

УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«ГРОДНЕНСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ»

Объект авторского права
УДК 614.2:316]:005.35:616-082

БОЙКО
Светлана Леонидовна

**СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ИНСТИТУТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

по специальности 14.02.05 – социология медицины

Гродно 2024

Работа выполнена в учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет»

Научный консультант: **Сурмач Марина Юрьевна,**
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой общественного здоровья и
здравоохранения учреждения образования
«Гродненский государственный медицинский
университет»

Официальные оппоненты: **Игумнов Сергей Александрович,**
доктор медицинских наук, профессор, заместитель
директора по научной работе государственного
учреждения «Республиканский научно-
практический центр психического здоровья»

Лапина Светлана Валентиновна,
доктор социологических наук, профессор кафедры
государственного управления социальной сферой
и белорусоведения Академии управления при
Президенте Республики Беларусь

Шульмин Андрей Владимирович,
доктор медицинских наук, профессор,
заведующий кафедрой менеджмента и маркетинга
фармации учреждения образования «Витебский
государственный ордена Дружбы народов
медицинский университет»

Оппонирующая учреждение образования «Белорусский
организация: государственный медицинский университет»

Защита диссертации состоится 10 июня 2024 года в 12⁰⁰ на заседании совета по защите диссертаций Д 03.17.03 при учреждении образования «Гродненский государственный медицинский университет» по адресу: 230009, г. Гродно, ул. Горького, 80; телефон ученого секретаря: +375 152 44 81 89; e-mail: ped2grsmu@gmail.com.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет».

Автореферат разослан 8 мая 2024 года.

Ученый секретарь
совета по защите диссертаций Д 03.17.03,
кандидат медицинских наук, доцент



Т.В.Мацюк

ВВЕДЕНИЕ

В соответствии со Статьей 1 Конституции Республики Беларусь «Республика Беларусь – унитарное демократическое социальное правовое государство», основа которого – взаимная социальная ответственность граждан и государства, а функция государства как главного субъекта социального управления заключается в регуляции и поддержании социального порядка и доверия социальным институтам. Базовой составляющей социальной сферы выступает система здравоохранения, причем ввиду своей исключительно высокой социальной значимости здравоохранение находится под пристальным вниманием государства и общественности.

Достижение миссии института здравоохранения как социального института не представляется возможным без такого механизма, как социальная ответственность. Социальная ответственность представляет собой осознание субъектом последствий его деятельности для окружающих, для общества в целом, добровольное принятие на себя обязанностей, связанных с социальными ожиданиями и заботой о других [Белов А. В., 2011]. Неоднозначность толкования термина «социальная ответственность» связана с его применением как для организации (корпоративная ответственность), так и для отдельного человека (персональная ответственность) [Droppert H., Bennett S., 2015; Гриднева О. В., 2016; Строева О. А., 2016; Kohler J. C., 2017; Калмыков И. С., 2018]. Политика в области охраны здоровья и принципы деятельности системы здравоохранения определены Законом Республики Беларусь «О здравоохранении» от 18.06.1993, где приведены нормы социальной ответственности всей системы и медицинских работников (Статьи 2-4 Закона Республики Беларусь «О здравоохранении»).

Изучению общественного мнения о медицинских услугах, о реформах, об отношениях в системе врач-пациент посвящено немало публикаций организаторов здравоохранения, психологов и социологов [Байкова И. А., Щавелева М. В., Шваб Л. В., 2009; Грановская Р. М., Шингаев С. М., 2013; Кульпанович О. А., 2014; Мороз, И. Н., 2019; Шилова О. В., 2019; Шнитко С. Н., 2019; Kusrkar R. A., Wilschut J. A., Tjin A., Tsoi S.L.N.M., Peerdeman S. M., Croiset G., 2019]. Однако оценка отношения к медицине и медицинским работникам чаще всего основывается на описательной статистике социологических опросов, очевиден недостаток надежных и валидных методик эмпирического изучения общественного мнения о системе здравоохранения. Отсутствуют научно обоснованные данные о социальных установках в отношении медицинских работников, заболеваний, здоровья, лекарственных препаратов и т. д. Остается нерешенным вопрос идентификации и оценки профессиональных психологических рисков у медицинских работников. Помимо синдрома эмоционального выгорания у представителей медицинского труда выявляются и многие другие разновидности

профессионально-обусловленного психологического неблагополучия: субъективная неудовлетворенность работой и карьерой, субъективное отчуждение от работы, синдром бессмысленности профессии, негативное оценочное отношение к себе как к профессионалу, внутриличностные конфликты «работа-семья», профессиональная неконгруэнтность, тревога на рабочем месте, профессиональный цинизм и другие [Сидоров Г. А., Пехов А. И., Губарев В. М., 2008; Гвоздь Н. Г., Романова А. П., Щавелева М. В., 2015; Гижук Т. В., Карпинский К. В., 2017; Che S. E., Waldorf B. S., 2010; Mitton C., 2011; Prottas D. J., 2013; Johnston V., 2015; Van der Burgt S. M. E., 2019].

Социальная связь между пациентом и представителями системы (медицинскими работниками, отдельной организацией здравоохранения, руководством и т. д.) обусловлена высокой степенью зависимости от событий в жизни общества, от социальных установок, общественного мнения. Последствия негативных установок отражаются в поведении пациентов с медицинскими работниками, в приверженности лечению, и особенно остро проявляются в нестандартных ситуациях, например, в условиях распространения COVID-19, при заболеваниях с неблагоприятным исходом, при нарушениях норм медицинской этики, в случаях несоблюдения законодательства [Доника А. Д., Еремина М. В., 2010; Абаев Ю. К., 2019; Бородавко О. А., Бучок Ю. С., Шестопалова Л. Ф., 2019].

Исследование социальных аспектов функционирования здравоохранения, мнения пациентов о первичном звене медицинской помощи, вопросов взаимодействия населения с системой здравоохранения приводятся в ряде научных работ [Решетников А. В., 2010; Есполова Г. Д., Рахимова Л. Ж., 2014; Михайлова Л. М., 2014; Сурмач М. Ю., 2016], однако методы анализа норм социальной ответственности как со стороны представителей медицины, так и со стороны пациентов и общества до настоящего времени не предложены, оценка социального имиджа системы здравоохранения и имиджа медицинских работников не изучалась ни в одной из стран СНГ. Специфика системы здравоохранения Республики Беларусь такова, что прямое заимствование опыта зарубежных исследований невозможно, а применение понятий социальная ответственность, корпоративная культура, социальная роль и портрет руководителя, приводимых в трудах зарубежных авторов, в отечественном здравоохранении требует научного дополнения и практического внедрения.

Создание концепции системы социальной ответственности в здравоохранении представляет собой актуальную проблему социологии медицины в связи с отсутствием методов оценки корпоративной и персональной социальной ответственности, необходимостью разработки прикладных технологий формирования позитивного имиджа отечественной системы здравоохранения и поиска механизмов повышения социальной ответственности для эффективного функционирования института здравоохранения.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Связь работы с научными программами (проектами), темами

Тема диссертации соответствует приоритетным направлениям научной, научно-технической и инновационной деятельности на 2021-2025 годы, утвержденным Указом Президента Республики Беларусь от 07.05.2020 № 156 в части развития информационного общества, социогуманитарной, экономической и информационной безопасности.

Работа выполнена на базе учреждения образования «Гродненский государственный медицинский университет» в рамках следующих тем научно-исследовательских работ:

– «Создание и внедрение в практику системы мониторинга общественного мнения и оценки социальных установок населения в отношении системы здравоохранения и ее представителей, что позволит разработать новые подходы к принятию управленческих решений в целях формирования позитивного имиджа системы здравоохранения и повышения доверия пациентов», грант Президента Республики Беларусь в области здравоохранения (распоряжение Президента от 31.12.2020 № 260 рп, срок выполнения: 01.01.2021 – 31.12.2021);

– «Оценка комплаенса у пациентов с фибрилляцией предсердий», договор с Белорусским республиканским фондом фундаментальных исследований № М16М-013, «НАУКА М-2019» (№ государственной регистрации 20192768 от 01.09.2019, срок выполнения: 02.05.2019 – 31.03.2021);

– «Социальная ответственность как часть корпоративной культуры здравоохранения и фактор управления качеством медицинской помощи (на примере организаций кардиологического профиля)», договор с Белорусским республиканским фондом фундаментальных исследований № Г19-061 от 02.05.2019 «НАУКА-2019» (№ государственной регистрации 20191671 от 11.07.2019, срок выполнения: 02.05.2019 – 31.03.2021);

– Пилотного проекта по реализации Концепции поддержки и развития республиканской системы «Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников», утвержденной приказом Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 1131 от 16.11.2018 «Об утверждении Концепции поддержки и развития республиканской системы «Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников», срок выполнения: 07.02.2019 – 31.12.2022.

Цель, задачи, объект и предмет исследования

Цель исследования: разработка методологических, теоретических, эмпирических и методических основ концепции системы социальной ответственности как нового научно-практического направления социологии медицины.

Задачи исследования:

1. Теоретически обосновать состав, структуру и функции системы социальной ответственности института здравоохранения Республики Беларусь, выделить и охарактеризовать ее основные подсистемы и уровни.

2. Психометрически адаптировать инструмент оценки организационной культуры ОСАІ для использования в организациях здравоохранения Республики Беларусь.

3. Эмпирически выявить специфику персональной социальной ответственности и социальных ролей руководителей организаций здравоохранения и врачей общей практики.

4. Эмпирически установить потенциальные профессиональные психологические риски у руководителей организаций здравоохранения, внедрить в последипломное образование понятие профессионального психологического риска и социального менеджмента в здравоохранении.

5. Обосновать приверженность лечению как форму социальной ответственности пациента, предложить метод оценки социальной комплаентности (для пациентов с фибрилляцией предсердий).

6. Разработать и валидизировать шкалу для оценки социальных установок населения в области здравоохранения.

Объект исследования: совокупность общественных отношений в системе здравоохранения, в сфере которых проявляется корпоративная и персональная социальная ответственность.

Предмет исследования: сущность и проявления социальной ответственности института здравоохранения.

Научная новизна

Впервые представлено обоснование системы социальной ответственности института здравоохранения Республики Беларусь и предложена схема проектирования системы с выделением субъектного и нормативного уровней и результатов, влияющих на имидж и мнение о работе системы здравоохранения.

Проведена адаптация инструмента ОСАІ для изучения организационной культуры в организациях здравоохранения Республики Беларусь как инструмента мониторинга корпоративной социальной ответственности и кадровой политики, выявлены противоречия между желаемой и действительной организационной культурой.

Предложена оригинальная методология социологического анализа социального портрета руководителя организации здравоохранения по следующим направлениям: возможность карьерного роста, ценность работы и удовлетворенность ее оплатой, социализация молодых специалистов, имидж, организационная культура, профессиональные ошибки.

Впервые предложена методология социологического анализа социального портрета врача общей практики, самоидентификации социальной роли, проведена оценка эмоционального выгорания врачей общей практики в Гродненской области Республики Беларусь.

Установлены закономерности взаимосвязи потенциальных профессиональных психологических рисков (эмоционального выгорания) и личностных качеств (когнитивного стиля руководителя, организаторских, лидерских и коммуникативных способностей) с персональной социальной ответственностью руководителей организаций здравоохранения.

Обоснована приверженность лечению с позиции персональной социальной ответственности пациента. Показана значимость социальных факторов и поддержки в профиле качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий. Модифицирована шкала социальной комплаентности как показателя социальной ответственности пациента (для лиц, страдающих фибрилляцией предсердий).

На основании авторской методики изучения медико-социологических характеристик субъектов системы социальной ответственности разработана концепция имиджа в здравоохранении.

Разработана шкала социальных установок в области здравоохранения для мониторинга общественного мнения о деятельности медицинских работников и системы здравоохранения. Подтверждена содержательная, лицевая, структурная, экологическая валидность, консистентная и ретестовая надежность опросника.

Положения, выносимые на защиту:

1. Социальная ответственность института здравоохранения Республики Беларусь – это сложносоставная система, организованная по иерархическому принципу, которая объединяет подсистемы обеспечения законности, формирования организационной культуры, взаимодействия со СМИ, населением, пациентами, имеет в своем строении нормативный и субъектный уровни. Основная функция системы социальной ответственности – обеспечение стабильного продуктивного функционирования и устойчивого динамичного развития здравоохранения страны. Разработанная в диссертации общая концепция охватывает ряд частных концепций, адресованных отдельным уровням и подсистемам социальной ответственности института здравоохранения: концепция организационной культуры в здравоохранении, концепция имиджа в здравоохранении, концепция профессиональных социально-психологических рисков, концепция персональной социальной ответственности пациента, концепция персональной социальной ответственности врача общей практики, концепция персональной социальной ответственности руководителя организации здравоохранения, концепция социальных установок населения в области здравоохранения.

2. Адекватным средством методической операционализации частной концепции организационной культуры в здравоохранении является «Инструмент оценки организационной культуры» (OCAI). Результаты его психометрической адаптации на выборке медицинских работников и руководителей организаций здравоохранения Республики Беларусь свидетельствуют, что адаптированная версия методики полностью соответствует общепринятым стандартам надежности и валидности социологических измерений. Применение методики целесообразно для эмпирического определения типа организационной культуры и доминирующих ценностей сотрудников, а также для оценки внутренней согласованности культуры в организации здравоохранения.

3. Социально ответственное поведение руководителей организации здравоохранения и врачей общей практики характеризуется многофакторной детерминацией. С позиции разработанной концепции персональная социальная ответственность руководителя обусловлена его статусно-ролевыми (социально-демографические и ролевые характеристики), индивидуально-психологическими (когнитивный стиль) и социально-психологическими (лидерские качества, коммуникативные и организаторские способности) свойствами. Персональной социальной ответственности руководителей способствуют удовлетворенность социальным статусом, заработной платой, карьерным ростом, полнезависимый когнитивный стиль принятия управленческих решений, высокий уровень лидерских качеств, коммуникативных и организаторских способностей. Персональной социальной ответственности врачей общей практики препятствуют трудности ролевой самоидентификации и сформированный синдром эмоционального выгорания.

4. Профессиональные психологические риски представляют собой вероятность наступления негативных последствий для субъекта медицинского труда, обусловленных воздействием на него неблагоприятных условий профессиональной деятельности и рабочей среды. Потенциальные профессиональные психологические риски у руководителей организаций здравоохранения представлены общим уровнем и доминирующими симптомами эмоционального выгорания, рядом индивидуально-психологических (зависимый когнитивный стиль) и социально-психологических (низкий уровень лидерских качеств, коммуникативных и организаторских способностей) свойств, которые могут влиять на эффективность функционирования системы социальной ответственности на субъектном уровне.

5. Социальная ответственность пациента реализуется в заботе о сохранении здоровья через приверженность лечению и взаимодействие с медицинскими работниками. Модифицированная шкала социальной комплаентности для оценки приверженности лечению при фибрилляции предсердий обладает удовлетворительными психометрическими

характеристиками: приемлемой дискриминативностью пунктов, одномерной структурной валидностью, удовлетворительной содержательной валидностью пунктов и достаточной степенью надежности.

6. Формирование имиджа здравоохранения осуществляется под влиянием социальных установок, которые выступают как факторы его субъективных искажений. Релевантным средством для методической операционализации концепции служит оригинальный стандартизированный опросник «Шкала социальных установок в области здравоохранения», который отвечает нормативным психометрическим критериям дискриминативности, консистентной и ретестовой надежности. Данная методика обеспечивает эмпирическое измерение восьми содержательно определенных социальных установок, которые обуславливают негативное восприятие и негативные формы социального поведения пациентов, связанного с системой здравоохранения: антилекарственная, рентная, стоическая, антилитарная, антибюрократическая установки, деонтологические установки в отношении медицинских сестер и врачей, а также установки возрастной дискриминации и фаворитизма.

Личный вклад соискателя ученой степени

Диссертация представляет собой завершенную научно-исследовательскую работу, выполненную соискателем лично. Самостоятельно определены цель, задачи, осуществлены разработка концепции исследования, планирование, сбор первичной документации и статистическая обработка. Анализ полученных результатов и редактирование ряда публикаций проведены с участием научного консультанта (личный вклад соискателя – 80%), специалистов в области экспериментальной и социальной психологии (личный вклад соискателя – 50% [18–А, 20–А] и 75% [15–А]), что отражено в совместных печатных работах. Исследование в учреждении здравоохранения «Гродненский областной клинический кардиологический центр» (подбор пациентов) проведено с участием сотрудников 1-й кафедры внутренних болезней ГрГМУ, что также отражено в совместных публикациях, личный вклад соискателя – 50% [7–А, 16–А, 22–А, 26–А]. Общий вклад соискателя в опубликование результатов диссертационного исследования оценивается в 80%. Социологический опрос руководителей здравоохранения выполнен при поддержке Министерства здравоохранения Республики Беларусь и главного управления здравоохранения Гродненского облисполкома (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 09.09.2019 № 1077 «Об организации и проведении психологического тестирования руководителей (заместителей руководителей) учреждений здравоохранения»), личный вклад соискателя, в том числе в систематизацию и анализ социологического материала – 95% [4–А, 5–А, 11–А, 13–А]. Положения, выносимые на защиту, выводы, практические рекомендации сформулированы соискателем самостоятельно.

Апробация диссертации и информация об использовании ее результатов

Результаты исследования доложены на следующих научно-практических конференциях: Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологии личности и социального взаимодействия» (Гродно, 2019); Международной научно-практической конференции «Университет – территория опережающего развития», посвященной 80-летию ГрГУ им. Янки Купалы (Гродно, 2020); III Ежегодном симпозиуме «Актуализация социогуманитарного знания в эру цифровизации медицинского образования и здравоохранения» в рамках XI Общероссийской конференции с международным участием «Неделя медицинского образования-2020» (Москва, 2020); Международной научно-практической конференции «Зейгарниковские чтения. Диагностика и психологическая помощь в современной клинической психологии: проблема научных и этических оснований», соорганизатор конференции (Москва, 2020); Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Социология болезни» (Москва, 2020); Республиканском семинаре-практикуме «Современные образовательные технологии как инструмент формирования профессиональных компетенций медицинских работников» (Минск, 2020); на заседаниях круглого стола «Факторы профессионального выгорания медицинских работников в период пандемии COVID-19 и задачи психопрофилактики» (Москва, 2020); итоговой научно-практической конференции ГрГМУ «Актуальные проблемы медицины» (Гродно, 2021); VIII Международной научно-практической онлайн-конференции «Современные подходы к продвижению здоровья» (Гомель, 2021); областном обучающем семинаре «Актуальные вопросы суицидологии» (Брест, 2021); IV Международной научно-практической конференции «Актуальные проблемы психологии личности и социального взаимодействия: психологическое здоровье личности в современном социокультурном контексте» (Гродно, 2021), III Международной научно-практической конференции «Социальное знание в современном обществе: проблемы, закономерности, перспективы» (Минск, 2022).

На основании результатов изучения имиджа системы здравоохранения соискателем обоснована и защищена на научно-техническом совете структурно-функциональная концепция имиджа здравоохранения (протокол от 08.12.2020 № 8). Оформлены 2 рационализаторских предложения, 8 актов о внедрении в учебный процесс.

Результаты исследований внедрены в работу организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей: «Городская поликлиника № 1 г. Гродно», «Городская центральная поликлиника г. Гродно», «Городская поликлиника № 6 г. Гродно», «Гродненский областной клинический центр «Психиатрия-наркология», «Слонимская центральная районная больница», «Гродненский областной клинический кардиологический центр», «Мостовская центральная

районная больница», «Дрогичинская центральная районная больница», в деятельность Белорусского института стратегических исследований, в научную работу Государственного научного учреждения «Институт социологии Национальной академии наук Беларуси», что подтверждено справкой о внедрении и 12 актами внедрения.

Новые данные послужили основой для создания учебной программы повышения квалификации «Социальный менеджмент» (для руководителей и резерва руководящих кадров в здравоохранении), а также для внедрения в учебный процесс I ступени образования специальностей 1-79 01 01 «Лечебное дело», 1-79 01 02 «Педиатрия».

Опубликованность результатов диссертации

По результатам диссертации опубликованы 40 научных работ общим объемом 39,65 авторского листа: 24 статьи в рецензируемых научных журналах (5 – в моноавторстве, 3 – в зарубежных научных журналах), общим объемом 17,9 авторского листа; 1 монография (тираж 50 экземпляров, объем 11,86 авторского листа, 2 рецензента, без соавторства), соответствующие требованиям пункта 19 Положения о присуждении ученых степеней и присвоении ученых званий в Республике Беларусь; а также 1 монография в соавторстве, 3 статьи в журналах и 11 статей в сборниках научных трудов и материалах съездов, конференций.

Все работы опубликованы в открытой печати и в полном объеме отражают результаты исследований, представленных в диссертации, раскрывают ее цель и задачи.

Структура и объем диссертации

Диссертационная работа написана на русском языке, состоит из введения, общей характеристики работы, шести глав основной части, заключения, списка использованных источников и приложений. Библиографический список включает 294 использованных источника (на русском языке – 150, на иностранном языке – 144), список публикаций соискателя ученой степени – 40 (29 страниц). Диссертационная работа иллюстрирована 8 рисунками (5 страниц), содержит 67 таблиц (40 страниц), включает 9 приложений (84 страницы). Полный объем диссертации – 269 страниц компьютерного текста.

ОСНОВНАЯ ЧАСТЬ

Материалы и методы исследования

Исследование проводилось в несколько этапов. Организация сбора первичного материала приведена в таблице 1.

Таблица 1 – Общая характеристика организации проведения исследования

Метод исследования	Объем выборки, N	Место проведения
Социологический опрос (авторские анкеты)	880 пациентов, получивших медицинскую помощь в стационарных условиях	Организации здравоохранения Республики Беларусь
	150 руководителей организаций здравоохранения	Организации здравоохранения Гродненской области
	113 ВОП	
Анкетирование (ОСАИ)	130 медицинских работников	УЗ «БСМП» г. Гродно, слушатели ФПКиПК
Тестирование (ТСОВ-4)	43 руководителя в организации здравоохранения	УЗ «ГУК»
Тестирование (ВОЗКЖ-100, опросник комплаентности)	146 пациентов с ИБС и ФП, группа контроля – 61 человек (качество жизни), 68 пациентов с ФП (комплаенс)	УЗ «ГОККЦ»; УЗ «ГОКБМР»
Семантический дифференциал Ч. Осгуда	126 респондентов (врачи, медицинские сестры, пациенты)	Организации здравоохранения Гродненской области
Малоформализованный опрос (авторская анкета)	480 пациентов, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях	Организации здравоохранения г. Гродно
Тестирование (шкала социальных установок в области здравоохранения)	583 пациента, получивших медицинскую помощь в амбулаторных условиях; 69 респондентов – для оценки ретестовой надежности	Организации здравоохранения Республики Беларусь
Тестирование (тест Айзенка, методика диагностики уровня эмоционального выгорания Бойко В. В.; тест «Диагностика лидерских способностей» (Жариков Е., Крушельницкий Е.); «КОС» (Синявский В. В., Федорошин В. А.)	170 руководителей, 50 ВОП организаций здравоохранения Гродненской области; 159 руководителей организаций здравоохранения Брестской области	Организации здравоохранения Гродненской и Брестской областей

Примечания

1 ВОП – врач общей практики.

2 УЗ «БСМП» г. Гродно – учреждение здравоохранения «Больница скорой медицинской помощи г. Гродно»; УЗ «ГУК» – учреждение здравоохранения «Гродненская университетская клиника»; УЗ «ГОКБМР» – учреждение здравоохранения «Гродненская областная клиническая больница медицинской реабилитации»; УЗ «ГОККЦ» – учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический кардиологический центр».

3 ФПКиПК – факультет повышения квалификации и переподготовки кадров.

4 ИБС – ишемическая болезнь сердца, ФП – фибрилляция предсердий.

Эмпирическая база социологических исследований представлена данными трех социологических опросов: пациентов, получивших медицинскую помощь в организациях здравоохранения в стационарных условиях; руководителей организаций здравоохранения Гродненской области; врачей общей практики организаций здравоохранения Гродненской области Республики Беларусь. Применялся раздаточный анкетный опрос. На все анкеты получены положительные рецензии от кафедры социологии и специальных социологических дисциплин учреждения образования «Гродненский государственный университет им. Я. Купалы».

Выборка первичного материала в когорте пациентов составила 8%, в статистическую обработку были включены 800 анкет пациентов. Выборка руководителей организаций здравоохранения Гродненской области составила 150 человек. Возврат – 95%. Выборка первичного материала (неполное заполнение) – 4,7%, в статистическую обработку были включены 143 анкеты. Охват опросом всей совокупности руководителей области составил 78%.

Согласно дорожной карте пилотного проекта по реализации Концепции поддержки и развития республиканской системы «Центров мониторинга профессиональных рисков и психологической поддержки медицинских работников», в статистическую обработку были включены 113 анкет врачей общей практики со стажем работы в должности более 6 месяцев: 14 мужчин (12,39%) и 99 женщин (87,61%). Охват всех врачей общей практики Гродненской области Республики Беларусь на момент проведения опроса составил 79%. Для оценки когнитивного стиля руководителя использован опросник ТСОВ-4 [Селиванов В. В., Осокина К. А., 2015], выборка включала 43 руководителя одной организации здравоохранения с опытом работы в должности более 6 месяцев.

Клиническая группа для изучения качества жизни и приверженности лечению составила 146 респондентов (пациенты с фибрилляцией предсердий (ФП) и ишемической болезнью сердца (ИБС)), группа контроля – 61 человек. Группы сопоставимы по полу ($\chi^2=0,17$, $p>0,9$), возрасту ($\chi^2=4,19$, $p>0,1$). Профиль качества жизни и роль социальных факторов оценены с помощью опросника ВОЗКЖ-100. Модификация шкалы социальной комплаентности проведена с использованием опросника «Уровень комплаентности» Р. В. Кадырова у 68 пациентов с неклапанной ФП в возрасте 66 (58-70) лет, 20 (29,4%) из обследованных – женщины. Медиана общей длительности анамнеза ФП составила 47 (11-83) месяцев, у 21 пациента (30,9%) длительность ФП не была установлена. От всех пациентов и лиц группы контроля получено добровольное информированное согласие на участие в исследовании.

С целью уточнения диагностических границ метода ОСАІ для оценки

организационной культуры в организациях здравоохранения выполнено пилотное исследование, включающее испытание оригинальной версии OSAI, ее последующую адаптацию и дальнейшее исследование посредством адаптированной версии на выборке 79 медицинских работников, в том числе 26 врачей общей практики, 18 врачей-специалистов и 35 руководителей.

Разработка матрицы семантического дифференциала для изучения психологического образа врача осуществлялась с помощью процедуры экспертного оценивания с классическим вариантом семибалльной биполярной градуированной шкалы Ч. Осгуда. Базу исследования составили врачи и пациенты, общее количество опрошенных – 126 человек: психологический образ врача в сознании пациентов (N=36); психологический образ врача в сознании врачей (N=30); психологический образ медицинской сестры в сознании пациентов (N=60).

Эмпирическая апробация пилотажной версии шкалы для оценки социальных установок в области здравоохранения, разработанной индуктивным путем на выборке 480 пациентов, проведена на выборке численностью 583 человека в возрасте от 18 до 72 лет (47 ± 12 лет). Ретестовая надежность шкалы (3,5-недельный интервал, февраль 2021 г.) анализировалась на материале обследования выборки объемом 69 человек в возрасте от 31 до 66 лет (43 ± 9 лет). Оценка экологической валидности шкалы проведена на выборке численностью 183 человека в возрасте от 19 до 79 лет (47 ± 17 лет).

Библиографический анализ предшествовал каждому этапу работы, а внедрение полученных результатов осуществлялось синхронно с завершением этапа исследования.

Статистическая обработка результатов выполнялась при помощи программы «STATISTICA 10» (серийный номер AXAR207F394425FA-Q) и программ, написанных на языке программирования «R». Возможности последнего были расширены пакетом «Eхact». Описательные статистики качественных показателей представлены в виде: AF и RF [LB; UB], где «AF» и «RF» – абсолютные и относительные частоты встречаемости градаций показателей, соответственно; «LB» и «UB» – нижняя и верхняя границы 95% доверительного интервала для относительных частот. Указанные доверительные интервалы определялись по методу Вильсона (для бинарных показателей) или по методу Гудмана (для мультиномиальных показателей). Сравнение распределений частот встречаемости градаций качественного показателя между независимыми группами выполнялось при помощи критерия однородности χ^2 -Пирсона, а при невозможности его использования – при помощи точного критерия Фишера, адаптированного для таблиц произвольной размерности. Сравнение отдельных относительных частот (процентов) между двумя независимыми группами выполнялось при помощи критерия Бошлу, реализованного в пакете «Eхact»; при попарных сравнениях относительных

частот применялась поправка Холма-Бонферрони. Сравнение относительных частот (процентов) в пределах одной группы выполнялось при помощи биномиального критерия; в случае, если число градаций было больше 2, к p -значениям, возвращаемым критерием, применялась поправка Холма-Бонферрони. Структурная валидность шкалы социальной комплаентности оценивалась с помощью метода главных компонент. Для оценки внутренней согласованности шкалы социальных установок населения в области здравоохранения использовался эксплораторный факторный анализ по методу максимального правдоподобия, структурная валидизация методики осуществлялась конфирматорным факторным анализом. Коэффициенты ретестовой надежности для пунктов и субшкал методики подсчитывались по формуле коэффициента корреляции К. Пирсона. Значимость и магнитуа межвыборочных различий в уровне выраженности социальных установок определялась с помощью t -критерия Стьюдента и d -критерия Коэна, соответственно.

Основные результаты исследования

Субъектный уровень системы социальной ответственности института здравоохранения включает социальные роли и социологические портреты, нормативный уровень представлен рядом подсистем: подсистема формирования организационной культуры, подсистема обеспечения законности, подсистема взаимодействия с населением, с пациентами (удовлетворенность медицинской помощью с позиции социологии медицины). Субъектный и нормативный уровни функционирования института здравоохранения; ряд подсистем позволили разработать концепцию системы социальной ответственности, которая объединяет несколько частных социологических концепций: организационной культуры и имиджа в здравоохранении, профессиональных психологических рисков, персональной социальной ответственности пациента, социальной ответственности врача общей практики и руководителя организации здравоохранения, социальных установок населения в области здравоохранения.

Субъектный уровень системы социальной ответственности института здравоохранения

Социальная ответственность руководителя заключается в принятии рациональных управленческих решений, формировании в коллективе социально-ориентированного типа организационной культуры, соответствия занимаемой должности по ряду характеристик (лидерских качеств, коммуникативных и организаторских способностей, когнитивному стилю), что соответствует субъектному уровню системы социальной ответственности. Схема системы социальной ответственности приведена на рисунке 1.

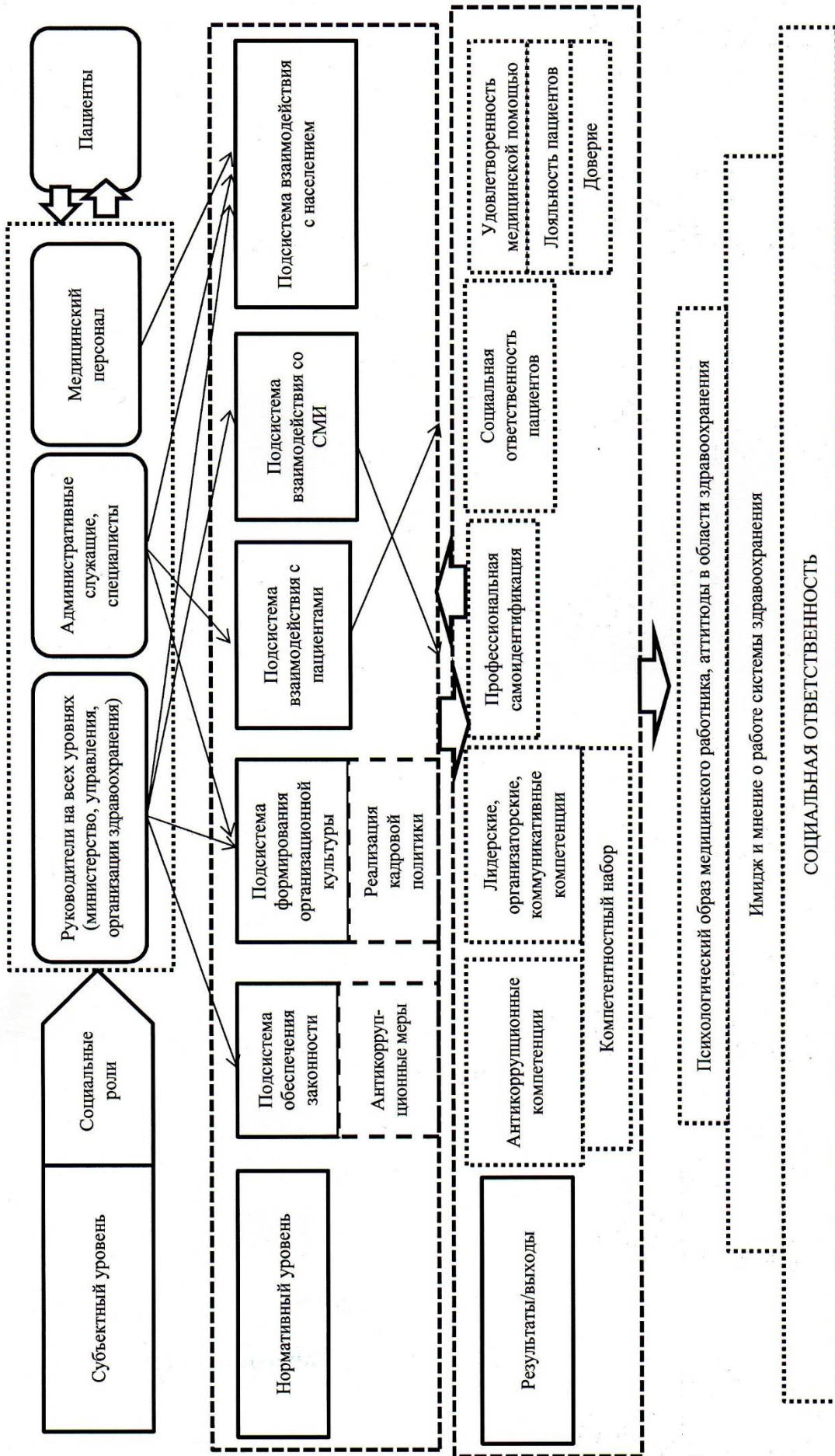


Рисунок 1 – Система социальной ответственности института здравоохранения

Для изучения социальной роли руководителя здравоохранения нами разработана методология социологического анализа по следующим блокам: индивидуальный уровень, отражающий индивидуальные особенности руководителя (пол, семейное положение, вопросы карьеры и т. д.); внутриорганизационный уровень, представленный характеристиками внутригруппового взаимодействия в системе здравоохранения (стимулирование, социальная поддержка и т. д.); социальный уровень, показывающий характер взаимодействия с пациентами (субъективные и объективные ошибки в работе руководителей, внешний и внутренний имидж организаций здравоохранения и т. д.). Согласно результатам социологического опроса руководителей организаций здравоохранения, наибольшее число руководящих должностей заняты лицами в возрастном диапазоне от 40 до 60 лет, с равномерным распределением мужчины/женщины: возрастной диапазон 41-50 лет – 23 женщины, или 46,94% [30,07; 64,54]% и 32 мужчины, или 34,04% [22,88; 47,31]% и возрастной диапазон 51-60 лет – 17 женщин, или 34,69% [19,98; 53,06]% и 28 мужчин, или 29,79% [19,3; 42,94]% в каждом периоде, соответственно. Статистически значимым стимулом качественной работы руководители организаций здравоохранения Гродненской области указали только заработную плату ($p=0,0118$), ряд предложенных руководителям слагающих для оценки стимулов качественной работы (социальная значимость профессии, льготы, профессиональные результаты и признание) не был подтвержден статистически. Говоря о нематериальных формах поощрения, каждый третий руководитель организаций здравоохранения Гродненской области (31,47% [22,48; 42,1]%) отметил, что в системе вполне достаточно способов поощрения медицинских работников и знаков профессионального признания, $p=0,0063$.

Возможности карьерного роста в здравоохранении руководители оценили как достаточные в 50,35% [40,52; 60,15]% наблюдений, $p=0,0009$. Среди более 10 разных вариантов социальной поддержки для медицинских работников, применяемых в нашей стране, руководители определили ведущий – необходимость существенного повышения заработной платы (90,21% [84,24; 94,08]%), оставшиеся варианты отметили менее чем 10% респондентов. Установлено, что, кадры ($p=0,0000$), репутация организации здравоохранения ($p=0,0000$) и отсутствие явных организационных внутренних проблем, т. е. сильная организационная культура ($p=0,0000$) – ключевые имиджевые ресурсы на социальном уровне. Репутация сотрудников организации и их клинический опыт – основные компоненты внешнего имиджа ($p=0,0000$) организаций здравоохранения Гродненской области (по оценке их непосредственных руководителей). Мнение руководителей здравоохранения Гродненской области об актуальной мотивации работать врачом связано с профессиональным интересом ($p=0,0000$), а также с милосердием и состраданием к пациенту ($p=0,0293$).

Широкое внедрение института врача общей практики в Республике Беларусь призвано сформировать основу национального здравоохранения. Анализ социологического портрета врача общей практики показал существенные противоречия в социально-профессиональной идентификации врача общей практики и неудовлетворенность профессией.

Около половины выборки врачей общей практики оказались в возрасте до 30 лет, но после попарного сравнения распределения по возрасту среди мужчин и женщин установлено, что каждый второй врач общей практики мужчина – 50% [21,65; 78,35]% выборки врачей общей практики мужчин – лица в возрастном диапазоне 51-60 лет, 46 человек, или 46,46% [34,19; 59,19]% врачей общей практики женщин – в возрасте до 30 лет. Свою заработную плату врачи общей практики в 90,26% случаев относят к категории «низкая» или «средняя», абсолютное большинство респондентов – 90 из 113, или 79,65% [69,25; 87,18]% считают, что отсутствует значимая разница в оплате труда врачей, имеющих разные категории. Следует отметить, что повышение квалификационной категории, по мнению врачей общей практики, может повлиять только на профессиональный статус (оценили вариант как преимущество при повышении квалификационной категории 69 из 113, или 61,06% [51,85; 69,55]%). Работа полностью удовлетворяет только 7,96% [3,44; 17,37]%, частично – 44,25% [32,61; 56,55]%).

Очевидно обесценивание объемов работы, выполняемой врачами общей практики, результативности работы и уровня профессионализма или квалификации врача. Так, незначительной оценили врачи общей практики зависимость заработной платы от своей квалификации в 54,05% [42,34; 65,34]% случаев, а от результативности работы – в 42,86% [31,86; 54,61]% случаев. О престиже специальности врача общей практики респонденты сообщили, что в 37,17% [26,48; 49,28]% случаев профессия скорее не престижна, чем престижна. Каждый второй врач – 51,85% [42,53; 61,05]% – задумывается о смене специализации, а каждый третий – 31,86% [22,46; 43,01]% – считает, что карьерный рост для врача общей практики невозможен.

Противоречия в принятии социальной роли и социально-профессиональной идентификации врача общей практики – это риск снижения персональной социальной ответственности данной категории медицинских работников.

Нормативный уровень системы социальной ответственности института здравоохранения

Нормативный уровень системы социальной ответственности представлен рядом подсистем, регулирующих социальные взаимоотношения между работниками здравоохранения, пациентами, населением в целом, а также с иными социальными институтами. Для изучения организационной культуры в здравоохранении предложена адаптированная версия ОСАИ.

Испытания оригинальной версии ОСАИ показали, что методика ОСАИ для анализа организационной культуры в отдельной организации здравоохранения может быть использована только в присутствии интервьюера и нуждается в текстовой адаптации. Для цели адаптации методики выделены утверждения, которые при испытании оригинальной версии вызывали непонимание у респондентов, могли иметь двойное значение, приводили к сложностям в интерпретации смысла задания. Наибольшие изменения претерпели компоненты блоков «Стратегические цели» и «Критерии успеха», что обусловлено социальной направленностью деятельности организаций здравоохранения. Для оценки внутренней согласованности применен метод Кронбаха. Коэффициент достоверности α для общей версии ОСАИ варьировал от 0,79 до 0,92 и от 0,78 до 0,92 для авторской версии при применении двух вариантов на выборке медицинских работников. По результатам корреляционного анализа установлена тесная связь ($r=0,82$ – оригинальный вариант и $r=0,84$ – авторский вариант) между рыночной и иерархической культурой в обеих версиях инструмента, что показывает внутреннюю согласованность инструментария. Применение адаптированного инструмента ОСАИ у 86 респондентов позволило определить ряд особенностей видения организационной культуры: среди изучаемых групп медицинских работников в наименьшей степени удовлетворены организационной культурой своих организаций врачи общей практики. Полученные результаты позволили предположить наличие противоречия между актуальной и предпочтительной организационной культурой. Схожие показатели по актуальному и желаемому типам культуры между врачами общей практики, врачами иных специальностей и руководителями говорят о сплоченности, о согласованности ценностных ориентаций сотрудников. Расхождения между желаемой и реальной организационной культурой представлены в таблицах 2-4.

Таблица 2 – Характеристика настоящего и желаемого типа организационной культуры в организациях здравоохранения Гродненской области (мнение руководителей), N=35

Тип организационной культуры		Статистическая характеристика				W критерий Вилкоксона (p)
		мин	макс	ДИ для медианы, %	Me (Q1; Q3)	
А	Сегодня	1,7	67,1	17,5±4,3	17,5 (10; 25)	43 (0)
	Желаемая	7,6	86,6	33,3±6,4	33,3 (24,2; 51,7)	
В	Сегодня	0	30	13,3±2,9	13,3 (6,7; 18,3)	39 (0)
	Желаемая	1,7	37,5	23,3±3,1	23,3 (16,7; 27,5)	
С	Сегодня	7,5	42,5	23,3±3,7	23,3 (17,5; 31,7)	432 (0,007)
	Желаемая	0	55	16,7±3,5	16,7 (11,7; 24,2)	
D	Сегодня	1,7	88,3	40±7,7	40 (28,3; 56,7)	561 (0)
	Желаемая	0	78,3	19,2±3,8	19,2 (10,5; 25,8)	

Примечание – А – клановая культура; В – адхократическая культура; С – рыночная культура; D – иерархическая культура.

Таблица 3 – Характеристика настоящего и желаемого типа организационной культуры в организациях здравоохранения Гродненской области (мнение врачей), N=18

Тип организационной культуры		Статистическая характеристика				W критерий Вилкоксона (p)
		мин	макс	ДИ для медианы, %	Me (Q1; Q3)	
А	Сегодня	0	56,7	20,8±11	20 (5; 48,3)	7 (0,0011)
	Желаемая	16,7	59,2	43,3±7,1	43,3 (32,2; 56,7)	
В	Сегодня	0	37,5	19,8±6,4	19,5 (9,2; 30)	13 (0,0048)
	Желаемая	13,3	50	32,9±4,5	32,5 (25,8; 36,7)	
С	Сегодня	3,3	40,5	18,8±6,4	16,7 (10; 31,7)	125 (0,023)
	Желаемая	5	33,3	13,8±3,8	13,3 (8,3; 20)	
D	Сегодня	4,2	96,7	33,4±14,8	33,3 (9,2; 44,5)	116 (0,0016)
	Желаемая	0	34,2	7,6±3,9	7,5 (5,9; 15,2)	

Примечание – А – клановая культура; В – адхократическая культура; С – рыночная культура; D – иерархическая культура.

Таблица 4 – Характеристика типов организационной культуры в организациях здравоохранения Гродненской области (мнение врачей общей практики), N=26

Тип организационной культуры		Статистическая характеристика				W критерий Вилкоксона (p)
		мин	макс	ДИ для медианы, %	Me (Q1; Q3)	
А	Сегодня	0	30,8	10,2±5	10 (1,7; 25)	3 (0)
	Желаемая	12,5	90	34,6±9,4	34,2 (22,6; 55)	
В	Сегодня	0	41,7	15,8±4,4	15,8 (3,3; 23,3)	48,5 (0,0013)
	Желаемая	1,7	37,5	24,1±3,7	23,3 (18,4; 29,2)	
С	Сегодня	0	58,3	25±4,8	25 (19,2; 34,2)	259 (0,0019)
	Желаемая	0	31,2	16,7±3,8	16,7 (10,8; 25)	
D	Сегодня	11,7	100	39,1±10,9	38,3 (30,8; 58,3)	299 (0,0003)
	Желаемая	0	61,7	22,1±6	21,7 (8,3; 33,3)	

Примечание – А – клановая культура; В – адхократическая культура; С – рыночная культура; D – иерархическая культура.

Инструмент оценки организационной культуры ОСАІ после адаптации С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач может использоваться в организациях здравоохранения Республики Беларусь аналогично применению в других странах.

Подсистема обеспечения законности связана с реализацией в системе здравоохранения принципиальной позиции государства по формированию социально ответственного поведения. Положительное наблюдение, что у 497 из 796 пациентов, или у 62,44% [58,25; 66,44]% никогда не возникали конфликты с медицинскими работниками, у 284 из 796, или у 35,68% [31,73; 39,83]% конфликтные ситуации имели место иногда, и у незначительного количества респондентов – 15 из 796, или в 1,88% [1,03; 3,43]% случаев конфликты возникают постоянно. Среди причин конфликтов пациенты отметили: отсутствие возможности попасть на прием к врачу (51,64% [46,3; 56,94]%), нарушение медицинской этики (39,1% [34,03; 44,43]%), субъективное ощущение пациента

о нежелании врача назначать ряд диагностических и/или лечебных процедур (25,07% [20,73; 29,98]%). В выборке пациентов в 22,16% [19,38; 25,22]% случаев поддержано мнение о том, что медицинский работник имеет право на профессиональный риск.

Психологический образ медицинского работника глазами пациентов и врачей представляет собой эмоциональный компонент общественного мнения, идеальное сочетание характеристик врача и медицинской сестры, желаемое при социальном взаимодействии. В психологическом образе врача в сознании пациентов наряду с такими характеристиками, как (-2,19±0,85) «вежливый», «компетентный» (-2,05±0,86), «доброжелательный» (-2,05±0,89), «умный» (-2,05±1,04), «приятный» (-1,9±0,93), присутствуют и такие свойства, как «замкнутый» (-1,22±1,28), «бездейственный» (-1,16±1,15), «непокладистый» (-1,30±1,14), «инертный» (-1,41±1,22). В репрезентации психологического образа врача (глазами врачей) преобладают следующие оценочные свойства: «вежливый – грубый» (-1,16±1,70), «компетентный – некомпетентный» (-1,50±1,67), «добросовестный – халатный» (-1,33±1,58), «доброжелательный – циничный» (-1,16±1,66). Наименьшие оценки получили такие биполярные шкалы, как «открытый – замкнутый» (-0,36±1,95), «сдержанный – импульсивный» (-0,20±1,73), «терпимый – нетерпимый» (-0,23±1,50), «уживчивый – непокладистый» (-0,30±1,76). Преобладающими свойствами в психологическом образе медицинской сестры в репрезентации пациентов выступили такие свойства: «вежливый – грубый» (-2,65±0,57), «приветливый – угрюмый» (-2,40±0,97), «хороший – плохой» (-2,40±0,86), «исполнительный – ленивый» (-2,41±0,86), «приятный – противный» (-2,45±0,89), «доброжелательный – циничный» (-2,45±0,74). Проведенное исследование показало сформировавшиеся образы врача как человека с хорошо развитыми коммуникативными и интеллектуальными личностными качествами, а медицинскую сестру как человека с преобладающими эмоциональными и волевыми качествами. Врач, руководствуясь профессиональными навыками, умениями, знаниями, обладая специфическим набором личностных качеств, выступает ведущим звеном лечебного процесса. Медицинская сестра должна обеспечить эмоциональную поддержку пациентов и их позитивное восприятие.

Среди руководителей организаций здравоохранения Гродненской области 64 из 143, или 44,76% [35,19; 54,72]% сталкивались с профессиональными ошибками. С профессиональными ошибками со стороны медицинских работников встречались и 24,28% [20,84; 28,09]% пациентов. Анализ структуры деонтологических ошибок, по мнению пациентов, показал, что лидируют ошибки поведения врача с пациентами (74,97% [71,74; 77,94]%) и с родственниками пациентов (35,52% [32,17; 39,02]%). С учетом полученных результатов разработаны и внедрены скрипты для врачей в ситуациях делового общения с коллегами (в том числе при конфликте), общения с руководителем, с пациентами.

Критерии эффективного функционирования системы социальной ответственности института здравоохранения

В рамках функционирования системы социальной ответственности к критериям эффективности предложено отнести профессиональные психологические риски у руководителей организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей: эмоциональное выгорание, уровни лидерских качеств, коммуникативных и организаторских способностей, а также сформированность фаз и доминирование симптомов эмоционального выгорания в профессиональной группе врачей общей практики. Приведены результаты собственных исследований тревоги у врачей на рабочем месте.

Персональная социальная ответственность руководителя организации здравоохранения

У 23,96% респондентов Гродненской и у 14,15% Брестской областей лидерские качества выражены сильно. Среднюю степень выраженности лидерских качеств продемонстрировали 61,46% руководителей Гродненской и 69,81% руководителей Брестской областей, соответственно. По выраженности коммуникативных умений 40% опрошенных из Гродненской и 41,23% из Брестской областей показали очень высокий уровень, 15,45% респондентов Гродненской и 14,91% респондентов Брестской областей – высокий уровень, средний уровень развития коммуникативных способностей наблюдается у 13,64% руководителей организаций здравоохранения Гродненской области и у 11,4% руководителей организаций здравоохранения Брестской области. Наряду с этим 10,91 и 16,24% опрошенных, соответственно, по Гродненской и Брестской областям показали уровень коммуникативных умений ниже среднего, у 19,47% респондентов из Гродненской и у 15,79% из Брестской областей – низкий уровень коммуникативных умений. По уровню выраженности организаторских склонностей наблюдается следующая картина: в Гродненской области у 45,45%, в Брестской – у 44,25% руководителей определены очень высокие организаторские умения; высокие – у 25,45% респондентов Гродненской и у 28,32% респондентов Брестской областей. У 10,91% опрошенных из Гродненской и у 11,5% из Брестской областей – низкий уровень организаторских склонностей. Отсутствуют значимые различия по уровню выраженности лидерских качеств, организаторских и коммуникативных склонностей между руководителями организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей. Полученные данные о части руководителей с низким уровнем лидерских качеств и недостаточным уровнем коммуникативных склонностей свидетельствуют о необходимости повышения квалификации данной категории руководителей в области социальной психологии, лидерства и коммуникаций.

У руководителей организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей среди фаз эмоционального выгорания есть формирующиеся и уже сформированные. Установлено, что эмоциональное выгорание в большей степени выражено у руководителей организаций здравоохранения Гродненской области. Фаза I синдрома эмоционального выгорания «Напряжение» формируется у 37,17% [27,15; 48,42]%, фаза II синдрома эмоционального выгорания «Резистенция» сформирована у 30,97% [21,69; 42,09]% руководителей организаций здравоохранения Гродненской области. Межгрупповые различия по сформированности фазы III синдрома эмоционального выгорания «Истощение» у руководителей организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей не выявлены, хотя у 30,97% [21,69; 42,09]% руководителей организаций здравоохранения Гродненской области третья фаза уже находится в стадии формирования. Развитие синдрома эмоционального выгорания зависит от пола руководителя, эмоциональное выгорание сформировано в большей степени у женщин-руководителей ($p=0,0347$). Среди симптомов фаз синдрома эмоционального выгорания статистически выделены доминирующие симптомы в каждой фазе, которые формируют картину психологического состояния выгорания руководителя и подлежат оценке – это симптомы «Переживание психотравмирующих обстоятельств» фазы I синдрома эмоционального выгорания ($p=0,0006$) и «Расширение сферы экономии эмоций» фазы II ($p=0,0447$).

Помимо эмоционального выгорания, профессиональным психологическим риском в работе руководителя признан когнитивный компонент взаимодействия, который влияет практически на все организационные формы поведения (принятие решений, управление конфликтом, планирование, устойчивость в ситуации выбора и т. п.). В результате изучения группы руководителей установлено, что у абсолютного большинства доминирует средний уровень (48,8%) когнитивного стиля полезависимости, что означает возможность принятия ими независимых от мнения третьего лица решений, но достаточно гибкий подход с учетом социальной среды. В когнитивном поле руководителей при принятии ими решения в ситуации выбора преобладают следующие сферы: семейные отношения ($16,2\pm 0,51$), отношение к новшествам ($14,54\pm 0,55$), профессиональная деятельность ($13,62\pm 0,34$). Структура когнитивного стиля полезависимость/полнезависимость у мужчин-руководителей и у женщин-руководителей сходны, статистически не различаются ($p=0,8916$).

Персональная социальная ответственность врача общей практики

Фаза I синдрома эмоционального выгорания «Напряжение» находится в стадии формирования у 39,13% [24,05; 56,62]%, фаза сформирована у 26,09% [13,88; 43,59]% женщин врачей общей практики организаций

здравоохранения Гродненской области. Таким образом, первая фаза эмоционального выгорания определена у 65,22% выборки. Фаза II синдрома эмоционального выгорания «Резистенция» у женщин врачей общей практики в стадии формирования у 32,61% [18,81; 50,26]%, уже сформирована – у 60,87% [43,38; 75,95]%. Фаза III синдрома эмоционального выгорания «Истощение» находится в стадии формирования у 34,78% [20,53; 52,41]% женщин врачей общей практики организаций здравоохранения Гродненской области, уже сформировалась – у 26,09% [13,88; 43,59]%. У женщин в фазе синдрома эмоционального выгорания «Напряжение» преобладает симптом переживания психотравмирующих обстоятельств (56,52% [39,28; 72,32]%). Наиболее выраженные симптомы фазы «Резистенция» – симптом неадекватного эмоционального реагирования (45,65% [29,55; 62,72]%), расширение сферы экономии эмоций (39,13% [24,05; 56,62]%), симптом редукции профессиональных обязанностей (54,35% [37,28; 70,45]%). В фазе «Истощение» все симптомы выражены практически на одном уровне: эмоциональный дефицит (19,57% [9,31; 36,56]%), симптом психосоматических и психовегетативных нарушений (21,74% [10,79; 38,95]%), личностная отстраненность (17,39% [7,88; 34,13]%). Очевидны риски снижения социальной ответственности в группе женщин врачей общей практики при выполнении своих обязанностей из-за отсутствия ресурсов в связи с формирующимся профессиональным выгоранием.

Тревога на рабочем месте – значимый социально-профессиональный психологический риск, «Опросник тревоги на рабочем месте Б. Мушалла и М. Линден (JAS) в адаптации Н. Г. Гаранян, А. В. Шараповой, М. Г. Сороковой, О. Ю. Микита, С. Л. Бойко» может быть применен для выявления медицинских работников, наиболее склонных к переживанию тревоги на рабочем месте.

Приверженность лечению как форма социальной ответственности пациента

На примере лиц, страдающих ФП, показана значимость социальных факторов в профиле качества жизни и в формировании приверженности лечению, приведены клинические примеры некомплаентного поведения и его последствий. Проведена валидизация метода оценки социальной комплаентности (для пациентов с ФП).

Общая оценка удовлетворенности работой системы здравоохранения по 5-балльной шкале от позиции 5 – «полностью удовлетворен (а)» до позиции 1 – «полностью не удовлетворен», где 3 – средний уровень, составила среди 790 пациентов $3,09 \pm 0,84$. Уровень доверия врачам общей практики пациенты оценили как полное или частичное доверие и взаимопонимание (биномиальный критерий, $p=0,0016$). Среди причин невыполнения рекомендаций врача

встречаются разные: 18,85% [15,24; 23,07]% лиц, которые не соблюдают рекомендаций врача и схемы лечения, считают личное несогласие с методами и лекарствами, выбранными для лечения, основной причиной невыполнения режима лечения, 26,18% [22,02; 30,81]%, фактически каждый четвертый, формально не любят принимать лекарства, у 23,62% [19,63; 28,14]% не хватает финансовых возможностей для приобретения лекарств. Несколько обескураживающий факт, что у 21,2% [17,4; 25,58]% некомплаентных пациентов основной причиной несоблюдения терапии названа собственная лень. Наряду с недостаточной ответственностью пациентов по отношению к назначениям врача отмечается наличие критической оценки у пациентов; так, каждый третий из них объясняет ухудшение своего физического состояния именно невниманием к своему здоровью (30,58% [27,47; 33,89]%), 32,95% [29,76; 36,31]% связывают ухудшение состояния с отсутствием регулярного отдыха, 34,73% [31,49; 38,12]% – с повышенными нагрузками на работе, 24,75% [21,86; 27,88]% – с возрастными изменениями, 11,53% [9,49; 13,95]% – с плохим питанием, 14,45% [12,17; 17,07]% считают причиной вредные привычки.

И ИБС, и ФП характеризуются широким спектром и ассоциируемостью социальных факторов, определяющих социальные перспективы в ситуации болезни, что обуславливает более широкое внедрение понятия качество жизни (КЖ) и современного инструментария его оценки. Подробный анализ профилей КЖ пациентов с ФП и при ИБС позволил установить, что статистически значимо нарушены следующие сферы КЖ: физическая, психологическая и сфера социальных взаимоотношений ($p=0,04$). Характерный паттерн КЖ пациентов с ИБС – снижение суммарного значения сферы «Социальные взаимоотношения» ($p=0,04$), которая описывает возможность формирования конструктивных личных отношений, способность принимать поддержку окружающих людей, а также способность оказывать такую же поддержку другим. Пациенты обеих клинических групп, которые имели место работы, или работали, находясь на пенсии, выше оценивали КЖ, в том числе и уровень независимости, социальные отношения и духовную сферу ($r=0,54$; $p=0,02$). Пациенты, которые на момент диагностики не работали (пенсия, инвалидность), значимо ниже оценивали как общее КЖ ($r=0,74$; $p=0,01$), так и фактически все отдельные ее субсферы ($r=0,65$; $p=0,04$). Между пациентами, страдающими ФП, с высокой приверженностью к терапии и группой с низкой приверженностью различия по большинству клиничко-anamnestических параметров отсутствовали. Комплаентные лица старше относительно некомплаентных пациентов – 67 [60-72] лет и 62 [56-69] года, соответственно ($p=0,04$); имеют более высокий риск инсульта по шкале CHA₂DS₂-VASc – 4 [3-5] балла и 3 [2-4] балла, соответственно ($p=0,02$), а также более длительный анамнез ФП – 71 [13-95] месяц по сравнению с 23 [6-47] месяцами ($p=0,02$, только для пациентов с установленной давностью аритмии).

Разработанная Р. В. Кадыровым и соавт. шкала социальной комплаентности «Опросника комплаенса» была подвергнута психометрическому анализу, включавшему оценку дискриминативности пунктов, надежности шкалы и структурной валидности. Пункты исходной шкалы характеризовались невысокой дискриминативностью. Наиболее высокую дискриминативность имел пункт № 10 ($D=0,64$) – «Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, чтобы их преодолеть». Ряд пунктов шкалы отличались крайне низкой и обратной дискриминативностью (пункты № 2, 4, 5, 6, 7, 9, 12, 14, 16, 17, 18, 20, 21), что свидетельствовало о том, что перечисленные пункты не выполняли диагностические функции по дифференцированию пациентов с низкими и высокими показателями социальной комплаентности. Надежность шкалы в исходном виде оказалась низкой (коэффициент α -Кронбаха – 0,44).

Оценка структурной валидности исходной шкалы выявила неоднородную структуру шкалы. Анализ собственных чисел факторов и их вклада в дисперсию установил два фактора ($\Phi 1$ и $\Phi 2$), имеющих наибольшие значения собственных чисел. В первом факторе максимальные факторные нагрузки имеют пункты с умеренной и высокой дискриминативностью (пункты № 1, 3, 10, 11, 13, 19, 22). Анализ содержания указанных пунктов свидетельствует о том, что они характеризуют ответственность в выполнении предписаний врача, настроенность на соблюдение режима лечения, стремление действовать и прилагать усилия по осуществлению врачебных рекомендаций. Во втором факторе ($\Phi 2$) высокие нагрузки имеют пункты, отличающиеся низкой и негативной дискриминативностью (пункты № 1, 2, 5, 9, 12, 14, 15, 16). Оценка содержательной валидности перечисленных пунктов показывает, что они вследствие низкой дискриминативности не дифференцируют респондентов с высоким и низким уровнем оцениваемого конструкта.

Психометрическая модификация шкалы заключалась в удалении пунктов, снижавших дискриминативность, надежность и однородность шкалы. Финальный вариант шкалы включил 9 пунктов, все пункты модифицированной шкалы имели умеренную или высокую дискриминативность ($D=0,3-0,58$), что означает способность шкалы эффективно дифференцировать респондентов с высокими и низкими уровнями конструкта. Как показывает анализ факторных нагрузок, первый фактор имеет максимальное собственное число (2,307) и включает все пункты шкалы с высокими значениями факторных нагрузок. Остальные факторы матрицы имеют низкие значения собственных чисел, не вносят существенного вклада в дисперсию ответов респондентов, значит, шкала имеет одномерную структуру. Содержательная валидность пунктов модифицированной шкалы отражает стремление следованию предписаниям врача, ответственное отношение к лечебному процессу. В таблице 5 представлены результаты анализа структурной валидности модифицированной шкалы социальной комплаентности.

Таблица 5 – Матрица факторных нагрузок первых четырех факторов шкалы (Ф1-Ф4) «Социальная комплаентность»

Пункт	Содержание пункта	Ф1	Ф2	Ф3	Ф4
3	Я предпочитаю принимать известные, проверенные, разрекламированные лекарства	0,541	-0,064	0,560	-0,484
8	Я обращаюсь к врачу при первых симптомах заболевания, так как сильно обеспокоен (а) своим здоровьем	0,575	0,750	0,161	0,284
10	Если в ходе лечения появляются трудности, я стараюсь сделать все, чтобы их преодолеть	0,483	-0,118	-0,393	-0,139
11	Я точно соблюдаю инструкцию и предписания врача, несмотря на тревогу, связанную с возможными побочными эффектами	0,401	-0,016	-0,425	-0,184
12	Мне кажется, что я слишком сильно озабочен (а) состоянием своего здоровья	0,287	-0,113	-0,108	0,201
13	Я стараюсь перебороть болезнь и работать (учиться) как прежде	0,613	0,040	0,026	0,024
15	Я был (а) бы готов (а) на самое мучительное и даже опасное лечение, только бы избавиться от болезни	0,584	-0,624	0,206	0,476
19	Придерживаясь предписаний врача, я долго волнуюсь по поводу того, что могу сделать что-то неверно	0,574	-0,082	-0,132	-0,292
22	Когда моему здоровью угрожает опасность и я не в состоянии с ней справиться, то понимаю, что мне поможет только мой врач	0,396	0,208	-0,166	0,143
Собственное число		2,307	1,040	0,775	0,742
Дисперсия (%)		25,629	11,553	8,610	8,246

Оценка надежности модифицированной шкалы показала значительное увеличение индекса надежности по сравнению с исходным вариантом шкалы ($r=0,7$; $p=0,001$).

Социальные установки и имидж системы здравоохранения

Стратегия формирования позитивного имиджа системы здравоохранения будет способствовать повышению социальной эффективности, удовлетворенности населения качеством медицинской помощи, а также улучшению показателей здоровья населения, повышению престижа медицинской профессии с акцентом на профессиональном самоотношении и удовлетворенности врачей своей карьерой. Вместе с тем снижение имиджа социально значимой сферы может привести к последствиям от недоверия к конкретному медицинскому работнику до низкой удовлетворенности оказанием медицинской помощи и формирования негативного

образа системы здравоохранения в общественном сознании. Разработана четырехуровневая концепция имиджа в здравоохранении с выделением понятий индивидуального, организационного, социального и корпоративного уровней, иллюстрацией их взаимосвязи, а также с обоснованием методов по их изучению. Новая четырехуровневая концепция имиджа в здравоохранении функционально описывает многокомпонентную структуру имиджа системы, позволяет выявлять прикладные направления для маркетинговых мероприятий по формированию позитивного имиджа.

Социальные установки по отношению к здравоохранению образуют разветвленную, иерархически-уровневую систему установочной регуляции социального поведения человека, в отличие от психологического образа медицинского работника, аттитюды или социальные установки – это когнитивный, познавательный компонент общественного мнения. Изъятые из сознания обывателя оценочные суждения о системе здравоохранения образовали банк индикаторов стереотипных представлений населения об изучаемой сфере, из которого путем формулировки оригинальных утверждений были подготовлены 70 утверждений, затем подвергнуты методу независимых экспертных оценок. Согласованность экспертных мнений подтверждалась расчетом коэффициентов вариации. Средняя групповая компетентность составила 0,25. Первичный вариант шкалы социальных установок в области здравоохранения (далее – шкала) включил 70 пунктов, которые получили усредненную экспертную оценку от 4,2 до 5,9 балла по критериям содержательной релевантности и лексической простоты, значения коэффициента α К. Криппендорфа составили 0,89 и 0,84, соответственно. Эксплораторный факторный анализ по методу максимального правдоподобия с последующим варимакс-вращением матрицы факторных нагрузок позволил выделить 8 статистически состоятельных и содержательно идентифицируемых факторов. Решение об экстракции каждого отдельного фактора принималось при выполнении комплекса требований: 1) не менее трех пунктов методики, значимо нагружающих фактор (при пороговом значении факторной нагрузки более 0,50); 2) отсутствие у пунктов одного фактора весомых кросс-нагрузок на другие факторы; 3) собственное значение фактора $\geq 1,0$. Были отобраны 24 пункта, которые продемонстрировали наибольшие факторные нагрузки ($\geq 0,65$).

Структурная валидизация методики осуществлялась конфирматорным факторным анализом по методу максимального правдоподобия. Однако исследование отдельных параметров модели, рассчитанных коэффициентов корреляции факторов, показало, что некоторые из них не связаны друг с другом. Исключение этих параметров из модели привело к улучшению ее структурного соответствия. Как следует из таблицы 6, уже в первой итерации были получены значения показателей структурного соответствия, свидетельствующие

о приемлемом качестве подгонки модели к эмпирическим данным (на хорошее соответствие модели указывают значения RMSEA в пределах 0,08-0,05, CMIN/(df) <2, а также GFI, NNFI, CFI в пределах от 0 до 1, причем, чем ближе к 1, тем лучше соответствие модели).

Таблица 6 – Результаты проверки структурной валидности шкалы

Структурная модель	Показатели структурного соответствия					
	CMIN (χ^2/df)	RMSEA [90% CI]	CFI	GFI	NNFI	AIC
Первичная	2,66 (597/224)	0,053 [0,048; 0,058]	0,94	0,93	0,94	1,28
Улучшенная	2,02 (469/232)	0,039 [0,032; 0,044]	0,97	0,96	0,96	1,01

Примечания

1 CMIN – χ^2 для заданного числа степеней свободы.

2 RMSEA – (the root mean square error of approximation) – квадратный корень среднеквадратической ошибки аппроксимации; CFI – (comparative fit index) – сравнительный критерий согласия.

3 GFI – (the goodness of fit index) – критерий согласия.

4 NNFI – (the non-normed fit index) – критерий согласия с поправкой на ненормальность распределения.

5 AIC – информационный критерий Акаике.

Первая субшкала измеряет антилекарственные установки – негативное недоверчивое отношение к лекарственным препаратам с позитивным личностным смыслом методов народного лечения. Вторая субшкала отражает рентную установку – положительное отношение к болезни, обусловленное ее вторичными выгодами. Третья субшкала выражает стоическую установку в отношении заболевания, то есть амбивалентное его осмысление как трудной и потому лично-развивающей ситуации для человека. Четвертая субшкала измеряет антиэлитарные установки – негативное оценочное отношение к высоким финансовым затратам на лечение заболеваний и поддержание здоровья. Пятая субшкала выражает антибюрократическую установку – негативное оценочное отношение к формализму, который встречается в деятельности медицинских работников и организаций системы здравоохранения. Шестая субшкала измеряет деонтологическую установку, объектом которой выступают медицинские сестры. Данный аттитюд отражает негативное оценочное отношение к особенностям общения и поведения медицинских сестер, противоречащих профессиональным обязанностям и нарушающих деловую этику. Седьмая субшкала выявляет установки возрастной дискриминации и фаворитизма – негативное оценочное отношение к молодым врачам в противоположность позитивному предпочтительному отношению к их старшим и более опытным коллегам. Восьмая субшкала отражает деонтологическую установку, объектом которой также выступают врачи. Эта социальная установка выражает оценочное отношение

к некоторым профессионально значимым аспектам общения и обращения врача с пациентом, которые охватываются врачебной этикой. Поскольку выделенные субшкалы измеряют социальные установки, ориентированные на совершенно разные объекты в сфере здравоохранения, выделение интегрального показателя методики в качестве фактора второго порядка не представляется целесообразным.

В таблице 7 представлены расчеты, свидетельствующие о достаточном уровне дискриминативности пунктов шкалы ($r_{pb} \geq 0,39$).

Таблица 7 – Дискриминативность пунктов и консистентная надежность субшкал

Субшкалы методики	Дискриминативность пунктов (r_{pb})	Средняя интеркорреляция пунктов	Консистентная надежность (α Кронбаха)
Антилекарственная установка	0,38; 0,49	0,47	0,73
Рентная установка	0,45; 0,64	0,47	0,72
Стоическая установка	0,47; 0,59	0,48	0,72
Антиэлитарная установка	0,39; 0,50	0,41	0,69
Антибюрократическая установка	0,52; 0,57	0,46	0,71
Деонтологическая установка в отношении медсестер	0,43; 0,69	0,51	0,75
Установки возрастной дискриминации и фаворитизма	0,44; 0,50	0,40	0,69
Деонтологическая установка в отношении врачей	0,60; 0,62	0,53	0,77

Анализ ретестовой надежности методики показал приемлемый уровень структурной инвариантности 8-факторного решения: $CMIN=1,98$, $RMSEA=0,03$, $CFI=0,97$, $GFI=0,96$, $AIC=0,74$. В период первой волны эпидемии COVID-19 медицинские работники при выполнении профессионального долга проявили самоотверженность и профессионализм, что привело к героизации образа медицинского работника и улучшению имиджа системы здравоохранения среди населения. В этой связи можно было ожидать, что социальные установки изменятся в положительную сторону по сравнению с доэпидемическим периодом.

Как показывают результаты расчетов, существуют статистически достоверные различия в уровне выраженности у населения некоторых установок в области здравоохранения в доэпидемический и эпидемический периоды (экологическая валидность). В частности, наблюдается существенное снижение негативного отношения к врачам (деонтологическая установка в отношении врачей) и системе здравоохранения в целом (антибюрократическая установка). Врачи стали восприниматься и оцениваться как более милосердные и жертвенные, а система здравоохранения – как менее равнодушная и циничная. Антилекарственные и рентные социальные установки, напротив, акцентуировались: люди стали находить больше побочных выгод в болезни (таблица 8).

Таблица 8 – Различия в уровне выраженности социальных установок в доэпидемический и эпидемический периоды

Субшкалы методики	M ₁	M ₂	t (df=764)	d	p
Антилекарственная установка	8,85	9,42	-2,32	0,20	0,001
Рентная установка	7,48	8,45	-3,53	0,30	0,05
Стоическая установка	14,08	13,38	2,82	0,24	0,01
Антиэлитарная установка	10,33	10,08	0,88	0,07	>0,05
Антибюрократическая установка	12,93	11,04	7,21	0,59	0,05
Деонтологическая установка в отношении медсестер	9,01	8,91	-0,46	0,04	>0,05
Установки возрастной дискриминации и фаворитизма	10,66	11,06	-1,62	0,13	>0,05
Деонтологическая установка в отношении врачей	9,71	8,85	3,95	0,43	0,05

Примечания

1 M₁ – среднее значение в доэпидемический период.

2 M₂ – среднее значение в эпидемический период.

3 t – значение критерия Стьюдента для независимых выборок.

4 d – эффект Коэна.

Диагностические нормы шкалы определялись на основе анализа частотного распределения сырых баллов в выборке, использовалась квинтильная шкала: пять интервалов (квинтилей) соответствуют разным уровням выраженности соответствующей социальной установки: очень низкому (1-20 перцентиль), низкому (21-40 перцентиль), среднему (41-60 перцентиль), высокому (61-80 перцентиль) и очень высокому (81-100 перцентиль) (таблица 9).

Таблица 9 – Диагностические нормы методики (в сырых баллах)

Субшкалы методики	Уровни выраженности диагностического признака				
	очень низкий	низкий	средний	высокий	очень высокий
Антилекарственная установка	3-6	7-8	9-10	11-12	13-18
Рентная установка	3-4	5-6	7-8	9-10	11-18
Стоическая установка	3-11	12-13	14-15	16	17-18
Антиэлитарная установка	3-6	7-9	10-11	12-13	14-18
Антибюрократическая установка	3-9	10-11	12-13	14-15	16-18
Деонтологическая установка в отношении медсестер	3-6	7-8	9	10-11	12-18
Установки возрастной дискриминации и фаворитизма	3-7	8-10	11-12	13-14	15-18
Деонтологическая установка в отношении врачей	3-6	7-8	9-10	11-12	13-18

В результате проведенного исследования сконструирована новая оригинальная методика «Шкала социальных установок (аттитюдов) в области здравоохранения». По своей внутренней конструкции это многомерный опросник с восьмью субшкалами, репрезентирующими разномерные социальные установки в отношении врачей, медицинских сестер, здоровья, болезни, лекарственных препаратов и системы здравоохранения в целом. Большинство выявленных установок характеризуется дисфункциональной направленностью, так как провоцирует дисрегуляцию поведения человека по отношению к собственному здоровью/болезни и дискоммуникацию с медицинскими работниками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Основные научные результаты диссертации

1. Социальная ответственность института здравоохранения Республики Беларусь представлена нормативным и субъектным уровнями, подсистемами формирования организационной культуры, обеспечения законности, взаимодействия со СМИ, с населением и с пациентами, а также критериями эффективного функционирования системы в виде имиджа системы здравоохранения и социальных установок. Концепция организационной культуры в здравоохранении, концепция имиджа в здравоохранении, концепция профессиональных социально-психологических рисков, концепция персональной социальной ответственности пациента, концепция персональной социальной ответственности врача общей практики, концепция персональной социальной ответственности руководителя организации здравоохранения, концепция социальных установок населения в области здравоохранения – составные слагаемые общей теоретической концепции системы социальной ответственности Республики Беларусь [2–А, 6–А, 31–А, 35–А, 39–А].

2. Адаптированный вариант инструмента оценки организационной культуры (ОСАИ) обладает достаточной валидностью и надежностью для использования в здравоохранении и может рассматриваться как инструмент изучения организационной культуры отдельной организации здравоохранения в той же степени, как и в других странах (α -Кронбаха для адаптированной версии ОСАИ 0,78-0,92). Установлены схожие показатели по актуальному и желаемому типу культуры между руководителями ($p=0,000$), врачами общей практики ($p=0,0011$, $p=0,0016$) и врачами других специальностей ($p=0,000$): дружелюбная «клановая культура» как предпочтительная – $38,6\pm 3,1$; $42,5\pm 3,1$; $42,5\pm 3,1$ балла, соответственно, и структурированная «иерархическая (бюрократическая) культура» как настоящая – $41,8\pm 3,6$; $35,9\pm 6,5$; $35,9\pm 6,5$ балла, соответственно, что свидетельствует о согласованности видения

организационной культуры в здравоохранении [1–А, 3–А, 8–А, 33–А].

3. Специфика персональной социальной ответственности руководителя организации здравоохранения заключается в принятии своей социальной роли, соответствии занимаемой должности по ряду характеристик (лидерские качества, коммуникативные и организаторские склонности): установлены средние и высокие уровни лидерских качеств (точный критерий Фишера $p=0,3438$), коммуникативных ($\chi^2=2,152$, $df=4$, $p=0,7079$) и организаторских способностей ($\chi^2=1,355$, $df=4$, $p=0,8519$) у руководителей организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей. Выполненный анализ социального портрета и социальной роли врача общей практики свидетельствует о необходимости разработки направлений социального менеджмента для повышения удовлетворенности врачей общей практики работой, о низком престиже специальности сообщили 37,17% [26,48; 49,28]% врачей общей практики, нуждаются в разъяснениях перспектив карьерного роста 42,48% [31,97; 53,71]% врачей общей практики, значимости выполняемой работы в формировании заработной платы – 42,86% [31,86; 54,61] %, что приведет к повышению уровня социальной ответственности врача и мотивации совершенствования квалификации [2–А, 4–А, 5–А, 11–А, 13–А, 19–А, 30–А].

4. Оценка структуры и выраженности эмоционального выгорания как потенциального профессионального психологического риска показывает, что фаза I синдрома эмоционального выгорания «Напряжение» формируется у 37,17% [27,15; 48,42]% (точный критерий Фишера $p=0,0005$), а фаза II синдрома эмоционального выгорания «Резистенция» уже сформирована у 30,97% [21,69; 42,09]% (точный критерий Фишера $p=0,0004$) руководителей организаций здравоохранения Гродненской области, эмоциональное выгорание сформировано в большей степени у женщин-руководителей (точный критерий Фишера, $p=0,0347$) за счет фазы «Напряжение». У руководителей вне зависимости от пола доминирует средний уровень (48,84%) когнитивного стиля полезависимости (точный критерий Фишера, $p=0,8916$), структура когнитивного стиля не зависит от пола руководителя ($p>0,05$) [4–А, 15–А, 23–А, 25–А, 28–А, 30–А]. Установлен также уже сформированный синдром эмоционального выгорания у женщин врачей общей практики (у 60,87% [43,38; 75,95]% сформирована фаза «Резистенция», а у 26,09% [13,88; 43,59]% – третья фаза синдрома – «Истощение»). Определенная структура синдрома эмоционального выгорания является векторным направлением для мероприятий с целью редукции данного профессионального психологического риска у руководителей и врачей общей практики [15–А, 24–А, 25–А, 36–А, 38–А, 40–А].

5. Показана высокая значимость социальной сферы в оценке качества жизни лиц, страдающих фибрилляцией предсердий и ишемической болезнью сердца. Возраст пациентов статистически важен при оценке комплаентности: комплаентные лица старше по сравнению с некомплаентными пациентами,

$p=0,04$; имеют более высокий риск инсульта по шкале CHA 2DS 2-VASc, $p=0,02$, а также более длительный анамнез ФП, $p=0,02$. Предложена и валидизирована новая шкала социальной комплаентности пациентов с фибрилляцией предсердий со следующими психометрическими характеристиками: приемлемая дискриминативность пунктов (0,30-0,70); одномерная структурная валидность (максимальное собственное число (2,307)); удовлетворительная содержательная валидность пунктов и достаточная степень надежности ($r=0,7$) [7–А, 12–А, 16–А, 17–А, 21–А, 22–А, 26–А, 27–А, 29–А, 32–А, 37–А].

6. Концепция имиджа в здравоохранении включает индивидуальный, организационный, социальный и корпоративный уровни. Социальная ответственность общества за формирование имиджа системы здравоохранения представлена психологическими образами медицинских работников (эмоциональный компонент) и социальными установками (когнитивный компонент). Установлены положительные характеристики психологического образа врача и медицинской сестры: врачи в репрезентациях пациентов и коллег представлены как компетентные, умные, добросовестные; медицинские сестры – приветливые, приятные, хорошие, исполнительные [2–А, 9–А, 10–А, 14–А, 34–А].

7. Новая методика «Шкала социальных установок (аттитюдов) в области здравоохранения» позволяет идентифицировать когнитивную составляющую социальных установок – восемь независимых установок, которые определяют негативное восприятие и негативные формы поведения, связанные с системой здравоохранения: антилекарственная, рентная, стоическая, антилитарная, антибюрократическая установка, деонтологическая установка в отношении медсестер и деонтологическая установка в отношении врачей, установки возрастной дискриминации и фаворитизма. Выявленные социальные установки являются векторами перспективного взаимодействия представителей системы здравоохранения и населения для улучшения имиджа здравоохранения страны. Шкала социальных установок в области здравоохранения характеризуется высокой содержательной и лицевой валидностью, достаточной дискриминативностью пунктов ($rpb \geq 0,39$), структурной валидностью и инвариантностью, экологической валидностью, консистентной и ретестовой надежностью ($0,75 \leq rtt \leq 0,95$) [18–А, 20–А].

Рекомендации по практическому использованию результатов

1. Полученные в ходе диссертационного исследования данные могут быть использованы для формирования позитивного имиджа системы здравоохранения, имеют управленческое выражение и могут применяться в деятельности государственных органов по вопросам информационно-аналитического и идеологического сопровождения реализации внутренней политики [1–А, 2–А, 3–А, 10–А, 28–А].

2. «Инструмент оценки организационной культуры (OCAI), адаптация С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач» может широко использоваться в организациях здравоохранения для оценки внутренней среды и планирования кадровой политики [1–А, 8–А, 39–А, Приложение И].

3. Методика ТСОВ-4 применима для диагностики когнитивного стиля руководителя здравоохранения как личностного предиктора социально ответственного поведения [4–А, Приложение И].

4. Модифицированная шкала социальной комплаентности для пациентов с фибрилляцией предсердий может быть скрининговым методом для оценки уровня социальной комплаентности и планирования лечения пациентов с фибрилляцией предсердий [12–А, 21–А, Приложение И].

5. Новая «Шкала социальных установок (аттитюдов) в области здравоохранения» может найти практическое применение для мониторинга общественного мнения о системе здравоохранения в практической и в научной деятельности [18–А, 20–А, Приложение И].

6. Методология изучения социальных портретов руководителя и врача общей практики, а также психологического образа медицинского работника может быть использована для оценки эффективности реформ в здравоохранении [5–А, 11–А, 13–А, 15–А, 19–А].

7. Результаты исследования могут быть внедрены в образовательные программы в медицинских учреждениях образования, а также при совершенствовании теоретико-методологических и практических аспектов работы идеологической вертикали, в процессе подготовки, переподготовки и повышения квалификации специалистов в сфере государственного управления и информационно-аналитической работы [2–А, 9–А, 10–А, 23–А, 25–А, Приложение И].

СПИСОК ПУБЛИКАЦИЙ СОИСКАТЕЛЯ УЧЕНОЙ СТЕПЕНИ

Монографии

1–А. Сурмач, М. Ю. Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко. – Гродно : Гродн. гос. мед. ун-т, 2020. – 152 с.

2–А. Бойко, С. Л. Профессиональные психологические риски и социальный менеджмент в здравоохранении / С. Л. Бойко. – Гродно : Гродн. гос. мед. ун-т, 2022. – 195 с.

Статьи в рецензируемых научных журналах, включенных в перечень ВАК Республики Беларусь

3–А. Бойко, С. Л. Диагностические возможности и границы применения современных методов оценки организационной культуры в здравоохранении / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 3. – С. 47–53.

4–А. Бойко, С. Л. Методика ТСОВ-4 в диагностике когнитивного стиля руководителя здравоохранения как личностного предиктора антикоррупционного поведения / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. – 2019. – Т. 18, № 6. – С. 77–84.

5–А. Бойко, С. Л. Методологические основы и результаты изучения социальной роли руководителя в здравоохранении. Часть 1. Индивидуальный уровень изучения / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 40–46.

6–А. Бойко, С. Л. Персональная и корпоративная социальная ответственность в системе здравоохранения / С. Л. Бойко // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2019. – Т. 17, № 5. – С. 609–613.

7–А. Снежицкий, В. А. Профиль качества жизни пациентов с ишемической болезнью сердца и фибрилляцией предсердий / В. А. Снежицкий, М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко // Кардиология в Беларуси. – 2019. – Т. 11, № 4. – С. 545–554.

8–А. Бойко, С. Л. Адаптация шкалы ОСАИ для оценки организационной культуры в учреждениях здравоохранения / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Здравоохранение. – 2020. – № 3. – С. 15–18.

9–А. Бойко, С. Л. Имидж здравоохранения глазами руководителя / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Унив. клиника. – 2020. – № 2. – С. 44–50.

10–А. Бойко, С. Л. Концепция имиджа в здравоохранении / С. Л. Бойко, В. А. Снежицкий, М. Ю. Сурмач // Здравоохранение. – 2020. – № 4. – С. 14–20.

11–А. Бойко, С. Л. Методологические основы и результаты изучения социальной роли руководителя в здравоохранении. Часть 2. Внутриорганизационный и социальный уровни изучения / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2020. – № 1. – С. 49–53.

12–А. Бойко, С. Л. Проблема приверженности лечению с позиции социологии медицины / С. Л. Бойко // Проблемы здоровья и экологии. – 2020. – № 3. – С. 95–100.

13–А. Бойко, С. Л. Социальный портрет врача общей практики / С. Л. Бойко // Вестн. Витеб. гос. мед. ун-та. – 2020. – Т. 19, № 4. – С. 113–121.

14–А. Бойко, С. Л. Удовлетворенность первичной медико-санитарной помощью и доступность ее в контексте социальной ответственности здравоохранения / С. Л. Бойко // Мед. новости. – 2020. – № 11. – С. 73–76.

15–А. Психологический образ медицинского работника как компонент социального уровня имиджа в здравоохранении / Е. В. Воронко, Ю. Л. Кузмицкая, С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2020. – Т. 11, № 3. – С. 457–464.

16–А. Фибрилляция предсердий и приверженность к пероральной антикоагулянтной терапии: разбор клинических случаев / М. С. Дешко, С. Л. Бойко, Н. В. Шпак, В. А. Снежицкий // Неотлож. кардиология и кардиоваскуляр. риски. – 2020. – Т. 4, № 2. – С. 1019–1028.

17–А. Бойко, С. Л. Комплаенс как условие эффективности и безопасности пероральной антикоагулянтной терапии пациентов с фибрилляцией предсердий / С. Л. Бойко, М. С. Дешко, В. А. Снежицкий // Здравоохранение. – 2021. – № 4. – С. 30–38.

18–А. Бойко, С. Л. Негативные аттитюды и стереотипы системы здравоохранения у населения Республики Беларусь / С. Л. Бойко, К. В. Карпинский // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2021. – № 1. – С. 71–76.

19–А. Бойко, С. Л. Социологический анализ взаимоотношений врач-пациент в системе здравоохранения Республики Беларусь накануне пандемии COVID-19 / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Социология медицины. – 2021. – Т. 20, № 1. – С. 57–66.

20–А. Карпинский, К. В. Ретестовая надежность и экологическая валидность шкалы аттитюдов в области здравоохранения / К. В. Карпинский, С. Л. Бойко // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2021. – Т. 12, № 4. – С. 663–671.

21–А. Метод оценки социальной комплаентности как формы социальной ответственности пациента / С. Л. Бойко, М. А. Ассанович, В. А. Снежицкий, М. С. Дешко // Журн. Гродн. гос. мед. ун-та. – 2021. – Т. 19, № 2. – С. 207–211.

22–А. Пути повышения приверженности к терапии и прогноз у пациентов с фибрилляцией предсердий / М. С. Дешко, С. Л. Бойко, И. В. Ускова, С. Н. Гриб, Н. В. Шпак, В. А. Снежицкий // Кардиология в Беларуси. – 2021. – Т. 13, № 2. – С. 301–316.

23–А. Бойко, С. Л. Эмоциональное выгорание руководителей организаций здравоохранения Гродненской и Брестской областей (результаты пилотного проекта) / С. Л. Бойко // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2022. – № 3. – С. 62–69.

24–А. Профессиональное выгорание у врачей-ординаторов, проходящих стажировку в скорпомощном стационаре Москвы, и врачей-интернов Гродно: данные до пандемии / А. Б. Холмогорова, Е. Я. Матюшкина, С. Л. Бойко, А. П. Рой // Психиатрия, психотерапия и клин. психология. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 311–325.

25–А. Сурмач, М. Ю. Формирование лидерских качеств в дополнительном образовании руководителей здравоохранения / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко // Вопр. орг. и информатизации здравоохранения. – 2022. – № 3. – С. 14–17.

Публикации в зарубежных рецензируемых научных журналах

26–А. Snezhitskiy, V. A. Diagnostic capabilities of the WHOQOL-100 Questionnaire in Life's Quality assessment for patients with coronary heart disease and atrial fibrillation / V. A. Snezhitskiy, M. Yu. Surmach, S. L. Boyko // Progress in Health Sciences. – 2020. – Vol. 10, № 1. – P. 13–18.

Статьи в сборниках научных трудов и материалах конференций

27–А. Бойко, С. Л. Окружающая среда и социальная поддержка в профиле качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий / С. Л. Бойко, М. С. Дешко // Современные вопросы радиационной и экологической медицины, лучевой диагностики и терапии : сб. материалов Респ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, Гродно, 24 мая 2019 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2019. – С. 26–28.

28–А. Бойко, С. Л. Профессиональные риски в медицине [Электронный ресурс] / С. Л. Бойко, Н. В. Нерад // К 100-летию белорусского здравоохранения и 75-летию здравоохранения Гродненской области : сб. ст. / Гродн. гос. мед. ун-т ; гл. ред. В. А. Снежицкий ; редкол.: М. Ю. Сурмач (отв. ред.) [и др.]. – Гродно, 2019. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

29–А. Бойко, С. Л. Сфера независимости и самовосприятие как ключевые мишени оказания психологической и психотерапевтической помощи пациентам с болезнями системы кровообращения / С. Л. Бойко // XIV Юбилейная Всероссийская школа молодых психиатров, «Суздаль – 2019», 17–22 апреля 2019 года : образоват. программа Рос. о-ва психиатров по эгидой Всемир. психиатр. ассоц. при поддержке Департамента Владимир. обл. / сб. подгот. и отред.: М. Ю. Корнева [и др.]. – Суздаль, 2019. – С. 60–63.

30–А. Бойко, С. Л. Коммуникативные и организаторские способности как составляющие авторитета руководителя здравоохранения [Электронный ресурс] / С. Л. Бойко, А. В. Жегалик, М. Ю. Сурмач // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой науч.-практ. конф., 24 янв. 2020 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: В. А. Снежицкий, С. Б. Вольф, М. Н. Курбат. – Гродно, 2020. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

31–А. Бойко, С. Л. Корпоративная социальная ответственность в системе здравоохранения / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Актуальные вопросы общественного здоровья и здравоохранения на уровне субъекта Российской Федерации : материалы Всерос. науч.-практ. конф. (с междунар. участием), посвящ. 100-летию Факультет. клиник ИГМУ (1920–2020), Иркутск, 8 дек. 2020 г. : в 2 т. / Иркут. гос. мед. ун-т ; под общ. ред. Г. М. Гайдарова. – Иркутск, 2020. – Т. 1. – С. 291–293.

32–А. Бойко, С. Л. Оценка социальной комплаентности – новый подход в понимании приверженности лечению [Электронный ресурс] / С. Л. Бойко // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой науч.-практ. конф., 24 янв. 2020 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: В. А. Снежицкий (отв. ред.), С. Б. Вольф, М. Н. Курбат. – Гродно, 2020. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

33–А. Сурмач, М. Ю. Организационная культура как инструмент управления качеством деятельности организации здравоохранения / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко // Социологическое прочтение настоящего и контуры будущего : материалы междунар. науч.-практ. конф., Минск, 19 нояб. 2020 г. / Белорус. гос. ун-т ; редкол.: А. Н. Данилов (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2020. – С. 215–217.

34–А. Сурмач, М. Ю. Самооценка здоровья, причин его ухудшения и поведение в сфере здоровьесбережения пациентов организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях [Электронный ресурс] / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко // Здоровье населения и качество жизни : электрон. сб. материалов VII Всерос. с междунар. участием заоч. науч.-практ. конф. : в 2 ч. / Сев.-Зап. гос. мед. ун-т ; науч. ред. В. С. Лучкевич. – СПб., 2020. – Ч. 2. – С.163–170.

35–А. Бойко, С. Л. К вопросу о социальной ответственности в отношении населения Республики Беларусь к системе здравоохранения [Электронный ресурс] / С. Л. Бойко // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой науч.-практ. конф., 28–29 янв. 2021 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: Е. Н. Кроткова (отв. ред.), С. Б. Вольф, М. Н. Курбат. – Гродно, 2021. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

36–А. Бойко, С. Л. Социально-профессиональная идентификация врача общей практики / С. Л. Бойко, М. Ю. Сурмач // Современные подходы к продвижению здоровья : [материалы...] / Гомел. гос. мед. у-т. – Гомель, 2021. – Вып. 8 : Материалы VIII Международной научно-практической конференции, Гомель, 27 мая 2021 г. / редкол.: И. О. Стома [и др.]. – С. 9–12.

37–А. Бойко, С. Л. Шкала социальной комплаентности для пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий [Электронный ресурс] / С. Л. Бойко, М. С. Дешко // Актуальные проблемы медицины : сб. материалов итоговой науч.-практ. конф., 28–29 янв. 2021 г. / Гродн. гос. мед. ун-т ; редкол.: Е. Н. Кроткова (отв. ред.), С. Б. Вольф, М. Н. Курбат. – Гродно, 2021. – 1 электрон. опт. диск (CD-ROM).

38–А. Бойко, С. Л. Профессионально обусловленное эмоциональное выгорание у женщин – врачей общей практики / С. Л. Бойко // Социальное знание в современном обществе: проблемы, закономерности перспективы : материалы III Междунар. науч.-практ. конф., Минск, 3–4 нояб. 2022 г. / НАН Беларуси, Ин-т социологии ; редкол.: Н. Л. Мысливец (гл. ред.) [и др.]. – Минск, 2022. – С. 333–335.

Другие публикации

39–А. Сурмач, М. Ю. Организационная культура и социальная ответственность в здравоохранении: проблемы определения и методы изучения / М. Ю. Сурмач, С. Л. Бойко // Социология. – 2019. – № 3. – С. 84–94.

40–А. Перевод, апробация и первичная психометрическая оценка опросника тревоги на рабочем месте Б. Мушалла и М. Линдена (JAS) / Н. Г. Гаранян, А. В. Шарапова, М. Г. Сорокова, О. Ю. Микита, С. Л. Бойко // Консультатив. психология и психотерапия. – 2020. – Т. 28, № 4. – С. 9–34.

РЭЗЮМЭ

Бойка Святлана Леанідаўна

Сацыяльная адказнасць інстытута аховы здароўя

Ключавыя словы: сацыяльная адказнасць, сацыялогія медыцыны, негатыўныя сацыяльныя ўстаноўкі, прыхільнасць да лячэння, імідж сістэмы аховы здароўя

Мэта даследавання: распрацоўка метадалогічных, тэарэтычных, эмпірычных і метадычных асноў канцэпцыі сістэмы сацыяльнай адказнасці і ўкараненне механізмаў кантролю іміджавых страт Інстытута аховы здароўя як новага навуковага напрамку ў рамках сацыялогіі медыцыны.

Метады даследавання: праца выканана ў некалькі этапаў на выбарках кіраўнікоў аховы здароўя, лекараў агульнай практыкі і пацыентаў; выкарыстаны: сацыялагічнае апытанне, псіхалагічнае тэставанне, бібліяграфічны аналіз, статыстычная апрацоўка дадзеных.

Атрыманыя вынікі і іх навізна. Упершыню прадстаўлена абгрунтаванне сістэмы сацыяльнай адказнасці інстытута аховы здароўя Рэспублікі Беларусь. Адаптацыя інструмента OSAI была праведзена для ацэнкі арганізацыйнай культуры. Прапанаваная метадалогія сацыялагічнага аналізу кіраўнікоў арганізацый аховы здароўя і ўрачоў агульнай практыкі з пазіцыяй персанальнай сацыяльнай адказнасці. Паказана значнасць сацыяльных фактараў і падтрымкі ў профілі якасці жыцця пацыентаў з фібрыляцыю перасэрдзяў, мадыфікаваная шкала для ацэнкі сацыяльнай камплаентнасці. Створана і валідызавана шкала сацыяльных ўстановак ў галіне аховы здароўя. Распрацавана канцэпцыя іміджу ў ахове здароўя і вызначаны фактары іміджавых страт.

Рэкамендацыі па выкарыстанні: метадыка ТCOB-4 рэкамендавана для ацэнкі кагнітыўнага стылю кіраўніка аховы здароўя; распрацавана шкала атыцюдаў у галіне аховы здароўя для маніторынгу грамадскай думкі аб дзейнасці медыцынскіх работнікаў і сістэмы аховы здароўя; мадыфікаваная шкала сацыяльнай камплаентнасці можа выкарыстоўвацца ў пацыентаў, якія пакутуюць на фібрыляцыю перасэрдзяў, для ацэнкі сацыяльна абумоўленай прыхільнасці да лячэння.

Галіна выкарыстання: арганізацыя аховы здароўя, сацыялогія медыцыны, медыцынская псіхалогія, кадравая палітыка, навучальны працэс I, II ступені атрымання адукацыі, павышэнне кваліфікацыі.

РЕЗЮМЕ

Бойко Светлана Леонидовна

Социальная ответственность института здравоохранения

Ключевые слова: социальная ответственность, социология медицины, негативные социальные установки, приверженность лечению, имидж здравоохранения

Цель исследования: разработка методологических, теоретических, эмпирических и методических основ концепции системы социальной ответственности и внедрение механизмов контроля имиджевых потерь института здравоохранения как нового научного направления в рамках социологии медицины.

Методы исследования: работа выполнена в несколько этапов на выборках руководителей здравоохранения, врачей общей практики и пациентов; использованы: социологический опрос, психологическое тестирование, библиографический анализ, статистическая обработка данных.

Полученные результаты и их новизна. Впервые представлено обоснование системы социальной ответственности института здравоохранения Республики Беларусь. Проведена адаптация инструмента ОСАІ для оценки организационной культуры. Предложена методология социологического анализа руководителей организаций здравоохранения и врачей общей практики с позиций персональной социальной ответственности. Показана значимость социальных факторов и поддержки в профиле качества жизни пациентов с фибрилляцией предсердий, модифицирована шкала для оценки социальной комплаентности. Создана и валидизирована шкала для оценки социальных установок в области здравоохранения. Разработана концепция имиджа в здравоохранении и определены факторы имиджевых потерь.

Рекомендации по использованию: методика ТСОВ-4 рекомендована для оценки когнитивного стиля руководителя здравоохранения; предложена шкала социальных установок в области здравоохранения для мониторинга общественного мнения о деятельности медицинских работников и системы здравоохранения; модифицированная шкала социальной комплаентности может использоваться у пациентов, страдающих фибрилляцией предсердий, для оценки социально обусловленной приверженности лечению.

Область применения: организация здравоохранения, социология медицины, медицинская психология, кадровая политика, учебный процесс I, II ступеней получения образования, повышение квалификации.

SUMMARY

Boyko Svetlana Leonidovna

Social responsibility of the Institute of Health Care

Keywords: social responsibility, sociology of medicine, negative attitudes, adherence to treatment, image of healthcare

The purpose of research: development of methodological, theoretical, empirical and methodical foundations of the concept of the social responsibility system and the introduction of mechanisms for controlling image losses of the Institute of Health Care as a new scientific direction within the sociology of medicine.

Methods of the study: the work was carried out in several stages on samples of healthcare managers, general practitioners and patients; used: sociological survey, psychological testing, bibliographic analysis, statistical data processing.

Research results and their novelty. The substantiation of the social responsibility system of the Institute of Healthcare of the Republic of Belarus is presented for the first time. The OCAI methodology has been adapted to assess organizational culture. The methodology of sociological analysis of heads of healthcare organizations and general practitioners from the standpoint of personal social responsibility is proposed. The importance of social factors and support in the quality of life profile of patients with atrial fibrillation is shown, the scale for assessing social compliance is modified. A scale of attitudes in the field of healthcare has been created and validated. The concept of image in healthcare has been developed and the factors of image losses have been identified.

Recommendations an application: the TSOV-4 methodology is recommended for assessing cognitive style of a healthcare manager; a scale of attitudes in the field of health care has been developed to monitor public opinion about the work of medical professionals and the health care system; a modified social compliance scale can be used in patients with atrial fibrillation to assess socially determined treatment adherence.

Area of use: healthcare organization, sociology of medicine, medical psychology, personnel policy, educational process of I, II stages of education, professional development.



Научное издание

Бойко Светлана Леонидовна

**СОЦИАЛЬНАЯ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ИНСТИТУТА
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

по специальности 14.02.05 – социология медицины

Подписано в печать 7.05.2024.
Формат 60x84/16. Бумага офсетная.
Гарнитура Times New Roman. Ризография.
Усл. печ. л. **2,33**. Уч.-изд. л. **2,50**. Тираж **60** экз. Заказ **65**.

Издатель и полиграфическое исполнение
учреждение образования
«Гродненский государственный медицинский университет».
ЛП № 02330/445 от 18.12.2013. Ул. Горького, 80, 230009, г. Гродно.

