



Настоящее издание ретроспективы научных публикаций ГБУЗ МО МОНИИАГ, касающихся проблемы развития и сохранения кадровых ресурсов службы родовспоможения Московской области, издано при финансовой поддержке Московской областной общественной организации специалистов патологии шейки матки и кольпоскопии (МООО СПШМик).

В 2015 году на базе поликлинического отделения МОНИИАГ организован областной Центр патологии шейки матки, в котором женщины Подмосковья в установленном порядке могут получить квалифицированную консультацию, при необходимости лечение. Для диагностики и лечения заболеваний шейки матки в Центре имеется уникальное для России медицинское оборудование, в частности кольпоскоп, позволяющий в режиме реального времени поставить пациентке диагноз злокачественного заболевания шейки матки с вероятностью более 80%, провести прицельную малотравматичную биопсию и удаление патологического очага.

Московская областная общественная организация специалистов патологии шейки матки и кольпоскопии проводит на безвозмездной основе на базе поликлинического отделения МОНИИАГ, на выездных циклах в ЛПУ обучение специалистов службы родовспоможения Московской области теории и практическим навыкам по проблеме профилактики, диагностики и лечения заболеваний шейки матки, включая обучение работе на кольпоскопе с динамической спектральной визуализацией шейки матки.

Информация о порядке прохождения обучения специалистов размещена на официальном сайте <http://moniiag.ru/>

**ГБУЗ МО «МОСКОВСКИЙ ОБЛАСТНОЙ НИИ
АКУШЕРСТВА И ГИНЕКОЛОГИИ»**

СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ СТАНОВЛЕНИЯ ПРОФЕССИОНАЛИЗМА У АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ МОСКОВСКОЙ ОБЛАСТИ

**РЕТРОСПЕКТИВА НАУЧНЫХ ПУБЛИКАЦИЙ
ГБУЗ МО МОНИИАГ**



Тенденции в работе и учебе у акушеров-гинекологов Московской области

А.А. ГРИДЧИК, Н.В. ДУБ

Trends in the work and training of obstetricians and gynecologists of the Moscow Region

A.L. GRIDCHIK, N.V. DUB

Кафедра акушерства и гинекологии ФУВ Московского областного НИ клинического института им. М.Ф. Владимирского (зав. — член-корр. РАМН проф. В.И. Краснопольский)

В статье представлены современные тенденции в работе и учебе у акушеров-гинекологов Подмосковья. Методами анкетирования и тестирования изучены факторы, влияющие на эффективность профессионального обучения, на выбор места работы в системе лечебно-профилактических учреждений родовспоможения. Полученные данные свидетельствуют о ведущей роли социально-экономических факторов в мотивации профессиональной деятельности.

The paper presents the current trends in the work and training of obstetricians and gynecologists of the Moscow Region. Questionnaire survey and tests were used to examine factors that influence the efficiency of professional training on the choice of an occupation in the system of therapeutic-and-prophylactic obstetric aid facilities. The findings suggest that socioeconomic factors play the leading role in the motivation of professional activities.

Подготовка врачей по специальности “Акушерство и гинекология” как одному из разделов клинической медицины направлена на решение конкретных задач национальной стратегии воспроизводства населения, профилактики преждевременной смерти и сохранения здоровья человека. Возможность эффективного использования особых технологий и, следовательно, повышение качества специализированной помощи определяют квалифицированные кадры. Важным мотивационным фактором становления у врачей профессионализма является уровень материального вознаграждения за выполняемую работу, так как этот критерий определяет степень признания государством социальной значимости труда профессионала в обществе [7, 9, 10, 12, 14].

В конце XX века интенсивно изучались психологические особенности труда медицинских работников, серьезно развивалась теория менеджмента в медицине. Однако “человек в медицине” по-прежнему остается для российского управленца “загадкой”, а мотивационные “пружины” его профессионального роста остаются нерешенной проблемой. В рыночных условиях для формирования эффективной стратегии мотивации медицинского персонала требуются новые стимулы, побуждающие, а не принуждающие, медицинский персонал к постоянному профессиональному росту [1, 2, 6, 15].

В профессиональной деятельности типа “человек—человек”, к которому относится работа врача, перво-степенное значение в становлении личности специа-

листа придается процессу постоянного специального обучения и самообразования. В 1993—2003 гг. потребность врачей в постдипломном образовании формировалась в условиях глобальных изменений социально-экономического уклада в России, хаотичного преобразования механизма управления здравоохранением [1, 3—5].

В целях определения приоритетов в учебе и работе методом анонимного анкетирования путем ответов на стандартные вопросы изучены суждения 353 акушеров-гинекологов Московской области (25,4% от числа физических лиц). Исследование проводилось в непрерывном режиме в течение 2003 г. Обобщенный портрет акушера-гинеколога Московской области определяли с помощью психометрического теста, позволяющего дать основную характеристику личных качеств [8]. Полученные результаты сравнивались с данными, полученными при аналогичных исследованиях в 1998 г. В зависимости от стажа работы по специальности “Акушерство и гинекология” все анкетированные были разделены на 3 группы: 1-я группа (89 врачей) со стажем работы от 1 года до 15 лет включительно ($8,5 \pm 0,3$); 2-я группа (193) со стажем 16—25 лет ($20,7 \pm 0,2$); 3-я группа (71) со стажем работы более 26 лет ($32,1 \pm 0,2$).

Суждение о том, что здравоохранение нуждается в реформе, не вызывает сомнения. Первые итоги преобразований в здравоохранении свидетельствуют о том, что сокращение числа коек принципиально не влияет на качество медицинской помощи и не дает экономии средств, которые предполагалось использовать в качестве материального фактора мотивации медицин-

Таблица 1. Личностные характеристики акушеров-гинекологов Московской области

Основной признак личности	Число врачей со стажем работы, %		
	0—15 лет	16—25 лет	более 26 лет
Трудоголик	27,0	14,0	5,6
Лидер	27,0	18,7	7,0
Наблюдатель	7,7	22,8	22,5
Коммуникатор	33,7	38,3	59,3
Индивидуалист	4,6	6,2	5,6

ского персонала [3, 13]. Сокращение числа акушерско-гинекологических коек на 36% не повлияло на численность физических лиц акушеров-гинекологов Подмосквья, которая оставалась неизменной в пределах 1380—1390 человек. При этом наблюдалось парадоксальное явление: число ставок акушеров-гинекологов по штатному расписанию увеличилось на 131 единицу (с 1613 до 1744); укомплектованность физическими лицами снизилась с 85,4 до 79,6%, а с учетом внутреннего совместительства оставалась высокой (98%). Одновременно увеличился (с 27,7 до 50,8%) удельный вес числа акушеров-гинекологов, аттестованных и получивших квалификационную категорию. При этих тенденциях, в противовес концепции сторонников экономического управления отраслью в алгоритме “сокращение коек — сокращение штатов — сокращение расходов”, руководители муниципального здравоохранения пытаются сохранить качество медицинских услуг, сохраняя врачебные кадры для круглосуточной врачебной помощи в акушерско-гинекологических стационарах и увеличивая материальное вознаграждение медицинскому персоналу.

Одной из серьезных социальных проблем здравоохранения Подмосквья стала проблема “старения” кадров. Из числа акушеров-гинекологов 30,1% (1992 г. — 24,9%, 1998 г. — 28,8%) составляют лица пенсионного возраста, утратившие мотивации профессионального роста, вынужденные работать в целях сохранения относительного материального благополучия и социального статуса. В 2003 г. 3,1% акушеров-гинекологов оценивали свой материальный уровень жизни выше среднего, 22,8% — как средний, 74,1% считали его низким.



Рис. 1. Прирост средств от платных услуг в родовспомогательных учреждениях Московской области в 2001—2003 гг.

Как утверждают специалисты по управлению, число лиц пенсионного возраста в производственной группе не должно превышать 15% от числа работающих в ней [7, 9, 11]. Чем больше в производственной группе лиц пенсионного возраста, тем меньше группа способна к саморазвитию и восприятию новых идей. По ряду причин акушеры-гинекологи пред- и пенсионного возраста в 3 раза чаще изъявляют желание работать только в женской консультации (17,6%), чем врачи со стажем работы до 15 лет (5,4%). Среди акушеров-гинекологов женских консультаций пенсионеры составляют 36,3%; среди заведующих акушерскими и гинекологическими отделениями, женскими консультациями — 27,4%. Более 1/2 акушеров-гинекологов пенсионного возраста характеризуются типом личности с непоследовательностью и непредсказуемостью поступков, что делает их ограниченно пригодными для самостоятельной работы в экстремальных условиях дежурств в стационаре [11]. Они допускают ошибки, которые не должны совершать специалисты с большим опытом работы, но при этом они непоколебимы в правоте своих действий и суждений (табл. 1).

На выбор места работы в системе учреждений родовспоможения, помимо возрастного фактора, за последние 3—5 лет сильно повлияло распространение платных медицинских услуг, появление возможности иметь дополнительный источник доходов. Прирост средств, полученных от платных медицинских услуг, в акушерских стационарах составил 319,1%, в женских консультациях — 269,9%, в гинекологических отделениях — 190,6% (рис. 1).

В связи с этим желающих работать только в гинекологическом отделении уменьшилось на 2,1%; в ре-

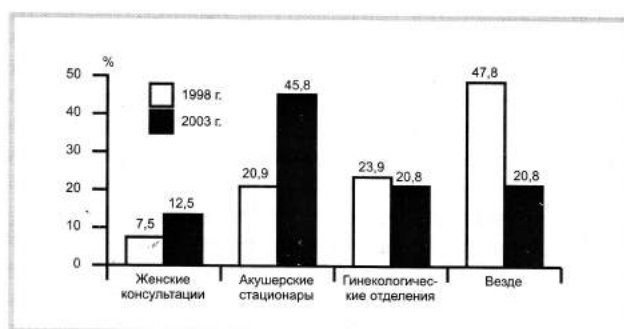


Рис. 2. Динамика приоритета в выборе места работы у акушеров-гинекологов Московской области.

Таблица 2. Предпочтения в способах получения знаний у акушеров-гинекологов Московской области

Канал получения знаний	Число врачей со стажем работы, %		
	0—15 лет	16—25 лет	более 26 лет
Однодневные научно-практические семинары, конференции	7,7	19,2	23,1
3-дневные тренинги с проживанием по месту учебы	69,2	47,4	36,6
ФУВ	23,1	33,4	40,3

жиге чередования: акушерство, гинекология, женская консультация — в 2,3 раза. Увеличилось на 5% число желающих работать только в женской консультации, а желающих работать в акушерском стационаре стало больше в 2,2 раза (рис. 2). В то же время работу в режиме чередования между женской консультацией, гинекологическим отделением и акушерским стационаром как оптимальную организационную форму для развития и сохранения профессионализма признают 42,4% врачей (1998 г. — 47,7%).

Акушеры-гинекологи Подмосковья имеют возможность большого выбора места постдипломного образования в силу близости к столичным медицинским центрам, в том числе к 6 кафедрам акушерства и гинекологии постдипломного образования, двум профильным НИИ. Тем не менее в 2000—2003 гг. 72,4% врачей проходили постдипломную подготовку на кафедре акушерства и гинекологии ФУВ МОНИКИ им. М.Ф. Владимирского, клинической базой которой является Московский областной НИИ акушерства и гинекологии, что формирует единообразие взглядов членов профессиональной группы на содержание специальности.

В настоящее время единственной серьезной формой повышения квалификации в течение 5-летнего периода трудовой деятельности у 78% акушеров-гинекологов остается традиционный 1—2-месячный курс занятий на кафедре ФУВ. Среди респондентов акушеров-гинекологов 38,6% рассматривают ФУВ не как канал получения качественных знаний, а как безальтернативное место для приобретения диплома, дающего право на аттестацию и получение квалификационной категории, определяющий уровень заработной платы. Продолжительность трудовой карьеры акушера-гинеколога Подмосковья до выхода на пенсию составляет около 35 лет, из которых максимум 3,5 года он учится (интернатура, ординатура, ФУВ). Если врач не поступает в ординатуру, то совокупный срок учебы (интернатура и ФУВ) сокращается до 1,5 лет, что составляет всего 4,2% от времени пребывания в профессии. При такой системе постдипломного образования большую часть трудовой карьеры специалист находится “вне зоны” получения и контроля за уровнем профессиональных знаний.

У врачей с разным стажем работы имеются разные суждения по поводу приоритетности способов получения знаний (табл. 2). Молодые специалисты отдают предпочтение краткосрочным развивающим, проблемно-личностным формам обучения, что характерно для этапа становления профессионализма, ко-

гда у специалиста доминирует мотивационная сфера (мотив, цель, смысл выбранной профессии). Врачи со стажем, выполняющие работу по высоким стандартам, предпочитают ФУВ, традиционная методология которого позволяет осмыслить “себя в профессии”. Клиническая ординатура как одна из форм постдипломного образования стала в 2,8 раза менее привлекательной для молодых специалистов, оценивающих свой жизненный уровень как низкий. Вместе с тем мотивация профессионального роста у врачей 1-й группы выражена больше: они в 6 раз чаще изъявляют желание заниматься научными исследованиями; готовы из личных средств оплачивать качественное обучение, причем эти выплаты превышают на 30% плату за обучение, которую готовы отдать материально благополучные врачи 3-й группы, из которых 76,7% не считают целесообразным совместное обучение на ФУВ с молодыми коллегами. Велико число противников совместного обучения и среди врачей 1-й группы — 46,2%. Вместе с тем большинство (84%) врачей поддерживают идею системы накопления “обязательных образовательных” часов к моменту прохождения аттестационного экзамена, возможность личного выбора места, тем и продолжительности учебы.

Среди основных мотивов, оказывающих негативное влияние на формирование стремления к учебе, 33,4% врачей 1-й группы указали низкий уровень личных доходов (17,9% — в 3-й группе). Считают, что “багаж знаний” не улучшает перспективы карьерного (материального) роста 39,1% врачей 3-й группы и 4,6% врачей 1-й группы. Загруженность на работе мешает учиться 27,8, 29,4 и 34,4% врачей 1-й, 2-й и 3-й групп соответственно.

В целях определить приоритеты в областях специальных знаниях врачам было предложено выбрать 6 тем (из 20 анкетных), которые, по их мнению, актуальны и должны изучаться более глубоко. У специалистов всех 3 групп первое место по значимости заняла тема правовых основ профессиональной деятельности, что объясняется неуклонным ростом числа “врачебных дел” в различных инстанциях (табл. 3). Высокий рейтинг тем, связанных с репродукцией (невынашивание беременности, гинекологическая эндокринология). Такие темы, как “Экстрагенитальная патология и беременность”, “Акушерские кровотечения”, “Аномалии родовой деятельности”, “Детская гинекология”, “Оперативная гинекология и эндоскопия”, “Планирование семьи” и др. популярностью не пользовались. Удельный вес интересующихся ими не превышал 5% во всех 3 группах.

Таблица 3. Приоритетные темы для изучения у акушеров-гинекологов Московской области

Название темы	Число врачей со стажем работы, %		
	0—15 лет	16—25 лет	более 26 лет
Правовые проблемы организации акушерско-гинекологической помощи	14,7	12,3	11,7
Невынашивание беременности	11,2	10,4	8,1
Эндокринологическая гинекология	11,0	9,5	8,0
Гестоз	8,0	8,7	10,2
ЗППП, ВИЧ-инфекции	8,0	7,8	6,2
Заболевания шейки матки	5,1	5,6	6,2

Анализ результатов исследования показывает, что профессиональное мировоззрение акушеров-гинекологов в последние 10 лет формировалось под воздействием легализации рыночных отношений в медицине. Врачи стали рассматривать свою работу как акт “продажи” пациенту профессиональных услуг, на которые установлены необоснованно низкие “цены”. Суждения врачей дают право утверждать, что назрела необходимость введения подготовки специалистов с использованием персонализированных форм проблемного, развивающего обучения. Это позволит интенсифицировать процесс усвоения знаний и практических

навыков специалистом за первые 5—8 лет трудовой деятельности, сократит продолжительность периода “допрофессионализма”, приведет к уменьшению числа врачебных ошибок. Вместе с тем высокая оценка необходимости качественной подготовки акушеров-гинекологов не означает, что последние готовы воспринимать профессиональную информацию и практические навыки путем современных способов обучения, а самое главное, что они мотивированы усваивать и применять на практике полученные знания без серьезных стимулов, среди которых самым важным для них является уровень заработной платы.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Абрамова Г.А., Юдичиц Ю.А.* Психология в медицине: Учебное пособие. М: ЛПА Кафедра 1998; 272.
2. *Андронов З.П.* *Вопр психол* 1991; 4: 17—24.
3. *Венедиктов Д.Д.* *Здравоохранение России: кризис и пути преодоления.* М: Медицина 1999; 200.
4. *Вульфсон Б.Л.* Постдипломное образование в развитых странах. *Педагогика* 1993; 3: 7—13.
5. *Максимова Т.М.* Современное состояние, тенденции и перспективы оценки здоровья населения. М: ПЕР СЭ 2002; 131—163.
6. Менеджмент в системе обязательного медицинского страхования и здравоохранения: Учебно-методическое пособие. Под ред. А.М. Таранова, Н.А. Кравченко и др. М 1999; 13—26.
7. *Паркинсон С.Н., Рустомжи М.К.* Искусство управления: Пер. с англ. М: ФАИР-ПРЕСС 1999; 272.
8. Психологические тесты. Под ред. А.А. Карелина. М: ВЛАДОС 2001; 2: 112—120.
9. Психология управления. Под ред. Л.К. Аверченко. Новосибирск: НГАЭУ 1999; 150.
10. *Сергейчук А.В.* Социология управления: Учебник. Ст-Петербург: Бизнес-пресс 2002; 240.
11. *Слободчиков В.И.* *Вопр психол* 1991; 2: 11—19.
12. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения: Учебное руководство. Под ред. Ю.П. Лисицина. М 1998; 698.
13. *Стародубов В.И.* Поликлиники — последняя надежда: Аргументы и факты 2004; 15.
14. *Трейси Б.* Как нанять и удержать хороших сотрудников: Пер. с англ. М: Попурри 2002; 112.
15. *Урванцев Л.П., Яковлева Н.В.* *Психол журн* 1995; 4: 38—45.

doi: 10.17116/rosakush201515676-81

Два взгляда на врачебные ошибки и качество оказания акушерской помощи

Д.м.н. А.А. ГРИДЧИК^{1,2}

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (дир. — акад. РАН, проф. В.И. Краснопольский) Минздрава Московской области; ²кафедра акушерства и гинекологии факультета усовершенствования врачей ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский клинический институт им. М.Ф. Владимирского» (зав. — акад. РАН, проф. В.И. Краснопольский) Минздрава Московской области, Москва, Россия

Two outlooks on medical errors and obstetric care quality

A.L. GRIDCHIK, MD^{1,2}

¹Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow, Russia; ²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty for Postgraduate Training of Physicians, M.F. Vladimirsky Moscow Regional Research Clinical Institute, Ministry of Health of the Moscow Region, Moscow, Russia

В настоящее время в России наблюдается тенденция к увеличению числа жалоб на врачей, которая в совокупности с низким уровнем оплаты и высокими рисками в труде ставит под сомнение правильность когда-то принятого решения о выборе профессии и целесообразности дальнейшей работы в медицине.

Цель исследования — определение приоритетов в обеспечении качества оказания медицинской помощи в понимании старшего медицинского персонала и пациенток родовспомогательных учреждений. **Материал и методы.** Методом анкетирования изучено мнение 417 респондентов, состоящих из 108 заведующих женскими консультациями, акушерскими отделениями, главных врачей роддомов, 134 врачей женских консультаций и акушерских стационаров, 112 родильниц с благоприятным исходом беременности, 63 родильниц с перинатальными потерями. Оценка ответов респондентов проводилась по бальной системе. Дополнительно значимость критериев качества оказания помощи изучалась по материалам разборов 98 неблагоприятных исходов в родовспомогательных учреждениях. **Результаты.** Профессионализм медицинских работников с точки зрения пациенток и самих медицинских работников занимает первое место в структуре критериев качества оказания медицинской помощи. Подготовка и сохранение квалифицированных кадров государственных учреждений здравоохранения в условиях «рыночной медицины» стали первоочередной задачей отрасли. **Заключение.** Необходимо изменение законодательства о порядке делопроизводства по «врачебным ошибкам» на всех уровнях (федеральном, региональном, муниципальном) с акцентированием внимания на защите прав медицинских работников.

Автор информирует об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: качество оказания акушерской помощи, врачебные ошибки, профессионализм акушеров-гинекологов.

As of now, Russia shows the tendency towards redundant victimization of physicians because of their errors discussed in mass media, which in conjunction with their low salaries and high risk work casts doubts about the correctness of their occupational choice decision made at one time and about the expediency of continuing their medical practice. **Objective** — to determine priorities in medical care quality assurance as understood by the senior medical staff and patients of obstetric facilities. **Subject and methods.** The opinion of 417 respondents, including 108 heads of women's health clinics and obstetric units, and principle physicians of maternity hospitals, 134 physicians of women's health clinics and obstetric hospitals, 112 puerperas with a favorable pregnancy outcome, and 63 puerperas with perinatal losses, was studied using a questionnaire. The respondents' replies were estimated applying the scoring system. The importance of health care quality criteria was additionally studied analyzing 98 poor outcome cases in the obstetric facilities. **Results.** The professional competence of healthcare workers in view of patients and medical workers themselves holds the lead in the pattern of medical care quality criteria. To train, preserve, and retain the experienced personnel of government-funded medical facilities under market medicine have become the primary task of the branch. **Conclusion.** It is necessary to change the records management legislation relating to medical errors at all (federal, regional, and municipal) levels with emphasis on the protection of medical workers' rights.

The author declare no conflicts of interest.

Keywords: obstetric care quality, medical errors, professional competence of obstetricians/gynecologists.

В российских средствах массовой информации все чаще обсуждается тема врачебных ошибок, что можно расценивать как недовольство общества существующим качеством медицинской помощи. Зачастую обсуждение сводится к «выпячиванию» конкретных негативных при-

меров, а не к анализу системных ошибок, допущенных в ходе модернизации здравоохранения и возникших в связи с этим проблем. К главной из проблем относится утрата социально-гуманитарной направленности труда и сознания медицинских работников из-за ведущей в от-



Схема инстанций, которые доступны для жалоб пациента на врача.

расли доктрины рыночной экономики. Назначение государством врача «продавцом медицинских услуг» и его лозунг «больница должна зарабатывать деньги» закономерно привели к тому, что медики стали рассматривать пациента не как личность, а как источник не только личного материального благополучия, но и благосостояния конкретного учреждения здравоохранения [1–6].

Особый интерес СМИ проявляют к родовспомогательным учреждениям, так как обсуждение качества помощи и неизбежных ошибок персонала в этих учреждениях наравне с сообщениями об очередной катастрофе с многочисленными жертвами, позволяет поднять рейтинг источника информации. Дискуссия по вопросу фатальности ошибок людей в белых халатах постоянно накаляется СМИ в некомпетентных комментариях. «Охота на ведьм» в среде медиков формирует у населения мнение о тотальном непрофессионализме врачей, что при низком вознаграждении за труд приводит к потере управляемости отраслью, к оттоку персонала и углублению кадрового кризиса в отечественной медицине [7–11].

Ставшая популярной затея подавать на врачей по каждому поводу жалобы «куда только можно» углубляет дефицит специалистов «группы риска» — анестезиологов, хирургов, акушеров и неонатологов. В настоящее время абстрактный пациент последовательно или одновременно, не рискуя стать ответчиком в процессе о защите чести и профессиональной репутации, может обратиться в 15 государственных и общественных структур с жалобой на

«плохого врача», сделав переписку с инстанциями «личной вендеттой» (см. рисунок).

Затраты бюджета на содержание аппарата для многоуровневых разборов «обращений» граждан, на проведение многочисленных экспертиз и на другие накладные расходы делают права пациентов дорогим удовольствием. Доступность электронных каналов связи в обстановке правовой безответственности за необоснованное и заведомо ложное обращение открыли для граждан еще более широкие возможности в деле сутяжничества с медиками [12–17].

В России укореняется тенденция избыточного преследования врачей, которая зачастую ломает их профессиональную карьеру и судьбу, а в совокупности с низким уровнем оплаты и высокими рисками в труде ставит под сомнение правильность когда-то принятого решения о выборе профессии и целесообразность дальнейшей работы в медицине. За период 2010–2013 гг. в отношении специалистов учреждений родовспоможения Московской области (акушеров-гинекологов, неонатологов) было возбуждено 16 уголовных дел, по 6 из которых приняты судебные решения об отстранении врачей от профессиональной деятельности, в остальных 10 вина врачей не была доказана. По сути, Фемида России признала возможность «утраты профессионального доверия» медицинского и гражданского сообществ конкретными врачами. Средний стаж по специальности отстраненных от работы врачей составил 18,7 года, который невозможно компен-

Таблица 1. Оценка значения факторов, влияющих на качество оказания помощи в родовспомогательных учреждениях, баллы

Контингент респондентов	Факторы качества оказания помощи				Всего (суммарная оценка качества группой)
	квалификация персонала ЛПУ	оснащение ЛПУ лечебно-диагностической техникой	доброжелательность персонала	внешний вид и интерьер ЛПУ	
Главные врачи роддомов, завсудующие родильными отделениями больниц, женскими консультациями (1-я группа)	9,6	9,1	8,3	9,1	36,1
Акушеры-гинекологи (2-я группа)	9,1	9,3	7,6	7,7	33,7
Родильницы с благоприятным исходом родов (3-я группа)	8,8	8,1	8,5	8,2	33,6
Родильницы с перинатальной потерей (4-я группа)	9,7	9,2	9,5	4,9	33,3
Итого (по фактору)	37,2	35,7	33,9	29,9	

сировать умением, опытом и даже превосходящим числом вновь принятых на работу молодых специалистов. В условиях «рыночной медицины» за 5 последних лет число имущественных исков пациенток к акушерам-гинекологам в Московской области увеличилось в 2,5 раза, причем суммы претензий за физический и, особенно, моральный вред выросли с 300 тыс. до 15 млн руб., что подтверждается данными и других исследователей [7, 18–20].

Несмотря на всевозможные дополнительные выплаты медицинскому персоналу родовспомогательных учреждений, в том числе из средств родовых сертификатов, количество физических лиц персонала в этих учреждениях сокращалось. В благополучной, с точки зрения экономического статуса Московской области, число штатных единиц акушерок с 1993 по 2014 г. сократилось с 2720 до 2280 (на 16,1%). Изменений численности врачей-специалистов службы родовспоможения региона за 20 лет, которые могли бы принципиально повлиять на качество специализированной помощи, не произошло. Число физических лиц акушеров-гинекологов увеличилось всего на 2,5% (с 1389 до 1423), неонатологов на 49,6% (со 131 до 196). Укомплектованность штатов региона в 2014 г. физическими лицами врачей этих специальностей соответственно составила 68,2 и 69,5%, акушерками — 68,5%. При этом нагрузка на персонал только по критерию числа родов в родовспомогательных учреждениях области увеличилась в 2 раза: 41,9 тыс. родов в 1993 г. и 81,5 тыс. родов в 2014 г. Одной из угроз родовспоможению Подмоскovie стала проблема «старения» кадров. Это предвещает, что через 5 лет родовспоможение области столкнется с проблемой острого дефицита квалифицированных специалистов, а действующие и строящиеся перинатальные центры по этой причине могут остаться невостребованными. В 2014 г. 36,8% (1993 г. — 25,1%, 2000 г. — 29,8%) из числа акушеров-гинекологов Московской области составляли лица пенсионного возраста, утратившие мотивации достижений в труде и учебе, работающие лишь для сохранения относительного материального благополучия, что соответствует данным и других публикаций [18, 21].

За рубежом непрерывному улучшению качества медицинской помощи уделяется пристальное внимание с

50-х годов прошлого века, когда стало понятным, что ни одно государство не сможет обеспечить гражданам максимальную медицинскую помощь, а поэтому необходимо создавать эффективную модель здравоохранения при имеющихся ресурсах. Доля недовольных национальной медициной среди жителей Англии составляет 40–45%, в США — 55–60%. В России недовольных более 80%, что объясняется политикой «двойных стандартов» с декларацией гарантий бесплатной медицинской помощи, при которой пациентам приходится тратить все больше личных средств на лечение. С началом выполнения государственного проекта «Здравоохранение» у больниц расширились возможности по улучшению материально-технической базы. Однако международная практика показала, что увеличение расходов на оснащение лечебно-профилактических учреждений современной техникой и лекарствами далеко не всегда приводит к желаемому качеству медицинской помощи, а надежды на стандарты лечения как на «лекарство» от всех проблем здравоохранения и как способ юридической защиты медицинских работников не оправданы [6, 22].

Как отмечает ряд экспертов, в «рыночной» России первостепенное значение для улучшения качества медицинской помощи приобрел фактор эффективного управления отраслью и прежде всего на системообразующем федеральном уровне, затем в рамках структуры региона и в последнюю очередь — на муниципальном уровне. На втором месте стояли задачи по экономической, правовой и социальной защищенности медицинских работников, поскольку появившаяся в медучреждениях новая аппаратура не придаст положительного вектора здравоохранению без квалифицированных кадровых ресурсов [4, 22–24].

Большинство исследователей подразумевают под качеством медицинской помощи неукоснительное выполнение стандартов лечения, что, по их мнению, должно оправдывать ожидания пациентов. Однако пациенты далеко не всегда могут адекватно оценить качество помощи и профессиональную компетенцию медработников, так как, прежде всего, ценят результативность, доступность и непрерывность медицинской помощи. Категория без-

опасности медицинских услуг, подразумевающая наличие у медработника должных знаний и навыков квалифицированного выполнения профессиональных обязанностей, начинает волновать пациентов только в случаях медицинских происшествий, к которым в родовспоможении принято относить материнскую и перинатальную смертность [7, 12, 25].

Цель исследования — определение приоритетов в обеспечении качества оказания медицинской помощи в понимании старшего медицинского персонала и пациентов родовспомогательных учреждений.

Материал и методы

Методом анкетирования (бесповторная выборка) изучено мнение 417 респондентов, составивших четыре группы: 1-я группа включала 108 акушеров-гинекологов — заведующих женскими консультациями, акушерскими отделениями многопрофильных больниц, главных врачей роддомов; 2-я группа — 134 акушера-гинеколога женских консультаций и акушерских стационаров; 3-я группа — 112 родильниц с благоприятным исходом беременности; 4-я группа — 63 родильницы с перинатальной потерей ребенка. Для оценки оказания качества медицинской помощи выбраны 4 критерия: профессиональная компетентность персонала, уровень оснащенности лечебного учреждения медицинской аппаратурой, доброжелательность (эмпатия) медицинского персонала по отношению к пациенткам, внешний вид и интерьер лечебного учреждения (удобство пребывания пациентов, сервисные услуги в стационаре). Оценка значимости критерия проводилась респондентами в диапазоне от 0 до 10 баллов.

Методом опроса 100 специалистов выясняли их отношение к стандартизации в медицине, мнение о качестве оказания специализированной помощи и перспективах сохранения традиций врачебных династий. Оценка ответов врачей на вопрос проводилась в балльной системе: да — +2 балла, скорее да — +1 балл, затрудняюсь ответить — 0 баллов, скорее нет — -1 балл, нет — -2 балла. Диапазон коллективной приемлемости специалистами вопроса колеблется от полного принятия (+200 баллов) до полного отторжения (-200 баллов).

Дополнительно значимость критериев изучалась по материалам разборов 98 происшествий в родовспомогательных учреждениях (смерть женщины в родах — -29, перинатальная смерть — -34, причинение вреда здоровью матери — -17, причинение вреда здоровью ребенка — -18).

Результаты и обсуждение

В 87% заявлений с жалобой на смерть женщины и ребенка и ненадлежащее качество оказания медицинской помощи заявителям безапелляционно указывали на низкую квалификацию медицинских работников и видели решение проблемы врачебных ошибок в отстранении конкретных лиц от врачебной деятельности. Искоренять врачебные ошибки 18% заявителей предлагали путем тюремного заключения «виновных», а 44% — применением высоких «штрафных» санкций.

В ходе проведения внутриведомственных и вневедомственных проверок по всем случаям заявлений было установлено, что 23% жалоб относятся к категории оправданных, а 77% к категории необоснованных по наличию пря-

Таблица 2. Суждения акушеров-гинекологов о стандартизации, качестве оказания специализированной помощи и личном месте в профессии (n=100)

Вопрос	Оценка ответа, баллы					число врачей/ всего баллов
	-2	-1	0	+1	+2	
	число врачей/ всего баллов	число врачей/ всего баллов	число врачей/ всего баллов	число врачей/ всего баллов	число врачей/ всего баллов	
Можете ли Вы дать четкое определение понятиям: стандарт медицинской помощи, протокол ведения больных, клинико-экономический стандарт лечения, клинические рекомендации, порядок оказания медицинской помощи, фармакологический формуляр?	28/-56	33/-33	21/0	12/+12	6/+12	
Улучшилось ли качество акушерской и гинекологической помощи в 2008—2013 гг.?	18/-36	15/-15	28/0		22/+22	
С учетом личного опыта и сложившейся обстановки в здравоохранении выбрали бы Вы снова профессию врача и специальность акушера-гинеколога?	21/-42	12/-12	27/0		16/+16	
	Общая сумма баллов — -65					
	Общая сумма баллов — +5					
	Общая сумма баллов — +10					

мой причинной связи между действием/бездействием медицинских работников и наступившими последствиями.

При опросе респондентов установлено, что приоритетным фактором в обеспечении качества оказания медицинской помощи для респондентов 1-й и 4-й групп была квалификация персонала лечебных учреждений (табл. 1).

Причем родильницы с перинатальными потерями сделали акцент на этом факторе даже больше, чем руководители лечебных учреждений. Суммарно более высокая оценка всех факторов качества — 36,1 балла — респондентами 1-й группы отражает стремление руководителей иметь «идеальное учреждение» с позиции не только материального благополучия, но и наличия квалифицированных кадров. Для респондентов 4-й группы наряду с высоким профессионализмом медицинского персонала (9,7 балла) большое значение имеет доброжелательность персонала (9,5 балла).

Суммарная оценка факторов обеспечения качества оказания помощи у респондентов 2-й и 3-й групп не различается, соответственно 33,7 и 33,6 балла, что свидетельствует об удовлетворенности респондентов 2-й группы качеством оказания медицинской помощи в лечебном учреждении и об удовлетворенности результатами этой помощи респондентов 3-й группы. Приоритетным фактором качества оказания помощи для всех четырех групп была квалификация персонала — 37,2 балла.

Суждение акушеров-гинекологов о стандартизации, качестве оказания специализированной помощи и личном месте в профессии представлено в табл. 2.

Как видно, большинство врачей так и не поняли предназначение многочисленных регламентирующих профессиональное мышление документов, выразив свое отрицательное отношение к ним оценкой —65 баллов. Не разделяют врачи официальных деклараций о «кардиналь-

ном улучшении» родовспоможения: из 200 возможных положительных баллов одобрение выразилось в +5 баллах. Желание врачей видеть своих детей в медицине тоже ничтожно мало — +10 баллов.

Таким образом, пациенты чаще всего обращают внимание на результативность и доступность медицинской помощи, на взаимоотношения между ними и медперсоналом. Однако необходимо отметить, что пациенты не в полной мере осознают свои истинные потребности в медицинской помощи и не всегда могут адекватно оценить оказанную помощь и профессиональную компетенцию медработников. С точки зрения медработников, качество медицинской помощи подразумевает наличие у медработников навыков, ресурсов, знаний и умения выполнять профессиональные обязанности. Медработники должны изучать состояние здоровья населения и его потребности в помощи, предоставляемой системой здравоохранения, а также обеспечивать пациентов необходимой информацией и вовлекать их в процесс обсуждения качества медицинской помощи.

Выводы

1. Профессионализм медицинских работников с точки зрения пациентов и самих медицинских работников занимает первое место в структуре критериев оказания качества медицинской помощи.

2. Подготовка и сохранение квалифицированных кадров государственных учреждений здравоохранения в условиях «рыночной медицины» — первоочередная задача отрасли.

3. Необходимо изменение законодательства и порядка делопроизводства по «врачебным ошибкам» на всех уровнях (федеральном, региональном, муниципальном) с акцентированием внимания на защиту прав медицинских работников.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Андронов З.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача. *Вопросы психологии*. 1991;4:63-90. [Andronov ZP. Psychological bases of the forming of professional mentality of physicians. *Voprosy psikhologii*. 1991;4:63-90 (In Russ.).]
2. Будзяк М.О. Исследование личности врача акушера-гинеколога. *Индивидуальные различия и проблема индивидуальности. Материалы международной научно-практической конференции 16–18 октября 2003 г.* М.: Уникум-центр 2004;83-86. [Budzyak MO. *Issledovanie lichnosti vracha akushera-ginekologa. Individual'nye razlichiya i individual'nosti*. [Issue of the person of obstetrician-gynaecologist. Individual differences and the problem of perconality.] *Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 16–18 oktyabrya 2003 g.* Moscow: Unikumtsentr 2004;83-86. (In Russ.).]
3. Венедиктов Д.Д. Системный кризис здравоохранения и проблемы национальной безопасности. Комитет по охране здоровья и Аналитическое управление Государственной Думы. *Аналитический вестник*. 1997;12:13-18. [Venediktov DD. Systemic crisis of the public health and problems of the national security. Committee of guarding of health and fnalitical department of the Statr Court. *Analiticheskii vestnik*. 1997;12:13-18. (In Russ.).]
4. *Менеджмент в системе обязательного медицинского страхования и здравоохранения: Учебно-методическое пособие*. Под ред. Таранова А.М., Кравченко Н.А. М.: Федеральный фонд ОМС. 1999;352. *Menedzhment v sisteme obyazatel'nogo meditsinskogo strakhovaniya i zdravookhraneniya* [Management in the system of the obligatory medical insurance and public health.] Ed. Taranov AM, Kravchenko NA. Moscow: Federal'nyi fond OMS 1999; 352 (In Russ.).]
5. Митрополит Антоний Сурожский. О современной медицинской этике. СПб.: Возрождение. 2009;63. [Mitropolit Antonii Surozhskii. *O sovremennoi meditsinskoj etike*. [Priest-mitropolit Antonii Surozhskii. A bout modern medical ethics]. St. Petersburg.: Vozrozhdenie. 2009;63. (In Russ.).]
6. *Об утверждении Государственной программы Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: Постановление Правительства Российской Федерации №294 от 15.04.14.* [Ob utverzhdenii Gosudarstvennoi programmy Rossiiskoi Federatsii «Razvitie zdravookhraneniya». *Postanovlenie Pravitel'stva Rossiiskoi Federatsii №294 ot 15.04.14.* [Abont ratification of the state program of the Russian Federation: development of the public health.] (In Russ.).]

7. Бобров О.Е. Медицинские преступления: правда и ложь. Петрозаводск: Интел-Тек 2003;200. [Bobrov OE. *Meditsinskie prestupleniya: Pravda i lozh*. [Medical crimes: truth and lie.] Petrozavodsk: Intel-Tek. 2003;200. (In Russ.)].
8. Дело акушера-убийцы было шито хирургическими нитками. Московский Комсомолец №25677 от 27.06.11. [*Delo akushera-ubiitsy bylo shito khirurgicheskimi nitkami*. [The case of obstetrician-killer was sewn with surgical sutures.] Moskovskii Komsomolets №25647 от 27.06.11. (In Russ.)].
9. Петровский Б.В. Героизм, драматизм и оптимизм медицины. М.: Ньюдиамед. 2001;192. [Petrovskii BV. *Geroizm, dramatism i optimism meditsiny*. [Heroism, drama and optimism of the medicine]. Moscow: N'yudiamed. 2001;192. (In Russ.)].
10. Сергеев Ю.Д. О правовых аспектах оказания акушерской помощи. *Медицинское право*. 2005;1:9:40-41. [Sergeev YuD. About juridical aspects of the delivery practice. *Meditsinskoe pravo*. 2005;1:9:40-41. (In Russ.)].
11. Фемида изобличила медиков, лишивших москвичку детей. Московский Комсомолец №26523 от 15.05.14. [*Femida izoblichila medikov lishivshikh moskvichku detei*. [Femida discovered medical personnel who deprived the moscovite of children]. Moskovskii Komsomolets №26523 от 15.05.14 (In Russ.)].
12. Пашинян Г.А., Ившин И.В. Профессиональные преступления медицинских работников против жизни и здоровья. М.: Медицинская книга. 2006;196. [Pashinyan GA, Ivshin IV. *Professional'nye prestupleniya meditsinskikh rabotnikov protiv zhizni i zdorov'ya* [Professional crimes of the medical staff against life and health.]. Moscow: Meditsinskaya kniga. 2006;196. (In Russ.)].
13. Пищита А.Н. Совершенствование правового обеспечения медицинской деятельности в условиях реформирования здравоохранения Российской Федерации. М.: ЦКБ РАН 2007;88. [Pishchita AN. *Sovershenstvovanie pravovogo obespecheniya meditsinskoj deyatelnosti v usloviyakh reformirovaniya zdavoookhraneniya Rossiiskoi Federatsii*. [Perfection of the Juridical basis of the medical activity in the conditions of reforms of the public health of the Russian Federation.]. Moscow: TsKB RAN. 2007;88 (In Russ.)].
14. Саверский А.В. Права пациентов на бумаге и в жизни. М.: Эксмо. 2009;544. Saverskii A.V. *Prava patsientov na bumage i v zhizni*. [Rights of the patients: declared and in reality]. Moscow: Eksmo. 2009;544 (In Russ.)].
15. Саверский А.В., Саверская С.А., Никонов Е.Л. Как безопасно родить в России. М.: Эксмо. 2009;368. [Saverskii AV, Saverskaya SA, Nikonov EL. *Kak bezopasno rodit' v Rossii*. [How to deliver safely in Russia]. Moscow: Eksmo. 2009;368. (In Russ.)].
16. Сергеев Ю.Д., Мохов А.А. Ненадлежащее врачевание: возмещение вреда здоровью и жизни пациента. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2007;312. [Sergeev YuD, Mokhov AA. *Nenadlezhashchee vrachevanie: vozmeshchenie vreda zdorov'yu i zhizni patsienta*. [Improper medical practice: compensation of harm to the health and life of the patient.]. Moscow: GEOTAR-Media. 2007;312 (In Russ.)].
17. Смирнова Л.С. Как и куда правильно написать жалобу, чтобы отстоять свои права. Минск: Харверст. 2011;144. [Smirnova LS. *Kak i kuda pravil'no napisat' zhalobu, chtoby otstoyat' svoi prava* [How and where to address to defend own rights]. Minsk: Kharverst. 2011;144 (In Russ.)].
18. Алексеев А.А., Ларионова И.С., Дудина Н.А. Врачи — заложники смерти (Почему врачи умирают на 10—20 лет раньше своих пациентов). М.: Триада плюс. 2000;227. [Alekseev AA, Larionova IS, Dudina NA. *Vrachi — zalozhniki smerti (Pochemu vrachi umirayut na 10—20 let ran'she svoikh patsientov)* [Physician — hostages of death (Why doctors die 10—20 years earlier than their patients)]. Moscow: Triada plyus. 2000;227 (In Russ.)].
19. Как судят медицинских работников. Бюллетень Национальной Медицинской Палаты 2015; 5: 3. [*Kak sudyat meditsinskikh rabotnikov*] How medical staff is sued. *Vyulleten' Natsional'noi Meditsinskoj Palaty*. 2015;5:3 (In Russ.)].
20. Лузанова И.М. Социологическое исследование проблем акушерско-гинекологической помощи. Сборник трудов 6-й Межрегиональной научно-практической конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа. Оренбург 2005;220-225. Luzanova I.M. *Sotsiologicheskoe issledovanie problem akushersko-ginekologicheskoi pomoshchi*. [Sociological issue of the obstetrical-gynecological service's problems]. *Sbornik trudov 6 mezhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii vrachei Privolzhsko-Ural'skogo voennogo okruga*. Orenburg. 2005;220-225. (In Russ.)].
21. Чутко Л.С. Синдром эмоционального выгорания. Клинические и психологические аспекты. М.: МЕДпресс-информ. 2014;256. [Chutko LS. *Sindrom emotsionalnogo vygorania. Klinicheskie i psikhologicheskie aspekty*. [The syndrome of emotional deprivation. Clinical and psychological aspects]. Moscow: MEDpress-inform. 2014;256 (In Russ.)].
22. Шепин О.П., Стародубов В.И., Линденбратен А.Л., Галанова Г.И. Методологические основы и механизмы обеспечения качества медицинской помощи. М.: Медицина. 2002;176. [Shchepin OP, Starodubov VI, Lindenbraten AL, Galanova GI. *Metodologicheskie osnovy i meshanizmku obespecheniya kachestva meditsinskoj pomoshchi*. [Methodological grounds and mechanisms of ensuring the quality of medical service]. Moscow: Meditsina. 2002;176 (In Russ.)].
23. Дорошенко Г.В., Литвинова Н.И. Менеджмент в здравоохранении. М: ИНФРА-М 2005;96. [Doroshenko GV, Litvinova NI. *Menedzhment v zdavoookhraneni*. [Management in the public health.]. Moscow: INFRA-M. 2005;96 (In Russ.)].
24. Скайп в каждую избу. Московский Комсомолец №26832 от 11.06.15. [*Skaip v kazhduyu izbu*] Skype to every peasants house. Moskovskii Komsomolets. №26832 от 11.06.15.
25. Bateman DN, Souter J. Sating standard of prescribing performance in primary care: use of a consensus group of general practice of ears and applications of star to practices in the north of England. *Br J Gen Pract*. 1996;46:402:20-25

doi: 10.17116/rosakush201717270-73

Личностные и социальные мотивы клинических ординаторов к обучению по специальности «Акушерство и гинекология»

Д.м.н. А.Л. ГРИДЧИК¹, к.м.н. Н.В. ДУБ², М.А. ГРИДЧИК³

¹ГБУЗ МО «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии» (дир. — акад. РАН, проф. В.И. Краснопольский) Минздрава России; ²кафедра акушерства и гинекологии Московского областного клинического научно-исследовательского института им. М.Ф. Владимирского (зав. — акад. РАН, проф. В.И. Краснопольский); ³ГБУЗ «Психиатрическая клиническая больница №1 им. Н.А. Алексеева» (главврач — Ю.А. Шуляк), Москва, Россия

Цель исследования — изучение личностных и социальных мотивов к обучению в клинической ординатуре у клинических ординаторов. **Материал и методы.** Были изучены личностные и социальные мотивы к обучению 28 клинических ординаторов в Московском областном НИИ акушерства и гинекологии, среди них 14 закончили 1-й год обучения и 14 — 2-й год учебы. В работе использован метод анонимного тестирования, включающий методики диагностики учебной мотивации, личностной установки клинических ординаторов, изучения степени профессионального «выгорания». **Результаты.** Результаты изучения мотивации к обучению у клинических ординаторов определяют необходимость перехода на персонализированные методы обучения с использованием доступных форм проблемного, развивающего и дистанционного обучения, с увеличением сроков обучения в начальном периоде освоения специальности. **Заключение.** Актуальным будет введение нового принципа подготовки специалистов в постдипломном периоде путем организации института врачей-наставников из числа опытных и квалифицированных специалистов.

Авторы информируют об отсутствии конфликта интересов.

Ключевые слова: клинические ординаторы, личностные и социальные мотивы к обучению по специальности «Акушерство и гинекология», персонализированные методы обучения, институт врачей-наставников.

The personal and social motives of clinical residents towards training in the specialty of obstetrics and gynecology

A.L. GRIDCHIK, MD¹; N.V. DUB, Cand. Med. Sci.²; M.A. GRIDCHIK³

¹Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology, Ministry of Health of the Moscow Region; ²Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty for Postgraduate Training of Physicians, M.F. Vladimirovsky Moscow Regional Research Clinical Institute; ³N.A. Alekseev Mental Clinical Hospital One, Moscow, Russia

Objective — to study the personal and social motives of clinical residents towards training in clinical residency. **Subject and methods.** The personal and social motives to learn were studied in 28 clinical residents from the Moscow Regional Research Institute of Obstetrics and Gynecology; among them there were 14 residents who had completed first-year courses and 14 residents who had second-year courses. The study used anonymous testing, including a procedure to diagnose educational motivation and aims of clinical residents, as well as examination of the degree of burnout syndrome. **Results.** The results of studying the clinical residents' motivation to train necessitate transition to personalized learning methods through the available forms of problem-solving, developing and distance learning, by increasing the training time in the initial practice period. **Conclusion.** It will be relevant to introduce a new postgraduate training principle, by setting up a physician coaching institute, by attracting experienced and qualified professionals.

The authors declare no conflicts of interest.

Keywords: clinical residents, personal and social motives towards learning in the specialty of obstetrics and gynecology, personalized learning methods, institute of physician coaching.

Целое поколение медицинских работников России в период 1990—2015 гг. сформировалось в условиях преобразования здравоохранения, когда в обиход вместо привычных понятий «врач» и «больной» были введены термины «продавец» и «потребитель» медицинских услуг [1, 2].

В условиях отхода от классического медицинского образования и хаотичности преобразований высшей школы подготовка квалифицированных кадров стала одной из самых главных проблем здравоохранения в России. Решение этой проблемы оказывается более эффективным,

если учитываются механизмы формирования врача как личности. В психологическом исследовании врача как личности и субъекта лечебного процесса важно определить характеристики, значимые для его эффективной образовательной деятельности. С развитием инновационных технологий хранения, передачи информации претерпело серьезные изменения и медицинское образование. Коммерциализация медицинских образовательных учреждений привела к тому, что в системе меньше стали уделять внимания формированию социально-гуманитар-

Таблица 1. Оценка мотивов учебы клинических ординаторов 1-го и 2-го года обучения, баллы

Группа тестируемых	Шкала 1	Шкала 2	Шкала 3	Шкала 4	Шкала 5	Шкала 6	Шкала 7
	мотивы						
	коммуникативные	избежать неудач	престижа	профессиональные	творческой самореализации	учебно-познавательные	социальные
Клинические ординаторы 1-го года обучения	3,64	2,23	3,09	4,37	3,11	3,90	3,00
Клинические ординаторы 2-го года обучения	4,45	2,09	3,36	4,70	3,82	4,15	3,90

Таблица 2. Оценка мотива к обучению — размера будущей заработной платы в государственных медицинских учреждениях

Показатель	Верно ли утверждение «багаж знаний врача не увеличивает размер его кошелька»?		Я планирую уйти из государственной медицины на работу в коммерческое медицинское учреждение		Достойная заработная плата акушера-гинеколога					
	Да	Нет	Да	Нет	50 тыс. руб.		50—150 тыс. руб.		больше 150 тыс. руб.	
Вариант ответа	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет	Да	Нет
Клинические ординаторы 1-го года	9	5	1	13	0	14	8	6	6	8
Клинические ординаторы 2-го года	9	5	3	11	0	14	7	7	7	7

ной направленности и психологического благополучия личности субъектов обучения: студента, ординатора, аспиранта [3–5].

Мотивы — это то, что побуждает и направляет деятельность человека. Психологи считают, что в роли мотивов может выступать ряд причин, вызывающих активность ученика: интерес, влечение, эмоции, привлекающая цель, возможность общения, получение признания. Без мотивов любая деятельность, в том числе учебная, никогда не будет эффективной [6, 7].

Согласно теории мотивации А. Maslow [8], человек мотивирован в своей жизнедеятельности потребностями от первостепенных до высокоуровневых. Прежде всего человек стремится удовлетворить первостепенные физиологические потребности. Помыслы и поступки человека, чьи физиологические потребности не удовлетворены, в первую очередь будут направлены на их удовлетворение. Но как только он их удовлетворит, произойдет смещение его внимания на удовлетворение более «высших» потребностей: в познании и понимании, в самоактуализации.

Как показывают исследования, специфические стрессы, которым подвергается врач на протяжении трудовой жизни, имеются на всех этапах его профессионального становления, что приводит к развитию синдрома психологического выгорания. Особенно высокий риск развития этого синдрома у врачей экстремальных специальностей: хирургов, анестезиологов-реаниматологов, акушеров-гинекологов. В последнее время ряд психологов утверждают, что данный синдром может быть свойственен не только отдельным сотрудникам, но и целым организациям. Применительно к службе родовспоможения, коллективам женских консультаций, акушерских стационаров [6, 9].

Анализ литературы [10, 11] показывает, что профессионально-личностные особенности и мотивы к обучению будущего акушера-гинеколога изучены недостаточно.

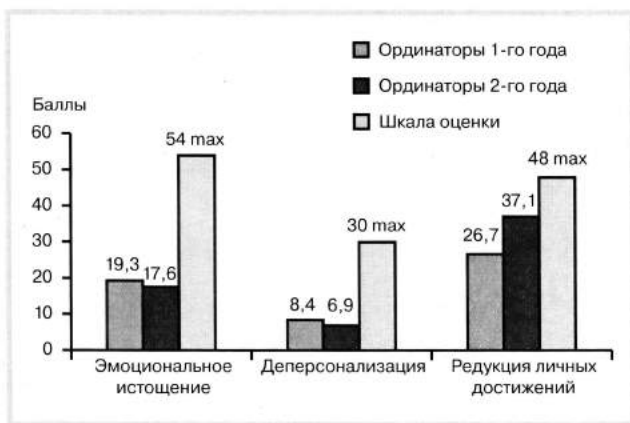
Материал и методы

В целях определения приоритетов мотивации в освоении выбранной специальности «акушерство-гинекология» методом анонимного тестирования были изучены личностные и социальные мотивы к обучению 28 клинических ординаторов в ГБУЗ Московской области «Московский областной НИИ акушерства и гинекологии»: среди них у 14, прошедших 1-й год обучения, и у 14, завершивших 2-й год учебы. Из 28 ординаторов обучались на бюджетной основе 16, на коммерческой — 12. В группе 1-го года обучения средний стаж работы до поступления в клиническую ординатуру на одного ординатора составил 0,21 года, у обучающихся 2-го года — 0,57 года.

Для диагностики учебной мотивации использовалась методика, предложенная А.А. Реан и В.А. Якуниным в модификации Н.Ц. Бадмаевой [12]. Методика позволяет установить причины, характеризующие мотивации обучения. Это коммуникативные, профессиональные, учебно-познавательные, социальные мотивы, а также мотивы творческой самореализации и престижа, стремления избежать неудач.

Диагностика личностной установки ординаторов «альтруизм — эгоизм» проводилась по методике, разработанной Н.П. Фетискиным, В.В. Козловым, Г.М. Мануйловым [13].

Изучение степени профессионального «выгорания» выполнялось по методике К. Маслач и С. Джексона в адаптации Н.Е. Водопьяновой [14], позволяющей оценить



Профессиональное выгорание клинических ординаторов акушеров-гинекологов в процессе обучения.

эмоциональное истощение, деперсонализацию, редукцию личных достижений у конкретного специалиста.

Результаты и обсуждение

К концу обучения в клинической ординатуре у ординаторов большее значение ($p \leq 0,05$) в освоении выбранной профессии и специальности приобрели мотивы коммуникативные и профессиональные, творческая самореализация, престиж, учебно-познавательные и социальные. Одновременно снизилось значение ($p \geq 0,05$) мотива — стремления избежать неудачи в профессии (табл. 1).

В ходе обучения балльная оценка альтруизма, при котором центральным мотивом и критерием нравственной оценки личности являются интересы другого человека, больного или социальной общности, у ординаторов 2-го года обучения увеличилась ($p \leq 0,05$) по сравнению с таковой у ординаторов 1-го года, составив соответственно 11,00 и 10,43 балла.

Результаты исследования показали появление ранних симптомов синдрома психологического выгорания у клинических ординаторов 2-го года обучения по шкале редукции личных достижений, что можно рассматривать как возникновение у них чувства некомпетентности в своей профессиональной сфере, страха возможного неуспеха в ней (см. рисунок).

Одновременно с этим у ординаторов 2-го года снижается уровень эмоционального истощения и деперсонализации, что свидетельствует об «адаптации в специальности». По этой причине только у 2 из 14 ординаторов 2-го года обучения возникло сомнение в правильности выбора профессии и специальности, а среди ординаторов 1-го года это сомнение отмечено у 3 из 14.

Важным мотивом к обучению ординаторы считают перспективы получения высокооплачиваемой работы в частной (коммерческой) клинике и «достойный» размер будущей заработной платы в государственных медицинских учреждениях (табл. 2).

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Куракова В.И. Частно-государственное партнерство в здравоохранении сегодня и завтра. *Менеджер здравоохранения*. 2008;2:13-18. [Kurakova VI. Private-state partnership in health

В ходе анкетирования ординаторам было предложено оценить по 10-балльной шкале качество подготовки в клинической ординатуре на базе ГБУЗ Московской области «Московский областной научно-исследовательский институт акушерства и гинекологии». В своих ответах учащиеся 1-го года оценили качество и организацию образовательного процесса в 6,97 балла, ординаторы 2-го года поставили оценку 8,56 балла ($p \leq 0,05$).

Полученные в ходе исследования результаты изучения мотивации к обучению у клинических ординаторов определяют необходимость перехода на персонализированные методы обучения с использованием доступных форм проблемного, развивающего и дистанционного обучения, с увеличением сроков обучения в начальном периоде освоения специальности.

Основным предназначением клинической ординатуры должна стать интенсификация процесса получения специалистом знаний и практических навыков в первые 4–5 лет трудовой деятельности, что сократит продолжительность периода «допрофессионализма», приведет к уменьшению числа врачебных ошибок в период перехода специалиста в группу «профессионалов».

В настоящее время актуальным будет введение нового принципа подготовки специалистов в постдипломном периоде путем организации института врачей-наставников из числа опытных и квалифицированных врачей, несущих материальную и моральную ответственность за качество подготовки конкретного специалиста. Иметь право получить звание «Врач-наставник» могут только врачи, прошедшие специальное обучение педагогике и психологии. Звание наставника — дополнительный фактор мотивации врачей к постоянному личному профессиональному самообразованию.

Психическое здоровье является не только частью, но в определенной степени и базисным элементом в успехе освоения врачом специальных знаний, необходимых для успешной работы. В связи с этим вопросы развертывания психопрофилактической работы, специализированной психотерапевтической и медико-психологической помощи учащимся в медицинских образовательных учреждениях на современном этапе организации здравоохранения приобретают особое значение, в том числе для профилактики синдрома психологического выгорания у специалистов в будущем.

Выводы

1. Результаты изучения мотивации к обучению у клинических ординаторов определяют необходимость перехода на персонализированные методы обучения с использованием доступных форм проблемного, развивающего и дистанционного обучения, с увеличением сроков обучения в начальном периоде освоения специальности.

2. Актуальным будет введение нового принципа подготовки специалистов в постдипломном периоде путем организации института врачей-наставников из числа опытных и квалифицированных специалистов.

care today and tomorrow. *Menedzher zdravookhaneniya*. 2008;2: 13-18. (In Russ.).

2. Управление ЛПУ в современных условиях: 2009—2010 гг. Под ред. Стародубова В.И. М.: Менеджер здравоохранения. 2009; 416. *Upravlenie LPU v sovremennykh usloviyakh: 2009—2010*. [Management of medical and preventive institutions in modern conditions]. Ed. by Starodubov VI. Moscow: Menedzher zdравookhaneniya. 2009;416. (In Russ.).
3. Куракова В.И. Система непрерывного образования медицинских работников в ожидании перемен. *Менеджер здравоохранения*. 2009;5:47-53. [Kurakova VI. The system of continuous education of medical staff is awaiting for changes. *Menedzher zdравookhaneniya*. 2009;5:47-53. (In Russ.)].
4. Левина И.А. Формирование этической и профессиональной культуры специалиста через исторический ресурс отечественной медицины. Тезисы VI Общероссийской конференции с международным участием. Медицинское образование. 2—3 апреля 2015 г. М. 2015;207-209, 221-223. Levina IA. *Formirovaniye eticheskoi i professionalnoi kul'tury spetsialista cherez istoricheskii resurs otechestvennoi meditsiny*. [Formating of ethic and professional culture of the specialist through the historical resource of home-produced medicine]. Tez. VI Obscherossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Meditsinskoe obrazovanie. Moscow. 2015;207-209, 221-223. (In Russ.).
5. Ледянкина О.В., Арефина Н.Ф. О ресурсном обеспечении медицинского образования и общие закономерности развития. Тезисы VI Общероссийской конференции с международным участием. Медицинское образование. 2—3 апреля 2015 г. М. 2015;207-209, 221-223, 223-225. Ledyankina OV, Arefina NF. *O resursnom obespechenii meditsinskogo obrazovaniya i obshchie zakonomernosti razvitiya*. [About resource ensurance of the medical education and general regularities of development]. Tez. VI Obscherossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Meditsinskoe obrazovanie. Moscow. 2015;207-209, 221-223, 223-225. (In Russ.).
6. Андронов З.П. Психологические основы формирования профессионального мышления врача. *Вопросы психологии*. 1991;4:63-90. [Andronov ZP. Psychological basis of forming of the professional way of thinking of the physician. *Voprosy psikhologii*. 1991;4:63-90. (In Russ.)].
7. Куршев В.В., Ачкасов Е.Е., Шурупова Р.В. Особенности профессионального имиджа и престижа современного врача. Тезисы VI Общероссийской конференции с международным участием. Медицинское образование. 2—3 апреля 2015 г. М. 2015;207-209. Kurshev VV, Achkasov EE, Shurupova RV. *Osobennosti professional'nogo imigzha i prestizha sovremennogo vracha*. [Peculiarities of the professional image and prestige of the modern physician]. Tez. VI Obscherossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Meditsinskoe obrazovanie. Moscow. 2015;207-209. (In Russ.).
8. Маслоу А. *Мотивация и личность*. 3-е изд. Пер. с англ. СПб.: Питер. 2008;352. Maslow A. *Motivatsiya i lichnost'*. [Motivation and personaliti]. Transl. from English. St. Petersburg: Piter Publ. 2008;352. (In Russ.).
9. Качаева М.А., Сердакова К.Г. Эмоциональное выгорание и эмоциональный интеллект врачей психиатров и судебных психиатров. Тезисы VI Общероссийской конференции с международным участием. Медицинское образование. 2—3 апреля 2015 г. М. 2015;160-161,207-209. Kachaeva MA, Serdakova KG. *Emotsional'noe vygoranie i emotsional'nyi intellect vrachei psikhiatrov i sudebnykh psikhiatrov*. [Emotional exhaustion and emotional intellect of physician in psychiatry and court psychiatry]. Tez. VI Obscherossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem. Meditsinskoe obrazovanie. Moscow. 2015;160-161,207-209. (In Russ.).
10. Будзяк М.О. Исследование личности врача акушера-гинеколога. Индивидуальные различия и проблема индивидуальности. Материалы международной научно-практической конференции 16—18 октября 2003. М: Уникум-центр. 2004;83-86. Budzyak MO. *Issledovaniye lichnosti vracha akushera-ginekologa. Individual'nye razlichiya i problema individualnosti*. [Investigation of personality of the physician in the obstetrics and gynaecology. Individual differences and the problem of individuality]. Materialy mezhdunarodnoi nauchno-prakticheskoi konferentsii 16—18 oktyabrya 2003. Moscow: Unikum-tsentr. 2004;83-86. (In Russ.).
11. Лузанова И.М. Социологическое исследование проблем акушерско-гинекологической помощи. Сборник трудов VI Межрегиональной научно-практической конференции врачей Приволжско-Уральского военного округа. Оренбург. 2005;220-225. Luzanova IM. *Sotsiologicheskoe issledovaniye problem akushersko-ginekologicheskoi pomoshchi*. [Sociological issue of the problems of obstetrical-gynaecologic care problems]. Sbornik trudov VI Mezhhregional'noi nauchno-prakticheskoi konferentsii vrachei Privolzhsko-Ural'skogo voennogo okruga. Orenburg. 2005;220-225. (In Russ.).
12. Бадмаева Н.Ц. Методика для диагностики учебной мотивации студентов. В кн.: *Влияние мотивационного фактора на развитие умственных способностей*. Улан-Удэ. 2004; 151-154. Badmaeva N.Ts. *Metodika dlya diagnostiki uchebnoi motivatsii studentov*. [Method for evaluation of training motivation of students]. V kn.: *Vliyanie motivatsionnogo faktora na razvitiye umstvennykh sposobnostei*. Ulan-Ude. 2004;151-154. (In Russ.).
13. Фетискин Н.П., Козлов В.В., Мануйлов Г.М. Диагностика личностной установки «альтруизм — эгоизм». В кн.: *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. М.: Изд-во института психотерапии. 2002;23-24. Fetiskin NP, Kozlov VV, Manuilov GM. *Diagnosika lichnostnoi ustanovki «al'truizm—egoizm»*. [Diagnosis of personal preference «altruism — egoism»]. V kn.: *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp*. Moscow: Izdatel'stvo instituta psikhoterapii. 2002;23-24. (In Russ.).
14. Водопьянова Н.Е. Диагностика профессионального выгорания. В кн.: *Социально-психологическая диагностика развития личности и малых групп*. М.: Изд-во института психотерапии. 2002;360-362. Vodop'yanova N.E. *Diagnostika professionalnogo vygoraniya*. [Diagnosis of professional exhaustion]. V kn.: *Sotsial'no-psikhologicheskaya diagnostika razvitiya lichnosti i malykh grupp*. Moscow: Izdatel'stvo instituta psikhoterapii. 2002;360-362. (In Russ.).