладает фаза истощения. У врачей среднего и старшего возраста преобладает фаза сопротивления. Данный результат предполагает, что наибольший отток из специальности терапевта (ВОП) в профильные узкие специалисты происходит на рубеже 29- 30 лет. У врачей, оставшихся в специальности после 30 лет,

происходит адаптация с хроническим равным балансированием фаз напряжения и истощения.

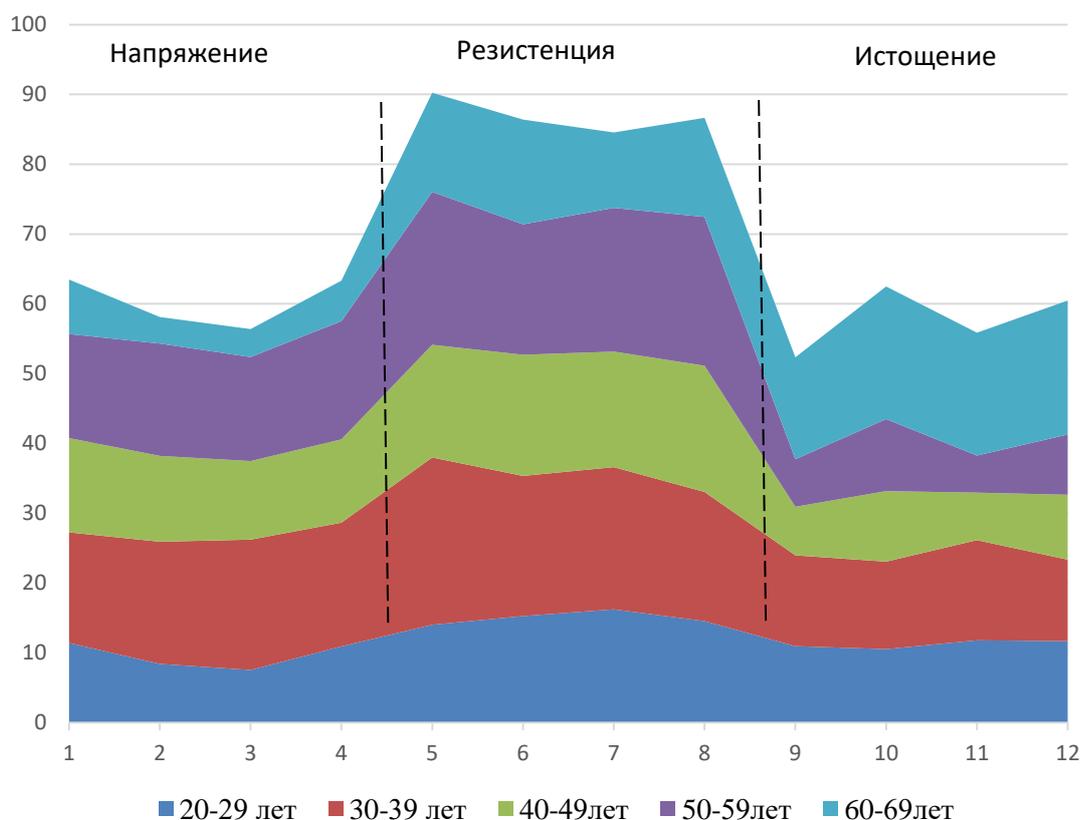


Рисунок 17 - Фазы СЭВ в зависимости от возраста ВТ/ВОП

Далее проведен анализ гендерных различий фаз СЭВ. Установлена статистическая значимость различий средних показателей симптомов СЭВ при уровне достоверности 95% (таблица 19).

Таблица 19 - Гендерные различия фаз СЭВ у ВТ/ ВОП

Пол	Напряжение				Резистенция				Истощение			
	Мужчины	11,9	12,5	9,7	10,9	3,8	3,2	2,2	3,9	16,1	13,0	17,3
Женщины	12,9	11,9	11,9	12,9	20,9	20,0	19,6	19,9	9,0	12,2	10,6	12,0
Дисперсионный анализ												
Источник вариации	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p- value</i>	<i>F критическое</i>						
Между группами	113,2	1,0	113,2	4,54	0,044551431	4,300949502						

Графически гендерные различия фаз СЭВ представлены на рисунке 18.

Исходя из рисунка 18, установлено, что у мужчин фазы напряжения и истощения более выражены, чем у женщин. Фаза сопротивления больше выражена у врачей-женщин, что говорит о лучшем сдерживании эмоционального ответа на раздражители.

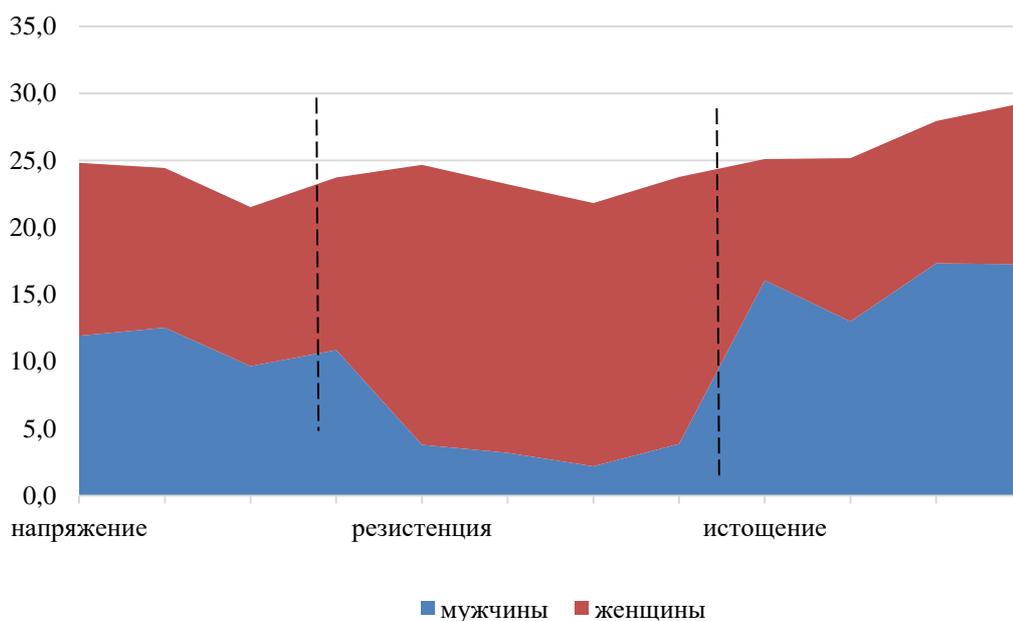


Рисунок 18 – Фазы СЭВ в зависимости от пола ВТ/ВОП

Далее рассмотрены различия фаз СЭВ в зависимости от семейного статуса с проведением дисперсионного анализа для определения значимости различий (таблица 20).

Таблица 20 - Фазы СЭВ ВТ/ ВОП в зависимости от семейного статуса

Семейный статус	Напряжение				Резистенция				Истощение			
	Семейные	15,3	16,2	14,8	16,9	21,4	17,4	20,6	20,2	11,1	10,1	16,1
Холостые	19,4	18,1	16,8	21,8	15,7	18,8	17,7	18,5	24,7	29,0	25,5	27,3
Разведенные	14,2	12,4	11,3	13,9	17,3	17,6	17,1	17,0	11,3	21,8	21,3	18,7
Вдовы	13,2	16,1	21,4	20,0	26,6	20,7	23,2	18,7	14,5	10,8	16,1	14,4
<i>Дисперсионный анализ</i>												
<i>Источник вариации</i>	<i>SS</i>	<i>df</i>	<i>MS</i>	<i>F</i>	<i>p-value</i>	<i>F критическое</i>						
Между группами	200,4	3,0	66,8	4,011892	0,013118227	2,816465817						
Внутри групп	732,5	44,0	16,6									

Установлено, что семейные имеют менее выраженную фазу истощения в отличие от других групп, тогда как самый высокий показатель напряжения имеют респонденты холостые. Также холостые респонденты показывают самый высокий уровень эмоциональной истощенности. Фазы напряжения и резистенции сбалансированы равномерно независимо от семейного статуса. Коэффициент дисперсионного анализа F больше критического уровня, что говорит о значимости различий между сравниваемыми группами. Графическое изображение представлено на рисунке 19.

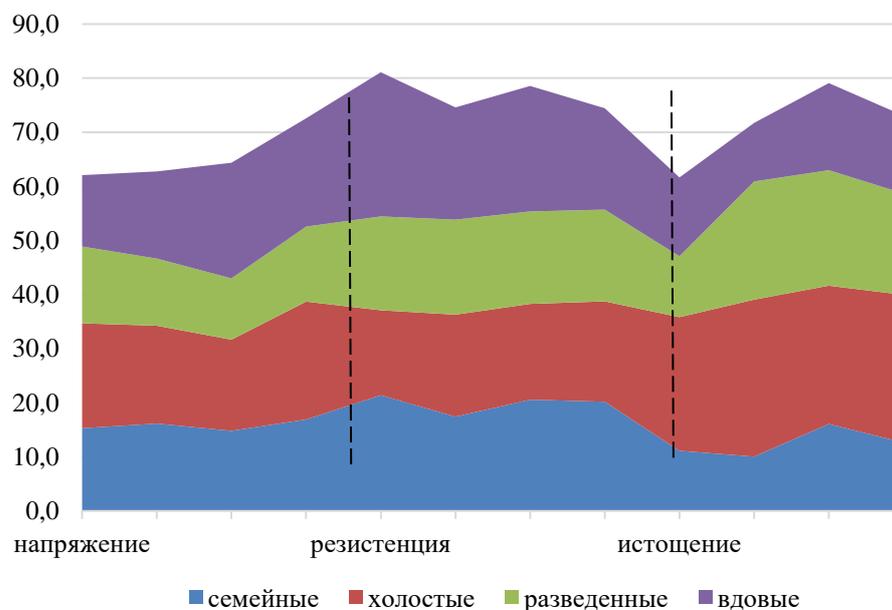


Рисунок 19 - Фазы СЭВ в зависимости от семейного статуса ВТ/ВОП

При уровне достоверности 95% различия значений фаз СЭВ в зависимости от семейного статуса являются значимыми.

Учитывая, что развитие СЭВ непосредственно влияет на эмоциональное здоровье, нами проведен корреляционный анализ доменов физического, эмоционального и общего здоровья со всеми составляющими симптомами СЭВ (таблица 21).

Корреляционный анализ показал, что фазы СЭВ имеют различное влияние на КЖ ВТ/ВОП, а именно коэффициенты корреляции между физическим, психологическим и общим доменами КЖ и симптомами фазы напряжения составили (-0,31), (-0,40), (-0,24) соответственно, что говорит о наличии обратной средней связи, что повышение уровня фазы напряжения снижает КЖ умеренно. Коэффициенты корреляции между физическим, психологическим и общим доменами КЖ и симптомами фазы резистенции составили (-0,02), (0,05), (0,07) соответственно, что говорит о наличии обратной слабой связи, и что симптомы этой фазы мало влияют на составляющие КЖ. Коэффициенты корреляции между физическим, психологическим и общим доменами КЖ и симптомами фазы истощения составили (-0,05), (-0,16), (-0,15) соответственно, что также говорит о наличии обратной слабой связи и малом влиянии истощения на КЖ.

Таблица 21 - Показатели корреляционного анализа доменов качества жизни и составляющих симптомов СЭВ

Наименование	Физ. здоровье	Псих. здоровье	SF-6D
1	2	3	4
Переживание психотравмирующих обстоятельств	-0,01	-0,12	0,01
Неудовлетворенность собой	-0,34	-0,27	0,06
Чувство «загнанности в клетку»	-0,12	-0,08	0,03
Тревога и депрессия	-0,10	-0,13	0,03
<i>Напряжение</i>	<i>-0,31</i>	<i>-0,40</i>	<i>-0,24</i>
Неадекватное избирательное эмоциональное реагирование	-0,19	-0,05	0,07
Эмоционально-нравственная дезориентация	-0,21	-0,01	-0,02
Расширение сферы экономии эмоций	-0,11	-0,05	0,06
Редукция профессиональных обязанностей	-0,14	-0,14	0,08
Резистенция	-0,02	0,05	0,07
Эмоциональный дефицит	-0,01	-0,07	0,06
Эмоциональная отстраненность	0,03	-0,11	0,03
Личностная отстраненность (деперсонализация)	0,08	-0,01	0,07
Психосоматические и психовегетативные нарушения	0,02	-0,01	0,01
<i>Истощение</i>	<i>-0,05</i>	<i>-0,16</i>	<i>-0,15</i>
СЭВ	-0,05	-0,09	-0,09

Таким образом, выявлено наличие формирования СЭВ у врачей терапевтов/врачей общей практики участковой службы поликлиники. Фаза резистенции выражена у ВТ/ВОП независимо от возраста, что может свидетельствовать об осознании ими возникновения частных стрессовых ситуаций, и желании ограничить ответную реакцию на данный фактор. В зависимости от возраста фазы СЭВ варьируют с преобладанием фазы сопротивления у врачей среднего возраста, и фазы истощения у врачей более старшего возраста. У врачей молодого возраста все фазы СЭВ имеют большие значения, что позволяет сделать вывод, что именно молодые врачи подвержены СЭВ, при этом фаза напряжения выражена в меньшей степени, нежели фаза истощения. В то время как у врачей старшего и среднего возраста, сформированы защитные механизмы, выраженные симптомами фазы сопротивления и резистенции. У врачей мужчин выражены начальные и конечные стадии СЭВ, что говорит об их большей подверженности СЭВ. Также определено, что в целом врачи терапевты/врачи общей практики менее подвержены эмоциональному истощению по сравнению с другими фазами выгорания. Наличие СЭВ имеет влияние на качество жизни ВТ/ВОП, состояние в фазе напряжения снижает физическое, эмоциональное и общее здоровье (обратная средняя связь (-0,31), (-0,40), (-0,24) соответственно). Состояние в

фазе резистенции слабо коррелирует со значениями качества жизни (корреляционные коэффициенты (-0,02), (0,05), (0,07) соответственно). Фаза истощения имеет обратное слабое влияние на психологическое и общее здоровье – (- 0,16), (- 0,15) соответственно.

4 ОЦЕНКА ВНЕШНЕГО ОКРУЖЕНИЯ ВРАЧА ТЕРАПЕВТА/ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ PEST-АНАЛИЗА

Для рассмотрения политической составляющей, нами проведен анализ нормативных правовых актов Республики Казахстан, регулирующих деятельность системы здравоохранения, в частности врачей терапевтов/врачей общей практики. Нормативные правовые акты для каждого раздела рассмотрены в порядке иерархии.

Основой для деятельности организаций здравоохранения является Конституция Республики Казахстан, где установлено право каждого гражданина на сохранение здоровья [155].

4.1 Контент-анализ нормативных и правовых актов, регулирующих деятельность врачей терапевтов/врачей общей практики на уровне поликлиники, как политический компонент PEST-анализа

Согласно проведенному анализу, статус ПМСП как одного из видов оказания медицинской помощи, определен в Кодексе о Здравоохранении РК (далее - Кодекс) [156, 157]. Здесь же определены принципы Государственной политики в области здравоохранения, такие как доступность и обеспечение равенства прав граждан на получение безопасной, эффективной и качественной медицинской помощи. Особо отмечено о солидарной ответственности государства, работодателей и граждан за сохранение и укрепление индивидуального и общественного здоровья.

В Статье 6 Главы 2 определена компетенция Правительства Республики Казахстан как основного разработчика направлений государственной политики в области здравоохранения. Министерство здравоохранения, как уполномоченный орган, разрабатывает мероприятия по реализации государственной политики в области здравоохранения и формирует единый перспективный план развития инфраструктуры здравоохранения (Ст. 7, пункт 1). Кроме того, МЗ РК осуществляет координацию и методическое руководство местных исполнительных органов в области здравоохранения, разрабатывает и утверждает в пределах своей компетенции нормативные правовые акты и формы учетной и отчетной документации в области здравоохранения, разрабатывает и утверждает стандарты в области здравоохранения (Ст. 7, пункт 32), а также разрабатывает и утверждает инструкции, алгоритмы и регламенты в области здравоохранения (Ст. 7, пункт 33).

Также, согласно Статье 12 Кодекса, местные представительные органы областей, городов республиканского значения и столицы утверждают мероприятия, направленные на развитие и функционирование организаций здравоохранения (пункт 1-6) и определяют меры по кадровому обеспечению государственных организаций здравоохранения в расчете на численность населения в соответствующих административно-территориальных единицах (пункт 1-7). На местные исполнительные органы областей, городов

республиканского значения и столицы возложена обязанность на доступ населения к информации по вопросам здравоохранения (пункт 2).

Нами проанализированы статьи Кодекса о правах и обязанностях лиц в области здравоохранения (Глава 12, статья 77), где определено право всех граждан (и МР, и пациентов) на равный доступ и качество медицинской помощи. В то же время, не определено понятие «медицинская услуга», а также условия, права и обязанности сторон при ее получении. Согласно данной статье, граждане РК имеют право на безвозмездное и регулярное получение от государственных органов, организаций и лечащего врача, в пределах их компетенции, достоверной информации о методах профилактики, диагностики, лечения заболевания и медицинской реабилитации, клинических исследованиях, факторах, влияющих на здоровье, включая состояние среды обитания, условия труда, быта и отдыха, здоровом питании и безопасности пищевых продуктов. При этом не определено, что обязанностью МР является информирование граждан о порядке оказания, организации доступности медицинской помощи и медицинских услуг. Статья 80 Кодекса определяет обязанности граждан по выполнению относящиеся к индивидуальному и общественному здоровью назначения медицинских работников, а Ст. 134 обязует пациентов проявлять в общении с медицинскими работниками уважение и такт (пункт 1) и не совершать действий, нарушающих права других пациентов (пункт 2). Учитывая данные хронометража, где установлено, что одной из причин прихода пациента вне записи являются требования по выдаче направления на госпитализацию, либо по выдаче направления на консультативно-диагностические услуги. Согласно ст. 134 Кодекса такие действия могут рассматриваться как нарушения прав других пациентов.

Согласно Кодексу РК «Об административных правонарушениях» (далее - Кодекс АП), статья 80 определяет наказание за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи [158]. В данной статье также не имеет место дифференциация понятий «медицинская помощь» и «медицинская услуга». Статья 80-1 Кодекса АП определяет наказание за воспрепятствование законной деятельности МР, которые могут выражаться следующим образом: требовании совершения незаконных действий, не влекущих за собой уголовную ответственность, а именно назначение консультативно-диагностических услуг вне клинических протоколов, утвержденных МЗ РК как уполномоченным органом. Статья 80-1, пункт 2 определяет наказание за проявление неуважения к медицинским и (или) фармацевтическим работникам при исполнении ими своих должностных обязанностей, выраженное в нецензурной брани, демонстрации неприличных жестов (знаков) и предметов, в том числе с использованием средств массовой информации или сетей телекоммуникаций, непристойном поведении, оскорбительном приставании. В то же время давление на врача в виде угрозы жалоб в вышестоящие инстанции не определено как проявление неуважения.

Политика в области здравоохранения декларирована в Государственных программах, имеющих статус Указ Президента РК, Постановления

Правительства РК. Государственные Программы прошлых лет «Саламатты Қазақстан», «Денсаулық» и Национальный проект Качественное и доступное здравоохранение для каждого гражданина «Здоровая нация» имеют преобладающие приоритеты по развитию ПМСП в виде расширения общеврачебной практики. Программы констатируют нехватку кадров в организациях ПМСП и декларируют усиление подготовки врачей общеврачебной практики. Стратегия ПМСП определяет роль ВТ/ВОП как центрального звена, имеющего полномочия по рациональному распределению этапов лечения в зависимости от вида медицинской помощи.

Нагрузка на ВТ/ВОП была определена приказом МЗ РК «Об утверждении нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» от 7 апреля 2010 года №238 (в данный момент утратил силу), где указано, что на 1 участке полагается обслуживать население 1700 человек [151]. При этом прикрепленное население не дифференцируется по возрасту и полу, несмотря на различную потребность в медицинских услугах в зависимости от заданных характеристик [56].

Деятельность ВТ/ВОП регулируется приказом МЗ РК «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь», где расписаны функциональные обязанности медицинских работников организаций ПМСП [149]. Полный перечень функциональных обязанностей представлен в (Приложение Д). В данном приказе не имеет место определение хронологического порядка выполнения функциональных обязанностей, что создает условия для излишней нагрузки на ПМСП. Также в данном приказе не предусмотрены возможности делегирования обязанностей на средний медицинский персонал и социальных работников. В приказе имеет место дублирование обязанностей для врачей, медсестер и социальных работников, без определения уровня выполнения данных обязанностей.

Стандарт оказания ПМСП описывает пошаговые алгоритмы действий во время выполнения функциональных обязанностей, при этом также не определены временные промежутки для их выполнения [151]. Приказ МЗ РК «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи» определяет режим и время приема пациента – 4 часа, по 15 минут на каждого пациента, опять же хронологические возможности не учтены [150].

Далее в порядке иерархии, нами рассмотрены законы РК, регулирующие взаимоотношения врача и пациента, наряду с Кодексом АП. Закон Республики Казахстан «О защите прав потребителей» приравнивает медицинские услуги ко всем другим потребительским услугам [159]. Однако, в отличие от других потребительских услуг, в данном законе прописаны права пациентов как потребителей медицинских услуг. Медицинские организации определены как поставщики медицинских услуг, в то время как медицинские работники, как непосредственные исполнители не получили статуса согласно данному закону, а значит не получили определения своих прав.

Закон «Об обязательном медицинском страховании» определяет солидарную ответственность государства за сохранение здоровья застрахованных граждан, при этом МР, как исполнители, опять же не имеют статуса в данном законе [160].

Основные положения НПА, составляющих политическое окружение ВТ/ВОП представлены нами в таблице 22.

Таблица 22 - Анализ НПА, регулирующих работу ВТ/ВОП

НПА	Сильные позиции	Слабые позиции
1	2	3
Кодекс РК «Об административных правонарушениях» от 5 июля 2014 года № 235-V	Определяет административную ответственность медицинских работников за несоблюдение порядка, стандартов и некачественное оказание медицинской помощи. Определяет ответственность пациентов за проявление неуважения к МР	Не определена ответственность пациентов за давление на врача путем угроз.
Государственные Программы «Саламатты Қазақстан», «Денсаулық»	Определено преимущественное развитие ПМСП, с развитием стационаро-замещающих технологий	Не описаны пути достижения приоритетов
Приказ МЗ РК «Об утверждении нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками» от 07.04.2010 года № 238, с изменениями и дополнениями от 06.05.2019 год №ҚР ДСМ-65а	Определяет нагрузку на врача ПМСП– 1700 человек на 1 участке	Не регламентирует дифференциацию прикрепленного населения по возрасту и полу
Приказ МЗСР «Об утверждении стандартов оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан» от 03.02.2016 года №85	Расписаны алгоритмы действий врачей участковой службы. Расписаны показания для вызова на дом и ургентного приема	Алгоритмы составлены без учета реального времени, необходимого для их выполнения
Приказ МЗСР «Об утверждении Правил оказания первичной медико-санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи» от 28.04.2015 (обновлен Приказом Министра здравоохранения РК № ҚР ДСМ-194/2020 от 13.11.2020 года)	Определены режим работы ВТ/ВОП и время приема пациента	Режим работы составлен без учета реального времени, необходимого для выполнения обязанностей, прописанных в других НПА

Продолжение таблицы 22

1	2	3
Приказ МЗ РК «Об утверждении Положения о деятельности организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь» от 5 января 2011 года № 7	Расписаны функциональные обязанности врачей терапевтов/врачей общей практики, включая расписание с 08.00 до 20.00 часов по скользящему графику, с обеспечением работы дежурных врачей ПМСП в праздничные и выходные дни	Алгоритмы составлены без учета реального времени, необходимого для их выполнения
Закон РК "Об обязательном социальном медицинском страховании" от 16 ноября 2015 года № 405-V ЗРК»	Определена солидарная ответственность за здоровье со стороны государства, работодателей и граждан	Материальная ответственность является рычагом только за несвоевременное перечисление страховых отчислений, но не за свое здоровье
Закон Республики Казахстан «О защите прав потребителей» 4 мая 2010 года №274	Медицинские услуги приравнены ко всем другим потребительским услугам, то есть пациенты имеют право на достоверную информацию об оказываемом объеме, их стоимости и возможности эти услуги получить. Права пациентов, как потребителей медицинских услуг определены в статье 10, на получение информации о товаре (работе, услуге), а также о продавце (изготовителе, исполнителе)	Не определены права врачей как производителей медицинских услуг

Таким образом, существующие нормативные и правовые акты, представляющие политическое окружение ВТ/ ВОП, определяют нагрузку без учета времени на выполнение функциональных обязанностей. Усиление перехода на стационарозамещающие технологии не имеют широкого освещения в средствах массовой информации, что создает условия для конфликтных ситуаций врача и пациента. Политика, как внешний фактор окружения возлагает на ВТ/ВОП ответственность за принятие решений по определению объемов лечения в виде амбулаторной, стационарозамещающей, и стационарной помощи. Такая ответственность требует качественной подготовки кадров, постоянного повышения профессиональной квалификации и созданию условий для работы и отдыха. Помимо этого, должны существовать механизмы для достойного вознаграждения труда ВТ/ВОП.

4.2 Анализ экономического компонента, определяющего внешнюю среду врачей терапевтов/ врачей общей практики

Экономическая внешняя среда ВТ/ВОП представляет собой возможность для улучшения финансового состояния. Согласно данным, полученным в ходе

нашего исследования размер ЗП имеет прямое сильное влияние на удовлетворенность трудом ВТ/ВОП, а стало быть положительно влияет на КЖ. Также, по данным нашего исследования, более половины респондентов (65,4%) имеют единственный источник дохода в виде ЗП. Нами проанализированы данные Агентства по Статистике РК о средней ЗП, данные РЦРЗ о средней ЗП медицинских работников в период 2010-2019 годов, а также НПА, регулирующие источники финансового вознаграждения ВТ/ВОП.

Статья 12 Кодекса определяет компетенцию местных представительных и исполнительных органов областей, городов республиканского значения и столицы в утверждении бюджетов здравоохранения, то есть размер базового оклада ВТ/ВОП не является фиксированным по стране, а утверждается на местном уровне. Глава 9, статья 67 Кодекса определяет источниками финансового обеспечения системы здравоохранения бюджетные средства, активы фонда социального медицинского страхования, средства добровольного медицинского страхования, средства, полученные за оказание платных услуг, средства, поступившие в качестве добровольных пожертвований от физических и юридических лиц.

Таким образом, основным источником финансового вознаграждения ВТ/ВОП остаются средства местного бюджета.

Экономическая составляющая анализа представлена анализом заработной платы врачей и наличия экономических льгот. Согласно Закону РК «О государственном имуществе», переход городских поликлиник на право хозяйственного ведения в 2010 году имел цели повысить ЗП врачей за счет коэффициентов подушевого норматива [163]. Согласно данным РЦРЗ, в 1 полугодии 2018 года средняя заработная плата врача участковой службы составила 121 429 тенге, в то время как по данным Агентства по статистике, за тот же период средняя зарплата по Казахстану составила 176 050 тенге [161; 162]. Сравнение показателей средней ЗП и ЗП ВТ/ВОП представлены в таблице 23.

Согласно таблице 23, соотношение средней ЗП и зарплаты врача в период 2010-2019 годы стабильно составляло $1:0,74$. Согласно Государственной Программе по развитию здравоохранения на 2020-2025 годы планируется довести данное соотношение до уровня $1:1,8$ в 2023 году [161]. При этом основным источником достижения данной величины названы средства Фонда Обязательного Медицинского Страхования (далее ФОМС).

Приказ МЗ РК «Об утверждении Правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе обязательного социального медицинского страхования» утверждает, что финансовое поощрение МР организаций ПМСП возможно за счет дифференцированной доплаты, источником которой является экономия бюджетных и внебюджетных средств, а также за счет средств стимулирующего компонента комплексного подушевого норматива (далее – СКПН) [163].

Таблица 23 - Сравнительные показатели ЗП ВТ/ВОП и средней ЗП по материалам Агентства по Статистике РК

Дата актуализации 14.04.2020	Период/годы							
	2010	2011	2012	2015	2016	2017	2018	2019
Средне месячная номинальная заработная плата одного работника, тенге	77 611	90 028	101263	126021	142898	150 827	162 673	185 487
Заработная плата врача участка, тенге (по данным РЦРЗ)	58 116	64 855					121 429	142 542
Соотношение ЗП врача/средняя ЗП	0,748811	0,720387					0,746461	0,768474
Разница ЗП	-25,12%	-27,96%					-25,35%	-23,15%

Следовательно, МО поставлены в условия поддержания баланса между качеством оказания медицинской помощи и экономии средств, полученных от бюджета и от платных услуг. Учитывая функциональные обязанности ВТ/ВОП, дефицит времени и перегруженность прикрепленного населения, ВТ/ВОП не имеют времени для оказания платных медицинских услуг, а значит не могут рассчитывать на дифференцированную доплату. СКПН подразумевает доплату из средств бюджета, получаемых за счет каждого прикрепленного гражданина, то есть автоматически за счет увеличения рабочей нагрузки. Разработанные индикаторы получения дифференцированной доплаты имеют ограничения по объективному их отражению ввиду загруженности ВТ/ВОП.

Таким образом, установлено, что размер ЗП ВТ/ВОП зависит от бюджетных средств, утверждаемых местными исполнительными органами. Механизмы финансового поощрения зависят от количества прикрепленного населения к МО, что создает условия для перегрузок в работе. Также, несмотря на имеющиеся финансовые доплаты, ЗП ВТ/ВОП продолжает оставаться ниже средней ЗП по стране на 25-27%, имея соотношение 1:0,74, что говорит о низком экономическом уровне медицинских работников и негативно влияет на их статус в обществе.

4.3 Анализ социального и технологического компонентов, определяющих внешнюю среду врачей терапевтов/ врачей общей практики поликлиники

Основной проблемой социального взаимодействия между врачом участковой службы и пациентами остается неравноправие в отношении МР. На фоне завышенных ожиданий пациентов и повышенных требований к

медицинскому обслуживанию, ВТ/ВОП остаются незащищенными, а значит социально-уязвимыми.

Таким образом, существующие характеристики социального статуса ВТ/ВОП определяют его низкий уровень за счет отсутствия четкой правовой базы, лимита возможностей по увеличению ЗП как экономического благосостояния.

Технологическая поддержка определяется изменениями в оснащении МО, которые могут повлиять на работу ВТ/ВОП. Внедрение Единой национальной системы здравоохранения позволило скоммулировать медицинские данные в информационных системах, в то же время от МО потребовалось закупить большое количество организационной техники, чтобы обеспечить каждый участок. Поскольку все формы отчетности были переведены в электронный формат, ВТ/ВОП требуются дополнительные технологические ресурсы для их исполнения. По данным опроса ВТ/ВОП в нашем исследовании, установлено, что МО не имеют специального помещения с организационной техникой для выполнения работы вне приема пациентов. В то же время в функциональные обязанности ВТ/ВОП входит деятельность по заполнению документации, поддержанию связи с пациентами по телефону и по смарт-мессенджерам. Данное Положение не прописывает создание условий для выполнения обязанностей, не связанных с амбулаторным приемом. Городские поликлиники в связи с загруженностью не имеют возможности предоставлять площади для других видов деятельности кроме амбулаторного приема. Основные результаты анализа представлены в таблице 24.

Экономический компонент показал, что, несмотря на высокий объем выполняемой работы, и предъявляемый уровень ответственности, денежное вознаграждение в размере ниже средних показателей, не способствует высокому качеству жизни, не стимулирует дальнейший рост в профессии. Несмотря на проведенные с указанного времени индексации заработной платы врачей, уровень ЗП остался на прежнем уровне. В выступлении МЗ от 29.07.2019 г. прозвучала разработка стратегии по изменению структуры вознаграждения, а именно переход на сдельную оплату вместо фиксированной. Анализ показал, что в экономическое окружение ВТ/ВОП не имеет механизмов для повышения ЗП до уровня, превышающего средние показатели по стране. В существующих НПА, рассмотренных нами, не определены экономические такие льготы для ВТ/ВОП, как бесплатный проезд, частичное возмещение оплаты коммунальных услуг и т.д.

Социальная составляющая предусматривает возможность психологической разгрузки, равномерное чередование профессиональной и личной жизни. Высокая рабочая нагрузка, а также необходимость брать часть бумажной работы для выполнения на дому, показывает низкий уровень социальной составляющей. Основной проблемой является правовая незащищенность ВТ/ВОП, а также пассивная позиция со стороны администрации МО.

Таблица 24 - Анализ макросреды организации ПМСП. PEST-анализ

<p><i>P – политическое окружение</i> Согласно проводимой политике усиления роли ПМСП в оказании медицинских услуг населению, функциональные обязанности ВТ/ ВОП значительно расширены. В то же время исполнение обязанностей имеет несоответствие с хронологическими возможностями, что создает условия для рабочих перегрузок.</p> <p>Рекомендации: разработать систему делегирования части обязанностей ВТ/ВОП на средний медицинский персонал, и социальных работников</p>	<p><i>E – экономическое окружение</i> В настоящее время действует система финансового поощрения ВТ/ ВОП путем дифференцированной оплаты и стимулирующего компонента подушевого компонента, разработанная на основе индикаторов качества выполняемой работы. В то же время уровень ЗП остается в соотношении со средней ЗП по стране как 0,6-0,7:1.</p> <p>Рекомендации: поддержать стратегию МЗ РК по развитию частных центров общественного здоровья для появления экономических возможностей дополнительного финансового поощрения</p>
<p><i>S – социальное окружение</i> Отсутствие социальных льгот и гарантий создают непривлекательный имидж врача участковой службы. Низкая правовая грамотность ВТ/ ВОП способствует неравноправным отношениям с пациентами, и также создает условия для обесценивания социального статуса</p> <p>Рекомендации: - проводить курсы по повышению правовой грамотности для врачей и медсестер участковой службы. - внести изменения в условия поступления в резидентуру по узким медицинским специальностям, а именно право на поступление после работы по специальности ВОП не менее 2-х лет.</p>	<p><i>T – технологическое окружение</i> Электронный оборот медицинской документации и отчетности требует дополнительного оснащения организационной техникой, но также и помещением для выполнения работы вне приема пациентов. Использование мобильных приложений для качественного выполнения медицинских услуг выполняется за счет личных электронных гаджетов ВТ/ ВОП</p> <p>Рекомендации: - в МО необходимо выделить помещение для работы с медицинской отчетностью, что позволит разгрузить личное время ВТ/ ВОП. - МО должны предоставлять электронные гаджеты ВТ/ ВОП для поддержания контакта с пациентами и качественного предоставления медицинских услуг. - внести предложения интернет-провайдерам на территории РК о предоставлении бесплатного интернет-трафика ВТ/ ВОП для выполнения служебных обязанностей.</p>

Технологические возможности представляют работу в информационных системах и призваны облегчить работу врачей. По мнению респондентов, сложности работы в ИС заключаются в имеющей место недостаточной мощности серверов, что удлиняет время приема пациентов, и также способствует возникновению конфликтных ситуаций. Отсутствие специальных

помещений, оборудованных оргтехникой, не позволяет оперативно исполнять обязанности, связанные с заполнением документации.

Таким образом, PEST-анализ показал, что политический компонент внешнего окружения ВТ/ВОП способствует появлению перегрузок в работе и не создает правового поля, что приводит к постоянным стрессам и конфликтным ситуациям с пациентами. Также по результатам PEST-анализа определено, что внешняя среда не способствует поддержанию высокого качества жизни у ВТ/ВОП. Соответственно, основным нерешенным моментом является отсутствие экономических стимулов. Согласно анализу макросреды организации ПМСП, а именно городской поликлиники, указанные рекомендации возможно реализовать путем взаимодействия с вышестоящими инстанциями, то есть предполагает тесное и эффективное межсекторальное взаимодействие.

5 РАЗРАБОТКА МОДЕЛИ ПОВЫШЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И УЛУЧШЕНИЯ УСЛОВИЙ ТРУДА ВРАЧЕЙ ТЕРАПЕВТОВ/ ВРАЧЕЙ ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ

На основании полученных в ходе проведения исследования результатов путем комплексной оценки качества жизни и условий труда ВТ/ВОП, нами предложена модель повышения качества жизни ВТ/ВОП, которая предусматривает совершенствование организационной, управленческой, правовой, социальной и профилактической работы, межсекторального взаимодействия органов управления здравоохранением и организаций ПМСП, для обеспечения населения полноценной, качественной и своевременной медицинской помощью (рисунок 20).

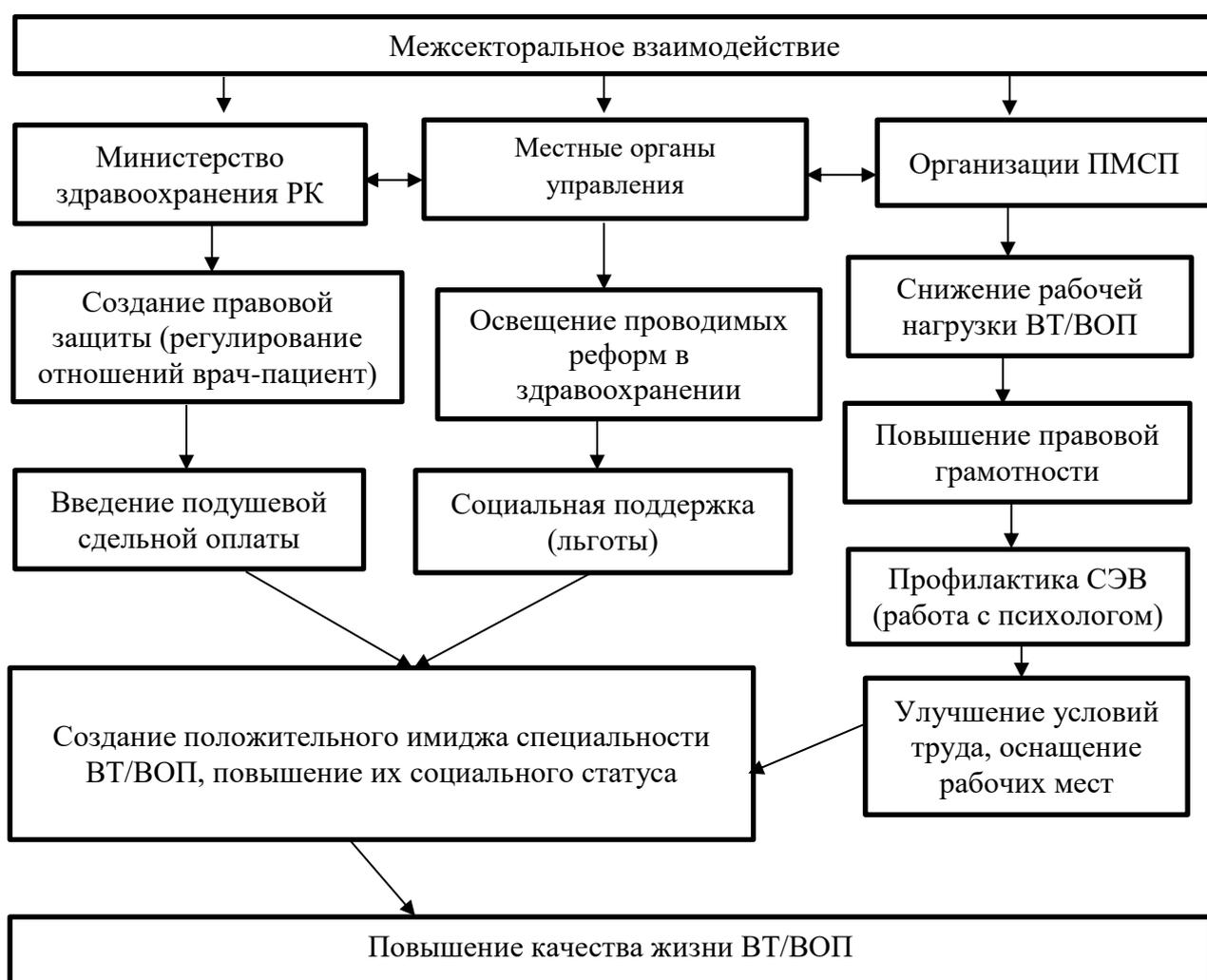


Рисунок 20 – Модель повышения качества жизни и улучшения условий труда ВТ/ВОП

При проведении комплексной оценки качества жизни ВТ/ВОП нами проанализированы данные специалистов разных регионов республики, при этом значительных различий между ними не выявлено. При недостаточно

высоком качестве жизни, медицинские работники часто подвергаются повышенному риску эмоционального выгорания, а также имеют неудовлетворительные условия труда на рабочих местах. В современных условиях постоянных реформ и новшеств на уровне организаций ПМСП, возрастающей нагрузке на специалистов первичного звена, как никогда актуален механизм устранения неблагоприятных факторов в работе ВТ/ВОП, тем самым повышая их качество жизни. Нами предложена модель, предполагающая тесное взаимодействие между основными секторами здравоохранения: Министерством, местным исполнительным органом (Управление здравоохранения) и организациями ПМСП. При этом функции Министерства здравоохранения включают создание правовой защиты, т.е. регулирование отношений врач-пациент, а также введение подушевой сдельной оплаты медицинским работникам. При этом местные органы управления здравоохранения, согласно предложенной модели, проводят освещение проводимых реформ в здравоохранении, а именно донесение до медицинских работников актуальных НПА, проведение обучения и др. Модель предполагает обеспечение всесторонней социальной поддержки Управлением здравоохранения на местах, путем введения различных льгот для медицинских работников. Данные действия обеспечили бы создание и сохранение положительного имиджа в целом специальности ВТ/ВОП, повышение их социального статуса.

При этом руководство организаций ПМСП должно контролировать распределение рабочей нагрузки, обеспечить правильную организацию рабочих мест, не допускать физического и эмоционального перенапряжения сотрудников. Администрация поликлиник должна максимально улучшить условия труда (наличие индивидуальных рабочих мест, средств связи, обеспечение необходимыми гаджетами, организационной техникой, канцелярией; бесперебойная работа сети Интернет и пр.). С медицинскими работниками поликлиник регулярно должна проводиться работа штатным психологом для профилактики СЭВ путем тестирования, тренингов, бесед. При имеющихся симптомах эмоционального выгорания сотрудникам должна оказываться всесторонняя психологическая поддержка.

А также в обязанности юриста организации ПМСП необходимо включить разъяснение всех имеющихся основных нормативных документов медицинским работникам, с указанием прав и обязанностей сторон (врач-пациент), а также своевременно актуализировать и доносить новый материал сотрудникам (принятые в сфере здравоохранения Законы, Постановления, Правила и т.д.), тем самым повышая их правовую грамотность.

Все вышеперечисленные действия и тесная слаженная работа структур, обеспечивая межсекторальное взаимодействие, последовательно привели бы к общему повышению качества жизни медицинских работников ПМСП, и в частности врачей участкового профиля (врачи терапевты и ВОП).

Данная модель повышения качества жизни врачей терапевтов/врачей общей практики была частично внедрена в организацию работы ГКП на ПХВ

«Городские поликлиники №11, 14» г. Астана (Нур-Султан). Для повышения качества жизни ВТ/ВОП в данных организациях ПМСП была организована работа, максимально снижающая нагрузку на специалистов, путем пересмотра штатного расписания. Также улучшены условия труда медицинских работников: обеспечены дополнительные рабочие места и кабинеты, персональные компьютеры и организационная техника (ксерокс, принтер и др.). В обязанности штатного психолога добавлена обязательная работа с медицинскими работниками для профилактики возникновения эмоционального выгорания, или его раннего выявления, а также обучение врачей техникам стрессоустойчивости и упражнениям стабилизации психологического состояния при возникновении факторов риска.

В работу юриста поликлиник добавлена функция повышения правовой грамотности врачей ПМСП, путем разъяснения основных положений нормативных документов, по которым работают специалисты данного профиля, их регулярное обновление и актуализация, а также своевременное донесение принятых изменений в НПА и ознакомление с новыми.

Перед началом внедрения данной модели, нами была проведена оценка качества жизни сотрудников городских поликлиник 11, 14 по анкете SF-36. В обеих поликлиниках общее количество протестированных врачей-терапевтов/ВОП составило 33 человека. Контрольный повторный опрос был проведен у тех же сотрудников спустя 4 месяца после внедрения вышеперечисленных новшеств. Количественный тип данных, а также их нормальное распределение, дало нам возможность сравнить показатели качества жизни с помощью парного критерия Стьюдента. В таблице 25 представлены результаты предварительного сравнения показателей КЖ у врачей-терапевтов/врачей общей практики до и после внедрения модели повышения качества жизни.

Таблица 25 - Сравнение показателей ВТ/ ВОП до и после внедрения модели повышения качества жизни и улучшений условий труда

Показатели КЖ	До внедрения модели		После внедрения модели		t	D.f.	p
	средний балл	стандартное отклонение	средний балл	стандартное отклонение			
1	2	3	4	5	6	7	8
Физическое функционирование (PF)	65,1	1,73	65,8	4,04	0,04	64	0,000
Рольевые ограничения вследствие физических проблем (RP)	63,4	2,20	64,2	2,02	0,114	64	0,000
Физические боли (BP)	60,3	4,17	61,5	4,04	0,213	64	0,000

Продолжение таблицы 25

1	2	3	4	5	6	7	8
Восприятие общего состояния здоровья (GH)	66,8	0,88	67,1	1,89	0,346	64	0,000
Энергичность жизнеспособность (VT)	61,3	1,68	62,9	2,70	0,008	64	0,000
Социальное функционирование (SF)	59,5	2,04	60,6	2,67	0,053	64	0,000
Ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE)	61,8	1,31	63,4	2,34	0,001	64	0,000
Психическое здоровье (MH)	67,9	2,11	68,7	2,54	0,175	64	0,000

Согласно полученным данным до внедрения модели общий показатель КЖ ВТ/ВОП по 8 шкалам был несколько выше, чем в результате опроса в исследуемых группах во время проведения основного исследования, и составил 63,3%. После внедрения модели, несмотря на прошедший короткий период (через 4 месяца), предварительно можно увидеть некоторое улучшение почти по всем показателям КЖ (таблица 24). А также общий показатель КЖ составил 64,3%. Ввиду небольшого отрезка времени между опросами до и после внедрения модели, можно прогнозировать показатели КЖ еще выше у медицинских работников поликлиник при более длительном периоде после внедрения модели и адаптации к изменениям в работе организации.

Также при повторном тестировании медицинских работников, нам было адресовано и некоторое количество положительных отзывов об изменении работы, организационных моментов, снижении нагрузки, обеспечении комфортных условий труда. ВТ/ВОП высказались и об эффективной работе психолога по профилактике СЭВ, а также повышению правовой грамотности путем разъяснения некоторых пунктов в основных НПА, и подробное ознакомление с новыми.

Таким образом, внедрение части модели повышения качества жизни и условий труда ВТ/ВОП можно считать эффективной и рекомендовать ее для дальнейшего полного внедрения в организации ПМСР республики.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Участковая служба ПМСП является флагманом нынешней политики здравоохранения. В то же время в этой области постоянно наблюдается текучесть и отток кадров, причинами которых являются неудовлетворительное КЖ и развитие синдрома эмоционального выгорания.

Качество жизни является индикатором социального и экономического роста общества, и имеет составляющими психологическое и физическое здоровье. Несмотря на значительный объем исследований в этой области, удельный вес работ по изучению КЖ медицинских работников остается низким. В отечественных и русскоязычных литературных источниках КЖ врачей уровня первичного звена занимает менее 2%. Значительная доля исследований в данной области в иностранных источниках принадлежит работам китайских авторов, что связано со схожими процессами модернизации и трансформации системы ПМСП. В то же время уровень КЖ врачей терапевтов/врачей общей практики имеет существенное влияние на продуктивность их работы. Учитывая, что уровень КЖ врачей участковой службы поликлиник часто остается вне поля зрения, данная работа представляет собой актуальное исследование для понимания факторов, влияющих на здоровье самих врачей и на продуктивность службы ПМСП в целом.

Реформы в области здравоохранения привели к трансформации ПМСП с выведением врача общей практики на первое место, и постепенным замещением врачей терапевтов на ВОП. Для сохранения преемственности работы участковой службы основные обязанности по оказанию медицинской помощи населению остались неизменными как для врачей терапевтов, так и для ВОП. Проведенный анализ НПА, регулирующих деятельность ПМСП, показал, что квалификационные характеристики, алгоритмы рабочих действий и функциональные обязанности являются схожими для врачей терапевтов и ВОП. Несмотря на расширение полномочий ВОП по приему детского населения и узких специалистов терапевтического профиля, врачи обеих специальностей имеют основные принципы работы участковой службы. Врачи терапевты и ВОП имеют одинаковые условия работы, регламент приема пациентов, а также требования к медицинской документации. Учитывая приоритет общеврачебной практики в организациях ПМСП, для повышения актуальности данного исследования было проведено совместное изучение КЖ у ВОП и врачей терапевтов.

Контент-анализ литературных источников показал, что качество жизни медицинских работников обусловлено равномерным распределением рабочей нагрузки, чувством социальной значимости и экономической стабильности. Подверженность внешнему влиянию зависит от удовлетворенности своим трудом, чувством правовой защищенности, условиями труда. Анализ показал, что причинами ухода из профессии медицинских работников в 88% обусловлено низкими экономическими достижениями, 56% - синдромом

эмоционального выгорания, когда уход из профессии расценивается как защитный механизм экономии эмоций.

Изучение влияния микро- и макросреды на КЖ ВТ/ВОП позволило выявить основные детерминирующие факторы КЖ и установить их качественное и количественное влияние. Факторами микросреды явились составляющие, обеспечивающие материальное благосостояние и благоприятный психологический климат. Изучение организационной культуры как основы микросреды позволило определить, что избыточные рабочие нагрузки обусловлены повышенными требованиями к выполнению функциональных обязанностей и отсутствием качественных условий для их выполнения. Исследование показало, что согласно организационной культуре МО, оказывающих ПМСП, главенствующее место занимает удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых услуг. Для достижения данной цели ВТ/ВОП приходится брать на себя дополнительные обязанности, что усиливает их рабочую нагрузку, приводит к хроническому стрессу и снижению самооценки. При этом в организационной культуре мало предусмотрены мероприятия по психологической разгрузке и правовой поддержки ВТ/ВОП. Другим негативным моментом в организационной культуре является отсутствие реальных механизмов по делегированию обязанностей среднему медицинскому персоналу. Несмотря на частые ссылки на опыт развитых стран по повышению роли медицинских сестер, юридическая ответственность за качество лечения остается за врачами участковой службы, что делает делегирование неэффективным.

Одни из главных приоритетов формирования благоприятного климата, такие как поощрение положительных эмоций у МР и чувства ценности их работы, имеет слабую поддержку, как со стороны администрации, так и со стороны пациентов. Другие субъективные факторы, такие как возможность поддерживать свое здоровье, чувство значимости как специалиста, чувство защищенности и высокой репутации, также минимизированы ввиду несовершенного правового регулирования.

Неблагоприятные условия работы – высокая плотность прикрепленного населения, отсутствие условий для отдыха, невозможность поддержания режима питания – негативно влияют на домены как физического, так и эмоционального здоровья. Конфликты с пациентами и их необоснованные жалобы снижают чувство важной роли в обществе, что усиливается отсутствием или низким уровнем поддержки со стороны администрации МО. В свою очередь имеются сложности по оказанию этой поддержки ввиду отсутствия четкого регулирования ответственности с обеих сторон. Перегрузки в работе часто связаны с необходимостью проводить информирование пациентов об изменении порядка оказания им медицинских услуг вследствие реформ, здесь же приходится испытывать агрессию с их стороны по поводу несогласия с данными реформами.

Высокий процент развития СЭВ среди ВТ/ВОП обусловлен сложностью самой медицинской профессии, включая требования к работе и рабочим

ресурсам. Имеющийся диссонанс приоритетов микросреды усиливает влияние факторов развития СЭВ, при этом молодые специалисты испытывают на себе все его фазы. Последствиями такого воздействия становятся потеря интереса к работе и профессиональному росту, что в последующем приводит к уходу из специальности и из профессии врача. Наличие СЭВ приводит к тому, что врачам приходится пересматривать свои позиции в обществе, создавать защитные эмоциональные механизмы, что в конечном итоге приводит к формированию порочного круга хронической эмоциональной недостаточности.

Основные факторы макросреды, такие как экономический и социальный рост страны в целом, не имели существенного влияния на рост благосостояния и социального статуса ВТ/ВОП ввиду несовершенного политического компонента, не определившего распределения социальных и материальных благ для МР в сторону увеличения. Наше исследование показало, что за последнее десятилетие медицинские работники были лишены прав на льготные услуги ввиду изменения статуса МО как общественного имущества. В то же время дополнительные льготы в различных областях не были запланированы и не были предложены для МР, что значительно повлияло на их социальный статус. Также, среди факторов макросреды выявлено отсутствие четких механизмов правовой поддержки работников городских поликлиник, что усиливает ее отрицательное влияние на КЖ ВТ/ВОП.

Таким образом, качественный анализ показал наличие многих факторов внутреннего и внешнего окружения, формирующих КЖ врачей терапевтов/врачей общей практики, а также их существенное негативное влияние. В условиях дефицита кадров первичного звена системы здравоохранения, учитывая дорогостоящее для государства медицинское образование, есть необходимость провести изменения во внешнем окружении ВТ/ВОП для поддержания достойного качества жизни.

Изучение количественного влияния данных факторов, влияющих на КЖ и развитие СЭВ, позволило сделать следующие выводы:

По результатам проведенного нами исследования, сделаны следующие **выводы:**

1. При оценке условий труда, врачами первичного звена были указаны: рабочие нагрузки (96,1%), отсутствие рабочего места вне приема пациентов (87%), транспортные проблемы (67%). По данным хронометража установлено, что переработки врачей составили 1,7-15,8% от рабочего времени. Детерминирующими факторами, оказывающими влияние на качество жизни врачей терапевтов/врачей общей практики, являлись стрессы (98%), нарушенный режим питания (82,8%). Показатели общего, физического и психологического здоровья исследуемого контингента составили 71; 45,7 и 42,4% соответственно.

2. Установлено, что на удовлетворенность трудом оказывало влияние размер заработной платы, как один из основных индикаторов условий труда. Коэффициент корреляции составил 0,87, что говорит о прямой сильной связи

между данными характеристиками. 26,1% респондентов также отметили и низкую правовую грамотность, при этом низкий уровень чувства правовой защищенности имеют 13,9%. Экономическая зависимость от местных бюджетов и отсутствие правовой защищенности обеспечивают низкий социальный статус врачей терапевтов/врачей общей практики.

3. Диагностика наличия и выраженности эмоционального выгорания показали зависимость фаз от возраста специалиста: преобладание фазы резистенции у врачей среднего возраста и фазы истощения у врачей старшего возраста. У врачей терапевтов/врачей общей практики молодого возраста (до 30 лет) все фазы выгорания имели прямую сильную зависимость от влияния внешних факторов, что способствовало быстрому развитию синдрома эмоционального выгорания, при этом у молодых врачей фаза истощения выражена в большей степени, нежели начальная фаза напряжения. У врачей среднего и более старшего возраста преобладала фаза сопротивления. Данный результат предполагает, что наибольший отток происходит из специальности терапевта (врачей общей практики) в профильные и в узкие на рубеже 29- 30 лет. У врачей, оставшихся в специальности после 30 лет, происходит адаптация с хроническим равным балансированием фаз напряжения и истощения.

4. В результате PEST-анализа определено, что внешнее окружение врачей терапевтов/врачей общей практики не способствовало повышению качества жизни. Изучены 8 нормативно- правовых актов, регулирующие деятельность специалистов первичного звена. Установлено, что существующие нормативные документы, создающие политическое окружение врачей терапевтов/врачей общей практики, определяют задачи и нагрузку без учета реального времени их выполнения. Также и экономическое окружение врачей терапевтов/врачей общей практики не способствует развитию реальных механизмов по повышению их благосостояния. Соотношение заработной платы вышеуказанных специалистов и средней заработной платы по стране стабильно составляла 0,74:1, что в среднем на 25% ниже доходов среднестатистического гражданина.

5. Разработанная Модель по повышению качества жизни и практические рекомендации направлены на устранение или снижение степени влияния негативных факторов, определяющих качество жизни. Модель предполагает тесное слаженное взаимодействие между такими секторами системы здравоохранения как Министерство, местный исполнительный орган (Управление здравоохранения) и непосредственно организацией первичного звена (поликлиника), что последовательно приведет к повышению качества жизни и улучшению условий труда врачей первичного звена (врачей терапевтов/врачей общей практики).

Практические рекомендации

Предлагаемая модель направлена на повышение качества жизни врачей терапевтов/ врачей общей практики, путем совершенствования организационной, правовой, управленческой и профилактической работы в условиях первичного звена медицинской помощи. Данная модель может быть реализована при соблюдении следующих практических рекомендаций:

1. Для Министерства здравоохранения:

- снизить рабочую нагрузку путем уменьшения установленного количества прикрепленного населения на 1 участок (1500 человек вместо нынешних 1700 человек), с учетом удельного веса структуры населения – баланс детского, взрослого и пожилого;

- создать правовое регулирование отношений врач-пациент с четким описанием прав и обязанностей обеих сторон и ответственности в случае их нарушений;

- поддержать стратегию введения подушевой сдельной оплаты для ВТ/ВОП с учетом взвешенных коэффициентов детского, взрослого и пожилого населения, повысить сумму имеющегося подушевого норматива.

2. Для Управления здравоохранения:

- усилить работу в средствах массовой информации по освещению проводимых реформ в здравоохранении;

- оказывать меры социальной поддержки путем создания магазинов для медицинских работников с товарами по сниженным ценам для баланса уровня заработной платы, сооплаты коммунальных платежей;

- принять меры для повышения имиджа и престижа специальности ВТ/ВОП (видеоролики в социальных сетях, публикации в средствах массовой информации).

3. Для руководства поликлиник:

- контролировать распределение рабочей нагрузки путем корректировки штатного расписания;

- улучшить условия труда (обеспечение индивидуальных рабочих мест, средств связи, организационной техники, канцелярии; бесперебойной работы сети Интернет);

- повышать мотивацию ВТ/ВОП путем финансового поощрения;

- привлекать на регулярной основе штатного психолога для проведения тренингов, бесед, круглых столов по профилактике СЭВ; психологическая поддержка в работе ВТ/ВОП;

- включить в обязанности юриста поликлиники разъяснение и актуализацию всех имеющихся основных нормативных документов, тем самым повышая правовую грамотность врачей первичного звена;

- организовать места для отдыха сотрудников поликлиники, на регулярной основе проводить мероприятия для поддержания благоприятного психологического климата в коллективе (выезды, тимбилдинги).

СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННЫХ ИСТОЧНИКОВ

- 1 Президент Республики Казахстан Токаев К.Ж. Конструктивный общественный диалог – основа стабильности и процветания Казахстана: послание народу Казахстана – 2 сентября 2019 // <https://www.akorda.kz>. 15.06.2021.
- 2 Постановление Правительства Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Денсаулық" на 2016-2019 годы: утв. 15 октября 2018 года, №634 // <https://primeminister.kz/ru/decisions>. 15.06.2021.
- 3 Dewa C.S., Loong D., Bonato S. et al. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review // *BMC Health Serv Results*. – 2014. – Vol. 14, Issue 1. – P. 325-1-325-8.
- 4 Williams S.P., Zipp G.P. Prevalence and Associated Risk Factors of Burnout Among US Doctors of Chiropractic // *Journal of Manipulative Physiol Therapy*. – 2014. – Vol. 37, Issue 3. – P. 180-189.
- 5 Yang T., Zhang H., Shen F. et al. Appeal from Chinese doctors to end violence // *Lancet*. – 2013. – Vol. 382, Issue 9906. – P. 1703-1704.
- 6 Zwack J., Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians // *Academy of Medicine*. – 2013. – Vol. 88, Issue 37 – P. 382-389.
- 7 Ling L., Qin S., Shen L.F. An investigation about learning burnout in medical college students and its influencing factors // *International Journal of Nursing Sciences*. – 2014. – Vol. 1, Issue 1. – P. 117-120.
- 8 Wada K., Yoshikawa T., Goto T. et al. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey // *International Journal Behavioral Medicine*. – 2011. – Vol. 18, Issue 4. – P. 384-390.
- 9 Sun W., Fu J., Chang Y. et al. Epidemiological study on risk factors for anxiety disorder among Chinese doctors // *Journal of Occupational Health*. – 2012. – Vol. 54, Issue 1. – P. 1-8.
- 10 Darvishpour A. et al. An introduction to health-related indices of quality of life' Baghiyatallah // *Scientific-instructional Journal of Medical Faculty*. – 2005. – Vol. 5, Issue 15. – P. 8-9.
- 11 Shanafelt T.D., Boone S., Tan L. et al. Burnout and satisfaction with work-life balance among US physicians relative to the general US population // *Archives of Internal Medicine*. – 2012. – Vol. 172, Issue 18. – P. 1377-1385.
- 12 Зубец А.Н. Истоки экономического роста. – М.: Экономика, 2014. – 463 с.
- 13 Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. – Изд. 2-е. – М.: ЗАО «ОЛМА Медиа Групп», 2007. – 313 с.
- 14 Зубец А.Н., Тарба И.В. Качество жизни в России // *Финансы*. – 2013. – №12. – С. 68-70.
- 15 Ventegodt S., Merrick J. Lifestyle, quality of life, and health // *Scientific World Journal*. – 2003. – Vol. 22, Issue 3. – P. 811-825.

16 Carr A.J., Gibson B. et al. Measuring quality of life: is quality of life determined by expectations or experience? // *BMJ*. – 2001. – Vol. 322, Issue 7296. – P. 1240-1243.

17 Hagerty M.R. et al. Quality of life indexes for national policy // *Journal of medical ethic*. – 2001. – Vol. 25, Issue 5. – P. 200-225.

18 Reed D.A., Shanafelt T.D., Satele D.W. et al. Relationship of pass/fail grading and curriculum structure with well-being among preclinical medical students: a multi-institutional study // *Academy of Medicine*. – 2011. – Vol. 86, Issue 11. – P. 1367-1373.

19 Lian P., Sun Y., Ji Z. et al. Moving away from exhaustion: how core self-evaluations influence academic burnout // *PLoS One*. – 2014. – Vol. 9, Issue 1. – P. e87152-1-e87152-8.

20 Иванов А.В. Роль анализа заболеваемости и условий труда врачей муниципальных учреждений в совершенствовании охраны их здоровья: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – М., 2005. – 23 с.

21 Дьяченко О.И. Гигиеническая оценка качества жизни на примере врачей-стоматологов в условиях крупного промышленного центра: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.01. – М., 2009. – 24 с.

22 Soler J.K., Yaman H., Esteva M. et al. Burnout in European family doctors: the EGPRN study // *Family practice*. – 2008. – Vol. 25, Issue 4. – P. 245-265.

23 Pour Ashouri F., Rasekhi S. A Review on Medical Students Mental Health Problems and Proposed Solutions // *International Electronic Journal of Medicine*. – 2015. – Vol. 4, Issue 1. – P. 23-31.

24 Айвазян С.А. Интегральные свойства качества жизни населения (моделирование, измерение, информационное обеспечение) // *Проблемы информатизации*. – 1999. – №2. – С. 8-9.

25 Carr A., Higgison I. Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered? // *BMJ*. – 2002. – Vol. 322. – P. 1357-1360.

26 Cummins H.M., Ferissa R., Land L. et al. Quality of life indexes for national policy // *Journal of medical ethic*. – 2001. – Vol. 25, Issue 5. – P. 200-225.

27 Маркович Д.Ж. Глобальные проблемы и качество жизни // *Социологические исследования*. – 1998. – №4. – С. 56-62.

28 Berlim M., Marcelo F. Quality of life: a brand new concept for research and practice in psychiatry // *Review of Brazilian Psiquiatrics*. – 2003. – Vol. 25, Issue 4. – P. 249-252.

29 Negin M. et al. Quality of life of Diabetic patients visiting Iran Diabetes Assembly in 2004 // *Kermanshah Scientific and Research-based Journal*. – 2005. – Vol. 8, Issue 2. – P. 47-50.

30 Хожаев А.А. Исследование качества жизни больных раком ободочной кишки // *Вестник Межнационального центра исследования качества жизни*. – 2008. – №11-12. – С. 159-160.

31 Рахыпбеков Т.К., Адылханов А.С., Масадыхов А.С. Стратегия повышения качества диагностики и лечения узловых заболеваний щитовидной

железы на основе критерия качества жизни // Медицина и экология. – 2009. – №4. – С. 34-37.

32 Бобков В.Н. Уровень и качество жизни россиян на рубеже веков // Уровень жизни населения регионов России. – 2001. – №5. – С. 25-34.

33 Шайкина Д.Н. Проблемы развития и роста качества жизни в Республике Казахстан (на примере Северо-Казахстанской области) // Вестник Российского университета дружбы народов. – 2009. – №4. – С. 97-105.

34 Айгазин Ж.Ж., Туленов Т.Б. Оценка изменений в секторе услуг в условиях экономических реформ // Вестник Центра исследований прикладной экономики. – 2012. – №1. – С. 7-8.

35 Тургинбаева А.Н. Исследование антиэпилептических препаратов и качество жизни больных эпилепсией // Фармация Казахстана. – 2005 г. – №2. – С. 29-31.

36 Атарбаева В.Ш., Исабекова А.Х., Аганина С.А. и др. Клинический опыт применения метопролола у больных артериальной гипертонией, осложненной хронической сердечной недостаточностью // Медицина. – 2007. – №5. – С. 16-19.

37 Ибраимова Е.К. Влияние местного эндоскопического лечения на качество жизни больных с дуоденальными язвами // Медицина. – 2010. – №7. – С. 41-45.

38 Такирова А.Т. Оценка качества жизни детей-инвалидов и подростков с СД 1 типа в процессе реабилитации // Медицина и экология. – 2010. – №3. – С. 88-93.

39 Бримжанова М.Д. Здоровье детей с позиции современных стандартов исследования качества жизни // Вестник ВШОЗ МЗ РК. – 2014. – №4. – С. 35-40.

40 Даленов Е.Д., Абдулдаева А.А., Сливкина Н.В. и др. Качество жизни детей на фоне потребления биогенной воды «Туран» // Вестник Межнародного центра исследования качества жизни. – 2012. – №19-20. – С. 57-62.

41 Бурганова Л.А. Методологические основы исследования безопасности // Регионы России: проблемы безопасности: сб. науч. ст. и сообщ. – Казань, 2006. – Ч. 1. – С. 118-129.

42 Гильманов А.З. Местное самоуправление в Республике Татарстан: теоретические и практические основы // Вестник Института социально-экономических и правовых наук. – 2002. – С. 124-130.

43 Комлева Н.Е., Трубецков А.Д., Данилов А.Н. и др. Медико-социальные аспекты качества жизни, связанного со здоровьем // Здоровье населения и среда обитания. – 2016. – №3. – С. 85-89.

44 Лучкевич А.С., Зелионко А.В. Медико-социальный анализ влияния показателей медицинской информированности и здоровьесберегающего поведения на основные характеристики здоровья и качества жизни городских и сельских жителей // Известия Самарского научного центра. – 2016. – №2. – С. 14-21.

- 45 Сурмач М.Ю., Сытый А.А., Ракович Д.Ю. и др. Влияние рождения ребенка на качество жизни молодых женщин // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. – 2017. – №1. – С. 74-81.
- 46 Ермолаев А.Р., Капитоненко Н.А. Организация медицинского обслуживания коренных народов: международный опыт // Дальневосточный медицинский журнал. – 2011. – №3. – С. 36-39.
- 47 Vieira J. et al. Quality of Life in Children With Obsessive- Compulsive Disorder // *Acta Medica Portuguesa*. – 2016. – Vol. 29, Issue 9. – P. 549-555.
- 48 Albert U., Salvi V., Saracco P. et al. Health-related quality of life among first-degree relatives of patients with obsessive-compulsive disorder in Italy // *Psychiatrics Services*. – 2007. – Vol. 58, Issue 7. – P. 970-976.
- 49 Frank R.H. The Easterlin Paradox revisited // In book: *Happiness, Economics and Politics: Towards a Multi-disciplinary Approach*. – Cheltenham: Edward Elgar, 2009. – P. 151-157.
- 50 Deaton A. Income, Health and Well-Being around the World: Evidence from the Gallup World Poll // *Journal of Economic Perspectives*. – 2008. – Vol. 22, Issue 2. – P. 53-72.
- 51 Easterlin R.A., Angelesku L., Land K. et al. Modern Economic Growth and Quality of Life: Cross-Sectional and Time Series Evidence // In book: *Handbook of Social Indicators and Quality of Life Research*. – London: Springer, 2012. – P. 82-96.
- 52 Mugras F., Klobucnik M. Municipalities and Regions as Good Places to Live: Index of Quality of Life in the Czech Republic // *Applied Research in Quality of Life*. – 2014. – Vol. 11, Issue 2. – P. 553-570.
- 53 Mugras F. Creative class, creative society and a wisdom as a solution of their controverseness // *Creative and Knowledge Society*. – 2011. – Vol. 1, Issue 2. – P. 120-140.
- 54 Sacks D.W., Stevenson B., Wolfers J. Subjective Well-Being, Income, Economic Development and Growth // <https://www.nber.org/papers/w.25.09.2020>.
- 55 Stiglitz J.E., Sen A., Fitoussi J.P. *Mismeasuring Our Lives: Why GDP Doesn't Add Up*. – NY.: The New Press, 2010. – 136 p.
- 56 Health at a Glance 2013 / OECD // <http://www.oecd.org/els/health-systems/Health-at-a-Glance-2013>. 25.09.2020.
- 57 Garin N., Olaya B., Miret M. et al. Built environment and elderly population health: a comprehensive literature review // *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*. – 2014. – Vol. 10. – P. 103-115.
- 58 Raggi A., Corso B. et al. Determinants of quality of life in ageing populations: Results from a cross-sectional study in Finland, Poland and Spain // *PLoS one*. – 2016. – Vol. 11, Issue 7. – P. e0159293-1- e0159293-14.
- 59 Hunger M., Thorand B., Schunk M. et al. Multimorbidity and health-related quality of life in the older population: results from the German KORA-age study // *Health and Quality of Life Outcomes*. – 2011. – Vol. 9. – P. 53-1-53-11.
- 60 Parker L., Moran G.M., Roberts L.M. et al. The burden of common chronic disease on health-related quality of life in an elderly community dwelling population in the UK // *Family Practice*. – 2014. – Vol. 31, Issue 5. – P. 557-563.

61 Garin N., Olaya B., Moneta M.V. et al. Impact of multimorbidity on disability and quality of life in the Spanish older population // PLoS One. – 2014. – Vol. 9, Issue 11. – P. e111498-1-e111498-16.

62 Low G., Molzahn A.E. et al. Attitudes to aging mediate the relationship between older peoples' subjective health and quality of life in 20 countries // Health and Quality of Life Outcomes. – 2013. – Vol. 11. – P. 146-1-146-11.

63 Jivraj S., Nazroo J. Determinants of socioeconomic inequalities in subjective well-being in later life: a cross-country comparison in England and the USA // Quality of Life Research. – 2014. – Vol. 23, Issue 9. – P. 2545-2558.

64 Салеев Р.А., Федорова Н.С., Салеева Г.Т. и др. Особенности определения качества жизни у пациентов пожилого и старческого возраста // Проблемы стоматологии. – 2017. – №1. – С. 47-49.

65 Клиническая психотерапия в общей врачебной практике: практ. руковод. / под ред. Н.Г. Незнанова, Б.Д. Карвасарского. – СПб.: Питер, 2008. – 523 с.

66 Maio M.D. Quality of Life: An Important Element of Treatment Value // Lancet Oncology. – 2017. – Vol. 18, Issue 12. – P. 1557-1558.

67 Leitão J., Pereira D., Gonzales Â. Quality of Work Life and Organizational Performance: Workers' Feelings of Contributing, or Not, to the Organization's Productivity // International Journal of Environmental Results in Public Health. – 2019. – Vol. 16, Issue 20. – P. 3803-1-3803-15.

68 Schneider B., Hanges P.J., Smith D.B. et al. Which comes first: Employee attitudes or organizational, financial and market performance? // Journal of Applied Psychology. – 2003. – Vol. 88. – P. 836-851.

69 Nayeri N.D., Salehi T., Noghabi A.A. Quality of work life and productivity among Iranian nurses // Contemporary Nurse. – 2011. – Vol. 39. – P. 106-118.

70 The Human Side of Productivity: Setting the Scene / OECD. – Sydney, 2019. – 40 p.

71 Pedro E., Leitão J., Alves H. Does the Quality of Academic Life Matter for Students' Performance, Loyalty and University Recommendation? // Applied Results of Quality of Life. – 2016. – Vol. 11. – P. 293-316.

72 Leitão J., Alves H., Krueger N. et al. Entrepreneurial, Innovative and Sustainable Ecosystems: Best Practices and Implications for Quality of Life. – Berlin, 2018. – 335 p.

73 Peterson W., Gijsbers G., Wilks M. An Organizational Performance Assessment System for Agricultural Research Organizations: Concepts, Methods, and Procedures. – Hague: International Service for National Agricultural Research, 2003. – 59 p.

74 Felton J.S. Burnout as a clinical entity – n its importance in health care workers // Occupational Medicine. – 1998. – Vol. 48, Issue 4. – P. 237-250.

75 Schaufeli W.B., Maassen G.H., Bakker A.B. et al. Stability and change in burnout: A 10-year follow-up study among primary care physicians // Journal of Occupational Organizational Psychology. – 2011. – Vol. 84, Issue 2. – P. 248-267.

76 Kolbina L., Paskal O., Bohdanova I. Prevention of the emotional burnout syndrome in specialists of socio-economic sphere // *Georgian Medical News*. – 2019. – Vol. 291. – P. 136-144.

77 Bridgeman P.J., Bridgeman M.B., Barone J. Burnout Syndrome Among Healthcare Professionals // *American Journal of Health System and Pharmacy*. – 2018. – Vol. 75, Issue 3. – P. 147-152.

78 Roeser K., Schwerdtle B., Eichholz R. et al. Applicability and Validity of the Amnestic Comparative Self- Assessment in Adolescents // *Health Psychology Results*. – 2013. – Vol. 1, Issue 1. – P. e8-1-e8-5.

79 Freudenberger J.H. Staff burn-out // *Journal of Social Issues*. – 1974. – Vol. 30. – P. 159-165.

80 Sajjadi S., Norena M., Wong H. et al. Moral distress and burnout in internal medicine residents // *Canadian Medical Education Journal*. – 2017. – Vol. 8. – P. e36-e43.

81 West C.P., Huschka M.M., Novotny P.J. Association of perceived medical errors with resident distress and empathy: a prospective longitudinal study // *JAMA*. – 2006. – Vol. 296. – P. 1071-1078.

82 Bianchi R., Schonfeld I.S., Laurent E. Physician burnout is better conceptualised as depression // *Lancet*. – 2017. – Vol. 389. – P. 1397-1398.

83 Maslach C., Leiter M.P. Early predictors of job burnout and engagement // *Journal of Applied Psychology*. – 2008. – Vol. 93. – P. 498-512.

84 Tyssen R., Hem E., Vaglum P. et al. The process of suicidal planning among medical doctors: predictors in a longitudinal Norwegian sample // *Journal of Affective Disorders*. – 2004. – Vol. 80, Issue 2. – P. 191-198.

85 Tyssen R., Hem E., Gude T. et al. Lower life satisfaction in physicians compared with a general population sample // *Society Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*. – 2009. – Vol. 44, Issue 1. – P. 47-54.

86 Williams S., Zipp G.P., Cahill T. et al. Prevalence of Burnout Among Doctors of Chiropractic in the Northeastern United States // *Journal of Manipulative Physiological Therapy*. – 2013. – Vol. 36, Issue 6. – P. 376-384.

87 Dewa C.S., Loong D., Bonato S. et al. How does burnout affect physician productivity? A systematic literature review // *BMC Health Service Results*. – 2014. – Vol. 14, Issue 1. – P. 325-1-325-8.

88 Buddeberg-Fischer B., Klaghofer R., Stamm M. et al. Work stress and reduced health in young physicians: prospective evidence from Swiss residents // *International Archive of Occupational and Environmental Health*. – 2008. – Vol. 82, Issue 1. – P. 31-38.

89 Starostina E.G., Moshnyaga E.N. Emotional burn-out in medical doctors in the Moscow region // *European Psychiatry*. – 2007. – Vol. 22. – P. S41.

90 Porto G.G., Carneiro S.C., Vasconcelos B.C. et al. Burnout syndrome in oral and maxillofacial surgeons: a critical analysis // *International Journal of Oral Maxillofacial Surgery*. – 2014. – Vol. 43, Issue 7. – P. 894-899.

91 Pienaar J., Willemse S.A., «Burnout, engagement, coping and general health of service employees in the hospitality industry», *Tourism Management*, p. 29(6):1053–1063. doi: 10.1016/j.tourman.2008.01.006. , 2008.

92 Zwack J., Schweitzer J. If every fifth physician is affected by burnout, what about the other four? Resilience strategies of experienced physicians // *Academy of Medicine*. – 2013. – Vol. 88, Issue 3. – P. 382-389.

93 Ling L., Qin S., Shen L.F. An investigation about learning burnout in medical college students and its influencing factors // *International Journal of Nursing Sciences*. – 2014. – Vol. 1, Issue 1. – P. 117-120.

94 Panagopoulou E., Montgomery A., Benos A. Burnout in internal medicine physicians: Differences between residents and specialists // *European Journal of Internal Medicine*. – 2006. – Vol. 17, Issue 3. – P. 195-200.

95 Ogundipe O.A., Olagunju A.T., Lasebikan V.O. et al. Burnout among doctors in residency training in a tertiary hospital // *Asian Journal of Psychiatry*. – 2014. – Vol. 10. – P. 27-32.

96 Andrade-Nascimento M., Barros D.S. et al. Professional burnout syndrome among intensive care physicians in Salvador // *Braz Eur Psychiatry*. – 2013. – Vol. 28. – P. 1.

97 Wada K., Yoshikawa T., Goto T. et al. Association of depression and suicidal ideation with unreasonable patient demands and complaints among Japanese physicians: a national cross-sectional survey // *International Journal of Behavioral Medicine*. – 2011. – Vol. 18, Issue 4. – P. 384-390.

98 Yip W.C., Hsiao W.C., Chen W. et al. Early appraisal of China's huge and complex health-care reforms // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 379. – P. 833-842.

99 Zhou Z., Zhu L., Zhou Z. et al. The effects of China's urban basic medical insurance schemes on the equity of health service utilisation: evidence from Shaanxi Province // *International Journal of Equity Health*. – 2014. – Vol. 13. – P. 23-1-23-9.

100 Meng Q., Xu L., Zhang Y. et al. Trends in access to health services and financial protection in China between 2003 and 2011: a cross-sectional study // *The Lancet*. – 2012. – Vol. 379, Issue 9818. – P. 805-814.

101 Fu J., Sun W., Wang Y. et al. Improving job satisfaction of Chinese doctors: the positive effects of perceived organizational support and psychological capital // *Public Health*. – 2013. – Vol. 127, Issue 10. – P. 946-951.

102 Wang J.N., Sun W., Chi T.S. et al. Prevalence and associated factors of depressive symptoms among Chinese doctors: a cross-sectional survey // *International Archive of Occupational Environmental Health*. – 2010. – Vol. 83, Issue 8. – P. 905-911.

103 Dolan E.D., Mohr D., Lempa M. et al. Using a Single Item to Measure Burnout in Primary Care Staff: A Psychometric Evaluation // *Journal of General Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 30, Issue 5. – P. 582-587.

104 Linzer M. et al. A Cluster Randomized Trial of Interventions to Improve Work Conditions and Clinician Burnout in Primary Care Results from the Healthy Work Place (HWP) Study // *Journal of General Internal Medicine*. – 2015. – Vol. 30, Issue 8. – P. 1105-1111.

105 Rabatin J., Williams E., Manwell L.B. et al. Predictors and Outcomes of Burnout in Primary Care Physicians // *Journal of Primary Care Community Health*. – 2015. – Vol. 7, Issue 1. – P. 41-43.

106 Williams E.S., Manwell L.B., Konrad T.R. et al. The relationship of organizational culture, stress, satisfaction, and burnout with physician-reported error and suboptimal patient care: Results from the MEMO study // *Health Care Manage Review*. – 2007. – Vol. 32, Issue 3. – P. 203-212.

107 Linzer M., Manwell L.B., Williams E.S. et al. Working conditions in primary care: physician reactions and care quality // *Annals of Internal Medicine*. – 2009. – Vol. 151. – P. 28-36.

108 Pustulka-Piwnik U., Ryn Z., Krzywoszanski L. et al. Burnout syndrome in physical therapists- demographic and organizational factors // *Medycyna Pracy Poland*. – 2014. – Vol. 65, Issue 4. – P. 453-462.

109 Williams E.S., Halbesleben J.R.B., Manwell L. et al. The effect of workplace stress and burnout on patient outcomes // In book: *Handbook of Human Factors in Healthcare and Patient Safety*. – Mahwah: Erlbaum, 2011. – 876 p.

110 Babbott S., Manwell L.B. et al. Electronic medical records and physician stress in primary care: results from the MEMO Study // *J Am Med Inform Assoc*. – 2014. – Vol. 21, Issue e1. – P. e100-e106.

111 Peckam C. Physician Burnout: It Just Keeps Getting Worse // <https://www.medscape.com/viewarticle/838437>. 25.08.2020.

112 Henson J.W. Reducing Physician Burnout through Engagement // *Journal of Healthcare Management*. – 2016. – Vol. 61, Issue 2. – P. 86-89.

113 Roberts D., Cannon K., Wellik K. et al. Burnout in inpatient- based versus outpatient- based physicians: a systematic review and meta-analysis // *Journal of Hospital Medicine*. – 2013. – Vol. 8, Issue 11. – P. 653-664.

114 Maslach C., Schaufeli W.B., Leiter M.P. Job Burnout // *Annual Review of Psychology*. – 2001. – Vol. 52. – P. 397-422.

115 Manomenidis G., Panagopoulou E., Montgomery A. The ‘switch off’ model: Strategies used to mentally prepare and disengage from work // *International Journal of Nursing Practice*. – 2016. – Vol. 22. – P. 356-363.

116 Pejuškoviü B., Lepiü-Toševiü D., Priebe S. et al. Burnout syndrome among physicians– the role of personality dimensions and coping strategies // *Psychiatry of Danub*. – 2011. – Vol. 23. – P. 389-395.

117 Pisanti R., van der Doef M., Maes S. et al. How Changes in Psychosocial Job Charac- teristics Impact Burnout in Nurses: A Longitudinal Analysis // *Front Psychology*. – 2016. – Vol. 7. – P. 1-9.

118 Quenot J.P., Rigaud J.P., Prin S. et al. Suffering among carers working in critical care can be reduced by an intensive communication strategy on end-of-life practices // *Intensive Care Medicine*. – 2012. – Vol. 38. – P. 55-61.

119 Цыганкова И.В. Современные взгляды на проблему качества трудовой жизни // *Вестник Челябинского государственного университета*. – 2008. – №19(120). – С. 134-141.

- 120 Янковская В.И. Основные составляющие качества трудовой жизни // Стандарты и качество. – 2003. – №2. – С. 46-48.
- 121 Herzberg F., Mausner B., Snyderman B.B. The Motivation to Work. – NY.: John Wiley and Sons Inc., 2011. – 180 p.
- 122 Герцберг Ф., Моснер Б., Блох Б. Мотивация к работе / пер. с англ. – М.: Вершина, 2007. – 240 с.
- 123 Маляков. П.Л. Труд педагога: анализ подходов к понятию удовлетворенности трудом // Актуальные направления научных исследований: от теории к практике. – 2015. – №1. – С. 195-197.
- 124 Заруцкая Е.А. Методы и инструменты исследования мотивации трудовой деятельности персонала организации // Актуальные проблемы управления: теория и практика: матер. 3-й междунар. науч.-практ. заоч. конф. – Тверь, 2016. – С. 109-120.
- 125 Smith P.S., Kendall L.M., Hulin C.L., The measurement of satisfaction in work and retirement. – Chicago: Rand McNally, 1969. – 186 p.
- 126 Scott W.S. The development of semantic differential scales admeasures of «morale // Personnel Psychology. – 1967. – Vol. 20. – P. 179-198.
- 127 Scott W.S., Rowland R. The generality and significance of semantic differential scales on measures of «morale // Organizational Behavior and Human Performance. – 1970. – Vol. 5. – P. 576-591.
- 128 Kabasheva I.A., Rudaleva I.A. Assessment of Material Job Satisfaction of Health Workers // Procced. 3rd internat. conf. on Economics, Political and Law Science. – Brasov, 2014. – P. 32-41.
- 129 Kabasheva I.A., Rudaleva I.A. Factor analysis of labor satisfaction of the managerial staff working in an organization // Life Science Journal. – 2014. – Vol. 11, Issue 12. – P. 157-161.
- 130 Bender K.A., Donohue S.M. et al. Heywood Job Satisfaction and Gender Segregation // Oxford Economic Papers. – 2005. – Vol. 57, Issue 3. – P. 479-496.
- 131 Черкасов С.Н., Сараев А.Р. Мотивационные аспекты новой системы оплаты труда в здравоохранении // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2009. – Т. 5, №4. – С. 524-526.
- 132 Черкасов С.Н., Сараев А.Р. Оценка значимости мотивационных установок к труду у участковых медицинских сестер // Сестринское дело. – 2010. – №7. – С. 20-24.
- 133 Петросян А.А., Данилов А.Н., Елисеев Ю.Ю. Влияние уровня трудового совместительства на качество жизни сельских врачей различных специальностей // Здоровье населения и среда обитания. – 2016. – №9(282). – С. 45-47.
- 134 Перепелица Д. Социально-гигиенические аспекты охраны здоровья медицинских работников: дис. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – Кемерово, 2007. – 127 с.
- 135 Дубель Е.В. Гигиеническая оценка факторов риска здоровью медицинских работников крупного многопрофильного стационара: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.01. – СПб., 2016. – 25 с.

136 Дегтярев А.Д. Социально-гигиеническое изучение состояния здоровья и качества жизни врачей, специалистов по ультразвуковой диагностике: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – М., 2014. – 26 с.

137 Иванов А.В. Роль анализа заболеваемости и условий труда врачей муниципальных учреждений в совершенствовании охраны их здоровья: автореф. ... канд. мед. наук: 14.00.33. – М., 2005. – 23 с.

138 Дьяченко О.И. Гигиеническая оценка качества жизни на примере врачей-стоматологов в условиях крупного промышленного центра: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.01. – М., 2010. – 24 с.

139 Удалова О.Н. Здоровье и жизнедеятельность медицинских работников психиатрических учреждений Кабардино-балкарской республики: дис. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – М., 2011. – 136 с.

140 Сысоев П.Г. Оценка здоровья и качества жизни врачей терапевтического профиля амбулаторно-поликлинических учреждений: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – М., 2012. – 23 с.

141 Сашин А.В. Социально-гигиенические аспекты заболеваемости врачей терапевтического, хирургического профиля и судебно-медицинских экспертов: автореф. ... канд. мед. наук: 14.02.03. – Рязань, 2010. – 25 с.

142 Рахимбекова Д.К., Дуйсенова Г.М. Социально-гигиеническая характеристика факторов, влияющих на здоровье и профессиональный статус врачей-терапевтов государственных поликлиник // Руководитель медицинской организации. – 2016. – №7. – С. 14-17.

143 Приказ и.о. Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении правил консультативно-диагностической помощи: утв. 28 июля 2015 года, №626 // <http://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011958>. 05.06.2021.

144 Турумбетова Т.Б., Абдрахманова А.О., Калиева М.А. Расчет штатных нормативов медицинских кадров стационара в условиях сокращения коечного фонда и оплаты по пролеченным больным // Астана Медициналык Журналы. – 2014. – №4(82). – С. 85-89.

145 Калиева М.А., Турумбетова Т.Б., Березин С.С. и др. Анализ посещаемости «узких» специалистов в амбулаторно-поликлинических организациях // Сб. тез. междунар. конф., посв. 35-летию Алма-атинской Декларации ВОЗ по первичной медико-санитарной помощи (ПМСП). – Алматы, 2013. – С. 46-48.

146 Указ Президента Республики Казахстан. Об утверждении Государственной программы развития здравоохранения Республики Казахстан "Саламатты Қазақстан" на 2011-2015 годы: утв. 29 ноября 2010 года, №1113 // <https://adilet.zan.kz>. 05.06.2021.

147 Хайдарова Т.С., Капанова Г.Ж., Калмаханов С.Б. Состояние общей врачебной практики при переходе к системе ОСМС в РК // Вестник КазНМУ. – 2019. – №1. – С. 626-630.

148 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Правил оказания первичной медико-

санитарной помощи и Правил прикрепления к организациям первичной медико-санитарной помощи: утв. 28 апреля 2015 года, №281 // <https://adilet.zan.kz>. 05.06.2021.

149 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Стандарта организации оказания первичной медико-санитарной помощи в Республике Казахстан: утв. 3 февраля 2016 года, №85 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1600013392>. 05.06.2021.

150 Приказ и.о. Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении Квалификационных характеристик должностей работников здравоохранения: утв. 26 ноября 2009 года, №791 // <https://adilet.zan.kz>. 05.06.2021.

151 Приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан. Об утверждении нормативов обеспеченности регионов медицинскими работниками: утв. 7 апреля 2010 года, №238 // <https://adilet.zan.kz>. 05.06.2021.

152 Mathers N., Fox N., Hunn A. Surveys and Questionnaires // https://www.rds-yh.nihr.ac.uk/wp-content/uploads/2013/05/12_Surveys. 05.06.2021.

153 Voutilainen A., Pitkääho T., Kvist T. et al. How to ask about patient satisfaction? The visual analogue scale is less vulnerable to confounding factors and ceiling effect than a symmetric Likert scale // Journal of Advanced Nursing. – 2016. – Vol. 72, Issue 4. – P. 946-957.

154 Инструкция по интерпретации опросника SF-36 // <http://therapy.irkutsk.ru/doc/sf36a.pdf>. 05.06.2021.

155 Конституция Республики Казахстан: принята на республиканском референдуме 30 августа 1995 года // <https://adilet.zan.kz/rus/docs>. 05.06.2021.

156 Кодекс Республики Казахстан. О здоровье народа и системе здравоохранения: принят 7 июля 2020 года, №360-VI // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K2000000360>. 05.06.2021.

157 Кодекс Республики Казахстан. Об административных правонарушениях: принят 5 июля 2014 года, №235-V // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/K1400000235>. 05.06.2021.

158 Закон Республики Казахстан. О защите прав потребителей: принят 4 мая 2010 года, №274 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z100000274>. 05.06.2021.

159 Закон Республики Казахстан. Об обязательном социальном медицинском страховании: принят 16 ноября 2015 года, №405-V ЗРК // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/Z1500000405> 05.06.2021.

160 Анализ заработных плат медицинских работников организаций здравоохранения РК / РЦРЗ РК // <http://rcrz.kz/index.php/ru>. 05.06.2021.

161 Основные социально-экономические показатели Республики Казахстан // <https://stat.gov.kz/>. 05.06.2021.

162 Приказ Министра здравоохранения и социального развития Республики Казахстан. Об утверждении Правил поощрения работников субъектов здравоохранения, оказывающих медицинские услуги в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи и в системе

обязательного социального медицинского страхования: утв. 29 мая 2015 года,
№429 // <https://adilet.zan.kz/rus/docs/V1500011526>. 05.06.2021.

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Акты внедрения

АКТ



внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 1» акимата г. Нур- Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: психологический тренинг медицинских работников для профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 1 г. Нур- Султан, для профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г. А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения- медико- социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения- 2019- 2020 год

Председатель комиссии:

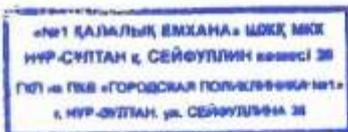
Главный врач городской поликлиники № 1  Н. Ш. Туралинов

Члены комиссии:


социальный работник Житпагаидетова И.Т.
руководитель ОЧЗР Тукенов А.
психолог Ибрагимова А.С.

Исполнитель (ответственный за внедрение): PhD докторант НАО
«Медицинский университет Астана» Алдабергенова Г. А.

14.09.2020г.



АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 1» акимата г. Нур- Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Курсы правовой грамотности для врачей ПМСП.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 1 г. Нур- Султан, для повышения правовой грамотности медицинских работников.

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г. А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения- медико- социальная, организационная

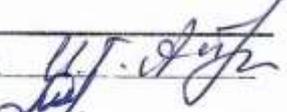
Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения- 2019- 2020 год

Председатель комиссии:

Главный врач городской поликлиники № 1  Н. Ш. Туралинов

Члены комиссии:


социальный работник Айтмагамбетова Ш. А. 
руководитель ОЦЗР Туенов А. С. 
психолог Айтбергенова А. С. 

Исполнитель (ответственный за внедрение): PhD докторант НАО
«Медицинский университет Астана» Алдабергенова Г. А.

14.09.2020г.

АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» акимата г. Нур- Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: психологический тренинг медицинских работников для профилактики синдрома эмоционального выгорания.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 6 г. Нур- Султан, для профилактики синдрома эмоционального выгорания у медицинских работников.

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г. А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения- медико- социальная, организационная

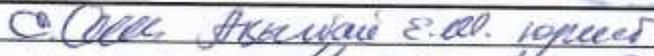
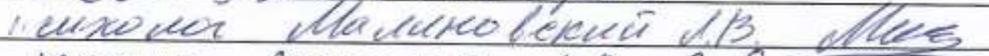
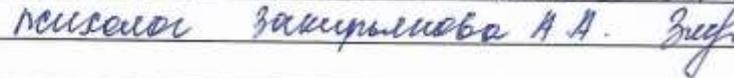
Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения- сентябрь- октябрь 2020 год

Председатель комиссии:

Главный врач городской поликлиники № 6  Д. С. Байсеркина

Члены комиссии:

Исполнитель (ответственный за внедрение): PhD докторант НАО
«Медицинский университет Астана» Алдабергенова Г. А.

20.10.2020г.

АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 6» акимата г. Нур- Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Курсы правовой грамотности для врачей ПМСП.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 6 г. Нур- Султан, для повышения правовой грамотности медицинских работников.

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г. А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения- медико- социальная, организационная

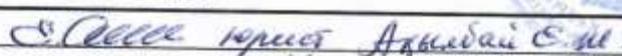
Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

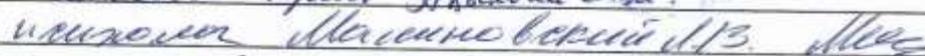
Срок внедрения- сентябрь- октябрь 2020 год

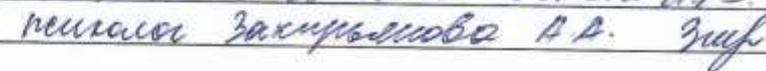
Председатель комиссии:

Главный врач городской поликлиники № 6  Д. С. Байсеркина

Члены комиссии:







Исполнитель (ответственный за внедрение): PhD докторант НАО
«Медицинский университет Астана» Алдабергенова Г. А.

20.10.2020 г.

НҮР-СУЛТАН ҚАЛАСЫ ӘКІМДІГІНІҢ
«№14 ҚАПАЛЫҚ ЕМХАНА»
ШАРУАШЫЛЫҚ ЖҮРТІЗУ
ҚҰБЫҒЫНДАҒЫ МЕМЛЕКЕТТІК
КОММУНАЛДЫҚ КӘСІПОРЫН

АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 14» акимата г. Нур- Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Модель повышения качества жизни и улучшения условий труда врачей- терапевтов/ ВОП.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной и управленческой деятельности городской поликлиники № 14 г. Нур- Султан, для повышения качества жизни врачей ПМСП (участковые врачи- терапевты, врачи общей практики) и улучшения условий их работы (повышение правовой грамотности, профилактика эмоционального выгорания, правильная организация работы, техническое обеспечение и др.).

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г.А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения: медико- социальная, организационная, управленческая.

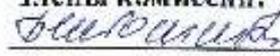
Предложения, замечания учреждения, осуществленного внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: 2020- 2021 год

Председатель комиссии:

Директор городской поликлиники № 14  Е.Т. Мусенов

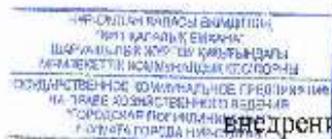
Члены комиссии:

Исполнитель (ответственный за внедрение): заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.

PhD докторант Алдабергенова Г.А.

18.01 2021 г.



АКТ

внедрения результатов научно-исследовательской работы

ГКП на ЦХВ «Городская поликлиника № 11» акимата г. Нур-Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: Модель повышения качества жизни и улучшения условий труда врачей-терапевтов/ВОП.

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной и управленческой деятельности городской поликлиники № 11 г. Нур-Султан, для повышения качества жизни врачей ПМСП (участковые врачи-терапевты, врачи общей практики) и улучшения условий их работы (повышение правовой грамотности, профилактика эмоционального выгорания, правильная организация работы, техническое обеспечение и др.).

Работа включена из: диссертации PhD Аллаберженовой Г.А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения: медико-социальная, организационная, управленческая.

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение-рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: 2020-2021 год

Председатель комиссии:

Директор городской поликлиники № 11 Ж.К. Сагадиakov

Члены комиссии:

руководитель службы по лечебно-профилактической работе

С.Б. Аманбакова



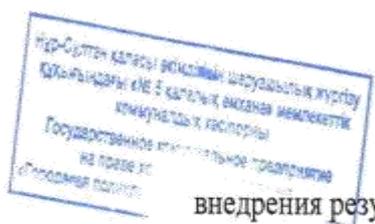
Исполнитель (ответственный за внедрение): заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента ПАО «Медицинский университет

«Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.

PhD докторант Аллаберженова Г.А.



28.09 2021 г.



АКТ

внедрения результатов научно- исследовательской работы

ГКП на ПХВ «Городская поликлиника № 5» акимата г. Нур-Султан
наименование учреждения, где внедряется работа

Наименование предложения: **Комплексная оценка качества жизни врачей ПМСП**
(врачей-терапевтов, врачей общей практики)

Форма внедрения: Внедрение является результатом диссертационной работы, используется в организационной деятельности городской поликлиники № 5 г. Нур-Султан, для комплексной оценки качества жизни врачей-терапевтов, врачей общей практики, с учетом влияния внешнего и внутреннего окружения.

Работа включена из: диссертации PhD Алдабергеновой Г.А. «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтов в условиях поликлиники» по специальности 6D110200- общественное здравоохранение.

Эффективность внедрения: медико- социальная, организационная

Предложения, замечания учреждения, осуществляющего внедрение- рекомендуется к широкому внедрению.

Срок внедрения: октябрь- декабрь 2020 год

Председатель комиссии:

Главный врач городской поликлиники № 5  А.Ж. Табулдина

Члены комиссии:


Мухамбетов О.А.  доц. Тургамбаева А.К.
Мухамбетов К.Н.  доц. Тургамбаева А.К.

Исполнитель (ответственный за внедрение): заведующая кафедрой общественного здоровья и менеджмента НАО «Медицинский университет Астана», к.м.н., асс.проф. Тургамбаева А.К.
PhD докторант Алдабергенова Г.А.

9.11.2020г.

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Авторские свидетельства

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ  **РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН**

**АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ**

КУӘЛІК

2019 жылғы « 30 » қаңтар № 1516

Автордың (лардың) жөні , аты, өкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):
АЛДАБЕРГЕНОВА ГУЛЬДЕН АМЕРКЕШЕВНА; ТУРГАМБАЕВА АСИЯ КАЙРБАЕВНА; МУСИНА АЙМАН АЯШЕВНА

Авторлық құқық объектісі: ғылыми туынды
Контент-анализ исследований в области качества жизни и условий труда

Объектінің атауы: медицинских работников

Объектіні жасаған күні: 28.01.2019

СВИДЕТЕЛЬСТВО

**О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ**

№ 1516 от « 30 » января 2019 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):
АЛДАБЕРГЕНОВА ГУЛЬДЕН АМЕРКЕШЕВНА; ТУРГАМБАЕВА АСИЯ КАЙРБАЕВНА; МУСИНА АЙМАН АЯШЕВНА

Вид объекта авторского права: произведение науки
Контент-анализ исследований в области качества жизни и условий труда

Название объекта: медицинских работников

Дата создания объекта: 28.01.2019

Құжат түпнұсқасымен <http://www.kazpatent.kz/kz> сайтынан
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруле болады <https://copyright.kazpatent.kz>
Подлинность документа возможно проверить на сайте kazpatent.kz
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП Оспанов Е. К.

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН



АВТОРЛЫҚ ҚҰҚЫҚПЕН ҚОРҒАЛАТЫН ОБЪЕКТІЛЕРГЕ ҚҰҚЫҚТАРДЫҢ
МЕМЛЕКЕТТІК ТІЗІЛІМГЕ МӘЛІМЕТТЕРДІ ЕНГІЗУ ТУРАЛЫ

КУӘЛІК

2019 жылғы « 30 » қаңтар № 1517

Автордың (лардың) жөні , аты, әкесінің аты (егер ол жеке басын куәландыратын құжатта көрсетілсе):

АЛДАБЕРГЕНОВА ГУЛЬДЕН АМЕРКЕШЕВНА; ТУРГАМБАЕВА АСИЯ ҚАЙРБАЕВНА; МУСИНА АЙМАН АЯШЕВНА

Авторлық құқық объектісі: ғылыми туынды

Объектінің атауы: Качество жизни медицинских работников в условиях работы в городской поликлинике

Объектіні жасаған күні: 28.01.2019

СВИДЕТЕЛЬСТВО

О ВНЕСЕНИИ СВЕДЕНИЙ В ГОСУДАРСТВЕННЫЙ РЕЕСТР
ПРАВ НА ОБЪЕКТЫ, ОХРАНЯЕМЫЕ АВТОРСКИМ ПРАВОМ

№ 1517 от « 30 » января 2019 года

Фамилия, имя, отчество, (если оно указано в документе, удостоверяющем личность) автора (ов):

АЛДАБЕРГЕНОВА ГУЛЬДЕН АМЕРКЕШЕВНА; ТУРГАМБАЕВА АСИЯ ҚАЙРБАЕВНА; МУСИНА АЙМАН АЯШЕВНА

Вид объекта авторского права: произведение науки

Название объекта: Качество жизни медицинских работников в условиях работы в городской поликлинике

Дата создания объекта: 28.01.2019



Құжат түпнұсқасымен <http://www.kazpatent.kz/no> сайтынан
"Авторлық құқық" бөлімінде тексеруле болады: <https://copyright.kazpatent.kz>

Подлинность документа возможно проверить на сайте [kazpatent.kz](http://www.kazpatent.kz)
в разделе «Авторское право» <https://copyright.kazpatent.kz>

Подписано ЭЦП

Оспанов Е. К.

ПРИЛОЖЕНИЕ В

Опросник для определения социально-детерминантных факторов и условий труда

Уважаемый коллега!

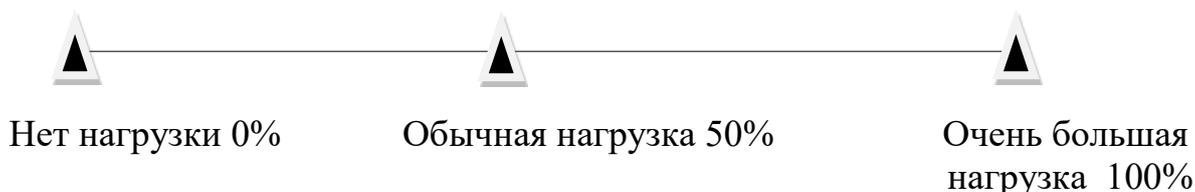
Просим Вас заполнить анонимную анкету.

Результаты данного опроса позволят принять управленческие решения для улучшения условий труда врачей.

Раздел 1

1. Ваш возраст _____
2. Пол (подчеркните) мужской женский
3. Ваше семейное положение (подчеркните нужное)
женат/ замужем холост/ не замужем разведен/ разведена вдовец/ вдова
4. Ваша специальность _____
5. Ваше место работы (подчеркните нужное)
стационар поликлиника
6. Стаж работы врачом _____, квалификационная категория _____
7. Размер Вашей заработной платы (подчеркните нужное)
– меньше 60 000 тг.(0,25)
– 60- 100 000 тг. (0,5)
– 100- 140 000 тг. (0,75)
– больше 140 000 тг.(1)
8. Ваши финансовые источники (подчеркните нужное)
заработная плата на основной работе (0,5)
дополнительный заработок на другой работе(1)
9. Оцените, насколько (от 0 до 100 %) вы довольны в данной организации (0%-0; 100%-1):
–заработанной платой _____
–возможностью в карьерном росте _____
–бесплатным обучением по вашей специальности _____
–социальной поддержкой Вашей организации (материальная помощь, льготы) _____
–психологический комфорт для Вас _____

10. Ваша нагрузка в медицинской организации (от 0 до 100 %) (0%-0; 100%-1):



Раздел 2

1. Как вы добираетесь до работы (подчеркните нужное)

- автобус (0,25)
- пешком (0,5)
- велосипед (0,75)
- автомобиль (1,0)

2. Место для хранения верхней одежды (подчеркните нужное)

- в кабинете имеется отдельный шкаф для верхней одежды и спецодежды (1,0)
- имеется гардероб (0,66)
- другое ____ (0,33) _____

3. Оцените работу вашей медицинской сестры от 0 до 100 (0% - 0,0; 100% - 1,0)

4. В вашем рабочем кабинете (подчеркните нужное):

- душно (-0,25)
- холодно (-0,25)
- сквозняки (-0,25)
- другое ____ (-0,25)

5. Факторы, влияющие на качество медицинской помощи в Вашей организации (подчеркните нужное)

1. отсутствие оргтехники на рабочем месте (ксерокс и др.)
2. недостаток канцелярских товаров, необходимых для работы
3. недостаток расходных материалов (перчаток, масок и др.)
4. недостаток медицинских инструментов (тонометры, градусники, шпатели и др.)
5. недостаток дезинфицирующих средств
6. недостаток необходимой мебели (шкафы, столы и др.)
7. недостаточное освещение рабочего места
8. другие _____

6. Обычно Ваш рабочий день длится (подчеркните нужное):

- до 6 часов (1,0)

- 7-8 часов (0,66)
- 9 часов и более (0,33)

7. Есть ли у Вас перерыв на отдых в течение рабочего дня (подчеркните нужное). Если да, то укажите сколько он длится:

да (1,0) нет (0,0)

8. Возможность обедать горячей пищей (подчеркните нужное):

- Обед обеспечивает МО (1,0)
- Есть условия чтобы приносить обед с собой (0,75)
- хожу в буфет (0,5)
- не обедаю (0,25)

Раздел 3

1. Факторы риска, влияющие на Ваше здоровье (подчеркните нужное)

- малоподвижный образ жизни
- нерациональное питание
- курение
- употребление спиртных напитков
- стрессы
- перегруженность в работе
- перегруженность в быту
- другое _____

Раздел 4

1. По Вашему мнению, кто сегодня оказывается более защищенным в своих правах, врач или пациент? (подчеркните нужное)

врач 1,0 пациент 0,0 затрудняюсь ответить

2. Защищен ли врач в случае врачебной ошибки? (оцените степень защиты от 0 до 100).

3. Знаете ли свои права и обязанности как медицинского работника? (оцените степень осведомленности о своих правах от 0 до 100) 0-0,0; 100 – 1,0

4. Были ли случаи, когда нарушались Ваши права как медицинского работника? (подчеркните нужное)

да 0 нет 1

5. В чем состояли данные нарушения _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Г

Выписка из протокола

«АСТАНА МЕДИЦИНА
УНИВЕРСИТЕТІ» АҚ
Локальды Биоэтикалык
комитеті



АО «МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ АСТАНА»
Локальный Биоэтический
комитет

**Выписка из протокола № 5
заседания Локального Биоэтического комитета
АО «Медицинский университет Астана»**

от 17 января 2019 года
Астана, АО «Медицинский университет Астана»

Присутствовали: Председатель Комитета д.м.н., проф. Тажибаева Д.С., секретарь – Бекбергенова Ж.Б., члены – к.м.н., проф. Хамчиев К.М., к.м.н. Аканов А.Б., к.м.н., доц. Базарова А.В., к.м.н., доц. Дербисалина Г.А., д.м.н., проф. Латыпова Н.А., к.м.н., доц. Колос Е.Н., д.м.н., проф. Мамбетпаева Б.С., к.м.н., доц. Жусупова Г.Д.

Кворум – есть.

Повестка заседания:

- Рассмотрение этических документов научно-исследовательской работы по теме «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтического профиля» Алдабергеновой Г.А. Научный руководитель: к.м.н., профессор Тургамбаева А.К.
- Разное.

Обсуждение:

Были рассмотрены документы исследования на предмет этической совместимости, представленные на рассмотрение Локального Биоэтического комитета «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтического профиля», планируемой в рамках докторской диссертации и вынесено решение.

Принятое решение:

Одобрить и рекомендовать к исполнению мероприятий по выполнению исследования «Комплексная оценка качества жизни и условий труда врачей терапевтического профиля» с последующим мониторингом исполнения с учетом этических норм при тестировании объектов исследования. Назначить следующее слушание через 12 месяцев по предварительным результатам исследования с учетом рекомендаций ЛЭК.

Председатель

Секретарь



Д.С. Тажибаева

Ж.Б. Бекбергенова

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

Функциональные обязанности врача общей практики (участкового терапевта, участкового педиатра)

Функциональные обязанности врача общей практики (участкового терапевта, участкового педиатра) включают:

- 1) прием и осмотр взрослого и детского населения;
- 2) обслуживание на дому при наличии показаний для оказания врачебной помощи;
- 3) обслуживание вызовов неотложной медицинской помощи, переданных со станции (отделений) скорой медицинской помощи, в часы работы организаций ПМСП, при необходимости оказание врачебной помощи;
- 4) оказание неотложной медицинской помощи при острых и хронических заболеваниях, травмах, отравлениях или других неотложных состояниях;
- 5) диагностика и лечение наиболее распространенных заболеваний по профилям: кардиология, ревматология, пульмонология, эндокринология, гастроэнтерология, неврология, нефрология, оториноларингология, офтальмология, дерматовенерология;
- 6) составление плана профилактических прививок согласно возрасту;
- 7) осмотр детей перед прививками;
- 8) организация проведения профилактических осмотров (скрининговых исследований) целевых групп населения в порядке, определенном уполномоченным органом;
- 9) динамическое наблюдение за больными с хроническими формами заболеваний;
- 10) направление пациентов, в том числе, диспансерных, по показаниям на консультацию к профильным специалистам;
- 11) направление пациентов на плановую госпитализацию;
- 12) оказание стационарозамещающей помощи, в том числе на дому;
- 13) проведение экспертизы временной нетрудоспособности и выдача больничных листов;
- 14) организация профильных школ здоровья;
- 15) оформление соответствующей документации и направление и на медико-социальную экспертизу;
- 16) назначение лекарственных средств, расчет дозировки и длительности приема лекарственных препаратов;
- 17) выписка рецептов на все первично назначаемые лекарственные средства, в том числе на бесплатные лекарственные средства в рамках ГОБМП больным с хроническими формами заболеваний;
- 18) контроль своевременности и качества выполнения врачебных назначений средним медперсоналом;
- 19) обеспечение преемственности в обследовании и лечении прикрепленного населения;
- 20) выдача в установленном порядке свидетельства о смерти на дому;
- 21) проведение информационно-образовательной работы с населением по вопросам пропаганды и формирования здорового образа жизни;