

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ АВТОНОМНОЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ
УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ
ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ
И.М. СЕЧЕНОВА МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ (СЕЧЕНОВСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ)

На правах рукописи



Касимовская Наталия Алексеевна

**Научное обоснование совершенствования
кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в
образовательных организациях**

3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения

Диссертация
на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Научный консультант:
доктор медицинских наук, профессор
Решетников Владимир Анатольевич

Москва – 2023

ОГЛАВЛЕНИЕ

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В МИРЕ.....	21
1.1. Анализ динамики и уровня кадровой обеспеченности российского здравоохранения врачами.....	21
1.2. Кадровая обеспеченность российского здравоохранения средними медицинскими работниками и медицинскими сестрами с высшим образованием.....	27
1.3. Общемировые тенденции кадрового обеспечения здравоохранения.....	34
1.4. Основные причины дефицита медицинских кадров и оттока выпускников образовательных организаций из государственной системы здравоохранения...	39
1.5. Влияние состояния здоровья студентов в период обучения на уход из профессии после выпуска из образовательной организации.....	45
1.6. Роль профессиональной ориентации в подготовке медицинских кадров в образовательных организациях	50
ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ.....	57
2.1. Этапы и программа исследования.....	57
2.2. Определение объема выборочной совокупности.....	66
2.3. Методология оценки влияния комплекса факторов и мотивов на выбор медицинской профессии и специальности.....	73
2.4. Методика оценки выбора образовательной организации и влияния образовательной среды в период обучения.....	78
2.5. Методика исследования восприятия профессии «медицинская сестра» (на примере бакалавров «сестринское дело»).....	84
2.6. Методика анализа состояния здоровья и образа жизни студентов медицинских специальностей в период обучения.....	91

2.7. Методика исследования синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских специальностей в период обучения.....	93
ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПЕРИОДА ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	97
3.1. Влияние престижа медицинской профессии и специальности на выбор абитуриентов.....	97
3.2. Влияние востребованности образовательной организации и качества образовательной среды на выбор медицинской профессии.....	100
3.3. Современные тенденции трудоустройства выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования.....	104
ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА И НЕВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ (НА ПРИМЕРЕ БАКАЛАВРОВ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО».).....	111
4.1. Влияние кадровой обеспеченности медицинскими сестрами на эффективность системы здравоохранения и качество медицинской помощи	111
4.2. Анализ нормативно-правового регулирования подготовки и трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием.....	118
4.3. Анализ восприятия профессии бакалаврами «сестринское дело» в период обучения.....	123
4.4. Сравнительный анализ восприятия профессии «медицинская сестра» за рубежом и в России.....	128
ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	139
5.1. Сравнительный анализ динамики и уровня средней заработной платы врачей в медицинских организациях государственной и муниципальной форм собственности.....	139

5.2. Сравнительный анализ динамики и уровня средней заработной платы средних медицинских работников в медицинских организациях государственной и муниципальной форм собственности	146
5.3. Соответствие уровня заработной платы ожиданиям выпускников образовательных организаций и их готовности к трудоустройству в медицинские организации государственной и муниципальной форм собственности	152
ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.....	159
6.1. Анализ состояния здоровья студентов медицинских специальностей в период обучения.....	159
6.2. Развитие синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских специальностей как фактора ухода из профессии.....	175
6.3. Влияние состояния здоровья и образа жизни студентов в период обучения на уход из профессии.....	185
ГЛАВА 7. КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ И ФАКТОРОВ ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ, СПЕЦИАЛЬНОСТИ И СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ...	195
7.1. Виды профессиональной ориентации среди школьников, факторы и мотивы выбора медицинской профессии.....	195
7.2. Виды профессиональной ориентации среди студентов вуза, среднего профессионального образования, факторы и мотивы выбора медицинской профессии и специальности.....	201
7.3. Факторы и мотивы выбора профессии, профориентационная работа среди ординаторов в период самоопределения с профессией и специальностью.....	207
7.4. Факторы и мотивы выбора профессии, среди врачей в период самоопределения с профессией и специальностью.....	211

ГЛАВА 8. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВЕКТОРНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ.....	216
8.1. Пути повышения престижа медицинской профессии и кадрового обеспечения здравоохранения медицинскими сестрами (высшее образование)..	216
8.2. Управление выбором медицинской профессии и специальности путем векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования.....	248
8.3. Совершенствование системы профессиональной ориентации в сфере медицины для выпускников	254
ЗАКЛЮЧЕНИЕ.....	266
ВЫВОДЫ.....	281
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ.....	284
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ.....	286
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ.....	287
ПРИЛОЖЕНИЕ А.....	339
ПРИЛОЖЕНИЕ Б.....	341
ПРИЛОЖЕНИЕ В.....	343
ПРИЛОЖЕНИЕ Г.....	346
ПРИЛОЖЕНИЕ Д.....	349
ПРИЛОЖЕНИЕ Е.....	354
ПРИЛОЖЕНИЕ Ж.....	356
ПРИЛОЖЕНИЕ И.....	358
ПРИЛОЖЕНИЕ К.....	363
ПРИЛОЖЕНИЕ Л.....	365
ПРИЛОЖЕНИЕ М.....	369
ПРИЛОЖЕНИЕ Н.....	370
ПРИЛОЖЕНИЕ П.....	373
ПРИЛОЖЕНИЕ Р.....	375

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность темы исследования

Кадровый состав здравоохранения остается наиболее значимым и ценным его ресурсом, так как отсутствие или недостаток потенциально необходимого числа и состава высококвалифицированных врачей и средних медицинских работников не позволяет обеспечить население востребованной равнодоступной и качественной медицинской помощью [310; 311]. Для России также характерна чрезмерная концентрация медицинских работников в городах и дефицит их в регионах, отдаленных районах и сельской местности. Сложившаяся кадровая ситуация в медицинских организациях различных стран указывает на сходство формирующихся проблем кадровой обеспеченности здравоохранения по следующим направлениям: нерациональное использование существующих трудовых ресурсов, ограниченное их воспроизводство, выбытие ресурсов, в основном за счет оттока молодых специалистов из здравоохранения. Остаются нерешенными проблемы трудоустройства выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования [1; 25; 128; 145; 172; 189]. При этом в современном здравоохранении средний возраст медицинских работников часто превышает 45 лет и более [301]. Проблема кадрового дефицита в отрасли негативно формируется уже, начиная с выпускных курсов образовательных организаций. Только восьмая часть выпускников медицинских вузов строит планы трудоустройства в медицинские организации по месту постоянного жительства. Выпускники часто имеют завышенные ожидания в отношении своего трудоустройства [51; 129; 149; 273; 281]. В настоящее время в отрасли здравоохранения до 30% выпускников медицинских вузов не идут работать в практическое здравоохранение, при этом большинство студентов выбирают медицинские специальности, по которым и так наблюдается избыток

врачей [283]. В исследованиях также указывается на то, что одной из доминирующих причин ухода молодежи из профессий выступает фактор риска потери здоровья [254].

Развитие и сохранение кадрового ресурса является одной из основных составляющих укрепления систем здравоохранения, так как эффективность системы здравоохранения и качество медицинской помощи зависят от показателей деятельности работников, которые определяются их знаниями, умениями и мотивацией [137; 167; 176]. Перед системой здравоохранения стоят стратегические задачи: снижение кадрового дефицита, развитие кадрового потенциала и совершенствование системы подготовки медицинских кадров [147; 150; 162; 176; 275; 285], в том числе остаются нерешенными проблемы построения карьерной траектории в системе высшего образования для медицинских сестер [29; 30; 66]. Тогда как комплексный анализ численности и структуры медицинского персонала может способствовать принятию управленческих решений по совершенствованию кадрового обеспечения здравоохранения и повышению его медицинской, социальной и экономической эффективности [121; 259; 273; 309].

В новых социальных, научно - технологических условиях возрастает потребность в подготовке специалиста качественно нового типа, где накопленный личностный потенциал и полученные компетенции позволят на высоком уровне осуществлять профессиональную деятельность. В связи с чем базовым направлением реализации государственной политики в проведении системных преобразований здравоохранения становится медицинское образование, новые технологии и методы влияния на студентов вузов, абитуриентов или школьников, направленные на предупреждение ошибок в выборе профессии, на раннее вовлечение в профессиональную ориентацию (профориентацию) [120; 293]. В исследованиях отмечается недостаточность работы по профессиональной ориентации [120; 129; 196], при этом признается значимость векторной профессиональной ориентации для эффективности управления кадровыми ресурсами [129].

Необходимость поиска и разработки научно обоснованных путей решения проблемы дефицита кадровой обеспеченности здравоохранения, а также снижения воздействия факторов, влияющих на отток молодых специалистов из отрасли определили актуальность настоящего исследования. Проблема ошибок выбора медицинской профессии и специальности, влияние состояния здоровья студентов в период обучения на будущую профессиональную деятельность и низкий уровень притока выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования в здравоохранение обуславливают актуальность исследования профориентационных и здоровьесберегающих технологий в качестве перспективных научных разработок в целях совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях.

Степень разработанности темы исследования

Вопросы изучения проблемы дефицита кадров и обеспеченности здравоохранения врачами и средними медицинскими работниками являются предметом многочисленных отечественных и зарубежных исследований (Отставных Д.В., 2012; Хурцилава О.Г., Лучкевич В.С., Авдеева М.В., Филатов В.Н., Самодова И.Л., 2015; Созарукова Ф.М., 2017; Беляев С.А., 2018; Куделина О. В., Киллякова Е. Ю., 2018; Смирнова С.А., 2019; Шахабов И.В. и соавт., 2020; Макаров С.В., Гайдаров Г.М., 2021; Репринцева Е.В., 2020,2022; Шуталев П.И., Молокова Е.Л., 2022; Задворная О.Л.,2022; Козя И.Я., 2023). Ряд авторов исследовал лидерские качества врачей, успешность врачебной деятельности, карьерного развития, качество профессиональной подготовки (Белостоцкий А.В., Гриднев О.В., Гришина Н.К., Значкова Е.А., 2016; Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А. И., Якушина И.И. 2019; Тумусов Ф.С, Косенко А.А.,2019; Гречихин С.С., 2021; Скрыбина Е.Н., Никитина Н.М., 2023). Проведены исследования кадрового потенциала средних медицинских работников, в том числе и медицинских сестер (Камынина Н.Н., 2012; Володин А.В., 2013; Алтынбекова

У.А., Аимбетова Г.Е., Рамазанова М.А., Байсугурова В.Ю., Кайдаулов М.К., 2014; Каткасова Л.Г., 2017; Алексеева Е.Е., 2018; Мунтян И.М., 2019; Екимова Н.А., 2020; Поздеева Т.В., Пчелина Н.В., 2021, 2022). Имеются исследования подготовки медицинских сестер на основе реализации компетентного подхода (Зими́на Э.В., Горькова Т.Ю., 2010; Богдан Н.Н., 2012; Найговзина Н.Б., Кононыхина А.К., Кочубей А.В., 2016; Доровская Е.И., 2017; Чемезова Б.А., Парникова Г.М., Дьячковский Н.С., 2022). При этом практически отсутствуют исследования управления адаптацией выпускников медицинских вузов к условиям самостоятельной профессиональной деятельности в период обучения (Двойнишникова М.А., 2006; Еругина М.В. Н.Г. Коршевер Е.В. и соавт., 2014; Кошевер Н.Г, Доровская А.И., Завалева Е.В, 2018; Андоверова А.Г., Горбунова А.П., Немков А.Г., Скочина М.В., 2022). Недостаточно изучены факторы оттока молодых специалистов из отрасли, кадровые проблемы регионального здравоохранения, мотивы и факторы выбора профессии, мотивация к профессиональной деятельности, включающая оплату труда, личные мотивы и карьерные ожидания (Костакова Т.А, 2011; Костикова А.Ю., 2019; Канева Д.А., 2019; Никулина Ю.Н., 2019; Милехин С.М., 2021), состояние профессиональной ориентации и профессионального отбора в медицинские профессии (Григорьев Г.И. с соавт., 2017; Малогулова И.Ш. с соавт., 2017; Маслевич Т.П. с соавт., 2018; Воевода М. И., Чернышев В. М., 2018; Корягина И.И., Курылева Н.В., 2019; Ткаченко П.В., Черней С.В., Ковалева Е.А., 2020; Амлаев К.Р., Койчуева С.М., Хрипунова А.А., 2020; Маевская И.В., 2021, Милехин С.М., 2021; Чернышев В.М. и соавт., 2021; Тазетдинова Е.Н., 2023). Ряд исследований содержат анализ мер по повышению мотивации врачей к профессиональной деятельности и предложения по их совершенствованию (Дощанникова О.А. с соавт., 2017; Ионова Т.И., Шевцова О.Г., 2016, Каспрук Л.И. с соавт., 2017; Куделина О.В., Бразовская Н.Г., 2018; Кукурика А.В., Юровская Е.И., 2022). Исследования в этой сфере касаются врачей в целом, недостаточно исследований оттока выпускников образовательных организаций, также отсутствуют комплексные исследования, включающие школьников, студентов, ординаторов и практикующих врачей.

Имеются исследования состояния здоровья студентов и применения здоровьесберегающих технологий (Гурьянов М.С., 2011; Чичерина С.Л., 2015; Маслевич Т.П. с соавт., 2018; Герасименко Н.Ф. и соавт, 2019; Бондарь Н.В., 2020; Медведева О.В. с соавт, 2023). При этом выявлены единичные исследования влияния периода обучения на здоровье студентов медицинских вузов в контексте риска оттока из профессии (Милехин С.М., 2019; Сагетдинов А.Ф., Хузиева Э.Ф., 2022).

Таким образом, сохраняется необходимость разработки современных научно - методологических подходов к привлечению в здравоохранение выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, проведения комплексного исследования обеспеченности кадрами здравоохранения, факторов и мотивов выбора профессии и специальности, перспектив применения профориентационных технологий для предупреждения ошибок выбора профессии и специальности, оценка качества образовательной среды и состояния здоровья студентов в период обучения, разработки модели профессиональной ориентации по траектории : школьники, студенты, ординаторы, врачи.

Цель исследования

На основе анализа кадровой обеспеченности здравоохранения в Российской Федерации, комплекса причин, факторов и мотивов выбора медицинской профессии и специальности, разработать модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования.

Задачи исследования

1. Изучить уровень и динамику кадровой обеспеченности здравоохранения в Российской Федерации.

2. Изучить современные подходы к профессиональной ориентации, провести комплексное исследование мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности.
3. Определить тенденции трудоустройства выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования, и изучить соответствие их ожиданий уровню заработной платы.
4. Провести анализ основных причин непрестижности среди абитуриентов направления подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) и не востребованности медицинских сестер с высшим образованием в здравоохранении.
5. Провести анализ влияния состояния здоровья и образа жизни студентов медицинских специальностей в период обучения на уход из профессии после выпуска из образовательной организации.
6. Разработать комплекс мероприятий профессиональной ориентации для предупреждения оттока выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из здравоохранения и представить модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях.

Научная новизна

Определены основные причины, влияющие на отток выпускников медицинских специальностей из отрасли и комплекс мотивов и факторов, влияющих на выбор медицинской профессии и специальности в период обучения в образовательной организации.

Проанализировано влияние уровня заработной платы на кадровую обеспеченность медицинских организаций федеральной, субъектов Российской Федерации и муниципальной собственности, определено соответствие ожиданий уровня заработной платы выпускников медицинских организаций предложениям

работодателей, определены тенденции трудоустройства выпускников медицинских специальностей.

Проанализированы и определены основные причины кадрового дефицита и не востребованности медицинской профессии (на примере бакалавров «сестринское дело»).

Научно обоснованы, разработаны и внедрены трудовые действия на основе биомедицинской модели в проект профессионального стандарта «Медицинская сестра/ медицинский брат», в профессиональную деятельность и подготовку бакалавров «сестринского дела».

Проанализировано состояние здоровья и образ жизни студентов медицинских специальностей в период обучения и определено их влияние на уход выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из профессии.

Разработана и представлена классификация мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности, проведено комплексное исследование по вектору «школьники – студенты СПО – студенты вуза – ординаторы – врачи медицинских организаций».

На основе комплексного подхода научно обосновано проведение мероприятий профессиональной ориентации для студентов медицинских специальностей в период обучения, введен термин «векторная профессиональная ориентация в образовательных организациях», разработана и внедрена модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях.

Теоретическая и практическая значимость работы

Результаты анализа кадровой обеспеченности отрасли могут быть использованы при планировании численности и структуры кадров здравоохранения на территории Российской Федерации с учетом региональных и субрегиональных особенностей.

Полученные результаты анализа трудоустройства выпускников медицинских вузов, среднего профессионального образования и соответствия ожиданий молодых специалистов уровня заработной платы при трудоустройстве могут быть использованы в планировании подготовки медицинских кадров, разработке мероприятий по совершенствованию финансового обеспечения органов и учреждений здравоохранения для предотвращения оттока выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из системы здравоохранения.

Доказана значимость престижа медицинской профессии и специальности для абитуриентов, научно обоснованы предложенные профориентационные технологии при выборе медицинской профессии и специальности, разработана и доказана эффективность применения практико-ориентированного компонента «Предпрофессиональный экзамен» для профессиональной ориентации школьников в медицинских профессиях и специальностях.

Научная и практическая значимость работы определяется выявленным и доказанным ростом заболеваемости болезнями нервной системы и формированием симптомов синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских специальностей в период обучения, предложенная модель образа жизни студентов позволит разработать целенаправленные программы управления факторами риска и сохранить здоровье выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования для профессиональной деятельности.

Практическая значимость работы определяется разработанным и введённым в действие Федеральным государственным образовательным стандартом магистратуры 34.04.01 «Управление сестринской деятельностью» для подготовки управленческих и научных кадров для здравоохранения.

Практическая значимость работы определяется разработанным проектом профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат», включающим обобщённую трудовую функцию для бакалавров по направлению подготовки «Сестринское дело».

Научно обоснована, разработана и внедрена модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования для помощи студентам в самоопределении с медицинской профессией и специальностью в период обучения.

Методология и методы исследования

В процессе выполнения исследования использовались методы, системного анализа, библиографического, информационного поиска, социологический (анкетный опрос), методы описательной статистики, корреляционный, регрессионный, математический анализ, коэффициент Левингера (H), односторонний дисперсионный анализ (ANOVA), факторный анализ, метод количественного ССВУ анализа, валидные авторские опросники (DREEM, CDI-25, методика Бойко В.В.).

Количественные признаки представлены в виде относительных величин и доверительных интервалов. Исходно установленный уровень статистической значимости – $p < 0,05$.

Статистический анализ данных осуществлялся с помощью программных пакетов Statistics 7.0, Microsoft Office Excel 2016, SPSS Statistics 20.0., SPSS Statistics (версия 22.0).

Личный вклад автора

Автором лично выдвинуты гипотезы исследования, проведено пилотное исследование, разработан дизайн, этапы и методика исследования, организовано и проведено исследование (100%). Проведен поиск отечественных и зарубежных источников литературы и нормативных документов по теме исследования, подготовлен литературный обзор (95%). Автор лично организовал и провел все этапы исследования на территории России (95%). Автор самостоятельно, в

соответствии с этапами исследования, разработал анкеты для школьников (95%), студентов (95%), ординаторов (100%), врачей (100%) и провел многоэтапный опрос, в том числе по валидным авторским опросникам (95%). Самостоятельно на основе результатов исследования автором представлен комплексный подход к совершенствованию кадрового обеспечения здравоохранения и разработана модель векторной профориентации в образовательных организациях. Интерпретация, изложение полученных данных, положений, выносимых на защиту, формулирование выводов и практических рекомендаций выполнены автором лично (99%).

Положения, выносимые на защиту

1. В здравоохранении сохраняется низкий уровень кадровой обеспеченности с региональными и субрегиональными особенностями территориального дисбаланса, дефицитом медицинских сестер, значительно превышающим аналогичные показатели в зарубежных странах, что оказывает влияние на качество медицинской помощи и эффективность здравоохранения.
2. Профориентационные мероприятия, проводимые в период обучения студентов медицинских специальностей, применение практикоориентированного компонента, современных профориентационных технологий, нетворкинга, мастерских профессий и развития системы предоставления возможности студентам медицинских специальностей работать на должностях средних медицинских работников в период обучения позволят снизить неверный выбор медицинской профессии и специальности.
3. Кадровые потери выпускников образовательных организаций здравоохранения зависят от фактора несоответствия ожиданий выпускников уровня заработной платы и предложений работодателей в медицинских организациях разного территориального расположения по федеральным округам.
4. Основными причинами кадрового дефицита непрестижной медицинской профессии является неотрегулированное нормативное обеспечение

трудоустройства выпускников, низкий престиж профессии в обществе и в профессиональной среде.

5. Переход к двухуровневой подготовке «бакалавриат-магистратура» медицинских сестер с высшим образованием, внедрение профессионального стандарта «Медицинская сестра/ медицинский брат», включающего обобщенную трудовую функцию для бакалавриата по направлению подготовки «Сестринское дело» позволит снизить кадровый дефицит и повысить обеспеченность здравоохранения медицинскими сестрами, руководителями сестринских служб.

6. Совершенствование кадровой обеспеченности здравоохранения требует комплексного подхода, включающего проведение профориентационных мероприятий и сохранение здоровья студентов медицинских специальностей в период обучения на основе модели векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях здравоохранения.

Соответствие диссертации паспорту научной специальности

Научные положения диссертации соответствуют паспорту научной специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, конкретно пунктам 5,8, 9,15,20.

Степень достоверности и апробация результатов исследования

Степень достоверности научных положений, выводов и рекомендаций обеспечивалась использованием проверенных информационных источников, данных официальной статистики. Количественные признаки представлены в виде относительных величин и доверительных интервалов. Уровень доверительной вероятности подтверждения гипотезы составлял более 95%. Для обеспечения репрезентативности данных опроса и оценки уровня, динамики и размера изучаемого явления (кадровая обеспеченность, причины дефицита кадров, факторы и мотивы выбора медицинской профессии и специальности, развитие

карьеры в медицинской профессии, состояние здоровья и образ жизни студентов в период обучения, мероприятия профессиональной ориентации) расчет размера выборок школьников, студентов, ординаторов, врачей, медицинских сестер, руководителей сестринского персонала проводился по формуле Меркова А.М.. Оценка образовательной среды по результатам опроса с применением инструмента DREEM (Альфа Кронбаха оценивалось в программе SPSS Statistics 20.0.) и опросника профессионального ориентирования (отношение к сестринскому уходу) CDI - 25 проводились по шкале Лайкерта. Коэффициент Левингера (H) использовался для проверки масштабируемости элементов и измерения того, насколько хорошо набор элементов соответствует иерархическим критериям шкал Моккена. Для оценки различий между полученными результатами по странам был применён односторонний дисперсионный анализ (ANOVA). Однородность дисперсии была подтверждена с помощью теста Левена с применением программы SPSS Statistics (версия 22.0). Обработка результатов исследования описательной статистики проводилась с применением пакета программы Microsoft Office Excel 2016.

Основные положения и результаты исследования доложены и обсуждены на следующих конференциях и конгрессах: «Мечниковские чтения – 2013». Материалы 86-й конференции студенческого научного общества (Санкт-Петербург 2013), II Международный саммит медицинских сестер «Сестринское дело-практика человеческих отношений» (Москва, 2016), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Проблемы и перспективы высшего и среднего сестринского образования: интеграция в современное здравоохранение» (Москва, 2016), International Scientific Conference «Research and Education in Nursing» (Словения, Марибор, 2016), VII Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования (Москва 2016), XVIII Всероссийский научно-образовательный форум «Мать и дитя» (Москва, 2017), The 10th anniversary workshop of the Understanding Development Issues in Nurse Educator Careers (UDINE – C) network and the Health Education East Midlands celebration conference (Lincoln, UK, 2017), Всероссийская

научно-практическая конференция «Роль специалистов со средним медицинским образованием в оказании паллиативной помощи населению» (Новосибирск, 2017), III Международный саммит медицинских сестер «Медицинская сестра: траектория профессионального развития» (Москва, 2017), IX Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования (Москва, 2018), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Медицинская весна» (Москва, 2018), Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Здравоохранение и образовательное пространство: интеграция и перспективы взаимодействия» (Самара, 2018), International Scientific Conference «Research and Education in Nursing» (Словения, Марибор, 2018), X Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования (Москва, 2019), Всероссийская научно-практическая конференция, посвященная 100 — летию государственного медицинского университета (1919 - 2019) (Иркутск, 2019), XI Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2020» (Москва, 2020), XII Общероссийская конференция с международным участием «Неделя медицинского образования – 2021». The UDINE-C network. The quality of nursing education: innovative learning technologies and integration into practical health care (Москва, 2021), XIII Всероссийская научно-практическая конференция с международным участием «Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни», (Казань, 2021), Краевая научно-практическая конференция «Актуальные аспекты деятельности сестринского персонала. За качество и профессионализм при оказании медицинской помощи» (Пермь, 2022), III Международная научно-практическая конференция «Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций» (Саратов, 2022), заочная научно-практическая конференция с международным участием «Актуальные вопросы истории медицины и современные проблемы развития здравоохранения» (Киров, 2023), Заседание Экспертного совета в Государственной Думе VIII созыва (круглый стол) «Законодательные аспекты сбережения здоровья детей в современной школе»

(Москва, 2023), Всероссийская научно-практическая конференция «Актуальные вопросы развития сестринского дела – взгляд в будущее» (Москва, 2023),

Апробация на Межкафедральном заседании Института лидерства и управления здравоохранением, кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А.Семашко Института общественного здоровья имени Ф.Ф.Эрисмана от 06 сентября 2023г. Протокол №4.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты исследования внедрены в деятельность Министерства здравоохранения Российской Федерации, Министерства науки и высшего образования (Координационный Совет по области образования «Здравоохранение и медицинские науки»), ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова» Минздрава России (г. Пермь), Некоммерческой организации «Московская областная ассоциация специалистов с высшим сестринским и средним медицинским и фармацевтическим образованием» (Московская область), Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г.Москва), Правительства Санкт-Петербурга Комитет по здравоохранению (г.Санкт – Петербург), ГБУ СПбНИИ СП им.И.И. Джанелидзе (г.Санкт – Петербург).

Результаты исследования используются в учебном процессе кафедр, специализирующихся на преподавании общественного здоровья и здравоохранения: кафедра общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва), кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсом правоведения и истории медицины) ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского Минздрава России (г. Саратов), кафедра общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава России (г.Казань), Институт дополнительного профессионального образования ФГБОУ

ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко Минздрава России (г. Воронеж), в учебном процессе кафедры управления сестринской деятельности и социальной работы Института психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (г. Москва).

Публикации по теме диссертации

По теме диссертации опубликовано 26 печатных работ, в том числе 11 статей в журналах, включенных в Перечень научных рецензируемых изданий Университета / Перечень ВАК при Минобрнауки России, в которых должны быть опубликованы научные результаты диссертаций на соискание ученой степени доктора медицинских наук; 3 статьи в изданиях индексируемых в международных базах (Web of Science, Scopus, PubMed, MathSciNet, zbMATH, Chemical Abstracts, Springer); 2 статьи в иных изданиях; 7 публикаций в сборниках материалов международных и всероссийских научных конференций, издана 1 монография, 2 учебных пособия.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, главы с программой, методикой и организацией исследования, 6 глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка литературы, 14 приложений. Диссертация изложена на 387 страницах машинописного текста, содержит 45 таблиц (из них 6 таблиц в Приложениях) и 71 рисунок. Список литературы включает 382 источника, из которых 314 отечественных и 68 зарубежных авторов.

ГЛАВА 1. СОСТОЯНИЕ КАДРОВОЙ ОБЕСПЕЧЕННОСТИ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ И В МИРЕ

1.1. Анализ динамики и уровня кадровой обеспеченности российского здравоохранения врачами

Квалифицированные кадры — важнейшая составляющая качества и доступности медицинской помощи [4; 8; 34;36; 52; 164; 166; 192; 202; 227; 229; 250; 265], в связи с чем дефицит медицинского персонала становится одной из наиболее острых проблем, стоящих перед здравоохранением [2; 6; 16; 21; 22; 36; 46; 76; 86; 87; 89; 104; 126; 153; 186; 230; 262; 278; 306; 329; 347; 382].

Вопросы регулирования кадровой политики, стимулирования труда, соотношения численности и структуры врачей и среднего медицинского персонала требуют постоянного глубокого анализа как на федеральном, так и на региональном уровнях [54; 72; 88; 113; 118; 147; 175; 203; 276; 314; 339]. Тогда как в России сохраняется диспропорция в обеспеченности медицинскими кадрами в городской и сельской местности, а также по разным федеральным округам, субъектам и районам страны [14; 15; 69; 73; 91; 123; 131; 207; 215; 219; 274; 285; 291]. Исследователи указывают на то, что требуется не столько изучение численности врачей, сколько изучение проблем диспропорций в структуре подготовки кадров и их рационального распределения [9; 46; 70; 93; 119; 197; 298].

При этом совершенствование качества медицинской помощи зависит от количественного и качественного формирования кадровых ресурсов здравоохранения, что требует регулярного мониторинга, как численности, так и качества подготовки медицинских кадров [76; 368]. Исследование тенденций в обеспеченности врачебными кадрами населения Российской Федерации показывает, что за последнее десятилетие значительно снизился показатель

обеспеченности населения врачами с 2011 г по 2015 г (- 5,3‰). Выявлен рост показателя обеспеченности врачебными кадрами в период 2016 г. – 2021 гг. (с 46,4‰ до 51,0‰), практически достигнувший показателей 2011 года (51,2‰). Проведенный анализ динамики показателей обеспеченности врачами населения РФ за период 2011 – 2021 гг., и построенная полиномиальная модель ($y = 0,174x^2 - 2,049x + 52,981$) показывают коэффициент детерминации ($R^2 = 0,874$) близкий к единице, что обосновывает тенденцию к росту обеспеченности врачебными кадрами российского здравоохранения с 2015 г. (Рисунок 1).

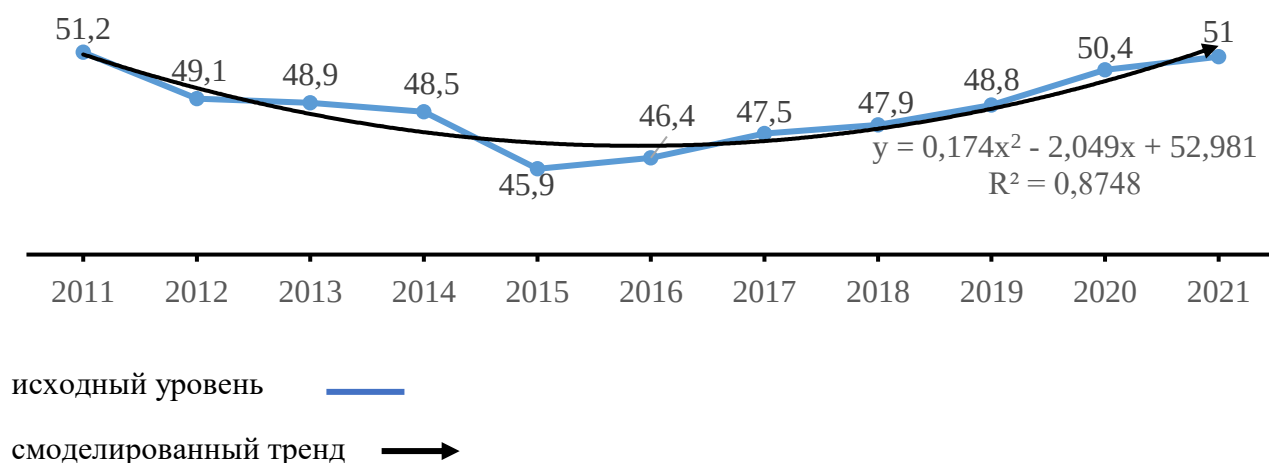


Рисунок 1 – Динамика и уровень обеспеченности врачами населения Российской Федерации в динамике за 10 лет (‰, по данным Росстат, 2022 г.)

Состояние кадровой обеспеченности врачами в федеральных округах Российской Федерации показывает значительный рост обеспеченности врачебными кадрами в 2021 г.

В 2021 г. высокий рост кадровой обеспеченности выявлен во всех федеральных округах: ЦФО (54,8 ‰), СЗФО (62,8‰), ДФО (53,6‰). И менее значительный рост показателя обеспеченности врачами в 2021 г., ниже 51‰, выявлен в следующих федеральных округах: ЮФО (44,8‰), СКФО (44,1‰), ПФО (47,7‰), УФО (47,8‰), СФО (49,4‰) (Рисунок 2).

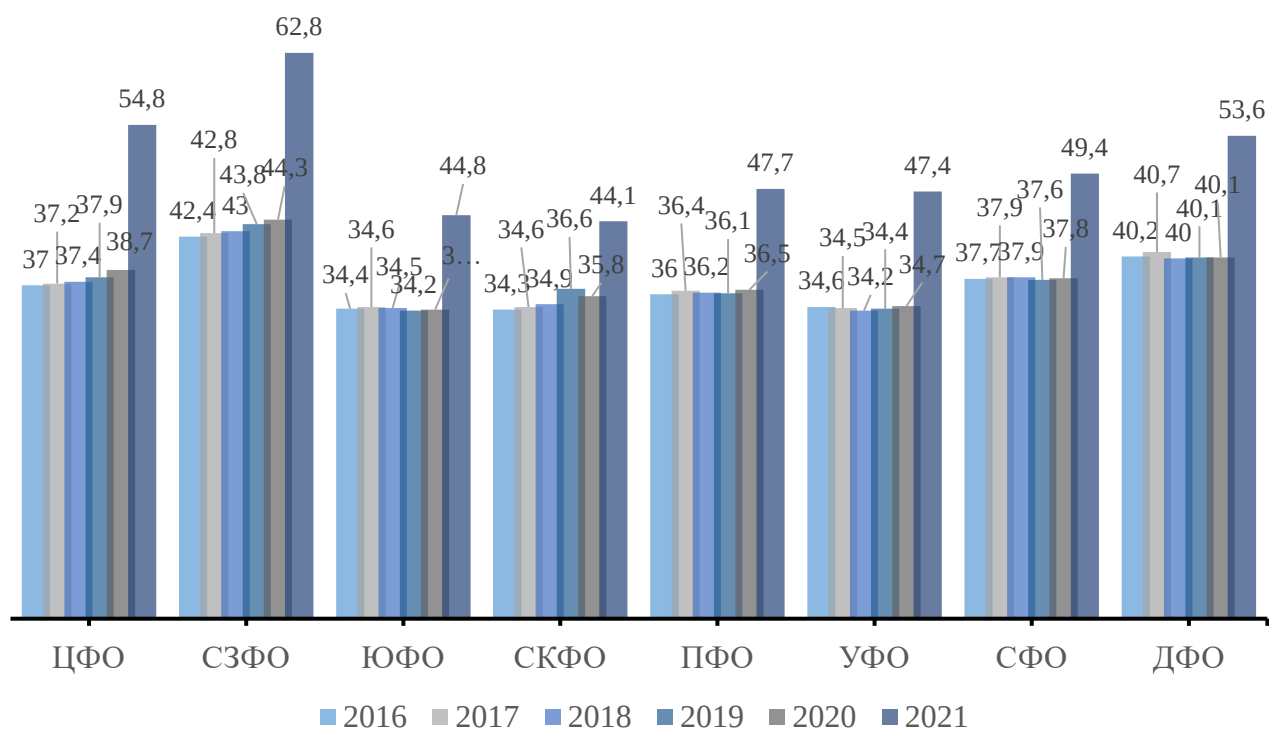


Рисунок 2 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности врачами по федеральным округам Российской Федерации за 2016 – 2021 гг. (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Изучение состава врачей российского здравоохранения по полу выявило, что в 2020 г. врачами работали в основном женщины (70,8%). Во всех федеральных округах преобладает их удельный вес: ЦФО (69,1%), СЗФО (70,1%), ЮФО (68,8%), СКФО (74,2%), ПФО (72,2%), УФО (70,0%), СФО (72,2%).

В начале 21 века в исследованиях отечественных ученых отмечался рост численности врачей-специалистов «узкого» профиля, сопровождающийся уменьшением числа врачей терапевтического профиля (на 20,4%), педиатров (на 5,3%), санитарных врачей (на 30,7%) и врачей скорой помощи (на 8,8%). Указывалось на то, что разнонаправленность имеющихся тенденций не может обеспечить равную доступность и качество медицинской помощи населению [199; 278].

Анализ кадровой обеспеченности здравоохранения врачами – специалистами в период 2016 – 2021 гг. выявил, что уровень обеспеченности населения за изучаемый период выше всего врачами - педиатрами (2016 г. - 19,7‰; 2017 г. - 20,0‰; 2018 г. - 20,2‰; 2019 г. - 20,3‰; 2020 г. - 20,5‰; 2021 г. - 20,4‰), выявлен рост обеспеченности врачами терапевтического профиля (2016 г. - 11,1‰; 2017 г. - 11,5‰; 2018 г. - 11,8‰; 2019 г. - 12,0‰; 2020 г. - 12,4‰; 2021 г. - 12,6‰). Выявлен стабильный высокий уровень обеспеченности врачами акушерами - гинекологами (2016 г. - 5,5‰; 2017 – 2021 гг. - по 5,6‰) и рост обеспеченности врачами хирургического профиля (2016 г. - 4,9‰; 2017 г. - 5,0‰; 2018 г. - 5,1‰; 2019 г. - 5,2‰; 2020 г. - 5,4‰; 2021 г. - 5,4‰).

Выявлен стабильный уровень обеспеченности врачами - рентгенологами и радиологами (2016 г. - 1,5 ‰; 2017 г. - 1,5 ‰; 2018 г. - 1,5 ‰; 2019 г. - 1,5 ‰; 2020 г. - 1,6 ‰; 2021 г. - 1,6 ‰), психиатрами и наркологами (2016 г. - 1,5 ‰; 2017 г. - 1,5 ‰; 2018 г. - 1,5 ‰; 2019 г. - 1,5 ‰; 2020 г. - 1,5 ‰; 2021 г. - 1,5 ‰), офтальмологами (2016 г. - 1,2 ‰; 2017 г. - 1,2 ‰; 2018 г. - 1,3 ‰; 2019 г. - 1,3 ‰; 2020 г. - 1,3 ‰; 2021 г. - 1,3 ‰), отоларингологами (2016 г. - 0,9 ‰; 2017 г. - 0,9 ‰; 2018 г. - 0,9 ‰), неврологами (2016 г. - 1,9 ‰; 2017 г. - 1,9 ‰; 2018 г. - 1,9 ‰; 2019 г. - 2,0 ‰; 2020 г. - 2,0 ‰; 2021 г. - 2,0 ‰), фтизиатрами (2016 г. - 0,6 ‰; 2017 г. - 0,5 ‰; 2018 г. - 0,5 ‰; 2019 г. - 0,5 ‰; 2020 г. - 0,5 ‰; 2021 г. - 0,5 ‰), врачами по лечебной физкультуре и спортивной медицине (2016 г. - 0,3 ‰; 2017 г. - 0,3 ‰; 2018 г. - 0,3 ‰; 2019 г. - 0,3 ‰; 2020 г. - 0,3 ‰; 2021 г. - 0,3 ‰), дерматовенерологами (2016 г. - 0,8 ‰; 2017 г. - 0,8 ‰; 2018 г. - 0,8 ‰; 2019 г. - 0,8 ‰; 2020 г. - 0,8 ‰; 2021 г. - 0,8 ‰), врачами санитарно-эпидемиологической группы (2016 г. - 0,9 ‰; 2017 г. - 0,9 ‰; 2018 г. - 0,9 ‰; 2019 г. - 0,9 ‰; 2020 г. - 0,9 ‰; 2021 г. - 0,9 ‰), выявлен рост обеспеченности стоматологами (2016 г. - 4,1 ‰; 2017 г. - 4,2 ‰; 2018 г. - 4,3 ‰; 2019 г. - 4,3 ‰; 2020 г. - 4,5 ‰; 2021 г. - 4,7 ‰) (Рисунок 3).

К настоящему времени, несмотря на проведённые исследования, посвященные изучению организации медицинской помощи сельскому населению в здравоохранении и поиску решения проблемы дефицита кадров, в здравоохранении сельской местности сохраняется кадровый дефицит.

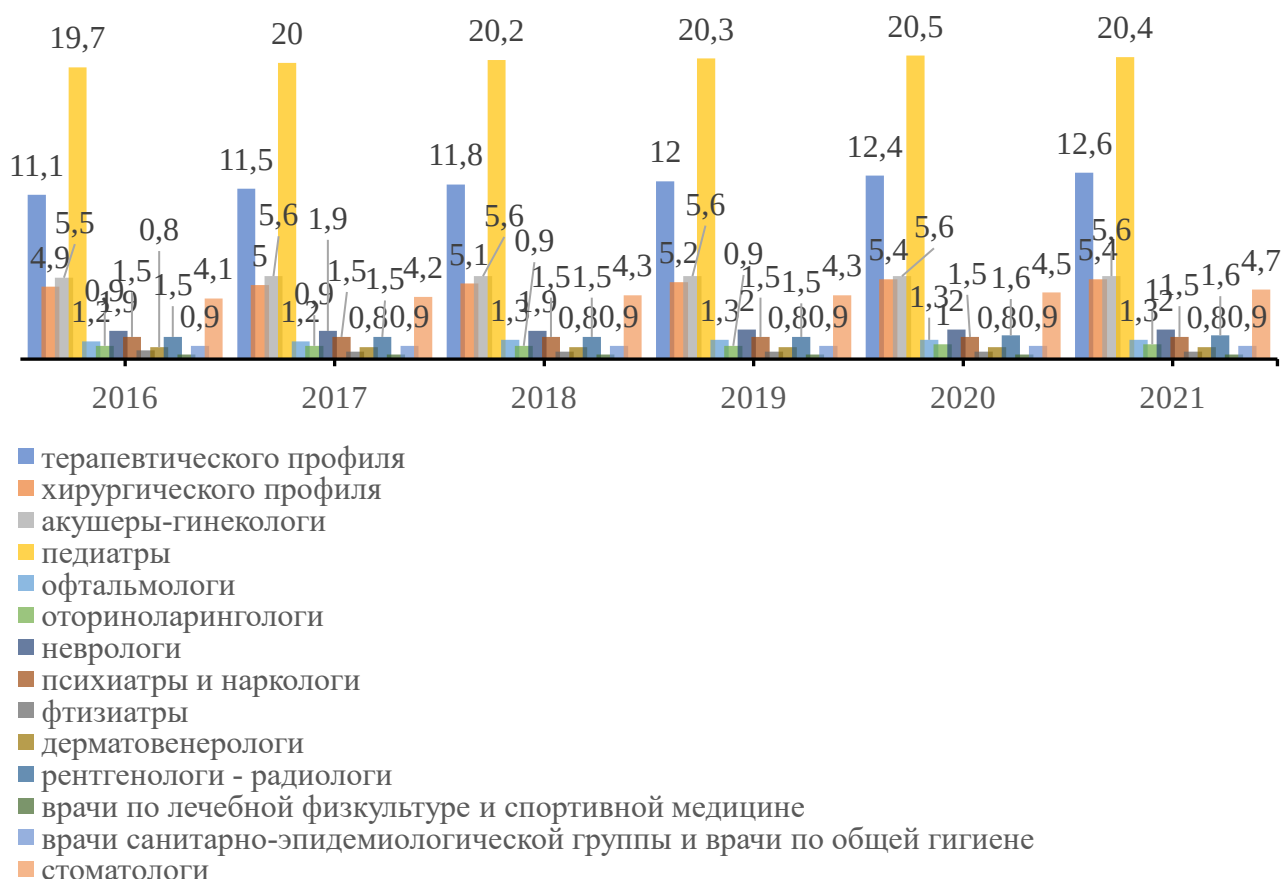


Рисунок 3 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности российского здравоохранения врачами - специалистами за период 2016 – 2021 гг. (на 100000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

В субъектах Российской Федерации сохраняется асимметрия показателей обеспеченности населения медицинскими кадрами [144; 149; 155; 228; 229; 278]. За изучаемый период 2016 – 2020 гг. в Российской Федерации уровень обеспеченности врачами сельского населения снизился (2016 г. - 14,8‰; 2020 г. - 14,0‰). Анализ кадровой обеспеченности по федеральным округам в сравнении с данными по Российской Федерации показал, что низкий уровень обеспеченности и снижение уровня кадровой обеспеченности сельского здравоохранения за 2016 – 2021 гг. выявлен в СЗФО (11,6 ‰; 11,4 ‰; 11,2 ‰; 11,2 ‰; 11,0 ‰), в УФО (13,7 ‰; 13,3 ‰; 12,9 ‰; 12,8 ‰; 12,4 ‰) и СФО (15,1 ‰; 15,2 ‰; 14,3 ‰; 13,9 ‰; 13,5 ‰). Низкий уровень, но рост показателя обеспеченности выявлен в ЦФО (12,3 ‰; 12,3 ‰; 12,6 ‰; 12,6 ‰; 12,8 ‰) (Рисунок 4).

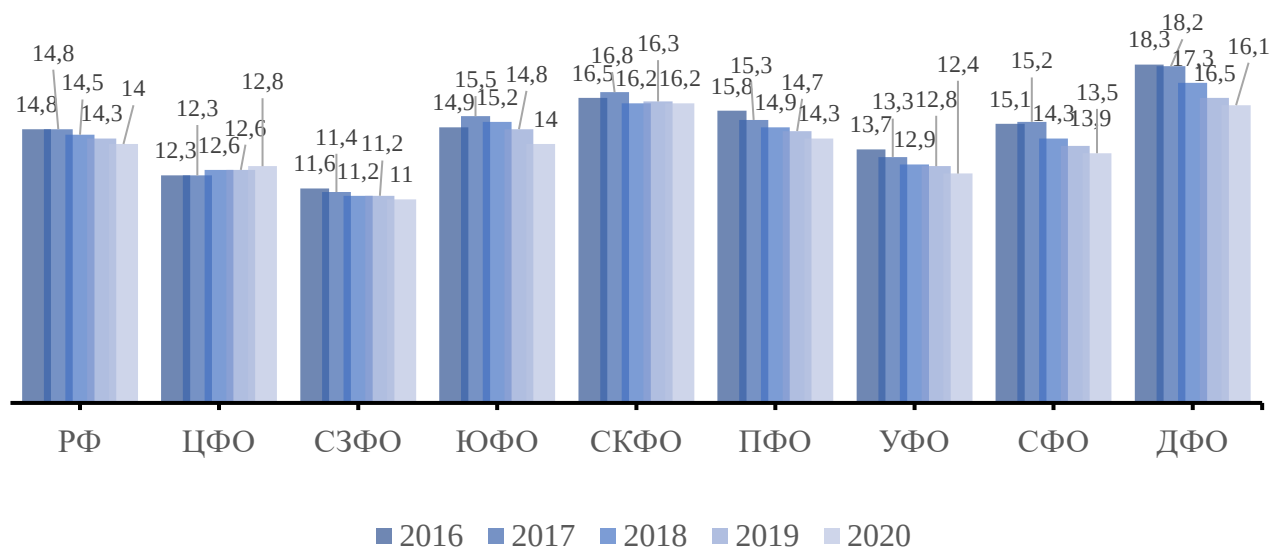


Рисунок 4 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности врачами сельского населения Российской Федерации (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Высокий уровень кадровой обеспеченности здравоохранения сельской местности врачами, но с ежегодным снижением показателя выявлен в ЮФО (14,9‰; 15,5‰; 15,2‰; 14,8‰; 14,0‰), ПФО (15,8‰; 15,3‰; 14,9‰; 14,7‰; 14,3‰). Выявлен самый высокий уровень кадровой обеспеченности, но имеющий снижение показателя в период 2016-2020 гг. в СКФО (16,5‰; 16,8‰; 16,2‰; 16,3‰; 16,2‰) и в ДФО (18,3‰; 18,2‰; 17,3‰; 16,5‰; 16,1‰).

Тенденции снижения обеспеченности врачебными кадрами подтверждаются темпом убыли обеспеченности врачами здравоохранения сельской местности в Российской Федерации (-5,4%), в федеральных округах высокий темп убыли выявлен в ДФО (- 12 %), СФО (- 10,6 %), УФО (- 9,5 %), ПФО (- 9,5 %) и несколько ниже темп убыли в СЗФО (- 5,2 %), ЮФО (- 6,0 %), СКФО (- 4,6 %). Прирост обеспеченности врачами здравоохранения сельской местности выявлен только в ЦФО (+ 4,0 %).

1.2. Кадровая обеспеченность российского здравоохранения средними медицинскими работниками и медицинскими сестрами с высшим образованием

В российском здравоохранении обеспеченность средним медицинским персоналом характеризуется дефицитом различных его категорий, неравномерностью их распределения по территории страны, неорганизованной миграцией, невысокой производительностью труда [22; 134].

Изучение динамики кадровой обеспеченности средним медицинским персоналом выявило, что за период 2016 – 2021 гг. в Российской Федерации уровень обеспеченности кадрами среднего звена снизился (88,0 ‰; 86,2 ‰; 86,3 ‰; 85,8 ‰; 81,9 ‰; 80,1‰). Анализ обеспеченности российского здравоохранения кадрами среднего звена по федеральным округам показал, что в исследуемый период во всех федеральных округах кадровая обеспеченность средними медицинскими работниками снижается: ЦФО (82,2 ‰ ; 79,4 ‰; 79,2 ‰; 78,7‰; 75,5‰; 73,8‰), СЗФО (88,8 ‰; 86,8 ‰; 86,3 ‰; 86,3 ‰; 82,2 ‰; 80,6 ‰), ЮФО (81,5 ‰ ; 80,6 ‰; 80,6‰; 79,8‰; 74,5‰; 72,3‰), СКФО (81,7 ‰; 81,7 ‰; 82,0 ‰; 82,4 ‰; 81,1‰; 81,0‰), ПФО (92,1 ‰; 90,5 ‰; 91,0 ‰; 90,0 ‰; 86,3 ‰; 84,1 ‰), УФО (95,7 ‰ ; 93,0 ‰; 92,8 ‰; 92,4 ‰; 89,0 ‰; 87,0 ‰), ДФО (93,9 ‰; 92,4 ‰; 89,9 ‰; 92,0 ‰; 87,2 ‰; 84,8 ‰).

Низкий уровень кадровой обеспеченности средними медицинскими работниками по сравнению с показателем по Российской Федерации за 2021 г. (81,0 ‰) выявлен в ЦФО (73,8 ‰) и ЮФО (72,3 ‰). Удовлетворительный уровень обеспеченности кадрами среднего звена сопоставимый с показателями РФ, выявлен в ПФО (84,1 ‰), СФО (84,8 ‰), УФО (87,0 ‰), ДФО (83,9 ‰), СЗФО (80,6 ‰), СКФО (81,0 ‰) (Рисунок 5).

За изучаемый период показатели кадровой обеспеченности средним медицинским персоналом в этих федеральных округах также снизились.

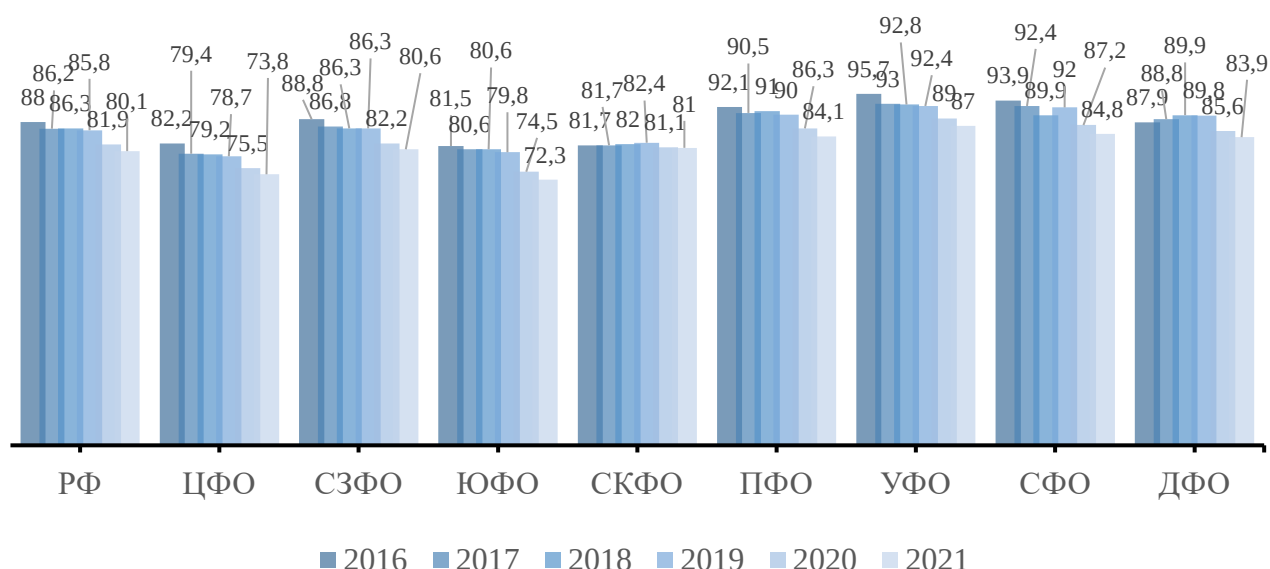


Рисунок 5 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности российского здравоохранения специалистами среднего звена за период 2016 – 2021 гг. (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Выявлен значительный темп убыли обеспеченности средними медицинскими работниками в Российской Федерации (- 4,7%) и в федеральных округах: ЦФО (-6,9%), СЗФО (-4,6%), ЮФО (-6,3%), ПФО (-4,1%), УФО (-5,3%), СФО (-4,8%), некоторый прирост отмечается в СКФО (0,8%) и ДФО (0,6%).

Динамика и уровень кадровой обеспеченности по основным специальностям среднего медицинского персонала в РФ (акушерки, зубные врачи, лаборанты, медицинские лабораторные техники (фельдшер – лаборант), медицинские сестры) представлены на Рисунке 6.

За период 2016 – 2021 гг. выявлено снижение обеспеченности акушерками (6,8 ‰; 6,6 ‰; 6,5 ‰; 6,4 ‰; 6,1 ‰; 5,9 ‰), лаборантами (1,18 ‰; 1,09 ‰; 1,0 ‰; 0,93 ‰; 0,88 ‰; 0,81 ‰), зубными врачами (0,95 ‰; 0,78 ‰; 0,82 ‰; 0,78 ‰; 0,73 ‰; 0,68 ‰), медицинскими лабораторными техниками (4,01 ‰; 3,97 ‰; 3,94 ‰; 3,90 ‰; 3,88 ‰; 3,8 ‰), медицинскими сестрами (61,2 ‰; 60,5 ‰; 59,7 ‰; 59,3 ‰; 58,9 ‰; 57,0 ‰).

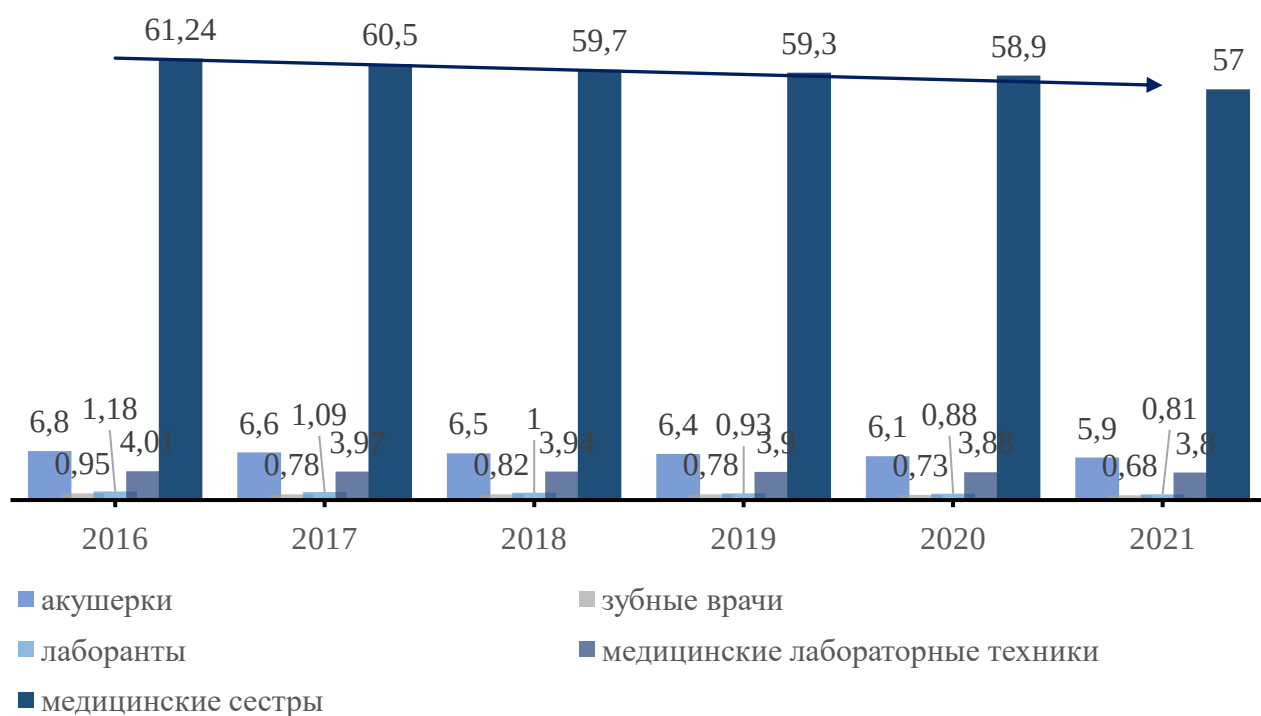


Рисунок 6 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности здравоохранения специалистами среднего звена в период 2016 – 2021 гг. (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Определено, что самой многочисленной профессиональной группой средних медицинских работников являются медицинские сестры. При этом за изученный период кадровая обеспеченность здравоохранения медицинскими сестрами снизилась на 4,2 ‰ (в 2016 г. – 61,2 ‰, 2021 г. – 57 ‰).

Постоянный дефицит среднего медицинского персонала, а также остающийся низким размер оплаты труда приводят к тому, что подавляющее число медицинских сестер работают более, чем на 1 ставку или совмещают свою работу с работой на других должностях (коэффициент совместительства в среднем по РФ составляет 1,3), чаще всего это не требующая особой квалификации должность санитарки (на 25 медицинских сестер приходится только 1 младшая медсестра по уходу). Такая ситуация приводит к росту физической и психологической нагрузки на медицинскую сестру, снижается престиж ее профессии, снижается качество медицинской помощи [110; 173; 214; 215; 221]. Большинство ученых сходятся во мнении, что для сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения в

городской и сельской местности должна быть предусмотрена реорганизация структуры медицинских кадров путём достижения оптимального соотношения врачей и среднего медицинского персонала [54; 57; 68; 69; 116; 155; 285; 288; 298]. Рекомендуемое Всемирной организацией здравоохранения соотношение численности врачей и медицинских сестер составляет 1:4. [46; 150; 220]. Анализ соотношения «врач – медицинская сестра» отрицательную динамику за период 2016-2021 гг. (1:2,25; 1:2,18; 1:2,11; 1:2,08; 1:2,02; 1:1,97), что доказывает сохранение проблемы кадрового дисбаланса «врач - медицинская сестра» в российском здравоохранении (Рисунок 7).

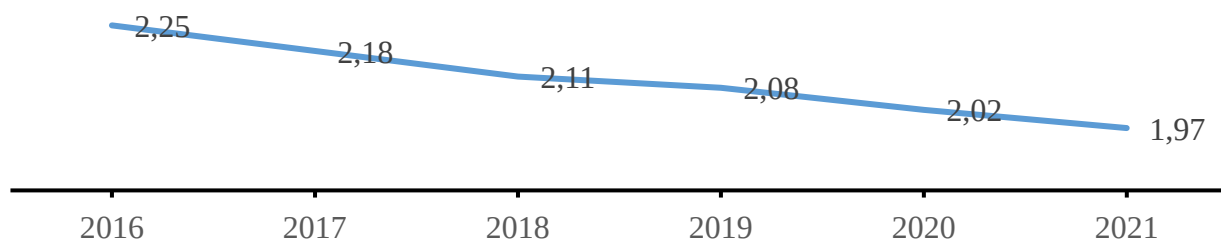


Рисунок 7 – Динамика и уровень соотношения «врач – медицинская сестра» за период 2016 – 2021 гг. (по данным Росстата, 2022 г.)

В современном здравоохранении важнейшей частью выступает сестринское дело, специалисты которого обеспечивают доступную медицинскую помощь населению и способствуют эффективному распределению кадровых ресурсов в медицинской организации [6; 7; 46; 151]. В исследованиях отмечалось, что проводимая в Российской Федерации реформа сестринского образования и возможность получения высшего образования для медицинских сестер значительно изменяет отношение всех субъектов к роли среднего медицинского персонала в отечественном здравоохранении и повышает престиж профессии «медицинская сестра» [62; 110; 321]. Медицинские сестры с высшим образованием нужны здравоохранению не меньше, чем медицинские сестры со средним профессиональным образованием, особенно для формирования кадрового резерва на управленческие должности сестринского персонала (старшая медицинская сестра, главная медицинская сестра и т.д.). На современном этапе руководящие

должности сестринской службы могут занимать специалисты со средним медицинским образованием, имеющие среднее профессиональное образование по специальности «Лечебное дело», «Акушерское дело» или «Сестринское дело» и дополнительное профессиональное образование (профессиональная переподготовка, повышение квалификации) по специальности «Организация сестринского дела» или высшее образование - бакалавриат по направлению подготовки «Сестринское дело» и дополнительное профессиональное образование - повышение квалификации «Организация сестринского дела» [232; 236].

Динамика и уровень кадровой обеспеченности организаторами сестринского дела показывают некоторый рост обеспеченности за период 2016 – 2021 гг. (0,98 ‰; 0,98 ‰; 0,91 ‰; 0,88 ‰; 0,96 ‰; 0,97 ‰) после резкого снижения в 2018 г. Выявлен дисбаланс обеспеченности организаторами сестринского дела по федеральным округам. Низкий уровень обеспеченности с отрицательной динамикой выявлен в ЦФО (1,01 ‰; 0,95 ‰; 0,85 ‰; 0,82 ‰; 0,80 ‰; 0,79 ‰), в ЮФО за изучаемый период кадровая обеспеченность выросла, но показатели обеспеченности находятся на низком уровне (0,59 ‰; 0,61 ‰; 0,59 ‰; 0,57 ‰; 0,70 ‰; 0,79 ‰) (Рисунок 8).

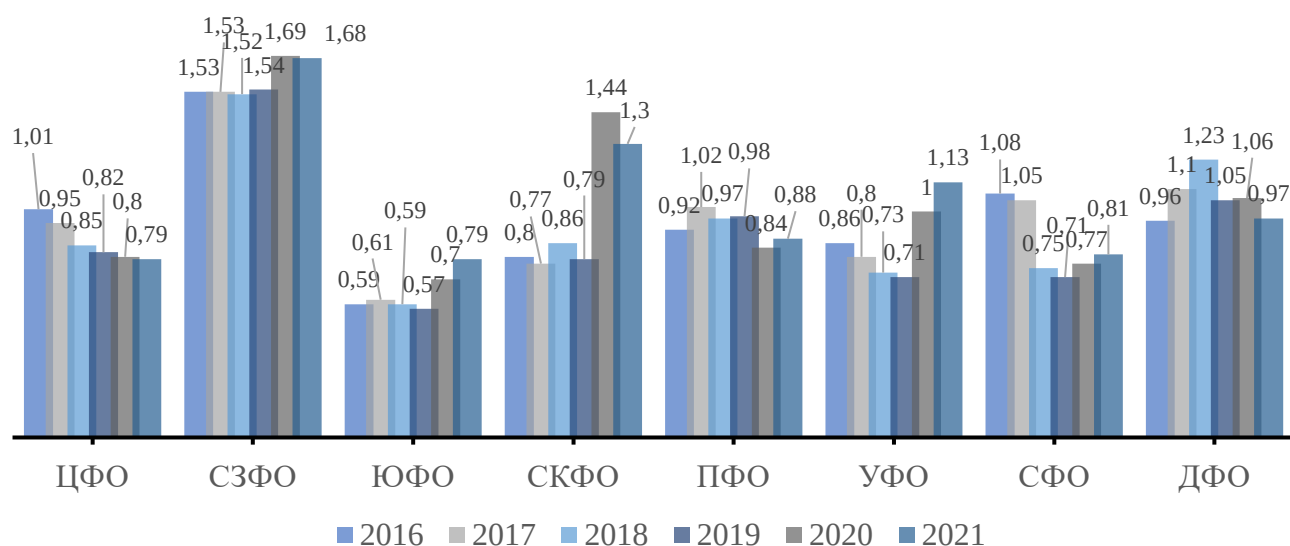


Рисунок 8 – Уровень обеспеченности федеральных округов организаторами сестринского дела (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Снижение обеспеченности и нестабильный уровень выявлены в ПФО (0,92 ‰; 1,02 ‰; 0,97 ‰; 0,98 ‰; 0,84 ‰; 0,88 ‰), низкий уровень обеспеченности и отрицательная динамика выявлены в СФО (1,08 ‰; 1,05 ‰; 0,75 ‰; 0,71 ‰; 0,77 ‰; 0,81 ‰). Отмечается снижение уровня обеспеченности организаторами сестринского дела в ДФО (0,96 ‰; 1,1 ‰; 1,23 ‰; 1,05 ‰; 1,06 ‰; 0,97 ‰), так как несмотря на рост показателя в 2018 г., далее уровень обеспеченности стал снижаться. Положительная динамика и рост уровня кадровой обеспеченности организаторами сестринского дела за изучаемый период выявлен в УФО (0,86 ‰; 0,8 ‰; 0,73 ‰; 0,71 ‰; 1,0 ‰; 1,13 ‰).

Положительная динамика и рост уровня кадровой обеспеченности организаторами сестринского дела за изучаемый период выявлен в СКФО (0,8 ‰; 0,77 ‰; 0,86 ‰; 0,79 ‰; 1,44 ‰; 1,3 ‰). Высокий уровень обеспеченности организаторами сестринского дела выявлен только в СЗФО (1,53 ‰; 1,53 ‰; 1,52 ‰; 1,54 ‰; 1,69 ‰; 1,68 ‰).

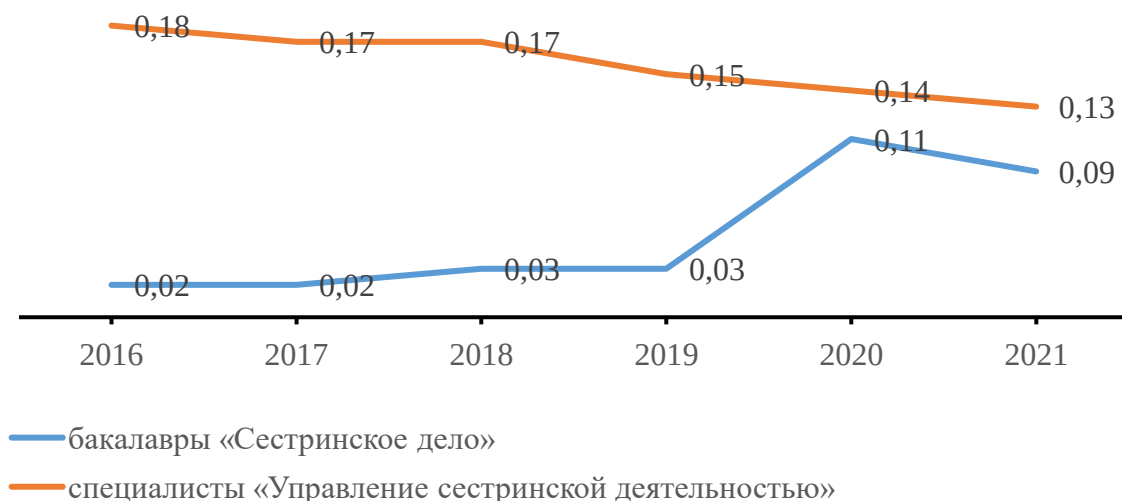


Рисунок 9 – Динамика и уровень кадровой обеспеченности российского здравоохранения по специальности «Управление сестринской деятельностью» и бакалаврами «сестринское дело» за период 2016 – 2021 гг. (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Кадровая обеспеченность здравоохранения Российской Федерации специалистами «Управление сестринской деятельностью» в период 2016 – 2021 гг. имеет низкий уровень и отрицательную динамику (0,18 ‰; 0,17 ‰; 0,17 ‰; 0,15 ‰; 0,14 ‰; 0,13 ‰) (Рисунок 9).

Кадровая обеспеченность бакалаврами «сестринское дело» в период 2016 - 2019 гг. находилась на низком уровне, при этом отмечается рост показателя обеспеченности в 2020 г. (0,11 ‰).

Первый выпуск бакалавров, как опыт, состоялся в 2014 г.. На территории Российской Федерации было выпущено всего 76 бакалавров, которые на 2014 г. не были учтены в статистических формах Росстата.

В 2010 г. был проведен набор в некоторые вузы, но ФГОС по направлению подготовки «Сестринское дело (уровень бакалавриата)» был утвержден только в 2011г. [241]. В связи с чем более массовый прием в вузы на обучение по направлению «сестринское дело» (уровень бакалавриата) был инициирован в 2011г.. В основном выпуск бакалавров «сестринское дело» в Российской Федерации состоялся в 2015 г.

Анализ кадровой обеспеченности федеральных округов Российской Федерации бакалаврами «сестринское дело» выявил, что в 2016г. обеспеченность по 0,01‰ имела в ЦФО, СЗФО, ПФО, УФО. В ЮФО - 0,02‰, в ДФО и СКФО - по 0,06‰, тогда как в СФО такие кадры отсутствовали.

Положительная динамика, но низкий уровень кадровой обеспеченности выявлены в ЦФО (0,01‰; 0,02‰; 0,03‰; 0,03‰; 0,11‰; 0,09‰), в СЗФО (0,01‰; 0,04‰; 0,06‰; 0,06‰; 0,12‰; 0,12‰), в СКФО (0,06‰; 0; 0,02‰; 0,02‰; 0,16‰; 0,2‰), в ПФО (0,01‰; 0,02‰; 0,02‰; 0,03‰; 0,18‰, снижение в 2021 г. - 0,13‰), в ДФО (0,06‰; 0,03‰; 0,03‰; 0,02‰; 0,04‰; 0,09‰) (Рисунок 10).

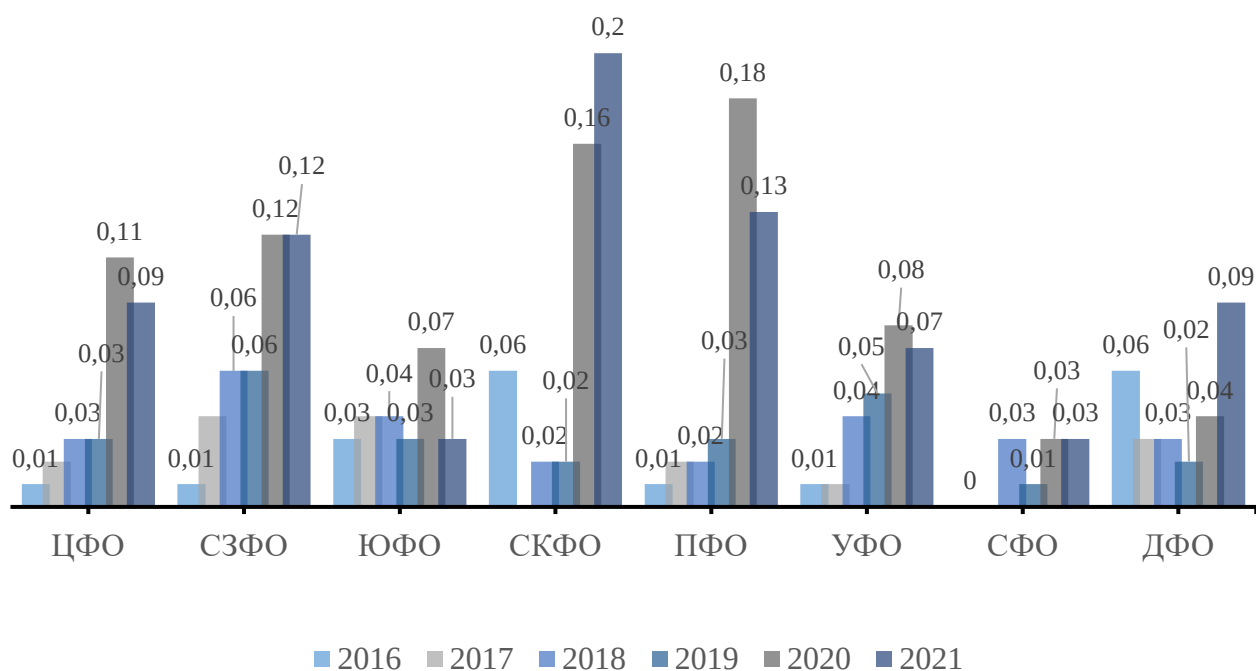


Рисунок 10 – Динамика и уровень обеспеченности федеральных округов Российской Федерации бакалаврами «сестринское дело» за период 2016 – 2021 гг. (на 10000 населения, по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2022 г.)

Низкая востребованность кадров выявлена в ЮФО (0,03‰; 0,04‰; 0,04‰; 0,03‰; 0,07‰; 0,03‰) и в СФО (0; 0; 0,03‰; 0,01‰; 0,03‰; 0,03‰).

1.3. Общемировые тенденции кадрового обеспечения здравоохранения

Главным фактором успешного развития и функционирования системы здравоохранения, укрепления потенциала общественного здравоохранения, ориентированного на нужды населения, а также готовности к чрезвычайным ситуациям и адекватным ответным мерам в современных условиях является, в первую очередь, наличие квалифицированных и умелых, должным образом мотивированных медицинских кадров [76]. При этом в докладе «A Universal Truth: No health without a workforce» («Всеобщая реальность: без трудовых ресурсов нет

здоровья») ВОЗ отмечает серьезные системные проблемы в здравоохранении: старение и выход на пенсию врачей и медицинских сестер или их переход на более высокооплачиваемую работу и отсутствие других работников, приходящих на их место, так как недостаточное число молодых людей выбирает эту профессию или получает соответствующую подготовку. По данным ВОЗ к 2035 году в мире будет не хватать 12,9 миллионов врачей и медицинских сестер, сейчас их нехватка оценивается в 7,2 миллиона человек [76; 177; 202; 253; 301; 382]. Если не принять меры сейчас, такая нехватка будет иметь серьезные последствия для здоровья миллиардов людей во всех регионах мира. Тогда как медицинские кадры требуют длительной подготовки, постоянного профессионального развития, экономических затрат на подготовку. Обеспеченность кадровыми ресурсами, их состояние, определяет эффективность работы систем здравоохранения, а именно качество и доступность оказываемой медицинской помощи населению [4; 36 ; 155; 302; 324; 341], доказывая актуальность поиска путей решения проблемы дефицита кадров во всем мире [339; 382].

Еще одним из глобальных вызовов для здравоохранения является нехватка отдельных категорий медицинских работников с прогнозируемым ростом дефицита в перспективе (акушеры, медсестры, врачи). В настоящее время в 100 странах обеспеченность такими медицинскими специалистами ниже 34,5 человека на 10 000 населения [36; 126]. Структура кадрового дефицита в различных странах представлена по-разному. Это может быть изолированный дефицит кадров в первичном звене здравоохранения (терапевты, педиатры, врачи общей практики), врачей-специалистов (например, врачей-эндокринологов) или среднего медицинского персонала (медицинские сестры, акушерки). При изолированном дефиците существуют возможности перераспределения нагрузки между этими звеньями с поддержкой направления кадрового дефицита. Если же дефицит кадров затрагивает все звенья, то решить вопрос с перераспределением невозможно без подготовки новых кадров и удержания их на местах, что накладывает особую ответственность на органы исполнительной власти в области здравоохранения по своевременному планированию кадрового обеспечения и мерах их поддержки [6;

199; 202]. Дефицит кадров наблюдается во многих государствах, особенно в тех, где отмечается низкий уровень доходов, что способствует росту эмиграции медицинского персонала в соседние, более благополучные страны. Европейские страны, такие, как, например, Словения и Хорватия являются «поставщиком» медицинских кадров для Австрии. Россия является «поставщиком» медицинских кадров для Финляндии и стран Восточной Европы, в которую ежегодно уезжают сотни выпускников российских медицинских вузов [219; 220]. Принято считать, что в некоторых Европейских странах и в России имеется высокий уровень обеспеченности врачами населения (выше 4,0 на 1000 населения).

В России ведется подготовка врачебных кадров больше на душу населения, чем в некоторых развитых странах, при этом выраженный дефицит медицинских кадров в российском здравоохранении сохраняется [131; 160; 314]. Если десять лет назад Россия входила в первую пятерку стран в мире по обеспеченности врачами населения, то в тот же период в таких развитых странах, как США или Канада, этот показатель был в 2 раза меньше, в Великобритании и других странах Европы - в 3 раза меньше [219; 220; 310].

В ведущую десятку стран мира по обеспеченности врачами входят такие страны, как: Италия (4,0 ‰), Испания (4,0‰), Чехия (4,0‰), Россия (4,1‰), Дания (4,2‰), Германия (4,3‰), Швейцария (4,3‰), Литва (4,6‰), Норвегия (4,9‰), Австрия (5,2‰) (Рисунок 11).

В 2019 году российское здравоохранение вышло на показатель 4,1 и сегодня находится в первой десятке по обеспеченности врачами [382]. Однако несмотря на то, что пересмотр подходов в подготовке кадров для системы здравоохранения произошел, проблема дефицита кадров врачебного персонала в российском здравоохранении так и не решена. Еще одной проблемой для большинства стран остается дисбаланс кадров «врач – средний медицинский персонал». По рекомендации ВОЗ показатель соотношения между врачебным и средним медицинским персоналом должен составлять 1:4 – 1:5, так как считается, что именно при таком уровне показателя система общественного здравоохранения будет эффективно функционировать и развиваться [220].

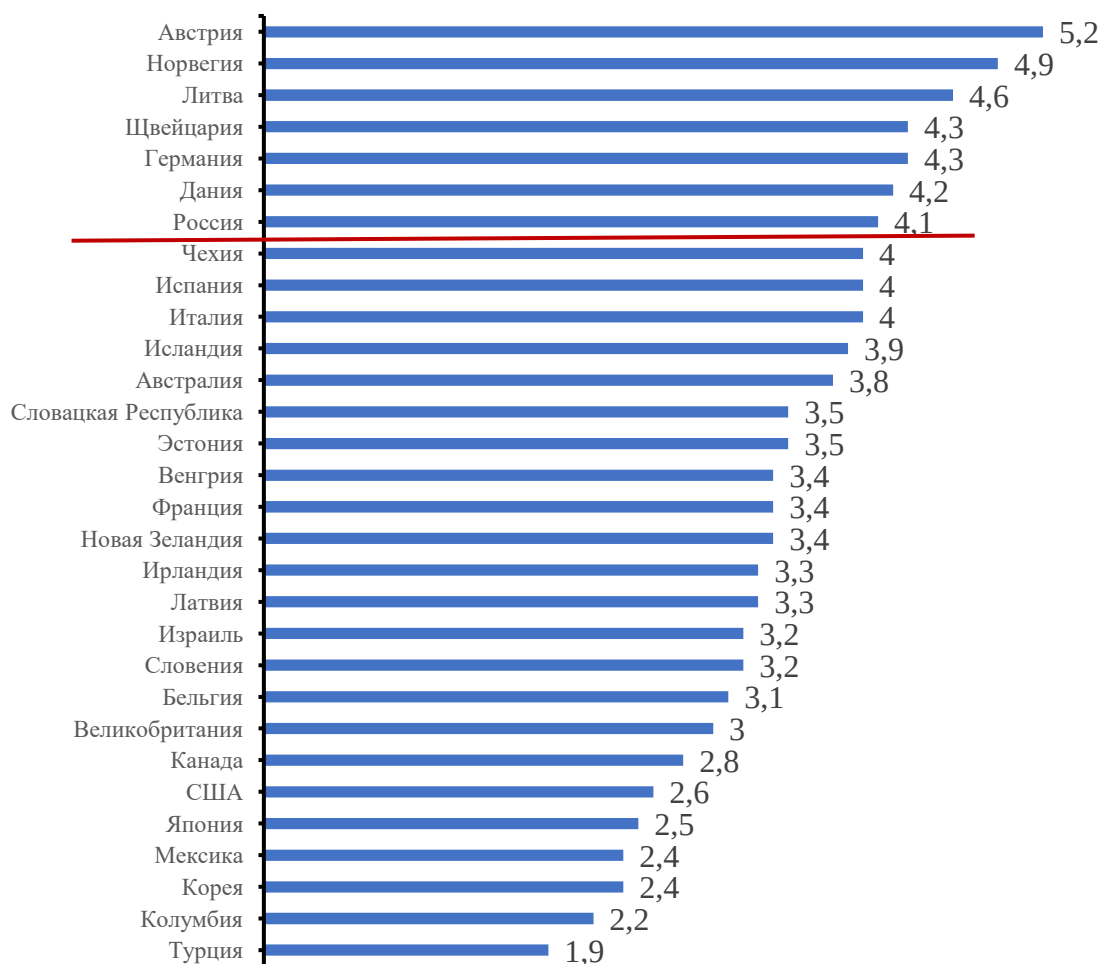


Рисунок 11 – Обеспеченность врачами населения различных стран, по данным ВОЗ, 2020 г. (на 1000 населения)

Международный опыт показывает, что достижение такого результата в показателе соотношения возможно. Так, например, в США соотношение между врачебным и средним медицинским персоналом составило 1:3,6, в Норвегии 1:4,3, а в Ирландии достигло показателя 1:6,7 [382].

Различия соотношения числа медицинских сестер и врачей имеются в следующих регионах: больше всего медицинских сестер в расчете на одного врача в Американском (3,5) и Африканском (3,4) регионах, меньше всего – в Восточно-Средиземноморском регионе (1,4), а в целом по миру показатель составляет 2,4 [219; 382] (Рисунок 12).

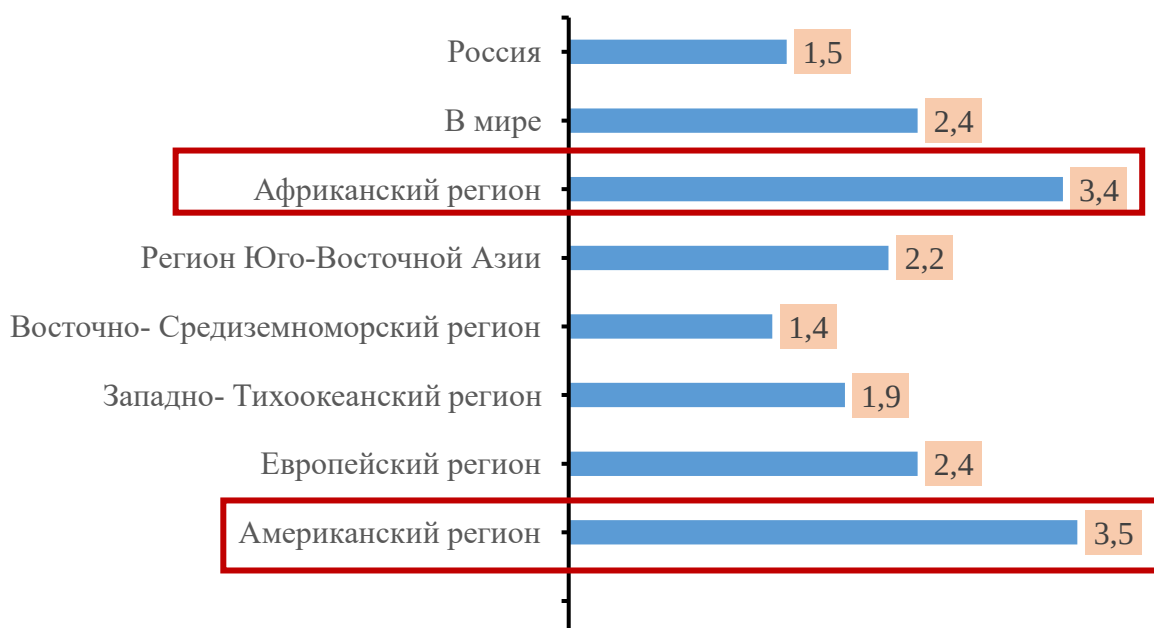


Рисунок 12 – Соотношение численности медицинских сестер и врачей по регионам ВОЗ, 2020 г. (на 1000 человек)

На современном этапе в целом по миру на каждые 10 тысяч человек приходится примерно 16 врачей и 38 медицинских сестер (включая акушеров по большинству стран), но уровень обеспеченности медицинскими кадрами в мире имеет значительное различие, так как в Европейском регионе показатель вдвое выше, а в Африканском регионе – втрое ниже. Если в Европейском и Американском регионах ВОЗ на каждые 10 тысяч человек населения приходится более 80 медицинских сестер (81 и 83 соответственно), то в Африканском регионе – всего 10, Восточно-Средиземноморском - 15, регионе Юго-Восточной Азии - 18. Несколько выше обеспеченность населения медицинскими сестрами в Западно-Тихоокеанском регионе – 36 на 10000 человек.

Данные, представляемые странами-членами ВОЗ, показывают, что более чем в 55% стран обеспеченность населения медицинскими сестрами составляет менее 40 медицинских сестер (включая акушеров) на 10 тысяч человек населения [347; 371]. Общемировой стратегически важной для решения проблемой является снижение дефицита медицинских сестер, так как к 2030 году миру для достижения

всеобщего охвата медицинским обслуживанием потребуется на 9 миллионов больше медсестер и акушерок [46; 253; 371].

Таким образом, дефицит медицинских кадров и дисбаланс соотношения «врач - медицинская сестра» остаются не решенными проблемами для большинства стран мира, что требует поиска новых путей сохранения специалистов в здравоохранении.

1.4. Основные причины дефицита медицинских кадров и оттока выпускников образовательных организаций из государственной системы здравоохранения

Эффективность деятельности системы здравоохранения, качество и доступность оказываемой населению медицинской помощи, степень технологического оснащения лечебно-диагностического процесса, результативность принятых решений во многом определяются профессиональной подготовкой специалистов [4; 52; 147; 153; 226]. В Российской Федерации действует система подготовки медицинских и фармацевтических специалистов с высшим образованием, которая складывается из 5 – 6 - летней подготовки по программам специалитета с последующим обучением по программам ординатуры и блока дополнительного профессионального образования, который включает в себя повышение квалификации различной продолжительности и профессиональную переподготовку. В рамках мероприятий по повышению качества подготовки и обеспечению единого уровня подготовки во всех организациях, осуществляющих образовательную деятельность, с 2011 г. обучение медицинских и фармацевтических специалистов проводится по программам специалитета, разработанным в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами по специальностям [229]. Подготовка специалистов с высшим медицинским образованием в образовательных

организациях подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации ведется на современном этапе в 46 образовательных организациях высшего образования [172; 294].

При этом одной из важнейших, но также не решенной, проблемой остается отток выпускников вузов сразу после окончания образовательной организации. Каждый третий выпускник вуза меняет свое первое место работы после окончания образовательной организации несмотря на то, что большинство из них окончили вуз в последние два–три года [59]. В здравоохранении в 2021 г. на работу устроились только 66% выпускников медицинских колледжей и 69% выпускников медицинских вузов. Указывается на то, что почти 50% выпускников вузов РФ не трудятся по специальности, полученной в вузе, серьезной является проблема профессиональной ориентации. Студент, находясь под давлением ряда факторов, не знает, как он дальше будет строить карьеру [158].

Тем не менее анализ динамики выпуска обучающихся по медицинским специальностям после окончания медицинского вуза показывает, что идет наращивание выпуска специалистов, как обучающихся на бюджете, так и с полным возмещением затрат на обучение (ПВЗ), по сравнению с 2015 г. выпуск с бюджетных мест увеличился на 8282 выпускника, по ПВЗ на 19343 выпускника [294] (Рисунок 13).

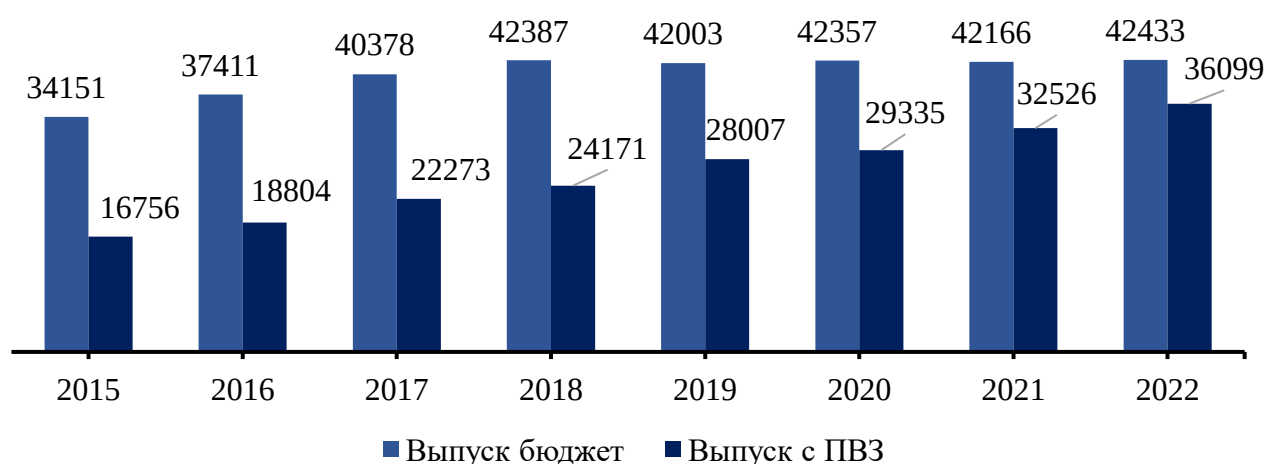


Рисунок 13 – Динамика выпуска из медицинских вузов (бюджет и ПВЗ) в период 2015 – 2022 гг. (Росстат, 2022 г.)

Среди основных причин ухода с первого места работы определяются следующие: низкий уровень заработной платы (30%) и неудовлетворительные условия труда, включая социальные гарантии (25%) [16]. Другие исследователи отмечают, что основными факторами низкого уровня притока молодых кадров в отрасль являются низкая привлекательность профессии и отсутствие мотивационных механизмов для трудоустройства выпускников вузов [9; 86; 253; 268]. Выявлено, что только 6,2 % выпускников по специальности «лечебное дело» и 8,3% педиатров собираются работать участковыми врачами [8]. Проблемой для кадрового обеспечения здравоохранения остается низкий престиж профессии, но исследований в данной области практически не проводилось [220; 271]. Тогда как престиж, представляющий собой оценку социальной значимости профессии, относится к основным индикаторам, определяющим позицию социальной группы в современной стратификационной иерархии [139; 284]. Привлекательность и престижность медицинской профессии (как и любой другой) в современных рыночных условиях в высокой мере определяется уровнем оплаты труда или социальными возможностями, которые она может приносить. Именно из-за низкой зарплаты в сопоставлении с физической и психологической сложностью работы в сфере здравоохранения уходят уже действующие врачи, а молодые выпускники вузов принимают решение задействовать себя в коммерческих сферах, связанных с медициной [37; 45; 47; 65; 66; 164; 167; 234; 309]. Одной из главных причин кадрового дефицита называется выход на пенсию медицинских работников, не восполняемый приходом молодых специалистов [173]. Средний возраст врачей более 46 лет, а по ряду специальностей (психиатры, токсикологи, радиологи, сурдологи-оториноларингологи, фтизиатры, рентгенологи, физиотерапевты) - более 50 лет. Несомненно, это связано с общим старением населения. Однако в исследованиях указывается на то, что больший вклад в эту проблему оказывает именно уход молодых специалистов из системы здравоохранения, в результате недостаточного их притока в отрасль, то есть нежелания выпускников образовательных учреждений работать в медицинских организациях, особенно в

отдаленных районах и сельской местности [67; 68; 170; 186]. Сохраняется отток из региональной системы здравоохранения молодых специалистов [5; 8; 76; 332]. Невысокий уровень доходов, высокая нагрузка, профессиональный стресс, снижение престижа профессии, профессиональное выгорание являются социальными предикторами профессиональной деятельности как врачебных кадров, так и кадров среднего медицинского персонала, что ведет к определенным деструктивным последствиям и создает социальную угрозу сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения [69; 76; 177; 284]. Из числа специалистов, прибывших на работу после окончания интернатуры и ординатуры, опрошенных за последние 5 лет, 25,4% меняли место работы, 30% задумываются о смене места работы, 16,4% врачей размышляют о необходимости смены профессии [187]. Считается, что приток молодых специалистов сдерживается отсутствием приемлемого жилья, отсутствием бытовой и профессиональной инфраструктуры, низкими зарплатами [44; 51; 229]. В исследованиях отмечается, что в субъектах Российской Федерации заработная плата врачей и среднего медицинского персонала значительно дифференцирована, что не может не отразиться на численности медицинских работников [49; 65; 190; 226].

Проблема дефицита кадров в здравоохранении в течение десятилетий решалась увеличением приема в медицинские вузы [120]. По данным Минздрава РФ (2020 г.) в России с 2014 г. по 2021 г. прием в медицинские вузы увеличился на 15,4%, а по специальностям «Лечебное дело» и «Педиатрия» – почти на 21%. За этот же период существенно увеличился выпуск специалистов отрасли - на 17%, а по специальности «Лечебное дело» и «Педиатрия» - на 21%. При этом 61% выпускник не продолжил обучение, из них были трудоустроены 95,7% выпускников [261]. Остается нерешенной проблема на какие рабочие места трудоустраиваются выпускники. Трудоустройство по специальности является важной характеристикой карьерных траекторий, поскольку считается, что способствует более высокой заработной плате [59; 137; 139; 251; 252] и большей удовлетворенности от работы [20; 71; 117;].

При этом в целом по стране только две трети выпускников российских вузов работают по специальности [143]. Низкая конкурентоспособность выпускников на рынке труда обусловлена отсутствием необходимой квалификации и практических навыков; расхождением в ожиданиях молодых специалистов и работодателей, касающихся уровня оплаты труда и доступных вакансий. Все это, по мнению исследователей приводит к дисбалансу числа специалистов узкого профиля и первичного звена [155; 218]. Так, например, в исследованиях отмечается, что большинство выпускников медицинских вузов предпочитают выбор специализации узкой направленности и они не ориентированы на работу в первичном звене. Таким образом, дефицит врачей амбулаторного звена начинается уже на этапе выпуска из вузов [132].

Среднее профессиональное образование в здравоохранении исторически в России характеризуется короткими сроками подготовки и существенно отличается по содержанию от европейских стандартов, оставаясь актуальной проблемой в подготовке кадров среднего звена, так как с 1990 г. фактически в два раза сократился приём на подготовку таких специалистов. Минимум был, достигнут в 2011 г. (50,9%) (Рисунок 14).

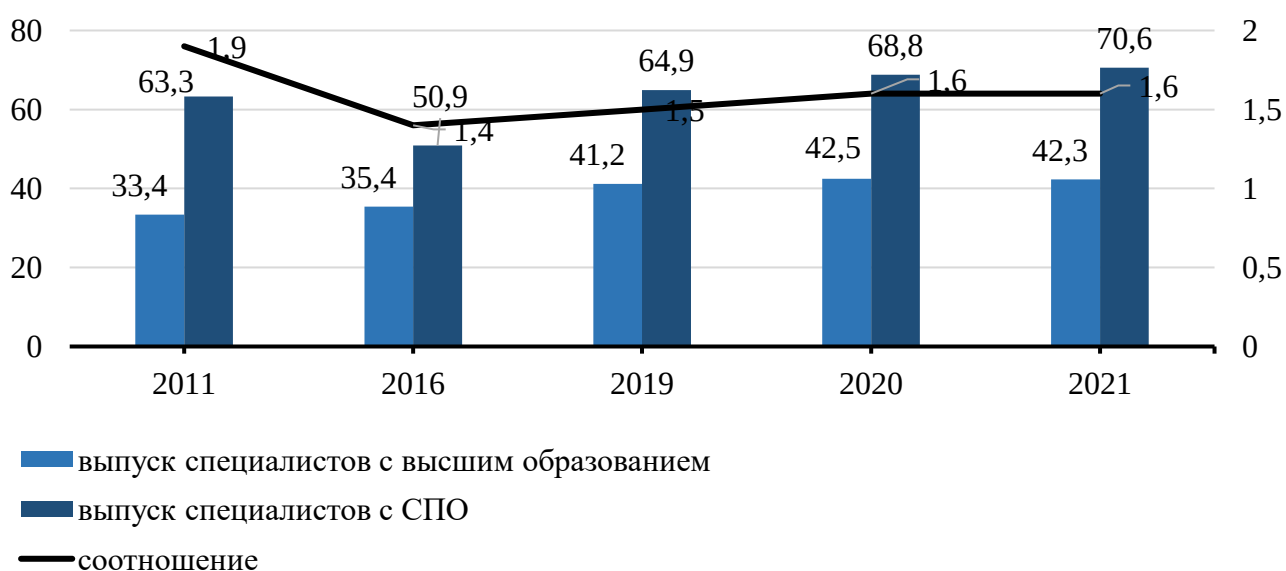


Рисунок 14 – Сравнительная характеристика выпуска специалистов с высшим и средним профессиональным образованием для системы здравоохранения (Росстат, 2022 г.)

В 2012 г., на государственном уровне, были приняты меры, и на 41% прием был увеличен. Тем не менее, недостаток выпускников со средним медицинским образованием составляет 16,5 тысячи [265]. Образовательные программы СПО в области образования «Здравоохранение и медицинские науки» реализуют 344 профессиональные образовательные организации и 152 филиала, а также 60 образовательных организаций высшего образования и 15 филиалов таких организаций во всех субъектах Российской Федерации (Министерство просвещения Российской Федерации «О направлении информации» от 06.03.2023 №АК - 200/05). Для решения проблемы дефицита специалистов со средним медицинским образованием необходимо увеличение числа обучающихся не менее чем на 30% в год от имеющегося дефицита таких специалистов на 2021 г.. Тогда можно будет обеспечить приход в отрасль не менее 68–70 тысяч молодых специалистов ежегодно. И даже с учётом оттока средних медицинских работников по возрасту или вследствие внутренней отраслевой миграции (такие потери составляют 26 тысяч сотрудников каждый год), увеличение числа обучающихся на 30 % даст 42 тысячи дополнительных специалистов в год [261]. Задачей государственного управления и обеспечения национальной безопасности Российской Федерации, одним из способов их эффективного решения в сфере охраны здоровья граждан и сфере государственного управления Российской Федерации становится ликвидация дефицита медицинских работников. Большинство субъектов Российской Федерации имеют дефицит врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Несмотря на положительную динамику с 2016 г., в 2022 г. расчетный дефицит врачей в Российской Федерации составил 26451 врач и 58268 средних медицинских работников [294]. В 2014 г. была поставлена задача увеличить число подготовленных специалистов в образовательных организациях среднего профессионального образования на 50% и на этой основе обеспечить рост числа средних медицинских работников, приходящихся на одного врача, с 2,2 в 2013 г. до 3,0 в 2020 г., т.е. выйти примерно на уровень большинства западных стран. В 2023 г. решить проблему и выйти на показатель 3,0 не удалось. Проведенная реформа среднего профессионального

образования в 2020 – 2022 гг. вернула подготовку кадров средних медицинских работников по срокам к системе 1997 г. Базовая подготовка среднего медицинского персонала с 1997 г. до 2020 г. для фармацевтов и до 2022 г. для остальных специальностей проводилась в течение 3 г.10 месяцев после 9 класса и 2 г.10 месяцев после 11 класса. В 2023 г. специальности СПО перешли на двухлетнюю подготовку после 11 класса (1 г.10 месяцев) и три года после 9 класса школы (2 г.10 месяцев), кроме «акушерское дело» - после 9 класса – 3 г. 6 месяцев, после 11 класса – 2 г. 6 месяцев и «лечебное дело» - после 9 класса – 3 г. 10 месяцев, после 11 класса – 2 г.10 месяцев, например, ФГОС 34.02.01 - Сестринское дело [244]. Так предполагается снизить дефицит среднего медицинского персонала в здравоохранении в короткие сроки. Для повышения качества подготовки и квалификации медицинских работников планировалось и была создана система допуска к медицинской деятельности на основе новых профессиональных стандартов и новой системы аккредитации специалистов здравоохранения [228; 229; 231]. Выпускники, освоившие программы среднего и высшего медицинского и фармацевтического образования в соответствии с федеральными государственными образовательными стандартами, начали проходить процедуру аккредитации [231]. Наиболее востребованной для государства и на рынке труда медицинской профессией среднего профессионального образования является профессия «медицинская сестра», как наиболее дефицитная профессия в здравоохранении [244].

1.5. Влияние состояния здоровья студентов в период обучения на уход из профессии после выпуска из образовательной организации

Одним из важных направлений формирования кадровой обеспеченности здравоохранения, в особенности молодыми специалистами, является сохранение

здоровья студентов на всех этапах обучения [24; 80; 114; 273; 307]. Для реализации стратегической цели в первую очередь необходимо сохранить здоровье будущих медицинских работников, начиная с подготовки кадров в вузах страны и реализации аксиомы выбора «медицинские кадры здравоохранения должны быть здоровыми и трудоспособными» [106]. Здоровьем врачебных кадров – предиктора повышения доступности и качества медицинской помощи населению – обуславливается успешность (или не успешность) преодоления кризиса системы здравоохранения России. Исследования здоровья врачей практического здравоохранения доказывают, что на здоровье и заболеваемость врачей в основном влияет профессиональная деятельность [57; 208; 224; 293].

В России лишь 10% выпускников школ остаются здоровыми к концу обучения, около 505 детей больны хроническими заболеваниями. Пять миллионов детей России причислены по состоянию здоровья к «группе риска» [32; 201].

Здравоохранение получает кадры после подготовки в образовательной организации, при этом обучение оказывает влияние как на здоровье студентов, так и на их образ жизни. По данным исследований последнего времени ухудшается состояние физического здоровья и психологического комфорта студентов, по-прежнему остается проблемой то, что до 40% и более студентов медицинских направлений имеют хронические заболевания внутренних органов [156; 208; 273; 307]. В период обучения у студентов меняется образ жизни. Михайловский В.В. (2022 г.) по результатам исследования делает вывод, что более половины опрошенных студентов медицинского вуза (53,0%) считали свой образ жизни не вполне соответствующим принципам ЗОЖ. При этом 54,2% не занимались спортом/физической активностью, режим дня соблюдали только 16,3% опрошенных, у 14,9% студентов продолжительность сна составляла менее 6 часов, и только 21,4% студентов соблюдали правильный режим питания. Число курящих студентов составило 15,1%, употребляющих алкоголь – 7,5% [161]. Другие исследователи указывают на специфические особенности образа жизни студентов, к которым относят чаще всего чтение, подготовка к занятиям ночью (51,3%), поздние ужины перед сном (48,6%), проблемы в личной жизни (48,9%) [269]. При

обсуждении употребления алкоголя (водки, вина, пива) исследователями было выявлено, что 54 % девушек и 37,1 % юношей употребляли один из видов алкоголя ($p < 0,017$), а 77 % девушек и 87 % юношей считают, что употребление спиртных напитков [11; 205], неправильное питание в период обучения вредит здоровью [77; 111]. Образ жизни юношей характеризуется присутствием психоэмоционального стресса (87,5% – 87,8%), малым нахождением на свежем воздухе (88,9% – 90,6%), несоблюдением режима сна (37,5% – 44,4%), недостаточной медицинской активностью (19,8% – 26,3%) [130; 255; 260; 263]. Более 70% девушек и около 45% юношей не принимают участие в спортивной деятельности, физическая активность в основном определяется занятиями физкультурой в университете [64; 269]. Не занимаются спортом 64,7% исследованных студентов. За время обучения в вузе здоровье студентов объективно ухудшается, к моменту окончания вуза только 20% выпускников могут считаться практически здоровыми [254; 269]. После поступления в образовательную организацию студент попадает в образовательную среду, сталкиваясь с необычайно интенсивным информационным потоком, получает очень значительные, иногда избыточные объемы данных на лекционных, практических и лабораторных занятиях, в электронных базах, с которыми, порой, справляется только путем чрезвычайного напряжения интеллекта, познавательной сферы [53]. Исследования, проведенные среди студентов медицинских вузов, выявили факторы риска в образе жизни студентов [3; 13; 42; 50; 74; 75, 107; 114; 146; 152; 161; 163; 185; 201; 204; 255; 257; 319; 378].

Сагетдинов А.Ф., Хузиева Э.Ф. (2022 г.) указывают на то, что потеря здоровья является важнейшей причиной ухода молодежи из профессии. При этом страх потерять здоровье лидирует среди самых значительных опасений молодых специалистов. Каждый второй студент подтверждает, что угроза здоровью может привести к уходу из профессии в будущем [256]. Тем не менее исследования влияния состояния здоровья на уход из профессии проведены в основном для рабочих специальностей других отраслей, тогда как данная проблема практически не изучена в отношении кадровых ресурсов здравоохранения. Практически не представлено исследований образа жизни студентов медицинских специальностей

среднего профессионального образования в период обучения в образовательной организации и недостаточно исследований влияния здоровья, и образа жизни студентов на уход из профессии после выпуска из образовательной организации.

Еще одним фактором, влияющим на отток молодых специалистов из отрасли, может являться эмоциональное выгорание студентов в период обучения. В исследованиях указывается, что эмоциональное выгорание (код Z73.0 МКБ-10) связано со снижением профессионализма, продуктивности и качества медицинской помощи, а также с увеличением врачебных ошибок и намерений уйти из профессии [43; 176; 326; 328]. При этом учитывая, что большинство студентов-медиков станут врачами и будут специализироваться на определенной профессии, они испытывают больший психологический стресс и академическое давление, чем студенты других вузов [349]. Проведенный мета-анализ показал увеличение симптомов депрессии на 18,1% среди студентов-медиков после поступления в медицинские вузы [362]. Исследования показывают, что в студенческой жизнедеятельности также действуют различные факторы, провоцирующие эмоциональное выгорание. Они определяются образовательной деятельностью и образовательной средой, отношением студентов к выполнению своих функций, в том числе связанные с малоподвижным образом жизни [176; 319; 368]. Студенты испытывают часто свою социальную незащищенность. На этапе поступления в медицинский вуз у абитуриентов формируется первичный образ и отношение к будущему обучению в зависимости от первоначальных ожиданий, ведущей мотивации и интереса к выбранной профессии. Однако уже в течение первого года обучения первичный образ претерпевает изменения. Будущим специалистам приходится сталкиваться с высокими требованиями к освоению учебного материала, с постепенным внедрением клинических дисциплин, вопреки ожиданиям моментального погружения в профессиональную деятельность, высокой интенсивностью взаимодействия с другими людьми. Из-за возникающих диссонирующих противоречий между изначальными ожиданиями и реальным процессом обучения, многие студенты начинают испытывать постоянный стресс. Регулярное воздействие стресс-факторов ведет к тому, что у части студентов начинают

проявляться отдельные симптомы эмоционального выгорания и, как следствие, формироваться так называемое студенческое выгорание, возникающее уже на ранних этапах освоения специальности [178]. В исследованиях указывается на то, что развитие психологического стресса и выгорания может воздействовать на практические привычки студентов, что будет влиять не только на качество жизни студентов, но и на их компетентность как медицинских работников в будущем. Редукция профессиональных достижений проявляется в негативном оценивании себя, результатов своего труда и возможностей для профессионального развития [312]. В основе синдрома эмоционального выгорания лежит паттерн эмоциональной перегрузки и последующего эмоционального истощения [348]. Систематический обзор научных трудов 2021 г. о распространенности синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских колледжей показал среднюю распространенность проявлений эмоционального истощения (55,4%), цинизма (31,6 %) и академическую неэффективность (30,9 %). Кроме того, отмечается, что среди студентов-медиков имеется более высокая распространенность эмоционального выгорания по сравнению с другими специальностями [326;363;365]. Зарубежные исследования показывают, что распространенность эмоционального выгорания среди студентов-медиков в разных странах колеблется от 34% до 70% [365]. Как правило, у студентов медицинских специальностей отдельные симптомы эмоционального выгорания обнаруживаются наиболее часто в периоды начала и окончания обучения, а также непосредственно после обучения уже в качестве врачей [176; 363]. Последствиями воздействия проявлений эмоционального выгорания, как правило, выступают сильные эмоциональные переживания, проблемы со здоровьем, ощущения бессмысленной траты времени, денег и ресурсов, и являются одним из главных факторов отсева для студентов-медиков [180]. Таким образом, требуется поиск профилактических мероприятий сохранения здоровья студентов, преодоления формирования синдрома эмоционального выгорания в период обучения у студентов для сохранения будущих медицинских кадров в отрасли.

1.6. Роль профессиональной ориентации в подготовке медицинских кадров в образовательных организациях

Для государства и системы здравоохранения подготовка молодежи к сознательному выбору профессии становится все более важной задачей и от ее успешного решения во многом зависит повышение трудовых показателей, снижение текучести кадров, пополнение кадрового потенциала страны [63]. Одним из важнейших направлений улучшения подготовки, сохранения и развития кадрового потенциала системы здравоохранения, по мнению многих авторов, является осуществление мер по привлечению и закреплению в системе здравоохранения будущих врачей и молодых специалистов, ординаторов [86; 145; 157; 275; 276; 277]. При этом одной из не решенных проблем в подготовке кадров для здравоохранения остается ошибочный выбор профессии и специальности, так как часто это является причиной ухода молодых специалистов из профессии на различных этапах, в том числе в период получения медицинского образования. Отсев студентов на различных этапах обучения, смена профиля деятельности специалистов наносит государству значительный экономический ущерб, связанный с необоснованными и неоправданными затратами на медицинское образование [63].

Профессия – это разновидность деятельности, необходимая для общества и дающая человеку возможность существования и развития. К понятию «профессия» являются близкими такие понятия, как «карьера» и «специальность». Причем, понятие «карьера» отражает профессиональную динамику в обществе, а понятие «специальность» – внутреннюю структурированность профессиональной деятельности [135].

В широком смысле карьера определяется как общая последовательность этапов профессионального развития человека в основных сферах жизни (главным образом, в трудовой сфере), включающая динамику социально-экономического положения, статусно-ролевые характеристики, формы социальной активности в

трудовой деятельности. Анализ научной литературы свидетельствует, что понимание профессии в ней также многозначно, но для многих авторов характерно акцентирование внимания на субъективно-психологическом аспекте профессии: профессия понимается как совокупность индивидуальных качеств личности [135; 225]. В Постановлении Министерства труда и социального развития РФ от 27.09.1996 № 1 «Об утверждении положения о профессиональной ориентации и психологической поддержке населения в Российской Федерации» излагается понятие профессиональной ориентации, её направления, цели и методы (часть I ст. 1). Профессиональная ориентация - это обобщённое понятие одного из компонентов общечеловеческой культуры, проявляющегося в форме заботы общества о профессиональном становлении подрастающего поколения, поддержки и развития природных дарований, а также проведения комплекса специальных мер содействия человеку в профессиональном самоопределении и выборе оптимального вида занятости с учетом его потребностей и возможностей, социально - экономической ситуации на рынке труда [297; 307]. Важнейшие направления профессиональной ориентации: «профессиональная информация», «профессиональная консультация», «профессиональный подбор», «профессиональный отбор», «профессиональная, производственная и социальная адаптация». При этом развитие системы профориентации часто видят только на этапе обучения в школе. Тогда как низкая эффективность профориентационной работы в школе приводит к тому, что выбравшие профессию врача, школьники, став студентами медицинского вуза, имеют в среднем невысокую мотивацию к профессиональной деятельности по выбранной профессии и неустойчивы к её трудностям. Как следствие, в процессе обучения медицинский вуз покидает значительное число студентов, некоторые из которых оказываются не в состоянии выполнить требования образовательной программы, другие же сами разочаровываются в выбранной профессии [276].

Тем не менее в период обучения в вузе не предлагаются мероприятия профессиональной ориентации. Тогда как на разочарование в профессии в период обучения могут влиять факторы перенапряжения, стрессы, эмоциональное

выгорание, ухудшение состояния здоровья. Также значимую роль в сокращении числа студентов, отчисленных из медицинского вуза и бросивших обучение, играет их мотивация к освоению выбранной профессии [123; 145]. Профессиональная мотивация – это действие конкретных побуждений, которые обуславливают выбор профессии и продолжительное выполнение обязанностей, связанных с этой профессией. Профессиональное самоопределение – это процесс формирования личностью своего отношения к профессионально - трудовой среде и способ ее самореализации. В исследованиях предлагаются различные классификации факторов и мотивов выбора профессии [30; 78; 112; 124; 125; 169; 279; 292], единой классификации не предлагается. Например, Крыжко В.В., Павлютенков Е.М. предлагают следующую «иерархию» факторов, влияющих на профессиональное самоопределение школьников: сфера дружеских отношений; средства массовой информации; педагоги; семья; успеваемость школьника; внеклассная работа; общественно-полезный и производственный труд; внешкольная работа [125]. Столяренко Л.Д. обосновывает влияние родителей на выбор будущей профессии школьника [279]. Климов Е.А. предлагает рассматривать «восемь углов ситуации выбора профессии», которые характеризуют ситуацию профессионального самоопределения и определяют качество профессиональных планов субъекта: семья, друзей (сверстники), педагоги, личные профессиональные планы, способности, уровень притязаний на общественное признание, информированность, склонности [112]. Также отмечается значимость престижа профессии и ее востребованность в обществе, уровня дохода [1; 41; 45; 167; 306], конкурентоспособности образовательной организации, образовательной среды [37; 38; 74; 217; 268; 331; 371; 372], требования к здоровью (или отдельным его сторонам), предъявляемые некоторыми профессиями [47; 97; 108; 127]. Предлагаются методики, позволяющие выявить вид мотивации, преобладающей в выборе профессии по следующим внешним и внутренним мотивационным факторам: внутренние индивидуально-значимые мотивы (соответствует способностям, интересам, способствует умственному и физическому развитию и др.); внутренние социально-значимые мотивы (позволяет приносить пользу

обществу, дает возможности для профессионального роста и др.); внешние положительные мотивы (высокооплачиваемая работа, близка к дому и др.); внешние отрицательные мотивы (нравится родителям или друзьям, престижна, единственно возможная и др.) [34; 58; 67; 78; 91; 128; 168; 169; 189; 291; 305]. При этом классификации мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности в доступных источниках не предлагается. Исследователи указывают на то, что психологическая не сформированность школьников не позволяет им делать правильный выбор профессии самостоятельно так как часто профессиональное самоопределение находится на стадии профессиональных фантазий, романтических представлений о профессии, представляя классификацию ошибок выбора профессии школьниками выпускных классов [51; 81; 223].

В исследованиях отмечается, что предлагаемые в медицинских вузах образовательные программы требуют информирования абитуриентов о будущей профессии, какие знания, умения, навыки, какие перспективы трудоустройства по данной профессии и специальности [17; 61].

Самостоятельно отдавать предпочтения тем или иным видам деятельности, объективно принимать решения, разбираться в себе, своих предпочтениях и способностях, все эти вопросы поможет решить профессиональная ориентация [209]. В свою очередь, важно обеспечить эффективную реализацию профессиональной ориентации на всех этапах подготовки будущего специалиста – от школьной скамьи, когда происходит выбор профессии, и вплоть до первых лет профессиональной деятельности [122; 223; 225; 259; 267].

Современные вузы заинтересованы в привлечении профессионально ориентированных школьников, имеющих хорошую базовую подготовку. Однако результаты первого года обучения и случаи отчисления студентов свидетельствуют о том, что не все абитуриенты подходят к выбору будущей профессии осознанно и часто не готовы к сложностям обучения в медицинском вузе [59; 124; 179]. Во многом интерес к профессии падает в силу трудностей в профессиональном росте, несоответствия требуемых затрат для такого роста и последующих доходов,

ошибках при выборе профессии. На современном этапе весомую роль в управлении развитием кадров играют социализация и профессиональная ориентация [174; 194; 270; 285; 303]. Профессиональная ориентация — это комплекс взаимосвязанных экономических, социальных, медицинских, психологических и педагогических мероприятий, направленных на формирование профессионального призвания, выявление способностей, интересов, пригодности и других факторов, влияющих на выбор профессии или на смену рода деятельности [179; 181]. Профессиональная ориентация в школе — это комплекс действий для выявления у школьников склонностей и талантов к определенным видам профессиональной деятельности, а также система действий, направленных на формирование готовности к труду и помощь в выборе карьерного пути [122]. Профессиональная ориентация выполняет ряд функций: социальная – усвоение человеком ценностей, норм, определенной системы знаний, которые позволяют ему быть полноценным и полноправным членом общества; экономическая – улучшение качественного состава работников, повышение профессиональной активности, квалификации и производительности труда; психолого-педагогическая – выявление, формирование и учет индивидуальных способностей молодежи; медико-физиологическая – учет требований к здоровью и отдельным физиологическим качествам, необходимым для выполнения профессиональной деятельности [30].

Для обеспечения системы здравоохранения мотивированными, направленными на свою профессию кадрами очень важна работа с учащимися школ, особенно старших классов. Особенности современной социально-экономической ситуации, отразившиеся на нестабильности рынка труда, появление новых профессий и специальностей, возросшие запросы общества к уровню профессиональной подготовленности кадров требуют от выпускников школ особой ответственности и осознанности при выборе будущей профессии. Важная роль в формировании профессиональных намерений, учащихся отводится профессиональной ориентации, которая начинается в школе с выбора профиля обучения. Это требует учитывать такие индивидуальные особенности, как интересы, склонности, а также устойчивые психофизиологические

характеристики, связанные с индивидуальными проявлениями основных свойств нервной системы [290]. Отрицательные последствия неправильно выбранной профессии затрагивают как самого человека, так и все общество. По данным американских ученых, правильный выбор профессии в 2 — 2,5 раза уменьшает текучесть кадров, на 10 — 15 % увеличивает производительность труда и в 1,5 — 2 раза уменьшает стоимость обучения кадров [301]. На этапе выбора будущей профессии необходимо не только знакомить молодых людей с работой системы здравоохранения нашей страны, но и включать их в ее работу, оказывая тем самым содействие осознанному выбору будущей профессии в медицине [122; 275; 277].

Социальная миссия профессиональной ориентации состоит в том, что она призвана сбалансировать профессионально-карьерные намерения человека с потребностями экономики в квалифицированных кадрах определенного профиля и уровня подготовки [259]. В литературе отмечается, что современные тенденции развития общества требуют от выпускников раннего самоопределения, на момент окончания школы, обучающиеся должны иметь представление о сфере их будущей профессиональной деятельности [12; 51; 137; 141; 210; 209]. Высшее медицинское образование предполагает не только высокие требования к качеству знаний абитуриентов, но и к осознанности выбора ими направления профессиональной подготовки. Необходимость выбора профиля заставляет выпускников основной школы заранее продумывать свой профессиональный путь и раньше проходить через этапы выбора [122]. При этом наблюдается дисбаланс между сложившимися сегодня тенденциями развития профориентации обучающихся школ, системой профессиональной подготовки и реальными потребностями рынка труда. В современных социально-экономических условиях школьники не готовы самостоятельно оценить обстановку на рынке труда, не владеют достоверными сведениями о требуемых специальностях и т.п. В то же время учащиеся старших классов не всегда могут грамотно оценить свои способности и возможности [61].

Таким образом, правильный выбор профессии может в 2—2,5 раза снижать отток кадров, система профориентации на современном этапе направлена в основном на школьников и не развита в образовательных организациях среднего

профессионального и высшего образования, единой классификации мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности не представлено, тогда как к внешнему воздействию часто относят такие факторы, как семья; друзья, знакомые; педагоги; СМИ, профессиональная ориентация; образовательная программа; образовательная среда, конкурентоспособность образовательной организации, самостоятельность выбора, способности, личные склонности и такие мотивы, как престиж; востребованность; уровень дохода; перспективы трудоустройства, что требует изучения на разных этапах становления специалиста в системе здравоохранения.

ГЛАВА 2. МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

2.1. Этапы и программа исследования

Исследование проводилось за многолетний период, имело несколько этапов изучения различных явлений, в связи с чем для проведения исследования в единой образовательной среде, для представительности выборки по качественным и количественным характеристикам студентов, обучающихся медицинским специальностям основной базой выбран один из старейших, ведущих медицинских вузов страны с наиболее многочисленным составом обучающихся по медицинским специальностям - ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет). На начало исследования (2016 г.) - 11718 студентов, типичный по составу (более 50% студентов из регионов России). Васильева Е.Ю. (2011) дает такое определение образовательной среды вуза: «это упорядоченная целостная совокупность компонентов, взаимодействие и интеграция которых обуславливает наличие у образовательного учреждения выраженной способности создавать условия и возможности для целенаправленного и эффективного использования педагогического потенциала среды в интересах развития личности всех ее субъектов» [38]. Сеченовский Университет является ведущей площадкой для научных исследований в медицине, в том числе для проведения исследований проблем кадрового дефицита, состояния и перспектив развития профессиональной ориентации по вектору «школа – СПО – вуз – ординатура – врач медицинской организации», в рамках одной образовательной организации.

Объекты исследования: школьники, студенты среднего профессионального образования, студенты вуза, ординаторы, врачи медицинских организаций, руководители сестринского персонала, медицинские сестры.

Гипотеза (H₀): мотивы и факторы выбора профессии в сфере медицины не влияют на ошибки выбора профессии и уход из профессии выпускников образовательных организаций.

Гипотеза (H₁): мотивы и факторы выбора профессии в сфере медицины влияют на ошибки выбора профессии и уход из профессии выпускников образовательных организаций.

Предмет исследования: комплекс мотивов и факторов, влияющих на выбор профессии и специальности и технологии профессиональной ориентации в здравоохранении.

Термин «Векторная профессиональная ориентация в образовательной организации здравоохранения» обозначает организацию дополнительного сопровождения профессионального самоопределения обучающегося, основанного на управлении комплексом факторов и мотивов, влияющих на правильный выбор медицинской профессии и специальности путем консолидации и применения профориентационных и здоровьесберегающих технологий в период обучения в образовательной организации [94].

Здоровьесберегающие мероприятия в системе высшего образования — это комплекс физкультурно-оздоровительных, образовательных, психологических, педагогических, медико-гигиенических и других мероприятий, направленных на сохранение, формирование и укрепление здоровья учащейся молодежи [95; 180; 185].

Эмпирические исследования были одобрены Локальным Комитетом по этике ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России протокол № 09-16 от 12.10.2016 г., Локальный этический комитет ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) № 05-19 от 10.04.2019 г., Локальный этический комитет ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) № 03-20 от 19.02.2020 г.

На первом этапе исследования (2015 – 2016 гг.) осуществлен аналитический обзор отечественной и иностранной литературы, нормативно-правовых актов, который был продолжен на всех этапах исследования. Предложен новый термин

«векторная профессиональная ориентация в образовательных организациях». Выдвинута гипотеза, разработана программа исследования. Обзор дополнялся новыми литературными источниками и статистическими данными до 2023 г.

Исследование кадровой обеспеченности врачами и средними медицинскими работниками проведено по данным ЦНИИОИЗ Минздрава России, 2016 – 2021 гг., данным Росстата 2015 – 2022 гг.

Проведено исследование комплекса мотивов и факторов выбора профессии и отношения к профессиональной ориентации школьников образовательных организаций г. Москва в соответствии с грантом Департамента образования г.Москвы «Соглашение о предоставлении субсидий из бюджета города Москвы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения им государственного задания от 28 июля 2017 г. №105, Мероприятие «Разработка оригинального курса практико-ориентированных занятий, методического обеспечения и просветительско - ориентационных мероприятий для обучающихся медицинских классов московских школ, как средства управления ориентацией школьников в профессиях медицинской направленности». Базами исследования стали государственные образовательные организации среднего общего образования г. Москвы (504 школы), Предуниверситет Сеченовского Университета.

Ретроспективным методом по данным медицинских осмотров проведено исследование состояния здоровья студентов 1 курса (2012/2013 уч.г.) и тех же студентов на 4 курсе (2015/2016 уч. г.), обучающихся по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология». Критерий отбора студентов: учится, прошел медицинский осмотр.

Проведено исследование (социологическим методом) состояния здоровья и образа жизни студентов среднего профессионального образования. Базы исследования: ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет), Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение

Департамента здравоохранения г.Москвы «Медицинский колледж №1»; Государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение Департамента здравоохранения г.Москвы «Медицинский колледж №2»; Федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Медицинский колледж»; Федеральное государственное бюджетное профессиональное образовательное учреждение «Медицинский колледж» Управления делами Президента Российской Федерации. Критерии отбора студентов: статус – учится; добровольное участие в исследовании.

Возраст студентов СПО, образовательная среда совпадают с возрастом, образовательным процессом и образовательной средой студентов вузов первых курсов, что позволяет экстраполировать данные результатов исследования образа жизни студентов СПО медицинских специальностей на образ жизни студентов медицинских специальностей вуза.

На втором этапе исследования (2017 – 2019 гг.) проведено исследование востребованности профессий (престижа профессии) среди выпускников школ за период 2015 – 2019 гг. Выявлена профессия «медицинская сестра» с низким уровнем престижа (направление подготовки «сестринское дело» (бакалавриат). Проведен анализ нормативно-правовой документации подготовки и трудоустройства бакалавров «сестринское дело» в медицинские организации здравоохранения, выявлены проблемы и определены направления, и пути решения. Проведена оценка образовательной среды студентами. Критерий отбора студентов: статус – учится, курс - 1 – 6, обучается медицинской специальности, добровольное согласие на участие в исследовании. Проведено исследование восприятия профессии бакалаврами «сестринское дело». Базами исследования являлись ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы" (РУДН), ФГБОУ ВО Тюменский ГМУ Минздрава России, ФГБОУ ВО ПСПбГМУ им. И.П. Павлова Минздрава России, Университет Марибора (Словения).

Российские вузы введены в исследование как крупные вузы страны, реализующие подготовку бакалавров «сестринское дело», Университет Марибора являлся разработчиком дизайна исследования. Критерий отбора студентов: в течение пяти лет вуз ведет подготовку по образовательной программе 34.03.01 Сестринское дело; имеется контингент на 1 и 3 курсе обучения; студенты дали добровольное согласие на участие в исследовании. Исследование проводилось по опроснику CDI – 25. Результаты исследования легли в основу разработки федерального государственного образовательного стандарта 34.03.01 «Сестринское дело» (уровень бакалавриата) [242].

Проведен опрос руководителей сестринского персонала г. Москвы. Изучено мнение руководителей сестринской службы о необходимости введения магистратуры «Управление сестринской деятельностью». База исследования – г.Москва. Критерий выбора базы исследования: с 2016 г. в Российской Федерации реализация профиля магистратуры 32.04.01 Общественное здравоохранение [245] профиль «Управление сестринской деятельностью» осуществлялась только на базе ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

По доступным литературным данным, нормативным документам проведен анализ мирового опыта реализации магистратуры для медицинских сестер. Разработан, при совместном участии членов ФУМО - Сестринское дело, проект ФГОС 34.04.01 - Управление сестринской деятельностью, который был утвержден в 2020 г. [237]. На базе ФГБОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России разработан и проведен организационный эксперимент применения практико-ориентированной технологии профориентации в медицинских профессиях (Письмо Департамента образования г. Москвы от 14.02.2017 № 2/34-19).

На третьем этапе (2019 – 2020 гг.) проведено исследование трудоустройства выпускников медицинского вуза по специальности «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «сестринское дело». Разработана классификация мотивов и факторов выбора медицинской профессии и

специальности. Проведено исследование комплекса мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности на следующих группах:

- студенты образовательных организаций среднего профессионального образования; критерий отбора: статус – учиться; добровольное участие в исследовании.

- студенты вуза; критерии отбора: статус – учиться, обучается по специальности «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «сестринское дело» (уровень бакалавриата), добровольное участие в исследовании;

- ординаторы 1, 2 курсов (обучающиеся по 45 специальностей (Приложение А), из 37 вузов России (Приложение Б); критерии отбора: статус – учиться, добровольное участие в исследовании.

- врачи медицинских организаций (из 18 субъектов Российской Федерации); критерии отбора: работает в медицинской организации, добровольное участие в исследовании.

Проведен сравнительный анализ восприятия профессии «медицинская сестра» бакалаврами «сестринское дело» в России и в странах мира (на примере, Словения, Хорватия, Китай) и перспективы внедрения биомедицинской модели в России.

На четвёртом этапе (2020 – 2021 гг.) проведено исследование оценки образовательной среды для студентов по направлению подготовки 34.03.01 бакалавриат «сестринское дело». Исследование проведено в 2020 г. при поддержке Европейского Союза, грант «Цифровой инновационный инструментарий в области сестринского образования (I-BOX)» Международный образовательный проект № 2019-1-ES01-KA203-065836, реализуемый совместно ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) и Fundació Tecnocampus Mataro-Maresme (Фундасио Технокампус Матаро-Марезме) (Испания). Инструментом исследования образовательной среды выбран валидный опросник DREEM [316; 317; 318; 350; 351; 373]. Для проведения исследования опросник DREEM впервые адаптирован для применения в России.

На пятом этапе (2021 – 2022 гг.) проведено исследование мнения магистров о реализации магистратуры 34.04.01. Управление сестринской деятельностью и планах трудоустройства.

Проведено исследование ожиданий выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования уровня заработной платы и предложений средней заработной платы в медицинских организациях государственной и муниципальной систем здравоохранения по Российской Федерации, в федеральных округах. В исследование не введен 2020 г., так как на уровень средней заработной платы оказали влияние стимулирующие выплаты врачам и средним медицинским работникам в связи с COVID - 2019 [249].

На основе результатов исследования восприятия бакалаврами «сестринское дело» биомедицинской модели профессии «медицинская сестра» и нормативной – правовой документации разработан проект профессионального стандарта, включающий обобщенную трудовую функцию для бакалавров «сестринское дело» [246].

На шестом этапе исследования (2022 – 2023 гг.) проведено изучение формирования синдрома эмоционального выгорания в период обучения у студентов, обучающихся по специальностям высшего образования: «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело», «сестринское дело».

Разработана матрица мотивов и факторов выбора профессии в сфере медицины.

Разработана модель векторной профориентации в образовательных организациях для совершенствования кадровой обеспеченности здравоохранения. Программа и методы исследования представлены в Таблице 1.

Таблица 1 – Программа и методы исследования

Задачи исследования	Единицы наблюдения	Методы исследования	Источник информации и объем исследования
1.Изучить уровень и динамику кадровой обеспеченности здравоохранения в Российской Федерации.	источник литературы, статистический сборник, нормативный документ	аналитический, информационно-аналитический, библиографический	Работы зарубежных (110) и отечественных исследователей (254), нормативные документы Российской Федерации (23), публикации ВОЗ (3), Сборник «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры. I часть» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» 2018-2022гг., Сборник «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Средний медицинский персонал» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» (2018 – 2022 гг.), таблицы Росстата (2016 – 2021 гг.)
2.Изучить современные подходы к профессиональной ориентации, провести комплексное исследование мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности.	школьник, студент СПО, студент, обучающийся по специальностям: «лечебное дело»; «педиатрия»; «медико-профилактическое дело»; «стоматология», «сестринское дело», ординатор, врач медицинской организации	аналитический статистический социологический	Таблица Росстата (2018 – 2021 гг.), Анкета для школьников (400), Анкета для студентов вуза (1498), СПО (400), Анкета для ординаторов (389), Анкета для врачей медицинских организаций (522). Таблица Росстата R1 2014 – 2019 гг. Сборник «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Медицинские кадры. I часть» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» 2018 – 2022 гг., Статистические сводные отчеты за 2017 – 2019 гг., ВПО, СПО, Опросник DREEM (89)

Продолжение Таблицы 1

3.Определить тенденции трудоустройства выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования и изучить соответствие их ожиданий уровню заработной платы.	школьник, студент СПО, ординатор, врач медицинской организации	аналитический, статистический, социологический,	Таблицы Росстата (2016 – 2021гг.) Анкета для студента СПО (400) Анкета для студента вуза (1498)
4.Провести анализ основных причин непрестижности среди абитуриентов направления подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) и невостребованности медицинских сестер с высшим образованием в здравоохранении.	студент по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата), нормативный документ	аналитический, моделирование	Сборник «Ресурсы и деятельность медицинских организаций здравоохранения. Средний медицинский персонал» ФГБУ «ЦНИИОИЗ» 2018 – 2022гг, таблицы Росстата (2016 – 2021гг.), нормативные документы, Опросник CDI (390), Анкета оценки профессиональных компетенций (167), Анкета для медицинской сестры (825).
5.Провести анализ влияния состояния здоровья и образа жизни студентов медицинских специальностей в период обучения на уход из профессии после выпуска из образовательной организации.	студент, обучающийся по специальностям: «лечебное дело»; «педиатрия»; «медико-профилактическое дело»; «стоматология», «сестринское дело», студент СПО	ретроспективный аналитический статистический социологический	учетная форма N 131/у (2455) Анкета для студента вуза (3182) Анкета для студента СПО (400)
6.Разработать комплекс мероприятий профессиональной ориентации для предупреждения оттока выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из здравоохранения и представить модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях.	школьник, руководитель сестринской службы, магистр	статистический, аналитический, моделирование организационный эксперимент	Матрицы оценки (2017 г. – 2703 ; 2018г. – 3100). Анкета руководителя сестринской службы (330) Анкета для студентов магистратуры (38). Результаты исследования

2.2. Определение объема выборочной совокупности

Количественные признаки представлены в виде относительных величин и доверительных интервалов.

При организации выборочного статистического исследования необходимо было определить тот объем выборки, который обеспечит получение репрезентативных данных при заданном уровне статистической ошибки, обычно принимаемом в медико-статистических исследованиях не более 5% ($p < 0,05$), т.е. уровень доверительной вероятности подтверждения гипотезы должен составлять более 95% [165;191]. Исследование проводилось методом отбора простой случайной выборки. Расчет объема выборочной совокупности для проведения каждого исследования производился по формуле:

$$n = \frac{z^2 p(1 - p)N}{\Delta^2 N + z^2 p(1 - p)}$$

n – объем выборочной совокупности,

N – объем генеральной совокупности,

Δ – заданная погрешность (предельная ошибка выборки) (5%)

t – коэффициент Стьюдента ($t = 1,96$),

p – вероятность события (принята 0,5).

Предельная ошибка выборочной совокупности $\Delta = 5\%$ считается приемлемой для большинства статистических исследований в социологии медицины. Для оценки репрезентативности выборки была использована формула А.М. Меркова [283].

$$\Delta = \pm t \sqrt{\frac{\sigma^2}{n} \left(1 - \frac{n}{N}\right)},$$

где Δ – мера точности; t – доверительный коэффициент; в диссертационном исследовании принято $t = 2$, что соответствует вероятности 0,95; N – генеральная совокупность; n – объем выборки; σ^2 – дисперсия выборочной совокупности.

При исследовании альтернативных признаков $\sigma^2 < 0,25$. Принимая, что $\sigma^2 = 0,25$, допускаем, что вычисленная величина средней ошибки будет максимальной, и гарантируем, что ее фактические размеры не превысят вычисленных значений.

Рассчитали доверительные интервалы характеристик генеральной совокупности:

$$\omega - \Delta_{\omega} \leq P \leq \omega + \Delta_{\omega}, \text{ где}$$

ω – выборочная доля

Δ_{ω} – предельная ошибка

P – выборочная совокупность.

В 2016 г. для проведения социологического исследования в рамках выполнения гранта Департамента образования г. Москвы (Соглашение о предоставлении субсидий из бюджета города Москвы ФГБОУ ВПО «Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации» на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения государственного задания от 14 апреля 2016 года №8: Мероприятие «Разработка инструментария векторной профориентации школьников и методического обеспечения педагогов средних образовательных учреждений, подведомственных Департаменту образования г. Москвы, как средства управления ориентацией школьников в профессиях медицинской направленности» по приоритетному направлению «Развитие системы профильного обучения в условиях интеграции общего и дополнительного образования»).

Исследование проведено по оригинальной анкете, включающей в себя блок по оценке профориентационной работы, выполняемой в школе, готовности обучающихся к профессии в сфере медицины, вопросы по оценке факторов и мотивов, влияющих на выбор профессии.

Генеральная совокупность для г. Москвы составила:

- школьники 10 классов (50366 человек) и 11 классов (50290 человек) ($N = 100656$), включающая школьников всех форм обучения, лиц с ограниченными возможностями, в том числе инвалидов, экстерны, обучающихся как в государственных, так и в негосударственных образовательных организациях.

В исследование вошли обучающиеся государственных образовательных организаций г. Москвы, отбор выборочной совокупности проводился простой случайной выборкой:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 100656}{0,05^2 \cdot 100656 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 382;$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{382} \left(1 - \frac{382}{100656}\right)} \approx 0,16$$

$100640 \leq P \leq 100672$, с вероятностью 0,996

Для проведения организационного эксперимента определена генеральная совокупность выпускников 11 классов образовательных организаций г. Москва в 2017 г. ($N=53769$ человек, $n = 2703$) и в 2018 г. ($N=56399$ человек, $n=3100$), соответственно, выборочная совокупность:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 53769}{0,05^2 \cdot 53769 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 381;$$

Δ_1 – мера точности для выборки 2017 г.;

$$\Delta_1 = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{2703} \left(1 - \frac{2703}{53769}\right)} \approx 0,017$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности: $53767,3 \leq P \leq 53770,7$, с вероятностью 0,950

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 56399}{0,05^2 \cdot 56399 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 382;$$

где

Δ_2 – мера точности для выборки 2018 г.

$$\Delta_2 = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{3100} \left(1 - \frac{3100}{56399}\right)} \approx 0,016$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности: $56399 \leq P \leq 56401$, с вероятностью 0,946.

Осуществленное в рамках исследования анкетирование школьников (Приложение В), студентов СПО, студентов вуза, ординаторов, врачей медицинской организации проводилось социологическим методом по оригинальной анкете (Приложение Г), которая включает в себя блок по оценке профориентационной работы, проводимой в школе, готовности к профессии и специальности в сфере медицины, а также вопросы по оценке комплекса факторов и мотивов, влияющих на выбор профессии. Объем выборки:

- для студентов с 1 по 6 курс на территории России в 2019 г. по специальностям высшего образования «лечебное дело» (163516 человек), «педиатрия» (46772 человек), «стоматология» (43225 человек), «медико-профилактическое дело» (9078 человек) рассчитана выборочная совокупность ($N=262591$, $n = 1498$) и определена предельная ошибка:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 252591}{0,05^2 \cdot 252591 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 384;$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{1498} \left(1 - \frac{1498}{262591}\right)} \approx 0,025$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности: $1500,5 \leq P \leq 1495,5$, с вероятностью 0,943;

- для ординаторов 1, 2 курса рассчитана выборочная совокупность ($N=49990$, $n = 389$) и определена предельная ошибка:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 49990}{0,05^2 \cdot 49990 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 384;$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{389}} \left(1 - \frac{389}{49990} \right) \approx 0,017$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности:

$49988 \leq P \leq 49992$, с вероятностью 0,994;

- для студентов средних профессиональных организаций медицинских направлений всех курсов обучения в 2021 г. (n=400), проведено исследование комплекса мотивов и факторов выбора профессии/специальности, опрос ожиданий уровня заработной платы. Специальности: акушерское дело (11053 человека), лабораторная диагностика (7795 человека), стоматология ортопедическая (226 человек), медико-профилактическое дело (152), сестринское дело (141769 человека). Рассчитана выборочная совокупность (N=160995, n = 400) и определена предельная ошибка:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5) \cdot 160995}{0,05^2 \cdot 160995 + 1,96^2 \cdot 0,5(1 - 0,5)} = 383$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{400}} \left(1 - \frac{400}{160995} \right) \approx 0,050$$

$160995 \leq P \leq 160995$, с вероятностью 0,998

Образ жизни и готовность к реализации в профессиональной деятельности студентов медицинских специальностей изучались по оригинальной анкете, включающий демографический блок вопросов, социальный блок вопросов, блок вопросов по медицинской активности, образу жизни, субъективной оценке оказания медицинской помощи (Приложение Д).

- для студентов средних профессиональных организаций медицинских направлений всех курсов обучения (2016 г.), по специальностям: акушерское дело (6522 человека), лабораторная диагностика (6981 человека), стоматология ортопедическая (286 человек), медико-профилактическое дело (211), сестринское

дело (98034 человека), рассчитана выборочная совокупность ($N = 112034$, $n = 400$) и определена предельная ошибка:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 112034}{0,05^2 \cdot 112034 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 383;$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{400} \left(1 - \frac{400}{112034}\right)} \approx 0,049$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности:

$$112029 \leq P \leq 112039, \text{ с вероятностью } 0,996$$

При проведении социологического исследования врачей медицинских организаций по комплексу факторов и мотивов выбора профессии и специальности, проводимой профориентационной работе, n определялось исходя из генеральной совокупности врачей в Российской Федерации в 2018 г. ($N = 703746$ человек, $n = 522$), рассчитана выборочная совокупность и определена предельная ошибка:

$$N = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 703746}{0,05^2 \cdot 703746 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 384$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{522} \left(1 - \frac{522}{703746}\right)} = 0,021,$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности:

$$703744 \leq P \leq 703748, \text{ с вероятностью } 0,993$$

Следовательно, репрезентативность выборки по результатам исследования школьников, студентов СПО, студентов вуза, ординаторов, врачей медицинских организаций доказана. Ошибка в исследовании не будет превышать 2,4–2,6%, что соответствует повышенной надежности результатов выборочного метода, допускаемой ошибки до 3% [191].

Для оценки состояния здоровья студентов Сеченовского Университета по специальностям высшего образования «лечебное дело», «педиатрия», «стоматология», «медико-профилактическое дело» исследование проводилось сплошным методом по данным карт медицинских осмотров (учетная форма N

131/y). Рассчитана выборочная совокупность ($N = 2500$, $n = 2455$) и определена предельная ошибка:

$$n = \frac{1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5) \cdot 2500}{0,05^2 \cdot 2500 + 1,96^2 \cdot 0,5(1-0,5)} = 333$$

$$\Delta = \pm 2 \sqrt{\frac{0,25}{2455} \left(1 - \frac{2455}{2500}\right)} = 0,0027,$$

Пределы доли признака в генеральной совокупности:

$2500 \leq P \leq 2500$, с вероятностью 0,982

Качественный состав выборочной совокупности соответствует общей характеристике генеральной совокупности. Все выборочные совокупности для проведения исследований являются репрезентативными. Оценку состояния здоровья студентов по направлению «сестринское дело» на 2012/2013 уч. год, вошедших в исследование, проводить было не целесообразно, в связи с тем, что данное направление было открыто в 2011 г. для набора студентов, в связи с переходом образовательной программы с уровня специалитета на уровень бакалавриата. На очную форму обучения было принято девять студентов. Бакалавры обучались четыре года, что соответствовало периоду исследования состояния здоровья студентов других изучаемых медицинских специальностей (1 курс и 4 курс). Образовательная организация, среда, условия обучения, профессорско-преподавательский состав совпадают с обучением по изучаемым медицинским специальностям. В связи с чем принято, как аксиома, что результаты состояния здоровья студентов в период обучения, полученные для других изучаемых медицинских специальностях, будут репрезентативными для здоровья студентов бакалавров «сестринское дело».

2.3. Методология оценки влияния комплекса факторов и мотивов на выбор медицинской профессии и специальности

Комплексное исследование мотивов и факторов, влияющих на выбор или/ и возможные ошибки выбора профессии и специальности проводилось для разработки модели векторной профориентации в образовательных организациях по разработанной классификации, на следующих группах: школьники, студенты СПО, студенты вуза, ординаторы, врачи медицинских организаций. Исследование влияния факторов и мотивов выбора медицинской профессии и специальности основано на гипотезе H_0 : на отток выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из системы здравоохранения не влияют ошибки выбора профессии и специальности. Альтернативная гипотеза (H_1): на отток выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования из системы здравоохранения влияют ошибки выбора профессии и специальности.

Разработка классификации групп мотивов и факторов выбора медицинской профессии основывалась на когнитивной теории мотивации, теории атрибуции. В основе этой теории лежит принцип, согласно которому мотивы поступков объясняются либо влиянием внешних обстоятельств, либо личными особенностями, в частности, внутренней мотивацией [56]. И деятельностного подхода к теории личности, разработанного Леонтьевым А.Н. (1974г.) по параметрам: связи с миром, степени иерархичности деятельности и мотивационной сферы личности, так как поведение человека побуждается разнообразными потребностями и мотивами, находящимися в определенном отношении друг к другу [135]. Направленность характеризуется системой доминирующих потребностей и мотивов [18]. Столяренко Л.Д. (2012) указывает на то, что совокупность действий личности вызывается одним мотивом - особенным видом деятельности (игровой, учебной или профессиональной) [279]. Зеер Э.Ф. на основе теоретического анализа выделяет компоненты профессиональной направленности:

мотивы (намерения, интересы, склонности, идеалы), ценностные ориентации (смысл труда, заработную плату, благосостояние, квалификацию, карьеру, социальное положение и др.) профессиональную позицию (отношение к профессии, установки, ожидания и готовность к профессиональному развитию), социально – профессиональный статус (востребованность профессии в обществе)[78].

Профессиональное самоопределение личности по Н.С. Пряжникову (2008) включает образ жизни, а психологическими факторами, составляющими основу профессионального самоопределения, являются: выбор образовательной организации, профессии, возможности трудоустройства, уровень дохода, личные потребности (склонности), интересы, состояние здоровья, образовательная среда (требования образовательной организации, выбранной профессии, специальности), семья, друзья [212].

Крыжко В.В., Павлютенков Е.М. (2001) предложили следующую «иерархию» факторов, влияющих на профессиональное самоопределение: сфера дружеских отношений; средства массовой информации; педагоги; семья; успеваемость школьника; внеклассная работа; образовательная организация; общественно-полезный и производственный труд; внешкольная работа [125]. Волков В.С. (2007г.) считает, что основными мотивами выбора профессии являются: уровень дохода, родители, интерес к профессии, престиж, полоролевые факторы (например, традиционно женские профессии: врач, педагог, воспитатель). В соответствии с когнитивной теорией мотивации поступки мотивируются внутренне в соответствии с врожденными особенностями и самостоятельность выбора может влиять на успешность в профессиональной деятельности [56]. Климов К.А. (1990г.) предложил следующую классификацию факторов выбора профессии: семья, педагоги, способности, друзья, престиж профессии, информированность о профессии, склонности [112].

По мнению Зелинченко А.И., Шмелёва А.Г. (1987г.), мотивационные факторы делятся на внутренние и внешние. К внешним относятся: советы друзей, родственников, выбор образовательной организации по территориальному

признаку, престиж профессии, материальные блага. К внутренним мотивационным факторам при выборе будущей профессии относятся: желание приносить пользу обществу, знание содержания выбираемой профессии, присутствие интересов, способностей, склонностей [78]. Отмечается, что студенческая жизнь бывает источником стресса и напряжения. Основными показателями принадлежности индивида к определённому социальному классу являются профессионально-статусная позиция, образование и уровень дохода [56]. Зависимость здоровья от принадлежности к социальному классу выступает одной из фундаментальных закономерностей социальной психологии здоровья. Последствия эмоционального выгорания могут проявляться как в психосоматических нарушениях, так и в сугубо психологических (когнитивных, эмоциональных, мотивационных) изменениях личности. И то, и другое имеет непосредственное значение для социального и психосоматического здоровья личности [213]. В работе Сагетдинова А.Ф. (2019 г.) указывается на риск ухода из профессии молодых специалистов из – за состояния здоровья, что необходимо определить уже в период обучения в образовательной организации [256].

Таким образом, представленные классификации не имеют однозначного определения факторов или мотивов, или та и другая категория влияют на выбор профессии. Тем не менее в классификациях Зеер Э.Ф., Пряжников Н.С., Климова К.А. и Зелинченко А.И., Шмелёва А.Г. встречаются следующие категории: личные склонности, уровень дохода, востребованность, трудоустройство, состояние здоровья, образовательная среда, образовательная организация, семья, друзья, средства массовой информации, педагоги, престиж, способности, образ жизни [78; 79; 112; 212]. Годфруа Ж. (1999 г.) обращает внимание на самостоятельность выбора для успешной профессиональной деятельности, данный фактор также введен в классификацию [56]. Значимым фактором для выбора медицинской профессии или специальности в современных условиях является проведение профессиональной ориентации, что также представлено в классификации, как фактор влияния на выбор профессии и специальности [97]. К мотивам выбора медицинской профессии и специальности отнесена социально-экономическая

подгруппа, так как это смыслообразующие мотивы, которые при положительном восприятии отражают отношения между мотивами и возможностью успешной реализации, отвечающей им деятельности. К факторам выбора отнесены четыре подгруппы категорий, как движущая сила какого-либо процесса, явления, определяющая его характер или отдельные его черты. На основании представленных в литературных источниках результатах исследований различных мотивов и факторов, влияющих на выбор профессии, была разработана классификация комплекса факторов и мотивов выбора медицинской профессии и специальности для разработки модели векторной профориентации в образовательных организациях по профессиональному вектору развития карьеры в здравоохранении: «школа - СПО – вуз – ординатура - медицинская организация» [21; 50; 91; 95; 166; 295] (Таблица 2).

Таблица 2 – Классификация групп мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности (Касимовская Н.А., 2023 г.)

Группы мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности				
мотивы	факторы			
подгруппа 1	подгруппа 1	подгруппа 2	подгруппа 3	подгруппа 4
Социально-экономические	Личностно-психологическое	Общественные	Социально-педагогические	Медико-социальные
престиж	личные склонности	семья	профессиональная ориентация	состояние здоровья
востребованность	самостоятельность выбора	друзья, знакомые	образовательная программа	синдром эмоционального выгорания
уровень дохода	способности	педагоги	образовательная среда	
трудоустройство	способности к медицине	СМИ	конкурентоспособность образовательной организации	

В исследовании принималось за аксиому, что способности — это индивидуальные особенности личности, являющиеся субъективными условиями успешного осуществления определенного рода деятельности. Не сводятся к знаниям, умениям и навыкам; обнаруживаются в быстроте, глубине и прочности овладения способами и приемами деятельности. Тогда как способности к медицине — это способность быстро усваивать знания, умения и навыки для овладения профессиональной деятельностью в медицине.

Оценка значения весомости каждого внешнего фактора воздействия и личностно-психологических мотивов проводилась по методике ранжирования количественной оценки [39]. На основе данных социологического исследования определены абсолютные числа влияния факторов и мотивов на выбор медицинской профессии и специальности по группам исследования «школьники», «студенты СПО», «студенты вуза» (медицинские специальности), «ординаторы», «врачи медицинских организаций». Выстроен ряд вариант факторов и мотивов, ранжирован, где значение ранга 1 присваивалось наименее влияющему фактору, а значение более высокого ранга – наиболее влияющему фактору (по абсолютному показателю). Оценку (A_i) проводили по пятибалльной шкале, т.е. от 1 до 5 баллов (1 – плохо, 5 – отлично) (Таблица 3). Значения рангов изучаемых факторов суммировали по формуле:

$$\sum_{i=1}^n r_i$$

где r_i – ранг; n – количество факторов

Таблица 3 – Оценка веса влияния факторов на выбор профессии в здравоохранении

№ фактора	факторы /мотивы	Ранг г	Цена ранга (С)	Вес фактора (W_i)	Оценка фактора (A_i)	Параметрически й индекс (P_i)
1	2	3	4	5	6	7

Цена ранга вычислялась по формуле: $C = \frac{1}{\sum_{i=1}^n r_i}$,

где: C – цена ранга; r_i – ранг; n – количество факторов.

Вес каждого фактора вычислялся по формуле: $W_i = C \cdot r_i$,

где: W_i – вес фактора i ; r_i – ранг; C – цена ранга; i – порядковый номер ранга.

Параметрический индекс каждого фактора рассчитывался по формуле:

$P_i = W_i \cdot A_i$, где: P_i – параметрический индекс; W_i – вес фактора; A_i – оценка фактора.

Сводный параметрический индекс составляющей фактора рассчитывался по формуле: $P_s = P_i = P_1 + P_2 + \dots + P_n$,

где: P_i – сводный параметрический индекс; P_1 – параметрический индекс 1-го фактора; P_2 – параметрический индекс 2-го фактора; P_n – параметрический индекс n -го фактора.

Оценка влияния комплекса факторов и мотивов на выбор профессии школьниками, студентами СПО, студентами вуза, ординаторами, врачами медицинских организаций проводилась по вычисленному сводному параметрическому индексу (P_i).

2.4. Методика оценки выбора образовательной организации и влияния образовательной среды в период обучения

Исследование проводилось социологическим методом во ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). В исследование были включены студенты, обучающиеся на всех курсах по направлениям подготовки: «лечебное дело», «педиатрия», «медико - профилактическое дело», «стоматология», «сестринское дело», отобранных

случайным образом на момент проведения исследования. Разработана анкета - опросник, включающая базовые вопросы и специальные вопросы выбора образовательной организации в период обучения и образовательной среды, ожиданий уровня заработной платы при трудоустройстве после выпуска из образовательной организации (Приложение Е).

Методика оценки образовательной среды по опроснику DREEM (на примере направления подготовки бакалавры «сестринское дело»). Опросник DREEM представляет собой валидированный инструмент опроса, разработанный специально для оценки образовательной среды среди обучающихся медицинским специальностям [316]. Он используется в международном масштабе в различных условиях, преимущественно в отношении студентов медиков, но также применительно к другим профессиональным сообществам в области здравоохранения. Опросник DREEM применялся в качестве меры оценки для диагностики недостатков в определенной образовательной среде и оценивает образовательную среду по пяти шкалам: восприятие обучения студентами, восприятие студентами преподавателей, восприятие студентами своих возможностей к обучению, восприятие студентами атмосферы образовательной среды и социальное самовосприятие студентов [343; 350; 351; 355; 358]. Применение опросника DREEM в российской версии позволило статистически проанализировать восприятие студентов и выявить сильные или слабые стороны образовательной программы бакалавриата «сестринское дело», как наименее востребованной медицинской профессии высшего образования. Адаптация российской версии DREEM проводилась в три этапа:

1 этап. В рамках исследования образовательной среды во ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова адаптирован опросник DREEM, переведен с английской на русскую версию и методом двойного слепого рецензирования:

1. Перевод опросника DREEM с англоязычной версии двумя не связанными между собой переводчиками.
2. Сопоставление результатов перевода, выявление отличий.

3. Оценка социологом предложенного варианта опросника DREEM для российской аудитории.
4. Определение более точного варианта ответа, предложенных переводчиками (критерий: согласен, не согласен).
5. Аprobация русского варианта опросника DREEM на фокус-группе из шести студентов Сеченовского Университета (бакалавры «сестринское дело» 2,3,4 курса обучения (с каждого курса по два случайным образом выбранных студента)).
6. Оценка психологом сложностей понимания и интерпретации вопросов опросника DREEM студентами. Оценка результатов апробации и корректировка вопросов.
7. Перевод на английский язык разработанной русскоязычной версии опросника DREEM.
8. Анализ результатов перевода российской версии на английский язык.
9. Оценка переводчиками результатов перевода (критерий: согласен - не согласен).
10. Утверждение русского варианта опросника DREEM для проведения опроса российских студентов Международным отделом Сеченовского Университета.

Опросник DREEM переведен с английского на русский язык по многоэтапной методике с адаптацией к оценке образовательной среды в вузе: «школа» заменена на вуз, термин «ученик» на студента, термин «учитель» на «преподавателя». Последний вариант адаптированного русского опросника был на 100% согласован переводчиками. Адаптированная российская версия опросника DREEM для оценки образовательной среды в вузе представлена в Таблице 4.

Таблица 4 - Адаптированная версия опросника DREEM

№ вопроса	Оригинальная версия DREEM	Российская версия (адаптированная)
1	I am encouraged to participate in class	Я с удовольствием посещаю занятия
2	The teachers are knowledgeable	Преподаватели хорошо знают свой предмет
3	There is a good support system for students who get stressed	Для студентов, страдающих от стресса, существует хорошая система поддержки

Продолжение Таблицы 4

4	I am too tired to enjoy the course	Я слишком устал, чтобы получать удовольствие от этой образовательной программы
5	Learning strategies which worked for me before continue to work for me now	Стратегии обучения, которые раньше работали на меня, и теперь продолжают работать на меня.
6	The teachers are patient with patients	Преподаватели терпеливо работают с пациентами
7	The teaching is often stimulating	Обучение часто мотивирует меня к учебе
8	The teachers ridicule the students	Преподаватели высмеивают студентов
9	The teachers are authoritarian	Преподаватели авторитарны
10	I am confident about my passing this year	Я уверен, что смогу успешно закончить этот год обучения
11	The atmosphere is relaxed during the ward teaching	Практические занятия в больничной палате проходят в непринуждённой обстановке
12	This school is well time-tabled	Расписание учебных занятий составлено хорошо
13	The teaching is student-centred	Обучение ориентировано на студента
14	I am rarely bored on this course	Мне редко становится скучно на занятиях по предметам этой образовательной программы
15	I have good friends in this school	У меня есть хорошие друзья в ВУЗе
16	The teaching is sufficiently concerned to develop my competence	Обучение направлено на достижение целей образовательной программы
17	Cheating is a problem in this school	Одной из проблем в данной образовательной организации является списывание
18	The teachers have good communications skills with patients	У преподавателей хорошо развиты навыки общения с пациентами
19	My social life is good	Моя социальная жизнь находится на должном уровне
20	The teaching is well focused	Преподавание четко направлено на достижение целей обучения
21	I feel I am being well prepared for my profession	Мне кажется, что я хорошо подготовлен к работе в своей будущей профессии
22	The teaching is sufficiently concerned to develop my confidence	Обучение способствует развитию уверенности в себе
23	The atmosphere is relaxed during lectures	Лекции проходят в спокойной, комфортной обстановке
24	The teaching time is put to good use	Учебное время проходит не впустую, а с пользой
25	The teaching over-emphasizes factual learning	Теории больше, чем практического обучения
26	Last year's work has been a good preparation for this year's work	Программа прошлого учебного года была достаточно хорошей подготовкой к программе этого года
27	I am able to memorize all I need	Я могу запомнить всю необходимую мне информацию

Продолжение Таблицы 4

28	I seldom feel lonely	Я редко чувствую себя одиноким
29	The teachers are good at providing feedback to students	Преподаватели хорошо наладили обратную связь со студентами (они охотно отвечают на вопросы студентов по предмету)
30	There are opportunities for me to develop interpersonal skills	У меня есть возможность совершенствовать свои навыки межличностного общения
31	I have learned a lot about empathy in my profession	Я много узнал о роли сопереживания (эмпатии) в своей профессии
32	The teachers provide constructive criticism here	Преподаватели использую конструктивную критику на своих занятиях
33	I feel comfortable in class socially	На занятиях я комфортно себя чувствую в общении
34	The atmosphere is relaxed during seminars/tutorials	Семинары и практические занятия проходят в спокойной, комфортной обстановке
35	I find the experience disappointing	Я разочарован тем опытом, который я получаю
36	I am able to concentrate well	Я могу хорошо сконцентрироваться, сосредоточиться
37	The teachers give clear examples	Преподаватели приводят понятные примеры
38	I am clear about the learning objectives of the course	Я четко понимаю цели обучения по данной образовательной программе
39	The teachers get angry in class	Преподаватели злятся, раздражаются на занятиях
40	The teachers are well prepared for their classes	Преподаватели добросовестно готовятся к своим занятиям
41	My problem solving skills are being well developed here	Мои навыки решения профессиональных задач хорошо развиваются на занятиях
42	The enjoyment outweighs the stress of the course	Удовольствие, которое я получаю от учёбы, сильнее, чем стресс от изучения медицины
43	The atmosphere motivates me as a learner	Обстановка на занятиях мотивирует и подогревает мой интерес к учёбе
44	The teaching encourages me to be an active learner	Преподавание побуждает меня быть активным при обучении
45	Much of what I have to learn seems relevant to a career in healthcare	Многое из того, что образовательная программа определяет как обязательное, имеет прямое отношение к моей карьере в области медицины
46	My accommodation is pleasant	Меня вполне устраивают мои жилищные условия
47	Long term learning emphasizes over short term	Приоритет отдаётся долгосрочному накоплению знаний, а не краткосрочному
48	The teaching is too teacher-centred	Обучение слишком ориентированно на преподавателя
49	I feel able to ask the questions I want	Я чувствую, что могу свободно задавать любые интересующие меня вопросы
50	The students irritate the teachers	Мне кажется, что студенты раздражают преподавателя

2 этап. Проведена апробация российской версии опросника DREEM в Сеченовском Университете: оценивалась образовательная программа для

подготовки бакалавров «сестринское дело». По образовательной программе бакалавр «сестринское дело» в Сеченовском Университете обучалось 96 студентов. На этапе адаптации российской версии опросника DREEM по оценке образовательной среды из исследования были выведены шесть студентов, участники фокус-группы на которой проводилась апробация.

3 этап. Проведённое исследование с применением опросника DREEM в российской версии имеет одобрение Локального комитета по этике (протокол ЛЭК ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.И.М. Сеченова №03-20, от 19.02.2020 г.). Опросник DREEM состоит из 50 вопросов, каждый из которых набирает 0-4 балла по 5-балльной шкале Лайкерта [206; 358]. Респондентам (студентам) предлагалось на выбор четыре варианта ответа на каждый вопрос: полностью согласен (-на), скорее согласен (-на), затрудняюсь ответить, скорее не согласен(-на), полностью не согласен(-на). Методика оценки опросником DREEM образовательной среды по шкалам представлена в Таблице 5. Критерии оценки¹: ≤ 2 – неудовлетворительный показатель; 2-3 – рекомендуется улучшить этот показатель; ≥ 3 – идеальный показатель. Анализ результатов исследования проведён на основе методов описательной статистики, с применением пакета программы Microsoft Office Excel 2016. Альфа Кронбаха оценивалось в программе SPSS Statistics 20.0.

Таблица 5 – Шкалы для проведения оценки образовательной среды по опроснику DREEM

Название шкалы	Номера вопросов, по ответам на которые оценивается шкала
Восприятие обучения студентами	1,7,13,16,20,22,24,25 ¹ ,38,44,47,48 ¹
Восприятие студентами преподавателей	2,6,8 ¹ ,9 ¹ ,18,29,32,37,39 ¹ ,40,50 ¹
Восприятие студентами своих возможностей к обучению	5,10,21,26,27,31,41,45
Восприятие студентами атмосферы образовательной среды	11,12,17 ¹ ,23,30,34,35 ¹ ,36,42,43,49
Социальное самовосприятие студентов	3,4 ¹ ,14,15,19,28,46

Примечание - Номер вопроса, который имеет отрицательный подтекст. Ответ на данный вопрос оценивается в обратном порядке

По отрицательным вопросам с номерами 4, 8, 9, 17, 25, 35, 39, 48, 50 баллы набираются в обратном порядке [358]. Максимальный балл по шкалам опросника DREEM составляет 200 баллов, что соответствует идеальной образовательной среде [206; 358]. В итоговом исследовании образовательной среды приняли участие 89 студентов, так как один студент отказался от участия в исследовании. По гендерному признаку респонденты распределились следующим образом: женского пола - 94%, мужского пола – 6%. По курсам: 2 курс - 30 студентов (33,7%), 3 курс - 30 студентов (33,7%), 4 курс – 29 студентов (32,6%). Средний возраст студентов 2 курса – $20,3 \pm 0,49$; 3 курс - $21,7 \pm 0,54$; 4 курс – $21,7 \pm 0,74$. Коэффициент надежности шкал опросника DREEM был рассчитан с использованием Альфа Кронбаха (Таблица 6).

Таблица 6 – Коэффициент надежности шкал опросника (Альфа Кронбаха)

№	Шкала	α
1.	Восприятие обучения студентами	0,867
2.	Восприятие студентами преподавателей	0,885.
3.	Восприятие студентами своих возможностей к обучению	0,708
4.	Восприятие студентами атмосферы образовательной среды	0,806
5.	Оценка студентом своего социального самовосприятия	0,615

2.5. Методика исследования восприятия профессии «медицинская сестра» (на примере бакалавров «сестринское дело»)

Проведено двухэтапное исследование восприятия профессии студентами в период обучения (на примере бакалавров «сестринское дело»). На первом этапе исследование проведено в России и Словении [358]. На втором этапе проведен сравнительный анализ восприятия профессии бакалаврами «сестринское дело» университетов Китая и Хорватии [322]. Исследование проводилось на группах

студентов стран со схожими культурным и религиозными особенностями (Словения, Россия, Хорватия) и имеющим значительные отличия в культурных и религиозных подходах к уходу за больными (Китай). Отбор объектов исследования – студентов, бакалавров по направлению подготовки «сестринское дело» проводился по критериям:

1. Университет, где обучаются студенты, хорошо зарекомендовал себя, как образовательная организация в изучаемой стране.
2. В Университете имеются студенты, обучающиеся по образовательной программе «Сестринское дело» (уровень бакалавриата).
3. Студенты и образовательная программа являются частью университета.
4. Университет, как база исследования имеет Клинический центр.
5. В образовательной программе и учебном плане для подготовки бакалавров по направлению «сестринское дело» имеется дисциплина «Теория сестринского дела».

Дизайн исследования: поперечное описательное исследование.

Каждый исследовательский партнер получил этическое одобрение, специфичное для его страны. Этическое одобрение было получено от комитета по этике университета Марибора, факультет медицинских наук (038/2017/1821-2/501, датировано 18.04.2017 г.). В России одобрение получено от Локального комитета по этике ФГБОУ ВО Первый МГМУ им И.М.Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) (Российская Федерация) (протокол №09 – 16 от 12.10.2016 г.). В Китае и Хорватии не требовалось одобрения со стороны Комитета по этике. В Словении исследование проводилось в рамках реализации гранта от Словенского исследовательского агентства (номер гранта BI-RU / 16-18-025 , номер гранта BI-CN / 18-20-023). Организатор и руководитель исследования в международном проекте – профессор Майжда Пайнкихар (Majda Rajnkihhar), PhD, декан факультета наук о здоровье Университет Марибора, Словения. Исследователи из России, Хорватии и Китая являлись со организаторами исследования в своих странах. Все исследователи внесли существенный вклад в проведение исследования в своей стране по следующим параметрам: концепция и

дизайн исследования, сбор данных, анализ и интерпретация данных по своей стране. Руководитель, организатор, исследователь и аналитик российского проекта – Касимовская Н.А. Базы исследования в Российской Федерации: Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования "Российский университет дружбы народов имени Патриса Лумумбы" (РУДН), Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Тюменский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Условия проведения исследования: исследователи, собиравшие анкеты, не участвовали в опросе или оценке студентов на момент набора данных. Никаких имен или другой идентифицирующей информации не было собрано. Данные анализировались не преподавательским составом. Исследование проводилось в соответствии с принципами Кодекса этики медицинских сестер и ассистентов медсестер Словении (Ассоциация медицинских сестер и акушерок Словении, 2014), Кодекса этики медицинских сестер (Китайская ассоциация медсестер, 2008), Кодекса этики медицинских сестер Хорватии (Хорватский Совет медсестер, 2005), Кодекса этики медицинских сестер России (Ассоциация медицинских сестер России, 2010).

Для измерения профессионального ориентирования (отношение к сестринскому уходу) медицинских сестер использовался в качестве стандартизированного опросника CDI [332]. CDI - это опросник из 25 пунктов, в котором используется 5-балльная шкала Лайкерта (1 = категорически не согласен, 5 = категорически согласен), а сумма используется в качестве балла, который

может варьироваться от 25 до 125 (Приложение Ж). CDI – 25 классифицирован в соответствии с психосоциальными и техническими характеристиками профессии [315; 322; 329; 334; 352; 353]. В исследование включены демографические вопросы: возраст, пол, страна, год обучения, тип обучения. Демографические данные анализировались с помощью описательного анализа, в то время как двусторонний дисперсионный анализ (ANOVA), скорректированный на неравные размеры выборки, проводился вместе с пост-специальным анализом результатов, и осуществлялся со стороны Словении. Разработка дизайна исследования и определение инструментов исследования в проекте проводилась в Университете Марибор, Словения: до начала сбора данных разрешение на использование и перевод CDI – 25 было получено от разработчика CDI – 25. Обратный перевод, следовал для всех версий. Словенская и русская версии уже были переведены и подтверждены выборкой медицинских сестер. Учитывая рекомендации зарубежных исследователей [346], рассчитанные индексы валидности содержания были оценены как приемлемые, так как I-CVI и S-CVI/Ave достигли значений 0,78 и 0,90 или выше.

Русская версия была оценена на предмет пригодности выражений и терминологии тремя академическими исследователями. Кросс-культурная адаптация была проведена для переведенной китайской версии с помощью консультаций экспертов и пилотного исследования. Содержательный эквивалент сравнивался путем перевода китайской версии обратно на английский язык и сравнения ее с оригинальной английской версией. Консультация проводилась с экспертом по английскому языку, двумя доцентами кафедры сестринского дела и четырьмя членами исследовательской группы. Пилотное исследование было проведено на выборке из 20 студентов-медицинских сестер в учебной аудитории с использованием переведенной китайской версии. Студенты (бакалавры «сестринское дело»), участвовавшие в пилотном исследовании, позже были приглашены также в основное исследование. Переведенная на хорватский язык версия документа была оценена на предмет достоверности. В полученных анкетах пришлось удалить 23 случая из-за пропущенных значений. Альфа Кронбаха

(надежность) составил 0,93 для словенской, 0,90 для китайской, 0,88 для хорватской и 0,84 для русской версий 25-элементного CDI соответственно.

Студенты (бакалавры «сестринское дело») были проинформированы о цели исследования и о том, что заполнение анкет рассматривалось как согласие на участие в исследовании, а также о том, что анкета является анонимной и участие добровольное. Для того, чтобы свести к минимуму возможность принуждения, было определено, что студенты могут отказаться от участия без каких-либо последствий, влияющих на результаты их обучения. В исследовании был проведен описательный анализ демографических данных. Для оценки различий между странами был применён односторонний дисперсионный анализ (ANOVA) с помощью post hoc HSD-теста Тьюки, во-первых, по средним значениям CDI – 25 психосоциальных компонентов и во-вторых, по средним значениям компонентов технического измерения. Далее для определения влияния двух независимых переменных (страна, год исследования) на результаты исследовательского инструмента CDI – 25 из вопросника была использована двусторонняя ANOVA, скорректированная на неравные размеры выборки.

Post hoc анализ с помощью наименьших квадратов был проведен для CDI – 25, то есть средних значений CDI – 25, которые скорректированы на средние значения других факторов в модели и скорректированы для многократного сравнения с пост-hoc тестами Тьюки. Использован стандартный уровень значимости $p=0,05$ для всех эффектов.

Анализ по основным параметрам (CDI – 25): валидность, надежность и масштабирование контента: mean – значение, median – медиана; variance – дисперсия; skewness – асимметрия, kurtosis – степень пика распределения. Двусторонняя ANOVA для оценки влияния двух независимых переменных (страны с 4 уровнями, т. е. Словения, Россия, Китай и Хорватия, и год обучения с 2 уровнями, т. е. 1-й год и 3-й год обучения) на значение исследовательского инструмента CDI-25 была выполнена с поправкой на неравные размеры выборки. Применена регрессия для оценки взаимодействия между переменными. Проверка предположения о двусторонней ANOVA показала, что значительные выбросы

присутствуют в некоторых комбинациях в группах независимых переменных, как значения вне интервала $x \pm 3 * SD$ в группах. Это привело в общей сложности к 12 выбросам, которые были помечены как отсутствующие значения. Однородность дисперсии была подтверждена с помощью теста Левена ($F = 1.376$, $p = 0.213$). Окончательное предположение о приближенном нормальном распределении для каждой комбинации групп двух независимых переменных показано на Рисунке 15.

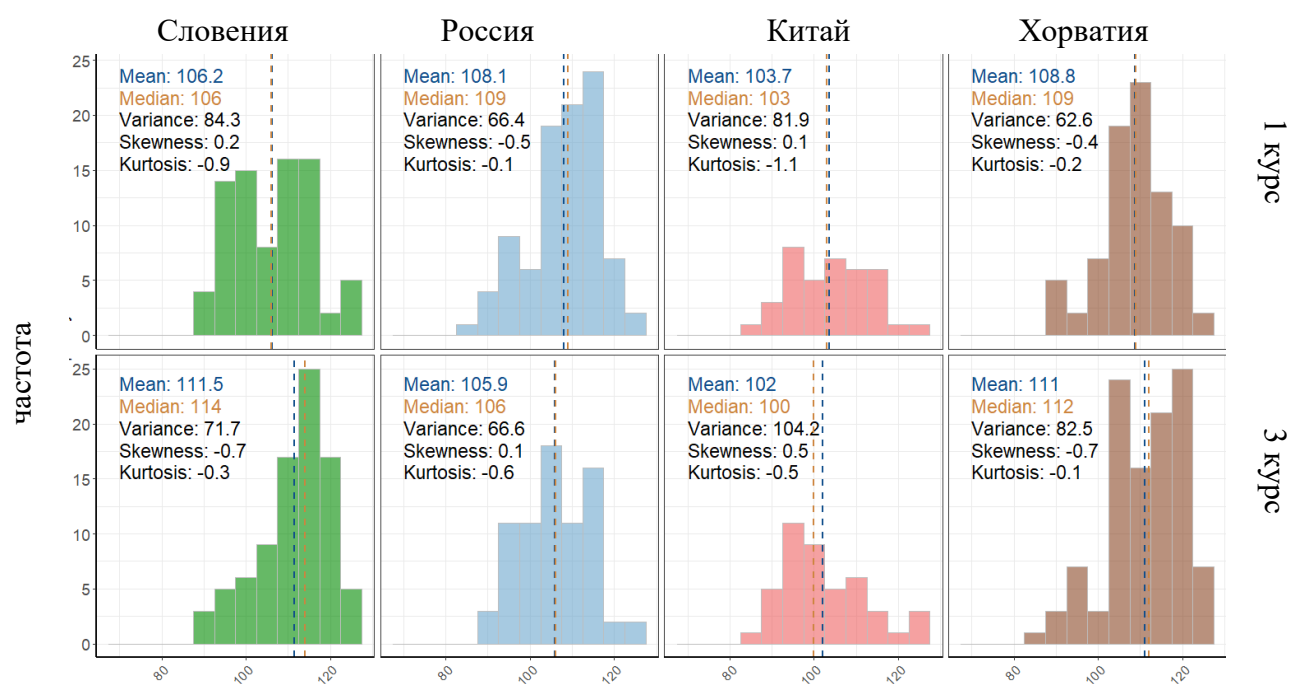


Рисунок 15 – Гистограммы распределений для каждой комбинации групп с дополнительными базовыми показателями данных по результатам опроса CDI – 25

Выборка состояла из студентов-медсестер, обучающихся по направлению «сестринское дело» (уровень бакалавриата) на первом и третьем курсах семи различных факультетов сестринского дела в четырех странах: Словении, Китае, Хорватии и России [322]. В Словении и Хорватии стандартное сестринское образование состоит из 3-х лет (180 ECTS), в то время как в России и Китае стандартное сестринское образование состоит из 4-х лет (240 и 144 ECTS соответственно). Качественная характеристика выборки определялась среди всех

первокурсников и третьекурсников каждого факультета. Критериями включения были: очная и заочная формы обучения, обучение на 1 и 3 курсе, пол (женщины и мужчины), давшие согласия на исследование. В исследование включили только студентов первого и третьего курсов, так как в Словении и Хорватии существует только 3-летняя программа. Студенты второго или четвертого курса были исключены из исследования. Из общего числа имеющих право на участие (827 студентов), ответили 604 студента (73,0% респондентов). Из 341 хорватских студентов ответили 188 (55,1%), из 230 словенских студентов - 167 (72,6%), из 172 российских студентов - 167 (97,0%) и из 84 китайских студентов - 82 (97,6%). В общей выборке 31,5% участников были из Хорватии ($n = 188$), 28,0% из Словении ($n = 167$), 26,8% из Российской Федерации ($n = 167$) и 13,7% из Китая ($n = 82$).

Данные были проанализированы с помощью IBM SPSS Statistics (версия 22.0) для описательной статистики, применен коэффициент корреляции Пирсона. Затем эти данные были сохранены в форме с разделителями табуляции для импорта в Mokken. Managed Service Provider (MSP) использовался для изучения данных для упорядочения респондентов по одномерной шкале относительно их общего среднего значения по CDI – 25. Статистический пакет R использовался для изучения данных для инвариантного упорядочения ответов на вопросы.

Коэффициент Левингера (H) использовался для проверки масштабируемости элементов и измерения того, насколько хорошо набор элементов соответствует иерархическим критериям шкал Моккена [352]. Индивидуальный Коэффициент Левингера (H) был рассчитан для всех элементов, представляющих количество раз, когда они нарушают иерархические допущения относительно других элементов. Для каждого H был рассчитан 95% доверительный интервал (ДИ) и проверено, лежит ли предельное значение 0,3 в пределах 95% ДИ.

Коэффициент H, определялся следующим образом:

$$H = \sqrt{\frac{P_{\max}(1 - p_{\min})}{p_{\min}(1 - p_{\max})}}$$

где $p_{\max}$ и $p_{\min}$ - максимальная и минимальная пропорции в исследовании.

Общее значение N также было рассчитано для набора явлений, где $N = 0,3$ было принято в качестве минимального значения для шкалы Моккена, а $N \geq 0,4$ указывало на сильную шкалу Моккена.

Также была рассчитана надежность Rho (аналогично α Кронбаха), $\rho > 0,7$ было принято для обозначения надежности шкалы. Надежность внутренней согласованности (α Кронбаха) также была рассчитана для обеих версий. Альфа Кронбаха выше 0,70 использовался в качестве приемлемого уровня [322; 352].

2.6. Методика анализа состояния здоровья и образа жизни студентов медицинских специальностей в период обучения

Для определения различий в состоянии здоровья студентов 1 курса 2012/2013уч.г. и через четыре года 4 курса в 2015/2016 уч.г. специальностей «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология» были выдвинуты гипотезы:

H_0 гипотеза: на состояние здоровья студентов медицинских специальностей не влияет период обучения.

H_1 гипотеза: на состояние здоровья студентов медицинских специальностей влияет период обучения.

Гипотеза (H_0) выдвигалась о незначительности различий между выборками принималась, если $\lambda_{\text{эмп.}} < \lambda_{\text{крит.}}$, и на уровне значимости 0,05 принималась либо отклонялась. Так как $\lambda_{\text{эмп.}} > \lambda_{\text{крит.}}$ — приняли альтернативную гипотезу H_1 : различия можно считать существенными. Факторы риска оценивались студентами на основе качественных характеристик, по бальной системе. Исследование проводилось как пилотное в 2015г., затем анкета была скорректирована, исследование проведено в 2016 г.. В исследование включены студенты СПО.

Критерии включения: обучение по образовательной программе медицинской специальности, 1 курс / 4 курс, добровольное участие в исследовании.

Модель образа жизни современного студента, обучающегося медицинской специальности оценивались методом корреляционно-регрессионного анализа. Качество модели оценивалось коэффициентом детерминации (аппроксимации). Обоснование выбора метода: переменные количественные, признаки имеют нормальное распределение (тест Колмогорова – Смирнова), зависимость между переменными носит линейный характер, переменные гомоскедастичные (так как вариабельность одной переменной не зависит от вариабельности другой переменной), участники исследования не зависят друг от друга, все признаки изучались у одних и тех же участников исследования, объем выборки - репрезентативный. Анализ результатов исследования проводился на основе методов описательной статистики, с применением пакета программы Microsoft Office Excel 2016.

Коэффициент детерминации (аппроксимации) (R^2) показал степень соответствия трендовой модели исходным данным.

Вычисление значение статистического критерия проводилось по формуле:

$$R^2 = \frac{\sum(\hat{y}_{xi} - \bar{y})^2}{\sum(y_i - \bar{y})^2}$$

R^2 принимает значения от 0 до 1, чем ближе R^2 к 1, тем точнее модель описала имеющиеся данные. Модель влияния факторов риска на здоровье студентов медицинских специальностей оценивалась корреляционным анализом, парной линейной регрессией, коэффициентом детерминации R^2 , чем ближе было значение коэффициента к единице, тем сильнее имела зависимость [283].

Средняя ошибка аппроксимации – среднее относительное отклонение расчетных значений зависимой переменной y от фактических значений y .

$$\bar{A} = \frac{1}{n} \sum \left| \frac{y - \hat{y}}{y} \right| \cdot 100\%$$

В исследовании средняя ошибка аппроксимации составила менее 6 - 7%, средняя аппроксимация модели ($\tilde{A}$) была близка к 10%. Качество модели оценили, как приемлемое, так как максимально допустимым значением данного показателя считается 12-15% [261; 283].

2.7. Методика исследования синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских специальностей в период обучения

Исследование синдрома эмоционального выгорания проведено по методике Бойко В.В. По мнению автора методики, эмоциональное выгорание — это выработанный личностью механизм психологической защиты в форме полного или частичного исключения эмоций в ответ на психотравмирующие воздействия [29]. Методика состоит из 84 суждений (Приложение И), позволяющих диагностировать фазы «эмоционального выгорания»:

1. Фаза «Напряжение».

Характеризуется ощущением эмоционального истощения, усталости, вызванной собственной профессиональной деятельностью. Проявляется в таких симптомах: «переживание психотравмирующих обстоятельств» (человек воспринимает условия работы и профессиональные межличностные отношения как психотравмирующие); «недовольство собой» (недовольство собственной профессиональной деятельностью и собой как профессионалом); «загнанность в тупик» (ощущение безвыходности ситуации, желание изменить работу или вообще профессиональную деятельность); «тревога и депрессия» (развитие тревожности в профессиональной деятельности, повышение нервности, депрессивные настроения).

2. Фаза «Резистенция».

Характеризуется избыточным эмоциональным истощением, которое провоцирует развитие и возникновения защитных реакций, которые делают человека эмоционально закрытым, отстраненным, безразличным. На таком фоне любое эмоциональное привлечение к профессиональной деятельности и коммуникации вызывает у человека чувство избыточного переутомления. Проявляется в таких симптомах: «неадекватное выборочное эмоциональное реагирование» (не контролируемое влияние настроения на профессиональные отношения); «эмоционально-моральная дезориентация» (развитие безразличия в профессиональных отношениях); «расширение сферы экономии эмоций» (эмоциональная замкнутость, отчуждение, желание прекратить любые коммуникации); «редукция профессиональных обязанностей» (нежелание профессиональной деятельности, стремление как можно меньше времени тратить на выполнение профессиональных обязанностей).

3. Фаза «Истощение».

Характеризуется психофизическим переутомлением человека, опустошенностью, нивелированием собственных профессиональных достижений, нарушением профессиональных коммуникаций, развитием циничного отношения к тем, с кем приходится общаться, развитием психосоматических нарушений. Проявляется симптомами: «эмоциональный дефицит» (развитие эмоциональной бесчувственности на фоне переутомления, минимизация эмоционального вклада в работу, автоматизм и опустошение человека при выполнении профессиональных обязанностей); «эмоциональное отчуждение» (создание защитного барьера в профессиональных коммуникациях); «личностное отчуждение (деперсонализация)» (нарушение профессиональных отношений, развитие циничного отношения к тем, с кем приходится общаться); «психосоматические нарушения» (ухудшение физического самочувствия, развитие психосоматических нарушений: расстройства сна, головная боль, проблемы с давлением).

Каждая фаза стресса, диагностировалась на основе четырех, характерных для нее симптомов (Таблица 7).

Таблица 7 – Фазы стресса и симптомы синдрома эмоционального выгорания и ключ для исследования

Фаза стресса	№	Симптомы	Ключ исследования
Напряжение	1	Переживание психотравмирующих обстоятельств	+1 (2), +13 (3), +25 (2), -37 (3), +49 (10), +61 (5), -73 (5)
	2	Неудовлетворенность собой	-2 (3), +14 (2), +26 (2), -38 (10), -50 (5), +62 (5), +74 (3)
	3	Загнанность в клетку	+3 (10), +15 (5), +27 (2), +39 (2), +51 (5), +63 (1), -75 (5)
	4	Тревога и депрессия	+4 (2), +16 (3), +28 (5), +40 (5), +52 (10), +64 (2), +76 (3)
Резистенция	1	Неадекватное эмоциональное реагирование	+5 (5), -17 (3), +29 (10), +41 (2), +53 (2), +65 (3), +77 (5).
	2	Эмоционально-нравственная дезориентация	+6 (10), -18 (3), +30 (3), +42 (5), +54 (2), +66 (2), -78 (5)
	3	Расширение сферы экономии эмоций	+7 (2), +19 (10), -31 (2), +43 (5), +55 (3), +67(3), -79(5)
	4	Редукция профессиональных обязанностей	+8 (5), +20 (5), +32 (2), -44 (2), +56 (3), +68 (3), +80 (10)
Истощение	1	Эмоциональный дефицит	+9 (3), +21 (2), +33 (5), -45 (5), +57 (3), - 69 (10), +81 (2)
	2	Эмоциональная отстраненность	+10 (2), +22 (3), -34 (2), +46 (3), +58 (5), +70 (5), +82 (10)
	3	Личностная отстранённость (деперсонализация)	+11 (5), +23 (3), +35 (3), +47 (5), +59 (5), +72 (2), +83 (10)
	4	Психосоматические и психовегетативные нарушения	+12 (3), +24 (2), +36 (5), +48 (3), +60 (2), +72 (10), +84 (5)

Обработка данных проводилась в соответствии с «ключом исследования» (Таблица 7) осуществлялись следующие подсчеты:

- 1) определяется сумма баллов отдельно для каждого из 12 симптомов «выгорания»,
- 2) подсчитывается сумма показателей симптомов для каждой из 3-х фаз формирования «выгорания»,
- 3) находится итоговый показатель синдрома «эмоционального выгорания» — сумма показателей всех 12-ти симптомов.

Интерпретация результатов исследования:

Показатель выраженности каждого симптома колеблется в пределах от 0 до 30 баллов: 9 и менее баллов — не сложившийся симптом, 10 - 15 баллов — складывающийся симптом, 16 и более — сложившийся.

Симптомы с показателями 20 и более баллов относятся к доминирующим в фазе или во всем синдроме «эмоционального выгорания». Методика позволила увидеть ведущие симптомы «выгорания». Выявлено к какой фазе формирования стресса относятся доминирующие симптомы и в какой фазе их наибольшее число.

Формирование фаз синдрома эмоционального выгорания оценивалось в пределах от 0 до 120 баллов:

- по количественным показателям насколько каждая фаза сформировалась, какая фаза сформировалась в большей или меньшей степени: 36 и менее баллов — фаза не сформировалась; 37 - 60 баллов — фаза в стадии формирования; 61 и более баллов — сформировавшаяся фаза.

Методика позволила диагностировать ведущие симптомы «эмоционального выгорания» у студентов по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология», «сестринское дело» и определить ведущие симптомы для каждой специальности, к какой фазе развития СЭВ они относятся: «напряжения», «резистенция», «истощения». Исследование позволило определить на каком курсе чаще формируются и какие симптомы фаз синдрома эмоционального выгорания.

ГЛАВА 3. АНАЛИЗ ФАКТОРОВ ПЕРИОДА ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ, ВЛИЯЮЩИХ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

3.1. Влияние престижа медицинской профессии и специальности на выбор абитуриентов

Правильный выбор профессии и широкие возможности для развития карьеры специалиста в сфере медицины являются важнейшими составляющими стратегии сохранения кадровых ресурсов в отрасли. Считается, что в настоящее время именно выпускники медицинских вузов относятся к наиболее уязвимым категориям с точки зрения потери медицинских кадров [118;119]. Выявлено, что перспективным направлением в регулировании кадровых потоков, как будущих, так и имеющихся кадров здравоохранения являются новые подходы к профориентационной работе на всех этапах профессионального образования и развития карьеры, начиная с окончания школы: школа – СПО – вуз - ординатура – медицинская организация. Одним из важнейших показателей общественного признания профессии (престиж), является приток абитуриентов в профессии [169]. Значимым показателем востребованности (престижа) профессии являются поданные абитуриентами заявления на прием на обучение по определенной специальности, в соответствии с перечнем направлений подготовки (специальности) в Российской Федерации [244]. В России абитуриенты, выбирая высшее образование могут сделать выбор из 770 направлений подготовки/специальностей [294]. Анализ выбора абитуриентами (престижа) профессии и специальности за период 2015 – 2019 гг. выявил, что в 2015 г. наиболее востребованными были следующие направления подготовки: экономика (64,4%), менеджмент (54,6%), юриспруденция (42,1%) и в каждом четвертом случае абитуриенты выбирали специальность «лечебное дело» (41,6%) (Рисунок 16).

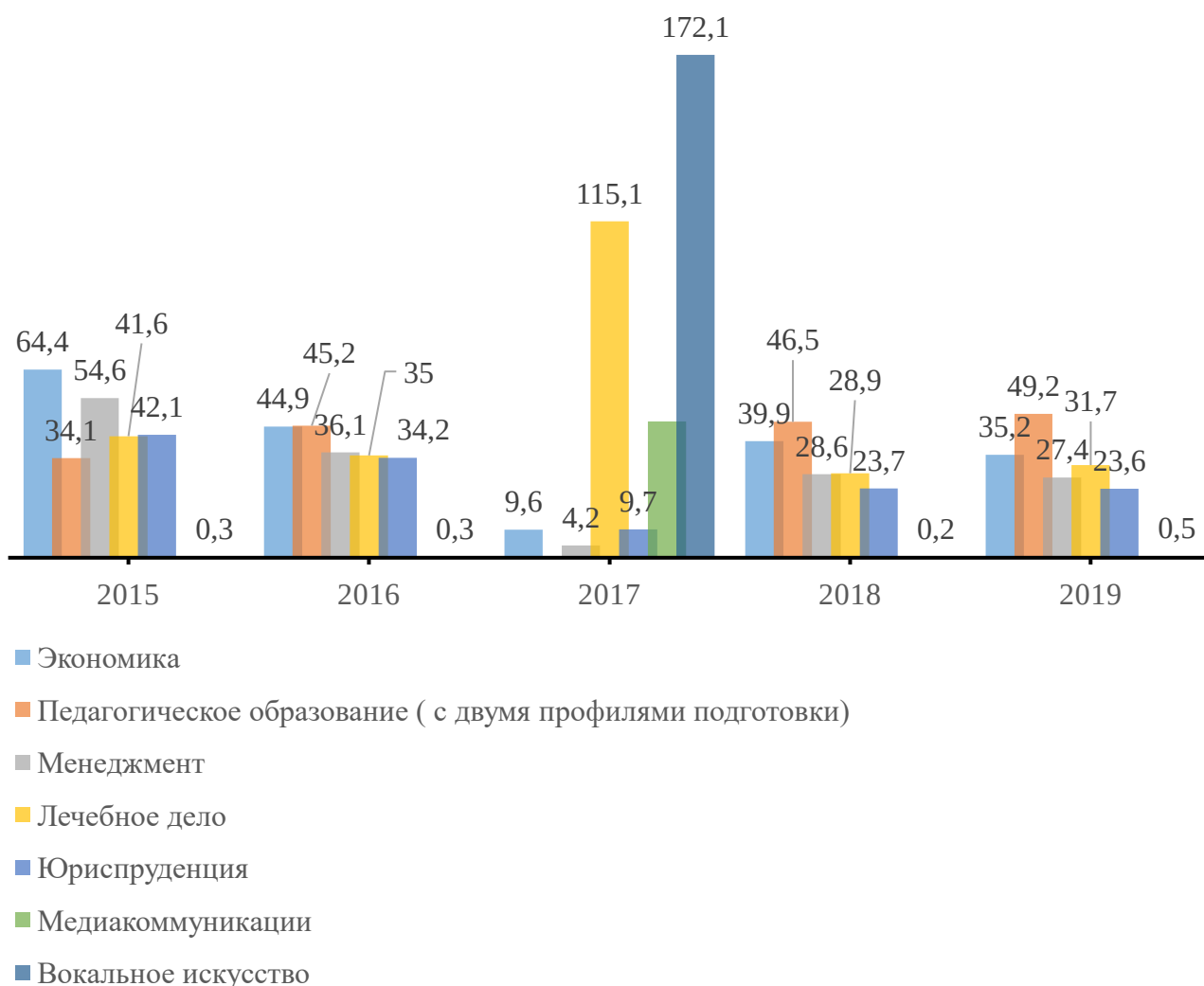


Рисунок 16 – Динамика и уровень востребованности профессий (престиж) среди выпускников школ в 2015 – 2019 гг. (на 1000 студентов, Росстат, 2020 г.)

В 2016 г. на первое место выходит востребованность педагогического образования (с двумя профилями подготовки) (45,2%), «экономика» занимает 2 место (44,9%), менеджмент (36,1%) – третье место по востребованности занимает специальность «лечебное дело» (35,0%). Значительно изменяется ситуация в 2017г., так как повышается востребованность специальности «вокальное искусство» (172,1%), специальность «лечебное дело» (115,1%) становится востребованной в каждом втором случае. В 2018 г. среди абитуриентов востребованность профессий снова меняется и наиболее востребованной становится специальность «педагогическое образование» (с двумя профилями

подготовки) (46,5‰), на втором месте по частоте выбора – «экономика» (39,9‰) и «лечебное дело» (28,9‰) - на третьем месте.

Такая же востребованность направлений подготовки сохраняется и в 2019г.: на первом месте педагогическое образование (с двумя профилями подготовки) (49,2‰), на втором месте по частоте выбора специальности – экономика (35,2‰) и на третьем месте «лечебное дело» (31,7‰). Исследование выявило, что за период 2015 - 2019гг., самой востребованной медицинской специальностью является «лечебное дело».

Анализ выбора медицинских специальностей выпускниками образовательных организаций среднего общего образования выявил, что в 2021 г. наиболее престижными являются «лечебное дело» (275,6 ‰), «педиатрия» (139,6‰), «стоматология» (126,1‰), менее престижными являются «медико - профилактическое дело» (34,5‰), медицинская биохимия (22,3‰), низкий уровень востребованности профессии выявлен для специальности «медицинская биофизика» (2,5‰) и значительно низкий уровень востребованности абитуриентами выявлен для бакалавриата «сестринское дело» (1,9‰) (Рисунок 17).



Рисунок 17 – Выбор медицинских специальностей выпускниками школ в 2021 г. (на 100000, Росстат, 2022 г.)

Результаты исследования показали, что среди медицинских специальностей, востребованность специальности «лечебное дело» практически в два раза выше специальностей «педиатрия» (139,6‰) и «стоматология» (126,1‰). Специальность «медико - профилактическое» (34,5‰) востребована меньше, чем «лечебное дело» практически в 8 раз. Выявлено, что самой не востребованной (не престижной) специальностью высшего образования является «сестринское дело» (1,9‰), тогда как в здравоохранении наблюдается значительный дефицит медицинских сестер, как со средним профессиональным образованием, так и с высшим образованием, что обосновало необходимость исследования причин низкого уровня востребованности данного направления подготовки медицинских кадров.

3.2. Влияние востребованности образовательной организации и качества образовательной среды на выбор медицинской профессии

Неверный подход к выбору вуза и специальности приводит в будущем к неудовлетворенности профессиональной деятельностью, что становится как личной проблемой для самого человека, так и проблемой образовательной системы и государства в целом, так как первокурсники часто ориентированы на внешние факторы выбора вуза или на факторы, не связанные с выбором образовательной профессиональной траектории. Такая тенденция приводит к негативным последствиям на разных уровнях – от личностного (разочарование в профессии, депрессия, внутриличностные конфликты, потеря времени и финансов), так и для образовательной организации (потеря вузом «своего» абитуриента, снижение престижа конкретного вуза и высшего образования в целом) [37].

Востребованность образовательной организации и образовательной среды вуза для абитуриентов изучена на группе студентов, обучающихся на 1 - 6 курсах, по специальностям «лечебное дело», «педиатрия», «медико-профилактическое дело», «стоматология», «сестринское дело» на базе ФГАОУ ВО Первый МГМУ им.

И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), по данным самооценки студентов. В основном это были студентки (67,9%), 32,1% студентов. Студенты специальностей «лечебное дело» – 43,4%, «медико-профилактическое дело» - 9,8%, «педиатрия» – 14,2%, «стоматология» - 11,4%, «сестринское дело» – 10,5%, и др. (9,7%). Студенты определили факторы, влияющие, по их мнению, на выбор образовательной организации в период самоопределения с профессией /специальностью (Рисунок 18).

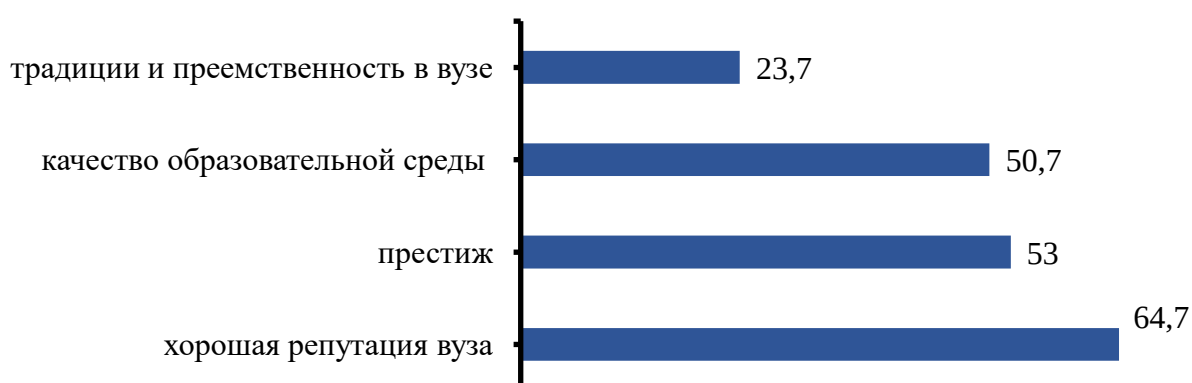


Рисунок 18 – Факторы, влияющие на выбор абитуриентами ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (на 100 опрошенных)

Факторами, повлиявшими на выбор студентами образовательной организации, в основном стали «хорошая репутация вуза» (64,5%), «престиж» (53%) и «качество образовательной среды» (50,7%). Тогда как фактор выбора образовательной организации «традиции и преемственность в вузе» важен для современных студентов только в 23,7% случаев [376]. На будущую профессиональную деятельность и карьеру для медицинских работников оказывает влияние образовательная среда в период обучения в вузе [38]. Исследования показывают, что, образовательная среда в которую погружается студент, во многом определяет его успеваемость, удовлетворенность процессом обучения и способствует формированию положительного образа выбранной

профессии [350; 355; 367]. Образовательная среда влияет на формирование компетенций и успешность обучающихся в будущей профессии [317; 361].

Выбор образовательной организации по восприятию образовательной среды среди студентов разных курсов выявил, что на первом, втором курсах практически каждый третий студент Сеченовского Университета признает высокое качество образовательной среды. На третьем курсе оценка студентов значительно снижается (24%). Студенты 4, 5 курсов практически в каждом третьем случае оценивают качество образовательной среды как высокое. Тогда как к 6 курсу оценка качества образовательной среды по сравнению с 1 курсом снижается значительно (- 11,5%) (Таблица 8).

Таблица 8 – Уровень качества образовательной среды в Сеченовском Университете (на 100 опрошенных студентов)

курс	высокий уровень качества образовательной среды	m
1	41,7	$\pm 2,6$
2	31,9	$\pm 2,2$
3	24,0	$\pm 2,0$
4	34,9	$\pm 2,3$
5	35,6	$\pm 2,3$
6	30,2	$\pm 2,2$

Расширенное исследование образовательной среды проведено для медицинской специальности с наиболее низким уровнем престижа профессии по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) социологическим методом с применением опросника DREEM (Dundee Ready Educational Environment Measure). В исследовании приняли участие 89 студентов - бакалавров «сестринского дела» 2,3,4 курсов обучения. Применение адаптированного опросника DREEM в российской версии выявило положительную высокую оценку образовательной среды при подготовке бакалавров «сестринского дела» соответствующую «идеальной среде» (189,4 балла) [206]. При этом несколько исследователей образовательной среды бакалавров «сестринское дело» в университетах других стран сообщали о результатах DREEM в диапазоне от 101

до 139, что показывало низкий уровень качества образовательной среды [317; 318; 351]. Применение Альфа Кронбаха для оценки коэффициента надежности в российской версии опросника DREEM показало хорошие результаты для четырех шкал: «Восприятие студентами атмосферы образовательной среды» ($M=3,8$), «Восприятие обучения студентами» ($M=2,9$), «Восприятие студентами преподавателей» ($M=2,8$), «Восприятие студентами своих возможностей к обучению» ($M=2,0$) (Таблица 9).

Таблица 9 – Средние оценки по пяти шкалам опросника (DREEM) образовательной среды программы бакалавриата «сестринское дело»

Шкала	Max	Min	Среднее значение по шкале (M)	Оценка среднего балла по шкале
Восприятие обучения студентами	4,4	0,8	2,9	≥ 2
Восприятие студентами преподавателей	3,0	1,2	2,8	≥ 2
Восприятие студентами своих возможностей к обучению	3,0	0,3	2,0	≥ 2
Восприятие студентами атмосферы образовательной среды	3,8	1,6	3,0	$3,0 \geq 3,0$
Оценка студентом своего социального самовосприятия	2,1	0,5	1,7	≤ 2

Низкие результаты и коэффициент надежности имела шкала «Оценка студентом своего социального самовосприятия» ($M=1,7$). Низкий уровень «социального самовосприятия студентами» образовательной среды ($1,7, \leq 2$) при оценке «идеальная образовательная среда», обосновывает вероятность негативного восприятия выбранной профессии в социуме.

3.3. Современные тенденции трудоустройства выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования

Трудоустройство выпускников медицинских вузов является одной из стратегических задач государственной политики и важнейшим направлением в решении проблемы дефицита медицинских кадров [123; 252; 272; 289]. Диспропорция в подготовке специалистов и спросе на них на рынке труда являются серьёзной проблемой, с одной стороны, препятствующей успешному трудоустройству выпускников, а с другой – способствующей усилению кадрового дефицита [48]. В качестве довольно распространённой установки, мешающей первому успешному трудоустройству, остаются завышенные ожидания «престижности» работы и стартовой зарплаты. Первое нередко наблюдается у тех, кто изначально был ориентирован на обучение в «престижном» вузе и/или получение «престижной» специальности. У таких молодых специалистов закономерно формируется довольно высокая планка для будущей карьеры и «непрестижные» вакансии их не привлекают [47; 48].

Трудоустройство выпускников образовательных организаций высшего образования исследовалось по данным Росстата (2015 – 2019 гг.). Трудоустройство выпускников среднего профессионального образования изучалось за период 2015 – 2021 гг. (по данным Росстата, 2022 г.). В исследовании трудоустроившиеся выпускники образовательных организаций со средним профессиональным или высшим образованием – это выпускники, окончившие образовательную организацию среднего профессионального или высшего образования, получившие диплом соответственно о среднем профессиональном образовании или диплом бакалавра/ специалиста и трудоустроившиеся на работу.

В наблюдение Росстата (2021 г.) входили трудоустроившиеся выпускники, которые искали и нашли работу после окончания образовательной организации

(выпускники, искавшие работу), и лица, которые трудоустроились, не прибегая к поискам работы (не искавшие работу), а именно: получили работу в соответствии с заключенным договором (контрактом) с работодателем, в том числе о целевом обучении; получили работу в соответствии с распределением; получили предложение от работодателя; продолжили работать на том же месте, что и во время обучения; не искавшие работу по причинам: продолжение обучения, состояние здоровья, семейные обстоятельства, призыв в Вооруженные Силы, отсутствие необходимости работать и другие, но трудоустроившиеся в дальнейшем [294].

Исследование за пять лет (2015 – 2019 гг.) выявило рост трудоустройства выпускников медицинских вузов до 2018 г. (14,4%, 16,3%, 28,1%, 29,5%), практически только каждый третий выпускник трудоустроился после выпуска из образовательной организации, в 2019 году отмечается снижение показателя (27,3%). Трудоустройство выпускников по целевому направлению имеет положительный рост (5,8%, 8,3%, 15,7%, 16,0%, 17,3%). Выявлен высокий уровень показателей, но отрицательная динамика продолжения обучения среди выпускников по специальности «лечебное дело» (поступление в ординатуру) (83%, 76,3%, 58,3%, 59,2%, 61,6%) (Рисунок 19).



Рисунок 19 – Трудоустройство выпускников по специальности «лечебное дело» в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. (на 100 выпускников)

Также выпускники по специальности «лечебное дело» трудоустраиваются самостоятельно, но процент таких выпускников низкий (1,7%, 6,5%, 11,7%, 9,3%, 7,8%).

Тем не менее показатель с 2015 г. увеличился практически в пять раз.

Анализ трудоустройства выпускников по специальности «Педиатрия» выявил, что за изучаемый период трудоустраиваться стали практически в два раза больше выпускников (14,6%, 19,7%, 32,2%, 33,8%, 31,4%) (Рисунок 20).



Рисунок 20 – Трудоустройство выпускников по специальности «Педиатрия» в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. (на 100 выпускников)

Выявлено, что стало больше трудоустраиваться выпускников по целевому направлению, практически каждый шестой выпускник (6,8%, 9,6%, 18,4%, 17,6%, 16,7%). Более половины выпускников продолжает обучение (82,6%, 76,5%, 52,9%, 52,0%, 56,0%), но данный показатель к 2019г. снизился (- 26,6%). Самостоятельно трудоустраивается незначительная часть выпускников (2,5%, 3,3%, 14,0%, 7,0%, 9,7%).

Анализ трудоустройства выпускников по специальности «Медико-профилактическое дело» выявил, что имеется значительный рост трудоустройства

(21,3%, 25,7%, 45,5%, 39,8%, 49,0%). За изучаемый период значительно увеличился показатель трудоустройства по целевому направлению (10,3%, 13,4%, 20,6%, 16,8%, 27,7%), т.е. практически каждый третий выпускник трудоустраивается по целевому направлению. Выявлен рост выпускников, трудоустраивающихся самостоятельно, так как в сравнении с 2015г. динамика этого показателя положительная и практически каждый пятый выпускник трудоустраивается самостоятельно (3,2%, 37%, 20,2%, 10,3%, 16,5%) (Рисунок 21).



Рисунок 21 – Трудоустройство выпускников по специальности «Медико-профилактическое дело» в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. (на 100 выпускников)

Исследование выявило, что трудоустройство выпускников по специальности «Стоматология» имеет положительную динамику (14,7%, 30,8%, 27,4%, 28,8%, 28,2%). Значительно вырос показатель трудоустройства по целевому направлению (4,0%, 11,3%, 11,0%, 14,6%, 31,5%), то есть практически каждый третий выпускник по специальности «Стоматология» трудоустраивается по целевому направлению. Продолжают обучение более половины выпускников по специальности «Стоматология» (79,0%, 50,7%, 54,5%, 58,8%, 58,9%) (Рисунок - 22).



Рисунок 22 – Трудоустройство выпускников по специальности «Стоматология» в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. (на 100 выпускников)

Снижается процент самостоятельно трудоустраивающихся выпускников по специальности «Стоматология» (2,9%, 16,8%, 17,0%, 10,9%, 10,7%).

Выпуск по специальности «Стоматология» значительно вырос по сравнению с 2015г., более чем на 650 выпускников (1515; 2011; 1849; 2060; 2185), при этом направляется на работу практически каждый третий выпускник (14,7%, 30,8%, 27,45, 28,8%, 28,2%). За последний год практически каждый третий выпускник трудоустроился по целевому направлению (4,0%, 11,3%, 11,0%, 14,6%, 31,5%).

Анализ трудоустройства выпускников по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата), выявил, что получали направление на работу выпускники с 2016 г. и отмечается рост показателя трудоустройства по направлению на работу (48,9%, 78,4%, 75,2%, 73,5%) и по целевому направлению с 2017 г. (4,6%, 8,9%, 22,0%) (Рисунок - 23).



Рисунок 23 – Трудоустройство выпускников по направлению подготовки «Сестринское дело» (уровень бакалавриата) в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. (на 100 выпускников)

Тем не менее трудоустройство выпускников по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) в систему здравоохранения за период 2015 – 2019 гг. затрудняло неотрегулированное нормативно – правовое обеспечение. Несмотря на то, что должности для бакалавров «сестринское дело» были введены в Приказ Минздрава Российской Федерации от 15.06.2017 N328н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки", должности, которые могли бы занимать выпускники бакалавриата по направлению «сестринское дело» (медицинская сестра общей практики, медицинская сестра по паллиативной помощи, медицинская сестра по профилактике, медицинская сестра по реабилитации) в Порядках оказания медицинской помощи по профилю отсутствовали, что нивелировало возможность трудоустройства таких специалистов в медицинские организации. Выявленные показатели трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» более актуальны для тех выпускников, которые уже имели среднее профессиональное образование (34.02.01 Сестринское дело) [243] или др. специальности СПО, при поступлении в

вуз на направление подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата) [242]. В связи с чем выпускники трудоустраивались в основном на должности в соответствии с указанной специальностью в дипломе о среднем профессиональном образовании.

Самостоятельное трудоустройство выпускников, находившееся на высоком уровне в 2015 г., кроме 2017 г., к 2019 г. снизилось (50,0%, 28,6%, 10,8%, 22,0%). Так как для бакалавров «сестринского дела» до 2020 г. карьерная траектория в профессии завершалась на уровне бакалавриата, то отмечается значительное снижение показателя продолжения обучения для этих выпускников (50,0%, 22,4%, 21,6%, 13,8%, 4,4%).

Анализ трудоустройства выпускников со средним профессиональным образованием в период с 2018 – 2021 гг. (по данным Росстата, 2022 г.) по укрупненным группам специальностей «Клиническая медицина» (акушерство, лечебное дело, лабораторная диагностика, медицинская оптика, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая), «Науки о здоровье и профилактическая медицина» (медико-профилактическое дело) и «Сестринское дело» (сестринское дело, медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)) выявил положительную динамику для укрупненной группы «Клиническая медицина» (46,2‰, 32,5‰, 33,2‰, 65,7‰), для укрупненной группы «Науки о здоровье и профилактическая медицина» с 2019 г. (3,9‰, 4,1‰, 5,2‰), для укрупненной группы «Сестринское дело» (77,5‰, 65,8%, 74,4‰, 75‰).

Трудоустроились по профессиям укрупненной группы «Клиническая медицина» (92%, 91%, 84%, 97%), «Науки о здоровье и профилактическая медицина» (88%, 99%, 100%), «Сестринское дело» (92‰, 91‰, 90 ‰, 93 ‰).

ГЛАВА 4. ОСНОВНЫЕ ПРИЧИНЫ КАДРОВОГО ДЕФИЦИТА И НЕВОСТРЕБОВАННОСТИ МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ (НА ПРИМЕРЕ БАКАЛАВРОВ «СЕСТРИНСКОЕ ДЕЛО»)

4.1. Влияние кадровой обеспеченности медицинскими сестрами на эффективность системы здравоохранения и качество медицинской помощи

В современных условиях развития системы здравоохранения России профессия медицинской сестры рассматривается не только как одна из самых массовых, но и как одна из наиболее социально значимых [5]. Как показывает зарубежная практика, рациональное использование сестринских кадров ведет не только к значительному улучшению доступности и качества медицинской помощи, но и к ее экономичности, более эффективному использованию финансовых и человеческих ресурсов в отрасли [202; 218; 272]. Оценка эффективности здравоохранения на макроуровне (т.е. деятельности всей системы здравоохранения) подразумевает оценку результатов и затраченных средств. Исследователи оценивают результаты деятельности системы здравоохранения по ожидаемой продолжительности жизни при рождении (ОПЖ) [299]. Затраты, соответственно, измеряются в расходах государства и населения на систему здравоохранения. Рассматриваются структура и источники финансирования системы здравоохранения, порядок аккумулирования и распределения государственных средств на здравоохранение; численность, структура и заработная плата медицинских работников; обеспеченность материально-техническими ресурсами и оборудованием [167]. Стремление к повышению эффективности является одной из ключевых задач, которые стоят перед руководителями и разработчиками политики в сфере здравоохранения. В первую очередь потому, что неэффективная медицинская помощь может привести к необоснованному ухудшению показателей здоровья пациентов – как с точки зрения

их самочувствия, так и с точки зрения их удовлетворенности работой системы здравоохранения в целом [4; 188; 226]. Исследования эффективности систем здравоохранения проводятся регулярно, учитывая в основном такие параметры, как ожидаемая продолжительность жизни, финансирование здравоохранения государством, стоимость медицинских услуг в пересчете на душу населения, оснащенность больниц оборудованием, профессиональный уровень врачей и другого медицинского персонала, стоимость обслуживания в клиниках [196; 299]. Тем не менее исследований влияния на эффективность здравоохранения обеспеченности кадрами, в том числе медицинскими сестрами, практически не проводилось [162; 382]. В связи с чем на основе международных рейтингов проведено исследование влияния кадровой обеспеченности медицинскими сестрами на эффективность здравоохранения. Исследование включает несколько последовательных компонентов: анализ обеспеченности медицинскими сестрами населения мира, рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения, разработка шкалы суммарного коэффициента оценки показателя, оценка эффективности здравоохранения в разных странах мира по разработанной шкале.

Анализ обеспеченности медицинскими сестрами населения 30 стран мира и в России выявил, что данный уровень находится выше среднего показателя обеспеченности развитых стран мира.

В России население практически в два раза больше обеспечено медицинскими сестрами, чем в таких странах как Колумбия (1,3 ‰), Турция (2,3 ‰), Мексика (2,9 ‰), Греция (3,4 ‰), Латвия (4,3 ‰). Также более, чем практически в 1,2 – 1,5 раза российское здравоохранение обеспечено медицинскими сестрами, чем такие страны как Израиль (5 ‰), Словацкая Республика (5,7 ‰), Испания (5,9 ‰), Эстония (6,3 ‰), Венгрия (6,6 ‰), Италия (6,7 ‰), Австрия (6,9 ‰), Португалия (6,9 ‰), Корея (7,2 ‰). Необходимо отметить, что близко к уровню России по обеспеченности населения медицинскими сестрами находятся такие страны, как Литва (7,8 ‰), Великобритания (7,8 ‰), Чехия (8,1 ‰), Канада (9,9 ‰), Дания (10,1 ‰), Словения (10,1 ‰), Новая Зеландия (10,3 ‰) (Рисунок 24).

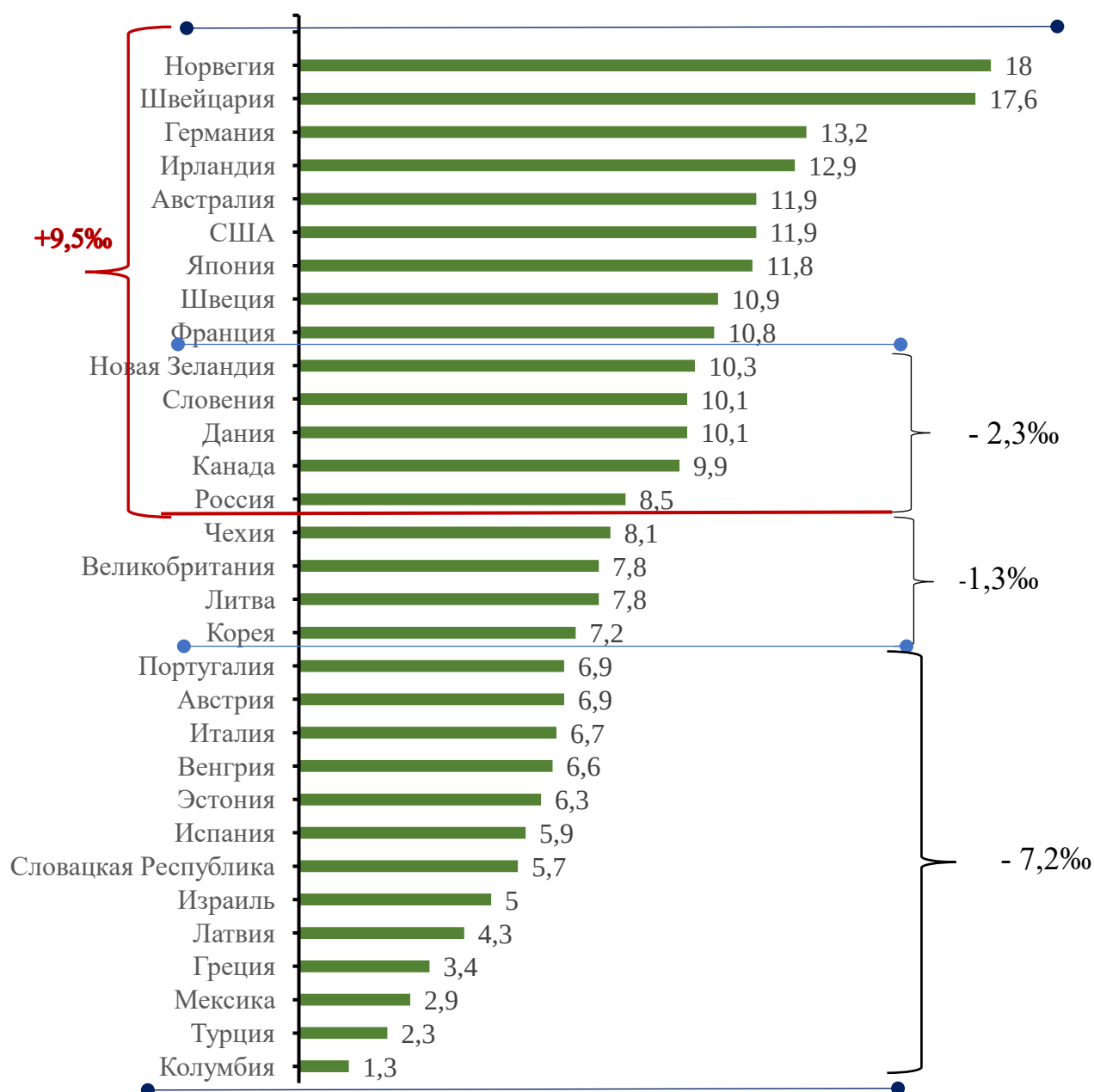


Рисунок 24 – Шкала обеспеченности медицинскими сестрами населения разных стран в 2018 – 2019 гг. в сравнении с Россией (на 1000 населения)

Высокий уровень обеспеченности медицинскими сестрами по сравнению с Россией выявлен в таких странах, как Франция (10,8 ‰), Швеция (10,9 ‰), Япония (11,8 ‰), США (11,9 ‰), Австралия (11,9 ‰), Ирландия (12,9 ‰), Германия (13,2 ‰), Швейцария (17,6 ‰), Норвегия (18,0 ‰), при обеспеченности России - 8,5 ‰.

На следующем этапе исследования проанализирован рейтинг стран мира по эффективности систем здравоохранения. Рейтинг составлен статистическим

агентством Bloomberg на основании данных Всемирной организации здравоохранения, Организации Объединенных Наций и Всемирного банка (*The Most Efficient Health Care*) и статистического агентства Numbeo (*Health Care Index for Country*). Системы здравоохранения оценивались по следующим критериям: оснащенность больниц оборудованием, профессиональный уровень врачей и другого медицинского персонала, стоимость обслуживания в клиниках (Таблица 10).

Информация собиралась на основе опроса резидентов соответствующих стран, а не на базах данных национальных служб статистики. Таким образом, был составлен общий показатель — индекс качества системы здравоохранения, который комплексно отображает, насколько все плохо или хорошо в стране с медициной: чем выше индекс — тем качественней уровень медицинской помощи.

Таблица 10 – Рейтинг эффективности системы здравоохранения в мире (по данным Bloomberg Health Care Efficiency и Numbeo, 2019 г.)

№ места в рейтинге	Страна	Продолжительность жизни	Относительная стоимость (%)	Эффективность	Индекс качества
1	Гонконг	84,3	5,7	87,3	66,84
2	Сингапур	82,1	4,3	85,6	69,25
3	Испания	82,8	9,2	69,3	77,87
4	Италия	82,5	9,0	67,6	67,05
5	Южная Корея	82,0	7,4	67,4	84,34
6	Израиль	82,0	7,4	67,0	74,16
7	Япония	83,8	10,9	64,3	82,21
8	Австралия	82,4	9,4	62,0	75,88
9	Тайвань	79,1	6,2	60,8	85,34
10	ОАЭ	77,1	3,5	59,1	69,90
11	Норвегия	82,3	10,0	58,9	75,03
12	Швейцария	82,9	12,1	58,4	72,24
13	Ирландия	81,5	7,8	58,2	48,19
14	Греция	81,0	8,4	56,0	55,49
15	Новая Зеландия	81,5	9,3	55,6	72,62
16	Канада	82,1	10,4	55,5	70,07
17	Франция	82,3	11,1	55,5	78,71
18	Португалия	81,1	9,0	55,4	69,54
19	Финляндия	81,5	9,4	54,7	74,97
20	Китай	76,1	5,3	54,6	63,48
21	Мексика	76,9	5,9	54,6	69,64
22	Швеция	82,2	11,0	53,2	68,97
23	Ливан	79,4	7,4	53,0	67,0

Продолжение Таблицы 10

24	Польша	77,5	6,3	52,7	62.48
25	Коста-Рика	79,6	8,1	52,3	61.92
26	Турция	75,5	4,1	52,2	69.74
27	Тайланд	75,1	3,8	51,9	79.21
28	Нидерланды	81,5	10,7	50,8	79.13
29	Малайзия	75,1	3,9	50,4	67.49
30	Чехия	78,6	7,3	49,8	74.63
31	Чили	79,3	8,1	49,3	64.22
32	Австрия	81,2	10,3	49,0	79.2
33	Алжир	75,9	7,1	48,2	54.63
34	Словакия	76,6	6,9	47,6	60.46
35	Великобритания	81,0	9,9	46,3	74.88
36	Перу	74,8	5,3	46,0	56.26
37	Румыния	75,0	5,0	46,0	54.99
38	Бельгия	81,0	10,5	44,8	78.30
39	Иран	75,7	7,6	43,4	51.86
40	Венесуэла	74,4	3,2	43,4	40.17
41	Дания	80,7	10,3	42,4	79.22
42	Венгрия	75,6	7,2	42,0	47.62
43	Эквадор	76,1	8,5	41,3	70.81
44	Казахстан	72,0	3,9	39,2	50.20
45	Германия	80,6	11,2	38,3	73.58
46	Саудовская Аравия	74,4	5,8	37,5	60.04
47	Колумбия	74,2	6,2	36,8	67.63
48	Иордания	74,2	6,3	35,8	65.44
49	Беларусь	73,6	6,1	35,3	58.87
50	Доминиканская Республика	73,7	6,2	33,6	54.07
51	Бразилия	75,3	8,9	32,8	55.59
52	Сербия	75,3	9,4	32,2	52.01
53	Россия	71,2	5,6	31,3	57.64
54	Азербайджан	71,9	6,7	29,6	41.57
55	США	78,7	16,8	29,6	69.23
56	Болгария	74,6	8,2	29,4	55.07

В исследовании для определения влияния обеспеченности медицинскими сестрами на основе международных рейтингов разработана шкала суммарного коэффициента оценки данного показателя.

Расчет данных критериев суммарного показателя средних значений представлен в Таблице 11.

Таблица 11 – Расчётные данные критериев определения суммарного показателя средних значений и доверительный интервал (ДИ)

Показатель	М	σ	$\pm m$	ДИ
Продолжительность жизни	78,4	3,5	$\pm 0,5$	77,4 - 79,4
Относительная стоимость (%)	7,7	2,6	$\pm 0,6$	6,5 - 8,9
Эффективность	50,1	12,6	$\pm 1,7$	46,7 – 53,5
Индекс качества	71,7	8,9	$\pm 1,2$	69,3 - 74,1

На основании показателей средних значений и ДИ разработана Шкала оценки систем здравоохранения по четырем критериям (продолжительность жизни, относительная стоимость, эффективность, индекс качества) (Приложение К) и проведена оценка эффективности здравоохранения в разных странах мира (Таблица 12).

Таблица 12 – Шкала оценки критериев эффективности здравоохранения в разных странах мира

Шкала критериев эффективности здравоохранения		
1	Продолжительность жизни	
	низкий уровень	70,0 - 77,3
	средний уровень	77,4 - 79,4
	высокий уровень	79,5 – 100,0
2	Относительная стоимость (%)	
	низкий уровень	1,0 - 6,4
	средний уровень	6,5 - 8,9
	высокий уровень	8,9 – 20,0
3	Эффективность	
	низкий уровень	1,0-46,6
	средний уровень	46,7 – 53,5
	высокий уровень	53,6 -100,0
4	Индекс качества	
	низкий уровень	1,0 – 69,2
	средний уровень	69,3 - 74,1
	высокий уровень	74,2 -100,0

На основе рейтинга Bloomberg, проведен сравнительный анализ кадровой обеспеченности медицинскими сестрами и уровнем системы здравоохранения в рейтинге эффективности оказания медицинской помощи. Проведено сопоставление уровня обеспеченности медицинскими сестрами и эффективности систем здравоохранения и индекса качества (Рисунок 25).



Рисунок 25 – Уровень обеспеченности медицинскими сестрами систем здравоохранения и показатели рейтинга эффективности систем здравоохранения (по данным рейтинга Bloomberg Health Care Efficiency и Numbeo, 2019 г.)

Как показало исследование российское здравоохранение имеет самый низкий уровень обеспеченности медицинскими сестрами (8,5%), самый низкий уровень продолжительности жизни населения (71,2 года), эффективность здравоохранения в России также находится на низком уровне (31,4%) (ниже только в США (29,6%)), при самой низкой относительной стоимости (5,6%) и практически самом низком индексе качества (57,64), ниже только в Ирландии (48,19).

Исследование выявило, что кадровая обеспеченность медицинскими сестрами имеет сильное прямое влияние на эффективность систем здравоохранения ($r_{xy} = 0,97$, $p > 99,9\%$) и прямое, среднее влияние на качество медицинской помощи ($r_{xy} = 0,54$, $p > 99,9\%$).

4.2. Анализ нормативно-правового регулирования подготовки и трудоустройства медицинских сестер с высшим образованием

Во всем мире специалисты сестринского дела проходят подготовку не только на уровне базового профессионального образования, но также и в рамках бакалавриата, магистратуры и докторантуры по сестринскому делу [28; 62; 90; 195]. В России подготовка кадров медицинских сестер с высшим образованием в части случаев опережает реальный уровень сестринского дела в практическом здравоохранении, что приводит к ситуации, когда потенциал сестринского персонала с учетом его профессиональной компетенции используется не в полной мере [96]. Нереализованность специалиста в профессии приводит к проблеме оттока медицинских сестер из государственных медицинских организаций, а также в целом отмечается уход кадров из профессии, что ведет к негативным тенденциям увеличения нагрузки на каждого специалиста и, в конечном итоге, может привести к снижению качества медицинской помощи [7]. Приток молодых специалистов в профессию «медицинская сестра» предполагает имеющиеся перспективы для развития профессиональной карьеры, как и в других профессиях, что определяет значимость наличия для направления подготовки «сестринское дело» разных уровней образования, от профессионального обучения, среднего профессионального образования до высшего уровня образования. В зарубежных исследованиях доказывается, что медицинские сестры, получившие степень бакалавра, реже уходят из профессии, чем медицинские сестры с более низким

уровнем образования, даже в том случае, когда они занимают одинаковые должности и получают одинаковую зарплату [49; 71; 90; 99; 195].

Характеристика профессионального образования медицинских сестер на момент открытия в России первого факультета высшего сестринского образования основывалась на базовом среднем профессиональном образовании, и ориентировалось на выработку технических профессиональных навыков, развитие профессиональной траектории не было предусмотрено [90]. Основными причинами, обусловившими открытие образовательных программ высшего образования для медицинских сестер в 1991 г., стали: необходимость в повышении качества профессиональной деятельности; низкий уровень профессионального сестринского образования и его несоответствие современным требованиям; отсутствие у медсестер перспектив для профессионального роста и возможностей совершенствования в рамках своей профессии [62; 90].

Готовить кадры медицинских сестер с высшим образованием начинают фактически с утверждения в 1994 году специальности 040600 – Сестринское дело (Приказ Госкомвуза от РФ 05.03.94 г. № 180 «Об утверждении государственного образовательного стандарта в части классификатора направлений и специальностей высшего профессионального образования»). Выпускникам – специалистам присваивалась квалификация «менеджер». Нормативный срок освоения основной образовательной программы подготовки менеджера по специальности 040600 – Сестринское дело при очной форме обучения составлял 4 года. Важной особенностью приёмной кампании для получения высшего образования по специальности «сестринское дело», квалификация «менеджер», являлось требование к уровню подготовки абитуриента, так как к освоению основной образовательной программы допускались лица, имеющие среднее профессиональное образование (базового и/или повышенного уровня) по специальностям среднего профессионального образования: 0401- Лечебное дело; 0402 - Акушерское дело; 0406 - Сестринское дело. При приеме на подготовку по заочной форме обучения образовательная организация имела право устанавливать дополнительное требование о наличии у абитуриента стажа по специальности.

Таким образом, кадровый дефицит специалистов «сестринского дела» для системы здравоохранения до 2010 г. компенсировался подготовкой специалистов с высшим сестринским образованием, участие которых в системе здравоохранения к 2010 г. уже было нормативно урегулировано в полном объеме, и такие специалисты имели право трудоустроиться в медицинские организации на должности: заместитель руководителя (начальника) медицинской организации; главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер); директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач - статистик; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач - методист; врач - статистик; врач – методист [235; 236].

Согласно статье 195.3 Трудового кодекса Российской Федерации, требования к квалификации работников, содержащиеся в профессиональных стандартах, обязательны для работодателя в случаях, если они установлены Трудовым кодексом Российской Федерации, другими федеральными законами, иными нормативными правовыми актами Российской Федерации. Требования к квалификации медицинских работников регламентируются Квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» [236].

Таким образом, требования к квалификации медицинских работников, содержащиеся в соответствующих профессиональных стандартах, являются обязательными для работодателя. Тогда как до 2015 г. в квалификационных требованиях должности для бакалавров «сестринского дела» отсутствовали. Тем не менее введенные должности для бакалавров «сестринского дела» в Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (медицинская сестра общей практики, медицинская сестра по

паллиативной помощи, медицинская сестра по профилактике, медицинская сестра по реабилитации) не были предусмотрены ни в одном из Порядков оказания медицинской помощи по соответствующему профилю, ни в иных нормативно - правовых актах, регулирующих отношения в сфере здравоохранения. Профессиональный стандарт для бакалавров «сестринское дело» отсутствовал до 2020 г. Бакалавры «сестринского дела» вводятся в профессиональный стандарт Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. № 479н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по организации сестринского дела», который при этом не решает проблем с трудоустройством выпускников бакалавриата «сестринское дело», так как представленные в профессиональном стандарте должности: старшая медицинская сестра, старшая акушерка, старшая операционная медицинская сестра отсутствуют в должностях, представленных в Квалификационных требованиях к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» [232]. Требуемый профессиональным стандартом стаж работы 5 лет для вступления в должность выпускники бакалавриата «сестринское дело» не смогут даже через пять лет, так как в действующей в тот период Номенклатуре должностей медицинских работников и фармацевтических работников такие должности для бакалавров «сестринского дела» отсутствовали [233]. Такие же проблемы выявлены в применении профессионального стандарта, утвержденного Приказом Министерства труда и социальной защиты РФ от 31 июля 2020 г. N 481н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях» [245]. Должностей, на которые могут трудоустроиться выпускники бакалавриата «сестринское дело» в номенклатуре и в Порядках оказания медицинской помощи по профилю представлено не было. Трудоустройство выпускников образовательных организаций бакалавриата «сестринское дело», не имеющих диплом СПО, в медицинские организации было возможно только через процедуру допуска к должностям среднего медицинского персонала в виде

экзамена. Процедура допуска бакалавров «сестринское дело» к должностям среднего медицинского персонала, утверждена Приказом Минздрава России от 27.06.2016г. № 419н «Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях среднего медицинского или среднего фармацевтического персонала», что позволяет трудоустроиться таким специалистам в медицинские организации на должности среднего медицинского персонала (медицинская сестра, медицинская сестра палатная (постовая), медицинская сестра перевязочной, медицинская сестра по приему вызовов скорой медицинской помощи и передаче их выездным бригадам скорой медицинской помощи, медицинская сестра процедурной, медицинская сестра приемного отделения, медицинская сестра участковая) и подтверждена в 2022 г. [234]. Документом, подтверждающим легитимность такого трудоустройства, является выписка из протокола сдачи экзамена, действительна эта выписка в течение пяти лет. Выпускникам бакалавриата приходится идти на эти меры, поскольку трудоустройство и допуск к профессиональной деятельности без наличия среднего профессионального образования и пройденной выпускниками первичной аккредитации по специальности среднего профессионального образования медицинскими организациями не осуществляется из-за неотрегулированной нормативно-правовой базы. Профессиональный стандарт «медицинская сестра / медицинский брат», включающий обобщённую трудовую функцию и должности для бакалавров сестринского дела не утвержден.

Таким образом, нормативное обеспечение трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» в здравоохранение требует единой терминологии названий должностей в квалификационных требованиях, в номенклатуре должностей и в Порядках оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. Для решения проблемы трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» на должности «медицинская сестра/медицинский брат»

требуется разработка и утверждение профессионального стандарта, включающего обобщённые трудовые функции в соответствии с должностями и видами профессиональной деятельности для выпускников бакалавриата «сестринское дело». Определено, что действующая система высшего образования подготовки кадров по направлению «сестринское дело» не способствует развитию профессии «медицинская сестра» и карьерной траектории в области сестринского дела, что может являться фактором оттока медицинских сестер с высшим образованием из системы здравоохранения. Тогда как уровень магистратуры для медицинских сестер реализуется во многих странах мира в ведущих университетах (рейтинг Times Higher Education's World University), но для российских университетов это остается новым направлением.

4.3. Анализ восприятия профессии бакалаврами «сестринское дело» в период обучения

В настоящее время профессиональная реализация – это непрерывный процесс становления и развития потенциала человека в профессиональной деятельности на протяжении всей его жизни, включающий множество элементов, таких как профессиональные установки (выбор и освоение компетенций профессии, готовность приступить к работе), карьерные ожидания и их удовлетворение, ценностные ориентации (связаны с престижем профессии в обществе и оценкой профессиональной деятельности) [25; 109]. Профессиональная реализация проходит в несколько этапов: профессиональное самоопределение (выбор профессии), получение профессионального образования, адаптация в профессии (на конкретном рабочем месте) и последующее профессиональное совершенствование (карьера и погружение в профессию) [105; 284; 286]. Анализ подготовки бакалавров «сестринское дело» по видам профессиональной деятельности выявил, что за изучаемый период (2011-2022) подготовка

бакалавров «сестринское дело» по видам деятельности практически не изменилась. Виды деятельности ФГОС 2017 года совпадают с требованиями ФГОС 2011 года [238; 241]. Основным отличием является введение вида деятельности «педагогическая». Имелись отличия во ФГОС (2015 г.), так как в нем были представлены общекультурные и профессиональные компетенции, к которым готовился выпускник. Универсальные и общепрофессиональные компетенции регламентированы для каждой специальности, тогда как профессиональные компетенции формулируются каждой образовательной организацией самостоятельно, на основании требований профессионального стандарта [85; 142; 184; 266]. Такие виды деятельности, как профессиональная деятельность в области лечебно-диагностической деятельности, в области реабилитационной деятельности, в области медико-профилактической деятельности были объединены в профессиональный вид деятельности «сестринская клиническая практика» до 2017 г. (Таблица 13).

Таблица 13 – Сравнительная характеристика подготовки бакалавров «сестринское дело» по видам профессиональной деятельности в реализуемых в разные периоды федеральных государственных образовательных стандартах

ФГОС 060500 Сестринское дело (квалификация (степень) «бакалавр») (2011 г.)	ФГОС 34.03.01 Сестринское дело (2015 г.)	ФГОС 34.03.01 Сестринское дело (2017 г.)
в области лечебно-диагностической деятельности	сестринская клиническая практика	лечебно-диагностический
в области реабилитационной деятельности	-	реабилитационный
в области медико-профилактической деятельности	-	медико-профилактический
в области организационно-управленческой деятельности	организационно-управленческая	организационно-управленческий
в области исследовательской деятельности	исследовательская	научно-исследовательский
-	педагогическая	педагогический

Введение в подготовку бакалавров «сестринское дело» вида профессиональной деятельности «педагогический» было обусловлено Приказом Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. N 1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования», где квалификация бакалавров «сестринское дело» имела тогда следующую квалификацию «Академическая медицинская сестра (для лиц мужского пола - Академический медицинский брат). Преподаватель» [239].

Важным фактором для высокого уровня качества профессиональной деятельности специалиста является сформированный образ профессии. Восприятие медсестрами своей профессии обнаруживает связь с проблемой дефицита медицинских сестер. Образ медсестры часто совпадает с образом профессии (у абитуриентов и их родственников) и влияет на выбор профессии. Как оценивают профессию «медицинской сестры» современные российские студенты в доступных источниках исследований таких не выявлено [25].

В России медицинские сестры, имеющие среднее профессиональное образование, выполняют широкий перечень трудовых функций, включая оказание медицинской помощи, в том числе в экстренной форме, ведение документации, осуществление сестринского ухода и наблюдения за пациентами, проведение профилактических мероприятий, мероприятий по формированию здорового образа жизни и т. д. [25; 254]. Исследований восприятия профессии для бакалавров «сестринского дела» в России не проводилось. Восприятие профессии бакалаврами «сестринского дела» в период обучения оценивали по опроснику CDI – 25.

Уход медсестер за пациентами включает манипуляционные или, другими словами, технические навыки и заботливое поведение, психосоциальную составляющую [342; 336; 350; 353; 357; 369]. В связи с чем в основу исследования легли профессиональные действия ухода, как основополагающие компоненты профессии. Общепринято, что профессия «медицинская сестра» является пациенториентированной, и медицинская сестра всегда находится рядом с пациентами, независимо от страны, вероисповедания и т.д. [359; 380]. Тем не менее медицинские сестры, несмотря на то, что профессия концептуально едина в мире,

воспринимают уход за пациентами по-разному, что влияет на восприятие профессии в целом в разных странах и на отношение к профессии [315].

Восприятие профессии бакалаврами «сестринского дела» проводилось по опроснику CDI – 25 среди студентов 1, 3 курсов, в четырех ведущих медицинских университетах России из разных регионов страны (Москва, Санкт-Петербург, Тюмень). Результаты исследования выявили различия по параметру «Оценивать состояния пациента и описывать его активность в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.)» между ответами студентов 1 и 3 курсов в Сеченовском университете ($t = 2,4; t > 2; p \geq 0,01$) и в РУДН ($t = 2,0; t > 2; p \geq 0,01$). По параметру «Вести сестринские записи о пациенте» выявлены значимые различия между оценкой студентов 1 и 3 курсов только в Тюменском государственном медицинском университете ($t = 2,1; t > 2; p \geq 0,01$). По параметру «Проявлять сострадание к пациенту» выявлены различия между мнением студентов 1 и 3 курсов в Тюменском государственном медицинском университете ($t = 2,5; t > 2; p \geq 0,01$) и РУДН ($t = 2,7; t > 2; p \geq 0,01$). По параметру «Садиться рядом с пациентом (во время беседы)» выявлены различия между оценками студентов 1 и 3 курсов в Первом Санкт – Петербургском медицинском университете им. академика И.П. Павлова ($t = 3,1; t > 2; p \geq 0,01$) и в РУДН ($t = 2,8; t > 2; p \geq 0,01$).

По параметру «Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру» выявлены различия между мнением студентов 1 и 3 курсов только в Первом Санкт – Петербургском медицинском университете им. акад. И.П. Павлова ($t = 2,1; t > 2; p \geq 0,01$). В университетах выявлены различия между мнениями студентов 1 и 3 курсов по параметрам «Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств»: в Первом Санкт – Петербургском медицинском университете им. акад. И.П. Павлова ($t = 2,4; t > 2; p \geq 0,05$) в Тюменском государственном медицинском университете ($t = 4,1; t > 2; p \geq 0,01$), в РУДН ($t = 2,0; t > 2; p \geq 0,05$), в Сеченовском Университете ($t = 2,9; t > 2; p \geq 0,05$). По параметру «Организовывать работу других специалистов для пациента»

выявлены различия во мнениях студентов 1 и 3 курсов в Тюменском государственном медицинском университете ($t = 2,6$; $t > 2$; $p \geq 0,05$). По параметру «Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья» выявлены различия между мнениями студентов 1 и 3 курса только в Сеченовском Университете ($t = 3,7$; $t > 2$; $p \geq 0,01$). По параметру «Уважать личную свободу пациента» выявлены различия между мнением студентов 1 и 3 курсов ($t = 2,6$; $t > 2$; $p \geq 0,05$). Различия в восприятии профессиональных компетенций будущих выпускников бакалавров «сестринского дела» в исследовании не выявлены по следующим элементам профессии «медицинская сестра»: вести сестринские записи о пациенте; воспринимать пациента как личность; объяснять пациенту суть предстоящей процедуры; внимательно выслушивать пациента; наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения); личным примером вселять оптимизм в пациента; получать согласие на клиническую процедуру; привлекать пациента к организации ухода за ним; быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры; ставить проблемы пациента на первое место; измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.); обсуждать свои личные проблемы с пациентом; обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.); обсуждать с врачом состояние пациента (Приложение Л). Таким образом, исследование восприятия профессии «медицинская сестра» студентами - бакалаврами «сестринского дела» выявило, что важным в профессии для студентов является быть технически грамотным при выполнении манипуляции (1,1 балл), обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.) (1,5 баллов), объяснять пациенту суть предстоящей процедуры (1,5 баллов), измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) (1,6 баллов), то есть превалируют технические манипуляции, что обосновало поиск путей интеграции биомедицинской модели, включающей социально-культурные ценности профессии в подготовку медицинских сестер.

4.4. Сравнительный анализ восприятия профессии «медицинская сестра» за рубежом и в России

Для проведения сравнительного исследования восприятия профессии «медицинская сестра» в России и за рубежом определена страна Словения. Критериями выбора стали: принадлежность к группе славянских языков, совпадающие системы здравоохранения (страхование ОМС и ДМС), культура, внедрение биомедицинской модели профессии позже, чем в других странах Европейского союза (ЕС). Также значимым являлось то, что словенское и российское общества очень индивидуалистичны с преобладающими женскими ценностями, привыкшими к тому, что государство заботится о людях [322]. В обеих странах низкий уровень обеспеченности здравоохранения медицинскими сестрами с высшим образованием по сравнению с другими европейскими странами [99]. Кроме того, в обеих странах не хватает исследований восприятия профессии «медицинская сестра», так как насколько нам было известно, в Словении и России не проводилось исследований восприятия медсестрами ухода, как основы профессии. При этом подготовка медицинских сестер в Словении имеет некоторые отличия от России. В Словении 72% ($n = 12\,387$) медицинских сестер имеют 4-летнее среднее профессиональное образование (ассистенты медсестер) и 28% медсестер ($n = 4871$) имеют 2 - летнее образование на уровне колледжа (медсестры со степенью младшего специалиста), три года подготовки бакалавров сестринского дела и 2 г. подготовки магистров. В Российской Федерации на период исследования насчитывалось 1 287 659 медицинских сестер и 94% ($n = 1\,221\,669$) имели среднее профессиональное образование. В России имеется уровень младшей медицинской сестры, среднее профессиональное образование для медицинских сестер составляло до 2021 г. 3 - 4 года подготовки и высшее образование – бакалавриат (4 года подготовки, очная форма), уровень магистратуры в 2016 году как уровень отсутствовал. В период, когда университет Марибора (2008) ввел высшее сестринское образование, показатели зачисления на образовательную программу

были выше вследствие большого числа студентов-заочников, работающих в медицинских организациях, которые поступали на этот тип обучения в целях улучшения своих карьерных возможностей или закрепления нынешнего положения по месту своей работы [62]. Такая же ситуация наблюдалась в России, высшее сестринское образование было востребовано в заочной форме и по тем же причинам, но обучение медицинских сестер проводилось тогда на уровне специалитета. При этом после подготовки медицинских сестер с высшим сестринским образованием в заочной форме обучения на уровне специалитета в России трудоустройство выпускников было высокое, и в Словении безработица среди лицензированных медсестер также практически отсутствовала [99]. Однако проведенный в 2021 году анализ статистических данных подтвердил, что динамика роста обеспеченности здравоохранения кадрами бакалавров сестринского дела в России неудовлетворительная, так как в 2018 г. насчитывалось 464 бакалавра «сестринское дело», в 2019 г. – 470 (бакалавров «сестринское дело»), в 2020 г. – 1622 бакалавров и в 2021 г. – 1385 бакалавров. Тогда как в Республике Словения, население которой составляет всего 2,07 млн. человек, по сравнению с Россией (146 млн.) выявлена следующая динамика численности медицинских сестер с высшим образованием: в 2018 г. числилось 6328 бакалавров «сестринское дело», в 2019 г. – 6833 бакалавров «сестринское дело», в 2020 г. - 7479 бакалавров «сестринское дело», в 2021 г. – 7895 бакалавров «сестринское дело» (Рисунок 26).

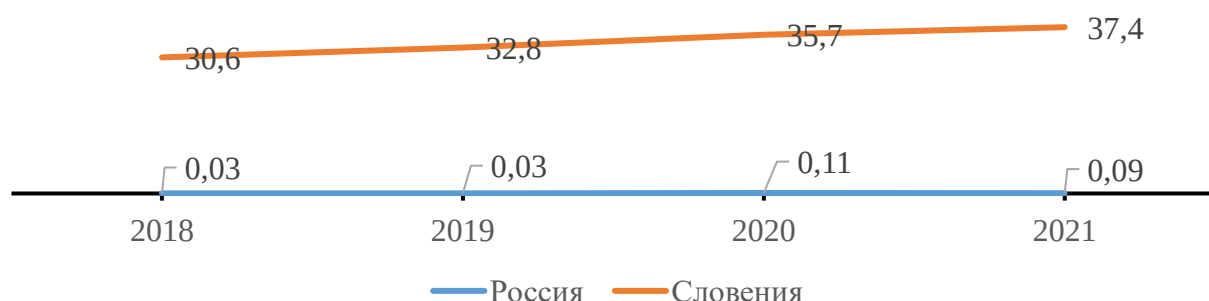


Рисунок 26 – Динамика и уровень обеспеченности бакалаврами «сестринское дело» здравоохранения в России и в Словении (на 10000 населения)

Анализ обеспеченности здравоохранения бакалаврами «сестринское дело» в России и в Словении показывает, что в Словении обеспеченность бакалаврами имеет высокий уровень за период 2018 – 2021 гг. и положительную динамику (30,6 ‰, 32,8 ‰, 35,7 ‰, 37,4 ‰), тогда как в России обеспеченность бакалаврами «сестринское дело» находится на очень низком уровне с неудовлетворительной динамикой обеспеченности здравоохранения (0,03 ‰, 0,03 ‰, 0,11 ‰, 0,09 ‰). Проведено сравнительное исследование между словенскими и российскими практикующими медицинскими сестрами, работающими в хирургических и терапевтических отделениях (по опроснику CDI – 25) в двух университетских клинических центрах, одном на северо-востоке Словении и одном в России в г. Москва. Оба университетских клинических центра в этих двух географических районах входят в число крупнейших национальных учреждений здравоохранения в выбранных странах и крупнейших в выбранных регионах. В это исследование были включены хирургические и терапевтические отделения стационаров, поскольку существует схожая частота выполнения профессиональных действий медицинских сестер и соотношение сотрудников этих отделений, ухаживающих за взрослыми пациентами. Предыдущие исследования также показали, что нет существенных различий в частоте выполнения профессиональных действий медицинских сестер в терапевтических и хирургических отделениях [335 ; 376]. Анкеты были распространены среди 386 медсестер в Словении и 800 медсестер в Российской Федерации. В Словении было возвращено в общей сложности 294 анкеты, что дало показатель ответов 76,2% и 531 анкета была возвращена в России, что дало показатель ответов 66,4%. Средний возраст участников составил 39,46 года (ДИ 19 – 69; SD =10,35). В основном изучаемую группу составляли женщины (n = 752,92%). Большинство из них были медицинские сестры со средним профессиональным образованием (n = 631; 76,8%). Практически половина медицинских сестер (n = 371; 44,9%) работали в терапевтических отделениях и немногим более половины медицинских сестер (n = 447; 54,6%) в хирургических отделениях. Девяносто три (11,3%) участников занимали должности – руководителей сестринских служб. Средний стаж работы участников на их

должности составил в среднем - 14,89 года (диапазон = 0,2-53,0; SD = 10,93).
Характеристики исследуемых групп приведены в Таблице 14.

Таблица 14 – Характеристика участников групп исследования из России и Словении

характеристики	показатели	Все участники исследования	Словения	Россия
количество участников	N	825	294	531
	%	100	35,6	64,4
Возраст	Среднее значение (M)± σ	39,5±10,4	39,5±8,8	39,5±12,0
	ДИ	19-69	19-59	19-69
Пол	жен	65 (7,9)	32 (10,9)	33 (6,2)
	муж	75,2 (92,0)	256 (87,1)	496 (93,4)
Образование	среднее профессиональное	631 (76,4)	139 (47,3)	492 (92,7)
	высшее образование	189 (23,0)	152 (51,7)	37 (6,9)
Профиль отделения	терапевтический	371 (44,9)	99(33,7)	272 (51,2)
	хирургический	447 (54,6)	191(65,0)	256 (48,2)
	m	7(0,5)	4 (1,4)	3 (0,6)
Должность	медицинская сестра	727 (88,1)	264 (89,9)	463 (87,2)
	руководитель сестринского персонала	93 (11,3)	27 (9,2)	66 (12,4)
	m	5(0,6)	3 (0,9)	2 (0,4)
Стаж работы в должности	среднее значение (M)	14,9±10,9	15,6±10,5	14,5±11,2
	ДИ	0,2-53,0	0,2-44,0	0,5-53,0

Приведены результаты шкалы Моккена для словенских и российских медицинских сестер. Вес Моккена из обеих групп имели 12 общих элементов 2, 3, 4, 5, 9, 10, 12, 13, 19, 21, 22, и 25. Корреляция Пирсона между пунктами словенской и русской шкалы Моккена составила 0,4 ($p = 0,191$). α Кронбаха составлял 0,936 и 0,815 для словенской и русской версий соответственно. Сравнивая оригинальную версию и другие, такие как турецкая (α Кронбаха = 0.89) [322; 329; 344; 352] и персидские версии (α Кронбаха = 0.86) [366], словенская и русская версии показали приемлемую надежность внутренней согласованности [358].

Доказано, что восприятие профессионального сестринского ухода словенскими и российскими медицинским сестрами основывается на техническом восприятии профессии, т.е. значимым в профессии является только техническое выполнение манипуляций. Для сравнения международных тенденций в восприятии профессионального ухода бакалаврами «сестринское дело» в разных странах, проведено сравнительное исследование в 2018 – 2019 гг. по опроснику CDI – 25 сравнения восприятия профессии среди словенских, хорватских, китайских и российских студентов первого и третьего курсов.

В результате были получены данные, которые состояли из 604 действительных и полных ответов CDI – 25, точнее 167 (27,6%) ответов из Словении, 167 (27,6%) из России, 82 (13,6%) из Китая и 188 (31,1%) из Хорватии. Большинство респондентов были женщинами (в пределах 80-100%) со средним возрастом 21,1 года ($SD = 4,5$) и в основном студентами очной формы обучения.

Изучая демографические характеристики групп исследования и значения CDI – 25, выявлено, что значения CDI – 25 были выше в Словении для студентов 3 курса, обучающихся заочной формы обучения, тогда как в России они были выше для студентов очной формы обучения. Общие значения CDI – 25 были самыми высокими в Хорватии с показателем 110,6 ($SD=9,5$) и самыми низкими в Китае с показателем 102,0 ($SD=10,2$).

Оценка различий между средними значениями (M) психосоциальных и технических компонентов образовательной среды в разных странах, выполняемая с помощью одностороннего ANOVA и post hoc HSD-тест Тьюки показали, что в

обоих случаях наблюдалась статистически значимая разница в восприятии психосоциальных и технических дисциплин в зависимости от страны ($p < 0,001$ в обоих случаях).

Средние значения для психосоциальных дисциплин были самыми высокими в Словении ($M = 4,37$, $SD = 0,48$) и самыми низкими в Китае ($M = 4,1$, $SD = 0,42$). Средние значения для технических дисциплин были самыми высокими в Хорватии ($M = 4,42$, $SD = 0,35$) и самый низкий уровень выявлен в Китае ($M = 4,13$, $SD = 0,4$) (Таблица 15).

Результаты апостериорного теста показывают, какие пары стран имеют существенную разницу, например, Китай <Словения указывает, что в Словении среднее значение выше, чем в Китае.

Таблица 15 - Восприятие бакалаврами «сестринское дело» психосоциальных и технических действий в профессии

Среднее значение (M)	Словения	Китай	Хорватия	Россия	ANOVA	Тьюки HSD-тест
Психосоциальные действия (M)	4.37 (SD=0.48)	4.1 (SD=0.42)	4.36 (SD=0.42)	4.33 (SD=0.45)	8.28 ($p < 0.001$)	Китай <Словения Хорватия> Китай Россия> Китай
Технические действия (M)	4.26 (SD=0.45)	4.13 (SD=0.4)	4.42 (SD=0.35)	4.16 (SD=0.43)	16.431 ($p < 0.001$)	Хорватия> Словения Хорватия> Китай Россия <Хорватия

Профессиональные действия биомедицинской модели профессии «медицинская сестра», включающие психосоциальные и технические аспекты представлены в Таблице 16.

Таблица 16 – Профессиональные действия биомедицинской модели профессии «медицинская сестра»

Психосоциальные профессиональные действия медсестры	Технические профессиональные действия медсестры
3. Проявлять сострадание к пациенту	1. Оценивать состояние пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.)
4. Воспринимать пациента как личность	2. Вести сестринские записи о пациенте
7. Садиться рядом с пациентом (во время беседы)	5.Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры
10. Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств	6. Быть опрятно одетым при работе с пациентом
11. Быть честным с пациентом	8. Изучать образ жизни пациента
13. Внимательно выслушивать пациента	9. Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру
17. Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья	12. Организовывать работу других специалистов для пациента
19. Ставить проблемы пациента на первое место	14. Обсуждать с врачом состояние пациента
21. Привлекать пациента к организации ухода за ним	15. Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.)
22. Получать согласие на клиническую процедуру	16. Обсуждать свои личные проблемы с пациентом
23. Уважать личную свободу пациента	18. Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.)
24. Личным примером вселять оптимизм в пациента	20. Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры
	25. Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения)

Среднее значение CDI – 25 (M) показало почти одинаковую отрицательную тенденцию для российских и китайских студентов между 1-м и 3-м курсами, что указывает на отсутствие взаимодействия между обеими странами и формой обучения, с другой стороны, была выявлена положительная тенденция для словенских и хорватских студентов, где среднее значение было почти одинаковым для студентов 3-го курса.

Выявлена значительная разница оценки психосоциальных и технических аспектов в обучении бакалавров «сестринское дело» между четырьмя странами: Словенией ($M = 108,9$; $SD = 9,2$), Россией ($M = 107,1$; $SD = 8,2$), Китаем ($M = 102,8$; $SD = 9,7$) и Хорватией ($M = 110,0$; $SD = 8,6$). На первом курсе ($F(1,596) = 15,461$, ($p < 0,001$)) достоверно выявлено более низкое значение CDI-25 ($M = 107,2$; $SD = 8,6$) по сравнению с 3 курсом ($M = 108,6$; $SD = 9,5$). Выявлено, что имеются отличия в странах и по курсам обучения, определена взаимосвязь этих показателей и их влияние на CDI-25 ($F(3,596) = 6,094$, $p < 0,001$) (Приложение М).

Результаты исследования показали, что бакалавры «сестринское дело» во всех исследуемых странах одобряют технологические и психосоциальные аспекты профессионального ухода и имеются различия в восприятии ухода в профессии «медицинская сестра». Более высокие баллы CDI – 25 у словенских и хорватских студентов-медсестер свидетельствуют о том, что словенские и хорватские студенты-медсестры рассматривают уход в профессии как несколько более психосоциальную, чем китайские и русские бакалавры «сестринское дело», ориентированные больше на технические профессиональные действия.

Восприятие профессионального ухода, как составляющего профессии «медицинская сестра» отличается у студентов разных стран, но выявленные отличия также могут быть обусловлены различными образовательными системами, учебными программами, культурными традициями или социальными ценностями [326; 322; 336; 340; 378], что требует дополнительных исследований. Не выявлено различий в восприятии ухода студентами 1-го курса в разных странах. Не выявлено различий между оценками китайских и русских студентов 3-го курса, а также между словенскими и хорватскими студентами 3-го курса. При сравнении результатов исследования между студентами 1-го и 3-го курсов в каждой стране выявлены статистические различия только для словенских студентов - бакалавров «сестринское дело», но статистически не значимая (Таблица 17).

Таблица 17 – Сводная характеристика изучаемых групп по странам и значений CDI-25

характеристики изучаемых групп		Словения		Россия		Китай		Хорватия	
		N,%	сред. знач.(M) CDI-25 отклонение (SD)	N,%	сред. знач.(M) CDI-25 отклонение (SD)	N,%	сред. знач.(M) CDI-25 отклонение (SD)	N,%	сред. знач.(M) CDI-25 отклонение (SD)
пол	муж	33(19,8%)	M=103,6 (SD=13,3)	17 (10,6%)	M=106,8 (SD=11,1)	0 (0%)	-	29(15,4%)	M=109,4 (SD=9,4)
	жен	134 (80,2%)	M=108,9 (SD=10,1)	143(89,4%)	M=106,1 (SD=9,3)	82 (100%)	M=102,8 (SD=9,7)	159(84,6%)	M=109,9 (SD=8,8)
год обучения	1 год	80 (47,9%)	M=105,7 (SD=9,9)	93(55,7%)	M=106,8 (SD=9,7)	38 (46,3%)	M=103,7 (SD=9,0)	81(43,1%)	M=108,8 (SD=7,9)
	3 год	87 (52,1%)	M=109,8 (SD=11,5)	74 (44,3%)	M=105,1 (SD=10)	44 (53,7%)	M=102 (SD=10,2)	107 (56,9%)	M=110,6 (SD=9,5)
форма обучения	очная	129 (77,2%)	M=107,4 (SD=10,9)	126 (76,8%)	M=107,2 (SD=8,3)	81 (98,8%)	M=102,8 (SD=9,7)	67 (35,6%)	M=111,5 (SD=8,9)
	заочная	38 (22,8%)	M=109,2 (SD=11,3)	38 (23,2%)	M=101 (SD=12,4)	1 (1,2%)	M=106 (SD= /)	121 (64,4%)	M=108,9 (SD=8,8)
Итого		167 (27,6%)	M=107,8 (SD=10,9)	167(27,6%)	M=106 (SD=9,9)	82 (13,6%)	M=102,8 (SD=9,7)	188 (31,1%)	M=109,8 (SD=8,9)

Положительная тенденция была также выявлена для хорватских студентов. Различия были выявлены между 1-м и 3-м курсами у российских и китайских студентов в восприятии ухода, но различия не были статистически значимыми. Положительная тенденция в восприятии ухода студентами-медсестрами в Словении может быть связана с проведенными реформами в образовании медсестер. В Словении изменились подходы к профессиональному уходу, введена биомедицинская модель [354; 359]. Ранее пациенты в Словении чувствовали себя обезличенными, неудовлетворенными, желающими более заботливого подхода к пациентам, который также отвечал бы их психосоциальным потребностям [354]. В Словении реформа профессии «медицинская сестра» была направлена на гуманизацию профессионального ухода и для того чтобы гуманизировать уход, теория Уотсона о заботе о человеке была реализована в бакалавриате и магистратуре сестринского образования, которая должна помочь студентам-медсестрам понять значение заботы и создать ценности и убеждения о практике ухода [315; 328; 334; 359; 379; 380]. На первом курсе программы подготовки бакалавров «сестринское дело» в Словении были представлены различные теории сестринского дела с особым акцентом на теорию Уотсона о человеческой заботе.

Основываясь на результатах исследования, можно предположить, что реализация теории заботы о человеке Уотсона оказала положительное влияние на восприятие заботы студентами-медсестрами в Словении. Положительная тенденция оценок студентами ухода в Хорватии также может быть связана с изменениями в системе сестринского образования, так как их сестринская практика также сильно зависит от биомедицинской модели [359; 371]. Отмечается, что требуется усилить практикоориентированное обучение [337; 341]. При этом была выявлена потребность в более личностно-ориентированном и заботливом подходе в здравоохранении, и теории сестринского дела были приняты в сестринское образование [337; 354; 356]. Результатом этого перехода могло бы стать то, что хорватские студенты-медсестры воспринимали как качественный уход и техническое освоение навыков, и измерение эмоционального поведения.

В Российской Федерации практически отсутствует влияние биомедицинской модели на сестринскую практику [354]. Несколько сестринских теорий, таких как теории Найтингейл, Хендерсон, Орем, Рой, Аллен и Нейман были введены в образование медицинских сестер со средним профессиональным образованием в конце 20 века, но однако они редко используются в практике и образовании, практически не применяются в подготовке бакалавров «сестринское дело», так как практически отсутствует необходимая литература на русском языке и сложно внедрить биомедицинскую модель в существующую систему здравоохранения [359].

Таким образом выявлена значительная разница оценки психосоциальных и технических аспектов в обучении бакалавров «сестринского дела» между странами: Словенией ($M=108,9$; $SD=9,2$), Россией ($M=107,1$; $SD=8,2$), Китаем ($M=102,8$; $SD=9,7$) и Хорватией ($M=110,0$; $SD=8,6$). На первом курсе ($F(1,596)=15,461$, $p<0,001$) достоверно выявлено более низкое значение CDI – 25 на 1 курсе ($M=107,2$; $SD=8,6$) по сравнению с 3 курсом ($M=108,6$; $SD=9,5$). Выявлено, что имеются отличия в стране и по курсам обучения, определена взаимосвязь этих показателей и их влияние на восприятие профессионального ухода, как компонента профессии «медицинская сестра» ($F(3,596)=6,094$, $p<0,001$). В Российской Федерации выявлено, что медицинские сестры воспринимают профессию как решение технических манипуляционных задач, тогда как другие страны опираясь на потребности пациентов делают упор в подготовке для бакалавров «сестринское дело» на усилении психосоциальных и культурных особенностей ухода за пациентами, что обосновывает необходимость совершенствования биомедицинской модели профессии в подготовке медицинских сестер с высшим образованием в России.

ГЛАВА 5. АНАЛИЗ ВЛИЯНИЯ УРОВНЯ ЗАРАБОТНОЙ ПЛАТЫ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

5.1. Сравнительный анализ динамики и уровня средней заработной платы врачей в медицинских организациях государственной и муниципальной форм собственности

Заработная плата выступает одной из сложных социально-экономических категорий и фокусирует в себе кардинально противоположные интересы наемных работников, работодателей и государства. В настоящее время именно денежное вознаграждение в форме заработной платы является приоритетным мотивом, побуждающим работников к трудовой деятельности [41; 54; 118; 159; 168].

Меры, принятые государством по повышению оплаты труда медицинских работников, начиная с 2013 г., согласно Указу президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики» от 07.05.2012 № 597, не позволили повысить ее в 1,4 - 1,5 раз, что позволило бы ликвидировать дефицит кадров здравоохранения. С 2013 г. по 2021 г. средняя заработная плата у врачей выросла только на 20% в постоянных ценах (2013 г. = 100%), а у среднего медицинского персонала – на 6%. Тогда как обеспеченность врачами практически осталась на прежнем уровне, а у медицинских сестер сократилась на 11%. В 2021г. гарантированный оклад (тарифная ставка на одну должность) у половины врачей составил менее 23 тыс. руб., а у средних медицинских работников – менее 12,6 тыс. руб., что по данным исследований повлияло на отток кадров из отрасли. Также в исследованиях указывается на то, что основной причиной дефицита медицинских кадров в Российской Федерации является низкая оплата труда в сочетании с высокой трудовой нагрузкой [42;175; 282].

Выпускники образовательных организаций имеют определённые представления и ожидания уровня заработной платы при трудоустройстве на

работу [47]. Но не выявлено исследований сравнения ожиданий выпускников и предложений заработной платы в медицинских организациях разных форм собственности и территориальной принадлежности к федеральным округам. Не достаточно исследована готовность и перспективы трудоустройства выпускников образовательных организаций в медицинские организации в сравнении их ожиданий уровня заработной платы и предлагаемому уровню средней заработной платы в разных федеральных округах.

Динамика уровня средней заработной платы в России, показывает, что при положительной динамике роста уровня средней заработной платы врачей за период 2015 – 2021 гг. (30,6 тыс. руб.; 50,6 тыс. руб.; 56,4 тыс. руб. ; 75,0 тыс. руб.; 79,0 тыс. руб.; 87,1 тыс. руб.; 89,7 тыс. руб.) обеспеченность врачами находилась на низком уровне в 2015 г., выявлен незначительный подъем уровня обеспеченности врачами с 2016 г. до 2021 г. (46,4 ‰; 47,5 ‰; 47,9 ‰; 48,7 ‰; 50,4 ‰; 51,0 ‰) при значительном повышении заработной платы (2015 г. - 30,6 тыс. руб.; 2021 г. - 89,7 тыс. руб.), что обосновало необходимость проведения исследования сравнения ожиданий выпускников по уровню заработной платы и предложениями работодателей (Рисунок 27).



Рисунок 27 – Динамика и уровень обеспеченности врачебными кадрами и средней зарплаты врачей в динамике за период 2015 – 2021 гг. (по данным Росстат, 2022 г.)

Проведено исследование предложений средней заработной платы врачам в медицинских организациях разных форм собственности (федеральная, субъектов РФ, муниципальная). В исследование не вошел 2020 г., так как на уровень средней заработной платы медицинских работников в этот период влияют стимулирующие выплаты, связанные с COVID - 19 [154; 249; 382].

В Российской Федерации за изучаемый период уровень средней заработной платы вырос с 58290 руб. (2016 г.), до 111754 руб. (2021 г.). При этом дисбаланс уровня средней заработной платы по федеральным округам сохраняется, так как низкий уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций федеральной собственности выявлен в СКФО (30777,5 руб., 34600 руб., 46646 руб., 46676,9 руб., 51775,0 руб.) и в ЮФО (37552,9 руб., 41078,6 руб., 57797,5 руб., 57399,8 руб., 70888,0 руб.), при положительной динамике. Тогда как выявлен рост средней заработной платы врачей в ЦФО (41446 руб., 42193,4 руб., 63362,5 руб., 53877,9 руб., 77889,6 руб.), ПФО (42167,9 руб., 45372,0 руб., 62103,5 руб., 60303,9 руб., 75462,3 руб.) и СФО (46867,2 руб., 50794,3 руб., 70753,2 руб., 68547,9 руб., 84976,6 руб.). Высокий уровень средней заработной платы сопоставимый, а иногда и превышающий уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций федеральной собственности по Российской Федерации, выявлен в следующих федеральных округах: СЗФО (48557,9 руб., 53628,4 руб., 85149,9 руб., 72,906,7 руб., 104533,5 руб.), УФО (53084,9 руб., 58177,9 руб., 100347 руб., 101,616,9 руб., 118485,5 руб.), ДФО (71557,3 руб., 77444,6 руб., 106191 руб., 108393,4 руб., 130313,0 руб.) (Рисунок 28).

Уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в федеральной собственности был изучен в сравнении с показателями по Российской Федерации за 2021 г. (111754,0 руб.). Исследование выявило, что уровень средней заработной платы в ЦФО (77889,6 руб.) ниже в 1,4 раза, чем по Российской Федерации, в СЗФО (104533,5 руб.) уровень средней заработной платы врачей ниже, чем по России в 1,1 раз, в ЮФО (70888,0 руб.) средняя заработная плата врачей ниже, чем по Российской Федерации в 1,6 раз.

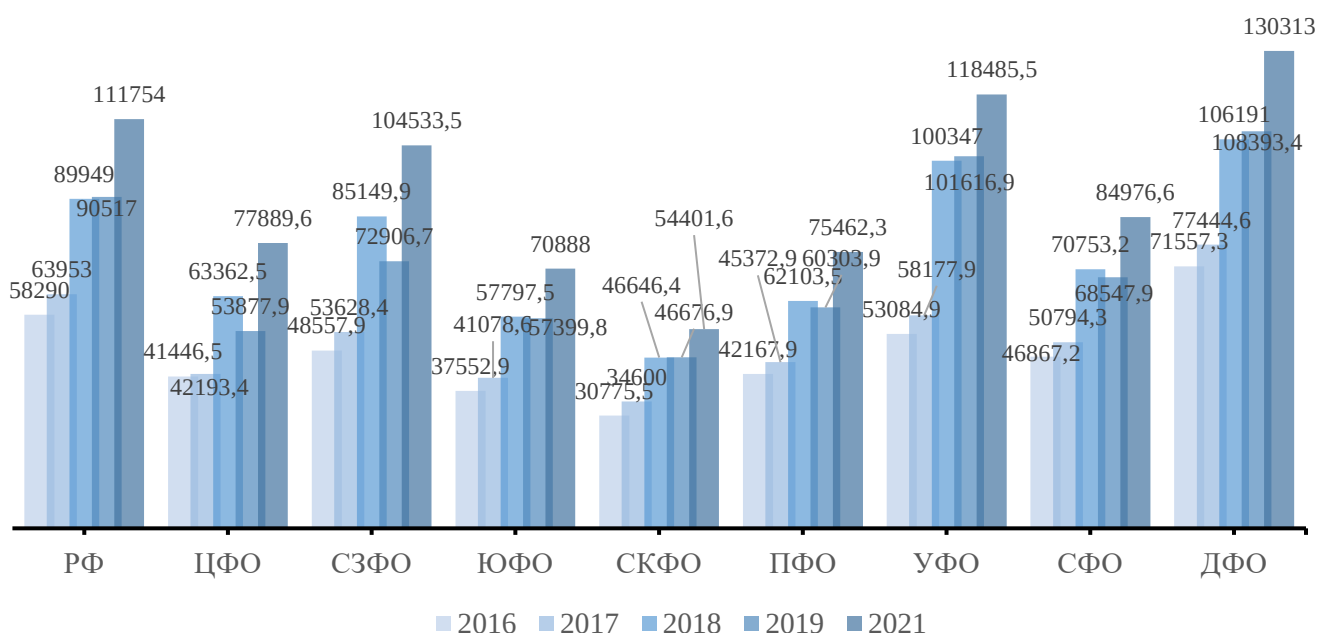


Рисунок 28 – Динамика и уровень заработной платы врачей медицинских организаций федеральной собственности за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Наиболее высокий уровень различий средней заработной платы выявлен в СКФО (54401,6 руб.), так как уровень в 2 раза ниже, чем по Российской Федерации. В ПФО (75462,5 руб.) уровень средней заработной платы врачей ниже, чем по РФ в 1,5 раза и в СФО (84976,6 руб.) уровень средней заработной платы ниже, чем по РФ в 1,3 раз. Тем не менее выявлено, что в УФО (118485,5 руб.) уровень средней заработной платы врачей выше в 1,1 раз, чем по РФ и в ДФО (130313,0 руб.) выше в 1,2 раза чем по Российской Федерации. Исследование уровня средней заработной платы врачей, работающих в медицинских организациях субъектов Российской Федерации, выявило рост средней заработной платы врачей по всем федеральным округам за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. Тем не менее низкие показатели уровня средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации, выявлены в ЮФО (37601,8 руб., 40926,6 руб., 54673,2 руб., 54664,7 руб., 67452,0 руб.), СКФО (31754,7 руб., 34601,6 руб., 44685,3 руб., 45886,4 руб., 52478,7 руб.), ПФО (37067,5 руб., 41068,8 руб., 53663,9 руб., 55324,9 руб., 64747,3 руб.) и СФО (44575,8 руб., 47931,2 руб., 63565,5 руб., 65007,9 руб., 75798,3 руб.) (Рисунок 29).

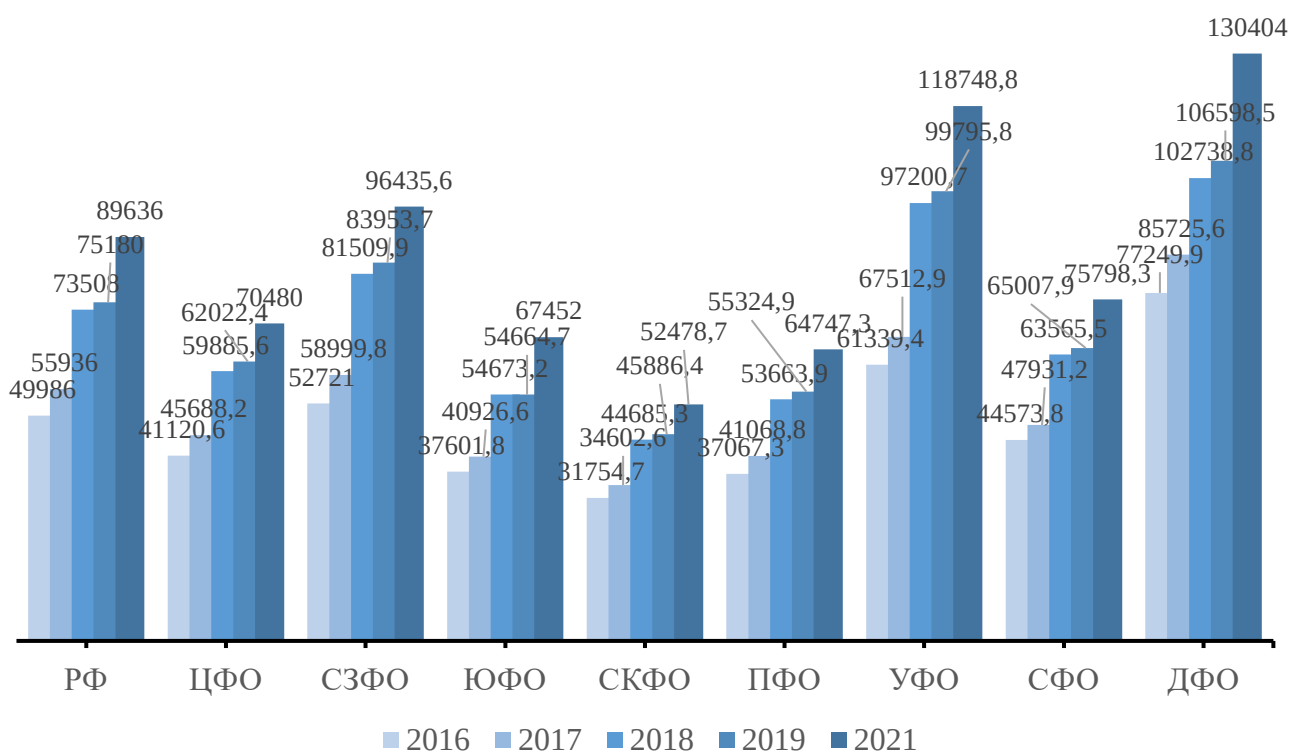


Рисунок 29 – Динамика и уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов РФ за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Высокие показатели уровня средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации выявлены в федеральных округах: СЗФО (52721 руб., 58999,8 руб., 81509,9 руб., 83953,7 руб., 96935,6 руб.), УФО (61339,4 руб., 67512,9 руб., 97200,7 руб., 99725,8 руб., 118798,8 руб.) и ДФО (77249,9 руб., 85726,6 руб., 102738,8 руб., 106598,5 руб., 130404,0 руб.).

Территориальный дисбаланс по уровню средней заработной платы медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов РФ выявлен в СКФО (52478,7 руб.), так как уровень в 1,7 раз ниже, чем по Российской Федерации (89636,0 руб.) и это самое значимое различие уровня средней заработной платы для федеральных округов в сравнении с показателем по Российской Федерации. Также уровень средней заработной платы врачей ниже уровня Российской Федерации в ПФО (64747,3 руб.) в 1,4 раза, и в ЮФО в 1,3 раза (67452,0 руб.).

Незначительные различия в уровне средней заработной платы врачей с показателями РФ выявлены в ЦФО (70480,0 руб.) в 1,3 раз ниже, и в СФО (75798,3 руб.) в 1,2 раза ниже, чем по РФ. В СЗФО в 1,1 раз выше, чем по РФ (96435,6 руб.).

Анализ динамики и уровня средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в муниципальной собственности за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. выявил рост уровня средней заработной платы по Российской Федерации до 2019 г. (39250,0 руб., 42101,0 руб., 54844,0 руб., 58849,0 руб.) и снижение в 2021 г. (56653,0 руб.). При этом выявлена неравномерность роста уровня средней заработной платы по федеральным округам, так как в СКФО (23842,6 руб., 21722,4 руб., 24504,4 руб., 22470,9 руб.) уровень средней заработной платы ниже показателей по РФ и другим федеральным округам, и изменялся уровень за изучаемый период динамически нестабильно. В ПФО уровень средней заработной платы врачей значительно ниже, чем по РФ и также ниже, чем по другим федеральным округам, но несмотря на низкий уровень, динамика стабильная и положительная (20206,6 руб., 24038,5 руб., 26778,5 руб., 28229,9 руб., 32968,9 руб.).

Нестабильная динамика уровня средней заработной платы выявлена в ЦФО (18130,7 руб., 22195,3 руб., 38857,0 руб., 38567,2 руб., 35698,9 руб.). Выявлена положительная динамика уровня средней заработной платы в СФО (21771,5 руб., 23215,4 руб., 32941,6 руб., 34425,8 руб., 40356,3 руб.), в ЮФО (21597,7 руб., 26219,6 руб., 35383,0 руб., 35690,9 руб., 43607,3 руб.) (Рисунок 30).

Выявлена положительная динамика уровня средней заработной платы и при этом выше, чем по РФ в следующих федеральных округах: СЗФО (23387,0 руб., 26024,6 руб., 48156,0 руб., 62091,8 руб., 84537,3 руб.), в ДФО (38547,7 руб., 44158,9 руб., 66895,6 руб., 69311,1 руб., 83361,7 руб.).

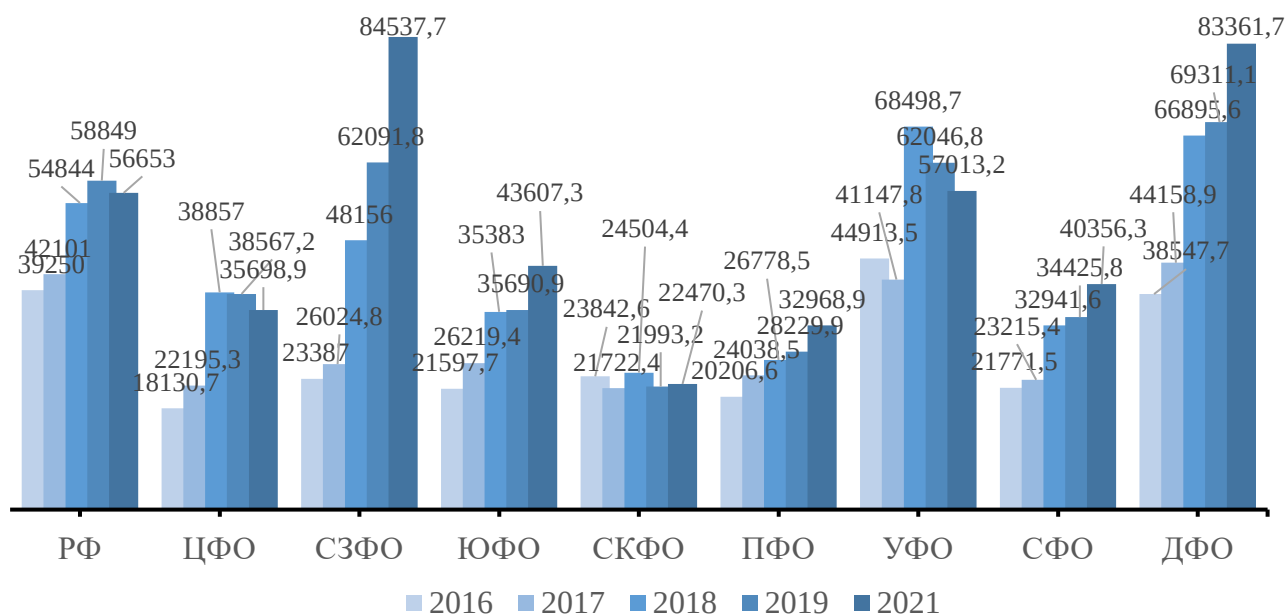


Рисунок 30 – Динамика и уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в муниципальной собственности 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

В УФО при этом выявлено снижение уровня заработной платы (44913,5 руб., 41147,8 руб., 68498,7 руб., 62046,8 руб., 57013,2 руб.). Уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций муниципальной собственности изучался в сравнении с показателями по Российской Федерации за 2021 г. Как показало исследование в ЦФО (35698,9 руб.) уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций, находящихся в муниципальной собственности в 1,6 раз ниже, чем по Российской Федерации (56653,0 руб.). Также территориальный дисбаланс уровня средней заработной платы врачей по сравнению с показателями Российской Федерации выявлены в ЮФО (43607,3 руб.) в 1,3 раза, в СФО (40356,3 руб.) в 1,4 раз, в ПФО (32968,9 руб.) в 1,7 раз, в СКФО (22470,9 руб.) в 2,4 раза ниже, чем по России. Выявлены значительные различия в уровне средней заработной платы врачей медицинских организаций федеральной, субъекта РФ и муниципальной собственности и различного территориального расположения, так как уровень выше, чем по России в таких федеральных округах, как, в СЗФО (84537,7 руб.) в 1,5 раза выше, чем по России, в УФО (57013,2 руб.) в 1,0 выше чем по России, и в ДФО (83361,7 руб.) в 1,5 раз выше, чем по России.

5.2. Сравнительный анализ динамики и уровня средней заработной платы средних медицинских работников в медицинских организациях государственной и муниципальной форм собственности

Анализ динамики и уровня средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций, находящихся в федеральной собственности за 2016 – 2019 гг., 2021 г. выявил неравномерный рост средней заработной платы в среднем по Российской Федерации и по федеральным округам.

Выявлен незначительный рост уровня средней заработной платы для средних медицинских работников медицинских организаций федеральной собственности в среднем по Российской Федерации (34151,0 руб., 36472,0 руб., 45171руб., 44801 руб., 56216,0 руб.) и в федеральных округах: ЦФО (25290,0 руб., 27083,0 руб., 33350,0 руб., 33166,2 руб., 41019,4 руб.), ЮФО (24360,2 руб., 25460,6 руб., 30703,4 руб., 29842,9 руб., 30188,3 руб.), также в СКФО (19744,4 руб., 21332,8 руб., 25550,7 руб., 24900,9 руб., 29010,3 руб.), в ПФО (25295,3 руб., 31864,8 руб., 31341,7 руб., 39615,5 руб.) и в СФО (29581,9 руб., 30639,9 руб., 36646,46 руб., 35195,3 руб., 44487,0 руб.).

Выявлен федеральный округ, в котором уровень средней заработной платы средних медицинских работников наиболее высокий в медицинских организациях федеральной собственности по РФ - ДФО (44 946, 2 руб., 47889,3 руб., 55397,0 руб., 54409,7 руб., 68618,7 руб.) (Рисунок 31).

Выявлено, что в 2021 году в ЦФО (41019,4 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с Российской Федерацией (56215,0 руб.) ниже в 1,4 раза. В СЗФО (49218,7 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ ниже в 1,1 раз. В ЮФО (30188,3 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ ниже в 1,5 раз.

В ПФО (39615,5 руб.) и в СФО (44487,0 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ ниже в 1,4 раза. В СКФО (29010,3 руб.) по сравнению с показателем по РФ уровень средней заработной платы в 1,8 раз ниже.

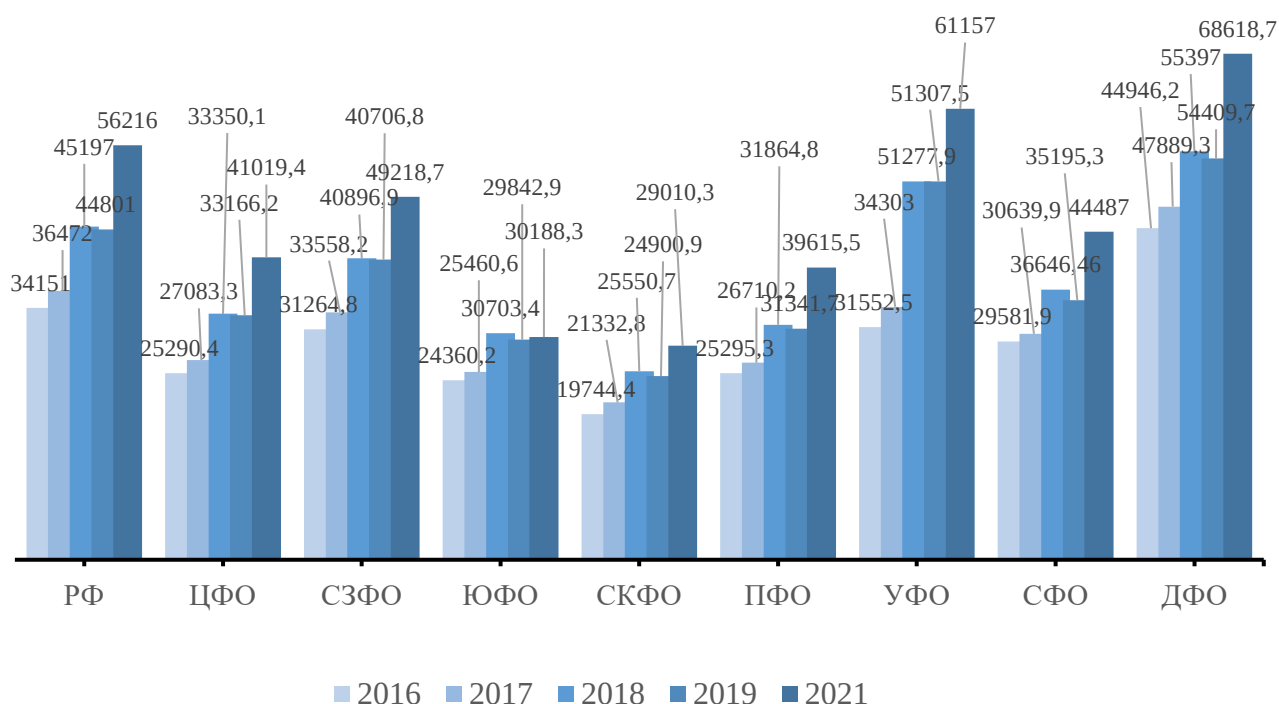


Рисунок 31 – Динамика и уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций федеральной собственности за период 2016 – 2019 гг., 2021 (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

В таких федеральных округах, как УФО (61157,0 руб.) и ДФО (68618,7 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ выше в 1,1 раза и в 1,2 раза соответственно. Выявлено, что уровень средней заработной платы средних медицинских работников в медицинских организациях федеральной собственности в 2021 г. наиболее низкий в СКФО (29010,3 руб.) и наиболее высокий в ДФО (68618,7 руб.), разница достигает в 2,4 раза.

Результат показывает значимость территориального дисбаланса в уровне средней заработной платы, доказывая, что уровень заработной платы не всегда связан с наличием повышающих коэффициентов по региону (Трудовой кодекс РФ. Статья 144. Системы оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений (в ред. Федерального закона от 30.06.2006 N 90-ФЗ)).

Более высокие размеры районных коэффициентов по сравнению с коэффициентами, утвержденными на федеральном уровне, могут устанавливать

органы государственной власти субъектов РФ и органы местного самоуправления (Трудовой кодекс РФ ч.2. статья 316. Районный коэффициент к заработной плате (в ред. фед. закона от 22.08.2004 № 122-ФЗ).

Анализ динамики уровня средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации за период 2016 – 2019 гг., 2021 г., выявил рост средней заработной платы средних медицинских работников по Российской Федерации, но рост уровня средней заработной платы не равномерен по федеральным округам. Выявлен низкий рост уровня средней заработной платы в сравнении с уровнем средней заработной платой в Российской Федерации (27941,0 руб., 29999,0 руб., 36552 руб., 37758,0 руб., 45290,0 руб.) в таких федеральных округах, как ЦФО (23399,4 руб., 25173,6 руб., 30997,7 руб., 32425,4 руб., 38534,6 руб.), ЮФО (22293,9 руб., 23550,7 руб., 28476,6 руб., 28401,9 руб., 34539,3 руб.), ПФО (20509,6 руб., 22079,2 руб., 27177,6 руб., 28204,4 руб., 33324,5 руб.), СФО (23986,7 руб., 25498,4 руб., 32166,8 руб., 33948,5 руб., 39125,8 руб.). Значительно низкий уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов РФ выявлен в СКФО (18729,9 руб., 19451,1 руб., 22891,5 руб., 23611,6 руб., 26888,5 руб.).

Уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала медицинских организаций выше уровня средней заработной платы по Российской Федерации за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. в следующих федеральных округах: СЗФО (30723,9 руб., 32720,3 руб., 40276,9 руб., 44158,9 руб., 52738,3 руб.), УФО (32434,3 руб., 335460,0 руб., 48617,0 руб., 49873,1 руб., 60483,0 руб.).

Значительно высокий уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов РФ выявлен в ДФО (43597,8 руб., 46685,5 руб., 52420,2 руб., 55086,5 руб., 67490,6 руб.) (Рисунок 32).

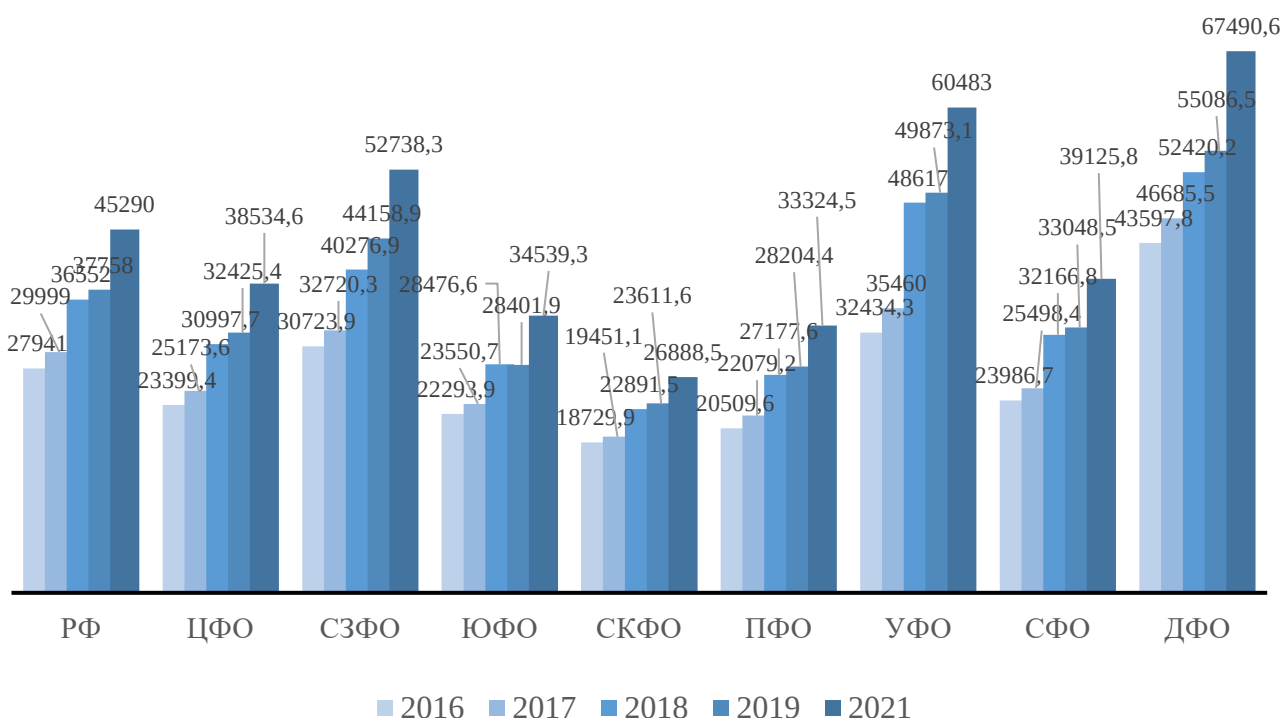


Рисунок 32 – Динамика и уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Выявлено, что за 2021 г. в ЦФО (38534, 6 руб.) и в СФО (39125,8 руб.) уровень средней заработной платы средних медицинских работников по сравнению с Российской Федерацией (45290,0 руб.) ниже в 1,2 раза. В ЮФО (34539,3 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ ниже в 1,3 раза. В ПФО (33324,5 руб.) уровень средней заработной платы по сравнению с РФ ниже в 1,4 раза, в СКФО (26888,0 руб.) ниже в 1,7 раз.

В СЗФО (52738,3 руб.) выше уровень средней заработной платы в медицинских организациях субъектов РФ по сравнению со средним уровнем по РФ в 1,2 раз, в ДФО (67490,6 руб.) в 1,5 раз выше. При этом уровень средней заработной платы средних медицинских работников в медицинских организациях собственности субъектов РФ в 2021 г. в СКФО наиболее низкий (26888,5 руб.), а в ДФО наиболее высокий (67490,6 руб.), разница составляет 2,5 раза.

Анализ уровня и динамики средней заработной платы средних медицинских работников, работающих в медицинских организациях муниципальной собственности, за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. имеет незначительную динамику и низкий уровень по РФ (21673,0 руб., 22891,0 руб., 28013,0 руб., 29641,0 руб., 31119,0 руб.). Выявлен неравномерный рост и различный уровень по федеральным округам, так как наиболее низкий уровень и рост средней заработной платы средних медицинских работников выявлен в СКФО (14044,0 руб., 13675,4 руб., 17485,8 руб., 18011,3 руб., 21020,0 руб.). Незначительную динамику и низкий уровень имеют федеральные округа: ЦФО (15520,2 руб., 16574,2 руб., 21525 руб., 22475 руб., 25940,3 руб.), ЮФО (16563,5 руб., 17394,2 руб., 21366,9 руб., 20626,5 руб., 24168,7 руб.), ПФО (14462,4 руб., 15977,8 руб., 18672,4 руб., 19540,4 руб., 22809,2 руб.).

Уровень средней заработной платы выше, чем по Российской Федерации в СЗФО (18861,4 руб., 18706,6 руб., 27993,4 руб., 29986,9 руб., 37721,9 руб.), УФО (27822,9 руб., 24098,3 руб., 36011,0 руб., 36202,7 руб., 36418,5 руб.) и ДФО (32157 руб., 34904,0 руб., 43553,2 руб., 46314,3 руб., 52644,9 руб.).

В СФО выявлен резкий подъем уровня средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций муниципальной собственности в 2017 г., выше более чем в 2 раза (37846,4 руб.) по сравнению с 2016 г. (17862,9 руб.), тогда как в 2018 г. произошло резкое снижение уровня средней заработной платы средних медицинских работников практически в два раза (25146,3 руб.) и этот уровень был ниже, чем по Российской Федерации (28018,0 руб.) (Рисунок 33).

По федеральным округам определяется неравномерное изменение уровня средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций муниципальной формы собственности.

В 2021 г. выявлен уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций муниципальной собственности значительно ниже, чем по Российской Федерации (31119,0 руб.), в СКФО - в 1,5 раза (21020,0 руб.) и в ПФО (22809,2 руб.) в 1,4 раза.

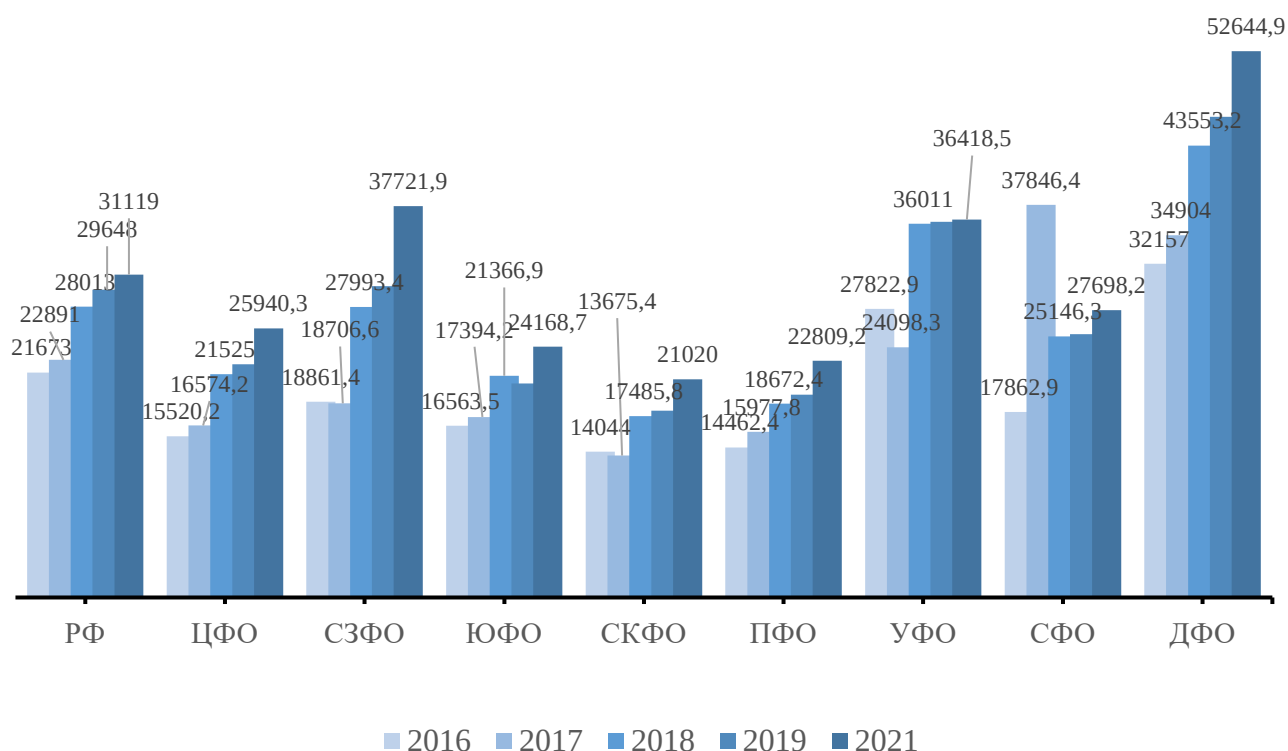


Рисунок 33 – Динамика и уровень заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций, находящихся в муниципальной собственности за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Низкий уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций муниципальной собственности с разницей в 1,3 раз выявлен в ЦФО (22475,0 руб.), в ЮФО (24168,7 руб.). В УФО (36418,5 руб.) уровень средней заработной платы средних медицинских работников медицинских организаций муниципальной собственности в 1,2 раза выше, чем по Российской Федерации. И значительно высокий уровень, и разница, составляющая в 1,7 раз по сравнению с РФ выявлен в ДФО (52644,9 руб.).

5.3. Соответствие уровня заработной платы ожиданиям выпускников образовательных организаций и их готовности к трудоустройству в медицинские организации государственной и муниципальной форм собственности

Оплата труда медицинских работников является неотъемлемой составляющей управления персоналом в системе здравоохранения, а также мотивирующим фактором для обеспечения качественной и доступной медицинской помощи. Низкий уровень оплаты труда, снижает престижность профессии медицинского работника, что приводит к дефициту специалистов, росту нагрузки на персонал, снижению качества и доступности медицинской помощи [23; 49]. Решением Российской трехсторонней комиссии по регулированию социально - трудовых отношений от 22 декабря 2020 г., протокол N 13 утверждены «Единые рекомендации по установлению на федеральном, региональном и местном уровнях систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений на 2021 г.» и в них были закреплены особенности формирования систем оплаты труда работников государственных и муниципальных учреждений здравоохранения. Показатели оплаты труда для врачей и среднего медицинского персонала, закреплённые в Указе Президента РФ «О мероприятиях по реализации государственной социальной политике» от 7 мая 2012 г. № 597, сохранены. При этом сравнительный анализ уровня и динамики средней заработной платы медицинских работников, работающих в медицинских организациях федеральной, субъекта РФ и муниципальной собственности на территории Российской Федерации за 2016 – 2019 гг., 2021 г. выявил, что в уровне средней заработной платы врачей в медицинских организациях разной формы собственности имеются значительные различия и дисбаланс (Рисунок 34).

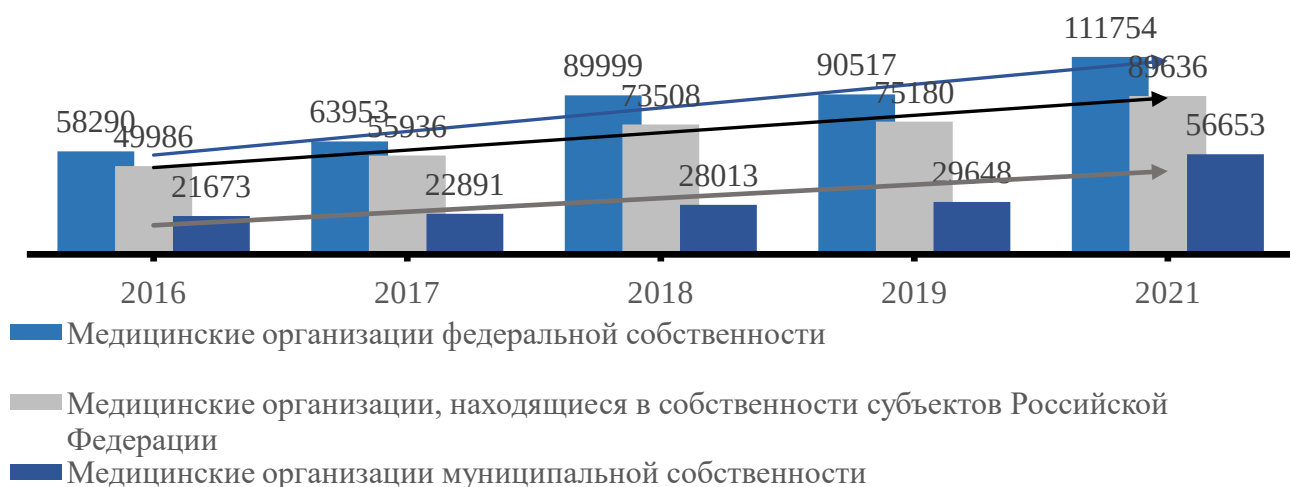


Рисунок 34 – Динамика и уровень средней заработной платы врачей, работающих в медицинских организациях, различных форм собственности за 2016 – 2019 гг., 2021 г. (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Значительно низкий уровень средней заработной платы средних медицинских работников за период 2016 – 2019 гг., 2021 г. выявлен в медицинских организациях муниципальной собственности (Рисунок – 35).

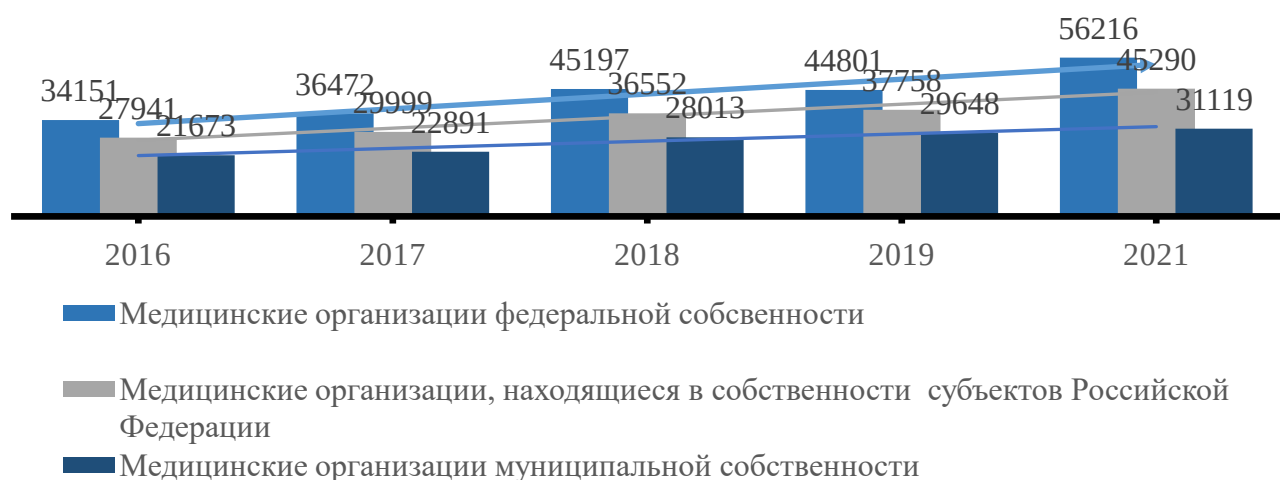


Рисунок 35 – Уровень и динамика средней заработной платы средних медицинских работников, работающих в медицинских организациях, различных форм собственности, за 2016 – 2019 гг., 2021 (в руб., по данным Росстата, 2022 г.)

Результаты исследования выявили, что в 2016 – 2019 гг., 2021 г. в медицинских организациях муниципальной собственности предлагается значительно низкий уровень средней заработной платы средних медицинских работников (21673,0 руб., 22891,0 руб., 28013,0 руб., 29648,0 руб., 31119,0 руб.). Наиболее высокооплачиваемыми являются средние медицинские работники, работающие в медицинских организациях федеральной собственности (56216,0 руб.), их средняя заработная плата в 1,8 раз выше, чем в медицинских организациях муниципальной собственности (31119,0 руб.).

Таким образом, в период 2016 – 2019 гг., 2021 г. наиболее низкий уровень средней заработной платы, как для врачей (21673,0 руб., 22891,0 руб., 28013,0 руб., 29648,0 руб., 56653,0 руб.), так и для средних медицинских работников (21673,0 руб., 22891,0 руб., 28013,0 руб., 29648,0 руб., 31119,0 руб.) выявлен в медицинских организациях муниципальной собственности. Наиболее высокий уровень средней заработной платы врачей и средних медицинских работников выявлен в медицинских организациях федеральной собственности, так как в 2021 г. средняя заработная плата врачей превышала уровень средней заработной платы в медицинских организациях муниципальной собственности в 2 раза, для средних медицинских работников в 1,8 раз.

Совпадение образовательных и профессиональных ожиданий предполагает готовность претендентов поступать в более престижные учебные заведения, окончание которых даст более высокую вероятность трудоустройства и позволит получать высокую заработную плату [126; 128; 133; 135; 137; 149; 252; 280; 282].

Исследование ожиданий и готовности к трудоустройству студентов, обучающихся по специальностям высшего образования («лечебное дело» (36 %), «педиатрия» (29 %), «медико-профилактическое дело» (15 %), «стоматология» (20 %)), выявило, что планируют работать по специальности 62,4 % студентов, заниматься наукой - 7,9 %, планируют организовать собственный бизнес 7,9 % студентов, планируют административную работу 8,8 % студентов, хотели бы работать в университете преподавателем (2,0 %), не планируют работать (0,1 %), затруднились с ответом (8,9 %).

Сравнительный анализ уровня средней заработной платы, предлагаемой в медицинских организациях федеральных округов и ожиданий студентов, обучающихся на медицинские специальности высшего образования, выявил, что ожидания уровня средней заработной платы будущими выпускниками вузов совпали на 100 % с предложением уровня заработной платы в медицинских организациях федеральной собственности в ДФО и УФО, и в 51,9% случаев в медицинских организациях находящихся в собственности субъекта РФ в СЗФО, УФО и ДФО. При предложении уровня заработной платы 81000 - 91000 руб. выпускники будут готовы трудоустроиться в медицинские организации муниципальной собственности СЗФО, ДФО и федеральной собственности СФО в 37,2% случаев. В 29,2% случаев выберут медицинские организации, находящиеся в собственности субъектов РФ (ЦФО, СФО) и федеральной собственности в (ПФО) при уровне заработной платы 71000 – 80000 руб. В каждом пятом случае (18,2 %) будущие выпускники образовательных организаций высшего образования при предлагаемом работодателями уровне заработной платы 61000 – 70000 руб. могут трудоустроиться в медицинские организации, находящиеся в собственности субъектов РФ в ЮФО, ПФО и медицинские организации федеральной собственности в ЦФО, ЮФО.

Выпускники образовательных организаций при уровне заработной платы 51000 – 60000 руб. могут трудоустроиться работать в медицинские организации СКФО, находящихся в собственности субъектов РФ и федеральной собственности, и в УФО в медицинские организации муниципальной собственности (в 11,2 % случаев). Предлагаемый уровень заработной платы в медицинских организациях муниципальной собственности не совпадает с ожиданиями выпускников в **41,9 %** случаев. Таким образом приток молодых кадров в медицинские организации муниципальной собственности с зарплатой 20000 - 50000 руб. в 41,9 % случаев не соответствует ожиданиям выпускников для пяти федеральных округов: СКФО, ЦФО, ПФО, СФО, ЮФО. Практически только 70,8% выпускников будут заинтересованы в трудоустройстве по предлагаемой работодателями заработной плате от 81000 руб. и выше (Таблица 18).

Таблица 18 – Соответствие ожиданий студентов, обучающихся на медицинские специальности высшего образования, предлагаемому уровню заработной платы в медицинских организациях федеральных округов (%)

уровень заработной платы (руб.)	% выбор	общий %	медицинские организации муниципальной собственности	%	медицинские организации собственности субъектов РФ	%	медицинские организации федеральной собственности	%
20000-30000	0,5	6,1	СКФО	0,5	-	-	-	-
31000-40000	2,6		ЦФО, ПФО	3,1	-	-	-	-
41000-50000	3,0		СФО, ЮФО	6,1	-	-	-	-
			Всего	9,7		0		0
51000-60000	5,1	23,1	УФО	11,2	СКФО,	11,2	СКФО	11,2
61000-70000	7,0		-	-	ЮФО, ПФО	18,2	ЦФО, ЮФО	18,2
71000 - 80000	11		-	-	ЦФО, СФО	29,2	ПФО	29,2
			Всего	11,2		58,6		58,6
81000-90000	8,0	70,8	СЗФО, ДФО	37,2	-		СФО	37,2
91000-100000	14,7		-	-	СЗФО	51,9	-	
свыше 1000000	48,1		-	-	УФО, ДФО	100	СЗФО, УФО, ДФО	100
			Всего	37,2		100		100

Исследование ожиданий и готовности студентов, обучающихся по специальностям среднего профессионального образования выявило, что планируют работать по специальности только 41,7 % студентов, заниматься наукой

собираются 1,9 %, планируют организовать собственный бизнес 5,0% обучающихся, планируют административную работу 12,8 % студентов, хотели бы работать в университете преподавателем (1,0 %), не планируют работать (10,7 %), затруднились с ответом (26,9 %).

Сравнительный анализ ожиданий студентов уровня заработной платы в медицинских организациях проводился на группе обучающихся по специальностям среднего профессионального образования: «сестринское дело» (20,1%), «фармация» (20,3 %), «лабораторная диагностика» (2,9 %), «стоматология ортопедическая» (56,7 %).

Сравнительный анализ предлагаемой заработной платы в медицинских организациях разных форм собственности (федеральная, субъектов РФ, муниципальная) федеральных округов РФ и ожиданий будущих выпускников образовательных организаций, обучающихся на медицинские специальности среднего профессионального образования, выявил, что заработную плату 71000 – 100000 руб. и выше для средних медицинских работников не предлагается ни в одной медицинской организации Российской Федерации. Тогда как 63,6% будущих выпускника среднего профессионального образования имеют ожидания такого уровня заработной платы. Только в 31,5% случаев выпускники рассматривают для себя уровень заработной платы 41000 - 70000 руб. При уровне заработной платы от 61000 – 70000 руб. выпускники могут трудоустроиться в медицинские организации федеральной собственности в УФО, ДФО (по 36,4 %). При уровне заработной платы 51000 – 60000 руб. в медицинские организации муниципальной собственности в ДФО (21,9 %) и в медицинские организации собственности субъектов РФ в СЗФО (21,9 %). Уровень заработной платы 41000 – 50000 руб. только 10,4 % выпускников привлечет к трудоустройству в медицинские организации федеральной собственности в ЦФО, СЗФО, СФО. Только в 4,9 % случаев выпускники могут трудоустроиться в медицинские организации с уровнем заработной платы 31000 – 40000 руб. в медицинские организации муниципальной собственности (СЗФО, УФО), собственности субъектов РФ (ЮФО, ПФО, ЦФО, СФО) и федеральной собственности (ЮФО, ПФО) (Таблица 19).

Таблица 19 – Соответствие ожиданий студентов, обучающихся на медицинские специальности СПО предлагаемому уровню средней заработной платы в медицинских организациях федеральных округов РФ (%)

Уровень заработной платы (руб.)	% выбора	общий %	медицинские организации муниципальной собственности	%	медицинские организации собственности субъектов РФ	%	медицинские организации федеральной собственности	%
20000-30000	1,1	4,9	СКФО, ЦФО, СФО, ЮФО, ПФО	1,1	СКФО	1,1	СКФО	1,1
31000-40000	3,8		СЗФО, УФО	4,9	ЮФО ПФО ЦФО, СФО	4,9	ЮФО, ПФО	4,9
41000-50000	5,5	31,5	-	-	-	-	ЦФО, СЗФО СФО	10,4
51000-60000	11,5		ДФО	21,9	СЗФО	21,9	-	-
61000-70000	14,5		-		УФО, ДФО	36,4	УФО, ДФО	36,4
			Всего	27,9				
71000-80000	11,7	63,6	-	-	-	-	-	-
81000-90000	11,5		-	-	-	-	-	-
91000-100000	10,1		-	-	-	-	-	-
свыше 100000	30,3		-	-	-	-	-	-

Предлагаемый уровень заработной платы в размере 20000 - 30000 руб., в медицинских организациях федеральной собственности и собственности субъекта РФ в СКФО, а также муниципальной собственности в ЦФО, СФО, ЮФО, ПФО, рассматривают, как возможность трудоустроится только 1,1 % будущих выпускников. В 72,1 % случаев не совпадают ожидания выпускников с предложениями работодателей медицинских организаций муниципальной собственности. Выявлено, что для 63,6 % студентов медицинских специальностей, будущих выпускников среднего профессионального образования, ожидания уровня заработной платы не совпадают с предложениями работодателей.

ГЛАВА 6. ВЛИЯНИЕ СОСТОЯНИЯ ЗДОРОВЬЯ СТУДЕНТОВ В ПЕРИОД ОБУЧЕНИЯ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ОРГАНИЗАЦИИ НА КАДРОВУЮ ОБЕСПЕЧЕННОСТЬ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

6.1. Анализ состояния здоровья студентов медицинских специальностей в период обучения

Здоровье представляет собой достаточно значимый фактор, который влияет на желание молодого специалиста остаться на занимаемом рабочем месте или сменить профессию. Фактор риска потери здоровья выступает одной из доминирующих причин ухода молодежи из профессий [42; 60; 74; 77; 83; 89; 1274 257]. Ретроспективное исследование динамики изменения состояния здоровья студентов, будущих врачей, при поступлении в образовательную организацию при проведении медицинского осмотра на 1 курсе, и через четыре года обучения проводилось по специальностям: «лечебное дело», «педиатрия» «медико-профилактическое дело», «стоматология».

Выявлено, что по специальности «лечебное дело» в основном обучаются студенты женского пола и на первом году обучения (65,2 %, 2012 / 2013 уч.г.) и через четыре года (70,8 %, 2015 / 2016 уч.г.). Среди обучающихся мужской пол встречается в каждом третьем случае, как на 1 курсе (34,8 %; 2012 / 2013 уч.г.), так и через 4 года обучения (29,2 %; 2015 / 2016 уч.г.). Коэффициент аппроксимации ($R^2=1$) показывает, что сложившиеся исходные данные соответствуют трендовой модели, так как его значение = 1.

На снижение показателей могли повлиять следующие факторы оттока студентов мужского пола: перевод из другой или в другую образовательную организации, отчисление или восстановление после отчисления, уход или восстановление после академического отпуска, выполнение воинской обязанности.

Исследование состояния здоровья студентов при поступлении в вуз и через четыре года выявило, что как при поступлении 90,1 % студентов имели в анамнезе заболевания, и только 9,9 % признавались здоровыми, так и через четыре года обучения 90,9 % имели в анамнезе заболевания и только 9,1 % были признаны здоровыми. На следующем этапе за тот же изучаемый период ретроспективным методом было изучено состояние здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» по классам болезней. Имеющиеся в «Картах учета профилактического медицинского осмотра (диспансеризации)" студентов (форма N 131/у) нозологические формы заболевания, были сгруппированы в классы болезней, ведущие классы болезней были определены ранжированием. Исследование выявило, что наиболее часто у студентов встречаются нозологические формы, следующих классов болезней: «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (H00-H59) (2012 / 2013 уч.г. – 359,6 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 369,2 ‰), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (M00-M99) (2012 / 2013 уч.г. – 313,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 324,2 ‰), «Болезни нервной системы» (G00-G99) (2012 / 2013 уч.г. – 160,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 235,4 ‰), «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (Q00-Q99) (2012 / 2013 уч.г. – 112,4 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 171,6 ‰) и «Болезни органов пищеварения» (K00-K93) (2012 / 2013 уч.г. – 41,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 66,2 ‰). Анализ динамики состояния здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» выявил рост заболеваемости по следующим классам: «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (2012 / 2013 уч.г. – 359,6 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 369,2 ‰), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (2012 / 2013 уч.г. – 313,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 324,2 ‰), «Болезни нервной системы» (2012 / 2013 уч.г. – 160,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 235,4 ‰), «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (2012 / 2013 уч.г. – 112,4 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 171,6 ‰) и «Болезни органов пищеварения» (2012 / 2013 уч.г. – 41,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 66,2 ‰). Снижение роста заболеваемости выявлено по классу «Болезни органов дыхания» (2012 / 2013 уч.г. – 111,0 ‰; в 2015 / 2016 уч.г. – 52,6 ‰) (Таблица 20).

Таблица 20 – Состояние здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» по классам болезней (по данным медицинских осмотров, на 1000 студентов)

Код. Наименование класса болезней	2012/2013уч.г			2015/2016 уч.г.		
	M±m	ДИ	Ранг	M±m	ДИ	Ранг
II Новообразования (C00-D48)	1,4±0,3	0,8-2,0	13	2,3±0,4	1,5-3,1	13
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	2,1±0,4	1,3-2,9	12	6,8±0,7	5,4-8,2	12
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	42,9±1,3	40,3-45,5	7	27,1±1,2	24,7-29,5	7
VI Болезни нервной системы (G00-G99)	180,2±10,1	160,0-200,4	3	324,2±12,8	298,6-349,8	2
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	359,6±12,7	334,2-385,0	1	369,2±13,2	342,8-395,6	1
IX Болезни системы кровообращения (I00-I99)	38,7±1,3	36,1-41,3	8	15,0±0,9	14,2-15,8	10
X Болезни органов дыхания (J00-J99)	128,8±8,9	111,0-146,6	5	52,6±1,4	49,8-55,4	6
XI Болезни органов пищеварения (K00-K93)	43,6±1,3	41,0-46,2	6	66,2±1,3	63,6-68,8	5
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	16,5±0,9	14,7-18,3	10	11,2±0,8	9,6-12,8	11
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	338,0±12,5	313,0-363,0	2	259,4±12,0	235,4-283,4	3
XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	20,4±1,1	18,2-22,6	9	25,6±1,2	23,2-28,0	8

Продолжение Таблицы 20

XVII	Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	130,2±8,9	112,4-148,0	4	193,2±10,8	171,6-214,8	4
XVIII	Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)	15,5±0,9	13,7-17,3	11	22,1±1,1	19,9-24,3	9

Анализ полиномиальной трендовой модели (при 2-х степенном значении) изменений в состоянии здоровья студентов за четыре курса обучения выявил, что класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата» ($R^2 = - 0,246$), класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» ($R^2 = - 0,240$) и класс «Болезней органов дыхания» ($R^2 = - 0,269$) не имеют достоверных различий (Рисунок 36).

Таким образом, фактор обучения практически не влияет на развитие заболеваний по данным классам болезней. При этом рост заболеваемости по классу «Болезни нервной системы» ($R^2 = 0,0679$) имеет достоверные различия, что доказывает рост заболеваемости по данному классу.

Рост заболеваемости по полиномиальной трендовой модели (при 2 – х степенном значении) также выявлен по классу «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($R^2 = 0,1033$) и по классу «Болезни органов пищеварения» ($R^2 = 0,1562$). Снижение роста заболеваемости по классу «Болезни органов дыхания» по полиномиальной трендовой модели (при 2 степенном значении) не подтвердилось ($R^2 = - 0,269$).

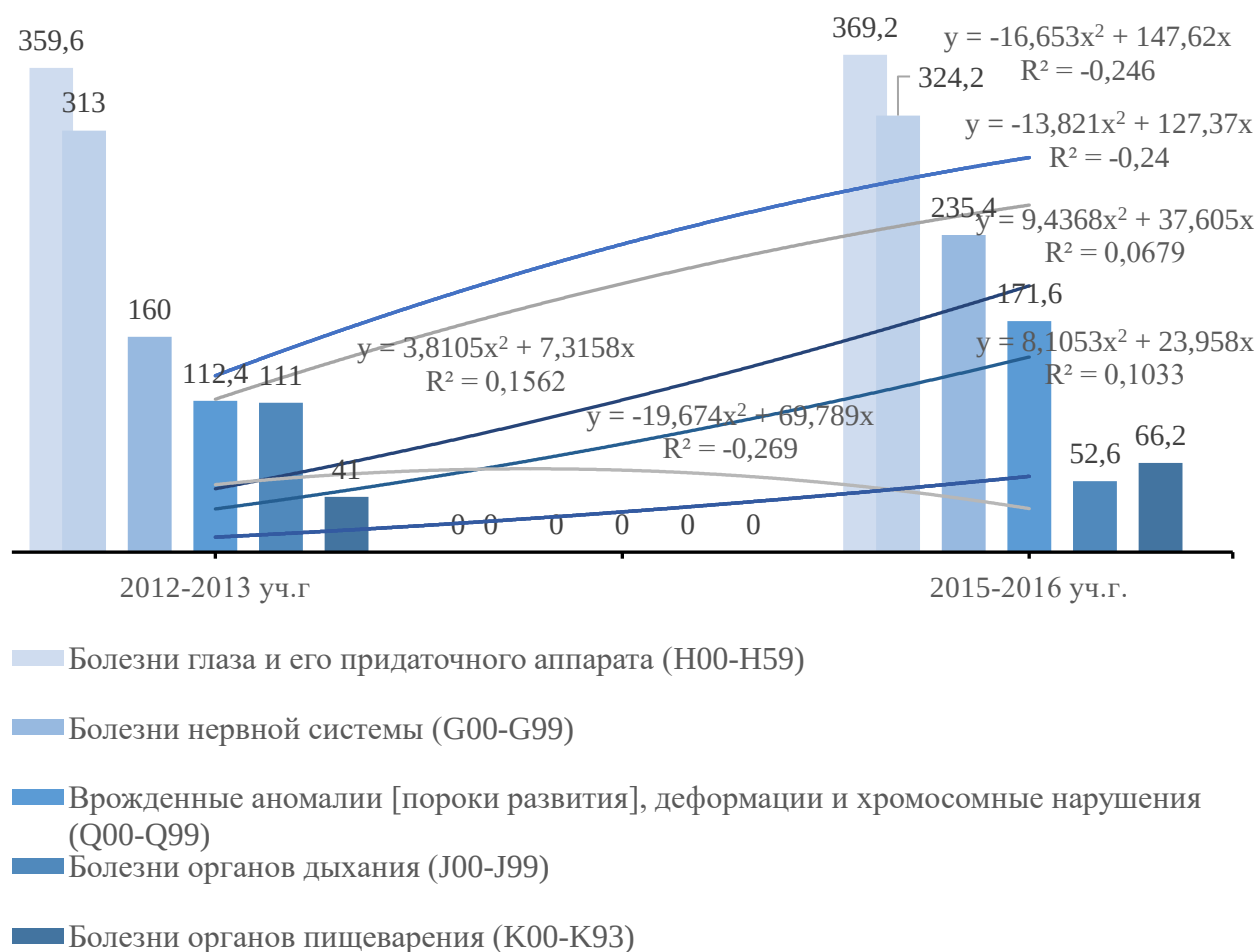


Рисунок 36 – Динамика заболеваемости и полиномиальная трендовая модель изменений в состоянии здоровья студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» (‰)

Выявлен рост уровня заболеваемости нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость» и на первом курсе по специальности «лечебное дело» встречается у каждого девятого студента (11 %), через 4 года обучения практически у каждого пятого студента (18,6 %).

Ретроспективным методом изучены амбулаторные карты студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» в периоды 2012 / 2013 уч.г. и 2015 / 2016 уч.г. Исследование выявило, что по специальности «педиатрия» в основном обучаются студенты женского пола и на первом году обучения (79,5 ‰, 2012 / 2013 уч.г.) и через четыре года (73,6 ‰, 2015 / 2016 уч.г.). Среди обучающихся мужской пол встречается в каждом пятом случае как на первом курсе (20,5 ‰; 2012 / 2013 уч.г.), так и через четыре года (26,2 ‰; 2015 / 2016 уч.г.).

На изменение показателей за четырехлетний период могли повлиять следующие факторы роста числа студентов мужского пола: перевод из другой или в другую образовательную организации, отчисление или восстановление после отчисления, уход или восстановление после академического отпуска, выполнение воинской обязанности.

Изучение состояния здоровья студентов при поступлении в вуз и через четыре года выявило некоторые отличия, так как при поступлении 86,4 % студентов имели в анамнезе заболевания, и только 13,6 % признавались здоровыми, через четыре года обучения 90,8 % имели в анамнезе заболевания и только 9,2 % были признаны здоровыми.

На следующем этапе за тот же период нами было изучена заболеваемость студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» по данным медицинских осмотров.

Имеющиеся в амбулаторных картах студентов нозологические формы заболевания были сгруппированы в классы болезней, которые были проранжированы, результаты представлены в Таблице 21.

Таблица 21 – Заболеваемость студентов, обучающихся по специальности «Педиатрия» по классам болезней (по данным медицинских осмотров, на 100 студентов)

Класс болезней	2012/2013уч.г			2015/2016 уч.г		
	P±m	ДИ	Ранг	P±m	ДИ	Ранг
II Новообразования (C00-D48)	0	-	-	0,7±0,4	0	12
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	0,8±0,5	0,3 - 1,3	12	0	0	-

Продолжение Таблицы 21

IV.Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	3,9±1,9	2,0 - 5,8	8	6,8±1,5	3,8-9,8	8
VI.Болезни нервной системы (G00-G99)	15,1±2,2	12,9 - 17,3	3	28,6±2,7	21,3-35,9	3
VII.Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	32,2±2,9	29,3 - 35,1	1	45,7±2,9	39,9-51,5	1
IX.Болезни системы кровообращения (I00-I99)	2,3±0,9	1,4 - 3,2	10	4,6±1,3	2,0-7,2	7
X.Болезни органов дыхания (J00-J99)	10,1±1,8	8,3 - 11,9	5	11,1±1,9	7,3 – 14,9	5
XI.Болезни органов пищеварения (K00-K93)	5,8±1,5	4,3 - 7,3	6	8,2±1,6	5,0-11,4	6
XII.Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	3,5±1,1	2,4 - 4,6	9	4,3±1,2	1,9-6,7	9
XIII.Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	17,0±2,3	14,7-19,3	2	29,3±2,7	23,9-34,7	2
XIV.Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	4,3±1,2	3,1 - 5,5	7	1,4±0,7	0	10
XVII.Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	12,7±2,0	10,7 - 14,7	4	14,3±2,1	10,1-18,5	4
XVIII. Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках (R00-R99)	1,2±0,6	0,6 - 1,8	11	1,1±0,6	0	11

Анализ состояния здоровья студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» выявил значительный рост заболеваемости с 2012 / 2013 уч.г. по 2015 / 2016 уч.г., по классам болезней: «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (32,2 %; 45,7 %), «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» (17,0 %; 29,3 %), «Болезни нервной системы» (15,1 %; 28,6 %). Заболеваемость по классам болезней: «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (12,7 %; 14,3 %), «Болезни органов дыхания» (10,1 %; 11,1 %),

«Болезни органов пищеварения» (5,8 %; 8,2 %) повысилась незначительно. Построение полиномиальной трендовой модели (при 2-х степенном значении) изменений в состоянии здоровья студентов за четыре курса обучения показало, что класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата» ($R^2 = -0,094$), класс «Болезни органов дыхания» ($R^2 = -0,196$) и класс «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($R^2 = 0,177$) не имеют достоверных различий в изучаемом периоде, а значит тенденций к росту. Класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» ($R^2 = 0,2979$), «Болезни нервной системы» ($R^2 = 0,0243$) и «Болезни органов пищеварения» ($R^2 = 0,0297$) имеют достоверные различия в изучаемый период, и имеют тенденции к росту (Рисунок 37).

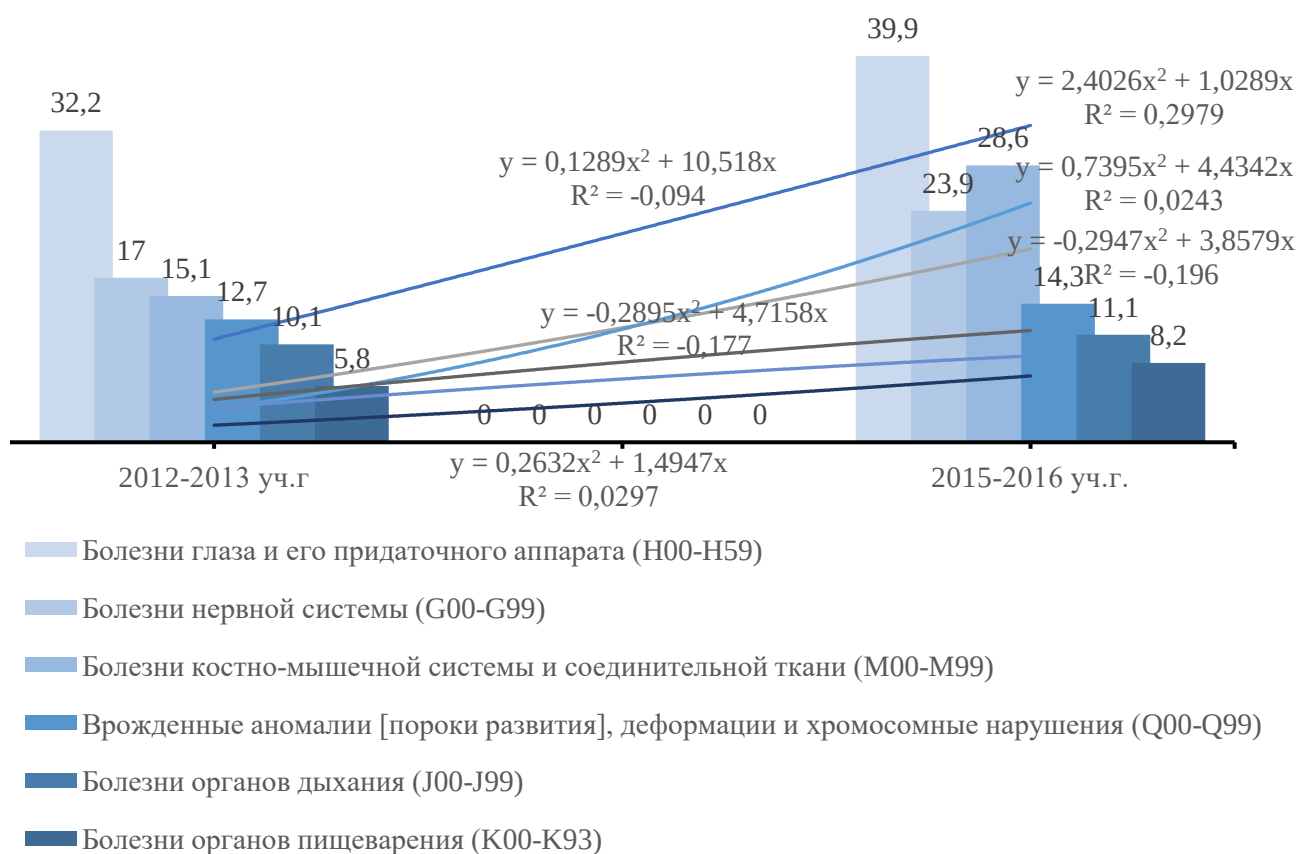


Рисунок 37 – Динамика заболеваемости и полиномиальная трендовая модель изменений в состоянии здоровья студентов, обучающихся по специальности «педиатрия», %

Выявлен рост уровня заболеваемости нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость», на первом курсе по специальности «педиатрия» встречается у каждого седьмого студента (15,3 %) и через 4 года обучения практически у каждого шестого студента (17%).

Таким образом, период обучения для студентов, обучающихся по специальности «педиатрия», влияет на развитие заболеваний, так как имеются достоверные различия и тенденции к росту заболеваемости в период обучения с 1 курса по 4 курс по классу «Болезни нервной системы» ($R^2 = 0,0243$), классу «Болезни органов пищеварения» ($R^2 = 0,0297$). Выявлен рост уровня заболеваемости нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость» на первом курсе по специальности «педиатрия» встречается у каждого 7 (15,3%) студента, через 4 года обучения практически у каждого шестого студента (17%).

Ретроспективным методом изучены амбулаторные карты студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело». Выявлено, что обучаются по специальности «медико-профилактическое дело» в основном студенты женского пола (67 %) и 33% мужского пола. При этом к четвертому курсу доля студентов женского пола увеличивается (72,1 %), тогда как удельный вес студентов мужского становится меньше (27,9%).

На изменение показателей числа студентов мужского пола за четырехлетний период могли повлиять следующие факторы: перевод из другой или в другую образовательную организации, отчисление или восстановление после отчисления, уход или восстановление после академического отпуска, выполнение воинской обязанности.

Исследование, проведенное среди студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело», выявило, что доля практически здоровых в 2012/2013 уч. г составила всего 8,2%, тогда как студентов, имеющих заболевания - 91,7%. К четвертому курсу удельный вес практически здоровых составил 7,4%, а доля имеющих заболевания составила 92,5%.

Анализ Таблицы 22 показывает, что у студентов по направлению подготовки «медико - профилактическое дело» чаще встречаются нозологические формы

класса «Болезни глаза и его придаточного аппарата». Данный класс болезней являлся ведущим в состоянии здоровья при поступлении в вуз ($44,2 \% \pm 3,7 \%$), так и через 4 года обучения ($40,3\% \pm 3,5\%$), выявлено снижение на 3,9%.

Выявлен рост заболеваемости классом «Болезни нервной системы», при поступлении показатель заболеваемости составлял $11,2 \% \pm 2,1\%$, а через четыре года показатель вырос практически в три раза ($34,3 \% \pm 3,3 \%$; + 23,1%). При этом необходимо отметить, что за четырехлетний период отмечается снижение показателей по классу «Болезни органов дыхания», показатель снизился практически в три раза, так как при поступлении в вуз показатель составил $19,4 \% \pm 2,7 \%$, а через четыре года $7,0 \% \pm 1,8 \%$ (- 12,4 %).

Таблица 22 – Состояние здоровья студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» (по данным медицинских осмотров, на 100 студентов)

Класс болезней	2012/2013уч.г.			2015/2016 уч.г.		
	M±m	ДИ	Ранг	M±m	ДИ	Ранг
I Некоторые инфекционные и паразитарные болезни (A00-B99)	0	-	-	$0,5 \pm 0,4$	0	9
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	$0,5 \pm 0,4$	0	11	0	-	-
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	$5,3 \pm 1,6$	2,1-8,5	8	$2,0 \pm 0,9$	0,2-3,8	9
VI Болезни нервной системы (G00-G99)	$11,2 \pm 2,1$	7,0-15,4	5	$34,3 \pm 3,3$	27,7-40,9	2

Продолжение Таблицы 22

VII Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	44,2±3,7	36,8-51,6	1	40,3±3,5	33,3-47,3	1
IX Болезни системы кровообращения (I00-I99)	5,8±1,6	2,6-9,0	7	4,0±1,4	1,2-6,8	7
X Болезни органов дыхания (J00-J99)	19,4±2,7	14,0-24,8	3	7,0±1,8	3,4-10,6	5
XI Болезни органов пищеварения (K00-K93)	9,4±2,0	5,4-13,4	6	7,0±1,8	3,4-10,6	5
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	2,4±1,0	1,4-3,4	10	4,5±1,5	1,5-7,5	6
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	31,5±3,2	25,1-37,9	2	24,9±3,0	18,9-30,9	3
XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	3,8±1,3	1,2-6,4	9	2,0±0,9	0,2-3,8	8
XVII Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	15,0±2,5	10,0-20,0	4	7,5±1,9	3,7-11,3	4

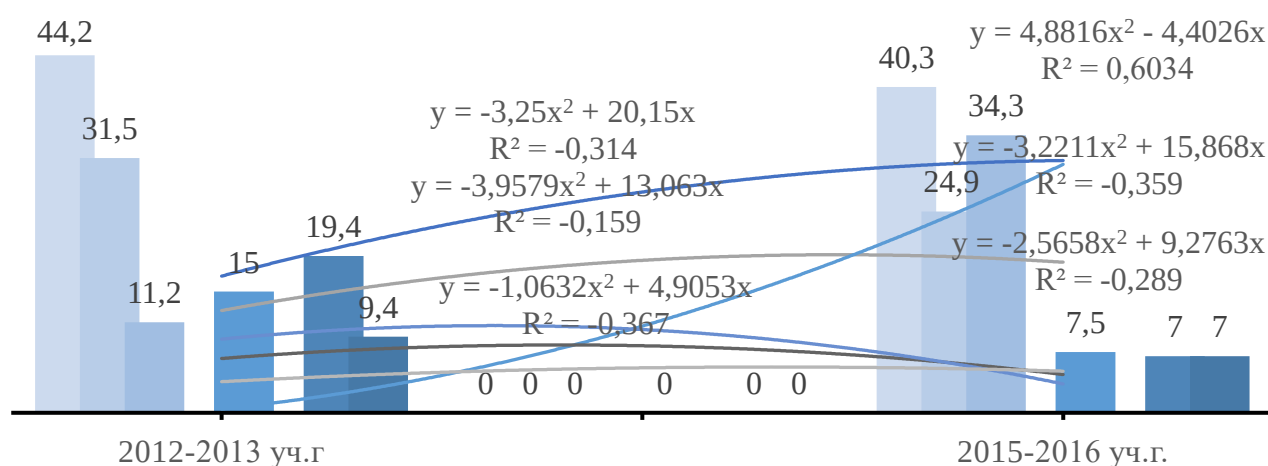
Показатель класса «Болезни органов пищеварения» снизился с $9,4 \% \pm 2,0 \%$ на первом курсе до $7,0 \% \pm 1,8 \%$ на четвёртом курсе. Значительно снизилась заболеваемость классом «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», так как при поступлении заболевание данного класса болезней имел практически каждый третий обучающийся по специальности «медико-профилактическое дело» ($31,5 \% \pm 3,2 \%$), после четырех лет обучения заболеваемость снизилась до $24,9 \% \pm 3,0 \%$ (- 6,6%). Также практически в два раза снизилась заболеваемость классом «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» (Q00-Q99) с $15,0 \% \pm 2,5 \%$ на 1 курсе до $7,5 \% \pm 1,9 \%$ через четыре года обучения.

У студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» выявлен рост заболеваемости классом «Болезни нервной системы», так как при поступлении показатель заболеваемости составлял $11,2 \% \pm 2,1 \%$, а через

четыре года показатель вырос практически в три раза ($34,3 \% \pm 3,3 \%$) (+ 23,1%). Анализ построенной полиномиальной трендовой модели (при 2-х степенном значении) изменений в состоянии здоровья студентов за четыре курса обучения выявил, что класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата» ($R^2 = - 0,134$), класс «Болезней органов дыхания» ($R^2 = - 0,159$) и класс «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($R^2 = - 0,289$), класс «Болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани» ($R^2 = - 0,359$), класс «Болезни органов пищеварения» ($R^2 = - 0,367$) не имеют достоверных различий в изучаемом периоде, а значит тенденций к росту. Выявлено, что класс «Болезни нервной системы» ($R^2 = 0,6034$) имеет достоверные различия и тенденции к росту (Рисунок 38). Выявлен рост уровня заболеваемости нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость», на первом курсе по специальности «медико-профилактическое дело» встречается у каждого пятого (23,8 %) студента, через 4 года обучения практически у каждого третьего студента (26,6 %).

Ретроспективным методом изучена заболеваемость студентов, обучающихся по специальности «стоматология». Исследование выявило, что обучаются по специальности «стоматология» в основном лица женского пола (64,1 %), но практически каждый второй – третий является студентом мужского пола (35,9 %). За четырехлетний период (2012/2013уч.г. - 2015/2016уч.г.) обучения состав студентов практически не изменился, среди студентов преобладает женский пол (64,1 % и 65,5 % соответственно). На изменение показателей числа студентов мужского пола за четырехлетний период могли повлиять следующие факторы: перевод из другой или в другую образовательную организации, отчисление или восстановление после отчисления, уход или восстановление после академического отпуска, выполнение воинской обязанности.

Исследование состояния здоровья обучающихся по специальности «стоматология» выявило, что как при поступлении в вуз, так и после четырех курсов обучения доля практически здоровых обучающихся составляет 11,6% и 10,3% соответственно.



- Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)
- Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)
- Болезни нервной системы (G00-G99)
- Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)
- Болезни органов дыхания (J00-J99)
- Болезни органов пищеварения (K00-K93)

Рисунок 38 – Динамика заболеваемости и трендовая модель изменений в состоянии здоровья студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» (по данным медицинских осмотров, на 100 студентов)

При этом на первом курсе среди обучающихся выявлено 88,4 % студентов, уже имеющих заболевания и через четырехлетний период доля студентов, имеющих заболевания составила 89,7 %. Имеющиеся в амбулаторных картах студентов, обучающихся по специальности «стоматология», нозологические формы заболевания были сгруппированы в классы болезней, которые были проранжированы и определены в ведущие классы болезней.

Анализ Таблицы 23 показывает, что ведущим является класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата», как при поступлении в вуз (38,5 % ± 7,8 %), так и через четыре года обучения (42,2 % ± 3,2 %) (+ 3,7 %).

Таблица 23 – Заболеваемость студентов, обучающихся по специальности «стоматология», (по данным медицинских осмотров, %)

Класс болезней	2012/2013уч.г			2015/2016 уч.г		
	M±m	ДИ	Ранг	M±m	ДИ	Ранг
III Болезни крови, кроветворных органов и отдельные нарушения, вовлекающие иммунный механизм (D50-D89)	0	0		0,9±0,6	0	9
IV Болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (E00-E90)	4,3±1,0	2,3-6,3	7	2,8±1,1	0,6-5,0	8
VI Болезни нервной системы (G00-G99)	10,9±1,6	7,7-14,1	4	38,5±3,2	32,1-44,9	2
VII Болезни глаза и его придаточного аппарата (H00-H59)	38,5±7,8	22,9-54,1	1	42,2±3,2	35,8-48,6	1
IX Болезни системы кровообращения (I00-I99)	4,6±1,1	2,4-6,8	6	4,3±1,3	1,7-6,9	7
X Болезни органов дыхания (J00-J99)	14,4±1,8	10,8-18,0	3	6,9±1,7	3,5-10,3	5
XI Болезни органов пищеварения (K00-K93)	8,9±2,0	4,9-12,9	5	5,5±1,5	2,5-8,5	6
XII Болезни кожи и подкожной клетчатки (L00-L99)	3,8±0,9	2,0-5,6	8	0,9±0,6	0	9
XIII Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (M00-M99)	8,9±2,0	4,9-12,9	5	30,7±3,0	24,7-36,7	3
XIV Болезни мочеполовой системы (N00-N99)	3,0±0,8	1,4-4,6	9	0,9±0,6	0	9
XVII Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения (Q00-Q99)	15,7±1,8	12,1-19,3	2	22,5±2,7	17,1-27,9	4

Выявлено различие заболеваемости по классам болезней при поступлении в вуз и через четыре года обучения, так как при поступлении в вуз на втором месте по заболеваемости стоит класс болезней «Врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($15,7 \% \pm 1,8 \%$), к 4 курсу заболеваемость увеличивается до $22,5 \% \pm 2,7 \%$ (+6,8%), но через четыре года обучения на второе место выходит класс «Болезни нервной системы» ($38,5 \% \pm 3,2 \%$), превышая показатель заболеваемости (по данным медицинских осмотров) при поступлении в вуз практически в два раза (+ 22,8 %).

Практически в три раза выросла заболеваемость классом «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани», так как при поступлении выявлено $8,9 \% \pm 2,0$, а через 4 года заболеваемость данным классом болезней составила $30,7 \% \pm 3,0 \%$ (+ 21,8%). При этом необходимо отметить, что за четырехлетний период отмечается снижение заболеваемости по следующим классам: «Болезни органов дыхания» ($- 7,5 \%$), «Болезни органов пищеварения» ($- 3,4 \%$).

Анализ полиномиальной трендовой модели (при 2-х степенном значении) изменений в состоянии здоровья студентов, обучающихся по специальности «стоматология» за четыре курса обучения, выявил, что класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата» ($R^2 = - 0,198$), класс «Болезни органов дыхания» ($R^2 = - 0,273$) и «Болезни органов пищеварения» ($R^2 = - 0,353$) не имеют достоверных различий в изучаемом периоде, а значит тенденций к росту.

Класс «Болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани» ($R^2 = 0,6525$), класс «Болезни нервной системы» ($R^2 = 0,5853$) и класс «Болезни врожденные аномалии [пороки развития], деформации и хромосомные нарушения» ($R^2 = 0,0427$) имеют достоверные различия в изучаемый период, и имеют тенденции к росту (Рисунок 39).

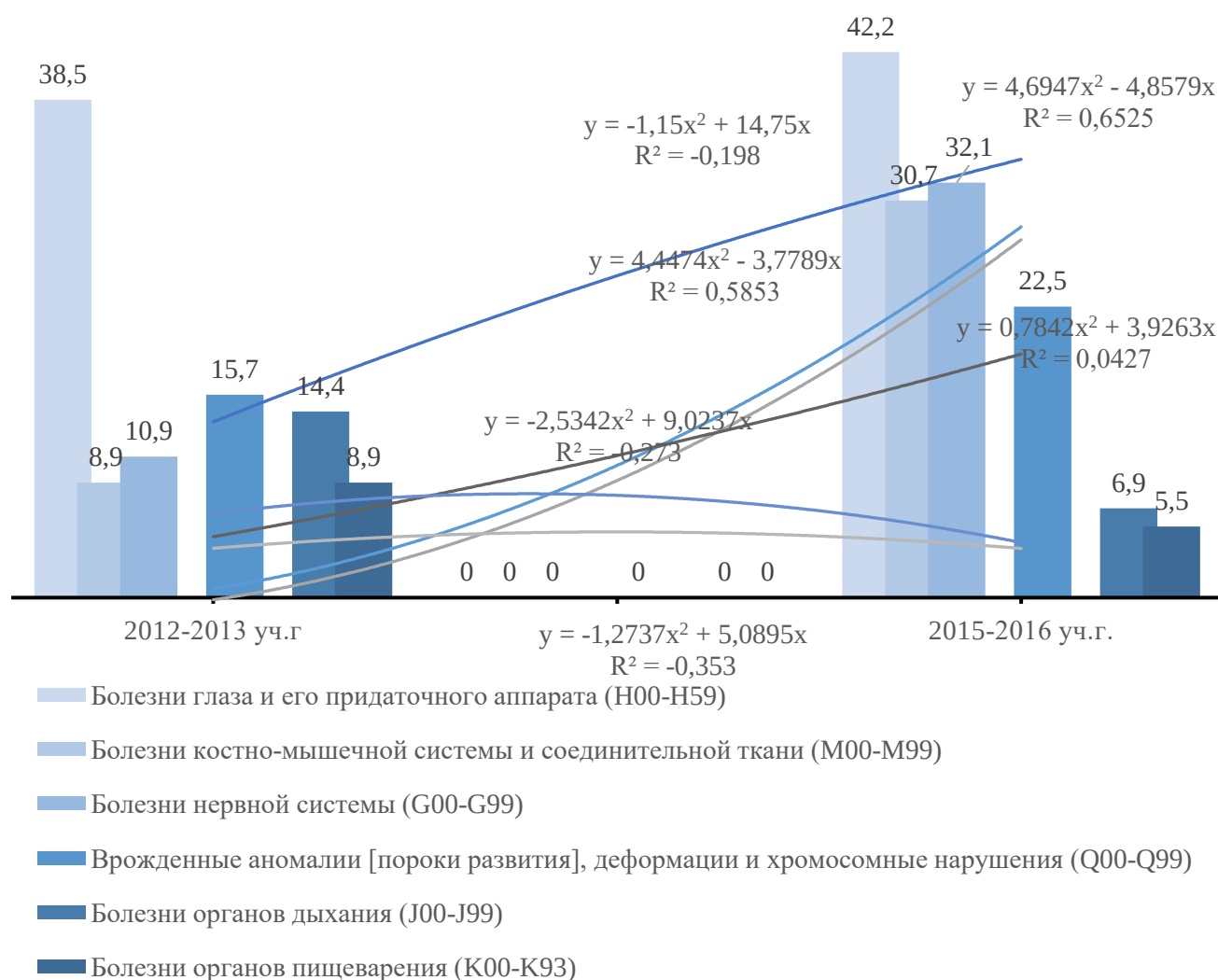


Рисунок 39 – Динамика изменений в состоянии здоровья студентов, обучающихся по специальности «стоматология» с 1 по 4 курс (%)

Выявлен рост заболеваемости в период обучения нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость» на первом курсе по специальности «стоматология» встречается у каждого девятого (13 %) студента, через 4 года обучения практически у каждого пятого студента (20,3 %).

6.2. Развитие синдрома эмоционального выгорания у студентов медицинских специальностей в период обучения, как фактора ухода из профессии

Проявления эмоционального выгорания и депрессии отмечаются еще в студенческие годы и уже стали приоритетными проблемами психического здоровья у медицинских работников [1; 7; 33; 63; 92; 312; 365]. Согласно определению ВОЗ, синдром выгорания – это не только физическое, эмоциональное или мотивационное истощение, характеризующееся нарушением продуктивности в работе, усталостью, бессонницей, но и повышенная подверженность соматическим заболеваниям и риску развития физиологической зависимости от алкоголя или других психоактивных средств, используемых для временного облегчения, а также суицидальному поведению [319]. При этом исследователями отмечается, что распространенность синдрома эмоционального выгорания достигает 75% среди студентов-медиков и врачей, что значительно выше, чем среди населения в целом [329]. С позиций МКБ - X пересмотра синдром эмоционального выгорания (СЭВ) — это патологическое состояние, имеющее полноценный статус «заболевания» под шифром Z-73.0 — стресс, связанный с трудностями управления своей жизнью». На уровне эмоциональной сферы студента - медика такие нарушения часто проявляются как синдром эмоционального выгорания. Так, по данным Американской Медицинской Ассоциации, студенты - медики сталкиваются с эмоциональным выгоранием гораздо чаще студентов других специальностей. Частота СЭВ среди студентов медицинских вузов Голландии, Англии достигает 20—26% [363; 365]. Тогда как отечественными исследователями отмечается, что данные, касающиеся медицинских вузов России по изучению синдрома эмоционального выгорания, очень ограничены [43;176]. Проведенное исследование среди студентов шести курсов по специальности «лечебное дело» показало, что в период обучения у исследованных студентов развился симптом «тревога и депрессия» (20 баллов) (Рисунок 40).



Рисунок 40 – Симптомы синдрома эмоционального выгорания, формирующиеся у студентов, обучающихся по специальности «лечебное дело» (в баллах, на 100 студентов)

Начинают развиваться симптомы «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (12 баллов), «переживание психотравмирующих обстоятельств» (15 баллов). Другие симптомы синдрома эмоционального выгорания у студентов по специальности «лечебное дело» не сформированы. Изучение синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» выявило сложившийся симптом «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (17 баллов) (Рисунок 41).



Рисунок 41 – Симптомы синдрома эмоционального выгорания, формирующиеся у студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» (в баллах, на 100 студентов)

Начинают развиваться у студентов, обучающихся по специальности «педиатрия», следующие симптомы: «эмоциональная отстраненность» (10 баллов), «расширение сферы экономии эмоций» (10 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «тревога и депрессия» (15 баллов), «неудовлетворенность собой» (13 баллов). Другие симптомы синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «педиатрия», не сформированы.

Изучение синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» выявило сложившиеся симптомы «редукция профессиональных обязанностей» (20 баллов) и «неадекватное избирательное реагирование» (17 баллов) (Рисунок 42).



Рисунок 42 – Симптомы синдрома эмоционального выгорания, формирующиеся у студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» (в баллах, на 100 студентов)

Начинают развиваться у студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело», симптомы: «психосоматические и психовегетативные нарушения» (10 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (14 баллов), и «тревога и

депрессия» (15 баллов). Другие симптомы синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело», не сформированы.

Изучение синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «стоматология» показало, что сложившиеся симптомы синдрома эмоционального выгорания не выявлены (Рисунок 43).



Рисунок 43 – Симптомы синдрома эмоционального выгорания, формирующиеся у студентов, обучающихся по специальности «стоматология» (в баллах, на 100 студентов)

У студентов, обучающихся по специальности «стоматология», начинают развиваться симптомы «тревога и депрессия» (13 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (12 баллов). Другие симптомы синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по специальности «стоматология» не сформированы.

Исследование синдрома эмоционального выгорания у студентов, обучающихся по направлению подготовки «сестринское дело», не выявило сложившихся симптомов (Рисунок 44).



Рисунок 44 – Симптомы синдрома эмоционального выгорания, формирующиеся у студентов, обучающихся по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) (в баллах, на 100 студентов)

Начинают развиваться симптомы «редукция профессиональных обязанностей» (13 баллов), «тревога и депрессия» (13 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов) ««эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «неадекватное избирательное реагирование» (12 баллов). Другие симптомы синдрома эмоционального выгорания у студентов по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) не сформированы.

Изучение сформированности фаз синдрома эмоционального выгорания выявило, что на первом курсе у студентов не сформировались фазы синдрома эмоционального выгорания: фаза «Напряжение» (31 балл, $31 \leq 61$), фаза «Резистенции» (34 балла, $34 \leq 61$), фаза «Истощение» (25 баллов, $25 \leq 61$). Не выявлено сформированных фаз и на втором курсе: фаза «Напряжение» (23 балла, $23 \leq 61$), фаза «Резистенции» (34 балла, $34 \leq 61$), фаза «Истощение» (30 баллов, $30 \leq 61$). На третьем курсе обучения не сформированы фазы «Напряжение» (15 баллов, $15 \leq 61$) и фаза «Истощение» (22 балла, $22 \leq 61$), начинает формироваться

фаза «Резистенции» (37 балл, $37 \leq 61$). Исследование показывает, что на 4 курсе продолжает формироваться фаза «Резистенции» (39 баллов, $39 \leq 61$) и начинает формироваться фаза «Истощения» (41 балл, $41 \leq 61$) (Рисунок 45).

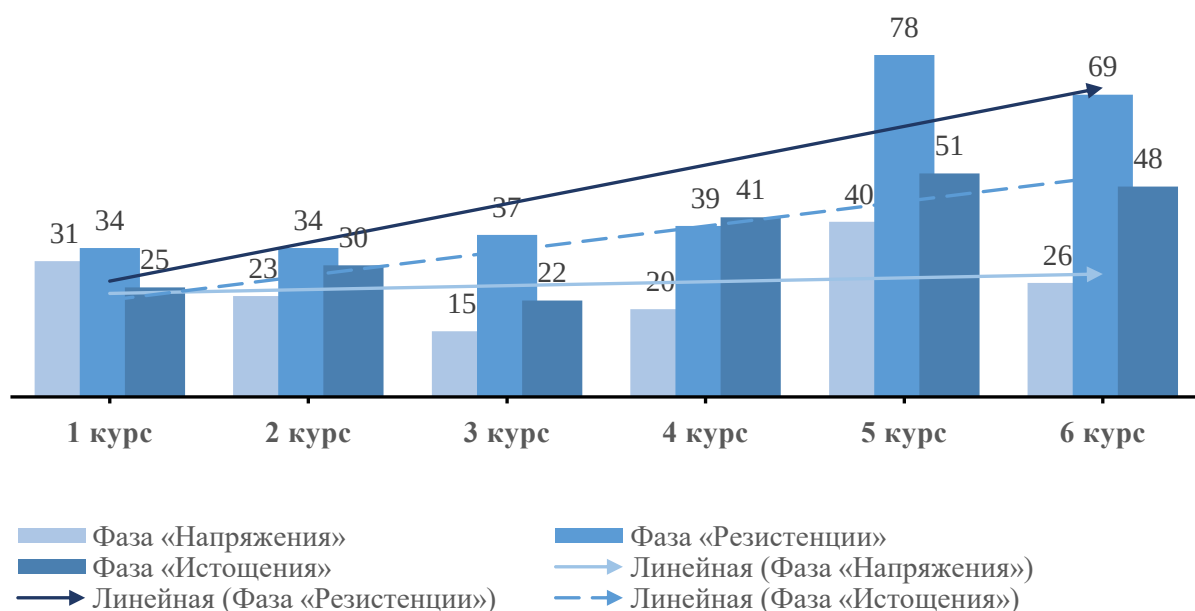


Рисунок 45 – Формирование фаз СЭВ на 1 - 6 курсах у студентов, обучающихся на медицинские специальности (баллы, на 100 студентов)

Изучение студентов 5 курса выявило, что у них начинает формироваться фаза «Напряжение» (40 баллов, $40 \leq 61$) и фаза «Истощение» (51 балл, $51 \leq 61$), на 5 курсе у студентов уже сформирована фаза «Резистенция» (78 баллов, $78 \geq 61$). Исследование студентов 6 курса выявило снижение показателя по фазе «Напряжение» (26 баллов, $26 \leq 61$), фаза не формируется. Тогда как фаза «Истощение» (48 баллов, $48 \leq 61$) формируется, а фаза «Резистенция» сформирована (69 баллов, $69 \geq 61$). Анализ фазы «Напряжение» выявил ведущий формирующийся симптом «Тревога и депрессия», сложившийся на 1 курсе, и со второго до шестого курса находящийся на стадии формирования (25; 15; 10; 13; 10; 15 баллов). На пятом курсе выявлено формирование симптома «Неудовлетворенность собой» (19 баллов), но на 6 курсе симптом нивелируется (2 балла) (Рисунок 46).

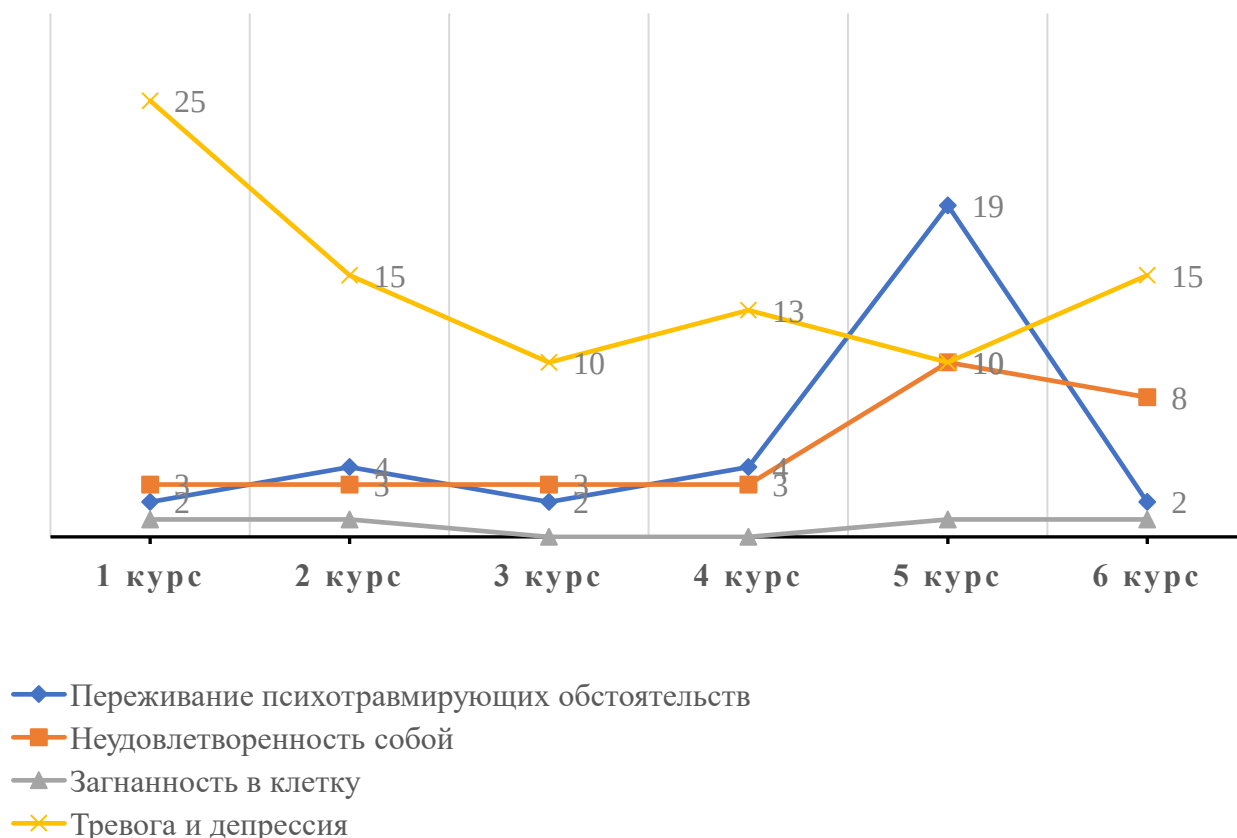


Рисунок 46 – Формирование симптомов СЭВ фазы «Напряжение» у студентов медицинских специальностей 1- 6 курсов (в баллах, на 100 студентов)

Анализ фазы «Резистенция» выявил формирование с 1 по 4 курсы симптома «Неадекватное эмоциональное реагирование» (по 12 баллов) и сформированные симптомы на 5 и 6 курсах (25; 22 балла). Симптом «Эмоционально-нравственная дезориентация» в течение 6 курсов обучения формируется (12; 8; 12; 14; 12; 14 баллов). Выявлен не сформированный до пятого курса симптом «Расширение сферы экономии эмоций». На 5 курсе симптом уже сформирован (28 баллов), но на 6 курсе симптом переходит в стадию формирования (10 баллов). Симптом «Редукция профессиональных обязанностей» не формируется на 1, 2, 3, 4 курсе, начинает формироваться на 5 курсе и сформирован уже на 6 курсе (Рисунок 47).

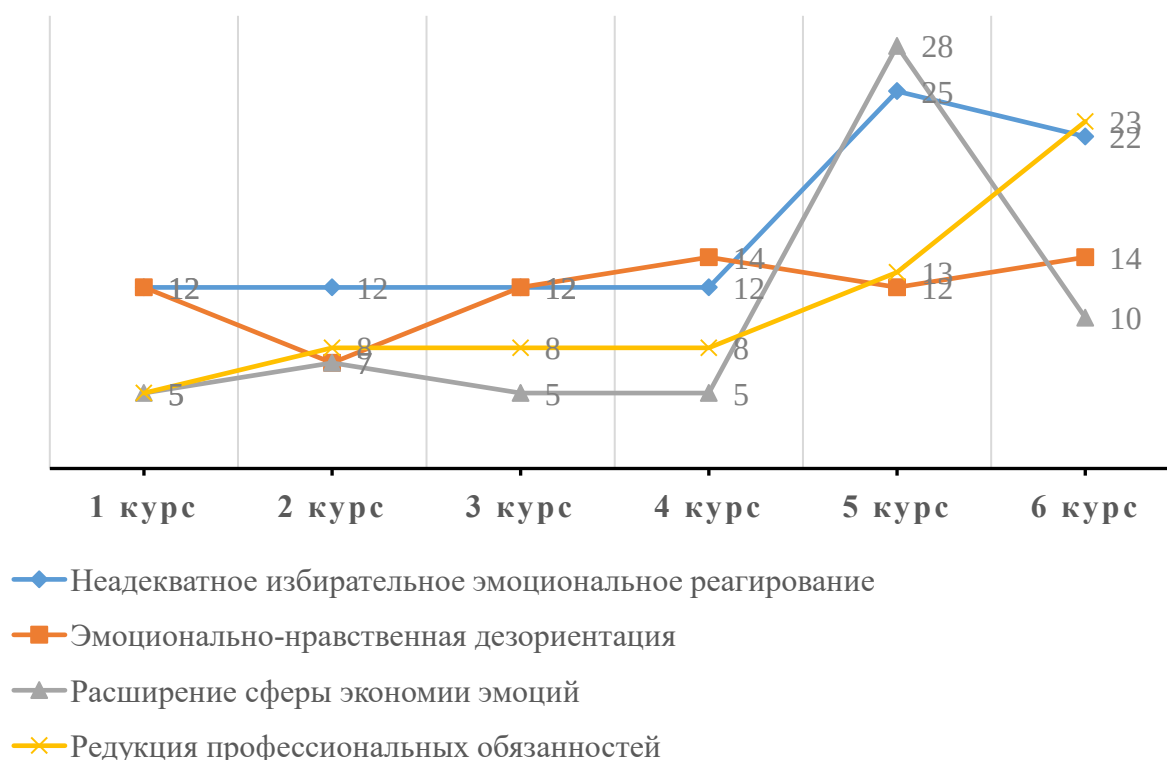


Рисунок 47 – Формирование симптомов СЭВ фазы «Резистенция» у студентов медицинских специальностей 1 - 6 курсы (в баллах, на 100 студентов)

Анализ симптомов фазы «Истощение» определил, что ни один симптом с 1 по 6 курс не сформирован. С 1 курса формируется симптом «Психосоматические и психовегетативные нарушения» (15 баллов) и до 6 курса находится в стадии формирования (по 10 баллов). Симптом «Эмоциональная отстраненность» начинает формироваться на 4 курсе (11 баллов) и продолжает на 5 курсе (13 баллов) и на 6 курсе (13 баллов). Симптом «Личностная отстраненность (деперсонализация)» начинает формироваться на 4 курсе (13 баллов) и продолжает формироваться на 5 и 6 курсе (по 13 баллов). Симптом «Эмоциональный дефицит» начинает формироваться на 5 курсе (15 баллов) и продолжает на 6 курсе (12 баллов) (Рисунок 48).

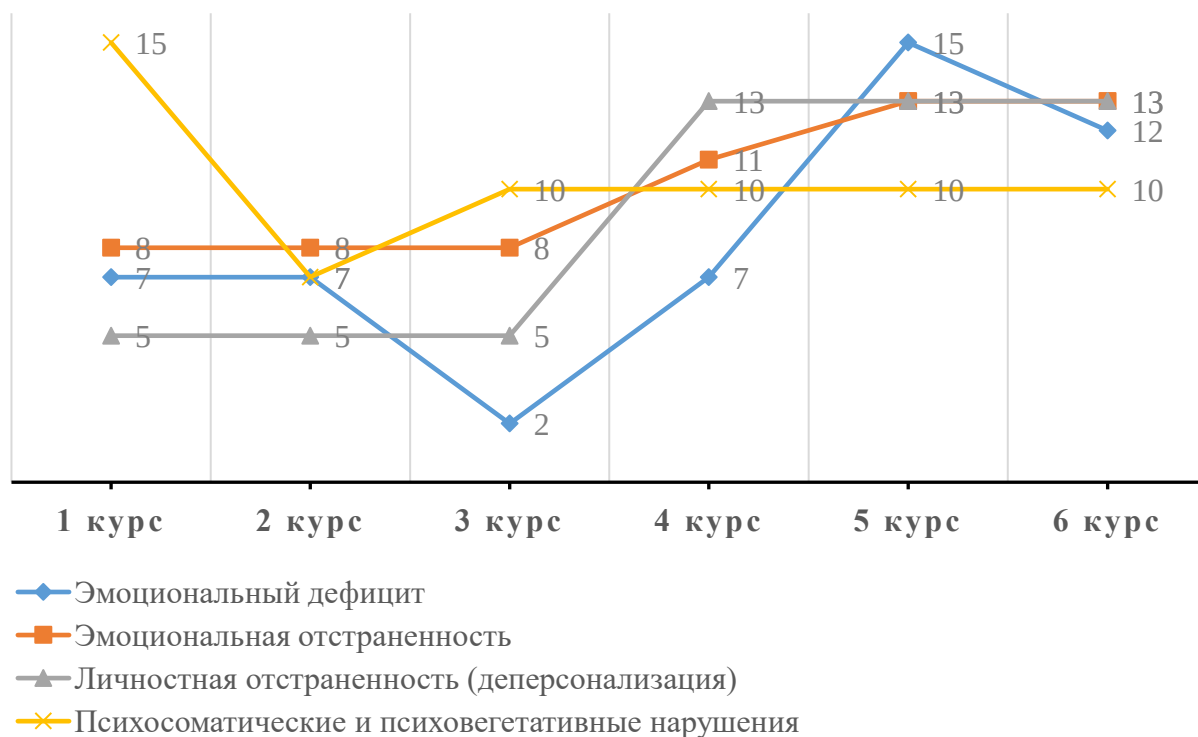


Рисунок 48 – Формирование симптомов СЭВ фазы «Истощение» у студентов медицинских специальностей 1 - 6 курсы (в баллах, на 100 студентов)

Таким образом, исследование выявило, что у студентов по специальности «лечебное дело» развился симптом «тревога и депрессия» (20 баллов). Начинают развиваться симптомы «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (12 баллов), «переживание психотравмирующих обстоятельств» (15 баллов). У студентов, обучающихся по специальности «педиатрия» выявлен сложившийся симптом «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (17 баллов). Начинают развиваться симптомы: «эмоциональная отстраненность» (10 баллов), «расширение сферы экономии эмоций» (10 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «неудовлетворенность собой» (13 баллов) и «тревога и депрессия» (15 баллов).

У студентов, обучающихся по специальности «медико-профилактическое дело» выявлены сложившиеся симптомы: «редукция профессиональных обязанностей» (20 баллов) и «неадекватное избирательное реагирование» (17

баллов). Начинают развиваться симптомы: «психосоматические и психовегетативные нарушения» (10 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (14 баллов), и «тревога и депрессия» (15 баллов). У студентов, обучающихся по специальности «стоматология» не выявлено сложившихся симптомов, но начинают развиваться симптомы: «тревога и депрессия» (13 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «неадекватное избирательное эмоциональное реагирование» (12 баллов). У студентов, обучающихся по направлению подготовки «сестринское дело» (бакалавриат) не выявлено сложившихся симптомов. Начинают развиваться симптомы «редукция профессиональных обязанностей» (13 баллов), «тревога и депрессия» (13 баллов), «эмоциональный дефицит» (12 баллов), «эмоционально-нравственная дезориентация» (12 баллов), «неадекватное избирательное реагирование» (12 баллов).

На первом курсе у студентов не сформировались фазы синдрома эмоционального выгорания: «Напряжение» (31 балл), «Резистенции» (34 балла), «Истощение» (25 баллов). Не выявлено сформированных фаз и на втором курсе: «Напряжение» (23 балла), «Резистенции» (34 балла), «Истощение» (30 баллов). На третьем курсе обучения не сформированы фазы «Напряжение» (15 баллов) и фаза «Истощение» (22 балла), начинает формироваться фаза «Резистенции» (37 балл).

Исследование выявило, что на 4 курсе продолжает формироваться фаза «Резистенции» (39 баллов) и начинает формироваться фаза «Истощения» (41 балл). У студентов 5 курса начинает формироваться фаза «Напряжение» (40 баллов) и фаза «Истощение» и сформирована фаза «Резистенция» (78 баллов). Исследование студентов 6 курса выявило снижение показателя по фазе «Напряжение» (26 баллов), фаза не формируется. Тогда как фаза «Истощение» (48 баллов) формируется, а фаза «Резистенция» сформирована (69 баллов).

6.3. Влияние состояния здоровья и образа жизни студентов в период обучения на уход из профессии

Готовность к реализации в профессии выпускников образовательных организаций среднего профессионального образования изучалась по восприятию студентами в период их обучения современной организации и состояния оказания медицинской помощи, по критериям: отношение к диспансеризации, обращаемость в поликлинику, медицинская активность, источники получения медицинской информации, доверие к медицинским работникам, оценка качества медицинской помощи.

Исследователи указывают на то, что средним медицинским работникам недостаточно информационной поддержки для развития в профессии [108]. Медицинская активность подразумевает под собой своевременное обращение к врачу, профилактические меры и полноту выполнения врачебных рекомендаций. По отношению к студенту медицинского вуза, она показывает степень ответственного отношения будущего медицинского работника к своему здоровью [98; 193].

Выдвинута гипотеза H_0 : восприятие студентами современной организации и оказания медицинской помощи, не оказывает влияние на отток выпускников из профессии. Гипотеза H_1 : восприятие студентами современной организации и оказания медицинской помощи, оказывает влияние на отток выпускников из профессии.

Анализ причин обращаемости студентов в первичное звено выявил, что основной целью обращения в поликлинику стал медицинский осмотр ($47,5 \% \pm 2,5 \%$). Практически каждый второй студент обращался за медицинской помощью для лечения ($44,2 \% \pm 2,5 \%$), в $21,2 \% \pm 2,0 \%$ случаев студенты обращались за медицинской справкой и в $11,2 \% \pm 1,5 \%$ случаев за консультацией.

Исследование частоты обращаемости студентов в поликлинику выявило, что каждый третий студент ($39,3 \% \pm 2,4 \%$) обращался в поликлинику один раз в году,

от 2 до 5 раз в год обращалось $36\% \pm 2,4\%$ студентов. Более 5 раз в год в поликлинику обратилось $14,7\% \pm 1,8\%$ опрошенных студентов и $13,2\% \pm 1,7\%$ не обращались.

Прохождение ежегодной диспансеризации оценено студентами положительно в 62,3%, но при этом признает диспансеризацию неэффективной практически каждый третий студент (37,7%). Анализ медицинской активности студентов выявил, что основным специалистом, к которому обращались студенты за медицинской помощью был стоматолог, к нему обращался практически каждый третий студент ($34,5\% \pm 2,4\%$). Часто обращались студенты к таким специалистам, как терапевт ($31,2\% \pm 2,3\%$), офтальмолог ($24,5\% \pm 2,1\%$), хирург ($21,5\% \pm 2,0\%$), кардиолог ($18\% \pm 1,9\%$), невропатолог ($13,2\% \pm 1,7\%$), реже обращались к гастроэнтерологу ($6,5\% \pm 1,2\%$) и аллергологу ($3,3\% \pm 0,9\%$). Обращение к специалистам в медицинские организации студенты оценивают, как положительный опыт в 38 % случаев, 51 % оценивают, что опыт был не всегда положительный и 11 % указали на негативный опыт. Исследование определения источников получения медицинской информации для студентов медицинских специальностей выявило, что основным источником получения медицинской информации для современных студентов является интернет (54 %) и медицинские работники (49 %) (Рисунок 49).

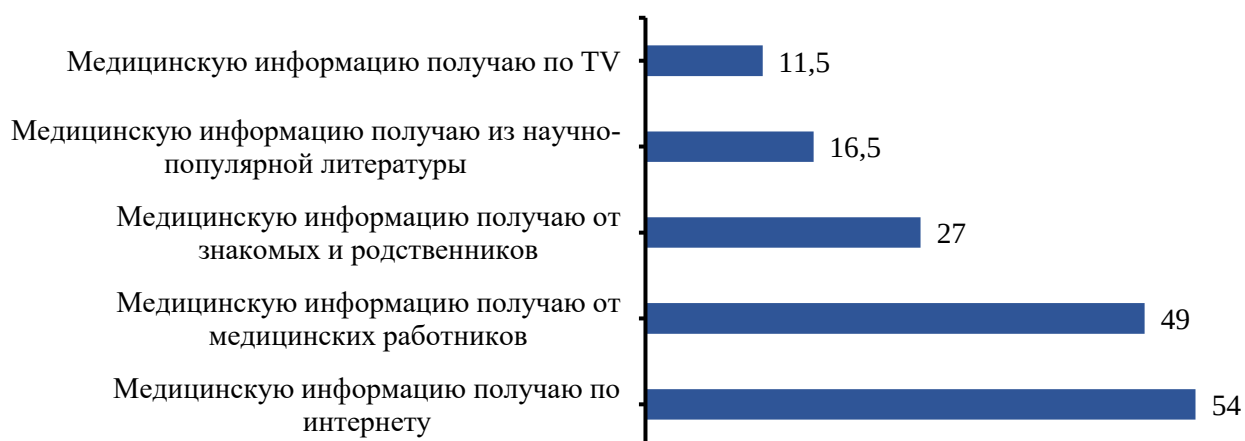


Рисунок 49 – Распространённость источников получения медицинской информации современными студентами (на 100 опрошенных)

В каждом третьем случае медицинскую информацию студенты получают от родственников и знакомых, только 16,5 % получают медицинскую информацию из научно-популярной литературы и 11,5 % используют как источник TV. Важнейшим критерием своевременности обращения за медицинской помощью в первичное звено является доверие к медицинским работникам. Исследование выявило, что доверяют медицинским работникам при обращении за медицинской помощью $78 \% \pm 2,1 \%$ будущих специалистов со средним профессиональным образованием. Но практически каждый пятый студент не доверяет медицинским работникам первичного звена (ДИ 17,8 - 26,2).

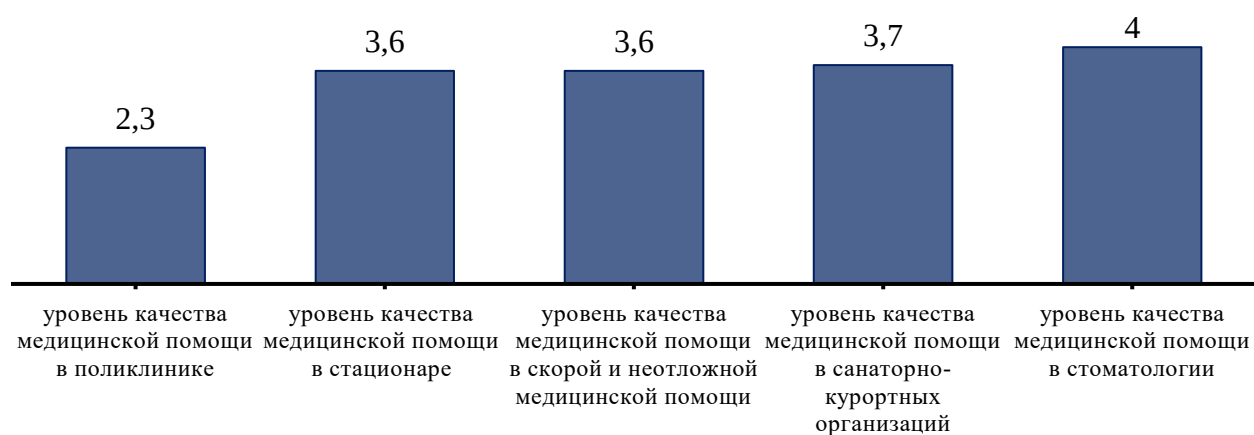


Рисунок 50 – Мнение студентов о качестве медицинской помощи в различных по виду медицинской деятельности медицинских организациях (средний балл, max. - 5 баллов)

Исследование выявило (Рисунок 50), что студенты, будущие средние медицинские работники, низко оценивают качество медицинской помощи в медицинских организациях первичного звена (поликлиника) - 2,3 балла. Выше среднего уровня оценивают качество медицинской помощи в стационаре и при оказании скорой и неотложной медицинской помощи (по 3,6 баллов). Качество медицинской помощи в санаторно-курортных организациях оценивается на 3,7 балла и выше всего студентами оценено качество медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих стоматологическую помощь (4 балла).

Проведенное исследование выявило, что студенты среднего профессионального образования планируют работать по специальности в 71,1 % случаев, тогда как 28,9 % не планируют работать в медицине. При этом 85,7 % студентов СПО считают, что для реализации в профессии необходимо хорошее здоровье и желание работать в практическом здравоохранении (по 52 %).

Важным направлением сохранения кадрового потенциала здравоохранения, позволяющим добиться существенного повышения производительности, эффективности и качества труда медицинских работников является здоровый образ жизни, который должен стать не только частью повседневной практики медицинского персонала, но и фундаментом формирования их собственного здоровья [3; 59; 74; 80; 104; 110; 206; 255; 257; 276; 365].

Образ жизни – это категория, включающая индивидуальные формы поведения, активность и реализацию возможностей индивида в повседневной и трудовой деятельности [94; 304; 308; 341]. В исследованиях образа и условий жизни медицинских работников установлена высокая распространенность курения, злоупотребление алкоголем, низкая физическая и медицинская активность. Исследования в основном затрагивают проблемы здоровья врачей и их негативные аспекты образа жизни [44; 59; 123; 130]. Тогда как исследований здоровья, факторов риска, образа жизни, медицинской активности молодых специалистов среднего медицинского персонала в доступной литературе представлено недостаточно. Однако отношение к питанию, физкультуре, курению, формирование образа жизни, влияющего на состояние здоровья студентов, закладывается в период профессионального становления будущих медицинских работников [10; 13; 19; 31; 80; 98; 161; 163; 182]. Исследователи отмечают, что фактор риска потери здоровья выступает одной из доминирующих причин ухода молодежи из профессий. При этом страх потерять здоровье лидирует среди самых значительных опасений молодых специалистов. Каждый второй молодой специалист подтвердил, что угроза здоровью может привести к уходу из профессии в будущем [256].

Самооценка здоровья средними медицинскими работниками г.Москвы в исследовании выявила, что практически половина из них оценивает свое здоровье, как «удовлетворительное» (55,7 %) и только каждый третий, как «хорошее» (36,0 %). На «отлично» оценили состояние здоровья только 6,0 % респондентов и посчитали свое здоровье «плохим» 2,4 % опрошенных [108]. Для определения влияния здоровья на уход из профессии изучена самооценка здоровья студентов среднего профессионального образования и определены факторы риска для их здоровья. Исследование проведено среди обучающихся по специальностям: сестринское дело (60,5 %), лечебное дело (21,3 %), акушерское дело (1,5 %), лабораторная диагностика (16,7 %). Обучались все студенты на бюджете (100 %). В основном это студенты женского пола (75,3 %), доля мужского пола составила 24,7 %. Группа изучаемых студентов имеет средний возраст (М) $20,3 \pm 4,5$ года, но так как $C_v = 22,4$ % показал сильное разнообразие признака, для дальнейшего анализа были сформированы группы по возрасту. Среди исследуемой группы студентов, возраст распределился следующим образом: до 18 лет – 49,8 % (199), от 19 до 24 лет – 39,2 % (157), от 25 до 29 лет – 6 % (24), от 30 до 34 лет – 1,8 % (7) и старше 35 лет – 3,2 % (13) студентов. Состояние здоровья студентов образовательных организаций среднего профессионального образования проводилось по пяти - балльной системе (Таблица 24).

Таблица 24 – Самооценка состояния здоровья студентами СПО (в % к итогу)

Баллы	Описание	%
5 баллов	полностью здоров	6,5
4 балла	хорошее здоровье	57,3
3 балла	имеют проблемы со здоровьем	34,5
2 балла	плохое состояние здоровья	1,6
1 балл	инвалид	0,1

Анализ самооценок студентов медицинских специальностей среднего профессионального образования состояния здоровья выявил, что студенты практически в каждом втором случае считают, что здоровье у них хорошее (57,3%). Тем не менее указали на то, что имеют проблемы со здоровьем практически 34,5% студентов, 6,5% студентов считает, что у них плохое здоровье и 0,1% указали на наличие инвалидности.

Изученные студенты указали на имеющиеся у них хронические болезни (нозологические формы). Выявленные нозологические формы болезней, сгруппированы в исследовании в классы болезней.

Исследование выявило, что наиболее часто встречающимся классом болезней является класс «Болезни органов дыхания» (10 %, ДИ 7,0 - 13,0), класс «Болезни глаза и его придаточного аппарата» (4,25 %, ДИ 2,25 - 6,25), класс «Болезни органов пищеварения» (4 %, ДИ 2,2 - 5,8), класс «Болезни нервной системы» (2,5 %, ДИ 0,9 - 4,1).

Согласно современным представлениям, формирование здоровья является результатом сложной конвергенции биологических (физиологических и генетически обусловленных), поведенческих, социальных, экономических и экологических факторов. Выделяется четыре группы факторов, определяющих состояние здоровья: наследственность (20 %), окружающая среда (20 %), медицинское обеспечение (10 %) и образ жизни (50 %) [130; 138]. В исследование образа жизни часто включают вредные привычки (курение, употребление алкоголя, наркотиков) [130; 161; 211; 333; 363]. Признаются значимыми факторами риска, подлежащими изучению перенапряжение [273], режим сна, питание [108; 110; 161], низкий уровень физической активности [204].

Ведущими факторами риска для их здоровья в своем образе жизни студенты указали «перенапряжение в время обучения» ($67,0 \% \pm 2,4$; ДИ 62,2-71,8) и «плохое питание» ($58,0 \% \pm 2,5$; ДИ 53,0-63,0). Практически каждый второй студент считает, что на здоровье сильно влияют «вредные привычки» ($44,0 \% \pm 2,5$; ДИ 39,0-49,0), каждый третий считает, что влияет фактор риска «наследственность» ($32,0 \% \pm 2,3$; ДИ 27,4 - 36,6) и только каждый пятый студент считает фактором

риска для здоровья «низкий уровень качества медицинской помощи» ($22,0 \% \pm 2,1$; ДИ 17,8-26,2). Возраст является фактором риска для $18,0 \%$ студентов ($18,0 \% \pm 1,9$; ДИ 14,2-21,8). Анализ поведенческих факторов риска в образе жизни современных студентов медицинских специальностей выявил следующее: практически каждый второй студент употребляет алкоголь ($55,3 \% \pm 2,5$), в каждом втором случае неправильно питается ($54,5 \% \pm 2,5$), практически в каждом третьем случае курит ($38 \% \pm 2,4$), имеет неправильный режим сна ($35 \% \pm 2,3$) и низкий уровень физической активности ($30 \% \pm 2,2$). Фактор риска «употребление наркотиков» практически не встречается ($1,2 \% \pm 0,5$). Студенты указывают на то, что не высыпаются ($58,5 \%$) и $53,2 \%$ считают, что учеба негативно влияет на их состояние здоровья. Влияние такого фактора как «ненормированный режим дня» выявлено практически у 40% студентов (19% указало на то, что фактор оказывает влияние и еще 21% считает, что сильно влияет на их здоровье). Определено, что для современных студентов финансовая нестабильность не является фактором, влияющим на их состояние здоровья (только 12% отметили этот фактор как сильно влияющий на здоровье). Полученные результаты определили необходимость изучения влияния факторов риска на формирование модели отношения к здоровью у современных студентов, обучающихся на медицинские специальности, что позволило выдвинуть гипотезу (H_0): в представлении современных студентов медицинских специальностей факторы риска, имеющиеся в их образе жизни не влияют на состояние здоровья. Альтернативная гипотеза (H_1): в представлении современных студентов медицинских специальностей факторы риска, имеющиеся в их образе жизни влияют на состояние здоровья. В изучаемую группу факторов риска выявленные студентами в исследовании включены, исключен из дальнейшего исследования фактор риска «употребление наркотиков», в связи с редкой частотой встречаемости ($1,2 \pm 0,5$). Анализируя влияние факторов риска на результаты субъективной оценки здоровья студентов, выявлено, что изучаемые факторы риска имеют сильную прямую связь с оценкой здоровья. Результаты исследования показали, что нулевая гипотеза (H_0) отвергается, так как $t_{\text{набл}} > t_{\text{критич}}$, то полученное значение коэффициента корреляции признается значимым. Модель

образа жизни представляют следующим образом: ведущими факторами риска для здоровья являются «курение», «неправильное питание», «неправильный режим сна» [107] (Таблица 25).

Таблица 25 – Модель влияния факторов риска на здоровье студентов медицинских специальностей

Факторы риска	r_{xy}^1	t^2 набл (t крит. = 3,18)	Уравнение парной линейной регрессии	Коэффициент детерминации (r)	$\tilde{A}^3$	Уровень статистической значимости
Курение	0,93	12,86	$y = 0.59020 + 0.81639 * x$	0,982	12,4%	$p=0,005985$
Употребление алкоголя	0,99	19,70	$y = -0.06090 + 0.52244 * x$	0,961	14,8%	$p=0,002566$
Неправильное питание	0,99	27,31	$y = 1.08855 + 0.50046 * x$	0,996	4,4%	$p=0,001338$
Неправильный режим сна	0,97	8,37	$y = 0.30055 + 0.77198 * x$	0,959	11,3%	$p=0,013953$
Низкий уровень физической активности	0,99	33,21	$y = - 0.72344 + 0.77106 * x$	0,967	6,9%	$p=0,000905$
Средняя аппроксимация модели ($\tilde{A}$)					9,96%	

Примечание - r_{xy}^1 -коэффициент корреляции, t^2 - критерии достоверности $\tilde{A}^3$ - ошибка аппроксимации

Данные факторы сильно и быстро воздействуют на состояние здоровья, а такие факторы риска, как «употребление алкоголя» и «низкий уровень физической активности» имеют низкое влияние на негативное изменение состояние здоровья [104; 107]. Факторный анализ оценки факторов риска студентами медицинских специальностей позволил разработать и предложить модель влияния факторов риска на здоровье студентов медицинских специальностей (y). Определено, что при увеличении числа курящих студентов медицинских специальностей на x (х),

число студентов, считающих курение вредным для здоровья фактором риска, увеличится на 0,81. При увеличении числа студентов, питающихся неправильно, на x число студентов, считающих этот фактор риска вредным для здоровья, увеличится на 0,50. При увеличении числа студентов, имеющих неправильный режим сна, на x число студентов, считающих этот фактор риска вредным, увеличится на 0,77. При этом выявлена обратная связь по факторам риска «употребление алкоголя» и «физическая активность», так как при увеличении числа студентов, употребляющих алкоголь, на x число студентов, считающих этот фактор риска вредным, снизится на 0,52. При увеличении числа студентов, имеющих низкую физическую активность, на x число студентов, считающих этот фактор вредным, снизится на 0,77. Управление факторами риска в образе жизни студентов медицинских специальностей (Рисунок 51).



Рисунок 51 – Модель управления факторами риска в образе жизни студентов медицинских специальностей (Касимовская Н.А., 2019)

Соответственно, верна Н₁: на модель отношения к здоровью современных студентов медицинских специальностей среднего профессионального образования влияют факторы риска, имеющиеся в их образе жизни. Адекватность регрессионной модели здоровья современных студентов медицинских специальностей характеризует средняя ошибка аппроксимации (9,96 % < 12-15 %).

Ведущие факторы риска у студентов колледжа могут быть нивелированы применением технологий профилактики:

- курение (профилактические беседы о вреде и последствиям курения оптимально проводить, начиная с 7 класса школы, ведущую роль в профилактике курения имеют родители, соответственно, беседы необходимо проводить с родителями, активно внедрять интернет – технологии (видеоролики, видеофильмы, деловые игры, кейсы- игры – задачи),

- неправильное питание (привлечение диетологов, введение или расширение видов комплексных обедов, нивелирование в буфетной продукции колледжа фастфудов, тематические часы «здоровье – это правильное питание», игры - задачи на управление личными склонностями к определенному виду питания),

- неправильный режим сна (снижение нагрузки подготовки к занятиям вне периода обучения, Школа здорового студента: тематические интерактивные лекции/разработка игрового пространства «спланируй свой день правильно – сохрани здоровье».

ГЛАВА 7. КОМПЛЕКСНОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ МОТИВОВ И ФАКТОРОВ ВЫБОРА МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФЕССИИ, СПЕЦИАЛЬНОСТИ И СОВРЕМЕННЫХ ПОДХОДОВ К ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОРИЕНТАЦИИ

7.1. Виды профориентационной работы среди школьников, факторы и мотивы выбора медицинской профессии и специальности

Государство старается компенсировать дефицит медицинского персонала, увеличивая набор абитуриентов в медицинские вузы, но такая технология не срабатывает, так как не все выпускники идут работать по специальности. Как считают исследователи: уменьшить число дипломированных специалистов, не вышедших на работу, может своевременное профессиональное ориентирование абитуриентов [220]. Согласно Государственной программе Российской Федерации, «Развитие здравоохранения» (срок реализации 2018 – 2025 гг.), одним из условий повышения качества медицинской помощи является улучшение уровня кадрового менеджмента в учреждениях здравоохранения [247]. И одним из вариантов улучшения подготовки, распределения и сохранения кадрового потенциала системы здравоохранения ряд авторов считают организацию системы профессиональной ориентации и профессионального отбора молодежи, поступающей в медицинские вузы [26; 30; 67; 83; 97; 103; 129; 179; 181; 223; 260; 287], которые с наибольшей вероятностью смогут успешно освоить медицинскую профессию и без ущерба для своего здоровья работать в отрасли на протяжении длительного времени [284]. Поэтому особую важность в системе здравоохранения приобретают вопросы профессиональной пригодности, профессиональной ответственности и подготовки медицинских работников [65; 141]. Профотбор выполняет одну из важнейших задач в системе подготовки кадров – это выявление и отбор из исходного контингента претендентов лиц, которые с наибольшей вероятностью смогут успешно освоить конкретную специальность, и без ущерба

для своего здоровья выполнять связанные с ней трудовые обязанности достаточно длительное время [63]. Профессиональный отбор — это определение степени профессиональной пригодности человека к конкретной профессии в соответствии с нормативными требованиями, путем проведения профессиональных проб по выбранной профессии или специальности [276]. Определение индивидуальных особенностей человека, пригодность к профессии, начинается с профориентационной работы в школах [30; 51].

В Российской Федерации количество обучающихся в естественно - научных классах в 2018/2019 уч. г. составило 37 %, в 2021/2022 уч.г. - 41,5 %. Рост среднего балла поступающих по общему конкурсу на места за счет средств бюджетных ассигнований федерального бюджета по программам специалитета в сфере медицины составил в 2018 г. - 79,45 %, в 2019 г. – 80,92 % (Росстат, 2022 г.).

Изучение видов профориентационной работы среди школьников проведено на группе школьников: возраст 15 лет – 3%, 16 лет – 52 %, 17 лет - 43 % опрошенных и доля школьников в возрасте 18 лет составила 1,8 %. Среди изученных школьников: 64% - девочки и 36 % опрошенных школьников – мальчики. В основном школьники обучались в 10 классе (55,8%) и в 11 классе (41,7 %). В связи с не полным заполнением анкет 2,5 % из всех полученных анкет подверглись выбраковке и не вошли в исследование. Школьники, вошедшие в исследование в 41,5 % случаев, обучались в классе с медицинским профилем, 34 % школьников обучались в Предуниверсариуме и 24,5 % школьников обучались в общеобразовательной школе без профиля. Как показывает исследование видов профориентационной работы в период обучения в школе, основным видом профориентационной работы в России являются профильные химико-биологические медицинские 10 - 11 классы (70 %), также клубы и общественные объединения (25 %) и профориентационное тестирование (25 %), в 20 % случаев профориентацией школьников занимаются центры молодежной инновационной политики (Рисунок 52).

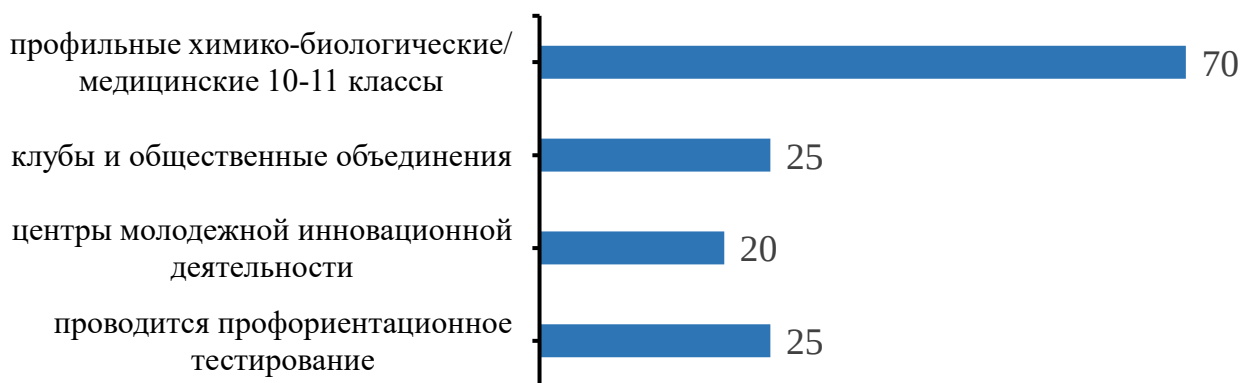


Рисунок 52 – Виды профориентационной работы среди школьников в Российской Федерации (Минпросвещения РФ, 2022 г.)

Анализ мнения школьников о востребованности профориентационной работы в школе показал, что 33,9 % школьников считают профориентационную работу необходимой. Исследование выявило, что определились с будущей профессией 50,5 % школьников, но при этом 39,8 % школьников отмечает, что еще сомневаются в выборе и практически каждый десятый (9,7 %) не определился с выбором своей будущей профессии (Рисунок 53).

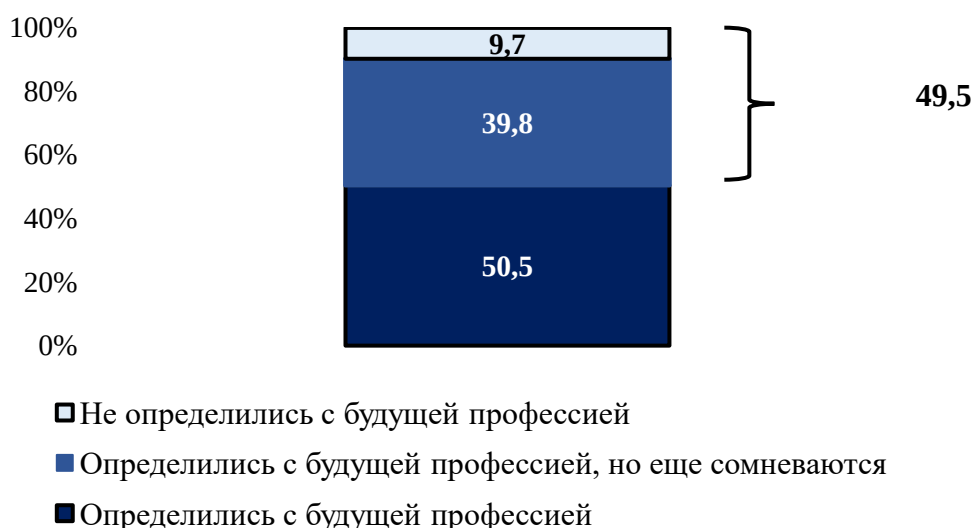


Рисунок 53 – Состояние выбора школьниками вектора своей будущей профессии (в % к итогу)

Таким образом, практически 49,5 % школьников не могут определиться с выбором будущей профессии.

Как показало исследование (Рисунок 54) среди современных школьников наиболее востребованной является профессия «стоматолог» (28,6 %), «педиатр» (20,7 %) и «санитарный врач» (медико-профилактическое дело) (19 %).



Рисунок 54 – Выбор направлений подготовки и специальностей школьниками (на 100 опрошенных)

Такое направление подготовки, как «организатор здравоохранения» в перспективе для себя рассматривает 16 % школьников, только 8,5 % видит себя участковым терапевтом или врачом общей практики, всего 4,9 % школьников указали, что видят себя «провизором» (фармация), «биохимиком» предполагает стать только 1,1 % изученных школьников и только 0,7 % и 0,5 % выберут профессию «биофизик» и направление подготовки бакалавр «сестринское дело».

Исследование выявило, что профориентацию проходили в 7 классе только 0,75 % школьников, в 8 классе 5,8 %, в 9 классе больше всего школьников прошли профориентацию (41,5%), в 10 классе проходили профориентацию 30,5 % и в 11 классе - 21,5 % школьников имели опыт профориентации.

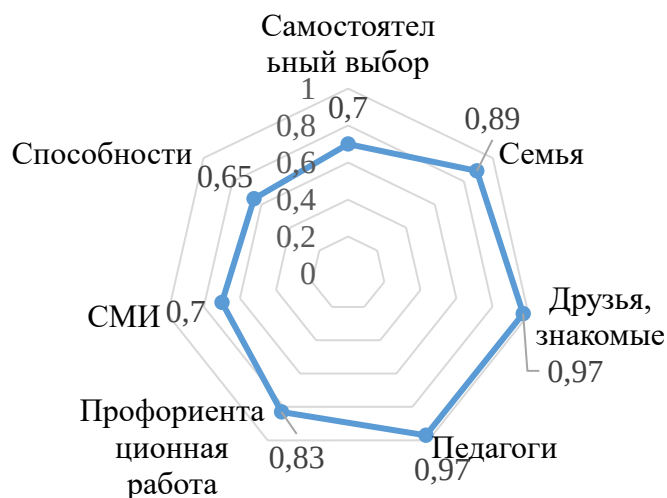
При этом 45,8 % изученных школьников считают, что для правильного выбора профессии профориентационная работа нужна, только 17,2 % указало на то, что на этапе обучения в школе не нужна профессиональная ориентация и 37,0 % не знают нужны ли профориентационные мероприятия в школе.

Таким образом, основным период проведения профориентации в школе являются 9 - 11 классы, 45,8 % школьников считают, что профориентационная работа нужна для правильного выбора профессии.

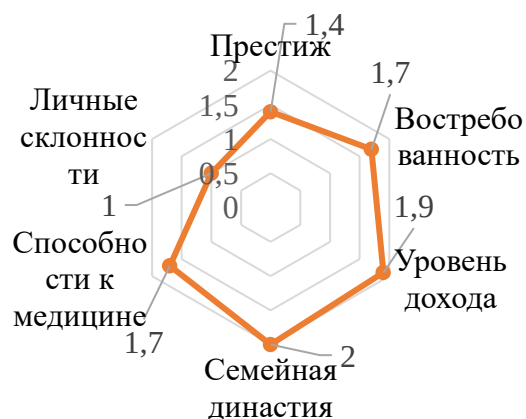
Исследование влияния факторов и мотивов в сфере медицины основано на гипотезе Н₀: на отток кадров из системы здравоохранения не влияют ошибки выбора профессии и специальности. Гипотеза Н₁: на отток кадров из системы здравоохранения влияют ошибки выбора профессии и специальности.

Исследование комплекса мотивов и факторов выбора профессии и специальности школьниками выявило, что основными факторами, влияющими на выбор профессии школьниками, являются педагоги (0,97), друзья, знакомые (0,97), семья (0,89), профориентационная работа (0,83) и менее значимыми: самостоятельность выбора (0,7), информация из СМИ (0,7), способности (0,65). При выборе специальности школьники на первое место ставят факторы «семейные династии» (2,0), «востребованность специальности» (1,7), «способности к медицине» (1,7) и менее значимы для них «личные склонности» (1,0).

Ведущими мотивами выбора специальности для школьников являются «уровень дохода» (1,9) и «престиж» (1,4) (Рисунок 55).



А. Шкала мотивов и факторов выбора профессии



Б. Шкала мотивов и факторов выбора специальности

Рисунок 55 – Шкала мотивов и факторов выбора профессии и специальности школьниками (в баллах)

Таким образом, практически 49,5% школьников не могут определиться с выбором будущей профессии и 61,5 % считает, что может ошибиться с профессией. Опыт в изучении различных профессий школьники получали при участии в научно - практических конференциях (68,3%) и в Олимпиадах (95,7%). Предпочтение в выборе медицинских специальностей отдают «стоматологии» (28,6%), «педиатрии» (20,7%) и «медико-профилактическому делу» (клинический эпидемиолог, лабораторная диагностика), в специальности «лечебное дело» будущие абитуриенты себя не видят врачами первичного звена (8,5 %). Основным периодом проведения профориентации в школе являются 9 - 11 классы и 45,8% школьников считают, что профориентационная работа нужна для правильного выбора профессии. Основными факторами, влияющими на выбор профессии школьниками, являются педагоги (0,97), друзья, знакомые (0,97), семья (0,89), профориентационная работа (0,83). При выборе специальности школьники на

первое место ставят факторы «семейные династии» (2,0), «способности к медицине» (1,7) и ведущими мотивами являются «востребованность специальности» (1,7) «уровень дохода» (1,9),

7.2. Виды профориентационной работы среди студентов медицинских специальностей, факторы и мотивы выбора медицинской профессии и специальности

Изучение характеристик выбора медицинской профессии и специальности студентами вуза проводилось на группе обучающихся по следующим специальностям: лечебное дело (55,3 %), педиатрия (29,4 %), стоматология (4,7 %), медико-профилактическое дело (4,0 %), фармация (3,9 %), сестринское дело (1,4 %), биотехнология (1,3 %). Состав изучаемой группы студентов распределился по полу следующим образом: 80,4 % - женский пол, 19,6 % - мужской пол. Средний возраст студентов (M) - 20,1 ($\pm 2,4$) лет. Распределение изучаемых студентов по возрасту определило преобладание следующего возраста – 18 - 22 лет (88,5 %). Студенты в возрасте 23 - 27 лет встретились в 10% случаев, 28 - 32 лет (1,0 %), 49 лет и старше (0,5 %).

Как показало исследование 90,5 % студентов считают, что правильно выбрали профессию. Тем не менее 9,5 % считают, что сделали неверный выбор профессии. Анализ мнений студентов о курсе, на котором они определились с профессией выявил, что 64 % считают, что определились на 1 году обучения. На втором году обучения 100 % студентов указали на то, что точно определились с выбором профессии, при этом определились уже на 1 курсе в 63,6 % случаев. Тем не менее студенты, обучающиеся на 3 году обучения, считают в 97,9 % случаев, что определились с профессией именно на 3 курсе, тогда как 39,7 % студентов все также считают, что определились с профессией на 1 курсе и 14,6 % указывают на то, что определились на 2 курсе обучения.

Выявлены значительные различия во мнении студентов, обучающихся четвертый год, так как более половины студентов считают, что определились с профессией на 4 году обучения (53,3 %). Тем не менее 26,7 % считают, что определились с профессией на 3 курсе, на 1 курсе остается с таким мнением только 16,4 % студентов и незначительное количество студентов считает, что определился с профессией на 2 курсе (5,7 %) (Рисунок 56).

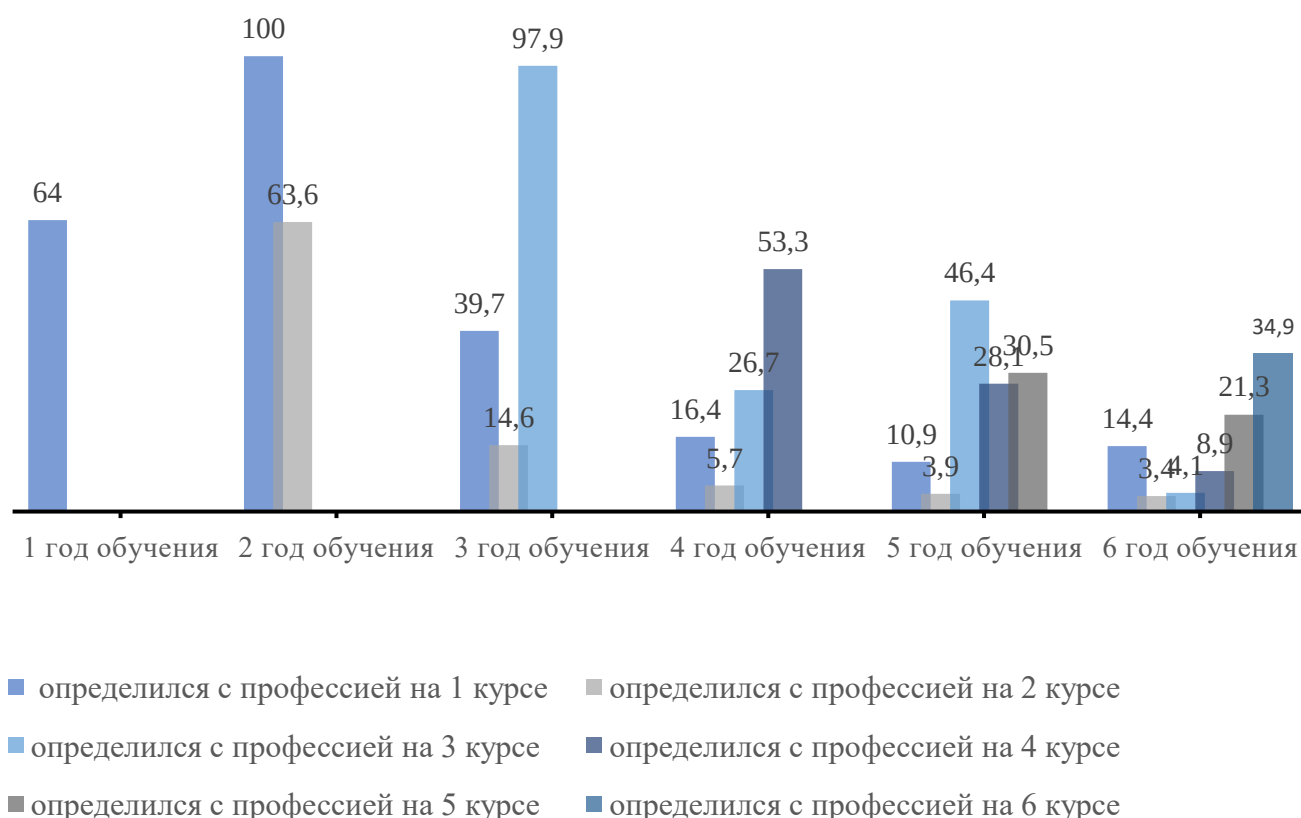


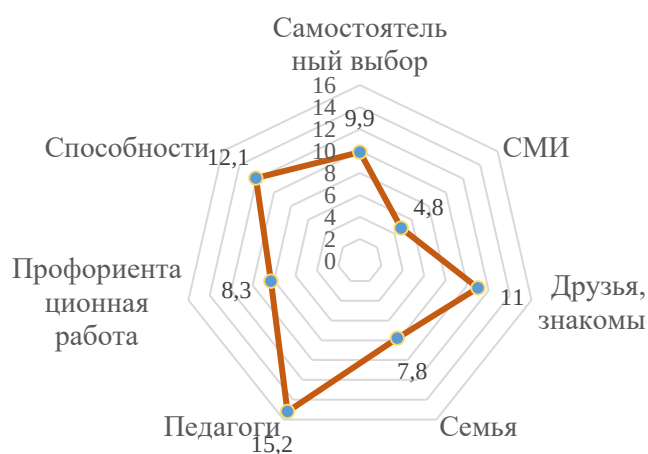
Рисунок 56 – Динамика и уровень мнений студентов медицинских специальностей о выборе профессии в период обучения в вузе (на 100 опрошенных)

Студенты, обучающиеся пятый год считают, что с профессией определились в основном на 3 курсе (46,4 %), 30,5% считают, что определились на 5 курсе, 28,1 % - на 4 курсе и только 10,9 % и 3,9 % считают, что определились с траекторией развития в профессии уже на 1 курсе и 2 курсе обучения соответственно.

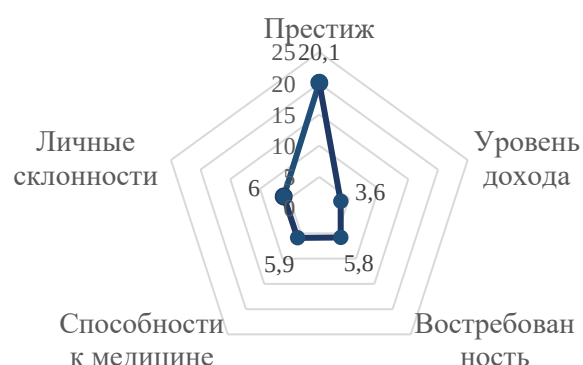
Анализ мнения студентов шестого года обучения показал, что практически каждый третий студент считает, что определился с профессией на 6 курсе (34,9 %), 21,3 % студентов указали, что определились на 5 курсе, 14,4 % студентов также остаются с мнением, что определились с выбором на 1 курсе и только 8,9 % студентов указывает, что определились на 4 курсе, 4,1% на 3 курсе и 3,9 % на 2 курсе обучения.

Исследование мотивов и факторов выбора профессии студентами медицинских специальностей выявило высокую значимость влияния на выбор профессии факторов: «педагоги» (15,2), «способности» (12,1), «друзья и знакомые» (11) (Рисунок 57).

Для студентов, по их мнению, не является значимыми факторами «профориентационная работа» (8,3), «семья» (7,8) и практически не влияет фактор «СМИ» (4,8).



А. Шкала мотивов и факторов выбора профессии



Б. Шкала мотивов и факторов выбора специальности

Рисунок 57 – Шкалы мотивов и факторов выбора профессии и специальности студентов медицинских специальностей вуза (в баллах)

Анализ мотивов и факторов, влияющих на выбор специальности показал, что для студентов важнейшим мотивом выбора профессии является «престиж» (20,1), факторами «личные склонности» (6,0), «способности к медицине» (5,8) и практически не значимым мотивом является «уровень дохода» (3,6).

Студенты вуза (55,1 %) указали на то, что в школе для них проводилась профессиональная ориентация, но считают полезной для выбора профессии проведенную профессиональную ориентацию в школе только 16,2% студентов. Тем не менее 76,8 % студентов вуза указали на то, что профориентационные мероприятия необходимо проводить в период обучения в вузе.

В период обучения работали в медицинских организациях 17,8 % студентов вуза. Из них удельный вес студентов, считающих работу в медицинских организациях в период обучения необходимой для правильного выбора профессии и специальности, составил 76,4 %. При этом 79,6 % опрошенных студентов вуза считают, что в период обучения необходимо работать на должностях среднего медицинского персонала для правильного самоопределения с выбором профессии и специальности.

Таким образом, студенты медицинских специальностей вуза, не могут определиться с профессиональной траекторией практически до 6 курса, так как динамика мнений студентов изменяется с переходом на следующий курс и к 6 курсу практически не остается студентов, определившихся с профессиональной траекторией на 1 курсе (14,4 %), 2 курсе (3,4 %), 3 курсе (4,1 %) и 4 курсе (8,9 %). Тем не менее значимым этапом для определения с профессией является 3 курс обучения, так как на третьем курсе 97,9% студентов считает, что точно уже определились с профессией, на четвертом курсе так считает каждый третий студент (26,7%), практически половина пятикурсников считает, что определились на 5 курсе с профессией (46,4 %). Ведущими факторами выбора профессии для студентов вуза стали педагоги (15,2), способности к медицине (12,1), друзья и знакомые (11). Ведущим мотивом, влияющим на выбор специальности, является «престиж» (20,1). Ведущими факторами являются «личные склонности» (6,0), «способности к медицине» (5,9).

На следующем этапе исследования были изучены мотивы и факторы выбора профессии и специальности студентами среднего профессионального образования. Исследуемая группа представлена в основном женским полом (73,7%), удельный вес мужского пола составил 26,3%, возраст в среднем (M) = 19 ($\pm 2,3$) лет. Обучающиеся по специальностям «Сестринское дело» (45,1%), «Лечебное дело» (27,1%), «Акушерское дело» (4,9%), «Лабораторная диагностика» (19,1%).

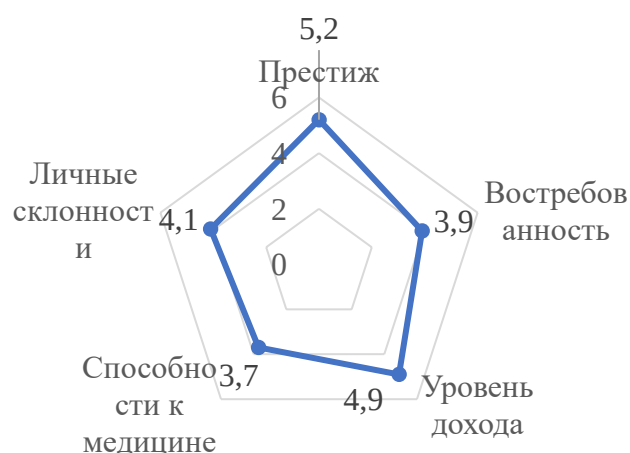
Студенты обучаются на 1 курсе (48,8%), на 2 курсе (18,6%), на 3 курсе (17,1%), на 4 курсе (15,4%), в основном на бюджете (94%). Изученные студенты окончили школу в разных городах и субъектах Российской Федерации: Москва (51,4%), Московская область (12,8%), Дагестан (1,4%), Республика Кабардино-Балкария (1,1%), Тула и Тульская область (0,9%), Пермь (0,6%), Брянск (0,6%) и по 0,3% Башкортостан, Нижегородская область, Владимирская область, Камчатский край, Калужская область, Липецкая область, Оренбургская область, Ставропольский край, Мордовия, Донецкая область, Ростовская область, Якутск.

Студенты СПО считают свою специальность престижной в 44,5% случаев, 16% считает не престижной и 22,9% сомневаются в престиже. Определились, что правильно выбрали специальность только 57,7% студентов СПО.

Студенты СПО считают, что профориентационная работа в школе была полезной для них (47,4%), не считают полезной 21,4% студентов, сомневается 31,2% студента. Отметим необходимость в консультации при выборе профессии 38% студентов. Исследование выявило, что наиболее важными факторами выбора профессии студенты СПО считают «самостоятельность выбора» профессии (3,1 балла) и «семью» (2,8 балла). Остаются значимыми факторы «друзья и знакомые» (1,9 баллов) и «способности» (1,9 баллов). Ведущими мотивами выбора медицинской специальности для студентов СПО являются «престиж» (5,2 балла) и «уровень дохода» (4,9%), востребованность специальности (3,9 баллов), значимыми факторами выбора специальности также являются «личные склонности» (4,1 балла). Для студентов СПО менее значимы факторы «Педагоги» (1,8 баллов), СМИ (1,6 баллов) и профориентационная работа (1,3 балла) (Рисунок 58).



А. Шкала мотивов и факторов выбора профессии



В. Шкала мотивов и факторов выбора специальности

Рисунок 58 – Шкала мотивов и факторов выбора профессии и специальности студентами СПО (в баллах)

Таким образом, наиболее важными факторами выбора профессии студенты СПО считают «самостоятельность выбора» профессии (3,1 балл) и семью (2,8 балла). Ведущими мотивами выбора медицинской специальности для студентов СПО являются «престиж» (5,2 балла) и «уровень дохода» (4,9%). Для студентов СПО менее значимы факторы выбора специальности «педагоги» (1,8 баллов), СМИ (1,6 баллов) и профориентационная работа (1,3 балла).

7.3. Факторы и мотивы выбора профессии, профориентационная работа среди ординаторов в период самоопределения с профессией и специальностью

Выпускники ординатуры – это кадровый потенциал здравоохранения, который требует регулярного мониторинга их потребностей и готовности к работе в практическом здравоохранении для профилактики оттока молодых специалистов из отрасли. Неправильный выбор профессии или специальности ординатором может стать фактором, влияющим на качество профессиональной деятельности врача и отток молодых специалистов из отрасли [94; 100; 148; 223].

Характеристика исследуемой группы ординаторов, следующая: 185 (61,7 %), принявших участие в опросе ординаторов - первый год обучения, 115 (38,3 %) опрошенных ординаторов - второй год обучения. По гендерному признаку исследуемые ординаторы распределились следующим образом: 229 (76,3%) женского пола и 71 (23,3 %) мужского пола. Возрастной состав изучаемых ординаторов, следующий: основной состав ординаторов в возрасте 22-26 лет (88,7 %), в возрасте 27-31 лет (7,6 %), в возрасте 32-36 лет (2 %), в возрасте 37- 41 год (1 %), в возрасте 42-46 лет (0,3%), в возрасте 47-51 лет (0,3%) в возрасте 52 и старше (0,1 %). Средний возраст изученных ординаторов составил $M = 25,1 (\pm 3,38)$ лет. Вошедшие в исследование ординаторы являются выпускниками из тридцати семи вузов России и обучаются по 45 специальностям (из 95 специальностей - 50,5%) [239]. Проведенное исследование перспектив притока ординаторов (молодых специалистов) в здравоохранение по их восприятию, отношению к современной системе здравоохранения выявило, что ординаторы оценивают здравоохранение следующим образом: 209 (69,7% $\pm$ 2,6; ДИ 62,9-76,5; $p < 0,05$) признает высокий уровень качества оказываемой медицинской помощи только в стационарах, оценка качества оказываемой помощи в первичном звене оказалась высокой только у каждого шестого ординатора 53 (17,7% $\pm$ 2,2; ДИ 12,9 - 22,5; $p < 0,05$). Низко оценивают ординаторы качество медицинской помощи в медицинских

организациях частной формы собственности, только 6 (2,0%) ординаторов считают, что качество медицинской помощи в данных медицинских организациях находится на высоком уровне.

Практически каждый третий ординатор не готов работать в медицинских организациях регионов 98 (35,5% $\pm$ 2,7; ДИ 28,2 - 42,8; $p < 0,05$). Только каждый третий ординатор (34,4% $\pm$ 7,5 (ДИ 26,9 - 41,9; $p < 0,05$) готов к работе в медицинских организациях в регионе, 181 (60,3% $\pm$ 2,8; ДИ 52,5 - 68,1; $p < 0,05$) опрошенный ординатор планирует остаться работать в г. Москве. 83 ординатора (30,1% $\pm$ 2,6 (ДИ 23,4 - 36,8; $p < 0,05$) готовы работать в региональном здравоохранении только в том случае, если нигде не найдут работы в Москве. Изучение мнения ординаторов о перспективе отработать 3 года «по распределению» после получения диплома врача выявило, что в 159 (57,8% $\pm$ 2,9; ДИ 49,4- 66,2; $p < 0,05$) случаев выпускники не принимают такую систему. Тем не менее 141 (47,0 % $\pm$ 2,8; ДИ 34,4-50,0; $p < 0,05$) указали на то, что считают такую систему приемлемой в подготовке медицинских кадров. Изучение отношения ординаторов к выбору профессии на этапе обучения выявило следующее: не были готовы к профессии до поступления в ординатуру 97 (32,4% $\pm$ 2,7; ДИ 25,4 – 40,0; $p < 0,05$) ординаторов. Считает свою будущую профессию престижной 190 ординаторов (63,3% $\pm$ 2,7; ДИ 55,5 - 71,1; $p < 0,05$), не считают престижной выбранную профессию 110 ординаторов (36,7% $\pm$ 2,7; ДИ 29,4 – 44,0; $p < 0,05$). Только половина опрошенных ординаторов считает профессию врача высокооплачиваемой 152 (50,3% $\pm$ 2,9; ДИ 42,1 - 58,9; $p < 0,05$), другая половина ординаторов так не считает 149 (49,7% $\pm$ 2,8; ДИ 41,6 - 57,2; $p < 0,05$). Исследование выявило, что с выбором специальности во время обучения в вузе, исследуемая группа ординаторов определились в основном на 6 курсе - 106 (35,3% $\pm$ 2,5 ; ДИ 29,0 – 41,5; $p < 0,05$) и на 5 курсе - 71 (23,8% $\pm$ 2,2; ДИ 19,0 - 28,6; $p < 0,05$). На первых четырех курсах самоопределение по выбору специальности практически отсутствует: на 4 курсе – 43 (14,3% $\pm$ 1,8; ДИ 10,8 - 17,2; $p < 0,05$), на 3 курсе -23 (7,7% $\pm$ 1,4 (ДИ 5,8 - 9,6; $p < 0,05$), на 2 курсе – 9 (3,0% $\pm$ 0,8 (ДИ 2,2 - 3,8; $p < 0,05$) и на 1 курсе – 49 (16,3% $\pm$ 1,9 (ДИ 12,7 - 19,9; $p < 0,05$) (Рисунок 59).

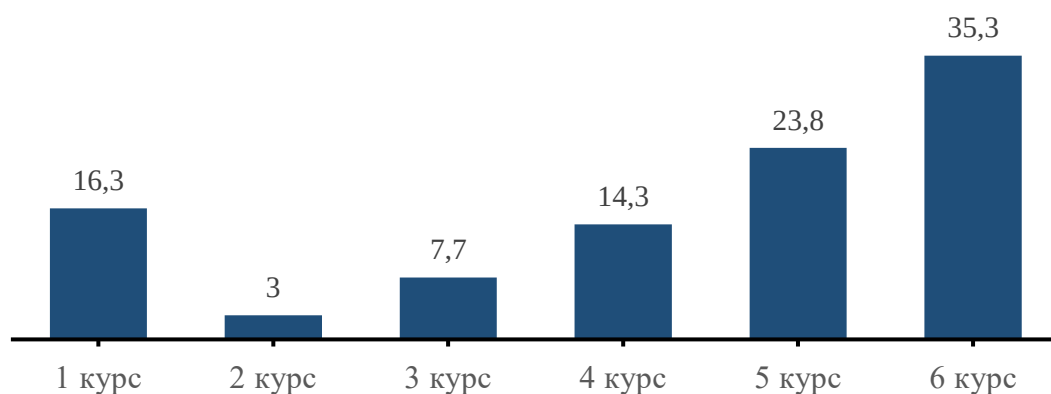
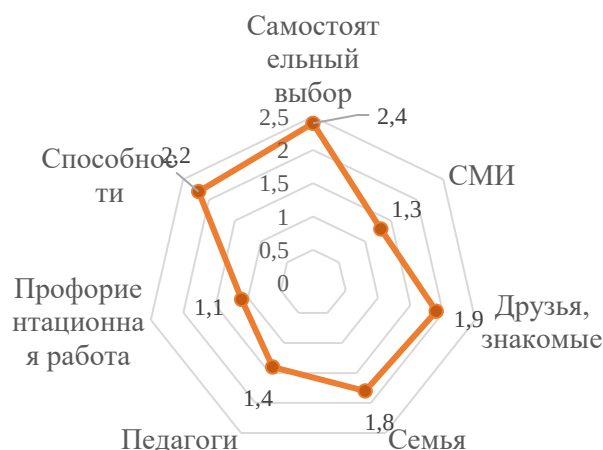


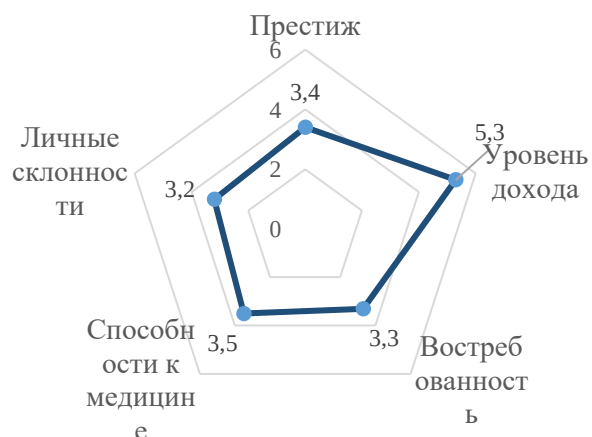
Рисунок 59 – Определение с выбором направления ординатуры в период обучения медицинской специальности (на 100 опрошенных)

Исследование мотивов и факторов выбора профессии ординаторами, ранжировано определило, что более половины ординаторов считают ведущими факторами выбора профессии: самостоятельность выбора (2,4 балла), способности (2,2 балла), друзья и знакомые (1,9 баллов). Тогда как выбор специальности в медицине основывается по мнению ординаторов в основном на мотивах «уровень дохода» (5,3 балла), «престиж» специальности (3,4 балла) и факторе «способности к медицине» (3,5 балла). В выборе профессии незначима для ординаторов профориентационная работа (1,1 баллов) и СМИ (1,3 балла). На выбор специальности по мнению ординаторов практически не влияют фактор «личные склонности» (3,2 балла) и мотив «востребованность» специальности (3,3 балла) (Рисунок 60).

Исследование отношения ординаторов к выбранной специальности, как одного из возможных факторов риска ухода из профессии и снижения качества профессиональной деятельности, выявило, что более половины ординаторов считают выбор специальности правильным 264 (88% $\pm$ 1,95%; $p < 0,001$). При этом 36 (12,0% $\pm$ 1,9 %; ДИ 8,4 - 15,6; $p < 0,05$), т.е. каждый восьмой ординатор, указал на то, что неправильно выбрал специальность.



А. Шкала мотивов и факторов выбора профессии



Б. Шкала мотивов и факторов выбора специальности

Рисунок 60 – Шкала мотивов и факторов выбора профессии и специальности ординаторами (в баллах)

Исследование профориентационной работы, проводимой с ординаторами, выявило, что только в школе проводилась профессиональная ориентация для 44,5% ординаторов. Считает, что профессиональная ориентация является полезной при выборе профессии и специальности 19,5 % ординаторов. Тем не менее среди тех кому профессиональная ориентация проводилась, в 43,8 % случаях стала полезной. При этом 84,5% ординаторов указали на то, что в период обучения в вузе проводить профориентационные мероприятия необходимо, только 8,4 % считают, что профессиональная ориентация в период обучения не нужна и 6,8 % не имеют ответа. Выявлено, что 62 % ординаторов совмещали обучение в вузе с работой и 66 % из работающих в период обучения (студентами) в вузе указали на то, что это помогло им при выборе специальности.

Таким образом, 60,3% ординаторов планируют остаться работать в г.Москве, практически каждый третий ординатор (35,5%) не готов работать в медицинских организациях регионов, еще 30,1% ординаторов готовы работать в региональном здравоохранении только в том случае, если нигде не найдут работы в Москве.

Ординаторы, как будущие молодые специалисты оценивают качество медицинской помощи высоко только в стационарах (69,7%), в первичном звене оценивают качество оказываемой медицинской помощи на низком уровне 82,3% ординаторов. Не готовы отработать после выпуска из ординатуры 3 года «по распределению» 57,8 % ординаторов, считают такую систему приемлемой 47,0 % ординаторов. Не были готовы к профессии до поступления в ординатуру 32,4% ординаторов, не считают престижной профессией 36,7% и 49,6% не считает свою профессию высокооплачиваемой. С выбором специальности во время обучения в вузе ординаторы определились в основном на 6 курсе (35,3%), и этот выбор считают правильным 88% ординаторов. Считает, что неправильно выбрал специальность каждый восьмой ординатор (12,0%).

Ведущими факторами выбора профессии ординаторы считают «самостоятельность выбора» (2,4 балла), «способности» (2,2 балла), «друзья и знакомые» (1,9 баллов), тогда как выбор специальности в медицине основывается по мнению ординаторов в основном на мотивах «уровень дохода» (5,3 балла), «престиж» (3,4 балла) и факторе «способности к медицине» (3,5 балла). Ординаторы (84,5%) указывают на то, что в период обучения в вузе необходимо проводить профориентационные мероприятия. Выявлено, что 62% ординаторов совмещали обучение в вузе с работой и 66% из работающих в период обучения в вузе (студентами) указали на то, что это помогло им при выборе специальности.

7.4. Факторы и мотивы выбора профессии, профориентационная работа среди врачей в период самоопределения с профессией и специальностью

Проведено исследование мнения практикующих врачей из медицинских организаций регионов Российской Федерации следующих территорий: Алтайский край (12), Амурская область (11), Республика Башкортостан (10), Волгоград и

Волгоградская область (29), Воронеж и Воронежская область (19), Республика Татарстан (18), Магаданская область (12), Кемерово и Кемеровская область (10), Красноярский край (11), Липецк и Липецкая область (4), Москва (110), Омск и Омская область (32), Оренбург и Оренбургская область (31), Рязань и Рязанская область (11), Пенза и Пензенская область (90), Пермь и Пермский край (30), Севастополь (25), Ямало-Ненецкий автономный округ (35).

Средний возраст исследуемых врачей составил $M = 42,7 (\pm 12,1)$ лет. По возрастным группам преобладали следующие возраста: 23 – 30 лет (18%), 31 – 38 лет (13%), 39 – 46 лет (21%), 47 – 54 лет (23%), 55 – 62 лет (19%), 63 – 75 лет (6%). В исследуемой группе преобладали врачи женского пола (75%), соответственно 25% врачей мужского пола. Стаж работы: 1– 5 лет (15%), 6 – 10 лет (12%), 11 – 15 лет (11%), 16 – 20 лет (15%), 21 – 25 лет (10%), 26 – 30 лет (16%), 31 – 35 лет (14%) 36 лет и старше (8%).

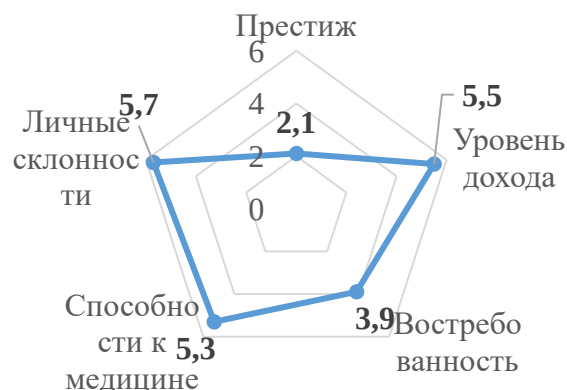
Специализация исследованных врачей по занимаемым должностям следующая: врач – терапевт (42,3%), врач – акушер – гинеколог (2%), врач – дерматовенеролог (1,5%), врач – анестезиолог – реаниматолог (4%), врач – кардиолог (5%), врач – невролог (0,5%), врач – неонатолог (0,5%), врач общей практики (семейный врач) (2,5%), врач – оториноларинголог (3,5%), врач – педиатр (2,5%), врач – офтальмолог (1,5%), врач – профпатолог (2,8%), врач – психиатр – нарколог (1,3%), врач выездной бригады СМП (4,3%), врач – стоматолог – ортопед (1,5%), врач – стоматолог (8,3%), врач ультразвуковой диагностики (0,8%), врач – уролог (3,5%), врач функциональной диагностики (0,8%), врач – трансфузиолог (0,5%), врач – эпидемиолог (1,5%), врач – инфекционист (1,8%), врач – гастроэнтеролог (1,0%), заместитель руководителя (главного врача, начальника) обособленного подразделения медицинской организации (0,5%), врач – хирург (5,3%), врач – травматолог – ортопед (1,5%), врач – радиолог (0,5%).

Исследование выявило, что среди врачей в школе проводилась профориентационная работа в 38% случаев (ДИ 32,2% - 43,8%), 68% (ДИ 62,7% - 73,3%) врачей указали на то, что профориентационная работа с ними не

проводилась [97]. Тем не менее практикующие врачи считают (87,3%, ДИ 85% - 90,8%), что профориентационную работу необходимо проводить для правильного выбора профессии. Врачи, в период обучения в вузе, считают, что определились с выбором профессии на 1 курсе (20,1%), на 2 курсе определились только 4%, на 3 курсе – 11,7%, на 4 курсе – 15,7%, на 5 курсе определились -17,7%, и на 6 курсе - 28,9%.

В период обучения 64,3 % (ДИ 58,5 % - 70,1 %) врачей работали в медицинских организациях и 80 % (ДИ 76 % - 84 %) считают, что студенты должны во время обучения работать в медицинских организациях. Основной целью работы в медицинской организации во время обучения являлось получение опыта работы в медицине (63,5 %, ДИ 57,7 % - 69,3 %) и 42,7 % (ДИ 36,4 % - 49 %) указали на то, что работали, так как нуждались в финансовых средствах. Принимали участие в работе СНК (студенческий научный кружок) 70,8 % (ДИ 65,5 % - 76,1 %) врачей. Исследование выявило, что 47,3 % врачей считают, что участие в работе СНК помогло им в выборе специальности, 8,25 % затруднились с ответом и 29,8 % считают, что участие в работе СНК не помогло им с выбором специальности. Более 80 % врачей считают, что студентам, обучающимся по медицинским специальностям необходимо отработать в должностях среднего медицинского персонала в медицинских организациях (сестринский персонал), 17 % врачей не видят в этом необходимости. При этом, если 66,5 % врачей считает свою профессию престижной, то профессию среднего медицинского персонала («медицинская сестра») считает престижной только 12,8 % врачей. Исследование выявило, что только 49 % врачей считают, что правильно выбрали свою профессию, и практически каждый четвертый врач считает, что выбор профессии был не правильным (24 %), 27 % затруднились с ответом. Качество своей работы практикующие врачи оценили следующим образом: 36,8 % считают, что работают с высоким уровнем качества, 13 % считают, что иногда работают не на высоком уровне качества и 2 % считает, что не хотят даже переживать за качество работы. Своим местом работы довольны сегодня 67 % опрошенных врачей, 13 % не довольны своим местом работы и 20 % затруднились с ответом.

Шкала выбора врачами профессии определяет сильное воздействие факторов «самостоятельности выбора» (4,0), «педагогов» (3,9 баллов), «профориентационной работы» (3,7); среднее воздействие факторов «способности» (2,9), «семья» (2,7) и низкий уровень воздействия фактора «друзья и знакомые» и «СМИ» (1,2) (Рисунок 61).



А. Шкала мотивов и факторов выбора профессии

Б. Шкала мотивов и факторов выбора специальности

Рисунок 61 – Шкала мотивов и факторов выбора профессии и специальности врачами (в баллах)

Анализ влияния мотивов и факторов выбора практикующими врачами медицинской специальности выявил, что сильно влияют факторы «личные склонности» (5,7), «способности к медицине» (5,3) и мотив «уровень дохода» (5,5). Среднее влияние имеют мотивы «востребованность» специальности (3,9) и «престиж» (2,1).

Таким образом, часто встречающимися факторами выбора профессии среди врачей являются: «самостоятельный выбор» (4,0), «педагоги» (3,9 баллов), «профориентационная работа» (3,7). На выбор специальности влияют факторы «личные склонности» (5,7), «способности к медицине» (5,3) и мотив «уровень

дохода» (5,5). Врачи подтвердили проведение профориентационной работы с ними в школе только в 38 % случаев, при этом считают, что профориентационную работу необходимо проводить для правильного выбора профессии 87,3 % опрошенных врачей. Опыт работы в медицинских организациях во время обучения имели 64,3 % врачей и 80 % считают, что студенты должны во время обучения работать в медицинских организациях. Принимали участие в работе СНК (студенческий научный кружок) 70,8 % врачей и 47,3 % участие в работе СНК помогло им в выборе специальности. Более 80 % врачей считают (80,8 %), что студентам, обучающимся по медицинским специальностям необходимо отработать в должностях среднего медицинского персонала в медицинских организациях (сестринский персонал), при этом профессию среднего медицинского персонала («медицинской сестры/медицинского брата») не считает престижной 87,2 % врачей. Считает свой выбор профессии не правильным каждый четвертый врач (24 %), своим местом работы довольны сегодня только 67 % врачей.

ГЛАВА 8. СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ КАДРОВОГО ОБЕСПЕЧЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ПУТЕМ ВЕКТОРНОЙ ПРОФОРИЕНТАЦИИ В ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

8.1. Пути повышения престижа медицинской профессии и кадрового обеспечения здравоохранения медицинскими сестрами (высшее образование)

Федеральный закон от 03.12.2012 № 236-ФЗ «О внесении изменений в Трудовой кодекс Российской Федерации и статью 1 Федерального закона «О техническом регулировании» вводит понятие «профессиональный стандарт» и определяет его как характеристику квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции. В ч. 2 ст. 57 ТК РФ речь идет о том, что наименования должностей, профессий, специальностей должны соответствовать наименованиям в квалификационном справочнике или профессиональном стандарте, если выполнение работ по этим должностям, профессиям, специальностям связано с предоставлением гарантий или льгот, например, с досрочным назначением пенсии. Ст. 195.3 ТК РФ устанавливает, что требования к квалификации обязательны для применения и это касается медицинских и фармацевтических работников, требования к которым определяют вступившие в действие с 1 сентября 2023 года новые приказы: Приказ Минздрава РФ от 02.05.2023 №205н "Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [235] и Приказ Министерства здравоохранения РФ от 2 мая 2023 г. № 206н "Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием"[236].

Работодатели обязаны применять профессиональные стандарты в части требования к квалификации, необходимой работнику для выполнения

определенной трудовой функции, если такие требования установлены Трудовым кодексом, федеральными законами или иными нормативными правовыми актами Российской Федерации (статья 195.3 Трудового кодекса РФ); в части соответствия наименования должностей, профессий, специальностей и квалификационных требований наименованиям и требованиям, указанным в квалификационных справочниках или профессиональных стандартах. Выявленные в результате исследования проблемы нормативно-правового регулирования трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело», техническое восприятие профессии «медицинская сестра», низкий престиж профессии в обществе и в здравоохранении при высоком уровне востребованности медицинских сестер, сокращение сроков подготовки средних медицинских работников - определило направления путей совершенствования кадровой обеспеченности здравоохранения медицинскими сестрами с высшим образованием. Выявлено, что основной проблемой трудоустройства бакалавров «сестринское дело» в систему здравоохранения является отсутствие профессионального стандарта для профессии «Медицинская сестра/медицинский брат». В связи с чем в 2022 г. разработан проект профессионального стандарта Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ "Об утверждении профессионального стандарта "Медицинская сестра/медицинский брат" (подготовлен Минтрудом России 15.12.2022) [246], в который была включена разработанная Обобщенная трудовая функция для бакалавриата по направлению подготовки "Сестринское дело" с элементами биомедицинской модели профессии. Уровень квалификации (подуровень) – 6. Предполагаемые должности для выпускников бакалавриата: медицинская сестра по профилактике, медицинская сестра общей практики, медицинская сестра по медицинской реабилитации, медицинская сестра по паллиативной помощи. В действующем до 1 сентября 2023 г. Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. N 1183н "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" (с изменениями и дополнениями) должности для бакалавров «сестринского дела» отсутствовали [238]. В Приказе Минздрава России от 8 октября

2015 года N 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки" специальность "Сестринское дело" дополнительно была включена с 15 июня 2017 года (Приказ Минздрава России «О внесении изменений в «Квалификационные требования к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» от 15 июня 2017 года N 328н). Таким образом требовалось разработать в соответствии с заявленными должностями в квалификационных требованиях трудовые функции с введением профессиональных действий биомедицинской модели. Профессиональные действия биомедицинской модели специальности «сестринское дело» представлены в трудовых функциях бакалавров по направлению подготовки «Сестринское дело» в проекте профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат» [244] (Таблицы 26 – 29).

Таблица 26 – Профессиональные действия биомедицинской модели в реализации трудовой функции «Проведение доврачебного приема в амбулаторных условиях, в том числе в рамках диспансеризации и диспансерного наблюдения»

Трудовые функция	Профессиональные действия биомедицинской модели	
	технологические действия	психосоциальные действия
1. Прием пациентов для решения вопроса о необходимости направления к врачу, в том числе в рамках диспансеризации населения или диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями	1. Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2. Изучать образ жизни пациентов. 3. Обсуждать с врачом состояние пациента 4. Вести сестринские записи о пациенте.	1. Внимательно выслушивать пациента 2. Уважать личную свободу пациента. 3. Быть честным с пациентом. 4. Воспринимать пациента как личность. 5. Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
2. Направление на лабораторные и другие исследования пациентов, которые в день обращения не нуждаются во врачебном	1. Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.).	1. Внимательно выслушивать пациента. 2. Уважать личную свободу пациента. 3. Быть честным с пациентом.

Продолжение Таблицы 26

приеме, в том числе в рамках диспансеризации населения или диспансерного наблюдения за больными хроническими заболеваниями	2.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 3.Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры.	4.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 5.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
3.Проведение оценки функционального состояния организма пациента.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 5.Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры. 6.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Ставить проблемы пациента на первое место. 3.Быть честным с пациентом 4.Воспринимать пациента как личность. 5.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 6.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.

Таблица 27 – Профессиональные действия биомедицинской модели в реализации трудовой функции «Организация и проведение мероприятий по профилактике инфекционных и неинфекционных заболеваний, формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения»

Трудовые функции	Профессиональные действия биомедицинской модели	
	технологические действия	психосоциальные действия
1.Организация и проведение профилактических медицинских осмотров, в том числе в рамках диспансеризации населения.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Обсуждать с врачом состояние пациента. 3.Организовывать работу других специалистов для пациента.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Уважать личную свободу пациента. 3.Воспринимать пациента как личность.

Продолжение Таблицы 27

2.Проведение краткого индивидуального профилактического консультирования в рамках профилактического медицинского осмотра и первого этапа диспансеризации, а также углубленного профилактического консультирования в рамках второго этапа диспансеризации.	1.Обсуждать с врачом состояние пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.).	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Уважать личную свободу пациента. 3.Быть честным с пациентом. 4.Воспринимать пациента как личность.
3.Оказание медицинской помощи в неотложной форме при внезапных острых заболеваниях, состояниях, обострении хронических заболеваний без явных признаков угрозы жизни пациента.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Организовывать работу других специалистов для пациента.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Личным примером вселять оптимизм в пациента. 4.Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья.
4.Пропаганда здорового образа жизни среди населения различных возрастных групп.	1.Изучать образ жизни пациента.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Уважать личную свободу пациентов. 4.Личным примером вселять оптимизм в пациента
5.Гигиеническое воспитание и санитарное просвещение населения различных возрастных групп по вопросам профилактики инфекционных и паразитарных заболеваний.	1.Изучать образ жизни пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.).	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Личным примером вселять оптимизм в пациента.
6.Организация и проведение мероприятий по коррекции факторов риска развития неинфекционных заболеваний.	1.Изучать образ жизни пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 3.Обсуждать с врачом состояние пациента.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Личным примером вселять оптимизм в пациента

Продолжение Таблицы 27

7.Проведение индивидуального профилактического консультирования по вопросам ведения здорового образа жизни, ответственному отношению к своему здоровью и здоровью членов своей семьи, принципам ответственного родительства.	1.Изучать образ жизни пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.).	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Личным примером вселять оптимизм в пациента
8.Обучение граждан и/или их родственников (законных представителей) правилам оказания первой помощи при жизнеугрожающих заболеваниях и их осложнениях.	1.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 2.Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 3.Воспринимать пациента как личность. 4.Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья. 5.Получать согласие на клиническую процедуру. 6.Быть рядом с пациентом во время проведения процедуры.

Таблица 28 – Профессиональные действия биомедицинской модели в реализации трудовой функции «Проведение медицинской реабилитации пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавших за ними ограничений жизнедеятельности, в том числе при реализации индивидуальных программ медицинской реабилитации или абилитации инвалидов»

Трудовые функция	Профессиональные действия биомедицинской модели	
	технологические действия	психосоциальные действия
1.Определение и оценка факторов риска и факторов, ограничивающих проведение реабилитационных мероприятий, выявление потребности пациента в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, передвижения и общения	1.Изучать образ жизни. 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.)	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Ставить проблемы пациента на первое место.

Продолжение Таблицы 28

		4.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 5.Воспринимать пациента как личность. 6.Информировать родственников о состоянии пациентов. 7.Быть честным с пациентом. 8.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
2.Координация мероприятий по реализации индивидуального плана медицинской реабилитации	1.Организовывать работу других специалистов для пациента. 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 5.Объяснять суть предстоящей процедуры.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 3.Проявлять сострадание к пациенту. 4.Информировать родственников о состоянии пациентов. 5.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 6.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
3.Динамическое наблюдение за состоянием пациента при проведении реабилитационных мероприятий, в том числе с целью выявления рисков развития осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 5.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 6.Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов.	Воспринимать пациента как личность. Внимательно выслушивать пациента. Ставить проблемы пациента на первое место. Воспринимать пациента как личность. Привлекать пациента к организации ухода за ним. Проявлять сострадание к пациенту. Получать согласие на клиническую процедуру. Быть опрятно одетым при работе с пациентом.

Продолжение Таблицы 28

4.Определение эффективности и безопасности мероприятий индивидуальной программы медицинской реабилитации, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, технических средств реабилитации и ассистивных технологий для пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности	1.Обсуждать с врачом состояние пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 3.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 4.Организовывать работу других специалистов для пациента. 5.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 6.Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения).	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 3.Проявлять сострадание к пациенту. 4.Ставить проблемы пациента на первое место. 5.Быть четным с пациентом. 6.Получать согласие на клиническую процедуру 7.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
5.Проведение оценки состояния функционирования и ограничения жизнедеятельности, определение индивидуальной маршрутизации пациента при реализации мероприятий по медицинской реабилитации.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) 2.Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.) 3.Обсуждать с врачом состояние пациента 4.Оценивать состояние пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.) 5.Вести сестринские записи о пациенте	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Проявлять сострадание к пациенту. 4.Ставить проблемы пациента на первое место. 5.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 6.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств 7.Получать согласие на клиническую процедуру 8.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
6.Консультирование пациентов и (или) их родственников (законных представителей) по вопросам профилактики и обнаружения первых признаков осложнений, побочных действий,	1.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 2.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Уважать личную свободу пациента.

Продолжение Таблицы 28

нежелательных реакций, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации	3.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 4.Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения).	4.Быть опрятно одетым при работе с пациентом. 5.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
7.Оказание медицинской помощи в неотложной форме при развитии осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, возникших в результате проведения мероприятий по медицинской реабилитации	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) 2.Обсуждать с врачом состояние пациента 3.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 4.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры. 5.Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения). 6.Объяснять суть предстоящей процедуры.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Ставить проблемы пациента на первое место. 4.Проявлять сострадание к пациенту. 5.Получать согласие на клиническую процедуру. 6.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
8.Определять факторы риска и факторы, ограничивающие проведение реабилитационных мероприятий	1.Изучать образ жизни пациента. 2.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 3.Обсуждать с врачом состояние пациента. 4.Оценивать состояние пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 5.Вести сестринские записи о пациенте	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Уважать личную свободу пациента. 4.Проявлять сострадание к пациенту. 5.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
9.Выявлять потребности пациента в посторонней помощи для осуществления самообслуживания, передвижения и общения	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) 2.Оценивать состояние пациента и описывать его активности в повседневной	1.Внимательно выслушивать пациента 2.Ставить проблемы пациента на первое место. 3.Уважать личную свободу пациента.

Продолжение Таблицы 28

	жизни (как он одевается, умывается и т.д.).	4.Личным примером вселять оптимизм в пациента.
	3.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 4.Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.) 5.Вести сестринские записи о пациенте	5.Проявлять сострадание к пациенту. 6.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
10.Обеспечивать сопровождение мероприятий индивидуального плана медицинской реабилитации	1.Обсуждать с врачом состояние пациента. 2.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 3.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 4.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 3.Получать согласие на клиническую процедуру. 4.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
11.Определять эффективность и безопасность мероприятий индивидуальной программы медицинской реабилитации, применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, технических средств реабилитации и ассистивных технологий для пациентов, имеющих нарушения функций и структур организма человека и последовавшие за ними ограничения жизнедеятельности.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Обсуждать с врачом состояние пациента. 3.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 4.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 5.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 3.Уважать личную свободу пациента. 4.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств. 5.Получать согласие на клиническую процедуру. 6.Ставить проблемы пациента на первое место. 7.Проявлять сострадание к пациенту. 8.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.

Таблица 29 – Профессиональные действия биомедицинской модели в реализации трудовой функции «Оказание паллиативной медицинской помощи взрослым и детям в амбулаторных условиях, в том числе на дому, в условиях дневного стационара и в стационарных условиях»

Трудовые функция	Профессиональные действия биомедицинской модели	
	технологические действия	психосоциальные действия
1.Проведение динамического наблюдения за состоянием пациентов (взрослых и детей), нуждающихся в оказании паллиативной медицинской помощи	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 4.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Ставить проблемы пациента на первое место. 3.Быть честным с пациентом. 4.Проявлять сострадание к пациенту.
2.Разработка индивидуального плана ухода за пациентом с учетом его физического состояния, с соблюдением культурных и религиозных традиций и потребностей пациента	1.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.) 2.Вести сестринские записи о пациенте	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Проявлять сострадание к пациенту. 3.Ставить проблемы пациента на первое место. 4.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 5.Быть честным с пациентом. 6.Воспринимать пациента как личность.
3.Оценка и мониторинг эффективности реализации индивидуального плана ухода	1.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру 2.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.) 3.Вести сестринские записи о пациенте	1.Внимательно выслушивать пациента 2.Воспринимать пациента как личность 3.Ставить проблемы пациента на первое место 4.Привлекать пациента к организации ухода за ним 5.Проявлять сострадание к пациенту
4.Обучение пациентов, их законных представителей, родственников, иных лиц, осуществляющих уход за пациентом, мероприятиям по уходу.	1.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 2.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в	1.Воспринимать пациента как личность. 2.Привлекать пациента к организации ухода за ним.

Продолжение Таблицы 29

	повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 3.Вести сестринские записи о пациенте.	3.Личным примером вселять оптимизм в пациента.
5.Оказание психологической поддержки пациентам, нуждающимся в паллиативной медицинской помощи, их законным представителям, родственникам, иным лицам, осуществляющим уход за пациентом.	1.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 2.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 3.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Воспринимать пациента как личность. 3.Ставить проблемы пациента на первое место. 4.Уважать личную свободу пациента. 5.Быть честным с пациентом. 6.Быть опрятно одетым при работе с пациентом. 7.Личным примером вселять оптимизм в пациента. 8.Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья.
6.Проведение обучения младшего и среднего медицинского персонала по вопросам ухода за пациентами, нуждающимися в паллиативной медицинской помощи.	1.Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.). 2.Вести сестринские записи о пациенте.	1.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 2.Проявлять сострадание к пациенту. 3.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.
7.Взаимодействие с родственниками и иными членами семьи пациента или законным представителем пациента, лицами, осуществляющими уход за пациентом, добровольцами (волонтерами), а также организациями социального обслуживания, религиозными организациями, общест. объединениями, иными некоммерческими организациями, осуществляющими свою деятельность в сфере охраны здоровья	1.Организовывать работу других специалистов для пациента. 2.Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.). 3.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Уважать личную свободу пациента. 3.Привлекать пациента к организации ухода за ним. 4.Быть честным с пациентом. 5.Быть опрятно одетым при работе с пациентом.

Продолжение Таблицы 29

8.Выполнение мероприятий по обеспечению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.	1.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры.	1.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств
9.Распознавание состояний, представляющих угрозу жизни, требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)).	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру. 3.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры.	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Проявлять сострадание к пациенту. 3.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств.
10.Проведение оценки состояния пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру.	1.Ставить проблемы пациента на первое место. 2.Проявлять сострадание к пациенту. 3.Получать согласие на клиническую процедуру.
11.Проведение мероприятий базовой сердечно-лёгочной реанимации	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.). 2.Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры.	1.Ставить проблемы пациента на первое место. 2.Проявлять сострадание к пациенту. 3.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств.
12.Применение лекарственных препаратов и медицинских изделий при оказании медицинской помощи в экстренной форме	1.Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения). 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Получать согласие на клиническую процедуру.
13.Проведение мероприятий по поддержанию жизнедеятельности организма пациента, требующего оказания медицинской помощи в экстренной форме, до прибытия врача или бригады скорой медицинской помощи.	1.Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) 2.Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру	1.Внимательно выслушивать пациента. 2.Ставить проблемы пациента на первое место. 3.Получать согласие на клиническую процедуру. 4.Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств.

В отличие от предлагаемой зарубежной биомедицинской модели элемент «быть опрятно одетым при работе с пациентом» в российской модели в соответствии с национально-культурными особенностями населения более вероятно отнести этот элемент к психосоциальным действиям (Рисунок 62).

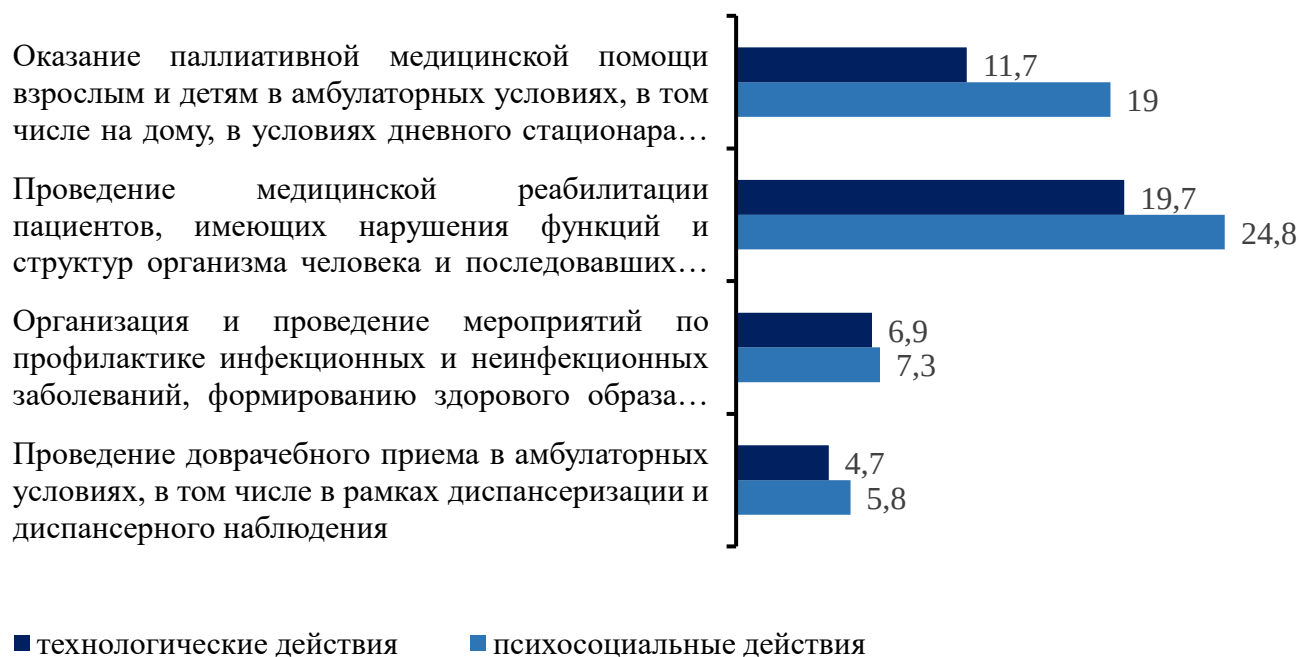


Рисунок 62 – Частота технологических и психосоциальных действий в трудовых функциях проекта профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат» (6 уровень квалификации)

Таким образом развитие психосоциальных компетенций в подготовке кадров бакалавров «сестринское дело» позволит развить биомедицинскую модель профессиональных действий в реализации трудовых функций для повышения качества профессиональной деятельности выпускников бакалавриата «сестринского дела» в практическом здравоохранении.

Также значимой, но не решенной проблемой для выпускников бакалавриата «сестринское дело» является невозможность трудоустройства в соответствии с уже утвержденным профессиональным стандартом» [245].

Сохранение здоровья детей, обучающихся в образовательных организациях, является стратегической задачей государства и вызывает озабоченность не только

родителей, но и правительства страны, медицинского сообщества и одной из острых проблем для поддержания и сохранения здоровья детей в школе остается кадровая обеспеченность. При этом трудоустроится на должности указанные в профессиональном стандарте выпускники бакалавриата «сестринское дело» не имели права, так как должность «Медицинская сестра - специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся» отсутствовала в Приказе Министерства здравоохранения Российской Федерации от "8" октября 2015 г. N 707н «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "здравоохранение и медицинские науки"», в Приказе Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" и в Приказе Минздрава России от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях».

Выявленный в исследовании низкий уровень престижа базового уровня высшего образования для медицинских сестер (бакалавриат «сестринское дело») является негативным фактором для выбора этой профессии, так как в карьерной траектории профессии отсутствовал уровень магистратуры и образование воспринималось как неполное. Переход на двухуровневую подготовку бакалавр-магистр в российском образовании начат в 2000 г. (Приказ от 8 ноября 2000 года N 3200 «О частичном изменении приказа Минобразования России от 02.03.2000 N 686 "Об утверждении государственных образовательных стандартов высшего профессионального образования" (с изменениями на 25 сентября 2003 года)). Считалось, что наличие степени бакалавра является конкурентным преимуществом на рынке труда, позволяющим занять при прочих равных условиях более престижные и высокооплачиваемые рабочие места. Тем не менее в здравоохранении сохранился традиционный вид подготовки кадров с высшим образованием - специалитет.

Анализ по укрупненным группам специальностей показал [101, 239], что в приведенном перечне «специалистов» нет только одной медицинской специальности - «сестринское дело». В связи с вступлением в Болонский процесс России в 2003 году эту специальность перевели на уровень бакалавриата, направление подготовки 34.03.01 – Сестринское дело. Исследования подтверждали, что такой образовательный уровень способствует большей лояльности по отношению к профессии [90].

Исследователи указывали на то, что медицинские сестры, получившие степень бакалавра, реже уходят из профессии, чем медсестры с более низким уровнем образования [; 171; 216].

Получение высшего образования по специальности «сестринское дело» мотивирует медицинских сестер на закрепление в профессии с целью сохранения за собой должности, повышения профессионального уровня, получения более высокооплачиваемой работы, получения должности руководителя сестринской службы, самоутвердиться перед коллегами, добиться уважения со стороны врачей [264]. Проведенные реформы в образовании привели к изменениям в подготовке медицинских кадров, но только по направлению «сестринское дело» [200; 296].

Второй уровень «магистратура» в российском образовании для возможностей профессионального развития бакалавров «сестринское дело» введен не был [27; 28]. Тогда как анализ структуры высшего образования в Российской Федерации выявил, что по другим отраслям сформировалась двухуровневая система (78,9%) (Таблица 30).

Таблица 30 – Структура высшего образования в Российской Федерации (2022 г.)

системы подготовки кадров	уровень подготовки	количество квалификаций	%	итого
двухуровневая система подготовки	бакалавриат	182	39,2	78,9
	магистратура	184	39,7	
традиционная система подготовки	специалитет	98	21,1	21,1

При этом защита диссертаций на соискание степени кандидата медицинских наук невозможна для бакалавров, так как в Постановлении РФ от 24 сентября 2013г. №842 «О порядке присуждения ученых степеней» не предусмотрены защиты диссертаций для данного уровня образования [248]. В документе указано, что соискатели научной степени - это «имеющие высшее образование, подтвержденное дипломом специалиста или магистра, подготовившие диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук без освоения программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) при прикреплении к организации для подготовки диссертации на соискание ученой степени кандидата наук на срок и в порядке, которые установлены Министерством образования и науки Российской Федерации; имеющие высшее образование, подтвержденное дипломом специалиста или магистра, подготовившие диссертацию на соискание ученой степени кандидата наук без освоения программы подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре) в организациях, в которых они замещают по основному месту работы должности научных работников либо педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу».

Таким образом, действующая система высшего образования в подготовке кадров по профессии «медицинская сестра» препятствовала развитию вектора карьеры в области сестринского дела на уровне высшего образования, что может являться значимым фактором оттока медицинских сестер из системы здравоохранения.

Анализ мирового опыта подготовки медицинских сестер по магистерским программам показал востребованность таких программ в ведущих университетах мира. Изучение рейтингов ведущих конкурентоспособных университетов мира по данным мирового рейтинга Times Higher Education's World University Ranking, выявило, что наиболее рейтинговые университеты находятся в странах: США (103), Великобритания (50) Япония (29), Канада (22), Австралия (20), при этом из российских университетов в Топ – 500 на период исследования входило только четыре университета (Рисунок 63).

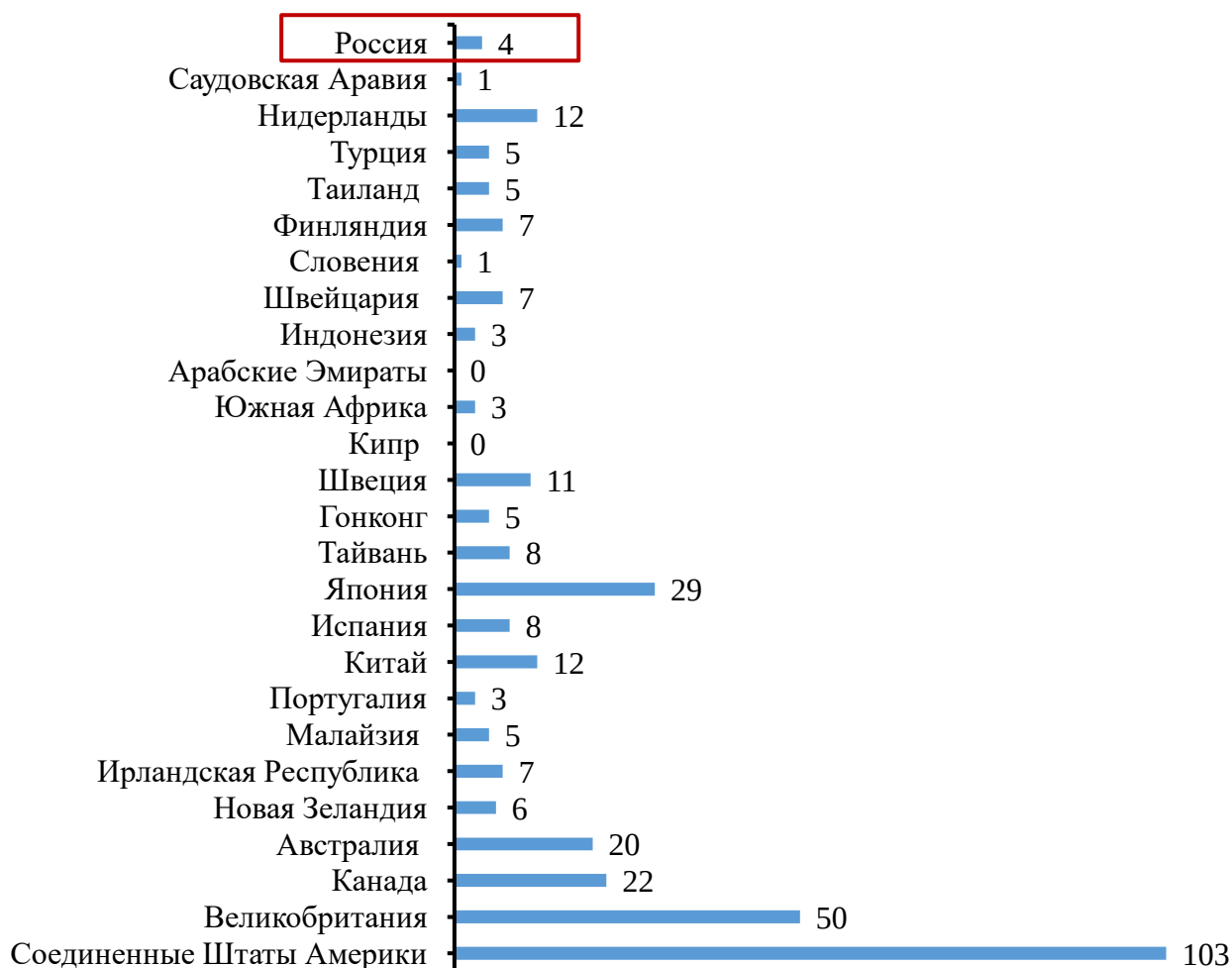


Рисунок 63 – Страны мира, в которых часто встречаются ведущие в рейтинге университеты мира (по данным *Times Higher Education's World University Rankings, Top – 500* (2019 г.)).

Анализ магистерских программ, реализуемых в университетах мира, отобранных случайным образом ($n = 500$), выявил (Рисунок 64), что магистерские программы для медицинских сестер реализуются в 467 университетах мира.

При этом магистерские программы для медицинских сестер чаще встречаются в университетах стран: США (295), Великобритания (45), Канада (32), Австралия (31).

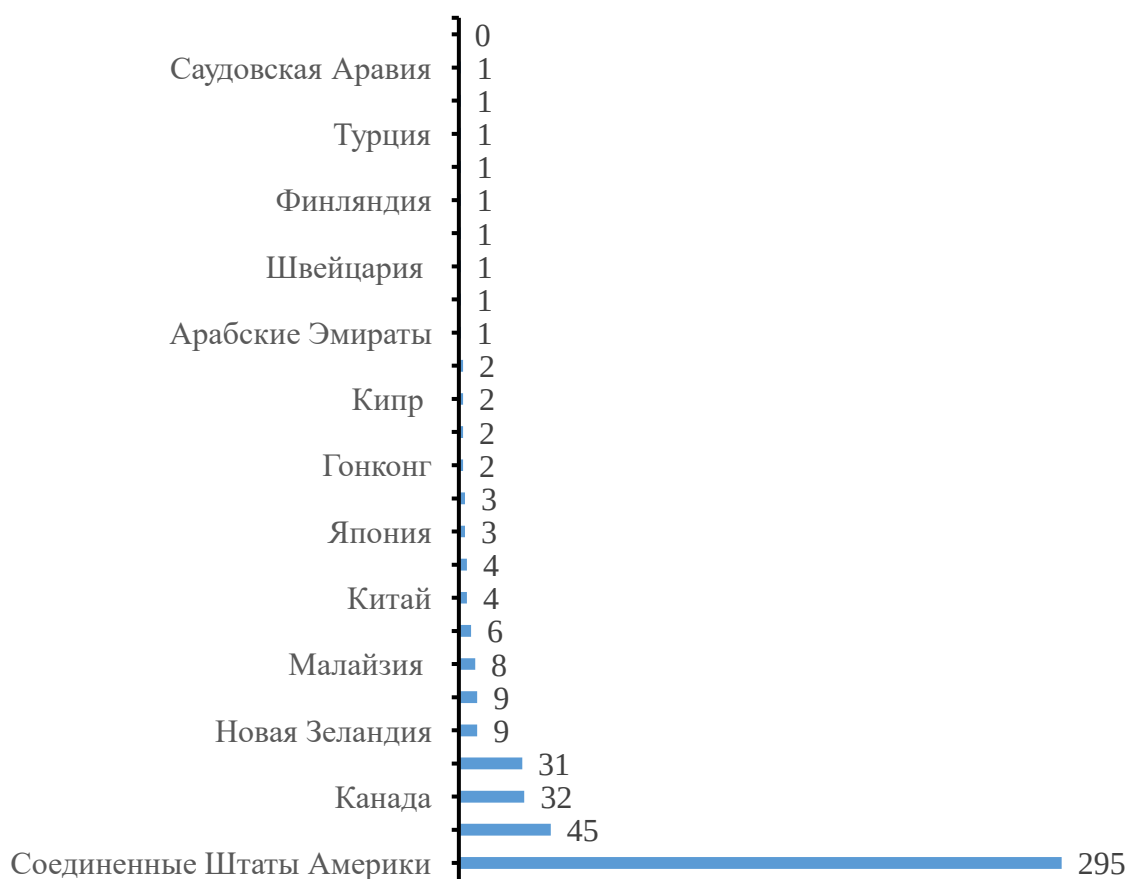


Рисунок 64 – Частота реализации программ магистратуры в университетах мира, реализующих магистратуру для медицинских сестер (на 500 университетов мира, 2019 г.)

Сравнительный анализ ведущих рейтинговых стран, университеты которых вошли в ТОП – 500 и частота встречаемости в этих университетах программ магистратуры для медицинских сестер выявил, что ведущие университеты находятся в США, и 20,6% высокорейтинговых университетов этой страны реализуют программы магистратуры для медицинских сестер в 59% случаев (Таблица 31).

Высокорейтинговые университеты Великобритании (10%) в 9% случаев реализуют программы магистратуры для медицинских сестер, в Канаде реализуют программы магистратуры для медицинских сестер в 6,4% случаев и в Австралии 4,0% высокорейтинговых университетов в 6,2% случаев реализуют программы магистратуры для медицинских сестер.

Таблица 31 – Ведущие страны, университеты которых вошли в ТОП – 500 и частота встречаемости университетов, реализующих программы магистратуры для медицинских сестер

Место страны в рейтинге	Страны мира	Входят в Топ – 500, % (абс.)	Университеты мира имеют магистратуру для медицинских сестер (n=500), % (абс.)
1	США	20,6% (103)	59% (295)
2	Великобритания	10,0% (50)	9% (45)
3	Япония	5,8% (29)	0,6% (3)
4	Канады	4,4 % (22)	6,4% (32)
5	Австралия	4,0% (20)	6,2% (31)
6	Россия	0,8 (4)	0

Анализ рейтинга показывает, что страны в которых находятся университеты, являющиеся ведущими в рейтинге Times Higher Education's World University Rankings совпадают с странами мира в которых часто встречаются университеты реализующие магистерские программы для медицинских сестер, при этом для российских университетов уровень магистратуры для медицинских сестер до сих пор остается новым, но перспективным направлением [27; 96; 102].

В 2018 г. проведен анализ мнений руководителей сестринского персонала г. Москвы о необходимости введения уровня магистратуры, как вектора профессионального развития специалиста по направлению «сестринское дело» и готовности к подготовке руководителей сестринского персонала в магистратуре «Управление сестринской деятельностью». Исследование выявило, что 70% руководителей сестринского персонала считает, что для развития профессиональной карьеры в профессии «медицинская сестра» уровень магистратуры необходим, 30% опрошенных считают, что в обучении в магистратуре для руководителей сестринского персонала нет необходимости (Рисунок 65).

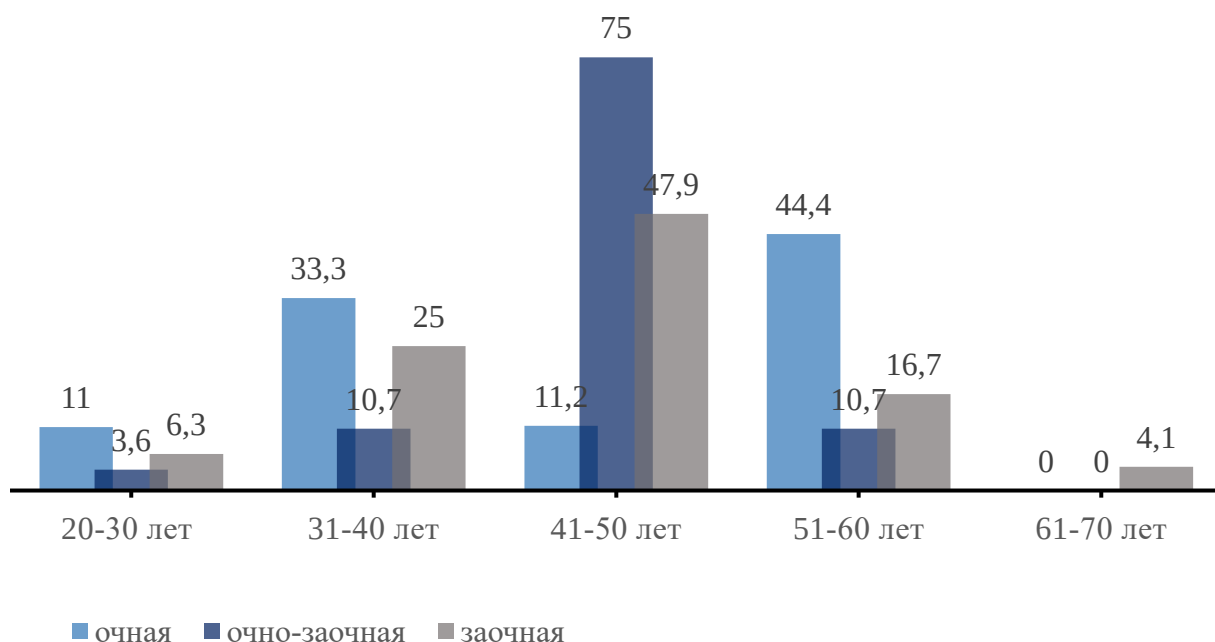


Рисунок 65 – Характеристика мнений руководителей сестринского персонала о готовности к обучению в магистратуре «Управление сестринской деятельностью» на разных формах обучения (на 100 опрошенных)

Анализ предпочтений формы обучения в магистратуре «Управление сестринской деятельностью» для руководителей сестринского персонала выявил, что руководители сестринского персонала в возрасте 41 - 50 лет готовы обучаться в магистратуре в основном в очно-заочной форме и заочной форме обучения ($75\% \pm 4,1\%$ и $47,9\% \pm 4,8\%$ соответственно), в возрасте 51 - 60 лет готовы обучаться в магистратуре в основном по очной форме ($44,4\% \pm 22,7\%$), в возрасте 31 до 40 лет также предпочитают очную форму обучения ($33,3\% \pm 4,5\%$) и заочную форму ($25\% \pm 4,1\%$). Руководители сестринского персонала редко встречаются в возрасте от 20 до 30 лет, но такие руководители чаще готовы обучаться в очной форме ($11\% \pm 3\%$). Все опрошенные руководители сестринского персонала указали на то, что в магистратуре будут востребованы управленческие компетенции (100%), но также 83% указали на то, что необходимы педагогические компетенции.

Таким образом, руководители сестринского персонала считают, что для развития профессиональной карьеры в профессии «медицинская сестра» и для

подготовки управленческих кадров требуется уровень магистратуры (70 %), в период обучения будут востребованы формы обучения: очная (44,4 %), очно-заочная (75 %) и заочная (47,9 %).

В 2018 году начата разработка федерального государственного образовательного стандарта 34.04.01 уровня магистратуры для медицинских сестер, которая опиралась на зарубежный опыт и на первый российский опыт реализации уровня магистратуры для медицинских сестер во ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Отсутствие профильной магистратуры, на момент исследования, в Перечне специальностей и направлений подготовки высшего образования было компенсировано открытием профиля «Управление сестринской деятельностью» в рамках магистратуры 32.04.01 – Общественное здравоохранение [240]. Реализация нового профиля была выбрана в рамках магистратуры 32.04.01 – Общественное здравоохранение, так как подготовка управленческих кадров для системы здравоохранения более всего соответствует ФГОС и образовательной программе данной магистратуры, включающей формирование управленческих компетенций [101; 198]. На первом этапе был открыт профиль магистратуры «Организация и логистика сестринских услуг» (2016 г.), учебный план был сформирован на основании ФГОС 32.04.01 – Общественное здравоохранение, с учетом европейских подходов в подготовке кадров в области «сестринского дела» в магистратуре (учебный план Университета Марибор, Словения). Тем не менее по запросу профессионального сообщества в 2017 г. программа магистратуры была переименована: «Управление сестринской деятельностью». Выпуск первых магистров по профилю «Управление сестринской деятельностью» (2017 – 2018 гг.) был проведен в 2018 г.. Изучение мнения магистров, прошедших подготовку, легло в основу формирования ФГОС 34.04.01 «Управление сестринской деятельностью».

Характеристики первого выпуска магистров ($n = 11$), по возрасту: до 25 лет (18,1%), 26 – 30 лет (27,3%), 31 – 40 лет (27,3%) и 41 – 49 лет (27,3 %). Из обучавшихся магистров имели стаж работы в практическом здравоохранении 81,9% обучающихся, обучение в магистратуре совмещали с работой в

практическом здравоохранении – 100%. При определении среднего стажа работы, выявлено, что в среднем стаж составляет $(M) = 9,3 (\pm 7,5)$ лет, при $Cv = 80\%$, что показало не типичность среднего стажа работы среди обучающихся магистров первого набора.

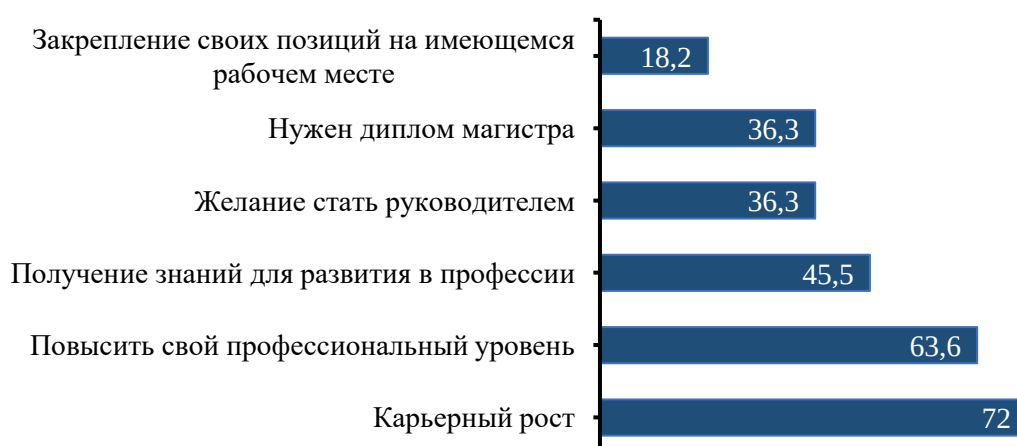


Рисунок 66 – Причины выбора профиля магистратуры для выпускников 2018 г. (на 100 опрошенных)

Опыт работы будущих магистров в практическом здравоохранении в $18\% \pm 11,5\%$ был получен в медицинских организациях федеральной формы собственности и в $55,4\% \pm 15\%$ опыт был получен в медицинских организациях муниципальной собственности. На следующем этапе проанализированы причины выбора профиля магистратуры. Как показало исследование ведущими причинами выбора данного направления магистратуры стали перспективы карьерного роста ($72\% \pm 13,5\%$), повышение профессионального уровня ($63,6\% \pm 14,5\%$), развитие в профессии ($45,5\% \pm 15,0\%$), практически каждый третий имеет желание быть руководителем ($36,3\% \pm 14,4\%$), нужен диплом магистра ($36,3\% \pm 14,4\%$) (Рисунок 66).

Результаты анализа также выявили, что $18,2\% \pm 11,6\%$ магистров надеются закрепить свои позиции на уже имеющемся рабочем месте в медицинской организации. В связи с чем изучены должности, занимаемые магистрантами в период обучения в магистратуре. Анализ выявил, что $36,3\% \pm 14,4\%$ занимают

должность главной медицинской сестры, $18,2\% \pm 11,6\%$ занимают должность старшей медицинской сестры [101] (Приложение Н).

На основе результатов исследования разработан ФГОС 34.04.01 «Управление сестринской деятельностью» [237]. Проведенный опрос работодателей выявил, что чрезвычайно важными для работника являются такие компетенции: способность устанавливать продуктивные отношения, умение работать в команде, слушание и понимание собеседника, лидерство, способность к мотивированию других, разрешение конфликтных ситуаций и т.д. За период 2017 – 2022 гг. для формирования профессионального вектора развития медицинских сестер в профессии были разработаны два федеральных государственных образовательных стандарта высшего образования [237; 245]. При разработке образовательных стандартов учитывалось позиционирование выпускника на рынке труда, которое заключалось в определении его места на рынке труда и спектра возможных траекторий его профессиональной деятельности в конкретной области (областях) профессиональной деятельности. Данная характеристика должна была отражать особенности, отличающие подготовку выпускников по соответствующему направлению (специальности) к осуществлению профессиональной деятельности, в особенности в смежных областях. Для позиционирования выпускника на рынке труда и получения характеристики его профессиональной деятельности выполнялись следующие действия: анализировалось содержание профессиональной деятельности, выявлялся общий список типов задач, задач и объектов профессиональной деятельности (или областей знания), уточнялись их формулировки, дополнялись недостающими элементами на основе анализа зарубежного опыта, международных норм и стандартов, фокус-групп и т.д. При разработке новых ФГОС учитывались следующие исходные материалы:

- Реестр областей профессиональной деятельности (Приказ Минтруда России от 29.09.2014 N 667н).
- Реестр профессиональных стандартов (программно-аппаратный комплекс «Профессиональные стандарты» profstandart.rosmintrud.ru).

- Сведения о соотношении профессиональных стандартов и ФГОС профессионального образования, представленные советами по профессиональным квалификациям: <http://nspkrf.ru/vzaimodeystvie.html>.
- Указатели соответствия ГОС ВПО – ФГОС ВПО – ФГОС ВО.
- Общероссийский классификатор специальностей по образованию (ОКСО) являлся документом по стандартизации Российской Федерации. ОКСО предназначен для классификации и кодирования профессий, специальностей и направлений подготовки, используемых для реализации профессиональных образовательных программ среднего профессионального и высшего образования.
- ГОС ВПО по специальностям ОКСО (<http://www.edu.ru/db/portal/spe/index.htm>).
- ФГОС ВПО, ФГОС ВО.
- Приказ Минтруда России от 12.04.2013 N 148н «Об утверждении уровней квалификации в целях разработки проектов профессиональных стандартов»
- Макет ФГОС 3++. Макет Примерных основных образовательных программ (ПООП).
- Приказ Минтруда от 31 декабря 2015 г. N 1185 + перечень профессиональных стандартов (ПС).
- Правила разработки, утверждения федеральных государственных образовательных стандартов и внесения в них изменений, утвержденных постановлением Правительства Российской Федерации от 5 августа 2013 г. N 661.
- Постановление Правительства РФ от 12 апреля 2019 г. N 434 «Об утверждении Правил разработки, утверждения федеральных государственных образовательных стандартов и внесения в них изменений и признании утратившими силу некоторых актов Правительства Российской Федерации».

Параллельно с первым этапом на основе сведений о соотношении профессиональных стандартов и ФГОС профессионального образования, представленных советами по профессиональным квалификациям, выявлялись области профессиональной деятельности, закрепленные в реестре Минтруда,

подбирались и анализировались утвержденные профессиональные стандарты, для определения отнесения видов профессиональной деятельности к определенным областям. При подготовке ФГОС был установлен перечень профессиональных стандартов, соответствующих профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу магистратуры по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью (Таблица 32).

Таблица 32 – Перечень профессиональных стандартов, соответствующих профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу магистратуры по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью

№ п/п	код профессионального стандарта	наименование области профессиональной деятельности. наименование профессионального стандарта
02 здравоохранение		
1.	02.022	профессиональный стандарт "специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья", утвержденный приказом министерства труда и социальной защиты российской федерации от 7 ноября 2017 г. № 768н (зарегистрирован министерством юстиции российской федерации 29 ноября 2017 г., регистрационный № 49047)
07 административно-управленческая и офисная деятельность		
2.	07.003	профессиональный стандарт "специалист по управлению персоналом", утвержденный приказом министерства труда и социальной защиты российской федерации от 6 октября 2015 г. № 691н (зарегистрирован министерством юстиции российской федерации 19 октября 2015 г., регистрационный № 39362)

При отборе профессиональных стандартов учитывался один или несколько факторов: соответствие основной цели вида профессиональной деятельности типам профессиональных задач и задачам профессиональной деятельности ФГОС ВО и ПООП; отнесение профессионального стандарта к связанному с направлением подготовки (специальностью) видом экономической деятельности (через анализ раздела I ПС); указание конкретного направления подготовки (специальности) высшего образования в требованиях к образованию и обучению в профессиональном стандарте. На данном этапе для учёта позиции работодателей в

части отнесения «новых» видов профессиональной деятельности к той или иной области были привлечены представители Совета по профессиональным квалификациям в сфере образования (СПК). Перечень СПК, представителей которых желательно привлекать на данном этапе, определялся на основе анализа сведений о сопряжении ПС и ФГОС профессионального образования. На основе формулировок основных целей видов профессиональной деятельности, место выпускника на рынке труда и спектр возможных траекторий его профессиональной деятельности уточнялся в каждой области профессиональной деятельности. Результаты исследования учитывались при определении форм обучения и типов профессиональных задач. ФГОС введен в действие Приказом Министерства науки и высшего образования РФ от 26 мая 2020 г. N 684 "Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - магистратура по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью" [237].

В Сеченовском Университете в 2021 г. впервые в России был проведен набор в магистратуру «Управление сестринской деятельностью» (заочная форма обучения). Исследование группы магистров выявило, что все обучающиеся женского пола (100 %), в возрасте 21 – 30 лет (62,5 %) магистров, в возрасте от 31 – 40 лет (4,2 %), в возрасте 41 – 50 лет (33,3 %) магистров. В среднем стаж работы составил $M = 13,6 (\pm 9,8)$ лет. Работают на управленческих должностях сестринской службы (главные медицинские сестры и старшие медицинские сестры) – 33 % магистров, медицинские сестры – 29,2 % и 0,8 % - занимают другие должности, и 37% магистров - не работали.

Изучение мнения магистров о правильности выбора профессии выявило, что 91,7% считают, что выбрали профессию правильно. Изучение причин поступления в магистратуру «Управление сестринской деятельностью» выявило, что 41,7 % студентов поступили в магистратуру ради получения диплома магистра. Получить знания, умения и практические навыки планировали при поступлении 50 % магистров. Заинтересованными в карьерном росте при поступлении магистратуру «Управление сестринской деятельностью» являлись 45,8 % магистров.

Практически каждый четвертый магистр (25 %) поступил на обучение по программе магистратуры для того, чтобы закрепиться на имеющемся рабочем месте. И практически каждый восьмой магистр (12,5 %) видит свои карьерные перспективы в получении должности руководителя после обучения на программе магистратуры (Рисунок 67).



Рисунок 67 – Планируемая карьера в профессии после обучения в магистратуре (на 100 опрошенных)

Ведущими карьерными перспективами для магистров в профессии после окончания магистратуры «Управление сестринской деятельностью» в 70,8 % случаев является трудоустройство в медицинские организации системы здравоохранения.

При этом 29,2 % обучающихся в магистратуре «Управление сестринской деятельностью» видят развитие своей карьеры в трудоустройстве на должность преподавателя вуза, также 20,8 % магистров готовы трудоустроиться преподавателем в колледж. Планируют поступать в аспирантуру 12,5% магистров. При этом заниматься наукой после окончания магистратуры не планируют. Таким образом, введение магистратуры «Управление сестринской деятельностью» в России является новым, востребованным направлением подготовки управленческих кадров для сестринских служб здравоохранения. Выявленные

проблемы востребованности (престижа) профессии «медицинская сестра» и результаты исследования позволили разработать мероприятия по совершенствованию кадрового обеспечения здравоохранения медицинскими сестрами с высшим образованием и руководителями сестринских служб (Таблица 33).

Таблица 33 – Мероприятия повышения востребованности (престижа) профессии «медицинская сестра» с высшим образованием

Векторы развития в профессии	Мероприятия
бакалавры «сестринское дело»	Внести изменения в Приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», предусмотрев должность «медицинская сестра - специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся». Актуализировать приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» и ввести должности для специалистов с высшим медицинским образованием (уровень бакалавриат): медицинская сестра общей практики (медицинский брат общей практики); медицинская сестра по паллиативной медицинской помощи (медицинский брат по паллиативной медицинской помощи); медицинская сестра по профилактике (медицинский брат по профилактике); медицинская сестра по медицинской реабилитации (медицинский брат по медицинской реабилитации); медицинская сестра - специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся; Актуализировать федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования (ФГОС ВО) – бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело, утвержденный приказом Минобрнауки России от 22.09.2017 № 971, предусмотрев расширение сферы деятельности выпускников и введения в перечень рекомендованных профессиональных стандартов – профессионального стандарта «Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях», утвержденного приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31.07.2020 № 481н. Утвердить примерную программу повышения квалификации по вопросам оказания первичной медико - санитарной помощи обучающимся для выпускников бакалавриата по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело.

Продолжение Таблицы 33

бакалавры «сестринское дело»	Актуализировать и ввести в профессиональный стандарт «Медицинская сестра/медицинский брат» обобщённую трудовую функцию для выпускников бакалавриата «сестринское дело»
руководители сестринских служб	Внедрить ФГОС 34.04.01 магистратура «Управление сестринской деятельностью» в университетах Российской Федерации. Актуализировать Приказ Минздрава России от 20.12.2012 N 1183н (ред. от 04.09.2020) "Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников" и Приказ от 8 октября 2015 года N 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки "Здравоохранение и медицинские науки» и ввести должности в специальность «Управление сестринской деятельностью»: заместитель руководителя (начальника) медицинской организации; главная медицинская сестра (главный медицинский брат, главная акушерка (главный акушер), главный фельдшер); директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-статистик; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-методист; врач-статистик; врач-методист. Актуализировать Приказ Минтруда России от 31.07.2020 N 479н «Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по организации сестринского дела». Внести изменения в раздел II «Штаты медицинской организации». В таблице 1100 «Должности и физические лица медицинской организации» включить новую строку «Управление сестринской деятельностью (магистратура) в Приказ от 27 декабря 2022 года N 985 «Об утверждении форм федерального статистического наблюдения с указаниями по их заполнению для организации Министерством здравоохранения Российской Федерации федерального статистического наблюдения в сфере охраны здоровья».

На основании научно обоснованных результатов исследования разработаны нормативные документы, подтверждающие эффективность реализации предложенных мероприятий совершенствования кадровой обеспеченности здравоохранения для выпускников бакалавриата «сестринское дело» и магистратуры «Управлением сестринской деятельностью»:

Приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26 мая 2020 г. № 684 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - магистратура по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью» [237].

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. N 205н «Номенклатура должностей медицинских работников и фармацевтических работников» [235].

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №206 от 02 мая 2023 г. «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» [236], где специальность «Управление сестринской деятельностью» представлена уровнем образования бакалавриат «сестринское дело» и уровнем магистратура «Управление сестринской деятельностью».

Введение приказов в действие с 1 сентября 2023 г. позволит выпускникам бакалавриата «сестринское дело» трудоустроиваться в медицинские организации и занимать должности: медицинская сестра общей практики (медицинский брат общей практики), медицинская сестра по паллиативной медицинской помощи (медицинский брат по паллиативной медицинской помощи), медицинская сестра по профилактике (медицинский брат по профилактике), медицинская сестра по медицинской реабилитации (медицинский брат по медицинской реабилитации); медицинская сестра – специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся; старшая медицинская сестра (старший медицинский брат); медицинский статистик; старший акушер (старшая акушерка); старшая операционная медицинская сестра (старший операционный медицинский брат); старший фельдшер.

Требуется введение должностей в соответствии с приказами в порядке оказания медицинской помощи по профилю (Приказ Минздрава России N 345н, Минтруда России N 372н от 31.05.2019 "Об утверждении Положения об организации оказания паллиативной медицинской помощи, включая порядок взаимодействия медицинских организаций, организаций социального обслуживания и общественных объединений, иных некоммерческих организаций, осуществляющих свою деятельность в сфере охраны здоровья"; Приказ Министерства здравоохранения и социального развития России от 15.05.2012 N 543н "Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-

санитарной помощи взрослому населению"; Приказ Минздрава России от 05.11.2013 № 822н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи несовершеннолетним, в том числе в период обучения и воспитания в образовательных организациях», предусмотрев должность «медицинская сестра - специалист по оказанию медицинской помощи обучающимся» и др. нормативно-правовые акты).

Введение приказов в действие с 1 сентября 2023 г. позволит выпускникам магистратуры «Управление сестринской деятельностью» занимать следующие должности в медицинских организациях: заместитель руководителя (начальника) медицинской организации; главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер); директор больницы (дома) сестринского ухода, хосписа; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-статистик; заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач-методист; врач-статистик; врач-методист.

Требуется ввести в Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 2 мая 2023 г. № 205н «Об утверждении номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» должности (уровень магистратуры) [235].

Утвержденная нормативно-правовая база подготовки бакалавров «сестринского дела» и введение в действие ФГОС магистратуры 34.04.01 «Управление сестринской деятельностью» выстраивает вектор профессионального развития в подготовке сестринских кадров для совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения.

8.2. Управление выбором медицинской профессии и специальности путем векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования

Управление кадровым потенциалом отрасли должно быть основано на рациональном планировании подготовки и трудоустройства медицинских работников [59; 86; 140; 252]. Кадровый дефицит в здравоохранении основывается в том числе на оттоке потенциальных абитуриентов, студентов, выпускников образовательных организаций, ординаторов и врачей медицинских организаций. Потенциальные потери кадрового обеспечения здравоохранения из - за ошибки в выборе профессии и специальности по вектору «школа – СПО - вуз – ординатура - врач медицинской организации» могут оказывать отрицательное влияние на приток молодых специалистов в здравоохранение в 61,5% случаев на этапе выпуска из школы, в 42,3 % случаев также могут уйти из профессии студенты СПО после выпуска, 32,4% ординаторов могут уйти из здравоохранения и 24% врача медицинских организаций (Рисунок 68).

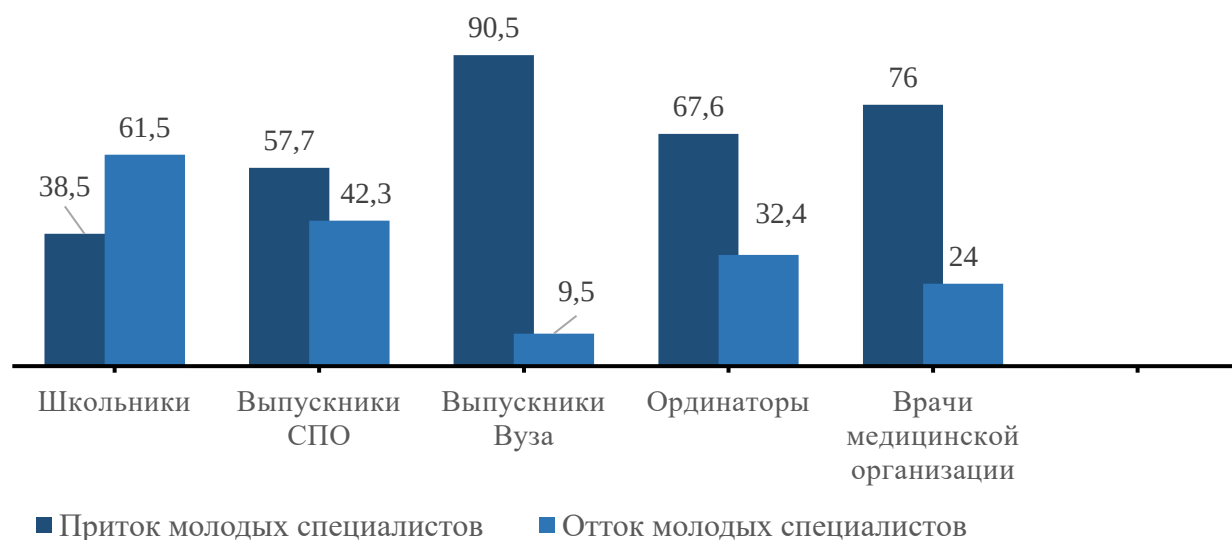


Рисунок 68 – Потенциальные потери кадрового обеспечения здравоохранения из - за ошибки в выборе профессии и специальности (на 100 опрошенных)

Профориентационная работа является значимым направлением предупреждения оттока молодых специалистов из системы здравоохранения на определенных этапах подготовки кадров [115].

На этапе обучения в школе потребность в профориентационной работе подтвердили 45,8 % школьников, студенты СПО также поддерживают профориентационную работу (47,4 %), студенты медицинского вуза поддерживают необходимость в профориентационной работе в каждом третьем случае (33,9%), тогда как ординаторы поддерживают профориентационную работу в период обучения в вузе в 82,9 % случаев. Врачи медицинских организаций (87,3 %) указывают на то, что профориентационную работу необходимо проводить для правильного выбора профессии, 80 % считают, что студенты должны во время обучения работать в медицинских организациях. Основными этапами выбора медицинской профессии и специальности для школьников являются 9 – 11 класс. Студенты СПО указали на то, что определяются в основном с выбором профессии на этапе обучения в школе (47,7%), для студентов вуза важными являются 3,6 курсы, для ординаторов – 6 курс, врачи указали на значимую роль 1 и 6 курсов (Таблица 34, Рисунок 69).

Таблица 34 – Виды профориентационных мероприятий, проводимых в школе

Вес выбора технологии	Тематические классные часы	Экскурсии	Дни открытых дверей	Ярмарки профессий	Работа с психологом	Психологическое тестирование
1	51	27	42	13	19	39
2	23	47	32	15	27	36
3	33	22	34	26	21	31
4	26	24	27	23	23	18
5	16	23	9	38	29	17
6	19	14	15	21	33	26
% выбора технологии школьникам и	54,3	28,8	44,7	13,8	20,2	41,5

Современные подходы к проведению профориентационных мероприятий в образовательных организациях в основном ориентированы на школы. Востребованными видами профориентационных мероприятий для школьников при выборе профессии, специальности в школе являются: Тематические классные часы (54,3%), Дни открытых дверей (44,7%) и психологическое тестирование (41,2%).

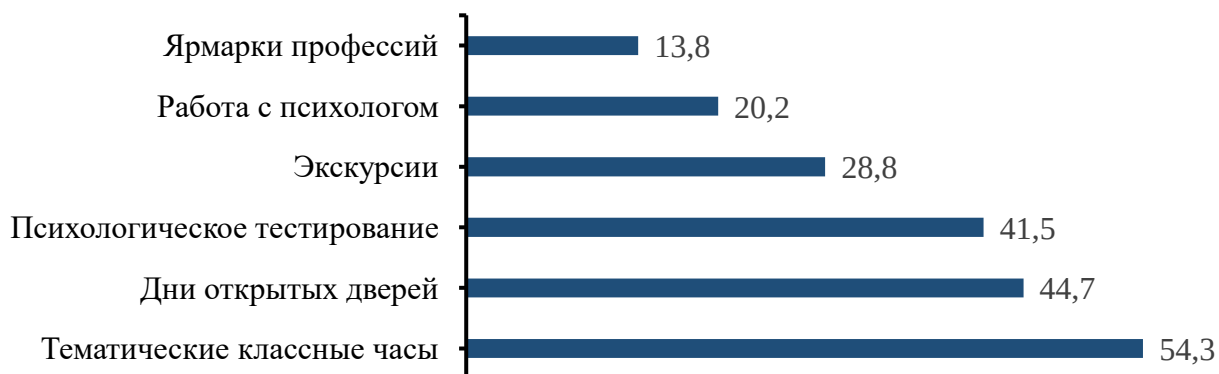


Рисунок 69 – Востребованность школьниками видов профориентационных технологий при выборе медицинской профессии и специальности (на 100 опрошенных)

Еще одним востребованным видом профориентационных мероприятий для школьников (34%) и студентов СПО на этапе обучения в школе являются консультации по профессии. Выявлено, что 19 % школьников еще не определились, нуждаются ли они в консультациях по выбору будущей профессии. Консультации по выбору вуза, в котором они предпочли бы обучаться, востребованы для 37,8% школьников.

Ведущим фактором правильного выбора профессии на этапе обучения в школе стали «Педагоги» (0,97), что обосновывает необходимость подготовки преподавателей школ в области особенностей медицинских профессий здравоохранения для проведения тематических классных часов.

Ошибки в выборе профессии школьниками могут возникать из-за восприятия престижа профессии и уровня предполагаемого дохода, что нужно учитывать при проведении профориентационных мероприятий в школах. Теме менее выявлено,

что при выборе профессии ведущими являются факторы и не значимыми мотивы. Анализ матрицы ведущих факторов и мотивов выбора профессии и специальности выявил, что для школьников, студентов вуза и врачей медицинских организаций наиболее значимым при выборе профессии стало мнение педагогов, друзей и знакомых (Таблица 35, Таблица 36).

Таблица 35 – Матрица ведущих факторов выбора медицинской профессии

	факторы выбора медицинской профессии					
	Способности	Самостоятельность выбора	Педагоги	Друзья, знакомые	Семья	Профориентация
школьники	-	-	0,97	0,97	0,89	0,83
студенты вуза	12,1	-	15,2	11,0	-	-
студенты СПО	1,9	3,1	-	1,9	2,8	-
ординаторы	2,2	2,5	-	1,9	1,8	-
врачи		4,0	3,9	-	-	3,7

Для школьников также важно мнение семьи, а для студентов их способности. Студенты СПО и ординаторы наиболее важным считают самостоятельность выбора, но ориентируются они также на мнение семьи. Тем не менее важным остается мнение друзей, знакомых и их способности.

Врачи считают ведущими факторами и мотивами «самостоятельность выбора» профессии и влияние педагогов, именно врачи отмечают значимость для правильного выбора на этапе обучения профессии проведение мероприятий профессиональной профориентации.

Врачи подтверждают значимость для выбора профессии педагогов, самостоятельности выбора и профориентации.

Таблица 36 – Матрица комплекса факторов и мотивов выбора медицинской специальности

	факторы выбора		мотивы выбора		
	Способности к медицине	Личные склонности	Престиж	Востребованность	Уровень дохода
школьники	1,7	-	-	1,7	1,9
студенты вуза	5,9	6,0	20,1		-
студенты СПО	-	4,1	5,2	-	4,9
ординаторы	3,5	-	3,4	-	5,3
врачи	-	5,7	-	5,1	5,5

Анализ шкалы ведущих факторов и мотивов выбора профессии и специальности в векторе «школа – СПО – вуз - ординатура - медицинская организация» показывает, что для школьников, студентов СПО, ординаторов и врачей является ведущими мотивами выбора специальности: уровень дохода и востребованность специальности [105; 221; 222; 223]. Необходимо отметить, что для студентов вузов эти мотивы не являются значимыми. Способности к медицине важны как школьникам, так и ординаторам.

Врачи и студенты СПО указывают на важность личных склонностей при выборе специальности. Высокий уровень значимости престижа специальности выявлен для студентов вуза, студентов СПО и ординаторов. Результаты исследования позволили на основании матриц по вектору «школа – колледж – вуз - ординатура - медицинская организация» построить шкалу ведущих факторов и мотивов выбора медицинской профессии и специальности (Рисунок 70).

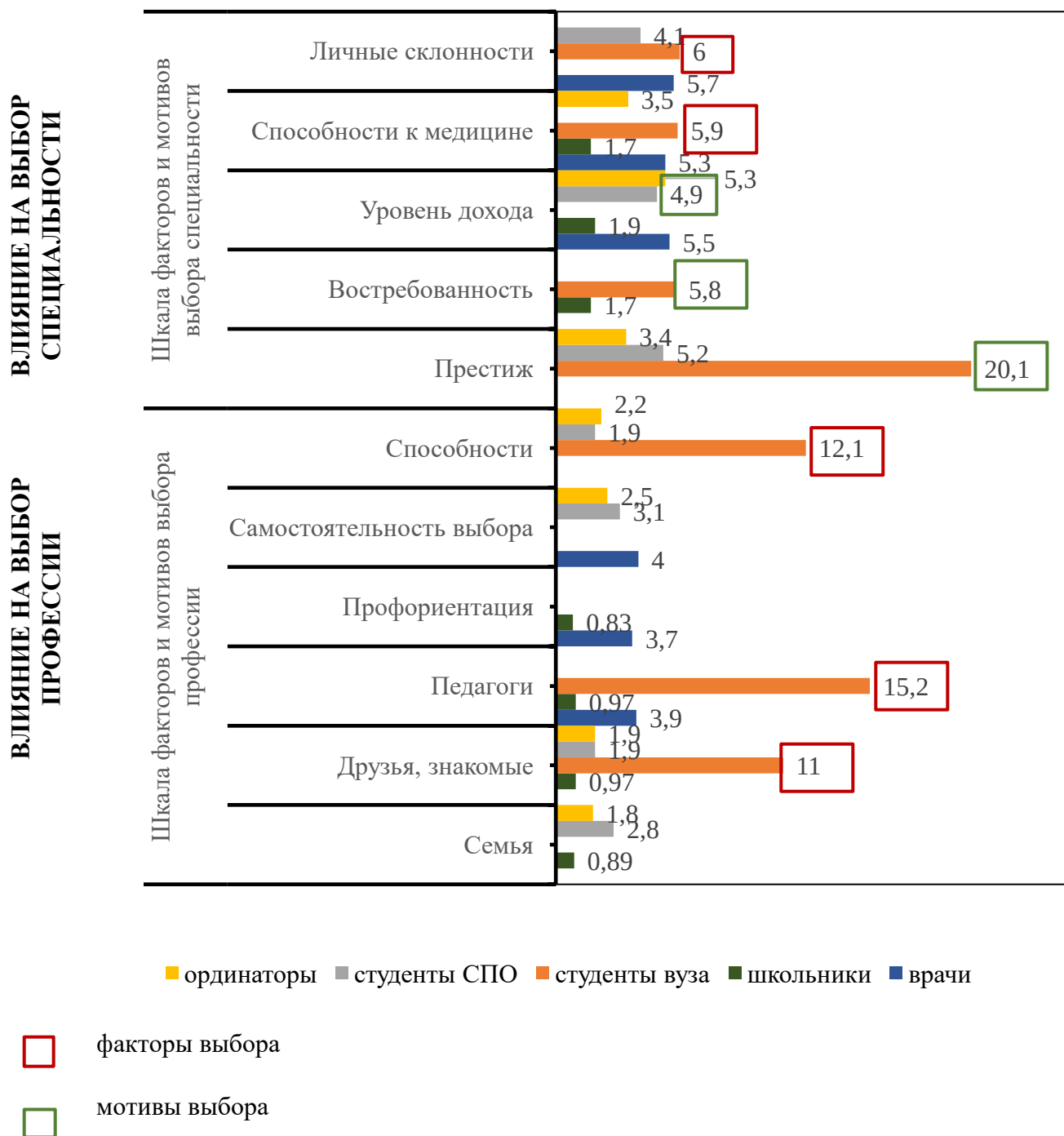


Рисунок 70 – Шкала комплекса факторов и мотивов выбора медицинской профессии и специальности по вектору «школа – СПО – вуз – ординатура – медицинская организация»

Таким образом, перспективной технологией управления профессиональной траекторией медицинских работников на разных этапах становления в профессии и специальности могут стать мероприятия профессиональной ориентации,

учитывающей векторные точки управления комплексом мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности на разных этапах подготовки кадров для системы здравоохранения. Векторными точками проведения мероприятий профессиональной ориентации в период обучения для студентов медицинских специальностей являются 1, 3 и 6 курс, для школьников при получении среднего общего образования в 9 – 11 классах. Студентам необходимо предоставлять дополнительную информацию об уровне дохода по выбранной специальности и перспективах трудоустройства в медицинские организации.

8.3. Развитие системы профессиональной ориентации в сфере медицины

В рамках Национального проекта «Образование» на 2019 – 2024 гг. федерального проекта «Успех каждого ребенка» разработано и внедрено достаточно много мероприятий и проектов, в том числе по профориентации: цикл открытых уроков «Проектория», направленных на раннюю профориентацию, реализация проекта «Билет в будущее», созданы региональные центры выявления, поддержки и развития способностей и талантов у детей и молодежи «Талант и успех», открыты детские технопарки «Кванториум», в том числе мобильные технопарки «Кванториум». Открыты 30 центров, реализующих дополнительные общеобразовательные программы, в организациях, осуществляющих образовательную деятельность по образовательным программам высшего образования, школьниками предоставлены возможности для освоения дополнительных общеобразовательных программ и программ профессионального обучения. При этом все проекты и мероприятия в основном направлены на обновление содержания и совершенствование методов обучения предметной области «Технология». Тогда как здравоохранение нуждается в системе профориентации для подготовки медицинских кадров и имеет свои отраслевые

особенности: медицинская специальность – это практикоориентированная подготовка специалиста. Результаты исследования подтвердили, что опыт в изучении медицинских профессий школьники получали в 68,3% случаев, участвуя в научно-практических конференциях и 95,7% школьников указали на то, что участвовали в Олимпиадах. Ординаторы 84,5% указали на то, что в период обучения в вузе необходимо проводить профориентационные мероприятия. Участие в СНК помогло в выборе специальности (47,3%) врачам в период обучения. Тем не менее врачи медицинских организаций (80,8%) и 66% ординаторов указали на то, что для определения с будущей медицинской профессией, специальностью лучше всего помогает практический опыт работы в медицинских организациях и студентам, обучающимся по медицинским специальностям необходимо отработать в должностях среднего медицинского персонала. Таким образом ординаторы и врачи указали на значимость практикоориентированной профориентации для выбора медицинской профессии, специальности. Тем не менее такой системы профессиональной ориентации для российских школьников, планирующих выбрать медицинскую профессию в России, ранее не предлагалось. Разработка данного вида профориентации для школьников при выборе медицинской профессии было начато в Москве в 2016 г., был проведен организационный эксперимент [313]. Для проведения Предпрофессионального экзамена был разработан новый практикоориентированный подход к профориентации в сфере медицины. Организационный эксперимент «Предпрофессиональный экзамен» проводился в рамках «Соглашения о предоставлении субсидий из бюджета города Москвы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации, на цели, не связанные с финансовым обеспечением выполнения им государственного задания от 28 июля 2017 г. №105, Мероприятие «Разработка оригинального курса практикоориентированных занятий, методического обеспечения и просветительско – ориентационных мероприятий для обучающихся медицинских классов московских школ, как средства управления ориентацией школьников в профессиях медицинской направленности». Для проведения

профориентационного мероприятия «Предпрофессиональный экзамен» были поставлены и решены следующие задачи:

1. Разработать и реализовать современный подход к профориентации детей и молодежи с применением практико-ориентированной деятельности, и интеграции в профессию через собственный практический опыт с применением симуляционных технологий и управлением ориентацией в будущей профессии в сфере медицины.

2. Формирование и развитие у школьников личностно-значимой мотивации к выбору будущей профессии через практико-ориентированную деятельность как средство развития их творческого потенциала.

Организационный эксперимент осуществлялся по специально разработанным контрольно-измерительным материалам с оригинальной балльно-рейтинговой системой оценки алгоритмов оказания первой помощи (Приложение П). Участие школьников в эксперименте было добровольным. Базой проведения организационного эксперимента стал ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет). Для изучения эффективности введения нового подхода к профориентации в сфере медицины — «Предпрофессионального экзамена» (практической части), проведена оценка готовности к выбору медицинской профессии среди выпускников школ (Таблица 37). На первом этапе проведен сравнительный анализ возраста участников организационного эксперимента «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть) в 2017 г. и в 2018 г.. Выявлено, что различия в возрасте практически отсутствуют: $16,4 \pm 3,5$ и $16,8 \pm 3,6$ года соответственно ($p > 0,05$). Мотивационным триггером участия выпускников школ в Предпрофессиональном экзамене стали Правила приема в Сеченовский Университет, являющегося базой организационного эксперимента, так как положительно сдавшие Предпрофессиональный экзамен выпускники получали дополнительные баллы при поступлении в вуз на обучение по медицинским специальностям (при результате от 70 до 84 дополнительно участник получал 5 баллов, при результате от 85 до 100 участники могли получить дополнительно получить 10 баллов).

Таблица 37 – Описание этапов организационного эксперимента

Этапы	Описание
Подготовительный этап	Разработан план организации эксперимента. Выдвинута нулевая гипотеза (H_0): участие школьника в «Предпрофессиональном экзамене» (практической части) не влияет на выбор профессии (практическая часть), при $t_{\text{набл}} > t_{\text{крит}} \Rightarrow H_0$ отвергается. Альтернативная гипотеза: участие школьника в «Предпрофессиональном экзамене» (практической части) влияет на выбор профессии (практическая часть) и является эффективным инструментом профессионального отбора в сфере медицины. Разработан инструментарий проведения организационного эксперимента (кейсы, матрицы контроля)
Этап. Организационный эксперимент	В период с марта по апрель 2017 г. впервые в России проведен организационный эксперимент независимой оценки качества практико-ориентированной подготовки и ранней профориентации школьников в сфере медицины обучающихся 11-х классов школ г. Москвы ($n = 2703$). В основу разработки структуры и контрольно – измерительных материалов положены новые технологии «Объективного структурированного клинического экзамена» (ОСКЭ)). Участие для школьников в эксперименте было добровольным.
II. Этап. Анализ результатов, внесение корректив	Проведен анализ результатов «Предпрофессионального экзамена». После первого опыта проведения «Предпрофессионального экзамена» контрольно-измерительные материалы были скорректированы.
III. Этап. Внедрение в работу	В 2018 г. «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть) проводился для обучающихся школ г. Москвы ($n = 3100$, сплошное исследование). Организационный эксперимент осуществлялся по специально разработанным контрольно-измерительным материалам с оригинальной балльно-рейтинговой системой оценки алгоритмов оказания первой помощи (Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 4 мая 2012 г. №477н "Об утверждении перечня состояний, при которых оказывается первая помощь, и перечня мероприятий по оказанию первой помощи"). Оценка проводилась врачами - ординаторами разных специальностей по матрицам ответов. Базой внедрения и проведения «Предпрофессионального экзамена» стал ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет) в рамках сотрудничества с Департаментом образования и науки г. Москвы.
IV. Этап. Распространение опыта в Российской Федерации	«Предпрофессиональный экзамен» проводится в ФГАОУ «Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова» Министерства здравоохранения Российской Федерации в рамках взаимодействия с Департаментом образования и науки г. Москвы (Приказ Департамента образования и науки г. Москвы «Об утверждении организаций – получателей грантов из числа федеральных государственных образовательных организаций высшего образования и федеральных государственных учреждений» от 13.12.2019 №453)

Результат Предпрофессионального экзамена оценивался по 100-балльной системе и учитывал баллы за теоретическую (40 баллов) и практическую часть (60 баллов). Так как участие в предпрофессиональном экзамене было добровольным, школьник, принявший решение об участии в Предпрофессиональном экзамене, показывал свою мотивацию к выбору медицинской профессии. Для того, чтобы подготовиться к практико-ориентированному экзамену школьникам необходимо было готовиться в течение года, осваивая умения и навыки в сфере медицины, получая практический опыт, в школах, на уроках ОБЖ или посещать курсы по дополнительным образовательным программам «Шаг в медицину», что позволяло оценивать свои личные склонности, способности к медицине и определиться с мотивацией к выбору медицинской профессии или выбрать профессию другого направления. В 2018 г. участие в предпрофессиональном экзамене становится обязательным для всех выпускников профильных классов. Результаты организационного эксперимента «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть) выявили, что каждый второй участник сдал его успешно, т.е. более 30 баллов (2017 г.: $40,4 \pm 1,4\%$; 2018 г.: $50,2 \pm 1,1\%$) (Таблица 38).

Таблица 38 – Результаты проведения «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть), 2017 – 2018 гг.

Результат/год	2017			2018			p
	%	m	ДИ	%	m	ДИ	
Высший балл (60 баллов)	35,1	1,4	37,9-32,3	2,1	0,3	2,4;1,8	<0,05
Более 30 баллов	40,4	1,5	43,4-37,4	50,2	1,1	51,3;49,1	<0,05
Менее 30 баллов	24,5	1,3	23,2-26,0	47,7	1,0	48,7;46,7	<0,05

В 2018 г. результат Предпрофессионального экзамена позволял участнику, поступающему в вуз на медицинские специальности, при получении 40 баллов за теоретическую часть претендовать на 5 дополнительных баллов (итоговый балл за теоретический и практический этап составлял 70). Однако выявлено, что при добровольном участии выпускников средних общих образовательных организаций

в 2017 г. в практической части «Предпрофессионального экзамена» высший балл оценки практической подготовки (60 баллов) встретился практически у каждого третьего выпускника школы ($35,1 \pm 1,4\%$). Тогда как при обязательном участии в практической части Предпрофессионального экзамена в 2018 г. высший балл получили только $2,1 \pm 0,3\%$ участников, что указывает на то, что мотивация практически отсутствовала среди участников обязательного «Предпрофессионального экзамена» (практической части), принявших участие не на добровольной основе. Результаты организационного эксперимента практикоориентированного экзамена «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть) можно признать эффективным инструментом профессионального отбора в медицине, так как определить готовность выпускников к практической деятельности в сфере медицины можно в каждом втором случае участия выпускника в предпрофессиональном экзамене (практической части) (2018 г.: $50,2 \pm 1,1\%$) [109]. Предпрофессиональный экзамен как новый подход к векторной профориентации в образовательных организациях здравоохранения продемонстрировал эффективность управления отбором выпускников школ в медицинские профессии, так как чем выше мотивация получить медицинскую профессию и специальность, тем больше усилий прикладывает выпускник школы для подготовки к сдаче практикоориентированного Предпрофессионального экзамена. Данный вид профориентации доказал свою востребованность расширением географии участников, в настоящее время (2023 г.): Брянская область, Калужская область, Волгоградская область, Челябинская область, Смоленская область, Краснодарский край, Курская область, Московская область, Мурманская область, Нижегородская область, Республика Ингушетия, Республика Дагестан. При поступлении в Сеченовский Университет в 2023 г. из 3112 поступивших 332 абитуриента воспользовались правом и представили дополнительные баллы, полученные по результатам Предпрофессионального экзамена в приемную комиссию и успешно стали студентами. Результаты исследования позволили разработать модель векторной профориентации в образовательных организациях (Рисунок 71).



Рисунок 71 - Модель векторной профориентации в образовательных организациях высшего и среднего профессионального образования

Проведение профориентационных мероприятий в образовательных организациях должно опираться на профилактические мероприятия с применением здоровьесберегающих технологий, формирующих здоровый образ жизни студентов, поддержание эмоционального и психологического состояния, что обосновывает необходимость введения в образовательных организациях психологической службы. Для школьников профессиональная ориентация начинается со школы, где ведущую роль для них играет работа с ними педагогов школы. Оптимально проведение тематических классных часов начинать с 8 – 9 класса. Для проведения тематических часов, раскрывающих профессии и специальности в сфере медицины, педагоги должны быть подготовлены в этой области и знать особенности медицинских профессий и специальностей. Для педагогов школ в период 2017 – 2020 гг. проведены обучающие мероприятия (дополнительные образовательные программы) по подготовке педагогов в сфере медицинских профессий и специальностей, разработаны и внедрены учебные пособия для проведения профориентационных мероприятий в школах [40; 83].

Для школьников является значимым профориентационным мероприятием в медицинских профессиях и специальностях опыт применения навыков и умений в сфере практической медицины. С 2017 г. и по настоящее время реализуется практико-ориентированный экзамен для выпускников 11 классов. Подготовка к практико-ориентированному экзамену требует освоения практических умений и навыков в сфере медицины, что позволяет получить практико-ориентированное представление об особенностях будущей медицинской профессии и специальности, оправдывая или не оправдывая ожидания школьников о практической деятельности в сфере медицине. Значимым мероприятием для школьников при выборе профессии являются Дни открытых дверей, позволяющими не только более пристально познакомиться со медицинскими специальностями, но и погрузиться в образовательную среду образовательной организации, которую абитуриент планирует для себя выбрать, осознать или подкрепить желание обучаться именно в этой образовательной организации, что повысит вероятность правильного выбора профессии и мотивированность к

приложению усилий для поступления именно в данную образовательную организацию. Активным направлением для профориентации становится профессиональное обучение на профессии рабочих /служащих, в том числе в сфере медицины, так как получение медицинской профессии (младшая медицинская сестра по уходу за больными, санитар) позволяет сразу после выпуска из образовательной организации среднего общего образования работать в медицинских организациях. Профессиональное обучение для школьников активно начало внедряться с 2022 г. Практико-ориентированные мастер – классы являются этапом профориентационной подготовки школьника в сфере практической медицины, на которых школьник получает опыт применения практических медицинских умений и навыков, а также может подготовиться к участию в Предпрофессиональном экзамене. Для студентов СПО будет востребовано проведение профориентационных мероприятий, предлагающих развитие у студентов Hard skills («твёрдые», «жёсткие», технические навыки) профессиональные навыки, необходимые в своей профессии и Soft skills («мягкие», «гибкие» навыки, универсальные компетенции) — комплекс компетенций, важных для карьеры, при этом не относящихся к профессиональным знаниям и не зависящим от специфики работы. В исследованиях утверждается, что именно Soft skills представляют собой набор личностных характеристик, способствующих профессиональному успеху [82]. Развитие вышеуказанных компетенций возможно при проведении профориентационного мероприятия «Мастерские профессий» под руководством наставников. Если для студентов СПО «Мастерские профессий» будут востребованы с первого курса до выпуска из образовательной организации, то для студентов вузов проводить профориентационное мероприятие «Мастерские профессий» оптимально на 1 курсе. Одновременная демонстрация технических профессиональных навыков и «гибких» компетенций (навыки работы в команде, коммуникативные навыки, управленческие навыки и др.) позволит разобраться и определиться студенту со своей мотивацией, личными склонностями и способностями к медицине или другой области. Профориентацией для студентов вузов станет подготовка на 2 – 3 курсах к специальностям СПО. Сдача экзамена на

допуск к профессиональной деятельности на должностях СПО [234] позволит получить опыт работы в медицинской организации до получения диплома о высшем образовании и определить индивидуальное направление своего профессионального развития, в том числе поможет предотвратить возможные ошибки выбора профессии и специальности. В образовательных организациях видится перспективным развитие и внедрение в Центрах карьеры для обучающихся проведение профориентационного мероприятия «Нетворкинг». Нетворкинг – это личные стремления и мотивы человека в профессии, возможность применения платформ для поиска партнеров (выпускников и работодателей) и идей для развития карьеры [258; 258; 259]. Разработан примерный алгоритм проведения Нетворкинга для студентов и выпускников образовательных организаций в сфере медицины (Таблица 39).

Таблица 39 – Примерный алгоритм проведения Нетворкинга для студентов и выпускников образовательных организаций в сфере медицинских профессий и специальностей

1.Определение площадки и формата проведения (онлайн, офлайн, смешанный формат) Рекомендуемый дедлайн – 6 часов с одним перерывом	
2.Выбор и отбор модераторов и коучей мероприятия (организация работы с работодателями, организация работы со студентами)	
3.Проведение Нетворкинга с применением профориентационных технологий	
1.«Клуб профессионалов»: организация площадок медицинских профессий для работодателей.	- «Визитка профессии». Представление презентаций работодателей с применением инфографики и подкаст в разных по типу медицинских организациях. - «Профессиональный раунд»: вопрос – ответ (работодатель – студенты: обмен мнений)
2. Деловая нетворкинг - игра «Лидерская позиция»	Проведение деловой игры по сценарию «Управление виртуальной клиникой» (участники сценария работодатели и студенты и/или выпускники)

Проведение Нетворкинга в период обучения позволит работодателям подобрать себе кадры и сопровождать их обучение привлекая на свои клинические базы, готовя специалиста «для себя» и под «свою медицинскую организацию». Интеграция студентов в профессиональную среду в рамках платформ нетворкинга позволит найти своего работодателя уже в период обучения, снизит уровень стресса, так как выпускник будет знать, что уже имеет своего работодателя, и адаптируется к коллективу медицинской организации и условиям работы еще на этапе обучения, что позволит сохранить выпускников образовательных организаций для здравоохранения.

Модель продемонстрировала эффективность внедрения и применения векторной профориентации на этапах становления молодого специалиста в образовательной организации. С 2017 г. реализовано предоставление возможности для студентов после третьего - четвертого курса обучения работать в должности среднего медицинского работника. В период с 2017 – 2020 гг. проведена подготовка преподавателей школ в области профессий и специальностей в сфере медицины, практико-ориентированный предпрофессиональный экзамен проводится по настоящее время, с 2018 г. проводятся практико-ориентированные мастер-классы для школьников, с 2022 г. внедрено и реализуется профессиональное обучение.

В Сеченовском Университете в апреле 2023 г. создана психологическая служба. В мае 2023 г. в Сеченовском Университете открыто подразделение университета, созданное для комплексной поддержки студентов по вопросам содействия трудоустройству и профессиональной навигации Центр карьеры Управления по работе с молодежью, с применением технологий нетворкинга. В сентябре 2023 г. впервые в России проведен Сеченовский карьерный форум с применением технологий нетворкинга для более, чем 1000 студентов и выпускников. В Карьерном форуме приняли участие более 30 партнеров-работодателей. В нем приняли участие Центр занятости населения г. Москвы «Моя работа», крупнейшая российская рекрутментная компания HeadHunter и проект «Осознанная карьера». Дали рекомендации по построению карьерной траектории,

учитывая пожелания студентов и важность темы трудоустройства и развития профессиональных компетенций на этапе обучения 19 карьерных экспертов. В рамках Карьерного Форума с партнерами, которые приняли участие в Форуме, заключены соглашения о сотрудничестве, и в 2024 г. запустятся совместные карьерные программы для обучающихся и выпускников Сеченовского Университета Минздрава России. Партнерами форума выступили крупнейшие организации и компании в сфере здравоохранения: INVITRO, BIOCAD, RuDenta, «Р-Фарм», «Герофарм», «Биннофарм Групп» и другие. Спикерами дискуссионных площадок и образовательных лекций выступили крупнейшие организации в сфере занятости карьерного развития молодежи, такие как АНО «Россия – страна возможностей», HeadHunter, «Российские студенческие отряды», Технопарк «Строгино» и Технопарк «Мосмедпарк», а также ЦЗН «Моя работа» и «Осознанная карьера».

Таким образом, была разработана, апробирована и внедрена модель совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях. Модель основана на результатах выявленных проблем в состоянии здоровья студентов в период обучения в вузе, комплексе ведущих мотивов и факторов выбора медицинской профессии и специальности, определении наиболее эффективных временных периодов проведения профориентационных мероприятий в период обучения, применении наиболее эффективных на определенном этапе становления молодого специалиста инновационных технологий векторной профориентации в образовательных организациях. Базовые элементы модели были внедрены в профориентацию школьников, студентов среднего профессионального образования и студентов вуза, и продемонстрировали востребованность векторной профориентации в образовательных организациях, что повысит эффективность подбора и отбора кадров в медицинские профессии путем векторной профориентации в образовательных организациях и позволит совершенствовать кадровое обеспечение здравоохранения.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Исследование кадровой обеспеченности врачами населения Российской Федерации выявило, что за последнее десятилетие значительно снизился уровень обеспеченности населения врачами в период 2011 – 2015 гг. (- 5,3‰). Несмотря на положительную динамику в период 2016 – 2021 гг. (с 46,4‰ до 51,0‰), кадровая обеспеченность здравоохранения достигла только уровня 2011 года (51,2‰), полиномиальная модель ($y = 0,174x^2 - 2,049x + 52,981$) обосновала тенденцию к росту кадровой обеспеченности врачами российского здравоохранения ($R^2 = 0,874$). Тем не менее рост кадровой обеспеченности выше среднего уровня по Российской Федерации (51,0 ‰) выявлен только в трех федеральных округах: в ЦФО (54,8 ‰), СЗФО (62,8 ‰), ДФО (53,6 ‰). Выявлено, что в российском здравоохранении работают в основном женщины (2020 г. – 70,8 %). Во всех федеральных округах преобладает их удельный вес: ЦФО (69,1 %), СЗФО (70,1%), ЮФО (68,8 %), СКФО (74,2 %), ПФО (72,2 %), УФО (70,0 %), СФО (72,2 %). Высокий уровень и положительная динамика выявлены в кадровой обеспеченности здравоохранения врачами - педиатрами (2016 г. - 19,7 ‰; 2017 г. - 20,0 ‰; 2018 г. - 20,2 ‰; 2019 г. - 20,3 ‰; 2020 г. - 20,5 ‰; 2021 г. - 20,4 ‰) и врачами терапевтического профиля (2016 г. - 11,1 ‰; 2017 г. - 11,5 ‰; 2018 г. - 11,8 ‰; 2019 г. - 12,0 ‰; 2020 г. - 12,4 ‰; 2021 г. - 12,6 ‰). При этом отрицательная динамика и низкий уровень кадровой обеспеченности для сельского здравоохранения выявлен в СЗФО (11,6 ‰; 11,4 ‰; 11,2 ‰; 11,2 ‰; 11,0 ‰), в УФО (13,7 ‰; 13,3 ‰; 12,9 ‰; 12,8 ‰; 12,4 ‰), в СФО (15,1‰; 15,2 ‰; 14,3 ‰; 13,9 ‰; 13,5 ‰), в ЮФО (14,9 ‰; 15,5 ‰; 15,2 ‰; 14,8 ‰; 14,0 ‰), в ПФО (15,8 ‰; 15,3 ‰; 14,9 ‰; 14,7 ‰; 14,3 ‰). Выявлен высокий уровень кадровой обеспеченности, но отрицательная динамика в СКФО (16,5 ‰; 16,8 ‰; 16,2 ‰; 16,3 ‰; 16,2 ‰) и в ДФО (18,3 ‰; 18,2 ‰; 17,3 ‰; 16,5 ‰; 16,1 ‰). Снижение кадровой обеспеченности врачами здравоохранения сельского здравоохранения

подтверждается темпом убыли обеспеченности врачами в Российской Федерации (- 5,4 %), в федеральных округах: в ДФО (-12 %), СФО (-10,6 %), УФО (- 9,5 %), ПФО (- 9,5 %), в СЗФО (- 5,2 %), ЮФО (- 6,0 %), СКФО (- 4,6 %).

Выявлен неудовлетворительный уровень и отрицательная динамика кадровой обеспеченности российского здравоохранения средним медицинским персоналом уровень (88,0 ‰; 86,2 ‰; 86,3 ‰; 85,8 ‰; 81,9 ‰; 80,1‰). Во всех федеральных округах кадровая обеспеченность средними медицинскими работниками снижается: ЦФО (82,2 ‰; 79,4 ‰; 79,2 ‰; 78,7 ‰; 75,5 ‰; 73,8 ‰), СЗФО (88,8 ‰; 86,8 ‰; 86,3 ‰; 86,3 ‰; 82,2 ‰; 80,6 ‰), ЮФО (81,5 ‰; 80,6 ‰; 80,6 ‰; 79,8 ‰; 74,5 ‰; 72,3 ‰), СКФО (81,7 ‰; 81,7 ‰; 82,0 ‰; 82,4 ‰; 81,1 ‰; 81,0 ‰), ПФО (92,1 ‰; 90,5 ‰; 91,0 ‰; 90,0 ‰; 86,3 ‰; 84,1‰), УФО (95,7 ‰; 93,0 ‰; 92,8 ‰; 92,4 ‰; 89,0 ‰; 87,0 ‰), ДФО (93,9 ‰; 92,4 ‰; 89,9 ‰; 92,0 ‰; 87,2 ‰; 84,8 ‰). Установлен значительный темп убыли в Российской Федерации (- 4,7 %) и в федеральных округах: ЦФО (- 6,9%), СЗФО (- 4,6 %), ЮФО (- 6,3 %), ПФО (- 4,1 %), УФО (- 5,3 %), СФО (- 4,8 %), некоторый прирост отмечается в СКФО (0,8 %) и ДФО (0,6 %).

Выявлена отрицательная динамика кадровой обеспеченности здравоохранения специалистами среднего звена: акушерками (6,8 ‰; 6,6 ‰; 6,5 ‰; 6,4 ‰; 6,1 ‰; 5,9 ‰), лаборантами (1,18 ‰; 1,09 ‰; 1,0 ‰; 0,93 ‰; 0,88 ‰; 0,81 ‰), зубными врачами (0,95 ‰; 0,78 ‰; 0,82 ‰; 0,78 ‰; 0,73 ‰; 0,68 ‰), медицинскими лабораторными техниками (4,01‰; 3,97 ‰; 3,94 ‰; 3,90 ‰; 3,88 ‰; 3,8 ‰), медицинскими сестрами (61,2 ‰; 60,5 ‰; 59,7 ‰; 59,3 ‰; 58,9 ‰; 57,0 ‰). Определено, что самой многочисленной профессиональной группой средних медицинских работников являются медицинские сестры, при этом кадровая обеспеченность имеет неудовлетворительный уровень и отрицательную динамику, обеспеченность медицинскими сестрами снизилась на 4,2 % (2016 г. – 61,2 ‰, 2021 г. – 57 ‰). Выявлено снижение кадровой обеспеченности медицинскими сестрами в семи федеральных округах: ЦФО, ЮФО, СКФО, ПФО, УФО, СФО, ДФО. Выявлена отрицательная динамика соотношения «врач – медицинская сестра» (1:2,25; 1:2,18; 1:2,11; 1:2,08; 1: 2,02; 1:1,97), что доказывает

сохранение проблемы кадрового дисбаланса «врач - медицинская сестра» в российском здравоохранении. Низкий уровень и отрицательную динамику имеет кадровая обеспеченность российского здравоохранения бакалаврами «сестринское дело» (0,18 ‰; 0,17 ‰; 0,17 ‰; 0,15 ‰; 0,14 ‰; 0,13 ‰). В 2016 г. обеспеченность бакалаврами «сестринское дело» имела по 0,01‰ в ЦФО, СЗФО, ПФО, УФО, в ЮФО – 0,02 ‰, в ДФО и СКФО – по 0,06 ‰. В 2021 г. отрицательная динамика и низкий уровень кадровой обеспеченности бакалаврами «сестринское дело» выявлены в пяти федеральных округах: в ЦФО (0,9 ‰), в ЮФО (0,03 ‰), в ПФО (0,13 ‰), в УФО (0,07 ‰), в СФО (0,03 ‰). Положительная динамика выявлена в СЗФО (0,12 ‰), в СКФО (0,2 ‰) и в ДФО (0,09 ‰).

Выявлены общемировые тенденции проблем кадровой обеспеченности здравоохранения. Определено, что Россия входит в ведущую десятку стран мира по обеспеченности врачами. Высокий уровень обеспеченности выявлен в таких странах, как: Италия (4,0 ‰), Испания (4,0 ‰), Чехия (4,0 ‰), Россия (4,1‰), Дания (4,2 ‰), Германия (4,3 ‰), Швейцария (4,3 ‰), Литва (4,6 ‰), Норвегия (4,9 ‰), Австрия (5,2 ‰). Важнейшей проблемой для систем здравоохранения России и мира остаётся дисбаланс «врач-медицинская сестра»: больше всего медицинских сестер в расчете на одного врача в Американском (3,5) и Африканском (3,4) регионах, меньше всего – в Восточно-Средиземноморском регионе (1,4), а в среднем по миру соотношение «врач-медицинская сестра» составляет 1:2,4, тогда как в России - 1:1,97.

Основными факторами низкого уровня притока молодых специалистов в отрасль являются низкая привлекательность профессии и отсутствие мотивационных механизмов для трудоустройства выпускников вузов, состояние здоровья выпускников образовательных организаций здравоохранения, ошибки с выбором профессии школьников и студентов образовательных организаций, низкий престиж профессии, уровень дохода, востребованность профессии.

Определено, самой престижной медицинской профессией и специальностью для выпускников российских школ в 2021 г. являлось врач, «лечебное дело» (275,6

‰), «педиатрия» (139,6 ‰), «стоматология» (126,1 ‰), менее престижными являлись «медико - профилактическое дело» (34,5 ‰), «медицинская биохимия» (22,3 ‰), «медицинская биофизика» (2,5 ‰) и самый низкий уровень востребованности абитуриентами среди медицинских профессий выявлен для бакалавриата «сестринское дело» (1,9 ‰).

Выявлено, что при выборе образовательной организации факторами, влияющими на выбор, являются «хорошая репутация вуза» (64,5 %), «престиж» (53 %) и «качество образовательной среды» (50,7 %). Определено, что при поступлении в образовательную организацию является важным фактором для абитуриента «образовательная среда», влияющая на восприятие образовательной организации и профессии. Тем не менее студенты, обучающиеся по медицинским специальностям, воспринимают образовательную среду положительно на первом курсе (41,7%), к шестому курсу меняют отношение к образовательной среде в отрицательную сторону (- 11,5%). Тем не менее образовательная среда непрестижной профессии и специальности, направление подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) оценена студентами, как идеальная среда (189,4 балла). При этом выявлен низкий уровень «социального самовосприятия» студентами своей профессии, что обосновывает негативное восприятие профессии «медицинская сестра» с высшим образованием в социуме.

Выявлена положительная динамика трудоустройства выпускников образовательных организаций по направлению на работу для специальностей: «лечебное дело» (14,4%, 16,3%, 28,1%, 29,5%), «педиатрия» (14,6 %, 19,7 %, 32,2 %, 33,8 %, 31,4 %), «медико-профилактическое дело» (21,3 %, 25,7 %, 45,5%, 39,8 %, 49,0 %), «стоматология» (14,7 %, 30,8 %, 27,4 %, 28,8 %, 28,2 %).

Усиливаются тенденции трудоустройства по целевому направлению для выпускников по специальности «лечебное дело» (5,8 %, 8,3 %, 15,7 %, 16,0 %, 17,3 %), «педиатрия» (6,8 %, 9,6 %, 18,4 %, 17,6 %, 16,7 %), «медико-профилактическое дело» (10,3 %, 13,4 %, 20,6 %, 16,8 %, 27,7 %), «стоматология» (4,0 %, 11,3 %, 11,0 %, 14,6 %, 31,5 %). Выявлено снижение уровня и отрицательная динамика поступления в ординатуру выпускников по специальности «лечебное дело» (83 %, 83,3 %, 83,3 %, 83,3 %, 83,3 %).

76,3 %, 58,3 %, 59,2 %, 61,6 %). Отмечается положительная динамика трудоустройства выпускников по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) (48,9%, 78,4%, 75,2%, 73,5%) и с 2017 г. по целевому направлению (4,6% ,8,9% ,22,0%). Тем не менее трудоустроиться по профессии «медицинская сестра» в медицинские организации могут только выпускники, имеющие среднее профессиональное образование из-за неотрегулированной нормативно-правовой базы.

Анализ трудоустройства выпускников со средним профессиональным образованием в период с 2018 – 2021 гг. по укрупненным группам специальностей «Клиническая медицина» (акушерство, лечебное дело, лабораторная диагностика, медицинская оптика, стоматология ортопедическая, стоматология профилактическая), «Науки о здоровье и профилактическая медицина» (медико-профилактическое дело) и «Сестринское дело» (сестринское дело, медицинский массаж (для обучения лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению)) выявил положительную динамику для укрупненной группы «Клиническая медицина» (46,2 ‰, 32,5 ‰, 33,2 ‰, 65,7 ‰), для укрупненной группы «Науки о здоровье и профилактическая медицина» с 2019 г. (3,9 ‰, 4,1 ‰, 5,2 ‰), для укрупненной группы «Сестринское дело» (77,5 ‰, 65,8 ‰, 74,4 ‰, 75 ‰).

Трудоустроились выпускники по профессиям укрупненной группы «Клиническая медицина» (92 %, 91 %, 84 %, 97 %), «Науки о здоровье и профилактическая медицина» (88 %, 99 %, 100 %), «Сестринское дело» (92 ‰, 91 ‰, 90 ‰, 93 ‰).

Выявлен территориальный дисбаланс в федеральных округах и медицинских организациях разных форм собственности (федеральная, субъекта РФ, муниципальная) по уровню средней заработной платы медицинских работников. Уровень средней заработной платы врачей медицинских организаций федеральной собственности ниже, чем по России в СЗФО (104533,5 руб.) в 1,1 раза, в СФО (84976,6 руб.) в 1,3 раз, в ЦФО (77889,6 руб.) в 1,4 раза, в ПФО (75462,5 руб.) в 1,5 раза, в ЮФО (70888,0 руб.) в 1,6 раз, в СКФО (54401,6 руб.) в 2 раза. Тем не менее выявлено, что в УФО (118485,5 руб.) уровень средней заработной платы врачей в

медицинских организациях федеральной собственности выше в 1,1 раз, чем по России и в ДФО (130313,0 руб.) выше в 1,2 раза чем по России.

В медицинских организациях, находящихся в собственности субъектов Российской Федерации, выявлены низкие показатели уровня средней заработной платы врачей в ЮФО (37601,8 руб., 40926,6 руб., 54673,2 руб., 54664,7 руб., 67452,0 руб.), СКФО (31754,7 руб., 34601,6 руб., 44685,3 руб., 45886,4 руб., 52478,7 руб.), ПФО (37067,5 руб., 41068,8 руб., 53663,9 руб., 55324,9 руб., 64747,3 руб.) и СФО (44575,8 руб., 47931,2 руб., 63565,5 руб., 65007,9 руб., 75798,3 руб.). Территориальный дисбаланс по уровню средней заработной платы медицинских организаций, находящихся в собственности субъектов РФ на 2021 г., ниже уровня по России (89636,0 руб.) выявлен в СФО (75798,3 руб.) в 1,2 раза, в ЦФО (70480,0 руб.) в 1,3 раза, в ЮФО (67452,0 руб.) в 1,3 раза, в ПФО (64747,3 руб.) в 1,4 раза, в СКФО (52478,7 руб.), в 1,7 раз. Тогда как выявлено, что выше, чем по России в СЗФО (96435,6 руб.) в 1,1 раз, в УФО (118748,8 руб.) в 1,3 раз, в ДФО (130404,0 руб.) в 1,5 раз.

Выявлен незначительный рост уровня средней заработной платы врачей медицинских организаций муниципальной собственности до 2019 г. (39250,0 руб., 42101,0 руб., 54844,0 руб., 58849,0 руб.) и снижение в 2021 г. (56653,0 руб.). Выявлена незначительная динамика и низкий уровень средней заработной платы врачей в медицинских организациях муниципальной собственности: СКФО (23842,6 руб., 21722,4 руб., 24504,4 руб., 22470,9 руб.), ПФО (20206,6 руб., 24038,5 руб., 26778,5 руб., 28229,9 руб., 32968,9 руб.), ЦФО (18130,7 руб., 22195,3 руб., 38857,0 руб., 38567,2 руб., 35698,9 руб.), СФО (21771,5 руб., 23215,4 руб., 32941,6 руб., 34425,8 руб., 40356,3 руб.), ЮФО (21597,7 руб., 26219,6 руб., 35383,0 руб., 35690,9 руб., 43607,3 руб.), УФО (44913,5 руб., 41147,8 руб., 68498,7 руб., 62046,8 руб., 57013,2 руб.). Выявлен территориальный дисбаланс уровня средней заработной платы врачей медицинских организаций муниципальной собственности в сравнении с уровнем по Российской Федерации (56653,0 руб.): ниже уровень в ЦФО (35698,9 руб.) в 1,6 раз, в ЮФО (43607,3 руб.) в 1,3 раза, в СФО (40356,3 руб.) в 1,4 раз, в ПФО (32968,9 руб.) в 1,7 раз, в СКФО (22470,9 руб.)

в 2,4 раза. При этом в 2021 г. уровень выше, чем по России выявлен в таких федеральных округах, как УФО (57013,2 руб.) в 1,0 раз, в СЗФО (84537,7 руб.) и в ДФО (83361,7 руб.) в 1,5 раза. Для средних медицинских работников медицинских организаций федеральной собственности выявлена незначительная динамика и рост уровня средней заработной платы в Российской Федерации (34151,0 руб., 36472,0 руб., 45171 руб., 44801 руб., 56216,0 руб.) и в федеральных округах: ЦФО (25290,0 руб., 27083,0 руб., 33350,0 руб., 33166,2 руб., 41019,4 руб.), ЮФО (24360,2 руб., 25460,6 руб., 30703,4 руб., 29842,9 руб., 30188,3 руб.), СКФО (19744,4 руб., 21332,8 руб., 25550,7 руб., 24900,9 руб., 29010,3 руб.), в ПФО (25 295,3 руб., 31864,8 руб., 31341,7 руб., 39615,5 руб.) и в СФО (29581,9 руб., 30639,9 руб., 36646,46 руб., 35195,3 руб., 44487,0 руб.). Выявлен федеральный округ, в котором уровень средней заработной платы средних медицинских работников наиболее высокий в медицинских организациях федеральной собственности по стране - ДФО (44 946, 2 руб., 47889,3 руб., 55397,0 руб., 54409,7 руб., 68618,7 руб.). Уровень средней заработной платы в 2021 г. ниже уровня по Российской Федерации (56215,0 руб.) выявлен: в ЦФО (41019,4 руб.) в 1,4 раза, в СЗФО (49218,7 руб.) в 1,1 раз, в ЮФО (30188,3 руб.) в 1,5 раза, в СКФО (29010,3 руб.) в 1,8 раз, в ПФО (39615,5 руб.) и в СФО (44487,0 руб.) в 1,4 раза. Тогда как в УФО (61157,0 руб.) и ДФО (68618,7 руб.) уровень средней заработной платы выше в 1,1 раза и в 1,2 раза соответственно. Значительный территориальный дисбаланс уровня средней заработной платы средних медицинских работников в 2021 г. выявлен, как наиболее низкий в СКФО (29010,3 руб.) и наиболее высокий в ДФО (68618,7 руб.), в 2,4 раза. Значительно низкий уровень средней заработной платы среднего медицинского персонала медицинских организаций субъектов РФ выявлен в СКФО (18729,9 руб., 19451,1 руб., 22891,5 руб., 23611,6 руб., 26888,5 руб.). Уровень средней заработной платы выше уровня по Российской Федерации выявлен в федеральных округах: СЗФО (30723,9 руб., 32720,3 руб., 40276,9 руб., 44158,9 руб., 52738,3 руб.), УФО (32434,3 руб., 335460,0 руб., 48617,0 руб., 49873,1 руб., 60483,0 руб.), в ДФО (43597,8 руб., 46685,5 руб., 52420,2 руб., 55086,5 руб., 67490,6 руб.). Территориальный дисбаланс уровня средней заработной платы медицинских организаций, находящихся в

собственности субъекта РФ, ниже уровня по РФ выявлен в ЦФО (38534, 6 руб.) и в СФО (39125,8 руб.) в 1,2 раза, в ЮФО (34539,3 руб.) в 1,3 раза, в ПФО (33324,5 руб.) в 1,4 раза, в СКФО (26888,0 руб.) в 1,7 раз. Тогда как выше уровня по РФ выявлен в СЗФО (52738,3 руб.) в 1,2 раз и в ДФО (67490,6 руб.) в 1,5 раз. Территориальный дисбаланс уровня средней заработной платы достигает разницы в 2,5 раза: в СКФО (26888,5 руб.), в ДФО (67490,6 руб.).

Уровень и динамика средней заработной платы средних медицинских работников, работающих в медицинских организациях муниципальной собственности, имеет незначительную положительную динамику и низкий уровень по РФ (21673,0 руб., 22891,0 руб., 28013,0 руб., 29641,0 руб., 31119,0 руб.) и по федеральным округам: СКФО (14044,0 руб., 13675,4 руб., 17485,8 руб., 18011,3 руб., 21020 руб.), ЦФО (15520,2 руб., 16574,2 руб., 21525 руб., 22475 руб., 25940,3 руб.), ЮФО (16563,5 руб., 17394,2 руб., 21366,9 руб., 20626,5 руб., 24168,7 руб.), ПФО (14462,4 руб., 15977,8 руб., 18672,4 руб., 19540,4 руб., 22809,2 руб.). Положительная динамика уровня средней заработной платы выявлена в СЗФО (18861,4 руб., 18706,6 руб., 27993,4 руб., 29986,9 руб., 37721,9 руб.), УФО (27822,9 руб., 24098,3 руб., 36011,0 руб., 36202,7 руб., 36418,5 руб.) и ДФО (32157 руб., 34904,0 руб., 43553,2 руб., 46314,3 руб., 52644,9 руб.). В 2021 г. выявлен низкий уровень средней заработной платы в ЦФО (22475,0 руб.) и в ЮФО (24168,7 руб.) в 1,3 раз, в ПФО (22809,2 руб.) в 1,4 раза, в СКФО (21020,0 руб.) в 1,5 раза. Тогда как выше, чем по Российской Федерации в УФО (36418,5 руб.) в 1,2 раза и в ДФО (52644,9 руб.) в 1,7 раз.

Выявлено, что планируют работать по специальности только 62,4 % будущих выпускников образовательных организаций медицинских специальностей высшего образования. Ожидания будущих выпускников вузов совпали на 100 % с предложением уровня заработной платы в медицинских организациях федеральной собственности в ДФО и УФО, и в 51,9 % случаев в медицинских организациях собственности РФ в СЗФО, УФО и ДФО. Уровень заработной платы 81000 - 91000 руб. соответствует ожиданиям выпускников при трудоустройстве в медицинские организации муниципальной собственности в СЗФО, ДФО и федеральной

собственности в СФО в 37,2 % случаев. В 29,2 % случаев выпускники выберут медицинские организации, находящиеся в собственности субъекта РФ (ЦФО, СФО) и федеральной собственности в (ПФО) при уровне заработной платы 71000 – 80000 руб. Только в каждом пятом случае (18,2 %) будущие выпускники образовательных организаций высшего образования будут готовы трудоустроиться при уровне заработной платы 61000 – 70000 руб. в медицинские организации, находящиеся в собственности субъектов РФ в ЮФО, ПФО и федеральной собственности в ЦФО, ЮФО. В медицинских организациях СКФО в основном только в медицинские организации, находящиеся в собственности субъектов РФ и федеральной собственности (по 11,2 %), а также в УФО - в медицинские организации муниципальной собственности при уровне заработной платы 51000 – 60000 руб. Предлагаемый уровень заработной платы в медицинских организациях муниципальной собственности не совпадает с ожиданиями выпускников с высшим образованием в 41,9 % случаев.

Выявлено, что планируют работать по специальности только 41,7 % выпускников среднего профессионального образования. При этом ожидаемую выпускниками заработную плату 71000 – 100000 руб. и выше, для средних медицинских работников, не предлагается ни в одной медицинской организации РФ. Для 63,6 % будущих выпускников среднего профессионального образования ожидания уровня заработной платы не соответствует предложениям работодателей. При уровне заработной платы 61000 – 70000 руб. ожидания уровня заработной платы совпадают с предложениями в медицинских организациях федеральной собственности в УФО, ДФО (по 36,4 %). При уровне заработной платы 51000 – 60000 руб. ожидания совпадают с предложениями медицинских организаций муниципальной собственности в ДФО (21,9 %) и медицинских организаций собственности субъектов РФ в СЗФО (21,9 %). Уровень заработной платы 41000 – 50000 руб. является привлекательным для трудоустройства только для 10,4 % выпускников в медицинские организации федеральной собственности в ЦФО, СЗФО, СФО. Только в 4,9% случаев выпускники могут трудоустроиться с уровнем заработной платы 31000 – 40000 руб. в медицинские организации

муниципальной собственности (СЗФО, УФО), медицинские организации субъектов РФ (ЮФО, ПФО, ЦФО, СФО) и медицинские организации федеральной собственности (ЮФО, ПФО). Предлагаемый уровень заработной платы в размере 20000 – 30000 руб., в медицинских организациях разных форм собственности государственной и муниципальной систем здравоохранения в СКФО и рассматривает как возможность трудоустроится только 1,1% будущих выпускников в медицинские организации муниципальной собственности в ЦФО, СФО, ЮФО, ПФО. Ожидания уровня заработной платы выпускников среднего профессионального образования в 72,1% случаев муниципальной собственности не совпадают с предложениями работодателей.

Выявлено, что основным видом профориентационной работы в России являются профильные химико-биологические медицинские 10 –11 классы (70%), клубы и общественные объединения (25%), проведение психологического тестирования (25%), в 20% случаев профориентацией школьников занимаются центры молодежной инновационной политики. Профориентацию проводят в школах начиная с 7 класса (0,75%), в основном в 9 классе (41,5%), 10 классе (30,5%), 11 классе (21,5%). Студенты вуза (55,1%) указали на то, что в школе для них проводилась профессиональная ориентация, но считают полезной для их выбора профессии проведенную профессиональную ориентацию в школе только 16,2% студентов. Тем не менее 76,8% студентов вуза указали на то, что профориентационные мероприятия необходимо проводить в период обучения в вузе. Студенты медицинских специальностей вуза, не могут определиться с профессиональной траекторией практически до 6 курса, значимым этапом для определения с профессией является 3 курс обучения, так как на третьем курсе 97,9% студентов считает, что смогли определиться с профессией. Отметили необходимость в консультации при выборе профессии 38 % студентов. Ординаторы (44,5 %) и врачи (38 %) подтвердили, что профессиональную ориентацию проводилась только в школе. Востребованными видами профориентационных мероприятий для школьников при выборе профессии, специальности в школе являются «Тематические классные часы» (54,3 %), «Дни

открытых дверей» (44,7 %) и «Психологическое тестирование» (41,2 %). Практикоориентированный «Предпрофессиональный экзамен» (практическая часть) является современным эффективным мероприятием профориентации школьников для выбора медицинской профессии и специальности, так как определяет правильность выбора профессии в каждом втором случае участия выпускника в предпрофессиональном экзамене (практической части) (2018 г.: 50,2% $\pm$ 1,1%). Тем не менее практически 49,5 % школьников не могут определиться с выбором будущей профессии. Выявлено, что 90,5 % студентов считают, что правильно выбрали профессию, при этом 9,5 % считают, что сделали неверный выбор профессии. Определились, что правильно выбрали специальность только 57,7 % студентов СПО, 42,3 % считают, что сделали неверный выбор. Не были готовы к выбору специальности до поступления в ординатуру 32,4 % ординаторов. При этом 84,5 % ординаторов указали на то, что в период обучения в вузе проводить профориентационные мероприятия необходимо. Выявлено, что только 49 % врачей считают, что правильно выбрали свою профессию, и практически каждый четвертый врач считает, что выбор профессии был не правильным (24 %), 27 % затруднились с ответом.

Выявлено, что для правильного выбора профессии и специальности нужна профориентационная работа считают школьники (45,8 %), студенты СПО (47,4 %), для ординаторов профориентационная работа была полезной в 43,8 % случаях. Выявлено, что 62 % ординаторов совмещали обучение в вузе с работой и 66 % из работающих в период обучения в вузе (студентами) указали на то, что это помогло им при выборе специальности. Выявлено, что 87,3 % врачей медицинских организаций считают, что профориентационную работу необходимо проводить для правильного выбора профессии. В период обучения студентам необходимо работать в должностях среднего медицинского персонала в медицинских организациях, считают врачи (80,8%).

Комплексное исследование выявило, что для школьников, ведущими факторами, влияющими на выбор профессии, являются «педагоги» (0,97), «друзья, знакомые» (0,97), «семья» (0,89), «профориентационная работа» (0,83). При выборе

специальности школьники на первое место ставят факторы «семейная династия» (2,0), «способности к медицине» (1,7) и мотивы «уровень дохода» (1,9), «востребованность специальности» (1,7). Ведущими факторами для студентов вуза являются «способности к медицине» (12,1), «педагоги» (15,2), «друзья и знакомые» (11); на выбор специальности влияет мотив «престиж» (20,1) и факторы «личные склонности» (6,0) и «способности к медицине» (5,9). Ведущими факторами выбора профессии ординаторы считают «самостоятельность выбора» (2,4 балла) и «способности» (2,2 балла), «друзья и знакомые» (1,9 баллов), тогда как на выбор медицинской специальности влияют мотивы «уровень дохода» (5,3 балла), «престиж специальности» (3,4 балла) и фактор «способности к медицине» (3,5 балла). Факторами выбора профессии для врачей являются «самостоятельный выбор» (4,0), «педагоги» (3,9 баллов), «профориентационная работа» (3,7). На выбор специальности влияет мотив «уровень дохода» (5,5) и факторы «личные склонности» (5,7) и «способности к медицине» (5,3).

Выявлено, что в период обучения с 1 курса по 4 курс у студентов медицинских специальностей ухудшается состояние здоровья по классу «Болезни нервной системы» по специальностям: «лечебное дело» ($R^2=0,0679$), «педиатрия» ($R^2=0,0679$), «медико-профилактическое дело» ($R^2=0,6034$), «стоматология» ($R^2=0,5853$).

Выявлен рост уровня заболеваемости нозологической формой «R 53 - Недомогание и утомляемость»: на первом курсе по специальности «лечебное дело» встречается у каждого 9 (11%) студента, через 4 года обучения практически у каждого пятого студента (18,6%), на первом курсе по специальности «педиатрия» встречается у каждого 7 (15,3%) студента, через 4 года обучения практически у каждого шестого студента (17%), на первом курсе по специальности «медико-профилактическое дело» встречается у каждого пятого (23,8%) студента, через 4 года обучения практически у каждого третьего студента (26,6%), на первом курсе по специальности «стоматология» встречается у каждого девятого (13%) студента, через 4 года обучения практически у каждого пятого студента (20,3%).

Выявлено, что у студентов медицинских специальностей на первом, втором курсах фазы синдрома эмоционального выгорания не сформированы. На третьем курсе обучения начинает формироваться фаза «Резистенции» (37 балл). На 4 курсе начинает формироваться фаза «Истощения» (41 балл). На 5 курсе уже сформирована фаза «Резистенция» (78 баллов), начинает формироваться фаза «Напряжение» (40 баллов). Симптом «Редукция профессиональных обязанностей», показывающий нежелание профессиональной деятельности и стремление как можно меньше времени тратить на выполнение профессиональных обязанностей начинает формироваться у студентов на 5 курсе и этот симптом сформирован на 6 курсе, что обосновывает влияние периода обучения на возможность ухода из профессии выпускников образовательных организаций.

Выявлено, что студенты среднего профессионального образования в 28,9 % не планируют работать в медицине. При этом 85,7 % студентов СПО считают, что для реализации в профессии необходимо хорошее здоровье и желание работать в практическом здравоохранении (по 52 %). Тогда как современный образ жизни студентов СПО практически в каждом втором - третьем случае имеет факторы риска: употребление алкоголя (55,3 % $\pm$ 2,5 %), неправильное питание (54,5 % $\pm$ 2,5 %), курение (38 % $\pm$ 2,4 %), неправильный режим сна (35% $\pm$ 2,3%), низкий уровень физической активности (30 % $\pm$ 2,2 %). Модель образа жизни студентов медицинских специальностей следующая: ведущими факторами риска для здоровья студентов являются «курение», «неправильное питание», «неправильный режим сна», данные факторы сильно и быстро воздействуют на состояние здоровья в период обучения. Оценка студентами организации и оказания медицинской помощи в период обучения, как фактора, влияющего на отток из профессии, выявила, что обращение к специалистам в медицинские организации студенты оценивают, как положительный опыт в 38 % случаев, 51 % оценивают, что опыт был не всегда положительный и 11% указали на негативный опыт.

Выявлено, что профессия «медицинская сестра», в высшем образовании – направление подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) является не престижной медицинской профессией, подтвержденное современными

школьниками, так как только в 0,5 % выберет данное направление подготовки, низкий уровень востребованности абитуриентами (1,9 ‰) и негативное восприятие профессии в обществе по уровню «социального самовосприятия» бакалаврами «сестринское дело» (1,7, ≤ 2), также подтверждается врачами (87,2 ‰), считающих что профессия «медицинская сестра/медицинский брат» является непрестижной, при значительном кадровом дефиците данной профессиональной группы в российском здравоохранении. Выявлено недостаточно отрегулированное нормативное обеспечение трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» в здравоохранение, отсутствует единая терминология названий должностей в квалификационных требованиях, в номенклатуре должностей и в порядках оказания медицинской помощи по соответствующему профилю. Отсутствует утвержденный профессиональный стандарт для решения проблемы трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» на должности «медицинская сестра/медицинский брат», включающий обобщённые трудовые функции в соответствии с должностями и профессиональными задачами для выпускников бакалавриата «сестринское дело». Выявлено, что уровень магистратуры для медицинских сестер реализуется в ведущих рейтинговых университетах во многих странах мира (рейтинг *Times Higher Education's World University*), но для российских университетов это остается новым направлением. Опыт реализации профиля магистратуры «Управление сестринской деятельностью» выявил востребованность магистратуры в области сестринского дела для руководителей сестринского персонала, как повышение профессионального уровня и для карьерного роста профессии (72 ‰). Руководители сестринского персонала считают, что для развития профессиональной карьеры в профессии «медицинская сестра» в современном образовании востребована магистратура (70 ‰) в очно-заочной (75 ‰), очной (44,4 ‰) и заочной (47,9 ‰) форме обучения. Восприятие профессии «медицинская сестра» студентами - бакалаврами «сестринское дело» показало, что для российских студентов в профессии является важным быть технически грамотным при выполнении манипуляции (1,1 балл), внимательно выслушивать пациента (1,2

балла), обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.) (1,5 баллов), объяснять пациенту суть предстоящей процедуры (1,5 баллов), измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.) (1,6 баллов). Выявлена значительная разница оценки психосоциальных и технических аспектов в обучении бакалавров «сестринского дела» между странами: Словенией ($M = 108,9$; $SD = 9,2$), Россией ($M = 107,1$; $SD = 8,2$), Китаем ($M = 102,8$; $SD = 9,7$) и Хорватией ($M = 110,0$; $SD = 8,6$). На первом курсе ($F(1,596) = 15,461$, $p < 0,001$) достоверно выявлено более низкое значение CDI-25 на 1 курсе ($M = 107,2$; $SD = 8,6$) по сравнению с 3 курсом ($M = 108,6$; $SD = 9,5$). В Российской Федерации не выявлено влияние биомедицинской модели на сестринскую практику: медицинские сестры воспринимают профессию как решение технических манипуляционных задач, тогда как другие страны делают упор в подготовке для бакалавров «сестринского дела» на усилении психосоциальных и культурных особенностях ухода за пациентами.

ВЫВОДЫ

1. Проведенный анализ кадровой обеспеченности здравоохранения Российской Федерации выявил сохраняющийся в течение последних десяти лет низкий уровень обеспеченности врачами, что подтверждается темпом убыли (- 20,3%) и тенденцией к росту (коэффициент аппроксимации $R^2 = 0,8748$). За пятилетний период выявлен низкий уровень обеспеченности врачами в сельском здравоохранении, что подтверждается темпом убыли в Российской Федерации в целом (- 5,4 %).

2. Выявлен низкий уровень кадровой обеспеченности и значительный темп убыли средних медицинских работников в Российской Федерации (- 9,2 %), что подтверждается темпом убыли акушеров (- 13,2 %), лаборантов (- 19,5 %), зубных врачей (- 32,6%), медицинских лабораторных техников (- 5,2 %). Отмечается низкий уровень и отрицательная динамика обеспеченности медицинскими сестрами, при значительном темпе их убыли (- 6,9 %), бакалаврами «сестринское дело» (- 16,7%) и кадровый дисбаланс «врач - медицинская сестра» (1: 1,97).

3. Анализ современных подходов к профессиональной ориентации выявил, что для определения школьников с выбором медицинской профессии и специальности требуется ее проведение в 9 - 11 классах, при этом целесообразно применять практикоориентированный компонент «Предпрофессиональный экзамен». Выявлено, что для студентов медицинских специальностей профессиональную ориентацию необходимо проводить в период обучения, что подтверждено результатами опросов студентов вуза (76,8%), ординаторов (84,5%) и врачей (87,3%). Ординаторы (66%) и врачи (80,8%) считают необходимым компонентом выбора специальности работу студентов в должностях среднего медицинского персонала.

4. Ведущими факторами выбора медицинской профессии являются «педагоги», «друзья и знакомые», «семья», «самостоятельность выбора».

Ведущими мотивами выбора медицинской специальности являются «престиж», «востребованность специальности», «уровень дохода». Основными факторами выбора медицинской специальности являются «способности к медицине» и «личные склонности».

5. Трудоустройство выпускников образовательных организаций среднего профессионального и высшего образования имеет положительную динамику. Выявлен рост их трудоустройства по целевому направлению. При этом трудоустройство выпускников по направлению подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) имеет положительную динамику за пятилетний период, в том числе по целевому направлению (22,0 %). В то же время они могут трудоустроиться в медицинские организации только со средним профессиональным образованием.

6. Ожидания уровня заработной платы студентами среднего профессионального и высшего образования не совпадают с предложениями работодателей в большинстве регионов Российской Федерации.

7. Выявлено, что в современных условиях профессия «медицинская сестра», направление подготовки «сестринское дело» (уровень бакалавриата) является непрестижной профессией для школьников (1,9%). Основными причинами невостребованности профессии является низкий уровень престижа в профессиональной среде, что подтверждается социологическими исследованиями врачей (87,2%). Нормативное обеспечение трудоустройства выпускников бакалавриата «сестринское дело» в здравоохранение, разработка и утверждение профессионального стандарта, реализация уровня магистратуры будет способствовать развитию профессии «медицинская сестра».

8. Выявлено негативное влияние периода обучения на состояние здоровья студентов по классу «Болезни нервной системы» для специальностей «медико-профилактическое дело» ($R^2=0,6034$), «стоматология» ($R^2=0,5853$), «лечебное дело» ($R^2=0,0679$), «педиатрия» ($R^2=0,0243$). Ведущими факторами риска, в образе жизни студентов медицинских специальностей, воздействующими на состояние здоровья в период обучения являются «неправильное питание» (54,5 %), «курение»

(38 %), «неправильный режим сна» (35 %). К окончанию периода обучения у студентов медицинских специальностей развивается симптом «редукция профессиональных обязанностей» и формируется нежелание профессиональной деятельности, что показывает влияние состояния здоровья в период обучения на возможность ухода из профессии.

9. Разработанная, апробированная и внедренная модель векторной профессиональной ориентации в образовательных организациях среднего профессионального и высшего образования позволит повысить информированность школьников о медицинских профессиях, студентов о специальностях; снизить показатели ухода из профессии выпускников; повысить эффективность подбора и отбора кадров для медицинских профессий и в целом будет способствовать совершенствованию кадровой обеспеченности здравоохранения.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

В результате выполнения диссертационного исследования, на основе полученных данных, на федеральном уровне Министерству здравоохранения Российской Федерации полагаем целесообразным рассмотреть возможность:

- выступить с законодательной инициативой по разработке унифицированных подходов к финансовой поддержке выпускников образовательных организаций при трудоустройстве в медицинские организации для предотвращения оттока молодых специалистов из здравоохранения регионов.

- создания многоуровневой профориентационной системы «школа – СПО – вуз – медицинская организация» с практико-ориентированным этапом оценки профессионального ориентирования готовности к медицинской профессии и специальности в Центрах карьеры для обучающихся в вузах Министерства здравоохранения Российской Федерации.

- выделения государственного задания медицинским вузам Министерства здравоохранения Российской Федерации на выполнение научных исследований по анализу состояния здоровья и факторов, его определяющих, для разработки технологий здоровьесбережения студентов в период обучения и профилактики болезней нервной системы и синдрома эмоционального выгорания.

- развития двухуровневой подготовки специалистов с высшим образованием в области сестринского дела (базовое - бакалавриат и специализированное – магистратура) и определить переходный период вступления в управленческие должности руководителей сестринского персонала в здравоохранении только лицам с высшим образованием.

- утверждения проекта профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат», включающего уровень квалификации и обобщённые трудовые функции для выпускников бакалавриата «сестринское дело».

- внесения изменений в форму федерального статистического наблюдения N 30 "Сведения о медицинской организации" в раздел II «Штаты медицинской организации», таблица 1100 «Должности и физические лица медицинской организации» включить новую строку «Управление сестринской деятельностью (магистратура)».

На региональном уровне органам управления здравоохранением субъектов Российской Федерации рекомендуется рассмотреть возможность:

- введения механизмов материального стимулирования выпускников образовательных организаций при трудоустройстве в медицинские организации.

На уровне медицинской организации руководителям рекомендуется рассмотреть возможность:

- приоритетного трудоустройства на управленческие должности руководителей сестринской службы медицинских сестер с высшим образованием.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ВПО – высшее профессиональное образование

ВУЗ – высшее учебное заведение

ДФО - Дальневосточный федеральный округ

ЗОЖ – здоровый образ жизни

ОСЭР – Организация экономического сотрудничества и развития

ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни

ПФО – Приволжский федеральный округ

Росстат – Федеральная служба государственной статистики

СЗФО – Северо-западный федеральный округ

СНК – студенческий научный кружок

СКФО – Северо-Кавказский федеральный округ

СПО – среднее профессиональное образование

СФО – Сибирский федеральный округ

СЭВ – синдром эмоционального выгорания

США – Соединенные Штаты Америки

УФО – Уральский федеральный округ

ФГОС – федеральный государственный образовательный стандарт

ЦФО – Центральный федеральный округ

ЮФО – Южный федеральный округ

DREEM – Dundee Ready Educational Environment Measure

COVID – COronaVIrus Disease

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Айвазян, М. А. Анализ причин кадрового дефицита медицинских работников в Российской Федерации / М. А. Айвазян, М. В. Водолагин. – Текст: непосредственный // Университетская наука: взгляд в будущее: сборник научных трудов по материалам Международной научной конференции, посвященной 87-летию Курского государственного медицинского университета (4 февраля 2022 года): в 2 т. / Курский гос. мед. ун-т; под ред. В.А. Лазаренко. – Курск: КГМУ, 2022. – Т. 2. – С. 256 - 257.
2. Айвазян, Ш.Г. Социальная трансформация профессиональной роли участкового врача-терапевта в современных социально-экономических условиях: специальность 14.02.05 Социология медицины: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Айвазян Шогик Грандовна ; ФГБОУ ВО Ростовский государственный медицинский университет Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2020. – 237 с.
3. Акишина, А. М. Здоровый образ жизни студентов в современных условиях / А. М. Акишина, Е. В. Кетриш. – Текст: непосредственный // Физическая культура, спорт и здоровье студенческой молодежи в современных условиях: проблемы и перспективы развития: материалы Региональной студенческой научно-практической конференции / ФГАОУ ВО «Рос. гос. проф. - пед. ун-т». - Екатеринбург, 2021. – С. 10 - 13.
4. Аксенова, Е. И. Показатели доступности и качества медицинской помощи, обеспечивающие удовлетворенность населения медицинской помощью в различных странах мира: Экспертный обзор / Е. И. Аксенова, О. В. Бессчетнова. – Москва: Государственное бюджетное учреждение города Москвы «Научно-исследовательский институт организации здравоохранения и медицинского менеджмента Департамента здравоохранения города Москвы», 2021. – 40 с. – ISBN 978-5-907404-54-0. – Текст: непосредственный.
5. Актуальные вопросы развития кадрового потенциала в здравоохранении / А.В. Белостоцкий, О.В. Гриднев, Н.К. Гришина, К.Ю. Манилкина, Е.А. Значкова //

Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2016. – 24 (4). – С. 230-235.

6. Алексеева, Е.Е. Совершенствование подготовки и профессиональной реализации специалистов со средним медицинским образованием на региональном уровне: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Алексеева Елена Евгеньевна; ФГБОУ ВО «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Минздрава России. – Саратов, 2018. – 207с.
7. Алексеева, Н.В. Анализ проблем развития кадрового потенциала сферы здравоохранения / Н.В. Алексеева, Е.А. Маршалкина // Правовестник. – 2018. – № 3 (5). – С. 54-59.
8. Анализ врачебных кадров государственных медицинских организаций Иркутской области / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров, Н.Ю. Алексеева, И.В. Маевская // Уральский медицинский журнал. – 2019. – № 2 (170). – С. 126 - 132.
9. Анализ обеспеченности и укомплектованности врачами-терапевтами участковыми в Российской Федерации за период 2007-2016 гг. / М. А. Иванова, В.В. Люцко, А.В. Гажева, Е.В. Огрызко // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – № 1-2. – С. 11-21.
10. Анализ состояния здоровья студентов на основании требований формирования медицинских групп для занятий физической культурой / Подберезко Н.А., Кузнецова Е.Д., Воронцов П.Г., Поляков А.М. // Теория и практика физической культуры. – 2022. – № 4. – С. 84.
11. Анализ факторов, влияющих на образ жизни университетской молодежи. / Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, А.Т. Барабошин, Г.С. Маскова // Вопросы школьной и университетской медицины и здоровья. – 2020. – № 2. – С. 52-56.
12. Андриенко, О.А. Особенности профессионального самоопределения обучающихся старших классов средних общеобразовательных школ / О.А. Андриенко // Перспективы Науки и Образования. – 2018 – № 2 (32) – С. 124-128.

13. Антонова, А.А. Особенности питания студентов медицинского вуза / А.А. Антонова, Г.А. Яманова, И.С. Бурлакова // Международный научно-исследовательский журнал. – 2021. – № 4-2 (106). – С. 78-81.
14. Артамонов, И. В. Здоровоохранение сельских территорий – один из факторов их трансформации / И.В. Артамонов. – Текст: непосредственный // Молодые ученые экономике региона: материалы XIX Всероссийской научно-практической конференции с международным участием. – Вологда, 2020. – С. 127-133.
15. Атрощенко, А.Н. Социально - экономические проблемы распределения врачей общей практики по регионам РФ / А.Н. Атрощенко, В.А. Усманов, А.С. Мазур // Менеджмент и экономика здравоохранения. – Москва. – 2020. – Т. 1. – С. 98 - 101.
16. Ауелбекова, Ж. Б. Оценка кадровой политики медицинских специалистов среднего звена / Ж.Б. Ауелбекова // Вестник КАЗНМУ. – 2012. – № 2 – С. 299-300.
17. Ахмаева, Л.Г. Аспекты выбора абитуриентами среднего специального или высшего учебного заведения / Л.Г. Ахмаева, А.И. Еремеева // Цифровая социология. – 2020. – Т.3. – № 1. – С. 27 - 32.
18. Батаршев, А.В. Психология личности и общения / А.В. Батаршев; – Москва: Владос, 2003. – 296 с. ISBN 5-691-01025 -5. – Текст: непосредственный.
19. Башегурова, Е.В. Особенности питания студентов медицинского вуза / Е.В. Башегурова, Л.Н. Гайфиева // Актуальные научные исследования в современном мире. – 2021. – № 12-1 (80). – С. 38 - 42.
20. Башкуева, Е.Ю. Удовлетворенность врачебного персонала многопрофильной больницы как фактор повышения качества и безопасности медицинской деятельности / Е. Ю. Башкуева // Общество: социология, психология, педагогика. – 2019. – № 12 (68). – С. 30 - 34.
21. Башмаков, О.А. Социологические аспекты технологизации управления кадровыми процессами в системе российского здравоохранения в условиях модернизации / О.А. Башмаков, А.К. Алиев, Д.Ю. Каримова – Текст: электронный // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. – 2018; №4 (64).

URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1001/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).

22. Беляев, С. А. О проблемах обеспеченности населения средним медицинским персоналом в Курской области. / С.А. Беляев // Карельский научный журнал. – 2018. – Т. 7. – № 1 (22). – С. 91 - 94.
23. Бизин, С.В. Стратегический анализ региональной молодежной политики и оценка кадровой обеспеченности региона / С.В. Бизин // Экономика, предпринимательство и право. – 2022. – № 2. – С. 879 - 896.
24. Биологический возраст как один из показателей состояния здоровья студентов-медиков / Н.Ю. Губарь, А.С. Сухаруков, А.Н. Блинов, О.В. Сухарукова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 1. – С. 83 - 85.
25. Богдан, И. В. Социологическое исследование содержательных аспектов образа медицинской сестры / И.В. Богдан, С.Ю. Кацаурова, Д.П. Чистякова. //Известия высших учебных заведений. Социология. Экономика. Политика. – 2023. – № 1. – С. 41 - 53.
26. Богомоллова, О.Ю. Проблема мотивационной готовности к выбору профессии у студентов вузов / О.Ю. Богомоллова // Азимут научных исследований: педагогика и психология. – 2019. – Т. 8. – № 2 (27). – С. 302 - 304.
27. Бодров, А.В. Высшее медицинское образование: бакалавриат-магистратура / А.В. Бодров // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2018. – № 2 – С. 160 - 168.
28. Бодров, А.В. Высшее сестринское образование: преемственность бакалавриата и магистратуры // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2023. – № 1. – С. 418 - 434.
29. Бойко, В.В. Синдром эмоционального выгорания в профессиональном общении / В.В. Бойко. – СПб.: Сударыня, 1999. – 28 с. – ISBN 5-87499-048-8. – Текст: непосредственный.
30. Болдина, М.А. Понятие и сущность профориентационной работы в образовательном учреждении / М.А. Болдина, Е.В. Деева // Современные проблемы образования. – 2012. – № 12 (046) – С. 431 - 439.

31. Большакова, П.Н. Табакокурение студентов медицинских вузов (обзор литературы) / П.Н. Большакова // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2020. – № 1-2. – С. 36 - 42.
32. Бондарь, Н.В. Состояние здоровья школьников и здоровьесберегающие мероприятия / Н.В. Бондарь // Наука – 2020. – 2018. – № 9 (25) – С. 5 -10.
33. Боровец, Е.Н. Особенности социально-психологической адаптации студентов первого курса педагогического вуза разных профилей обучения / Е.Н. Боровец, Я.Л. Завьялова, С.Р. Савина. – Текст: непосредственный // Наука и социум: Материалы XIV Всероссийской научно-практической конференции с международным участием, Новосибирск, 13 мая 2020 года. – Новосибирск, 2020. – С. 6 -11.
34. Боровкова, С.Н. Современные тенденции кадрового обеспечения системы здравоохранения ЯНАО / С.Н. Боровкова, Т.И. Расторгуева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2015. – № 2. – С. 51- 54.
35. Будницкая, М.В. Мотивация врачей как характеристика профессиональной группы / М. В. Будницкая, М. А. Мамус, О. А. Строменко // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1. – С. 4.
36. Бурлова, Н.Г. Организационная модель профессионального развития медицинских специалистов среднего звена: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Бурлова Наталья Геннадьевна; ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Москва, 2018. – 216 с.
37. Валеева, Р.Р. Исследование факторов, влияющих на выбор учебного заведения абитуриентами / Р.Р. Валеева, Г.Р. Хусаинова // Глобальный научный потенциал. – 2020. – № 12 (117). – С. 136 - 138.
38. Васильева, Е.П. Образовательная среда вуза как объект управления и оценки / Е.П. Васильева // Университетское управление: практика и анализ. – 2011. – № 4. – С. 76-82.

39. Васнецова, О.А. Маркетинговые исследования в здравоохранении / О.А. Васнецова; – Москва: Товарищество научных изданий, 2008. – 210 с.; ISBN: 978-5-87317-422-5. – Текст: непосредственный.
40. Введение в медицинскую профессию: уход за пациентами и безопасность больничной среды: учебно-методическое пособие для школьников медицинских классов / А.Г. Жилиев, М.А. Мещярикова, Е.В. Фомина [и др.]; под ред. Н.А. Касимовской; – Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2017. – 164 с. – Текст: непосредственный.
41. Власова, О. В. Заработная плата как фактор мотивации медицинского персонала в системе повышения качества медицинских услуг / О.В. Власова // Азимут научных исследований: экономика и управление. – 2020. – Т. 9. – № 1 (30). – С. 118 -121.
42. Влияние факторов риска на содержание понятия «здоровье» у студентов медицинского вуза / Н.А. Кетова, Ю.Л. Перова, М.О. Бабкин, А.Н. Павлов // Коллекция гуманитарных исследований. – 2018. – № 5 (14) – С. 51-57.
43. Водопьянова, Н. Е. Синдром выгорания. Диагностика и профилактика: практическое пособие / Н. Е. Водопьянова, Е. С. Старченкова. — 3-е изд., испр., и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 299 с.— ISBN 978-5-534-08627-0. — Текст: электронный. URL: <https://urait.ru/bcode/514558> (дата обращения: 17.07.2023).
44. Воробьев, М.В. Анализ условий труда и состояния здоровья врачей стоматологов в медицинских организациях различной формы собственности / М. В. Воробьев, Ш. Ф. Джураева // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2020. – № 2. – С. 21 - 25.
45. Врачи массово увольняются из-за низких зарплат. Какими уловками можно удержать персонал, а какие вне закона// Правовые вопросы в здравоохранении. – 2020. – № 1. – С. 102 - 110.
46. Всемирная организация здравоохранения. Вместе выстроим лучше. Дорожная карта для осуществления Глобальных стратегических направлений укрепления сестринского и акушерского дела в Европейском регионе ВОЗ /

- Европейское региональное бюро ВОЗ. – Копенгаген, 2022. – Текст: электронный. URL: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/350995>. (дата обращения: 17.07.2023).
47. Выпускники среднего профессионального и высшего образования на российском рынке труда: информационный бюллетень / М. В. Лопатина, Л. А. Леонова, П. В. Травкин, С. Ю. Рошин, В. Н. Рудаков; под науч. ред. С. Ю. Рощина, В. Н. Рудакова; – Москва: Изд. дом Высшей школы экономики, 2020. – 72 с. – ISBN 978-5-7598-2195-3 (в обл.). – ISBN 978-5-7598-2089-5 (e-book). – Текст: непосредственный.
48. Вяткина, Н. Ю. Трудовая занятость выпускников медицинских вузов: основные дискурсы изучения / Н.Ю. Вяткина, Н.В. Присяжная, Б.А. Вассерман // Социология медицины. – 2018. – № 17 (2). – С. 88–97.
49. Гаврилов, Э.Л. Оплата труда медицинских работников как метод управления персоналом в системе здравоохранения / Э.Л. Гаврилов, Н.О. Аслибекян, Е.А. Шевченко // Вестник Национального медико-хирургического центра им. Н.И. Пирогова. – 2017. – Т. 12. – № 1. – С. 73 - 78.
50. Гаирбеков, М.М. Проблемы формирования потребности в здоровом образе жизни у студенческой молодёжи / М.М. Гаирбеков, Ф.У. Базаева // МНКО. – 2019. – № 5 (78). – С. 210-211.
51. Гайфуллина, Н.Г. Профессиональное самоопределение старшеклассников в условиях профильной и непрофильной школы / Н.Г. Гайфуллина, Г.К. Самойлова // Проблемы современного педагогического образования. – 2019. – № 64-4. – С. 298-301.
52. Галанова, Г.И. Качество медицинской помощи – национальная проблема государства / Г. И. Галанова // Метаморфозы. – 2019. – № 26. – С. 62 - 69.
53. Гареева, И.А. Здоровый образ жизни студенческой молодежи как социальная ценность и реальная практика (по материалам социологического исследования) / И.А. Гареева, А.В. Конобейская // Власть и управление на Востоке России. – 2020. – № 4 (93). – С. 178 -190.

54. Герсонская, И.В. Система здравоохранения в России: основные проблемы и возможные пути их решения / И.В. Герсонская // Вестник Челябинского государственного университета. – 2023. – № 3(473). – С. 53 - 63.
55. Говорушенко, А.В. Академическая адаптация студентов – первокурсников к обучению в вузе / А.В. Говорушенко // Гуманитарные исследования. Педагогика и психология. – 2021. – № 6. – С. 16 - 21.
56. Годфруа, Ж. Что такое психология / Ж. Годфруа ; – Москва : Мир, 1999. – 491 с.: ил.; ISBN 5-03-001901-4. – Текст : непосредственный.
57. Горбачева, А.И. Анализ трудовых ресурсов в здравоохранении / А.И. Горбачева // Политика, экономика и инновации. – 2021. – № 5 (40). – С.1- 5.
58. Григорьев, Г.И. Анализ основных мотивов выбора будущей профессии студентами медицинского института / Г.И. Григорьев, Р.Е. Ефремов, Л.А. Апрос // Вестник северо-восточного федерального университета имени М.К. Аммосова. Серия «медицинские науки» – 2017. – № 2 (07) – С. 5 - 12.
59. Гуртов, В.А. Трудоустройство по специальности с позиции выпускника. / В.А. Гуртов, Л.М. Серова, Е.А. Федорова //Высшее образование в России. – 2021. – № 12 – С. 22 - 28.
60. Гурьянов, М. С. Научное обоснование формирования здоровьесберегающего поведения медицинских работников (на примере Нижегородской области): специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Гурьянов Максим Сергеевич; Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Нижегородская государственная медицинская академия» Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. – Рязань, 2011. – 290 с.
61. Давлетшина, Л.А. Влияние потребностей регионального рынка труда и профильного обучения на профессиональный выбор школьников / Л.А. Давлетшина, М.Р. Шаехов // Гуманитарные исследования Центральной России. – 2021. – № 2 (19). – С. 53-61.

62. Двойников, С.И. Перспективы развития высшего сестринского образования в России / С.И. Двойников, А.Ю. Бражников, Н.Н. Камынина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2011. – № 1 (3). – С. 48-52.
63. Довузовская подготовка выпускников общеобразовательных учреждений как эффективная форма профориентационной работы медицинского вуза / С.Ж. Лепесова, Ю.М. Семенова, Н.М. Кабиденкова, Б.К. Сыдыкова, Ш.Т.Беккожанова // Наука и Здравоохранение. – 2015. – № 2. – С. 93 - 102.
64. Докучаева, Я. Ю. Некоторые аспекты образа жизни и медицинской активности студентов Приволжского исследовательского медицинского университета / Я.Ю. Докучаева, Ф.С. Герасимов, А.Н. Поздеева. – Текст: непосредственный // Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием. – Нижний Новгород: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2019. – С. 599 - 601.
65. Долженкова, Ю.В. Новая система оплаты труда в бюджетном здравоохранении: анализ практики и проблемы внедрения / Ю.В. Долженкова, М.В. Полевая, Г.Г. Руденко // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 4. – С. 452 - 458.
66. Дошанникова, О.А. Кадровое обеспечение сельского здравоохранения: факторы долгосрочного комплектования и привлечения молодых специалистов / О.А. Дошанникова, Д.А. Дошанников // Главврач. – 2019. – № 8. – С. 30 - 34.
67. Дьяченко, В. Г. Реформы образования и мотивационные основы подготовки будущих врачей / В. Г. Дьяченко, С. А. Литвинцева // Дальневосточный медицинский журнал. – 2018. – № 1. – С. 127-135.
68. Евдаков, В. А. Обеспечение врачебными кадрами в Российской Федерации в период 2012-2018 гг. / В. А. Евдаков, Ю. Ю. Мельников, А. В. Смышляев // Наука молодых (Eruditio Juvenium). – 2020. – Т. 8, № 3. – С. 378 - 387.
69. Евдаков, В.А. Показатели кадрового обеспечения населения средним медицинским персоналом амбулаторного звена здравоохранения в Российской Федерации в период 2010-2018 гг. / В.А. Евдаков, Ю.Ю. Мельников, А.В.

Смышляев // Кубанский научный медицинский вестник. – 2020. – Т. 27. № 3. – С. 56 - 64.

70. Екимова, Н. А. Научное обоснование непрерывного профессионального развития специалистов сестринского дела в условиях оказания высокотехнологичной медицинской помощи: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Екимова Наталия Алексеевна; ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Самара, 2020. – 218 с.

71. Еремина, М. Г. Оценка удовлетворенности врачей региона профессиональной деятельностью / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев // Социология медицины. – 2020. – Т. 19. – № 2. – С. 112 - 114.

72. Еремина, М. Г. Социальный портрет профессиональной группы врачей в региональном здравоохранении / М. Г. Еремина, Е. П. Ковалев, И. Л. Кром // Главврач. – 2020. – № 12. – С. 70 - 74.

73. Еремина, М.Г. К вопросу о методологии исследования кадрового кризиса в здравоохранении / М.Г. Еремина, Е.П. Ковалев. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы развития человеческого потенциала в современном обществе: сборник VI Всероссийской (с международным участием) научно-практической конференции. – Пермь, 2019. – С. 367 - 371.

74. Есауленко, И. Э. Научные основы формирования здоровьесберегающей среды студенческой молодежи / И. Э. Есауленко, В. И. Попов, Т. Н. Петрова — Текст: непосредственный // Актуальные проблемы образования и здоровья обучающихся: Монография / Под редакцией В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. – Москва: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2020. – С. 43 - 59.

75. Есауленко, И. Э. Физическая культура как инструмент формирования здоровьесберегающей образовательной среды / И. Э. Есауленко, О. Н. Крюкова, Т. Н. Петрова. – Текст: непосредственный // Психология. Спорт. Здравоохранение: сборник избранных статей по материалам Международной научной конференции. – Санкт-Петербург: Частное научно-образовательное учреждение

дополнительного профессионального образования Гуманитарный национальный исследовательский институт «НАЦРАЗВИТИЕ», 2020. – С. 43 - 45.

76. Задворная, О.Л. Проблемы и перспективы развития кадрового обеспечения системы здравоохранения в современных условиях / О.Л. Задворная // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2022. – № 5 – С. 528 - 545.

77. Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы: монография: в 5 т. / Н.Ф. Герасименко, П.В. Глыбочко, И.Э. Есауленко, В.И. Попова, В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. – Москва: Научная книга, 2019. – 340 с. – ISBN 978-5-6041767-8-8. — Текст: непосредственный.

78. Зеер Э.Ф. Психология профессий: учебное пособие. / Э.Ф. Зеер – Москва : Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 336 с. ISBN 5-8291-0201-3 (Академический Проект) ISBN 5-88687-147-0 (Деловая книга) – Текст: непосредственный.

79. Зелинченко, А. И. К вопросу о классификации мотивационных факторов трудовой деятельности и профессионального выбора / А.И. Зелинченко, А.Г. Шмелев // Вестник МГУ, серия «Психология». – 1987. – № 4. – С.15-20. — Текст: непосредственный.

80. Зенин, М.М. Проблемы физического здоровья студентов и пути их решения. / М.М. Зенин, А.В. Серебрянский // Вестник научного общества студентов, аспирантов и молодых ученых. – 2019. – № 2. – С. 82 - 86.

81. Божович Л.И. Избранные психологические труды: Проблемы формирования личности / Л. И. Божович; под ред. Д. И. Фельдштейна. – Москва: Междунар. пед. акад., 1995. – 209 с.; ISBN 5-87977-023-0. – Текст: непосредственный.

82. Измерение и оценка сформированности универсальных компетенций обучающихся при освоении образовательных программ бакалавриата, магистратуры, специалитета: коллективная монография / под. науч. ред. д.п.н. И.Ю. Тархановой; Ярославль: РИО ЯГПУ, 2018. – 383 с. – ISBN 978-5-00089-297-8. – Текст: непосредственный.

83. Инструментарий векторной профорientации школьников и методического обеспечения педагогов / А.Г. Жилиев, Н.А. Касимовская, М.А. Мещярикова, М.Н. Михайловский, К.Г. Сердакова // – Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2016. – 70 с. – Текст: непосредственный.
84. Ионова, Т.И. Качество жизни и здоровьесберегающие факторы образа жизни студентов медицинского ВУЗа / Т.И. Ионова, О.Г. Шевцова // Медицина и организация здравоохранения. – 2016. – Т 1. – № 1. – С. 21 - 27.
85. К истории подготовки руководителей здравоохранения в ординатуре / В.Н. Трегубов, Н.В. Эккерт, В.А. Решетников, В.В. Михайловский // История медицины. – 2021. – № 2. – С. 140 - 146.
86. Кадровый дисбаланс и его устранение в здравоохранении // Отраслевой центр компетенций и организации подготовки квалифицированных кадров для системы здравоохранения. 2019. URL: <https://dzen.ru/a/XbQJRJj-eQCuc3Kx>. (дата обращения: 26.10.2019).
87. Кадровый кризис региональной системы здравоохранения: социальные предикторы и направления совершенствования врачебного потенциала: монография / И. Л. Кром, М. В. Еругина, Е. П. Ковалев, М. Г. Еремина. – Саратов: Изд-во «Наука», 2021. – 195 с. – Текст: непосредственный.
88. Калашников, К.Н. Проблемы дефицита медицинских кадров в сельских территориях / К.Н. Калашников, Т.Н. Лихачева // Вопросы территориального развития. – 2017. – № 2 (37) – С.1 - 18.
89. Камбаров, А.Э. Формирование здорового образа жизни у учащейся молодежи - основа благополучия в обществе / А.Э. Камбаров // European science. – 2020. – № 3 (52). – С. 78 - 80.
90. Камынина, Н.Н. Научное обоснование и оптимизация подготовки управленческих кадров сестринских служб учреждений здравоохранения: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Камынина Наталья

Николаевна; ГБОУ ВПО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздравсоцразвития России. – Москва, 2012. – 362 с.

91. Канева, Д.А. Развитие мотивационных механизмов в управлении персоналом медицинских организаций различных форм собственности: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Канева Дарья Андреевна; ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов». – Москва, 2019. – 179 с.

92. Каргина, Н.А. Влияние психического состояния на адаптацию студентов медицинского вуза / Н.А. Каргина // Bulletin of Medical Internet Conferences. – 2020. – Т. 1. – № 1. – С. 32.

93. Карпова, О.Б. Региональные особенности обеспеченности медицинским персоналом в России. / О.Б. Карпова, А.А. Загоруйченко // Менеджер здравоохранения. – 2021. – № 8. – С. 82 - 88.

94. Касимовская, Н.А. Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профорientации в образовательных организациях / Н.А.Касимовская; – Москва: Издательство Сеченовского Университета, 2023. — 274 с.: ил.; ISBN 978-5-89152-099-8. – Текст: непосредственный.

95. Касимовская, Н.А. Здоровьесберегающие технологии при подготовке медицинских кадров среднего профессионального образования в современных условиях / Н.А. Касимовская, О.Б. Малкина – Текст: непосредственный // Проблемы и перспективы высшего и среднего сестринского образования: интеграция в современное здравоохранение: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (2-3 ноября 2016 года). – Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2016. – С.112 - 116.

96. Касимовская, Н.А. Новый вектор профессионального развития бакалавров по направлению «Сестринское дело»/ Н.А.Касимовская. – Текст: непосредственный // Здравоохранение и образовательное пространство: интеграции и перспективы

взаимодействия: сборник научно-практических статей / ФГБОУ ВО "Самарский государственный медицинский университет" Министерства здравоохранения Российской Федерации, Институт сестринского образования; – Самара: Инсома-пресс, 2018. – С.60-63: ISBN 978-5-4317-0314-0.

97. Касимовская, Н.А. Современное состояние профориентационной работы среди школьников 10-11 классов / Н.А. Касимовская. – Текст: непосредственный // Проблемы и перспективы высшего и среднего сестринского образования: интеграция в современное здравоохранение: Сборник статей Всероссийской научно-практической конференции с международным участием (2-3 ноября 2016 года). – Москва: Издательство Первого МГМУ имени И.М. Сеченова, 2016. – С.116 - 118.

98. Касимовская, Н.А. Медицинская активность студентов среднего профессионального образования и их потенциальная готовность к профессиональной деятельности в первичном звене // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2020. № 4 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1187/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).

99. Касимовская, Н.А. Международный опыт и перспективы подготовки бакалавров сестринского дела для российского здравоохранения / Н.А. Касимовская, А.А. Калашникова. – Текст непосредственный // Актуальные вопросы истории медицины и современные проблемы развития здравоохранения: Сборник статей научно-практической онлайн-конференции с международным участием. – Киров: ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 2023. – С. 32 - 37.

100. Касимовская, Н.А. Мониторинг мнения ординаторов о состоянии здравоохранения, качестве медицинской помощи и готовности к профессиональной деятельности в современных условиях / Н.А. Касимовская // Российский медицинский журнал. – 2020. – Т. 26. – № 4. – С. 205 - 210.

101. Касимовская, Н.А. Опыт подготовки кадров в профильной магистратуре «Управление сестринской деятельностью» / Н.А. Касимовская // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21. – № 3. – С. 45 - 48.
102. Касимовская, Н.А. Перспективы подготовки руководителей сестринского персонала в магистратуре / Н.А. Касимовская // Медицинская сестра. – 2019. – Т. 21 (5). – С. 52 - 56.
103. Касимовская, Н.А. Реализация новых подходов в подготовке бакалавров сестринского дела: переход на уровень магистратуры «Управление сестринской деятельностью» / Н.А. Касимовская // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – № 4. – С. 74 - 81.
104. Касимовская, Н.А. Современное состояние реализации стратегий сохранения кадровых ресурсов среднего медицинского персонала в аспекте их состояния здоровья и готовности к пропаганде ЗОЖ среди населения / Н.А. Касимовская // Санитарный врач. – 2018. – № 12. – С. 42 - 46.
105. Касимовская, Н.А. Современные подходы к определению мотивации выбора профессии практикующими врачами как фактор управления кадровыми ресурсами системы здравоохранения / Н.А. Касимовская // Санитарный врач. – 2018. – № 11. – С. 57- 62.
106. Касимовская, Н.А. Сравнительная характеристика заболеваемости выпускников школ и студентов медицинских вузов / Н.А. Касимовская // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. – 2020. – № 2 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1149/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).
107. Касимовская, Н.А. Факторы риска в модели здоровья средних медицинских работников / Н.А. Касимовская // Казанский медицинский журнал. – 2019. – 100 (6). – С. 980 - 984.
108. Касимовская, Н.А., Ивлева, С.А. Медико-социальная характеристика среднего медицинского персонала системы здравоохранения города Москвы // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. – 2019. – № 6 (65).

URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1116/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).

109. Касимовская, Н.А. Современный практико-ориентированный подход к профессиональному отбору среди выпускников школ в медицинские профессии / Н.А. Касимовская // Саратовский научно-медицинский журнал. – 2019. – 15 (2). – С. 338-341.

110. Каспрук, Л.И., Лебедев, А.А. Актуальные вопросы занятости средних медицинских работников в сфере здравоохранения/ Л.И.Каспрук., А.А.Лебедев// Медицинская сестра. – 2019. – № 21 (5). – С.46 - 51.

111. Кирпикова, Д.Д. Особенности и характер питания студентов-медиков, обучающихся на территории Российской Федерации, в зависимости от курса обучения / Д.Д. Кирпикова, М.А. Лескова // Смоленский медицинский альманах. – 2021. – № 1. – С. 147-149.

112. Климов, Е. А. Как выбирать профессию / Е.А. Климов. - М.: Просвещение, 1990. – 159 с. - ISBN: 5-09-002654-8. – Текст: непосредственный.

113. Ковалев, Е.П. Медико-социологические предикторы трансформации кадрового ресурса регионального здравоохранения и направления его совершенствования (по материалам Саратовской области) : специальность 14.02.05 – Социология медицины : диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Ковалев Евгений Петрович; Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет имени В.И. Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Минздрава России. – Москва, 2022. – 230 с.

114. Коданева, Л.Н. Образ жизни и отношение к здоровью студенческой молодежи / Л.Н. Коданева, Е.С. Кетлерова // Ученые записки университета Лесгафта. – 2019. – № 3 (169). – С. 152 - 156.

115. Козуля, С.В. Недостаточная работа по профессиональной ориентации как причина кадрового «голода» в медицине / С.В. Козуля, В.А. Лахно, Д.М. Лахно //

Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2019. – Т. 10. – № 3. – С. 36 - 41.

116. Козя, И.Я. Система государственного регулирования в сфере здравоохранения: нормативно-правовой подход / И. Я. Козя // Вестник науки. – 2023. – Т. 4. – № 1 (58). – С. 113 - 118.

117. Колосова, А.И. Влияние работы по профилю полученной специальности на заработную плату и удовлетворенность работой выпускников вузов / А.И. Колосова, В.Н. Рудаков, С.Ю. Рошин // Вопросы экономики. – 2020. – № 11. – С. 113 - 132.

118. Комаров, Ю.М. О подготовке врачебных кадров в Российской Федерации / Ю.М. Комаров // Медицина. – 2013. – № 3. – С. 1 - 11.

119. Комплексная оценка трудовой миграции выпускников медицинского ВУЗа как важный фактор формирования кадрового потенциала региональной системы здравоохранения / Г. М. Гайдаров, С. В. Макаров, Н. Ю. Алексеева, И. В. Маевская // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 63 - 67.

120. Комплексный подход к проблеме кадрового обеспечения медицинских организаций сельской местности в Нижегородской области / Поздеева Т.В., Кочкурова Е.А., Доцанникова О.А., Носкова В.А., Кочкуров А.С. // Профилактическая медицина. – 2020. – № 23 (5) – С. 25-32.

121. Кондратьева, Д.А. Проблема трудоустройства выпускников высших медицинских учебных заведений России / Д.А. Кондратьева, А.Д. Коваленко, Е.В. Ермолаева // Бюллетень медицинских Интернет-конференций. – 2016. – Т 6. – № 1. – С. 189.

122. Концепция направления «Профориентация школьников в медицину» / Всероссийское общественное движение добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры – медики», 2018. – 8 с. – Текст: электронный. URL: http://ocmp42.ru/f/koncepciya_proforientaciya_vm_2018.pdf?ysclid=lmouw0ss3p81504257 (дата обращения: 17.07.2023).

123. Костакова, Т.А. Оптимизация системы управления врачебными кадрами в условиях модернизации здравоохранения (на примере Дальневосточного федерального округа): специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Костакова Татьяна Александровна; ГОУ ВПО Дальневосточный государственный медицинский университет Минздравсоцразвития России. – Хабаровск, 2011. – 262 с.
124. Кочуева, С.М. Совершенствование подготовки врачебных кадров для Северо-Кавказского федерального округа с использованием потенциала научно-образовательного медицинского кластера (на примере НОМК «Северо-Кавказский»): специальность 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Кочуева Софья Магомедовна; ФГБОУ ВО «Ставропольский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Москва, 2023. – 298 с.
125. Крыжко, В.В. Психология в практике менеджера образования / В.В. Крыжко, Е.М. Павлютенков. - СПб.: КАРО, 2001. – 293 с. – ISBN 5-89815-068-4. – Текст: непосредственный.
126. Куделина, О.В. Проблемы управления и развития кадровых ресурсов системы здравоохранения / О.В. Куделина, Е.Ю. Киллякова // Международный опыт // Экология человека. – 2018. – № 8. – С. 17 - 27.
127. Кузьмич, О.С. Влияние здоровья на заработную плату и занятость: эмпирические оценки отдачи от здоровья / О.С. Кузьмич, С.Ю. Рошин. – Москва: ГУ ВШЭ, 2007. – 60 с. – Текст: непосредственный.
128. Кукурика, А.В. Иерархия трудовых мотивов различных профессиональных групп сотрудников медицинских учреждений / А.В. Кукурика, Е.И. Юровская // Исследования и практика в медицине. – 2022. – № 9 (3). – С. 171 - 179.
129. Курбатова, А.С. Проблемы и перспективы профориентационной работы в современных условиях / А.С. Курбатова, Н.В. Рубцова, Е.Ю. Калачев // АНИ: педагогика и психология. – 2019. – № 4 (29). – С. 119 - 122.

130. Кучма, В.Р. Основные тренды поведенческих рисков, опасных для здоровья / В.Р. Кучма, С.Б. Соколова // Анализ риска здоровью. – 2019. – № (2). – С. 4 - 13.
131. Кучумова, Н.Г. Медико-социальное исследование кадровых ресурсов средних медицинских работников детских больниц: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Кучумова Наталья Геннадьевна; ГОУ ВПО «Санкт-Петербургская государственная педиатрическая медицинская академия» Минздравсоцразвития России. – Санкт-Петербург, 2011. – 161 с.
132. Кушкарлова, А.М., Роль непрерывного профессионального образования и стандартов обучения в управлении врачебными кадрами / А.М. Кушкарлова, Г.К. Каусова, Н.Е. Глушкова // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 3. – С. 436 - 440.
133. Латуха, О.А. Формирование кадрового резерва для здравоохранения: вузовский аспект / О.А. Латуха // Вестник новосибирского государственного педагогического университета. – 2015. – № 4 (26) – С. 77 - 84.
134. Латышова, А.А. Основные тенденции динамики обеспеченности средним медицинским персоналом в Российской Федерации за период 2015–2019 гг. / А.А. Латышова, Н.Я. Несветайло, В.В. Люцко // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. - 2020. - № 4. - С. 341 - 353.
135. Левина, В.Н. Личностные качества врача в сотрудничестве с пациентом: учебное пособие / В.Н. Левина. – Ижевск, 2016. – 60 с. – Текст: непосредственный.
136. Леонтьев, А.Н. Потребности, мотивы и эмоции / А.Н. Леонтьев: Конспект лекций / Кафедра общ. психологии. – Москва: Изд-во Моск. ун-та, 1971. – 38 с.: ил.; – Текст непосредственный.
137. Лесникова, С.Л. Самоопределение студентов вуза как условие профессиональной идентичности: аспект отношения к профессиональной карьере / С.Л. Лесникова, М.Г. Леухова // Балтийский гуманитарный журнал. – 2018. – Т. 7. - № 3 (24). – С. 253 - 256.
138. Лисицын, Ю.П. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю.П. Лисицын. - 2-е изд. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. – 507 с. – ISBN 978-5-9704-1403-3. – Текст: непосредственный.

139. Литвинцева, С. А. Профессиональная социализация медицинских специалистов в современных условиях / С. А. Литвинцева. // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России. – 2019. – № 3 (36). – С. 3.
140. Лищук, Е.Н. Трудоустройство молодых специалистов на российском рынке труда: ключевые тенденции / Е.Н. Лищук, С.Д. Капелюк // Экономика труда. – 2019. – Том 6 (3). – С. 1079 - 1092.
141. Лонская, Л.В. Удовлетворённость студентов выбором профессии врача (на примере студентов лечебного факультета) / Л.В. Лонская, Т.В. Малютина // Наука о человеке: гуманитарные исследования. – 2020. – № 1 (39). – С. 88 - 93.
142. Лопатин, З. В. Анализ мнения студентов и выпускников о реализации программ специалитета в медицинских вузах / З. В. Лопатин, А. А. Ханиев, С. А. Болдуева // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучения. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 1 (31). – С. 92 - 101.
143. Лутовина, К.В. Почему выпускники вузов не работают по специальности / К.В. Лутовина // Молодой ученый. – 2017. – № 36. – С. 69 - 72.
144. Лымарева, О. А. Кадровая политика медицинских организаций в условиях дефицита высококвалифицированных работников / О. А. Лымарева, Л. И. Елизарова // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2021. – № 1-1 (71). – С. 198 - 201.
145. Маевская, И.В. Научное обоснование совершенствования мер по привлечению и закреплению в системе здравоохранения будущих врачей и молодых специалистов (на примере Иркутской области): специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Маевская Ирина Викторовна; ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России. – Москва, 2021. – 229 с.
146. Макеева, Е.В. Формирование здорового образа жизни у студентов / Е.В. Макеева, И.Ф. Нагайцева // Наука – 2020. – 2019. – № 2 (27). – С. 5 - 10.

147. Манилкина, К.Ю. Особенности кадровой политики в здравоохранении России / К.Ю. Манилкина // Вестник науки и образования. – 2017. – Т. 1. – № 5 (29). – С. 50 -55.
148. Махкамова, З.Р. Степень удовлетворенности профессией у врачей-ординаторов и студентов высших медицинских учебных заведений / З.Р. Махкамова, Е.О. Василенко, Е.Р. Ковтун // Международный журнал прикладных наук и технологий «Integral». – 2010. – № 3. – С. 132 - 137.
149. Мензул, Е.В. Экспансия медицинских кадров в сельские местности: проблемы и пути решения / Е.В. Мензул, Н.М. Рязанцева, С.В. Иванова // Известия Самарского научного центра Российской академии наук. Социальные, гуманитарные, медико-биологические науки. – 2020. – Т. 22. – № 74. – С. 56 - 62.
150. Методическое пособие по обеспечению устойчивых трудовых ресурсов здравоохранения в Европейском регионе ВОЗ / Всемирная организация здравоохранения. – 2018. – 98 с. – Текст: электронный. URL: <https://org.gnicpm.ru/wp-content/uploads/2019/10/VOZ-kadrovyie-resursyi.pdf> (дата обращения: 17.07.2023).
151. Механизмы эффективности использования кадровых ресурсов в системе здравоохранения / И. Н. Киселева, Н. П. Иванов, Н. В. Алексеева, Е. В. Филимонова // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2019. – № 2 (120). – С. 3.
152. Мешенина, Н.В. Влияние современных технологий на здоровье студентов. / Н.В. Мешенина, М.А. Юдина // Вестник Воронежского института высоких технологий. – 2020. – № 2 (33). – С. 97-100.
153. Мигунова, Ю.В. Пути развития кадрового потенциала среднего медицинского персонала в системе современного российского здравоохранения (на материалах приволжского федерального округа) / Ю.В. Мигунова // Общество: социология, психология, педагогика. – 2021. – № 2 (82). – С. 53 - 57.
154. Мигунова, Ю.В. Особенности профессиональной заболеваемости медицинских работников в условиях пандемии COVID-19 (по материалам

- социологического исследования в Республике Башкортостан) / Ю.В. Мигунова // Теория и практика общественного развития. – 2022. – № 4. – С. 34 - 38.
155. Мигунова, Ю.В. Сущность и особенности проявления дефицита и дисбаланса врачебных кадров в системе государственного здравоохранения (на примере Приволжского федерального округа). / Ю.В. Мигунова // Известия Уфимского научного центра РАН. – 2022. – № 3. – С. 110 -114.
156. Милехин, С.М. Наличие хронических заболеваний у молодых врачей в связи с характеристиками профессиональной социализации /С.М. Милехин, Д.П. Дербенев // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 4. – С. 49 - 53.
157. Милехин, С.М. Пути совершенствования процессов профессиональной социализации молодых врачей: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: автореферат диссертации на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Милехин Сергей Михайлович; ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Минздрава России. – Тверь, 2021. – 24 с.
158. Газета.ru. Минобрнауки: практически половина выпускников вузов России работают не по специальности — Текст: электронный // URL: <https://www.gazeta.ru/business/news/2022/12/15/19277791.shtml>. (дата обращения: 15.12.2022).
159. Мирзабекова, М.Ю. Эффективные системы мотивации персонала и методы оплаты труда в муниципальных учреждениях здравоохранения: актуальные проблемы и пути решения / М.Ю. Мирзабекова, Т.Г. Шелкунова // Естественно-гуманитарные исследования: электронный научный журнал. – 2021. – № 33 (1). – С. 156 -160.
160. Мирошникова, Ю.В. Руководящие кадры здравоохранения и организационно-управленческие технологии подготовки резерва: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени доктора медицинских наук / Мирошникова Юлия Вячеславовна; ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства». – Москва, 2018. – 384 с.

161. Михайловский, В.В. Формирование здорового образа жизни студентов медицинских вузов в условиях пандемии COVID-19: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение», специальность 14.02.05 Социология медицины: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Михайловский Виктор Викторович; ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский университет). – Москва, 2022. – 177 с.
162. Мунтян, И.А. Научное обоснование организационной модели деятельности сестринского персонала участковой педиатрической службы городской поликлиники: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Мунтян Ирина Александровна; ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Москва, 2019. – 212 с.
163. Мусин, Н.М. Мониторинг состояния здоровья обучающихся медико-фармацевтического колледжа КГМУ / Н.М. Мусин, О.Р. Радченко. – Текст: непосредственный // Здоровье человека в XXI веке. Качество жизни: Сборник научных статей. – Казань: Издательский дом «МеДДоК», 2021. – С. 193 - 196.
164. Наваркин, М.В. О реализации кадровой политики на уровне субъектов Российской Федерации / М.В. Наваркин, А.К. Конаныхина, И.А. Купеева // Здравоохранение. – 2013. – № 8. – С. 62 - 66.
165. Наркевич, А.Н. Методы определения минимально необходимого объема выборки в медицинских исследованиях /А.Н. Наркевич, К.А. Виноградов // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. – 2019. – № 6 (65). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1123/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).
166. Научная оценка кадрового потенциала медицинских организаций крупного промышленного региона, оказывающих первичную медико-санитарную помощь (на примере Иркутской области) / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров, Н.Ю. Алексеева, И.В. Маевская // Уральский медицинский журнал. – 2018. – № 8 (163). – С. 128 - 133.

167. Научное обоснование необходимости увеличения оплаты труда медицинских работников в РФ / Г.Э. Улумбекова, Я.В. Власов, А.И. Домников, Е.А. Гапонова // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2023. – Т. 9. – № 1. – С. 4 - 25.
168. Никулина, Ю. Н. Молодежь на рынке труда региона: актуальные вопросы трудоустройства и занятости // Экономика труда. – 2019. – Том 6. – № 2. – С. 747 - 762.
169. Нор-Аревян, О. А. Мотивация профессионального выбора и престиж медицинской профессии в оценках российских врачей (на материалах социологического исследования) / О.А. Нор-Аревян, О.С. Мосиенко // Государственное и муниципальное управление. Ученые записки. – 2018. – № 3. – С. 205 - 211.
170. О реализации комплекса мероприятий по укреплению кадрового потенциала среднего медицинского персонала системы здравоохранения Оренбургской области / А.В. Володин, Е.Д. Луцай, В.А. Боев, Н.В. Заришняк // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 1 – С. 126-142.
171. Обеспеченность практического здравоохранения специалистами с высшим медицинским образованием по специальности «сестринское дело» / О.А. Манерова, А.В. Гажева, И.А. Купеева, А.В. Пьяных // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 5-6 – С. 22 - 25.
172. Образование в цифрах: 2019: краткий статистический сборник / Н. В. Бондаренко, Л. М. Гохберг, Н. В. Ковалева [и др.]. – Москва: Национальный исследовательский университет «Высшая школа экономики», 2019. – 96 с. – ISBN 978-5-7598-1993-6. – Текст: непосредственный.
173. Общемировые и российские тенденции развития кадровой политики в сфере здравоохранения / О.Г. Хурцилава, В.С. Лучкевич, М.В. Авдеева, В.Н. Филатов, И.Л. Самодова // Вопросы здравоохранения. – 2015. – Т. 7. - № 2. – С. 123-131.
174. Овсянников, А.А. Рассогласованность рынка труда и системы профессиональной ориентации в России / А.А. Овсянников, Л.В. Лакеева // Народонаселение. – 2019. – № 4. – С. 62 - 75.

175. Онищенко, К.Н. Государственная кадровая политика в сфере здравоохранения / К.Н. Онищенко, В.В. Верна, С.К. Онищенко // Экономика устойчивого развития. – 2020. – № 1(41). – С. 135 - 137.
176. Огнерубов, Н.А. Синдром эмоционального выгорания у врачей и студентов медицинских вузов / Н.А. Огнерубов, Е.Б. Карпова // Вестник Тамбовского университета. Серия Естественные и технические науки. – 2017. – Т. 22. – № 1. – С. 221 - 231.
177. Окулов, М. В. О роли некоторых факторов, влияющих на проблему кадрового дефицита в учреждениях, оказывающих первичную медико-санитарную помощь сельскому населению Российской Федерации / М.В. Окулов, Р.А. Догот // Проблемы городского здравоохранения: сборник научных трудов. – 2019. – № 24. – С. 93 - 96.
178. Олейников, С. Риск формирования эмоционального выгорания у студентов-медиков в процессе обучения / С. Олейников, Т.С. Бузина // Актуальные вопросы медицины и высшего медицинского образования: прил. к ежегодному сб. науч. тр. Проблемы и вызовы фундаментальной и клинической медицины в XXI веке. – Бишкек. – 2021. – № 21. – С. 420 - 421.
179. Оптимизация организации профориентационной деятельности в медицинском вузе / И.В. Стручкова, М.Б. Петрова, Е.А. Харитоновна, Н.В. Павлова, Н.В. Костюк, Н.В. Исакова, Л.А. Курбатова. – Текст: электронный // Современные проблемы науки и образования: электронный журнал. 2020. – № 2. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=29713> (дата обращения 22.04.2023).
180. Опыт вузов медицинского и фармацевтического профиля в формировании здоровьесберегающей образовательной среды. / П.В. Глыбочко, И.Э. Есауленко, В.И. Попов, Т.Н. Петрова // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. – 2019. – Т. 3. – С. 8 - 26.
181. Организация профориентации на медицинские специальности в школе: учебное пособие для вузов / Р. И. Айзман [и др.]; под общей редакцией М. И. Воеводы, В. М. Чернышева. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 466 с. – ISBN

978-5-534-13785-9. – Текст: электронный. URL: <https://urait.ru/bcode/519605> (дата обращения: 11.06.2023).

182. Особенности восприятия здорового образа жизни студентами медицинских вузов. / Решетников А.В., Присяжная Н.В., Решетников В.А., Ефимов И.А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2018. – Т. 26. – № 4. – С. 201 - 206.

183. Особенности состояния здоровья студентов высшего медицинского учебного заведения / А.А. Шестера, В.Ю. Кижунцова, П.Ф. Кику, Т.Н. Кузьмина, Е.В. Стурова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2020. – Т. 28. – № 3. – С. 400 - 404.

184. Оспанова, Д.А. Анализ образовательных программ высшего профессионального образования по специальности «Сестринское дело» / Д.А. Оспанова, С.А. Алтынбекова // Вестник АГИУВ. – 2018. – № 2. – С. 62-67.

185. Отношение школьников г. Курска к принципам здорового образа жизни по данным 2019 года / Н. А. Кетова, Д. Р. Монастырева, А. А. Литвин [и др.] // Коллекция гуманитарных исследований. – 2019. – № 4 (19). – С. 22-31.

186. Отставных, Д.В. Проблемы кадрового обеспечения отрасли здравоохранения в современных условиях. / Д.В. Отставных // Вестник общественного здоровья и здравоохранения. – 2012. – № 4. – С. 1 - 8.

187. Оценка врачами оптимизационных изменений в профессиональной деятельности / Г.Н. Барскова, Л.К. Лохтина, А.А. Князев, В.Г. Запорожченко. — Текст : электронный // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2018; 64(6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1026/30/lang,ru/>.

188. Оценка удовлетворенности населения медицинской помощью / Г.В. Шнайдер, И.А. Деев, О.С. Кобякова, В.А. Бойков. С.В. Барановская, Л.М. Протасова, И.П. Шибалков // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2020. № 4 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1180/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).

189. Павлова, Е.В. Динамика профессиональной мотивации в учебно-профессиональной деятельности студентов бакалавриата / Е.В. Павлова // Санкт Петербургский образовательный вестник. – 2018. – № 7-8 (23-24). – С. 8 -11.
190. Паневина, О.А. Актуальные проблемы кадрового обеспечения в здравоохранении / О.А. Паневина // Научный журнал «Эпомен». – 2021. - № 60. - С. 40-50.
191. Паниотто В.И. Количественные методы в социологических исследованиях. / В.И. Паниотто, В.С. Максименко – Киев: Наукова думка, 1982. – 272 с. – Текст: непосредственный.
192. Панов, М. М. Трудовые ресурсы сельских территорий: состояние и проблемы / М. М. Панов // Вопросы территориального развития. – 2014. – № 5. – 11 с. – Текст: непосредственный.
193. Перевезенцева, Е. А. Медицинская активность студентов-медиков, как показатель ответственности за собственное здоровье / Е. А. Перевезенцева, Т. В. Поздеева. – Текст: непосредственный // VolgaMedScience: Сборник тезисов V Всероссийской конференции молодых ученых и студентов с международным участием – Нижний Новгород: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 2019. – С. 618 - 619.
194. Перепечай, П.Э. Субъективные представления о престиже профессии у школьников Хабаровского края: социологический анализ / П.Э. Перепечай // Власть и управление на Востоке России. – 2023. – № 1 (102). – С. 134 - 146.
195. Перспективы внедрения новой модели медицинской сестры в столичное здравоохранение: ожидаемые эффекты и возможные риски/ Е.И. Аксенова, О.А. Александрова, А.В. Ярашева, Ю.С. Ненахова. Текст: непосредственный. // Здравоохранение Российской Федерации. 2020. – 64 (5). – С. 236 - 242.
196. Перхов, В.И. Оценка эффективности здравоохранения в субъектах Российской Федерации с использованием методологии Bloomberg / В.И. Перхов, О.В. Куделина // Менеджер здравоохранения. – 2019. – № 8. – С. 6 -13.

197. Пигарова, Е.А. Кадровые проблемы эндокринологической службы и стратегии их решения. / Е.А. Пигарова, С.Ю. Воротникова // Проблемы эндокринологии. – 2021. – № 67(6). – С. 8 -10.
198. Подготовка резерва управленческих кадров здравоохранения на основе оценки компетенций / Найговзина Н.Б., Зимина Э.В., Купеева И.А., Васильева Е.П., Титкова Ю.С.// Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2020. – № 4. – С. 511 - 521.
199. Поздеева, Т.В. Кадровое обеспечение системы здравоохранения: пять вызовов сегодняшнего дня. / Т.В. Поздеева. – Текст: непосредственный // Актуальные проблемы управления здоровьем населения: Сборник научных трудов III Всероссийской научно-практической конференции. – Нижний Новгород: ФГБОУ ВО «Приволжский исследовательский медицинский университет» Минздрава России, 2020. – С. 284 - 289.
200. Поздеева, Т.В. Модернизация содержания профессиональной подготовки медицинской сестры как средство формирования специалиста новой формации /Т.В. Поздеева, Н.В. Пчелина // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч.журн.2021.№2 (67). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1256/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).
201. Попов, В.И. О необходимости совершенствования межведомственного взаимодействия в сфере охраны здоровья детей, подростков и молодежи / В.И. Попов, Л.П. Чичерин, В.О. Щепин // Научно-медицинский вестник центрального Черноземья. – 2020. – № 79. – С. 60 - 64.
202. Попцова, В. А. Медицинские кадры как основной ресурс повышения качества оказания медицинской помощи / В.А. Попцова, Н.А. Назаренко, К.В. Штоколова // Региональный вестник. – 2018. – № 1 (10). – С. 38 - 40.
203. Преображенская, В.С. Основные тенденции кадрового обеспечения в системе регионального здравоохранения / В.С. Преображенская, А.В. Зарубина // Проблемы социальной гигиены и истории медицины. – 2014. – № 2. – С. 30 - 32.
204. Приверженность студентов с разной самооценкой состояния здоровья к занятиям физическими упражнениями / Сабгайда Т.П., Зубко А.В., Землянова

- Е.В., Ходакова О.В., Музыкантова Н.Н., Губарев С.В., Редько А.Н. // Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2022. № 1 (68). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1343/30/lang,ru/> (дата обращения 12.08.2023).
205. Приверженность студентов к здоровому образу жизни в периоде адаптации к обучению в вузе / Н.Л. Черная, В.М. Ганузин, Г.С. Маскова, А.Т. Барабошин, Е.В. Шубина, О.Б. Дадаева. // Вопросы психического здоровья детей и подростков. – 2020. – Т. 20. – № 1. – С. 84 - 89.
206. Применение инструмента университета ДАНДИ (dundee ready education environment measure dreem] для оценки образовательной среды при подготовке бакалавров по направлению «Сестринское дело» / Н.А. Касимовская, Э.Т. Кабрера, И.А. Полещук, Н.С. Гераськина // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2020. – Т. 11. – № 3 (39). – С. 194 - 205.
207. Проблемы и перспективы подготовки кадров в системе высшего сестринского образования в современной России / А.Б. Ходжаян, Н.А. Федько, Н.К. Маяцкая, В.В. Горбунова // Медицинская сестра. – 2020. - №3. - С. 12 - 15.
208. Профессиональные заболевания медицинских работников / И.Л. Кляритская, Е.В. Максимова, Н.В. Жукова, Е.И. Григоренко, Ю.А. Мошко // Крымский терапевтический журнал. – 2019. – № 3. – С. 5 - 11.
209. Профессиональное самоопределение, ошибки и их последствия / Н.Г. Иванова, Д.А. Васильева, А.А.Быковский, А.А.Татлок // Ученые записки университета имени П.Ф. Лесгафта. – 2019. – № 5 (171) – С.137 - 139.
210. Профориентационная работа в школах как фактор повышения уровня самоопределения обучающихся / С.Н. Казначеева, Н.В. Быстрова, Н.С. Мурыгин, А.С. Пасечник // Инновационная экономика: перспективы развития и совершенствования. – 2019. – № 3 (37). – С. 42 - 47.
211. Прохоров, Н.И. Распространённость курения и информированность студентов медицинского университета о вреде табакокурения / Н.И. Прохоров, Е.А. Шашина, Л.Н. Семеновых, В.В. Макарова, Е.Е. Козеева // Гигиена и санитария. – 2019. – Т. 98. – № 3. – С. 294 - 300.

212. Пряжников Н.С. Профессиональное самоопределение: теория и практика: учеб. пособие для студ. высш. учеб. заведений / Н. С. Пряжников. — М.: Издательский центр «Академия», 2008. — 320 с. ISBN 978-5-7695-5359-2. — Текст: непосредственный.
213. Психология здоровья: учебник / Под ред. Г. С. Никифорова. — СПб. Питер, 2006. — 607 с. — ISBN 5-318-00668-X. — Текст: непосредственный
214. Пчелина, Н.В. Оценка результативности формирования lean-компетенций при освоении основной профессиональной образовательной программы «сестринское дело» / Н.В. Пчелина, Т.В. Поздеева, В.А. Носкова // Вестник современной клинической медицины. — 2022. — Т. 15. — № 3. — С. 72-79.
215. Пьяных, А.В. Оптимизация подготовки медицинских кадров в системе высшего профессионального образования по направлению «Сестринское дело»: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Пьяных Анастасия Валерьевна; ГБОУ ВПО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России. — Москва, 2015. — 212 с.
216. Развитие рынка сестринских медицинских кадров, оказывающих первичную медико-санитарную помощь / Л.И. Каспрук, Д.Т. Жакупова, Д.М. Снасапова, Н.М. Боркун // Медицинская сестра. — 2017. — № 3. — С. 10-11.
217. Развитие современного вуза: новые методы и технологии: коллективная монография / А. Ю. Нагорнова, М. А. Виниченко, Н. Ли [и др.]; отв. редактор А.Ю. Нагорнова. — Ульяновск: ИП Кеньшенская Виктория Валерьевна (издательство «Зебра»), 2021. — 542 с. — ISBN 978-5-6045688-3-5. — Текст: непосредственный.
218. Региональное общественное здоровье: оценка вклада кадровой обеспеченности здравоохранения / Медведева О. В., Меньшикова Л. И., Чевырева Н. В., Гажева А. В., Большов И. Н. // Экология человека. — 2021. — № 12. — С. 4–13.
219. Репринцева, Е. В. Особенности государственного аппарата управления РФ: кадровые вопросы / Е.В. Репринцева, Э.В. Сукманов, Еськова Н.А. // Вестник алтайской академии экономики и права. — 2022. — № 1. — С. 105-110.

220. Репринцева, Е.В. Оценка и обеспечение эффективности работы учреждений здравоохранения: монография / Е.В. Репринцева // Курск: деловая полиграфия. - 2020. – 160 с. – ISBN 978-5-907407-01-5. – Текст: непосредственный.
221. Решетников, В.А. Перспективы регулирования кадровых ресурсов здравоохранения на основе технологий управления профессиональной траекторией будущих медицинских работников на этапах становления в профессии / В.А. Решетников, Н.А. Касимовская // Медицинский вестник МВД. – 2023. – № 1 (122). – С. 52-57.
222. Решетников, В.А. Профориентация студентов Сеченовского Университета перед поступлением в ординатуру по специальности «Организация здравоохранения и общественное здоровье» / В.А. Решетников, В.Н. Трегубов // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. – 2019. – № 5. – С. 140-141.
223. Решетников, В.А., Касимовская, Н.А. Основные характеристики выбора профессии в сфере медицины современными школьниками / В.А. Решетников, Н.А. Касимовская. – Текст: непосредственный // Эффективный менеджмент здравоохранения: стратегии инноваций: III Международная научно-практическая конференция. – Саратов: Саратов. гос. мед. ун-т, 2022. – С. 294-297.
224. Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) / И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.Г. Еремина, Е.П. Ковалев, Е.М. Долгова, Г.Н. Бочкарёва, Е.А. Григорьева // Анализ риска здоровью. – 2020. – № 2. – С. 185-182.
225. Роль профориентации в повышении престижа врачебной специальности в Российской Федерации / Решетников В.А., Есауленко И.Э., Козлов В.В., Михайловский В.В., Исмаил заде Н.Т.О. // Медицинский вестник МВД. – 2021. – № 6 (115). – С. 58-62.
226. Российское здравоохранение глазами населения: динамика удовлетворенности за последние лет (6 - 9): обзор социологических исследований / В. Н. Бузин, Ю. В. Михайлова, И. Ю. Чухриенко, Т. С. Бузина, И. Б. Шикина, А. Ю. Михайлов // Профилактическая медицина. – 2020. – № 3 (23). – С 42 - 47.

227. Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации: Федеральный закон № 323-ФЗ [принят Государственной Думой 1 ноября 2011 года: одобрен Советом Федерации 9 ноября 2011 года]: КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 03.07.2023).
228. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Методика расчета потребности в специалистах со средним медицинским образованием: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 29 ноября 2019 г. № 973 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).
229. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Методические рекомендации по сохранению медицинских кадров в системе здравоохранения: письмо Министерства здравоохранения Российской Федерации от 9 апреля 2013 года № 16-5/10/2-2540 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 21.09.2022).
230. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Концепции развития непрерывного медицинского и фармацевтического образования в Российской Федерации на период до 2021 года: приказ от 21 ноября 2017 года № 926 КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.09.2022).
231. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении сроков и этапов аккредитации специалистов, а также категорий лиц, имеющих медицинское, фармацевтическое или иное образование и подлежащих аккредитации специалистов: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.02.2016 г. № 127н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).
232. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 25.02.2016 г. № 127н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

Федерации от 8 октября 2015 г. № 707н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

233. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20 декабря 2012 г. № 1183// КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

234. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Порядка допуска лиц, не завершивших освоение образовательных программ высшего медицинского или высшего фармацевтического образования в российских или иностранных организациях, осуществляющих образовательную деятельность, а также лиц с высшим медицинским или высшим фармацевтическим образованием, полученным в российских или иностранных организациях, осуществляющий образовательную деятельность, к осуществлению медицинской деятельности или фармацевтической деятельности на должностях специалистов со средним медицинским или среднего фармацевтическим образованием : приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01 ноября 2022 г. № 715н // КонсультантПлюс : сайт : некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

235. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Номенклатуры должностей медицинским и фармацевтическим работникам: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 мая 2023г. № 205н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

236. Российская Федерация. Министерство здравоохранения. Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием: приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 02 мая 2023г. № 206н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

237. Российская Федерация. Министерство науки и высшего образования. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - магистратура по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью: приказ Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26 мая 2020 г. № 684 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

238. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело: приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 сентября 2017 г. № 971 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

239. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования: приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 12 сентября 2013 г. № 1061 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

240. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - магистратура по направлению подготовки 32.04.01 Общественное здравоохранение: приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 31 мая 2017 г. № 485 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

241. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении и введении в действие федерального государственного образовательного стандарта (далее ФГОС) высшего профессионального образования по направлению подготовки 060500 Сестринское дело (квалификация (степень) «бакалавр»): приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 17.01.2011 № 57 //

КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

242. Российская Федерация. Министерство образования и науки. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело (уровень бакалавриата): приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 3 сентября 2015 г. № 964 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

243. Российская Федерация. Министерство просвещения. Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта среднего профессионального образования по специальности 34.02.01 Сестринское дело: приказ Министерства просвещения Российской Федерации от 4 июля 2022 г. № 527 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

244. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении списка наиболее востребованных на рынке труда, новых и перспективных профессий, требующих среднего профессионального образования: приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 30 декабря 2022 г. № 831// КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

245. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта "Специалист по оказанию медицинской помощи несовершеннолетним обучающимся в образовательных организациях": приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 31 июля 2020 г. № 481н // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

246. Российская Федерация. Министерство труда и социальной защиты. Об утверждении профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат»: проект приказа Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации // Федеральный портал проектов нормативных правовых актов.

URL:<https://regulation.gov.ru/Regulation/Npa/PublicView?npaID=134402> (дата обращения 11.08.2023).

247. Российская Федерация. Правительство. Государственная программа Российской Федерации «Развитие здравоохранения»: постановление Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1640 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 11.08.2023).

248. Российская Федерация. Правительство. О порядке присуждения ученых степеней: постановление Правительства Российской Федерации от 24 сентября 2013 г. № 842 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 12.08.2023).

249. Российская Федерация. Правительство. Об установлении в 2020 году выплаты стимулирующего характера за особые условия труда и дополнительную нагрузку и выплаты стимулирующего характера за сложность выполняемых задач медицинским работникам, военнослужащим, проходящим военную службу по контракту, сотрудникам, имеющим специальные звания и проходящим службу в учреждениях и органах уголовно-исполнительной системы, лицам, проходящим службу в войсках национальной гвардии Российской Федерации и имеющим специальные звания полиции, сотрудникам органов внутренних дел Российской Федерации, организаций, учреждений, воинских частей, органов управления...": постановление Правительства Российской Федерации от 29 августа 2020 г. № 1312 // КонсультантПлюс : сайт : некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 21.08.2023).

250. Российская Федерация. Президент. О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года: указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 г. № 254 // КонсультантПлюс: сайт: некоммерч. интернет-версия. - URL: <http://www.consultant.ru> (дата обращения 21.07.2023).

251. Рудаков, В.Н. Трудоустройство выпускников вузов по профилю полученной специальности / В.Н. Рудаков // Мониторинг экономики образования. НИУ ВШЭ. - 2020. - № 1. - С. 1-7.

252. Рынок труда в здравоохранении (профессиональный срез): Федеральное государственное бюджетное учреждение «Всероссийский научно-исследовательский институт труда» Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации / И. А. Волошина, С. В. Бесфамильная, О. М. Зайцева [и др.]. – Москва: Издательство «Перо», 2021. – 98 с.
253. Савинкина, Л. А. Проблема дефицита медицинских кадров и пути ее решения / Л. А. Савинкина, Т. С. Шепелова // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 6. – С. 569.
254. Савченко, Н.В. Оценка приверженности студентов 1 курса медицинского университета к здоровому образу жизни / Н.В. Савченко, С.Б. Антонова, К.В. Петрачков. – Текст: непосредственный // Актуальные вопросы современной медицинской науки и здравоохранения: материалы V Международной (75 Всероссийской) научно-практической конференции. – Москва, 2020. – С. 906-911.
255. Савчук, А.Н. Культура здоровья жизнедеятельности студента / А.Н. Савчук, Ю.В. Фёдорова // The Newman in Foreign policy. – 2020. – Т. 1. – № 52 (96). – С.74-76.
256. Сагетдинов, А.Ф. Фактор риска потери здоровья как причина ухода молодежи из рабочих профессий / А.Ф. Сагетдинов, Э.Ф. Хузиева // Общество: социология, психология, педагогика. – 2022. – № 3. – С. 43–48.
257. Салаватова, А.М. Здоровьесберегающие технологии при организации здорового образа жизни студентов вуза / А.М. Салаватова // Alma mater (Вестник высшей школы). – 2020. – № 8. – С. 50-54.
258. Сергеев, И.С. Профориентационный нетворкинг: практическое пособие / И. С. Сергеев, Т. Н. Четверикова; под науч. ред. И. С. Сергеева. – СПб., 2020. – 36 с. – Текст: электронный. URL: https://educat.samregion.ru/wp-content/uploads/sites/22/2020/06/5.-networking-sergeev_chetverikova.pdf yscld=lmot7 lrt3d483573363 (дата обращения: 17.07.2023).
259. Сергеев, И.С. Профориентация: вдогонку за настоящим или вперед в будущее? // Вестник образования России. 2020. № 20. URL:

<https://vestniknews.ru/prilozhenie/intervyu-i-stati/44844064.html?ysclid=lmnc3ai2lp857188297> (дата обращения 28.05.2023).

260. Система здоровьесбережения студенческой молодежи: XXI век: монография / Под редакцией В.И. Стародубова, В.А. Тутельяна. – Москва: Издательско-полиграфический центр «Научная книга», 2021. – 348 с. – ISBN 978-5-6046502-5-7. – Текст: непосредственный.

261. Скворцова попросила увеличить прием абитуриентов в медицинские колледжи // РИА Новости. URL: <https://ria.ru/20190820/1557714347.html?ysclid=lmm98nf0bx867600863>. Дата публикации: 20.08.2019.

262. Слепцова, Е.В. Проблемы кадровой обеспеченности организаций здравоохранения / Е.В. Слепцова, В.О. Гапеева // Экономика и бизнес: теория и практика. – 2019. – № 2 (2). – С. 104-107.

263. Смирнова, С.А. Оценка психоэмоциональной нагрузки в профессиональной деятельности врача-участкового: специальность 14.02.03 «Общественное здоровье и здравоохранение»: диссертация на соискание ученой степени кандидата медицинских наук / Снегирева Светлана Алексеевна; ФГБОУ ВО «Оренбургский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации. – Оренбург. – 2019. – 164 с.

264. Снегирева, Т.Г. Вектор интеграции медицинских сестер-бакалавров в практическом здравоохранении/ Т. Г. Снегирева, Ю. Е. Шадрина// Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – №29(3). – С. 503- 508.

265. Совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения В. Путин провёл совещание по вопросам модернизации первичного звена здравоохранения. URL: <http://www.kremlin.ru/events/president/news/61340/work> (дата обращения: 20 августа 2019 г.)

266. Совершенствование компетентностного подхода в подготовке бакалавров сестринского дела / У.А. Алтынбекова, М.А. Рамазанова, Г.Т. Кашафутдинова, Б.К. Абдимуратова // Вестник КазНМУ. – 2016. – № 3 – С. 230-233.

267. Совершенствование профориентационной работы как направление решения проблемы дефицита кадров в системе здравоохранения / Н.А.Касимовская, В.Е.Пономарев, И.В. Русин, К.Б. Мирзаев, Д.В.Иващенко. – Текст: непосредственный// «Мечниковские чтения - 2013» Материалы 86-й конференции студенческого научного общества. – Санкт-Петербург. 2013. – С.185.
268. Современные проблемы медицинского образования как угроза национальной безопасности России / А.В. Балахонов, Н.А. Бубнова, С.А. Варзин [и др.] // Национальная безопасность и стратегическое планирование. – 2020. – № 1 (29). – С. 40-46.
269. Современное состояние и проблемы здоровья студенческой молодежи / И. Б. Меерманова, Н.Н. Седач, И.А. Большакова, Ж.А. Калбеков // Медицина и экология. – 2019. – № 2. – С. 5-11.
270. Современные подходы к возрастной периодизации контингентов детей, подростков, молодежи / Л.П. Чичерин, В.И. Попов, В.О. Щепин, С.Л. Чичерина // Здоровье молодежи: новые вызовы и перспективы. монография: в 5 т. - Т. 1. - Москва: Научная книга, 2019. – С. 8-30. ISBN 978-5-6041767-8-8. – Текст: непосредственный.
271. Созарукова, Ф.М. Кадровый дефицит специалистов здравоохранения: причины возникновения и пути решения / Ф.М. Созарукова // Вестник экспертного совета. – 2018. – № 4 (15). – С. 104-109.
272. Созарукова, Ф.М., Проблемы обеспеченности населения средним медицинским персоналом / Ф.М. Созарукова // Вестник экспертного совета. – 2017. - № 4 (11). - С. 30-34.
273. Состояние здоровья студентов - первокурсников в медицинском вузе / О.В. Сухарукова, Л.П. Охупкина, А.А. Кожурина, В.А. Милягин, Е.В. Дмитриева, А.В. Крикова, А.В. Голуб, Л.С. Киракосян, А.А. Луговая, В.М. Зайцева // Смоленский медицинский альманах. – 2020. – № 4. – С. 132-134.
274. Социальный портрет современного сельского врача - реалии и перспективы / О.А. Доцанникова, Т.В. Поздеева, Ю.Н. Филиппов, А.Л. Хлапов, Д.А. Доцанников

// Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2020. № 1 (66). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1134/30/lang,ru/> (дата обращения 06.08.2023).

275. Социологическая оценка приверженности врачей – молодых специалистов к выбранному направлению профессиональной деятельности / Г. М. Гайдаров, С. В. Макаров, Н. Ю. Алексеева, И. В. Маевская // Уральский медицинский журнал. – 2018. – С. 134-139.

276. Социологические аспекты текучести медицинских кадров / С.В. Макаров, Г.М. Гайдаров, Т.И. Алексеевская, Н.С. Апханова, Н.Ю. Алексеева // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2021. – № 5. – С. 1207-1213.

277. Социологическое исследование приверженности студентов-медиков к трудоустройству по полученной в ВУЗе специальности / Г.М. Гайдаров, С.В. Макаров, Н. Ю. Алексеева, И. В. Маевская // Acta biomedica scientifica. – 2018. – Т. 3. - № 6. – С. 137–143.

278. Стародубов, В.И., Михайлова Ю.В., Леонов С.А. Кадровые ресурсы здравоохранения Российской Федерации: состояние, проблемы и основные тенденции развития. Социальные аспекты здоровья населения: электр. науч. журн. 2010. № 1 (13). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/171/30/lang,ru/> (дата обращения 06.10.2016).

279. Столяренко, Л. Д. Психология и педагогика: учебник для академического бакалавриата / Л. Д. Столяренко, В. Е. Столяренко. - 4-е изд., перераб. и доп. - Москва: Издательство Юрайт, 2019. - 574 с. - ISBN 978-5-9916-6715-9. — Текст: электронный. URL: <https://urait.ru/bcode/444141> (дата обращения: 11.08.2023). - Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.

280. Сухарева, Л.М. Профориентационная деятельность как объект педагогического исследования: ретроспективный анализ / Л.М. Сухарева // Вопросы территориального развития. – 2019. – № 1 (46). – С. 1-9.

281. Тазетдинова, Е. Н. Методическое сопровождение профессионального самоопределения будущего специалиста с применением инструментов

- национальной системы квалификаций (в рамках реализации проекта «Национальная система квалификаций – конструктор карьеры») / Е.Н. Тазетдинова // Педагогика. Вопросы теории и практики. – 2023. – Т. 8. – № 4. – С. 448-452.
282. Тарасенко, Е.А. Экономическое стимулирование для устранения дефицита медицинских кадров в сельских территориях / Е.А. Тарасенко, О.Б. Хорева // Вопросы государственного и муниципального управления. – 2016. – № 4. – С. 117-142.
283. Теория статистики: учебник / Р.А. Шмойлова, В.Г. Минашкин, Н.А. Садовникова, Е.Б. Шувалова; под ред. Р.А. Шмойловой. – 5-е изд. – М.: Финансы и статистика, 2014. – 656 с. – ISBN 978-5-279-03295-2. – Текст: электронный. URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785279032952.html> (дата обращения: 11.08.2023). Режим доступа: для зарегистрир. пользователей.
284. Типология социальных предикторов как исследовательский инструмент изучения кадрового кризиса российского здравоохранения (обзор литературы) // И.Л. Кром, М.В. Еругина, М.Г. Еремина, Е.П. Ковалев, Г.Н. Бочкарёва, Е.А. Григорьева, Е.М. Долгова, М.В. Власова // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2022. – № 30 (1). – С. 148-152.
285. Титова, Е.Я. Кадровая политика в здравоохранении: риски и пути решения / Е.Я. Титова // Анализ риска здоровью. – 2017. – № 1. – С. 125-131.
286. Ткаченко, П.В. Погружение в атмосферу профессии: из опыта профориентационной работы медицинского вуза / П.В. Ткаченко, С.В. Черней, Е.А. Ковалева // Высшее образование в России. – 2020. – Т. 29. – № 1. – С. 125-134.
287. Толмачёв, Д.А. Влияние учебного процесса на состояние здоровья студентов I-III курсов медицинского вуза / Д.А. Толмачёв, Р.Р. Мухаметзянов, А.И. Минниярова // Modern Science. – 2019. – № 11-4. – С. 178-180.
288. Турзин, П. С. Динамика соотношения численности «врач - средний медицинский персонал» / П. С. Турзин, Л. А. Ходырева, А. А. Дударева // Экспериментальная и клиническая урология. – 2020. – № 1. – С. 22-27.
289. Укрепление систем здравоохранения через сестринское дело: данные по 14 странам Европы / Европейская обсерватория по системам и политике

здравоохранения; под ред. Rafferty A M, Busse R, Zander-Jentsch B, Sermeus W, Bruyneel L. – Копенгаген, 2021 г. - Текст: электронный. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/348865/9789289056083-rus.pdf>. (дата обращения: 17.07.2023).

290. Ульянкина, О. В. Теоретические аспекты подготовки будущих специалистов-медиков к профессиональной деятельности с учетом повышенных требований к их психофизиологическим возможностям и личностным качествам / О. В. Ульянкина, Д. А. Чернышев // Вестник Донецкого национального университета. Серия Б: Гуманитарные науки. – 2018. – № 1. – С. 166-174.

291. Управление карьерой врачей в медицинских организациях / Решетников В.А., Коршевер Н.Г., Доровская А.И., Якушина И.И. //Кубанский научный медицинский вестник. – 2019. – Т. 26. – № 1. – С. 131-137.

292. Управление профессиональной мотивацией персонала медицинской организации / Д. А. Тимофеев, М. В. Еругина, И. Л. Кром [и др.] // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2019. – Т. 27. – № 1. – С. 50-53.

293. Условия и факторы, влияющие на состояние здоровья медицинских работников-женщин / Л.А. Ходырева, П.С. Турзин, И.Б. Ушаков, В.Н. Комаревцев //Медицина экстремальных ситуаций. – 2019. – № 21 (2). – С. 268-257.

294. Федеральная служба государственной статистики: офиц. сайт. - URL: <https://rosstat.gov.ru/folder/13721> (дата обращения 12.08.2023).

295. Формирование готовности интереса школьников к медицинским профессиям: педагогическая поддержка / С.В. Панина, М. Н. Петрова, А.А. Донская, Е.И. Прокопьева // Вестник СВФУ. – 2022. – № 2 (26). – С. 24-32.

296. Хабиева, Т.Х. Инновационный менеджмент в сестринском деле как повышение конкурентоспособности медицинских сестер в условиях ОМС / Т.Х. Хабиева // Вестник КазНМУ. – 2017. – № 2. – С. 341-344.

297. Ходыкин, А.В. Система профорientации российских школьников в ракурсе социологического исследования (на примере эмпирического исследования школ г.

- Самара) / А.В. Ходыкин, Н.В. Авдошина // Вопросы студенческой науки. – 2018. – № 11 (27). – С. 205-220.
298. Цапенко, И.П. Трансграничная мобильность в сфере здравоохранения / И.П. Цапенко, В.А. Сауткина // Человек. Сообщество. Управление. – 2017. – Т. 18. – № 2. – С. 7-24.
299. Чайковская, Е.А. Исследование мотивации студентов к выбранной профессии / Е.А. Чайковская. – Текст: непосредственный // Молодежная наука и современность: материалы 86-ой Международной научной конференции студентов и молодых ученых, посвященной 86-летию КГМУ в 3 томах. Т. III. – Курск: Изд-во КГМУ, 2021. – С. 242-243.
300. Чему нас учит рейтинг эффективности систем здравоохранения регионов РФ / Г.Э. Улумбекова, А.Б. Гинойн, А.В. Калашникова, Е.А. Чабан // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. – 2016. – № 1. – С. 53-67.
301. Чернышев, В.М. О несостоятельности кадровой политики в здравоохранении России / В.М. Чернышев, М.И. Воевода, И.Ф. Мингазов // Сибирский научный медицинский журнал. – 2019. – 39 (6). – С.107–115.
302. Чернышев, В.М. Последствия реформирования здравоохранения в РФ (1990 -2020 гг.). Проблемы и предложения / В.М. Чернышев, О.В. Стрельченко, И.Ф. Мингазов // ОРГЗДРАВ: новости, мнения, обучение. Вестник ВШОУЗ. – 2021. – Т. 7. – № 2. – С. 86-102.
303. Черных, О.П. Современные методы профориентации и самоопределения обучающихся: учебно-метод. пособие / О.П. Черных - Магнитогорск: Изд-во ГБУДО «Дом учащейся молодежи «Магнит»; Изд-во Студии рекламы «Kolosok», 2021. – 64 с.
304. Чижкова, М.Б. Особенности нарушения здорового поведения у студентов медицинского университета разных лет обучения / М.Б. Чижкова // Мир науки. Педагогика и психология. – 2020. – № 1. – С. 1-16.
305. Чирикова, А. Е. Эффективный контракт и мотивация: способны ли реформы улучшить работу российских врачей? / А. Е. Чирикова, С. В. Шишкин // Социологические исследования. – 2019. – № 5. – С. 36 - 44.

306. Чистякова, А. А. Дополнительные меры, направленные на устранение дефицита кадров и увеличение заработной платы в сфере здравоохранения, предусмотренные новой системой оплаты труда / А. А. Чистякова. // Наука: общество, экономика, право. – 2019. – № 4. – С. 194-199.
307. Шаповалова, И.С. Реализация государственной молодежной политики в России: региональный аспект / И.С. Шаповалова, Е.В. Маликова // Теория и практика общественного развития: научный электронный журнал. 2018. № 6. – URL: <https://archive.dom-hors.ru/teoria-praktika/2018/6> (дата обращения 11.08.2023).
308. Шубович, М.М. Здоровьесберегающие технологии по профилактике вредных привычек студенческой молодежи / М.М. Шубович, Е.А. Гринева, Н.В. Бибикова // Педагогико-психологические и медико-биологические проблемы физической культуры и спорта. – 2018. – № 13 (4). – С. 80-86.
309. Шуталев П.И., Молокова Е.Л. Особенности подбора кадров в медицинском учреждении // Научно-образовательный журнал для студентов и преподавателей «StudNet». – 2022. – №1. – С.424-429.
310. Щепин, В. О. Кадровый ресурс: региональное здравоохранение. Современный взгляд на проблему / В. О. Щепин, Т. И. Расторгуева // Бюллетень Национального научно-исследовательского института общественного здоровья имени Н.А. Семашко. – 2019. – № 2. – С. 132-143.
311. Щепин, В. О. Обеспеченность населения Российской Федерации основным кадровым ресурсом государственной системы здравоохранения / В.О. Щепин // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2013. – № 6. – С. 24-28.
312. Эмоциональное выгорание и признаки депрессии у студентов медицинского вуза / А.М. Ахметова, Л.Д. Садретдинова, Д.М. Габитова, А.Н. Ишмухаметова, Т.М. Ильясова // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. – 2022. – Т.1. – №3. – С. 90-103.
313. Юдин, Ю.В. Организация и математическое планирование эксперимента: учебное пособие / Ю.В. Юдин, М.В. Майсурадзе, Ф.В. Водолазский. -

Екатеринбург: Изд-во Урал. ун-та., 2018. – 124 с. – ISBN 978-5-7996-2486-6. – Текст: непосредственный.

314. Ясакова, А.Р. Проблемы кадрового обеспечения в системе здравоохранения / А.Р. Ясакова, Е.В. Шестакова // Проблемы современной науки и образования. – 2017. – С. 26-30.

315. A comparison of the caring behaviours of nursing students and registered nurses: Implications for nursing education / Y.S. Li, W.P. Yu, B.H. Yang, C.F. Liu // Journal of Clinical Nursing. – 2016. – Vol.25. – P. 3317-3325. doi.10.1111/jocn.13397.

316. A psychometric appraisal of the DREEM / S.M. Hammond, M. O'Rourke, M. Kelly, D. Bennett, S. O'Flynn // BMC medical education: Electronic resource. 2012. Vol. 12. – № 2. doi: 10.1186/1472-6920-12-2.

317. A Systematic Review of Publications Using the Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM) to Monitor Education in Medical Colleges in Saudi Arabia / M.M. Al-Ahmari, M.M. Al Moaleem, R.A. Khudhayr, [et al.] // Medical science monitor: international medical journal of experimental and clinical research. – 2022. – Vol. 28. – e938987. doi.org/10.12659/MSM.938987.

318. Aguilar-Barojas, S. Validation of the Spanish translation of Dundee Ready Education Environment Measure / S. Aguilar-Barojas, A.L. Castillo-Orueta // J. Res. Med. Educ. – 2018. – Vol. 7. – № 26. – P.13 – 23. doi. 10.1016/j.riem.2017.03.001.

319. Alebachew, W. Prevalence, associated factors and consequences of substance use among health and medical science students of Haramaya University, eastern Ethiopia, 2018: a cross-sectional study / S. Alebachew, A. Semahegn, P. Ali, H. Mekonnen // BMC Psychiatry. – 2019. – Vol. 19. – №1. – P. 343. doi.10.1186/s12888-019-2340-z.

320. Allen, M.S. Sedentary behaviour and risk of anxiety: a systematic review and meta-analysis / M.S. Allen, E.E. Walter, C. Swann // J. Affect Disord. – 2019. – Vol.1. – №242. – P. 5 –13. doi. 10.1016/j.jad.2018.08.081.

321. Analysis of legal acts regulating activity of general practitioners and nurses / M.K. Kaidaulov, B.S. Turdaliyeva, G.E. Aimbetova, S.K. Meirmanov // Life and Health Science. – 2019. – №1. – P.59 – 69.

322. An international cross-cultural study of nursing students' perceptions of caring // M. Pajnkihar, P. Kocbeka, K. Musovića, Y. Taob, N. Kasimovskaya, [et al.] // Nurse Education Today. – 2020. – Vol.84. – P.1 – 7. doi: 10.1016/j.nedt.2019.104214
323. Begum, S. Perceptions of "caring" in nursing education by Pakistani nursing students: an exploratory study / S. Begum, H. Slavin // Nurse Education today. – 2012. – Vol. 32. – № 3. – P. 332 – 336. doi:10.1016/j.nedt.2011.10.011
324. Bianchi, M. Effectiveness of interprofessional education and new prospects / M. Bianchi, V. Bressan // Journal of advanced nursing. – 2019. – Vol. 75. – № 1. – P. 14 – 16. doi:10.1111/jan.13772
325. Budartsova, Y.V. Problems of human resources development in healthcare. // Y.V. Budartsova // Problemy sotsial'noi gigieny, zdravookhraneniia i istorii meditsiny. – 2020. – Vol. 28. – P. 1162 – 1671. doi: 10.32687/0869-866X-2020-28-s2-1162-1167
326. Burnout among U.S. medical students, residents, and early career physicians relative to the general U.S. population / L.N. Dyrbye, C.P. West, D. Satele, S. Boone, [et al.] // Academic Medicine. – 2014. – Vol. 89. – № 3. – P. 443-451. doi: 10.1097/ACM.0000000000000134
327. Caring characters and professional identity among graduate nursing students in China-a cross sectional study / Y.J. Guo, L. Yang, H.X. Ji, Q. Zhao // Nurse education today. – 2018. – Vol. 65. – P. 150-155. doi: 10.1016/j.nedt.2018.02.039
328. Carlotto, M.S. Predictors of the burnout syndrome in college students / M.S. Carlotto, S.G. Câmara // Pensamiento Psicológico [Psychological Thought]. – 2008. – Vol. 4. – №10. – P. 101-109. doi: 10.7759/cureus.4879
329. Combating the Nursing Shortage: Recruitment and Retention of Nephrology Nurses / J.S. Brown, N. Gomez, M. Harper, R. Olivares // Nephrology nursing journal: journal of the American Nephrology Nurses' Association. – 2023. – Vol. 50. – №1. – P. 49 –53.
330. Content validity, face validity and internal consistency of the Slovene version of Caring Factor Survey for care providers, caring for co-workers and caring of managers / D. Vrbnjak, D. Pahor, J.W. Nelson, M. Pajnkihar // Scandinavian Journal of Caring Sciences. – 2017. – Vol.31. – P. 395 – 404. doi: 10.1111/scs.12338

331. Dental students' perception of their educational environment in relation to their satisfaction with dentistry major: a cross-sectional study / Y.M. Gil, J.S. Hong, J.L. Ban, J.S. Kwon, J.I. Lee // BMC medical education. – 2023. – Vol. 23. – №1. – P. 508. doi.org/10.1186/s12909-023-04485-w
332. Development of a transcultural questionnaire of motives for higher education dropout / Almeida, L.S., Casanova, J.R., Bernardo, A.B., Cervero, A., Angeli dos Santos, A.A., Ambiel, R.A.M. // - Avaliação Psicológica [Psychological Assessment]. – 2019. – Vol. 18. – № 2. – P. 201–209.
333. Duffy, J. R. Revision and psychometric properties of the caring assessment tool / J.R. Duffy, B.B. Brewer, M.T. Weaver // Clinical Nursing Research. – 2014. – Vol. 23. – №1. – P. 80-93. doi: 10.1177/1054773810369827
334. Effectiveness of an innovative and interactive smoking cessation training module for dental students: a prospective study / S.E. Vollath, A. Bobak, S. Jackson, S. Sennhenn-Kirchner, P. Kanzow, A. Wiegand, T. Raupach // European journal of dental education: official journal of the Association for Dental Education in Europe. – 2020. – Vol. 24. – № 2. – P. 361-369. doi: 10.1111/eje.12507
335. Fit for practice: Analysis and evaluation of Watson's theory of human caring / M. Pajnkihar, H. P. McKenna, G. Štiglic, D. Vrbnjak // Nursing Science Quarterly. – 2017. – Vol.30. – P. 243-252. doi: 10.1177/0894318417708409
336. Frequency of nursing tasks in medical and surgical wards / B. Farquharson, C. Bell, D. Johnston, M. Jones, P. Schofield, J. Allan, M. Johnston // Journal of Nursing Management. – 2013. – Vol.21. – P. 860-866. doi: 10.1111/jonm.12110
337. Gabrani, J. Updating Nursing Competencies in Primary Healthcare in Albania; Transforming Roles Through Tailored Education. / Gabrani J. // International journal of public health. – 2021. – Vol.17. – №66. – P.1604085. doi: 10.3389/ijph.2021.1604085
338. Galey, W. R. What is the future of problem based learning in medical education? / W. R. Galey // The American journal of physiology. – 1998. – Vol. 20. – № 1. – P. 12-15. doi: 10.1152/advances.1998.275.6.S12

339. Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. WHO [Online].2016 Apr [cited 2016 Nov 13]; Available from: who.int/hrh/resources/pub_globstrathrh-2030/en (дата обращения 16.02.2020).
340. Goodyear, R. Nursing in Russia: Steps forward for the profession. / R. Goodyear // Journal for Nurse Practitioners. – 2012. – Vol.8. – P. 162-163.
341. Health at a Glance 2019: OECD Indicators. OECD Publishing, Paris: база данных. (дата обращения: 15.11.2021). doi.org/10.1787/4dd50c09-en.
342. Health Human Resources Policy in Europe / E. Kuhlmann, P.P. Groenewegen, R. Batenburg, C. Larsen // The Palgrave International Handbook of Healthcare Policy and Governance; In: Kuhlmann, E., Blank, R.H., Bourgeault, I.L., Wendt, C. (eds). – Basingstoke: Palgrave Macmillan, 2015. – P. 289–307. [doi:10.1057/9781137384935_18](https://doi.org/10.1057/9781137384935_18)
343. Improving health workforce governance: the role of multi-stakeholder coordination mechanisms and human resources for health units in ministries of health / T. Martineau, K. Ozano, J. Raven, [et al.] // Human resources for Health – 2022. – Vol. 20. – №1. – P.47. [doi: 10.1186/s12960-022-00742-z](https://doi.org/10.1186/s12960-022-00742-z)
344. Kohli, V. Medical students' perception of the educational environment in a medical college in India: a cross-sectional study using the Dundee Ready Education Environment questionnaire / V. Kohli, U. Dhaliwal // Journal of educational evaluation for health professions. – 2013. – Vol. 10. – № 5. – P. 1-6. [doi: 10.3352/jeehp.2013.10.5](https://doi.org/10.3352/jeehp.2013.10.5)
345. Koskinen, C. A. An envisioning about the caring in listening / C.A. Koskinen, U. Å. Lindström // Scandinavian Journal of Caring Sciences. – 2015. – Vol.29. – P. 548-554. [doi: 10.1111/scs.12149](https://doi.org/10.1111/scs.12149)
346. Kuijpers, R. E. Standard errors and confidence intervals for scalability coefficients in Mokken scale analysis using marginal models / R. E. Kuijpers, L. A. van der Ark, M. A. Croon // Sociological Methodology. – 2013. – Vol. 43. – P. 42-69. [doi:10.1177/0081175013481958](https://doi.org/10.1177/0081175013481958)
347. Marchildon, G.P. Canada: Health System Review / G.P. Marchildon, S. Allin, S. Merkur // Health systems transition. – 2020. – Vol. 22. – № 3. – P. 1-194.
348. Maslach, C. Burnout. The Cost of Caring. / C. Maslach; - Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1982.

349. Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019 / A. Haakenstad, R. C.M.S. Irvin, M. Knight, [et al.] // *Lancet*. – 2022. – Vol. 399. – P. 2129-2154. doi: 10.1016/S0140-6736(22)00532-3
350. Medical Student Psychological Distress and Mental Illness Relative to the General Population: A Canadian Cross-Sectional Survey / B. Maser, M. Danilewitz, E. Guerin, L. Findlay, E. Frank // *Academic medicine: journal of the Association of American Medical Colleges*. – 2019. – Vol. 94. – № 11. – P. 1781-1791.
351. Miles, S. The Dundee Ready Education Environment Measure (DREEM): a review of its adoption and use / S. Miles., L. Swift, S.J. Leinster // *Medical teacher*. – 2012. – Vol. 34. – № 9. – P. 620-634. doi: 10.3109/0142159X.2012.668625
352. Mogre, V. Psychometric properties of the Dundee Ready Educational Environment Measure in a sample of Ghanaian Medical Students / V. Mogre, A. Amalba // *Education for health*. – 2016. – Vol. 29. – P.16-24. doi: 10.4103/1357-6283.178921
353. Mokken scaling of the Caring Dimensions Inventory (CDI-25) / N. Akansel, R. Watson, N. Aydin, A. Ozdemir // *Journal of clinical nursing*. – 2013. – Vol. 22. - № 13–14. – P. 1818–1826. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04068.x
354. Nursing administration: Watson's theory of human caring / J. Gunawan, Y. Aungsuroch, J. Watson, C. Marzilli // *Nursing science quarterly*. – 2020. – Vol. 35. – № 2. – P. 235-243. doi: 10.1177/08943184211070582
355. Nursing students' perceptions of their own caring behaviors: a multicountry study / L.J. Labrague, D.M. McEnroe-Petitte, I.V. Papathanasiou, O.B. Edet, J. Arulappan, K. Tsaras // *International journal of nursing knowledge*. – 2017. – Vol. 28. – № 4. – P. 225-232. DOI: 10.1111/2047-3095.12108
356. Patil, A. A. Students' perception of the educational environment in medical college: a study based on DREEM questionnaire / A.A. Patil, V.L. Chaudhari // *Korean journal of medical education*. – 2016. – Vol. 28. – № 3. – P. 281-288. doi: 10.3946/kjme.2016.32

357. Peng, X. Caring behaviour perceptions from nurses of their first-line nurse managers / X. Peng, Y. Liu, Q. Zeng // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2015. – Vol. 29. – P. 708-715. doi: 10.1111/scs.12201
358. Perception of the Online Learning Environment of Nursing Students in Slovenia: Validation of the DREEM Questionnaire / L. Gosak, N.Fijačko, C. Chabrera, E. Cabrera, G. Štiglic // *Healthcare (Basel, Switzerland)*. – 2021. – Vol. 9. – № 8. – P. 998. doi.org/10.3390/healthcare9080998
359. Perceptions of Caring Between Slovene and Russian Members of Nursing Teams / M. Pajnkihar, D. Vrbnjak, N. Kasimovskaya, R. Watson, G. Stiglic // *Journal of transcultural nursing: official journal of the Transcultural Nursing Society*. – 2019. – Vol. 30. – № 2. – P. 195–204. doi: 10.1177/1043659618788136
360. Perceptions of inpatients and nurses towards the importance of nurses' caring behaviours in rehabilitation: A comparative study / M.J. Roulin, S. Jonniaux, H. Guisado, L. Séchaud // *International Journal of nursing practice*. – 2020. – Vol. 26. №4. – P.1- 9. doi: 10.1111/ijn.12835
361. Perceptions of nursing students of educational environment at a private undergraduate School of Nursing in Karachi / S. Farooq, R. Rehman, J.M. Dias, M. Hussain // *JPMMA. The Journal of the Pakistan Medical Association*. – 2018. – Vol. 68. – № 2. – P. 216-223.
362. Pooled prevalence of depressive symptoms among medical students: an individual participant data meta-analysis / W.B. Zatt, K. Lo, [et al.] // *BMC Psychiatry*. – 2023. – Vol. 23 – №253. – P.1- 9. doi.org/10.1186/s12888-023-04745-5
363. Prevalence of bad habits among students of the institutions of higher medical education and ways of counteraction / T.S. Gruzieva, L.I. Galiienko, I.A. Holovanova, V.B. Zamkevich, O.Y. Antonyuk, L.V. Konovalova, R.G. Dolynskyj, A.I. Zshyvotovska // *Wiadomosci lekarskie*. – 2019. – Vol.72. – №3. – P. 384-390.
364. Prevalence and associated factors of burnout among Debre Berhan University medical students: a cross-sectional study / Y.G., Haile, A.L.Senkute, B.T. Alemu, D.M. Bedane, K.B. Kebede// *BMC Med Educ*. – 2019. – Vol.19. – №1. – P.413. doi: 10.1186/s12909-019-1864-8

365. Prevalence of burnout syndrome in university students: A systematic review / Y. Rosales-Ricardo, F. Rizzo-Chunga, J. Mocha-Bonilla, J.P. Ferreira // *Salud Mental [Mental Health]*. – 2021. – Vol. 44. – № 2. – P. 91-102. doi:10.17711/SM.0185-3325.2021.013
366. Psychometric properties of Persian version of the Caring Dimension Inventory (PCDI-25) / S. Salimi, A. Azimpour, S. Mohammadzadeh, M. Fesharaki // *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. – 2014. – Vol.19. – P.173-179.
367. Quality of educational environment at Wah Medical College: assessment by using dundee ready educational environment measure / R. Mushtaq, A. Ansar, A. Bibi, [et al.] // *Journal of Ayub Medical College, Abbottabad: JAMC*. – 2017. – Vol. 29. – № 3. – P. 441- 444.
368. Rastorgueva, T.I. The issue of the initial stage of formation «The personnel of the future» of Russian medicine/ *Bulletin of the N.A. Semashko* / T.I. Rastorgueva, O.V. Mirgorodskaya, T.N. Proklova // *National Research Institute of Public Health*. – 2019. – Vol.2. – P. 83-91. doi.org/10.25742/NRIPH.2019.02.011
369. Sedentary behaviors and risk of depression: a meta-analysis of prospective studies. / Y.C. Huang, L.Q. Li, Y. Gan, [et al.] // *Transl. Psychiatry*. – 2020. – Vol.10. –№1. – P. 26. doi: 10.1038/s41398-020-0715-z
370. Slettebø, Å. The significance of caring / Å. Slettebø, L. Fredriksson // *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. – 2015. – Vol.29. – P. 203-204. doi: 10.1111/scs.12227
371. State of the world is nursing 2020: investing in education, jobs and leadership. Geneva: World Health Organization; 2020.
372. Student perceptions of the education environment in a Spanish medical podiatry school / P. Palomo-López, R. Becerro-de-Bengoa-Vallejo, C. Calvo-Lobo, [et al.] // *Journal of foot and ankle research*. – 2018. – Vol. 11. – P. 14.
373. Students perceptions of educational environment at Army Medical College, Rawalpindi: assessment by DREEM / A. Nadeem, N. Iqbal, A. Yousaf, M.A. Daud, A. Younis // *Pakistan Armed Forces Medical Journal*. – 2014. – Vol. 64. – № 2. – P. 298-303. doi: 10.1080/13576280400002445

374. Students' perception of the educational environment of medical schools in Korea: findings from a nationwide survey / K.H. Park, J.H. Park, S. Kim, [et al.] // Korean journal of medical education. – 2015. – Vol. 27. – P.117-130. doi: 10.3946/kjme.2015.27.2.117
375. Tamata, A. T. A systematic review study on the factors affecting shortage of nursing workforce in the hospitals. / A. T. Tamata, M. Mohammadnezhad // Nursing open. – 2023. – Vol.10. – № 3. – P. 1247–1257. doi.org/10.1002/nop2.1434
376. The internal system for quality assessment of education results at a medical university / T.M. Litvinova, N.A. Kasimovskaya, V.N. Petrova, [et al.] // Electronic Journal of General Medicine. – 2018. – Vol. 15. – №4. – P. – 1 - 8. doi:10.29333/ejgm/93173
377. The relationship between surgical patients and nurses characteristics with their perceptions of caring behaviors: A European survey / E. Patiraki, C. Karlou, G. Efstathiou, [et al.] // Clinical Nursing Research. – 2014. – Vol.23. – P. 132-152. doi: 10.1177/1054773812468447
378. Trends in the lifestyle of students. Case study of a high school in Oradea, Romania / Ș. Erdely, T. Caciora, C. Șerbescu, B.M. Papp, F.A. Tamas, E. Bujorean, A. Baidog, S. Furdui, M. Ile, G.V. Herman // Geosport for Society. – 2020. – Vol. 12. – №1. – P. 1-12. doi:10.30892/gss.1201-052
379. Turkel, M. C. Caring science or science of caring / M.C. Turkel, J. Watson, J. Giovannoni // Nursing Science Quarterly. – 2018. – Vol.31. – P. 66-71.
380. Warshawski, S. The associations between peer caring behaviors and social support to nurse students' caring perceptions / S. Warshawski, M. Itzhaki, S. Barnoy // Nurse education in practice. – 2018. – Vol.31. – P.88-94. doi: 10.1016/j.nepr.2018.05.009
381. Watson, J. Jean Watson's theory of human caring. / J.Watson; In M.C. Smith, M.E. Parker (Eds.), Nursing theories and nursing practice (pp. 321-339). Philadelphia, PA: F.A. Davis: 2015. doi: 10.1177/08943184211070582
382. World health statistics 2020: Annex 2. World Health Organization. Global Health Workforce Statistics, Global Health Observatory (GHO) data. Geneva: база данных. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/topics/topic-details/GHO/health-workforce> (дата обращения - 06.06.2020).

ПРИЛОЖЕНИЕ А

Таблица А.1 – Характеристика ординаторов, участвующих в исследовании, по специальности

№	Специальность	%
1.	Авиационная и космическая медицина	0,6
2.	Акушерство и гинекология	1,7
3.	Аллергология и иммунология	0,5
4.	Анестезиология - реаниматология	2,0
5.	Гастроэнтерология	0,8
6.	Гематология	0,6
7.	Генетика	0,2
8.	Дерматовенерология	4,0
9.	Инфекционные болезни	0,5
10.	Кардиология	0,6
11.	Клиническая фармакология	0,8
12.	Колопроктология	0,3
13.	Лечебная физкультура и спортивная медицина	0,5
14.	Медико-социальная экспертиза	0,3
15.	Неврология	2,3
16.	Нейрохирургия	0,3
17.	Неопатология	0,6
18.	Нефрология	0,3
19.	Общая врачебная практика	2,8
20.	Общая гигиена	0,6
21.	Онкология	0,9
22.	Ортодонтия	1,1
23.	Остеопатия	0,5
24.	Оториноларингология	1,1
25.	Офтальмология	1,5
26.	Патологическая анатомия	0,5
27.	Педиатрия	1,1
28.	Пластическая хирургия	2,0
29.	Психиатрия	0,5

Продолжение Таблицы А.1

30.	Психиатрическая наркология	0,8
31.	Рентгенология	0,8
32.	Рентгеноваскулярная диагностика и лечение	0,2
33.	Стоматология детская	0,6
34.	Стоматология общей практики	0,5
35.	Стоматология ортопедическая	2,1
36.	Стоматология терапевтическая	0,5
37.	Стоматология хирургическая	0,6
38.	Судебно-медицинская экспертиза	1,2
39.	Терапия	3,2
40.	Управление и экономика фармации	2,5
41.	Фармацевтические технологии	0,6
42.	Физиотерапия	0,2
43.	Хирургия	0,8
44.	Челюстно-лицевая хирургия	1,7
45.	Эпидемиология	0,8

ПРИЛОЖЕНИЕ Б

Таблица Б.1 – Характеристика ординаторов по окончанию образовательной организации высшего образования

1.	Наименование образовательной организации	%
2.	ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)	50
3.	ФГБОУ ВО Астраханский ГМУ Минздрава России	1,3
4.	ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»	8,7
5.	ФГБОУ ВО «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко»	5,3
6.	ФГБОУ ВО «Волгоградский государственный медицинский университет»	1,3
7.	ФГБОУ ВО «Дагестанский государственный медицинский университет»	1,6
8.	ФГБОУ ВО «Дальневосточный государственный медицинский университет»	0,3
9.	Ереванский государственный медицинский университет имени Мхитара Гераци	1,6
10.	Запорожский государственный медицинский университет	0,3
11.	ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»	1
12.	ФГБОУ ВО "Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х.М. Бербекова"	1
13.	ФГБОУ ВО "Казанский государственный медицинский университет"	1
14.	ФГБОУ ВО «Кировский государственный медицинский университет»	1
15.	ФГБОУ ВО КГМУ Минздрава России	1
16.	ФГБОУ ВО Кубанский государственный медицинский университет	1
17.	ФГАОУ ВО "Казанский (Приволжский) федеральный университет"	1
18.	Кыргызская государственная медицинская академия им. А.К. Ахунбаева	0,3
19.	ФГБОУ ВО МГМСУ им. А.И. Евдокимова Минздрава России	5,3
20.	ФГБОУ ВО СГМУ Минздрава России	0,3
21.	Медицинский университет «Реавиз»	1
22.	ФГБОУ ВО «ПИМУ» Минздрава России	0,3
23.	ФГБОУ ВО «Орловский государственный университет имени И.С. Тургенева»	0,3
24.	ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России	2,3

Продолжение Таблицы Б.1

25.	ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы народов»	3
26.	ФГБОУ ВО РязГМУ Минздрава России	0,3
27.	ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского	2,3
28.	ФГАОУ ВО «СВФУ имени М.К. Аммосова»	1,3
29.	ФГБОУ ВО СибГМУ Минздрава России	0,3
30.	ФГБОУ ВО СамГМУ Минздрава России	0,3
31.	ФГБОУ ВО СОГМА Минздрава России	0,7
32.	ГОУ «Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали Ибни Сино»	0,7
33.	ТГУ имени Г.Р. Державина	0,3
34.	ФГБОУ ВО ТГМУ Минздрава России	0,3
35.	ФГБОУ ВО «Тульский государственный университет»	0,7
36.	ФГБОУ ВО УГМУ Минздрава России	0,7
37.	ФГБОУ ВО ЧГМА Минздрава России	1,3
38.	ФГБОУ ВО ЯГМУ Минздрава России	0,3

ПРИЛОЖЕНИЕ В**АНКЕТА****Уважаемый школьник!**

Анкета предназначена для проведения научного исследования по проблеме профессиональной ориентации, анкетирование анонимно, все результаты будут представлены в обобщенном виде. Пожалуйста, отнеситесь ответственно к заполнению анкеты, ответьте, не пропуская ни одного вопроса.

Инструкция: подчеркните или обведите правильный на ваш взгляд ответ. Анкетирование анонимно.

Профессиональная ориентация - система мер, направленных на оказание помощи молодежи в выборе профессии.

1. Ваш возраст (впишите, пожалуйста) _____

2. Ваш пол М Ж

3. В каком классе Вы учитесь?

9 класс 10 класс 11 класс

Другое

4. Определились ли Вы с будущей профессией?

1) Да 2) Да, но сомневаюсь 3) Нет, определяюсь

5. Нужна ли Вам консультация по вопросу выбора профессии?

1) Да 2) Нет 3) Не знаю

6. Нужна ли Вам консультация по вопросу выбора вуза?

1) Да 2) Нет 3) Не знаю

7. Проводилась ли с Вами профориентационная работа

1) Да, это было полезно 2) Да, считаю бесполезной 3) Нет

8. Если, проводилась, то, в каких классах?

5 класс

6 класс

7 класс

8 класс

9 класс

10 класс

11 класс

9. Считаете ли Вы, что проведение профориентационной работы поможет в определении будущей профессии?

1) Да 2) Нет 3) Не знаю

10. Расположите в возрастающем порядке по значимости для Вас нижеперечисленные профориентационные методы (с помощью цифр 1, 2, 3 и т.д., при этом 1 - соответствует самый весомый фактор и по убывающей 2,3,4 и т.д.)

Тематические классные часы

Экскурсии

Дни открытых дверей в учебных заведениях

Ярмарки профессий

Другое _____

11. Расположите в порядке значимости факторы, повлиявшие на Ваш выбор профессии (с помощью цифр 1, 2, 3 при этом 1 - соответствует самый весомый фактор и по убывающей 2,3,4 и т.д.)

Самостоятельно определился

Семья

Друзья, знакомые

Педагоги

Профориентационная работа

Прочитанная книга/просмотренный фильм

Способности

Другое _____

12. На ваш взгляд, что является приоритетным в выборе профессии? Расположите в порядке убывания по значимости фактора для вас (используйте цифры 1, 2, 3 и т.д. при этом 1 - это самый весомый фактор и по убывающей 2,3,4 и т.д.)

Престиж специальности

Востребованность

Уровень дохода

Семейная династия

Способности

Личные склонности

13. Участвуете (участвовали) ли Вы в олимпиадах?

1) Да 2) Нет

14. Если участвовали, то профиль олимпиады совпадает с профилем вуза, в который будете поступать?

1) Да 2) Нет

15. Участвуете (участвовали) ли Вы в научно-практических конференциях для школьников?

1) Да 2) Нет

16. Если участвовали, то тема Вашей работы совпадала с избранной профессией?

1) Да 2) Нет

17. Если вы выбрали профессию в сфере медицины, отметьте, пожалуйста, кем вы хотели бы стать:

☐ участковый врач /врач общей практики
(«лечебное дело»)

☐ организатор здравоохранения
(«лечебное дело», «педиатрия»,

- | | |
|---|---|
| ☐ педиатр («педиатрия») | ☐ «стоматология», «медико- |
| ☐ стоматолог («стоматология») | ☐ профилактическое дело» и др.) |
| ☐ санитарный врач (клинический | ☐ провизор («фармация») |
| эпидемиолог, лабораторная | ☐ бакалавр «сестринское дело» |
| диагностика) (медико- | ☐ биохимик («медицинская биохимия») |
| профилактическое дело») | ☐ биофизик («медицинская биофизика») |

ПРИЛОЖЕНИЕ Г**АНКЕТА****Уважаемый участник!**

Анкета предназначена для проведения научного исследования по проблеме профессиональной ориентации. Анкетирование проводится анонимно. Все результаты будут представлены в обобщенном виде.

Пожалуйста, отнеситесь ответственно к заполнению анкеты, ответьте, не пропуская ни одного вопроса.

Инструкция: подчеркните или обведите правильный, на ваш взгляд, ответ.

1. Ваше направление подготовки в Университете (впишите, пожалуйста) _____

2. Год обучения? (впишите, пожалуйста) _____

3. Ваш возраст (впишите, пожалуйста) _____

4. Ваш пол М Ж

5. Как вы считаете правильно ли вы выбрали профессию?

1) Да 2) Нет

6. На каком курсе вы определились со своей специальностью?

1 курс 2 курс 3 курс 4 курс 5 курс 6 курс

7. Расположите в порядке значимости факторы, повлиявшие на ваш выбор профессии. Расположите в порядке убывания по значимости (используйте цифры 1, 2, 3 и т.д. при этом 1 - соответствует самый весомый фактор и по убывающей 2,3,4 и т.д.)

- ☐ Самостоятельно определился с будущей профессией (мое личное решение)
- ☐ Семья
- ☐ СМИ (Средства массовой информации)
- ☐ Друзья, знакомые
- ☐ Педагоги
- ☐ Профориентационная работа в школе
- ☐ Способности
- ☐ Другое _____

8. Какие факторы больше всего повлияли на выбор вами специальности? Расположите в порядке убывания по значимости (используйте цифры 1, 2, 3 и т.д. при этом 1 - соответствует самый весомый фактор и по убывающей 2,3,4 и т.д.)

- ☐ Престиж специальности
- ☐ Востребованность
- ☐ Уровень дохода
- ☐ Способности
- ☐ Личные склонности

9. Проводилась ли с вами профориентационная работа в школе?

1) Да 2) Нет

10. Считаете ли вы проведённую с вами профориентационную работу полезной, если проводилась?

- 1) Да 2) Нет 3) Не знаю

11. Как вы считаете, нужна ли профориентационная работа студентам во время обучения в вузе?

- 1) Да 2) Нет 3) Не знаю

12. Вы работаете (работали) во время обучения в Университете в медицинской организации?

- 1) Да 2) Нет

13. Если вы работаете (работали), то помогло ли это в выборе вашей специальности?

- 1) Да 2) Нет

14. По вашему мнению, необходимо ли студенту медицинского Университета работать на должностях среднего медицинского персонала для получения опыта?

- 1) Да 2) Нет

15. Как вы считаете, повлияет ли прохождение вами первичной аккредитации специалистов на качество профессиональной деятельности?

- 1) Да 2) Нет

16. Как вы считаете, уровень качества медицинской помощи современного здравоохранения высокий:

в первичном звене в стационаре

другое _____

17. Как вы считаете от каких факторов может зависеть качество медицинской помощи? (ответов может быть несколько)

- ☐ качество медицинской помощи зависит от специалиста
- ☐ качество медицинской помощи от медицинской организации
- ☐ качество медицинской помощи от руководства медицинской организации
- ☐ качество медицинской помощи от руководства системы здравоохранения
- ☐ от того как подготовлен будущий специалист в Вузе

18. Готовы ли вы работать врачом в региональном здравоохранении?

- 1) Да 2) Нет 3) Только если не найду другого места работы

19. Как вы считаете, правильно ли вы выбрали профессию?

- 1) Да 2) Нет

20. Считаете ли вы профессию врача престижной?

- 1) Да 2) Нет

21. Считаете ли вы выбранную вами специальность высокооплачиваемой?

- 1) Да 2) Нет

22. Как Вы считаете требуется ли введение отработки выпускником в течение 3 лет в медицинских организациях по направлению?

- 1) Да 2) Нет 3) Только по желанию обучающегося

ПРИЛОЖЕНИЕ Д

АНКЕТА

Уважаемый студент!

Просим Вас ответить на вопросы анкеты. От полноты и искренности Ваших ответов будет зависеть научность результатов исследования и возможность внедрения их в практику. Организаторы исследования гарантируют, что опрос будет проводиться анонимно, ответы будут представлены в обобщенном виде.

Инструкция по работе с анкетой: Выберите из предложенных ответов тот, который, по Вашему мнению, правильный, поставьте галочку или подчеркните. Если ни один из предложенных вариантов ответа Вас не устраивает, напишите ответ сами.

1. Ваш пол **М** **Ж**

2. Ваш возраст

до 18 лет включительно

От 25 до 29 лет

от 19 до 24 лет

От 30 до 34 лет

35 лет и старше

3.Курс обучения? _____

4. Семейное положение

Женат/ замужем

Холост/ не замужем

Гражданский брак

5.Занимаетесь ли вы спортом?

Да, профессионально

Делаю зарядку не регулярно

Нет, не занимаю

Другое (напишите)

6. Как вы понимаете термин «здоровый образ жизни» (напишите, пожалуйста)

7. Оцените свое состояние здоровья по пяти - бальной шкале

полностью здоров/а	хорошее	имею проблемы со здоровьем	плохое	инвалид
5 баллов	4 баллов	3 баллов	2 баллов	1 баллов

8. Есть ли у вас хроническое заболевания?

Нет Не обследовался

Да (впишете, пожалуйста)

9. Что, по вашему мнению, влияет на ваше состояние здоровья? (можно указать несколько ответов)

Возраст	Плохое питание	Перенапряжение	Вредные привычки	Наследственность	Отсутствие качественной медицинской помощи

10. Состоите ли Вы на диспансерном учете?

Да Нет

11. Проходите ли Вы ежегодное диспансерное обследование?

Да Нет

12. Какие продукты Вы в основном употребляете в пищу?

Из муки и крахмала	Растительные	Мясомолочные
--------------------	--------------	--------------

Другое (напишите)-----

13. Чем обусловлен выбор такого рациона питания (можно указать несколько вариантов ответов)?

Финансовыми возможностями	Желанием снизить вес	Личным вкусом	Религиозными или другими принципами	В соответствии с потребностями здорового питания

14. Вы курите? Да Нет

15. Возраст, в котором Вы выкурили первую сигарету

До 15 лет 16-18 лет Старше 18 лет

16. Какое количество сигарет выкуриваете в день?

5-10 11-20 более 20

17. Что побудило Вас впервые закурить?

Пример родителей	Влияние товарищей	Желание казаться взрослым	Желание похудеть	Желание не отстать от моды	Любопытство
------------------	-------------------	---------------------------	------------------	----------------------------	-------------

18. Кто курит из живущих с Вами людей?

Отец Мать Брат Сестра Муж Жена Товарищи

Никто не курит

19. Признаете ли Вы, что курение вредит здоровью?

Да Нет Не знаю

20. Употребляете ли Вы алкогольные напитки?

Да Нет

21. Употребляете ли Вы наркотики?

Да Нет Пробовал иногда

22. Достаточно ли Вы спите?

Да Нет

23. Считаете ли Вы, что учебная нагрузка влияет на ваше состояние здоровья?

Да Нет

24. Укажите, какие факторы влияют на Ваше здоровье? Оцените значимость факторов по пяти - бальной системе:

Фактор воздействия	Оценка фактора				
	1 (не влияющий фактор)	2 (не значительное влияние фактор)	3 влияние умеренное	4 влияет	5 сильно влияет
Ненормированный режим дня					
Здоровое питание					
Наличие семейных проблем					
Финансовая нестабильность					
Отсутствие информации и пропаганды здорового образа жизни					

25. Достаточно ли информации о состоянии своего здоровья Вы получаете от медицинских работников?

Информации слишком много

Да, ровно столько, сколько нужно

Нет, хотелось бы больше

Не получаю никакой информации

26. Оцените по пяти бальной системе качество оказания медицинской помощи, используя следующие градации оценки:

5- отличное (полностью отвечает потребностям пациентов)

4- хорошее (недостаточное по качеству медицинской помощи)

3- удовлетворительное (оказывается не в полном объеме)

2- не удовлетворительное (не отвечает современным требованиям здравоохранения)

1-затрудняюсь ответить

Оказание медицинской помощи	Оценка качества оказания медицинской помощи				
	1	2	3	4	5
Лечение в поликлинике					
Лечение в больнице					
Лечение в санатории					
Стоматологическая помощь					
Скорая и неотложная медицинская помощь					

27. Где Вы обычно проходите лечение?

В районной поликлинике по месту прописки

В поликлинике по месту фактического проживания

В ведомственной поликлинике

В платных учреждениях

Другое(напишите)

28. Как часто за последний год Вы обращались в поликлинику?

Ни разу

Один раз

От двух до пяти раз

Свыше 5 раз

29. С какой целью Вы обращались в поликлинику в течение года?

Лечение Прохождение медицинских осмотров (диспансеризация)

Получение консультации Получение справок, направлений, рецептов и др. документов

Другая (напишите)

30. К какому врачу Вы собираетесь обратиться (обратились) в ближайшее время (можно отметить несколько вариантов ответов)

Терапевту

Хирургу

Невропатологу

Окулисту

Отоларингологу

Стоматологу

Кардиологу

Ни к какому

Другому специалисту (напишите)

31. Доверяете ли вы медицинским работникам при обращении за медицинской помощью?

Доверие

Недоверие

Другое(напишите)

32. Из каких источников Вы в основном получаете медицинскую информацию о заболеваниях, методах их лечения и лекарственных препаратах?

От медицинских работников в поликлинике	От знакомых и родственников	Из научно-популярной литературы	По телевизору	Через Интернет

ПРИЛОЖЕНИЕ Е

АНКЕТА

Уважаемый студент!

Сеченовский Университет (далее Университет) проводит научное исследование удовлетворенности образовательными услугами студентами нашего университета. Нам очень важно Ваше мнение и достоверные ответы. Анонимность опроса гарантируется. Результаты исследования будут использоваться только в обобщенном виде.

1. Ваше направление подготовки в Университете (впишите, пожалуйста) _____

2. Год обучения? (впишите, пожалуйста) _____

3. Ваш возраст (впишите, пожалуйста) _____

4. Ваш пол М Ж

5. Курс (впишите, пожалуйста) _____

6. Оцените, пожалуйста, качество образования в Университете, по сравнению с другими университетами

выше, чем в других университетах

ниже, чем в других университетах

7. Укажите, пожалуйста, факторы привлекательности Университета для вас, когда вы были абитуриентом (выберите один или несколько факторов)

хорошая репутация Университета

качество образовательных услуг

традиции и преемственность

комфортные условия

престиж Университета

наличие в Университете инновационных технологий

впишите, если для вас важным фактором является
другой _____

8. Какие компетенции в получаемой вами профессии при обучении в Университет для вас важны:

готовность к работе с современной медицинской техникой

навыки работы с компьютером

готовность к работе в команде навыки межличностных отношений

знание иностранного языка

знание инновационных медицинских технологий

9. Как вы считаете, соответствует ли качество предоставляемых Университетом образовательных услуг, требованиям современного рынка труда

Да, соответствует

Нет, не соответствует

Затрудняюсь ответить

10. Удовлетворены ли вы получаемыми качеством образования в Университете?

Да, соответствует

Нет, не соответствует

Затрудняюсь ответить

11. Ожидаемый уровень заработной платы после получения диплома при трудоустройстве в медицинскую организацию _____

ПРИЛОЖЕНИЕ Ж

Опросник (CDI-25)

Уважаемый участник!

Инструкция: По каждой из приведенных позиций дайте свою оценку по пятибалльной шкале, где 1 - полностью не согласен, 5 - полностью согласен.

Вы можете поставить 0, если конкретный аспект сестринской практики, по Вашему мнению, не применяется в Вашей деятельности.

Сестринская деятельность	Ваша оценка (от 1 до 5)
1. Оценивать состояния пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.)	
2. Вести сестринские записи о пациенте	
3. Проявлять сострадание к пациенту	
4. Воспринимать пациента как личность	
5. Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры	
6. Быть опрятно одетым при работе с пациентом	
7. Садиться рядом с пациентом (во время беседы)	
8. Изучать образ жизни пациента	
9. Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру	
10. Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств	
11. Быть честным с пациентом	
12. Организовывать работу других специалистов для пациента	
13. Внимательно выслушивать пациента	
14. Обсуждать с врачом состояние пациента	
15. Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.)	
16. Обсуждать свои личные проблемы с пациентом	
17. Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья	
18. Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.)	

19. Ставить проблемы пациента на первое место
20. Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры
21. Привлекать пациента к организации ухода за ним
22. Получать согласие на клиническую процедуру
23. Уважать личную свободу пациента
24. Личным примером вселять оптимизм в пациента
25. Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения)

ПРИЛОЖЕНИЕ И

Опросник по методике В. Бойко (формирование синдрома эмоционального выгорания)

Инструкция: Читайте по одному утверждению и ставьте в бланке ответов «+», если Вы согласны с данным утверждением и «-», если нет. Примите во внимание, что, если в формулировках опросника идет речь о партнерах, то имеются в виду субъекты Вашей профессиональной деятельности - пациенты, с которыми вы ежедневно работаете.

Утверждение	Да	Нет
1. Организационные недостатки на работе постоянно заставляют нервничать, переживать, напрягаться.		
2. Сегодня я доволен своей профессией не меньше, чем в начале карьеры.		
3. Я ошибся в выборе профессии или профиля деятельности (занимаю не свое место).		
4. Меня беспокоит то, что я стал хуже работать (менее продуктивно, качественно, медленнее).		
5. Теплота взаимодействия с партнерами очень зависит от моего настроения - хорошего или плохого.		
6. От меня как профессионала мало зависит благополучие партнеров.		
7. Когда я прихожу с работы домой, то некоторое время (часа 2-3) мне хочется побыть наедине, чтобы со мной никто не общался.		
8. Когда я чувствую усталость или напряжение, то стараюсь поскорее решить проблемы партнера (свернуть взаимодействие).		
9. Мне кажется, что эмоционально я не могу дать партнерам того, что требует профессиональный долг.		
10. Моя работа притупляет эмоции.		
11. Я откровенно устал от человеческих проблем, с которыми приходится иметь дело на работе.		
12. Бывает, я плохо засыпаю (сплю) из-за переживаний, связанных с работой.		
13. Взаимодействие с партнерами требует от меня большого напряжения.		
14. Работа с людьми приносит все меньше удовлетворения.		
15. Я бы сменил место работы, если бы представилась возможность.		
16. Меня часто расстраивает то, что я не могу должным образом оказать партнеру профессиональную поддержку, услугу, помощь.		

17. Мне всегда удается предотвратить влияние плохого настроения на деловые контакты.
18. Меня очень огорчает, если что-то не ладится в отношениях с деловым партнером.
19. Я настолько устаю на работе, что дома стараюсь общаться как можно меньше.
20. Из-за нехватки времени, усталости или напряжения часто уделяю внимание партнеру меньше, чем положено.
21. Иногда самые обычные ситуации общения на работе вызывают раздражение.
22. Я спокойно воспринимаю обоснованные претензии партнеров.
23. Общение с партнерами побудило меня сторониться людей.
24. При воспоминании о некоторых коллегах по работе или партнерах у меня портится настроение.
25. Конфликты или разногласия с коллегами отнимают много сил и эмоций.
26. Мне все труднее устанавливать или поддерживать контакты с деловыми партнерами.
27. Обстановка на работе мне кажется очень трудной, сложной.
28. У меня часто возникают тревожные ожидания, связанные с работой: что-то должно случиться, как бы не допустить ошибки, смогу ли сделать все, как надо, не сократят ли и т. п.
29. Если партнер мне неприятен, я стараюсь ограничить время общения с ним или меньше уделять ему внимания.
30. В общении на работе я придерживаюсь принципа: "не делай людям добра, не получишь зла".
31. Я охотно рассказываю домашним о своей работе.
32. Бывают дни, когда мое эмоциональное состояние плохо сказывается на результатах работы (меньше делаю, снижается качество, случаются конфликты).
33. Порой я чувствую, что надо проявить к партнеру эмоциональную отзывчивость, но не могу.
34. Я очень переживаю за свою работу.

35. Партнерам по работе отдаешь внимания и заботы больше, чем получаешь от них признательности.
36. При мысли о работе мне обычно становится не по себе: начинает колоть в области сердца, повышается давление, появляется головная боль.
37. У меня хорошие (вполне удовлетворительные) отношения с непосредственным руководителем
38. Я часто радуюсь, видя, что моя работа приносит пользу людям.
39. Последнее время (или как всегда) меня преследуют неудачи в работе.
40. Некоторые стороны (факты) моей работы вызывают глубокое разочарование, повергают в уныние.
41. Бывают дни, когда контакты с партнерами складываются хуже, чем обычно.
42. Я разделяю деловых партнеров (субъектов деятельности) хуже, чем обычно.
43. Усталость от работы приводит к тому, что я стараюсь сократить общение с друзьями и знакомыми.
44. Я обычно проявляю интерес к личности партнера помимо того, что касается дела.
45. Обычно я прихожу на работу отдохнувшим, со свежими силами, в хорошем настроении.
46. Я иногда ловлю себя на том, что работаю с партнерами автоматически, без души.
47. По работе встречаются настолько неприятные люди, что невольно желаешь им чего-нибудь плохого.
48. После общения с неприятными партнерами у меня бывает ухудшение физического или психического самочувствия.
49. На работе я испытываю постоянные физические или психологические перегрузки.
50. Успехи в работе вдохновляют меня.
51. Ситуация на работе, в которой я оказался, кажется безысходной (почти безысходной).
52. Я потерял покой из-за работы.

53. На протяжении последнего года была жалоба (были жалобы) в мой адрес со стороны партнера (ов).
54. Мне удастся беречь нервы благодаря тому, что многое из происходящего с партнерами я не принимаю близко к сердцу.
55. Я часто с работы приношу домой отрицательные эмоции.
56. Я часто работаю через силу.
57. Прежде я был более отзывчивым и внимательным к партнерам, чем теперь.
58. В работе с людьми руководствуюсь принципом: не трать нервы, береги здоровье.
59. Иногда иду на работу с тяжелым чувством: как все надоело, никого бы не видеть и не слышать.
60. После напряженного рабочего дня я чувствую недомогание.
61. Контингент партнеров, с которым я работаю, очень трудный.
62. Иногда мне кажется, что результаты моей работы не стоят тех усилий, которые я затрачиваю.
63. Если бы мне повезло с работой, я был бы более счастлив.
64. Я в отчаянии из-за того, что на работе у меня серьезные проблемы.
65. Иногда я поступаю со своими партнерами так, как не хотел бы, чтобы поступали со мной.
66. Я осуждаю партнеров, которые рассчитывают на особое снисхождение, внимание.
67. Чаще всего после рабочего дня у меня нет сил заниматься домашними делами.
68. Обычно я тороплю время: скорей бы рабочий день кончился.
69. Состояния, просьбы, потребности партнеров обычно меня искренне волнуют.
70. Работая с людьми, я обычно как бы ставлю экран, защищающий от чужих страданий и отрицательных эмоций.
71. Работа с людьми (партнерами) очень разочаровала меня.
72. Чтобы восстановить силы, я часто принимаю лекарства.
73. Как правило, мой рабочий день проходит спокойно и легко.

74. Мои требования к выполняемой работе выше, чем то, чего я достигаю в силу обстоятельств.
75. Моя карьера сложилась удачно.
76. Я очень нервничаю из-за всего, что связано с работой.
77. Некоторых из своих постоянных партнеров я не хотел бы видеть и слышать.
78. Я одобряю коллег, которые полностью посвящают себя людям (партнерам), забывая о собственных интересах.
79. Моя усталость на работе обычно мало сказывается (никак не сказывается) в общении с домашними и друзьями.
80. Если предоставляется случай, я уделяю партнеру меньше внимания, но так, чтобы он этого не заметил.
81. Меня часто подводят нервы в общении с людьми на работе.
82. Ко всему (почти ко всему), что происходит на работе я утратил интерес, живое чувство.
83. Работа с людьми плохо повлияла на меня как профессионала - обзлила, сделала нервным, притупила эмоции.
84. Работа с людьми явно подрывает мое здоровье.

ПРИЛОЖЕНИЕ К

Таблица К.1 – Суммарная оценка комплементарного уровня по четырем критериям эффективности системы здравоохранения и обеспеченности медицинскими сестрами

Страна	мест о в рейт инге	Продол жительн ость жизни	Относитель ная стоимость (%)	Эффектив ность	Индекс качества	компле ментар ный уровень	обеспечен ность медсестра ми
Япония	7	83,8 высокий уровень	10,9 высокий уровень	64,3 высокий уровень	82,21 высокий уровень	высоки й уровень	высокая
Австралия	8	82,4 высокий уровень	9,4 высокий уровень	62 высокий уровень	75,88 высокий уровень	высоки й уровень	высокая
Норвегия	11	82,3 высокий уровень	10 высокий уровень	58,9 высокий уровень	75,03 высокий уровень	высоки й уровень	высокая
Швейцария	12	82,9 высокий уровень	12,1 высокий уровень	58,4 высокий уровень	72,24 средний уровень	высоки й уровень	высокая
Ирландия	13	91,5 высокий уровень	7,8 средний уровень	58,2 высокий уровень	48,19 низкий уровень	средний уровень	высокая
Новая Зеландия	15	81,5 высокий уровень	9,3 высокий уровень	55,6 высокий уровень	72,62 средний уровень	высоки й уровень	высокая
Канада	16	82,1 высокий уровень	10,4 высокий уровень	55,5 высокий уровень	70,07 средний уровень	высоки й уровень	высокая

Продолжение Таблицы К.1

Франция	17	82,3 высокий уровень	11,1 высокий уровень	55,5 высокий уровень	78,71 высокий уровень	высокий уровень	высокая
Швеция	22	82,2 высокий уровень	11,0 высокий уровень	53,2 средний уровень	68,97 низкий уровень	средний уровень	высокая
Дания	41	80,7 высокий уровень	10,3 высокий уровень	42,4 низкий уровень	79,22 высокий уровень	средний уровень	высокая
Германия	45	80,6 высокий уровень	11,2 высокий уровень	38,2 низкий уровень	73,58 средний уровень	средний уровень	высокая
Россия	53	71,2 низкий уровень	5,6 низкий уровень	31,3 низкий уровень	57,64 низкий уровень	низкий уровень	низкая
США	55	78,7 средний уровень	16,8 высокий уровень	29,6 низкий уровень	69,23 низкий уровень	средний уровень	высокая

ПРИЛОЖЕНИЕ Л

Таблица Л.1 – Сравнительный анализ оценки студентами основных действий ухода в профессии «медицинская сестра» студентами 1 и 3 курса, обучающимися по направлению подготовки «сестринское дело» в вузах России

	профессиональные компетенции	Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова			Тюменский государственный медицинский университет			Российский Университет Дружбы Народов			Первый Московский государственный медицинский университет им.и.М.Сеченова		
		1 курс	3 курс	t	1 курс	3 курс	t	1 курс	3 курс	t	1 курс	3 курс	t
		%, $\pm$ m	%, $\pm$ m		%, $\pm$ m	%, $\pm$ m		%, $\pm$ m	%, $\pm$ m		%, $\pm$ m	%, $\pm$ m	
1.	Оценивать состояние пациента и описывать его активности в повседневной жизни (как он одевается, умывается и т.д.)	63,6 $\pm$ 14,5	75,7 $\pm$ 7,4	t=0,7	36,7 $\pm$ 8,7	55,0 $\pm$ 11,1	t=1,2	75,0 $\pm$ 9,6	43,7 $\pm$ 12,4	t=2,0 t>2 p $\geq$ 0,01	60 $\pm$ 9,7	90,9 $\pm$ 8,6	t=2,4 t>2 p $\geq$ 0,01
2.	Вести сестринские записи о пациенте	81,8 $\pm$ 11,6	75,7 $\pm$ 7,4	t=0,8	96,7 $\pm$ 3,2	75,0 $\pm$ 9,6	t=2,1 t>2 p $\geq$ 0,01	95,8 $\pm$ 4,0	87,5 $\pm$ 8,2	t=0,9	44 $\pm$ 9,9	63,6 $\pm$ 9,6	1,4 t<2 p $\geq$ 0,5
3.	Проявлять сострадание к пациенту	91,7 $\pm$ 8,3	87,8 $\pm$ 5,6	t=0,4	86,7 $\pm$ 6,1	55,0 $\pm$ 11,1	t=2,5 t>2 p $\geq$ 0,01	62,5 $\pm$ 9,8	93,7 $\pm$ 6,0	t=2,7 t>2 p $\geq$ 0,01	100	100	t=0 t<2

Продолжение Таблицы Л. 1

4.	Воспринимать пациента как личность	100	87,8± 5,6	t=0	90,0± 5,4	95,0± 4,8	t=0,6	79,1± 8,2	100	t=0	100	90,9±5,6	t=0 t<2
5.	Объяснять пациенту суть предстоящей процедуры	100	97,0± 2,9	t=0	96,7± 3,2	95,0± 4,8	t=0,2	95,8± 4,0	100	t=0	100	100	t=0 t<2
6.	Быть опрятно одетым при работе с пациентом	91,7 ±7,9	100	t=0	96,7± 3,2	90,0± 6,7	t=0,9	95,8± 4,0	93,7± 6,0	t=0,2	100	100	t=0 t<2
7.	Садиться рядом с пациентом (во время беседы)	58,3 ±14, 2	30,3± 7,9	t=3,1 t>2 p≥0,01	83,3± 6,8	65,0± 10,6	t=1,4	50,0± 10,2	87,5± 8,2	t=2,8 t>2 p≥0,01	76,0±8, 3	81,8±11,5	t=0, 4
8.	Изучать образ жизни пациента	81,8 ±11, 6	66,7± 8,2	t=1,0	83,3± 6,8	85,0± 7,9	t=0,1	83,3± 7,6	68,7± 11,5	t=1,0	84,0±7, 3	72,7±13,4	t=0, 7
9.	Информировать о состоянии пациента старшую медицинскую сестру	58,3 ±14, 2	54,5± 8,6	t=0,2	93,3± 4,5	80,0± 8,9	t=1,3	91,7± 5,6	62,5± 12,1	t=2,1 t>2 p≥0,01	65,8±9, 3	81,8±11,5	t=1, 0
10.	Быть рядом с пациентом во время проведения медицинских вмешательств	36,4 ±13, 8	75,0± 7,5	t=2,4 t>2 p≥0,05	90,0± 5,4	40,0± 10,9	t=4,1 t>2 p≥0,01	75,0± 9,6	43,7± 12,4	t=2,0 t>2 p≥0,05	57,7±9, 6	90,9±5,6	t=2, 9 t>2 p≥0, 05
11.	Быть честным с пациентом	91,7 ±7,9	75,7± 7,4	t=1,4	93,3± 4,5	90,0± 6,7	t=0,4	79,1± 8,2	62,5± 12,1	t=1,1	88,5±6, 2	81,8±11,5	t=0, 5
12.	Организовывать работу других специалистов для пациента	91,7 ±7,9	78,1± 7,1	t=1,2	53,3± 9,1	85,0± 7,9	t=2,6 t>2 p≥0,05	70,8± 9,2	81,2± 9,7	t=0,7	92,0±5, 3	90,9±5,6	t=0, 1

Продолжение Таблицы Л.1

13.	Внимательно выслушивать пациента	100	97,0± 2,9	t=0 t<2	96,7± 3,2	100	t=0	100	100	t=0 t<2	100	100	t=0 t<2
14.	Обсуждать с врачом состояние пациента	100	93,9± 4,1	t=0 t<2	90,0± 5,4	85,0± 7,9	t=0,5	91,7± 5,6	81,2± 9,7	t=0,9	92,3±5, 2	100	t=0 t<2
15.	Обучать пациента по вопросам самообслуживания (мытьё, одевание и др.)	100	97,0± 2,9	t=0 t<2	96,7± 3,2	95,0± 4,8	t=0,2	100	93,7± 6,0	t=0 t<2	100	100	t=0 t<2
16.	Обсуждать свои личные проблемы с пациентом	91,7 ±7,9	100	t=0 t<2	90,0± 5,4	90,0± 6,7	t=0	62,5± 9,8	81,2± 9,7	t=1,3	80,8±7, 7	63,6±9,6	t=1, 3
17.	Информировать родственников пациента о состоянии его здоровья	83,3 ±10, 7	56,3± 8,6	t=1,9	86,7± 6,1	65,0± 10,6	t=1,7	100	81,2± 9,7	t=0	96,1±3, 7	40,0±14,7	t=3, 7, t>2 p≥0, 01
18.	Измерять показатели жизнедеятельности пациента (пульс, артериальное давление и др.)	100	96,8± 3,0	t=0 t<2	93,3± 4,5	100	t=0 t<2	100	100	t=0 t<2	96,1±3, 7	100	t=0 t
19.	Ставить проблемы пациента на первое место	100	90,9± 5,0	t=0	96,7± 3,2	95,0± 4,8	t=0,2	87,5± 6,7	93,7± 6,0	t=0,6	69,2±9, 0	90,0±9,0	t=1, 6
20.	Быть технически грамотным в отношении выполнения клинической процедуры	91,7 ±7,9	100	t=0	100	100	t=0	100	100	t=0	100	100	t=0
21.	Привлекать пациента к организации ухода за ним	91,7 ±7,9	93,9± 4,1	t=0	96,7± 3,2	100	t=0	83,3± 7,6	93,7± 6,0	t=1,0	100	100	t=0 t
22.	Получать согласие на клиническую процедуру	75,0 ±12, 5	72,7± 7,7	t=0,2	100	100	t=0	95,8± 4,0	93,7± 6,0	t=0,2	88,5±6, 2	100	t=0 t

Продолжение Таблицы Л.1

23.	Уважать личную свободу пациента	91,7 ±7,9	90,9± 5,0	t=0,08	100	95,0± 4,8	t=0	95,8± 4,0	62,5± 12,1	t=2,6, t>2 p≥0,05	100	100	t=0
24.	Личным примером вселять оптимизм в пациента	91,7 ±7,9	81,8± 6,7	t=0,9	100	100	t=0	75,0± 9,6	100	t=0	73,0±8, 7	90,9±8,6	t=1, 4
25.	Наблюдать за пациентом после введения лекарственных препаратов (для профилактики побочных эффектов лечения)	100	97,0± 2,9	t=0	93,3± 4,5	85,0± 7,9	t=0,9	95,8± 4,0	100	t=0	100	90,9±8,6	t=0

ПРИЛОЖЕНИЕ М

Таблица М.1 – Результаты опроса словенских и российских медицинских сестер (Опросник CDI-25)

Словенские медсестры			Российские медсестры		
номер вопроса	средний балл	Hi (SE)	номер вопроса	средний балл	Hi (SE)
25	4,45	0,60(0,036)	25	4,92	0,30(0,046)*
20	4,41	0,60(0,035)	5	4,76	0,32(0,038)*
23	4,39	0,60(0,038)	4	4,71	0,33(0,043)*
11	4,38	0,60(0,034)	3	4,67	0,30 (0,040)*
18	4,38	0,63(0,033)	13	4,66	0,31 (0,047)*
22	4,37	0,61(0,036)	22	4,62	0,35(0,045)*
13	4,36	0,62(0,037)	10	4,57	0,32 (0,042)*
14	4,32	0,59(0,041)	21	4,56	0,31(0,044)*
21	4,3	0,63(0,032)	19	4,42	0,33 (0,044)*
15	4,28	0,59(0,050)	12	4,34	0,35 (0,041)*
6	4,28	0,57(0,046)	2	4,28	0,31 (0,037)*
9	4,22	0,56(0,043)	9	4,23	0,33(0,039)*
10	4,16	0,60(0,039)			
24	4,16	0,54(0,037)			
5	4,12	0,56(0,043)			
12	4,03	0,54(0,039)			
1	3,98	0,41(0,048)			
3	3,98	0,56(0,035)			
2	3,95	0,46(0,53)			
4	3,89	0,55(0,043)			
19	3,86	0,35(0,054)			
8	3,57	0,48(0,040)			
7	3,53	0,43(0,044)			
		Шкала H=0,54(0,028) p= 0,958 Кронбаха α =0,936		Шкала H=0,32(0,028) p= 0,0,824 Кронбаха α =0,815	

Примечание - Hi = Индивидуальный коэффициент Левингера; SE = стандартная ошибка;
H = коэффициент Левингера. 95% доверительный интервал ниже 0,3

ПРИЛОЖЕНИЕ Н

АНКЕТА

Уважаемый(ая) коллега!

Анкета предназначена для изучения потребности в получении высшего образования – уровень магистратура. Анкетирование проводится анонимно, все результаты будут представлены в обобщенном виде. Пожалуйста, отнеситесь ответственно к заполнению анкеты, ответьте, не пропуская ни одного вопроса.

Инструкция: подчеркните или обведите правильный на ваш взгляд ответ.

1. Ваша специальность по диплому (впишите, пожалуйста) _____
2. Ваша должность? (впишите, пожалуйста, например, главная медсестра, или медицинская сестра или др.) _____
3. Ваш курс обучения в магистратуре? _____
4. Ваш пол _____
5. Ваш возраст _____
6. Стаж работы в профессии _____
7. Имеете ли вы свидетельство о прохождении интернатуры «Управление сестринской деятельностью»?
 Да _____ Нет _____
8. Как Вы считаете, правильно ли Вы выбрали свою профессию?
 Да _____ Нет _____
9. Укажите мотивы поступления в магистратуру «Управление сестринской деятельностью» (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными):
 нужен диплом магистра
 закрепить свои позиции на имеющемся рабочем месте
 желание стать руководителем
 получение знаний для развития в профессии
 повысить свой профессиональный уровень (практические навыки)
 карьерный рост
 ваш вариант _____
10. Какие карьерные перспективы в профессии после обучения в магистратуре вы для себя видите (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными):
 планирую работать в медицинской организации
 планирую работать в ВУЗе преподавателем
 планирую работать преподавателем колледжа
 планирую поступать в аспирантуру
 планирую заниматься наукой
11. Если вы планируете работать в медицинской организации, какая должность для вас после магистратуры предпочтительнее (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными):
 заместитель руководителя (начальника) медицинской организации;
 главная медицинская сестра (главная акушерка, главный фельдшер);
 директор больницы (дома) сестринского ухода,
 директор хосписа;
 заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач - статистик;
 заведующий (начальник) структурного подразделения (отдела, отделения, лаборатории, кабинета, отряда и другое) медицинской организации - врач - методист;

врач - статистик;

врач – методист

12.Как вы считаете, какие сферы профессиональной деятельности необходимо осваивать в магистратуре «Управление сестринской деятельностью»? (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными)

в сфере профессионального обучения, профессионального образования и дополнительного профессионального образования

в сфере научных исследований

в сфере организации и управления сестринской деятельностью

в сфере контроля качества медицинской помощи

в сфере организационно-методической деятельности

в сфере организации статистического учета

в сфере управления структурным подразделением медицинской организации)

в сфере управления персоналом организации

13.Какие типы профессиональных задач выпускники магистратуры должны уметь решать, по Вашему мнению? (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными)

научно-исследовательский;

проектный;

технологический;

экспертно-аналитический;

организационно-управленческий;

педагогический.

14.Какие типы практик, вы считаете проходить необходимо в магистратуре «Управление сестринской деятельностью»? (ответов может быть несколько, подчеркните, те, которые вы считаете правильными)

ознакомительная практика;

проектная.

педагогическая практика;

организационно-управленческая практика;

научно-исследовательская работа.

15.Какие профессиональные компетенции Вы хотели бы освоить в магистратуре? (Впишите, пожалуйста) _____

17.Как Вы считаете нужен ли в профессиональной карьере специалиста в области «сестринского дела» уровень магистратуры?

Да

Нет

18.Вы хотели бы заниматься научной работой в области «сестринское дело»?

Да

Нет

19.Как Вы считаете, зависит ли от руководителя сестринского персонала, качество медицинской помощи?

Да

Нет

20. Как Вы считаете, достаточно ли в после обучения в колледже и практической деятельности в должности медсестры 5 лет знаний, умений и навыков для руководства сестринским персоналом?

Да

Нет

21. Как Вы считаете, достаточно ли после обучения в колледже и практической деятельности в должности старшей медсестры 5 лет знаний, умений и навыков для руководства сестринским персоналом?

Да

Нет

22. Как Вы считаете, достаточно ли вам будет знаний, умений и навыков после обучения в магистратуре для руководства сестринским персоналом?

Да

Нет

ПРИЛОЖЕНИЕ П

Контрольно – измерительные материалы «Предпрофессионального экзамена» (Пример)

№	КЕЙС
2	Тема: Остановка дыхания и кровообращения Водителю автомобиля во время движения стало плохо. Машина врезалась в столб. При внешнем осмотре водителя выявлена резко выраженная бледность кожных покровов, цианоз (синюшность) носогубного треугольника, кожа на лице и шее покрыта испариной, холодная на ощупь; дыхание и сердцебиение отсутствуют. 1. Подготовьте материалы для выполнения кейса. 2. Выполните алгоритм оказания первой помощи.

Таблица П.1 – Матрица контроля ответов КЕЙСА (пример)

№ п/п	Алгоритм	Начисление баллов		
	Подготовить для выполнения кейса:	выполнено верно, без ошибок	выполнено с ошибками	не выполнено
Подготовить для выполнения кейса:				
1.	Перчатки медицинские нестерильные	2 балла	1 балл	0 баллов
2.	Устройство для проведения искусственного дыхания "рот-устройство-рот" одноразовое	2 балла	1 балл	0 баллов
3.	Раствор антисептический для обработки кожных покровов	2 балла	1 балл	0 баллов
Выполнение действий:				
4.	Вызвать скорую медицинскую помощь	2 балла	1 балл	0 баллов
5.	Пострадавшего извлечь из машины и уложить на спину	2 балла	1 балл	0 баллов
6.	Расстегнуть стесняющую одежду	2 балла	1 балл	0 баллов
7.	Оценить состояние пациента (витальные функции): контроль дыхания не более 10 секунд	2 балла	1 балл	0 баллов
8.	Обработать руки антисептиком	2 балла	1 балл	0 баллов
9.	Надеть перчатки	2 балла	1 балл	0 баллов
10.	Раскрыть верхние дыхательные пути методом запрокидывания головы	2 балла	1 балл	0 баллов

Продолжение Таблицы П.1

11.	Использовать устройство-маску для ИВЛ	2 балла	1 балл	0 баллов
12.	Начать непрямой массаж сердца: 30 компрессий	2 балла	1 балл	0 баллов
13.	Сделать 2 искусственных вдоха, зажав нос пострадавшего	2 балла	1 балл	0 баллов
14.	Оценить эффективность СЛР по состоянию витальных функций	2 балла	1 балл	0 баллов
15.	Снять перчатки	2 балла	1 балл	0 баллов
Всего баллов				

ПРИЛОЖЕНИЕ Р

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
(Минздрав России)
ГЛАВНЫЙ ВНЕШТАТНЫЙ СПЕЦИАЛИСТ
ПО УПРАВЛЕНИЮ СЕСТРИНСКОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬЮ**

ФГБУ «НМХЦ им. Н.И. Пирогова» Минздрава России
105203 г. Москва, ул. Пижмий Первомайская, д. 70
тел. +7 (499) 464-03-03 (20-06) e-mail: gabouanys@pirogov-center.ru

29.03.2023	№	25/23	В диссертационный совет
на №	от		ДСУ 208.001.29

АКТ

внедрения результатов докторской диссертации

Касимовской Натальи Алексеевны

Настоящим актом подтверждаю, что Касимовская И.А. является одним из разработчиков при подготовке нового проекта профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат». Научные результаты диссертационного исследования Касимовской Натальи Алексеевны: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профорientации в образовательных организациях» использовались для подготовки обобщённой трудовой функции «Оказание медицинской помощи взрослому и детскому населению по профилю «сестринское дело» для реализации подготовки кадров системы здравоохранения с высшим образованием - бакалавриат по направлению подготовки «Сестринское дело».

Главный внештатный специалист
по управлению сестринской деятельностью
Минздрава России, к.м.п.



Я.С. Габзян



Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь)

Россея, 614013, г. Пермь, Маршала Жукова, 35 тел. (342) 239 87 87, факс (342) 239 87 77
ИНН 5902293788-КПП 590201031, e-mail: ccvss@permheart.ru, <http://www.permheart.ru>

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

ФГБУ «ФЦССХ им. С.Г. Суханова»

Минздрава России (г. Пермь)



В.А. Белов

2023 г.

Акт

**внедрения результатов диссертационного исследования
Касимовской Натальи Алексеевны**

Настоящим актом подтверждаем, что научные результаты диссертационного исследования Касимовской Натальи Алексеевны на тему: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профилирования в образовательных организациях» внедрены в деятельность Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь).

Результаты анализа биомедицинской модели ухода за пациентами используются в лечебном процессе, результаты исследования используются в управлении кадровыми ресурсами сестринского персонала в деятельности Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный центр сердечно-сосудистой хирургии имени С.Г. Суханова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (г. Пермь).

Заместитель главного врача
по организации медицинской помощи,
кандидат медицинских наук

С.В. Гладков

Заместитель главного врача
по клинико-экспертной работе,
кандидат медицинских наук

И.А. Кочурова

Главная медицинская сестра,
кандидат медицинских наук

О.В. Иванова



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ
 ПО ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»
 федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
 ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА
 Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)



119991, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. Тел.: (495) 708-34-49, 622-97-80; (499) 246-24-11, rektorat@sechenov.ru

от 15.03.2023 № 896/05.03-18

В диссертационный совет
 ДСУ 208.001.29

Настоящим письмом Координационный совет по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» подтверждает, что член Федерального учебно-методического объединения по укрупненной группе специальностей и направлений подготовки 34.00.00 Сестринское дело, заведующий кафедрой управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), к.м.н., доцент Наталья Алексеевна Касимовская является одним из разработчиков федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - бакалавриат по направлению подготовки 34.03.01 Сестринское дело, утвержденного приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 22 сентября 2017 года № 971.

Председатель Координационного
 совета по области образования
 «Здравоохранение и медицинские науки»,
 академик РАН, профессор

П.В. Глыбочко



МИНИСТЕРСТВО НАУКИ И ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
КООРДИНАЦИОННЫЙ СОВЕТ
 ПО ОБЛАСТИ ОБРАЗОВАНИЯ «ЗДРАВООХРАНЕНИЕ И МЕДИЦИНСКИЕ НАУКИ»
 федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования
 ПЕРВЫЙ МОСКОВСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ имени И.М. СЕЧЕНОВА
 Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет)



119991, г. Москва, Трубецкая ул., д. 8, стр. 2. Тел.: (495) 708-34-49, 622-97-80; (499) 246-24-11, rektorat@sechenov.ru

от 15.03.2023 № 884/05.03-18

В диссертационный совет
 ДСУ 208.001.29

Настоящим письмом Координационный совет по области образования «Здравоохранение и медицинские науки» подтверждает, что член Федерального учебно-методического объединения (ФУМО) по укрупненной группе специальностей и направлений подготовки 34.00.00 Сестринское дело, заведующий кафедрой управления сестринской деятельностью и социальной работы ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), к.м.н., доцент Наталия Алексеевна Касимовская является одним из разработчиков федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – магистратура по направлению подготовки 34.04.01 Управление сестринской деятельностью, утвержденного приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 26 мая 2020 года №684.

Председатель Координационного
 совета по области образования
 «Здравоохранение и медицинские науки»,
 академик РАН, профессор

П.В. Глыбочко

Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего
образования
«Воронежский государственный медицинский
университет имени Н.Н. Бурденко»
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
(ФГБОУ ВО ВГМУ им. Н.Н. Бурденко
Минздрава России)

Ступенская ул., д.10, Воронеж, 394036
Тел. (473)259-38-05, Факс: (473)253-00-05
E-mail: mail@vsmu.ru, vsmu.ru
ОКПО 01963662; ОГРН 1033600044070;
ИНН/ КПП 3666027794/366601001

от 31.03.23 № 23-454

П.а. № _____ от _____

Акт внедрения результатов диссертационного исследования Касимовской Натальи Алексеевны

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что научные результаты диссертационного исследования Касимовской Натальи Алексеевны на тему: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в образовательный процесс Института дополнительного профессионального образования федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Воронежский государственный медицинский университет им. Н.Н. Бурденко» Министерства здравоохранения Российской Федерации при реализации программ дополнительного профессионального образования для управленческих кадров системы здравоохранения субъектов Российской Федерации:

- программ повышения квалификации по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» (144 ч.);
- программ профессиональной переподготовки «Управление сестринской деятельностью» (252 ч);
- программ профессиональной переподготовки по специальности «организация здравоохранения и общественное здоровье» (576ч).

Проректор по дополнительному
профессиональному образованию,
д.м.н., профессор

Проректор по научно-инновационной
деятельности, д.м.н., профессор



О.С. Саурина

А.В. Будневский



АССОЦИАЦИЯ МЕДИЦИНСКИХ СЕСТЕР РОССИИ

191002, Санкт-Петербург, Загородный пр. 14, лит. А,
пом. 15Н, Тел/Факс: (812) 575 80 51, 315-00-26
E-mail: ma@medsestre.ru // www.medsestre.ru

Исх № 02.11. - 40
От 01.04.2023

В диссертационный совет
ДСУ 208.001.29

Акт

внедрения результатов докторской диссертации
Касимовской Наталии Алексеевны

Настоящим актом подтверждаем, что научные результаты диссертационного исследования Касимовской Наталии Алексеевны: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» использовались при подготовке проекта профессионального стандарта «Медицинская сестра/медицинский брат».

Касимовская Н.А. является одним из основных разработчиков в части обобщённой трудовой функции «Оказание медицинской помощи взрослому и детскому населению по профилю «сестринское дело»», уровень квалификации – 6. К реализации вышеуказанной обобщённой трудовой функции предъявляются следующие требования к профессиональному образованию и обучению: высшее образование - бакалавриат по направлению подготовки «Сестринское дело».

Президент Ассоциации
медицинских сестер России



В.А. Саркисова

НО «Московская областная ассоциация
специалистов с высшим сестринским и
средним медицинским и фармацевтическим
образованием»

г.Москва, ул.Щепкина, 61/2, корп.1,
(495) 631-73-83, 631-73-94,
info@moass.ru
ОКПО 28153679

13.04.2023 г.

АКТ

внедрения результатов диссертационного исследования

Касимовской Натальи Алексеевны

Настоящим актом подтверждаем, что научные результаты диссертационного исследования Касимовской Натальи Алексеевны на тему: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в деятельность профессиональных образовательных учреждений Московской области.

Результаты диссертационного исследования поведенческой траектории образа жизни студентов среднего профессионального образования, результаты анализа состояния здоровья и факторов риска, влияющих на состояние здоровья для современных студентов среднего профессионального образования и модель ведущих факторов риска, влияющих на состояние здоровья студентов с превентивными технологиями профилактики используются при проведении профилактических мероприятий в профессиональных образовательных учреждениях.

Президент Московской областной ассоциации
специалистов с высшим сестринским
и средним медицинским и фармацевтическим
образованием



С.Р. Бабаян

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-воспитательной работе
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.
Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)

Литвинова Т.М.

«27» марта 2023 г.

АКТ

о внедрении результатов докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны
в учебный процесс кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы
Института психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова
(Сеченовский Университет)

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны на тему «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в учебный процесс кафедры управления сестринской деятельностью и социальной работы при изучении дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Менеджмент в сестринском деле», «Теория сестринского дела», «Правовые основы охраны здоровья», «Контроль качества и безопасности медицинской деятельности», «Правовое регулирование сестринской деятельности», «Управление кадровыми ресурсами медицинской организации», «Организация обучения среднего и младшего медицинского персонала», «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения», читаемых студентам по направлению подготовки (специальности) 34.02.01 Сестринское дело, 34.03.01 Сестринское дело, 34.04.01 Управление сестринской деятельностью, аспирантам по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Директор
Института психолого-социальной работы

М. Г. Киселева

Заведующий кафедрой
управления сестринской деятельностью
и социальной работы

Н. А. Касимовская

Начальник Учебного управления

Л. Ю. Юдина

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебно-воспитательной работе
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М.
Сеченова Минздрава России (Сеченовский
Университет)



Литвинова Т.М.

20 22 г.

17 АПР 2023

АКТ 000238

о внедрении результатов докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны
в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения
имени Н.А. Семашко Института общественного здоровья им. Ф.Ф. Эрисмана
ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет)

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны на тему «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в учебный процесс кафедры общественного здоровья и здравоохранения имени Н.А.Семашко, при изучении дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения», читаемых студентам по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, 31.05.02 Педиатрия, 32.05.01 Медико-профилактическое дело, ординатуры 31.08.71 Организация здравоохранения и общественное здоровье, аспирантам по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Директор
Институт общественного здоровья
им. Ф.Ф. Эрисмана

Н.И. Брико

Заведующий кафедрой
общественного здоровья и здравоохранения
им. Н.А. Семашко

В.А. Решетников

Начальник Учебного управления

Л. Ю. Юдина

о внедрении результатов диссертации Касимовской Наталии Алексеевны

Настоящим актом подтверждается, что материалы докторской диссертации Касимовской Н.А. «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» используются в управлении кадровыми ресурсами среднего медицинского персонала и подготовке кадров сестринской службы Клинического центра ФГАОУ ВО Первый МГМУ им. И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет).

Главный специалист по управлению
сестринской деятельностью,
кандидат медицинских наук

 В.Е.Ефремова

УТВЕРЖДАЮ

Проректор по учебной работе

Директор института подготовки кадров
высшей квалификации и дополнительного
профессионального образования
ФГБОУ ВО Саратовский ГМУ
им. В.И. Разумовского
Минздрава России
проф. И.О. Бугасва



« 04 » 04 2023 г.

**АКТ
О ВНЕДРЕНИИ РЕЗУЛЬТАТОВ ПИР В ПРАКТИКУ УЧЕБНОЙ РАБОТЫ
№ 1031**

1. **Наименование кафедры, дисциплины:** кафедра общественного здоровья и здравоохранения (с курсами правоприведения и истории медицины)

2. **Курс, факультет:** повышение квалификации организаторов здравоохранения

3. **Место и время использования** (лекция, практическое занятие, др.):

Лекция «Кадровые ресурсы здравоохранения»

Практическое занятие «Основные направления реформирования системы здравоохранения»

4. Краткая аннотация:

В учебном процессе используется адаптированная для России в исследовании Н.А. Касимовской методика применения инструмента DRGEM для оценки образовательной среды при подготовке медицинских кадров для здравоохранения, разработанная модель поведенческой траектории образа жизни современных студентов медицинских колледжей, авторская методика сравнительного анализа влияния обеспеченности медицинскими сестрами на эффективность здравоохранения и качество медицинской помощи основанная на рейтингах Bloomberg и Health Care Index for Country, тенденции обеспеченности кадровыми ресурсами отрасли, факторы, влияющие на отток медицинских кадров, современные профориентационные технологии управления кадрами в карьерной траектории «школа- колледж - вуз - ординатура – медицинская организация».

5. **Форма внедрения:** В материалах лекции и практического занятия на курсах повышения квалификации организаторов здравоохранения.

Автор: Касимовская Н.А., заведующая кафедрой управления сестринской деятельностью и социальной работы Института психолого-социальной работы ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И.М. Сеченова Минздрава России (Сеченовский Университет), к.м.н., доцент

Заведующая кафедрой Общественного здоровья и здравоохранения с курсами правоприведения и истории медицины, доктор медицинских наук, профессор:

Еругина М.В.

Заведующий учебной частью кафедры, кандидат медицинских наук, доцент

Долгова Е.М.,

Директор департамента организации образовательной деятельности, кандидат социологических наук, доцент

Клюктунова И.А.,

Дата: «03» апреля 2023 г.

ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В.И. Разумовского» Минздрава России,
410012, г. Саратов, ул. Большая Казачья, 112.

УТВЕРЖДАЮ

Первый проректор

ФГБОУ ВО Казанский ГМУ Минздрава

России

Мухарямова Л.М.

2023 г.



АКТ

о внедрении результатов докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны
в учебный процесс кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения ФГБОУ ВО
Казанский ГМУ Минздрава России

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что основные научные положения, выводы и рекомендации докторской диссертации Касимовской Наталии Алексеевны на тему «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в учебный процесс кафедры общественного здоровья и организации здравоохранения при изучении дисциплин «Общественное здоровье и здравоохранение», «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения», читаемых студентам по направлению подготовки (специальности) 31.05.01 Лечебное дело, 32.05.01 Медико-профилактическое дело, аспирантам по специальности 3.2.3. Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения.

Заведующий кафедрой
общественного здоровья и организации
здравоохранения,
д.м.н., профессор

А.А. Гильманов

Декан медико-профилактического
Факультета, д.м.н., профессор

Ф.В. Хузиханов

ПРАВИТЕЛЬСТВО САНКТ-ПЕТЕРБУРГА
КОМИТЕТ ПО ЗДРАВООХРАНЕНИЮ



Государственное бюджетное учреждение
«Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт
скорой помощи им. И. И. Джанелидзе»
(ГБУ СПб НИИ СП им. И.И.Джанелидзе)

192242, Санкт-Петербург, Будапештская ул., дом 3 литер А
Телефон/Факс: (812) 709-61-00, 384-46-46
e-mail: info@emergency.spb.ru, http://www.emergency.spb.ru
ИНН 7816058093 КПП 781601001
ОКПО 01967075 ОГРН 1037835021135

14.03.23 № 372611

На № _____

АКТ

внедрения результатов диссертационного исследования
Касимовской Наталии Алексеевны

Мы, нижеподписавшиеся, подтверждаем, что научные результаты диссертационного исследования Касимовской Наталии Алексеевны на тему: «Научное обоснование совершенствования кадрового обеспечения здравоохранения путем векторной профориентации в образовательных организациях» внедрены в деятельность Государственного бюджетного учреждения «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт скорой помощи им. И.И. Джанелидзе» в организацию работы с кадровыми ресурсами сестринского персонала.

Результаты исследования и авторские методики, основанные на биомедицинской модели ухода, внедрены для совершенствования профессиональной деятельности медицинских сестер в уходе за тяжелооболными пациентами.

Директор института

Доктор медицинских наук, профессор

Заместитель директора по научной работе,

Доктор медицинских наук, профессор

Заместитель главного врача

по работе с сестринским персоналом

В.А. Мануковский

А.Е. Демко

Е.А. Лаврова

