

# Соціально-гігієнічна характеристика сімейних лікарів

**Є.Є. Латишев**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

**Висвітлюються результати комплексного соціологічного дослідження випадкової вибірки лікарів загальної практики – сімейної медицини та результати їхнього соціально-гігієнічного оцінювання.**

**Ключові слова:** соціологічне дослідження, організація охорони здоров'я, первинна медико-санітарна допомога, сімейний лікар.

Від забезпеченості кадрами охорони здоров'я, рівня їхньої кваліфікації, ефективності роботи залежить доступність та якість медичної допомоги, успіх у збереженні і зміцненні здоров'я населення [1, 2].

З метою ефективного управління трудовим потенціалом необхідно знати його дійсний стан, а наукові дослідження щодо розробки системи оцінювання кадрових ресурсів охорони здоров'я сьогодні є актуальними [3].

Метою наукової роботи було глибоке соціологічне дослідження випадкової вибірки лікарів та соціально-гігієнічне оцінювання кадрових ресурсів сімейної медицини. Джерельною базою слугували дані персоналізованої інформаційно-аналітичної системи реєстру кадрових ресурсів сімейної медицини. Для дослідження системи оцінювання кадрового потенціалу у якості методичного апарату використовували соціально-гігієнічний, соціологічний, соціально-психологічний, експериментальний методи, для оброблення та аналізу даних експериментальних досліджень – методи системного підходу і аналізу, медико-статистичний та аналітико-синтетичний. Для визначення прогностичних тенденцій використовували методи моделювання та експертного оцінювання.

Для оцінювання кадрових ресурсів лікарів загальної практики – сімейної медицини (ЗПСМ) використовували методологію, яка дозволяє провести глибоке комплексне соціологічне дослідження та отримати систему оцінювання і прогнозування основних параметрів кадрового потенціалу первинної медико-санітарної допомоги на засадах сімейної медицини:

1) оцінювання деяких параметрів медико-біологічного потенціалу, вивчення його біологічних задатків та рівня здоров'я (стать, вік, стан здоров'я);

2) оцінювання соціально-економічного потенціалу, тобто сукупності соціальних та економічних характеристик, що визначають мікросоціальне благополуччя працівника та можливість успішного виконання ним соціальної ролі (побутові умови, економічне положення, середньомісячний дохід сім'ї, територіальне розташування (місто, село) сімейний стан);

3) оцінювання трудового потенціалу та професійної компетентності, тобто досвіду роботи, рівня кваліфікації, знань та навичок (стаж роботи загальний медичний і за спеціальністю, займана посада, рівень зайнятості та кваліфікації, виконання вимог кваліфікаційної характеристики, задоволеність пацієнтами та керівництвом роботою лікаря);

4) оцінювання психологічного потенціалу та мотивації до праці, тобто рівня комунікабельності, задоволення обраною спеціальністю та професією, можливість зв'язку професійного майбутнього працівника з даною спеціальністю, рівень мотивації (соціально-психологічний клімат у колективі, наявність у колективі медичних традицій, задоволеність обраною робо-

тою, заробітною платнею, бажання змінити професію, спеціальність, працювати після виходу на пенсію);

5) оцінювання умов праці персоналу, тобто можливість успішного виконання ним ролі працівника та виконання функціональних обов'язків, задоволення умовами праці та оцінювання здібностей працівника щодо виконання роботи різноманітного навантаження (оцінювання ступеня навантаження, відповідальності та складності завдань, характеру роботи, питомої ваги тривалості зосередженого спостереження тощо);

6) оцінювання інноваційного потенціалу, тобто здібностей та бажання щодо самовдосконалення, адаптаційних можливостей та рівня інтелекту спеціаліста (потреба у підвищенні кваліфікації, участь у наукових дослідженнях, ставлення до інновацій, зокрема, розвитку сімейної медицини).

З метою вдосконалення змісту анкети, яка містить 55 запитань, було проведено розвідувальне соціологічне дослідження серед 82 респондентів. У результаті проведеної за спеціальною методикою випадкової вибірки з бази даних персоналізованої інформаційно-аналітичної системи реєстру кадрових ресурсів сімейної медицини (3431 лікаря ЗПСМ) для опитування було сформовано когорту у кількості 558 лікарів. Після доопрацювання анкети та визначення контингенту була обґрунтована можливість проведення комплексного соціологічного дослідження лікарів ЗПСМ. Опитано 420 респондентів, решта 138 не опитано з різних причин, зокрема: а) лікар ЗПСМ звільнився – 38 (27,5%); б) лікар ЗПСМ у декретній відпустці – 5 (3,6%); в) лікар ЗПСМ перейшов на іншу роботу – 2 (1,5%); г) лікар ЗПСМ вийшов на пенсію – 2 (1,5%); д) лікар ЗПСМ помер – 1 (0,6%); е) інша причина – 2 (1,5%); ж) причина невідома – 88 (63,8%).

Після проведення загального контролю якості отриманої інформації було підготовлено протокол помилок і для подальшого аналізу відібрано 405 анкет.

Критеріями виключення респондентів з подальшого аналізу були наступні: 1) лікар працює не на посаді лікаря ЗПСМ, а на іншій, наприклад терапевт, педіатр, тощо, – 5 анкет; 2) недобросовісне заповнення анкети, тобто відповіді є взаємовиключними за змістом, – 10 анкет.

На виконання наступного завдання було проведено оцінювання потенціалу кадрових ресурсів лікарів ЗПСМ за спеціально розробленою методологією.

## 1. Оцінювання медико-біологічного потенціалу

Встановлено, що серед респондентів 71,1% складають жінки, а 28,9% – чоловіки. Вік лікарів ЗПСМ коливався від 27 до 72 років, а середня величина становить  $46,1 \pm 4,5$  року.

Крім того, встановлено, що більшість респондентів (76%) оцінюють стан свого здоров'я як задовільний; 15,6% – як добрий; 7,4% – як поганий; 1,0% респондентів не відповіли на запитання. Однак 58,5% лікарів ЗПСМ мають хронічні захворювання; 36,8% – не мають хронічних захворювань; 2,2% – мають функціональні порушення; 2,5% – не відповіли на запитання. Більшість опитаних лікарів (94,6%) не мають групи інвалідності; 3,5% – мають III групу інвалідності; 1,2% – мають II групу інвалідності; 0,7% респондентів не відповіли на запитання.

## 2. Оцінювання соціально-економічного потенціалу

За територіальною ознакою респондентів розділили наступним чином: переважна більшість (46,4%) лікарів ЗПСМ працюють у сільській місцевості; 2,7% – у місті з населенням менше 5 тис.; 6,4% респондентів працюють у місті з населенням 5–10 тис.; по 6,7% – в містах з населенням 10–20 та 50–100 тис.; 10,1% – у місті з населенням 20–50 тис.; 10,6% – у місті з населенням 100–500 тис.; 3,7% – у місті з населенням 500 тис. – 1 млн; 4,0% – у місті з населенням більше 1 млн жителів. Крім того, 2,5% респондентів одночасно працюють у сільській місцевості та в місті.

Свої побутові умови оцінюють як задовільні 69,6% опитаних лікарів ЗПСМ; як незадовільні – 16,6%; як добрі – 11,1% респондентів; 2,7% – не відповіли на запитання. Більше половини лікарів ЗПСМ (54,3%) вважають свій матеріальний достаток задовільним; однак як тяжкий його оцінюють 41,5% респондентів; добрий – лише 1,5%; мають іншу думку – 0,5%; не відповіли на запитання 2,2% респондентів.

Розмір середньомісячного доходу на одну особу в сім'ї лікарів ЗПСМ складає до 500 грн у 50,4% респондентів; у 500–700 грн на 1 особу мають дохід 42,2% респондентів; а 700 і більше грн – тільки 6,4% респондентів. Не відповіли на запитання – 1,0%. Дві третини (75,6%) опитаних сімейних лікарів одружені; 7,9% – не одружені, 12,8% – розлучені, 1% – вдови. Про свій сімейний стан не надали інформації 2,7% респондентів.

## 3. Оцінювання трудового потенціалу та професійної компетентності

Встановлено, що переважна більшість лікарів ЗПСМ (41,5%) мають значний досвід роботи тривалістю від 20 до 29 років; середній медичний стаж респондентів складає  $21,9 \pm 3,2$  року.

Досвід роботи на посаді лікарів ЗПСМ у переважній більшості респондентів незначний, коливається від декількох місяців до 10 років (до 3 років включно – у 45,7%; від 4 до 10 років – у 50,6%; від 11 до 20 років – у 2,5%; більше 20 років – у 0,7%; 0,5% лікарів не вказали стаж роботи). Крім того, 71,6% респондентів працюють на посаді лікаря ЗПСМ, 27,9% є одночасно головними лікарями та лікарями ЗПСМ, а 0,5% суміщають посади лікаря і завідувача відділення сімейної медицини.

Досліджено зайнятість на роботі лікарів: переважна більшість опитаних (45,7%) працюють на 1 ставку (з них 81,1% – на посаді лікаря ЗПСМ, 18,4% є одночасно головними лікарями та лікарями ЗПСМ, 0,5% – на посаді завідувача відділення сімейної медицини). Крім того, 44,2% лікарів працюють більше ніж на 1 ставку: 12,8% – на 1,25 ставки; 27,7% – на 1,5 ставки; 0,2% – на 1,75 ставки. Варто додати, що 2,7% лікарів працюють менш ніж на 1 ставку: 0,5% працюють на 0,75 ставки; 1,5% працюють на 0,5 ставки. Про зайнятість відповідно до штатного розкладу не вказали 7,4% респондентів.

Отримано дані про рівень кваліфікації опитаних лікарів: 70,4% мають кваліфікаційну категорію зі спеціальності ЗПСМ (вищу – 16,8%, першу – 32,1%, другу – 21,5%, у тому числі 5 лікарів мають кваліфікаційну категорію ще й з іншої спеціальності). Однак 29,1% не мають категорії з сімейної медицини взагалі, з них 25,4% мають категорію з інших спеціальностей.

Більшість опитаних (74,8%) закінчили курси спеціалізації з ЗПСМ; 41,5% – передатестаційний цикл зі спеціальності ЗПСМ; 16,0% пройшли тематичне удосконалення; крім того, 12,6% респондентів закінчили курси з інших напрямів медицини, а 2,7% не закінчували жодних курсів.

Слід зазначити, що спеціальність лікаря ЗПСМ 48,1% респондентів отримали за власним бажанням; 41,0% – за дорученням керівництва; 5,7% – одночасно і за власним бажанням, і за дорученням керівництва; 4,2% – з інших причин (серед них: отримали розподіл у вищих медичних навчальних закла-

дах – 8, за необхідністю – 1, за збігом обставин – 1, у зв'язку з реорганізацією закладу – 4, у зв'язку зі станом здоров'я – 1, інше – 2); 1% респондентів не надали відповіді на запитання.

Серед опитаних лікарів 74,6% вважають себе компетентними фахівцями; 20,0% – недостатньо компетентними; 4,2% мають іншу думку щодо власної компетентності (зокрема, компетентні в терапії, недостатньо компетентні у вузьких спеціальностях і педіатрії – 7, відносно компетентні – 4, недостатньо практичного досвіду – 1, прагнуть бути компетентними – 1, вирішувати пацієнтам – 1, інше – 3); 1,2% не відповіли на запитання.

Вимоги кваліфікаційної характеристики лікаря ЗПСМ у повному обсязі виконує лише 29,4% опитаних лікарів; 68,4% – виконують частково; 1,5% – практично не виконують; 0,5% – виконують на 0,5 ставки; 0,2% – не надали відповідь.

Інтегруючи основні причини часткового виконання та невиконання вимог кваліфікаційної характеристики лікаря ЗПСМ, слід наголосити, що 80,9% лікарів вважають недостатніми наявну кількість необхідних медичних інструментів та обладнання; 36,4% – недостатнє володіння практичними навичками; 16,3% – не мають мотивації; 7,4% – мають недостатню теоретичних знань; 0,7% вважають, що не мають бажання; 9,9% вказали інші причини (наявність поряд вузького спеціаліста – 5, відсутність транспорту – 3, брак часу – 3, з вини пацієнтів – 3, складні умови роботи – 2, під час роботи з дітьми – 2, недостатню кількість середнього медичного персоналу – 1, збільшення адміністративної роботи – 1, недостатнє фінансування – 1, бажання займатись педіатрією – 1, немає необхідності – 1, інше – 5).

На думку 71,4% респондентів, пацієнти задоволені їхньою роботою; 25,9% опитаних вважають, що не завжди пацієнти задоволені їхньою роботою; 2,5% висловили іншу думку (а саме: не знають – 5, переважно так – 4, вирішувати пацієнтам – 1); і 0,2% не відповіли на запитання.

У той самий час 52,4% респондентів вважають, що керівництво задоволене їхньою роботою; 42,0% думають, що не завжди; 4,4% висловили іншу думку (а саме: не задоволене – 1, майже завжди задоволене – 1, не знають – 9, буває порізно – 1, вносять корективи – 1, намагаюся, щоб було задоволене – 1, інше – 4); 1,2% не відповіли на запитання.

## 4. Оцінювання психологічного потенціалу та мотивації до праці

Соціально-психологічний клімат у колективі оцінюють як задовільний 94,1% опитаних лікарів ЗПСМ; 2,5% респондентів оцінюють як незадовільний; 2,2% вказали іншу думку (хороший – 3; не дуже задовільний – 2; взаємопорозуміння – 1; відносно задовільний – 1; залежить від ситуації – 1; інше – 1); 1,2% не відповіли на запитання.

Наявність медичних традицій в колективі відзначили 62,2% респондентів; їх відсутність – 31,1%; мають іншу думку – 0,5% (не знає – 1, частково – 1); не відповіли на запитання – 6,2%.

Переважна більшість опитаних (97,1%) бажають надалі працювати у власному колективі; не бажають – 1,5%; мають іншу думку – 1,2% (вагались відповісти – 1; здоров'я не дозволяє – 1; і так, і ні – 1; краще працювати в місті – 1; інше – 1); не відповіли на запитання лише 0,2% респондентів.

Під час дослідження стилю управління в закладах, де працюють лікарі, встановлено, що 69,6% називають його демократичним (співучасть, моральна підтримка); 16,6% – авторитарним (інструктаж та контроль); 10,6% вважають, що використовується поєднання демократичного та авторитарного стилів; 2,2% – інший (залежить від ситуації – 1, недемократичний – 1, інше – 7); 1,0% респондентів не відповіли на запитання.

Установлено, що задоволені своєю роботою 64,7% респондентів; не задоволені – 19,0%; 15,1% висловили іншу думку

(зокрема, частково задоволені – 30, не завжди задоволені – 18, переважно так – 1, більше так, ніж ні, – 1, відносно так – 1, і так, і ні – 1, не дуже задоволений – 1, інше, невідомо, що саме, – 8); 1,2% не відповіли на запитання.

Задоволені своєю заробітною платнею тільки 3,5% респондентів; 93,8% – не задоволені; 2,5% висловили іншу думку: частково задоволені – 4, не зовсім задоволені – 2, не завжди – 1, повинна бути більшою – 2, інше, невідомо, що саме, – 1; 0,2% не відповіли на запитання.

Водночас можливість отримання винагороди від пацієнтів допускає 44,4% респондентів; не допускають такої можливості – 43,7%; мають інші погляди – 9,7% (зокрема, нематеріальну винагороду, словесну подяку, квіти – 7, на законних підставах – 3, у разі приватної практики, страхової медицини – 3, частково, в окремих випадках – 3, при нормальній заробітній платні, ні – 3, лише з ініціативи пацієнтів – 2, за окремі платні послуги – 2, від держави – 2, якщо заслуговують – 1, і так, і ні – 1, у вигляді гонорару – 1, не дають – 1, хворі обслуговуються безкоштовно – 1, у вигляді благодійних внесків для амбулаторії ЗПСМ, не має значення – 1, інше, невідомо, що саме, – 7); 2,2% респондентів не відповіли на запитання.

Серед опитаних лікарів ЗПСМ мають бажання змінити професію на іншу 4,0% респондентів; не хочуть змінювати професію 92,3% лікарів; висловили іншу думку 3,0% респондентів; 0,7% опитаних не відповіли на запитання.

Цікаво, що змінити професію на більш оплачувану хоче 2 респонденти, на професію юриста – 1, підприємця – 1, домогосподарки – 1, депутата чи міністра – 1, іншу, немедичну, – 1, менеджера в медицині – 1, не зазначили, на яку, – 8 респондентів. Серед іншого: іноді хочуть змінити професію – 3 респонденти, бажають опанувати ще одну професію, розширити свої знання – 2, змінять професію за наявності хорошої пропозиції з гідною оплатою праці – 1, хочуть змінити при незмінності ситуації в охороні здоров'я – 1, при наявності задовільних умов праці, ні – 1, не знають відповіді – 2, не вказали, що саме, – 2.

Основними причинами мотивації своєї праці респонденти назвали такі: професійний обов'язок – 34,1%; моральне задоволення результатами роботи – 16,3%; матеріальне задоволення – 0,7%; поєднання професійного обов'язку та морального задоволення результатами роботи – 36,6%; поєднання професійного обов'язку та матеріального задоволення – 1,2%; поєднання професійного обов'язку та жорсткого адміністративного контролю керівництва – 2,0%; поєднання морального задоволення результатами роботи та матеріального задоволення – 4,2%; поєднання морального задоволення результатами роботи та жорсткого адміністративного контролю керівництва – 0,5%; поєднання матеріального задоволення та жорсткого адміністративного контролю керівництва – 0,2%; поєднання професійного обов'язку, морального та матеріального задоволення результатами роботи – 2,8%; поєднання професійного обов'язку, морального задоволення результатами роботи та жорсткого адміністративного контролю керівництва – 0,2%; не відповіли на запитання 1,2% респондентів.

Серед опитаних лікарів ЗПСМ мають бажання змінити спеціальність лікаря ЗПСМ на іншу 13,8%; не хочуть змінювати спеціальність сімейного лікаря 81,8% респондентів; у 2,2% – інша думка (немає можливості – 2, не знає – 1, доповнити вузькою спеціалізацією – 1, небажане поєднання обов'язків головного лікаря і лікаря ЗПСМ – 1, при наявності задовільних умов праці, ні – 1, залежить від розвитку сімейної медицини – 1, інше – 2); 2,2% не відповіли на запитання.

Основними спеціальностями, на які хочуть змінити спеціальність лікаря ЗПСМ, є: терапія – 23, педіатрія – 8, вузька спеціалізація – 3, кардіологія – 3, дерматовенерологія – 2, фізіотерапія – 2, пульмонологія – 1, неврологія – 1, лікаря-ординатора – 1, приватна практика – 1, будь-яка – 1, не вказали, на яку, – 10 респондентів.

Можливість зв'язку свого професійного майбутнього після досягнення пенсійного віку зі спеціальністю ЗПСМ висловили 56,3% опитаних; п'ята частина респондентів (20,0%) не будуть працювати після виходу на пенсію; 1,2% не відповіли на запитання; 22,5% – мають інше бачення (не знають – 36, залежить від стану здоров'я та обставин – 12, не впевнені, можливо – 11, потрібно дожити – 8, вже працюють – 4, якщо дозволять – 2, якщо запросять – 1, мабуть, так – 1, невідомо – 1, інше – 15).

#### 5. Оцінювання умов праці персоналу

Інтегральну оцінку умов праці респонденти надали наступним чином: задовільні – 72,1%; погані – 13,8%; добрі – 11,4%; інша думка – 2,0% (відносно задовільні – 2, терпимі – 1, потребують покращання – 1, недостатні – 1, незадовільні – 1, інше – 2); не відповіли 0,7%.

Серед видів навантажень, що переважають у роботі, респонденти відзначили наступні:

- вирішення складних завдань з вибором за відомим алгоритмом (робота за серією інструкцій) – 37,8%;

- вирішення простих альтернативних завдань згідно з інструкцією – 27,7%;

- творча діяльність, що вимагає вирішення складних завдань за відсутності алгоритму, – 18,7%;

- поєднання вирішення простих альтернативних завдань згідно з інструкцією і складних – з вибором за відомим алгоритмом (робота за серією інструкцій) – 4,4%;

- поєднання вирішення простих альтернативних завдань згідно з інструкцією та творчої діяльності, що вимагає вирішення складних завдань за відсутності алгоритму, – 1,0%;

- поєднання вирішення складних завдань з вибором за відомим алгоритмом (робота за серією інструкцій) та творчої діяльності, що вимагає вирішення складних завдань за відсутності алгоритму, – 5,9%;

- поєднання вирішення простих альтернативних завдань згідно з інструкцією, складних завдань з вибором за відомим алгоритмом (робота за серією інструкцій) та творчої діяльності, що вимагає вирішення складних завдань за відсутності алгоритму, – 1,5%;

- не відповіли на запитання 3,0% респондентів.

Щодо ступеня складності завдань, які виконує лікар ЗПСМ, 40,5% респондентів вважають, що це – оброблення, виконання завдання та його перевірка; 16,8% – оброблення та виконання завдання; 14,1% – оброблення і контроль за виконанням завдання; 4,9% – контроль та попередня робота з розподілу завдань іншим особам; 3,0% – поєднання оброблення та виконання завдання і оброблення, виконання завдання та його перевірки; 1,5% – поєднання оброблення та виконання завдання з оброблення і контролем за виконанням завдання; 1,2% – поєднання оброблення та виконання завдання і контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 4,2% – поєднання оброблення, виконання завдання та його перевірки з оброблення і контролем за виконанням завдання; 4,4% – поєднання оброблення, виконання завдання та його перевірки і контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 1,2% – поєднання оброблення і контролю за виконанням завдання і попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 1% – поєднання оброблення та виконання завдання; оброблення, виконання завдання та його перевірки, а також оброблення і контролю за виконанням завдання; 0,2% – поєднання оброблення та виконання завдання; оброблення, виконання завдання та його перевірки, а також контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 0,5% – поєднання оброблення та виконання завдання, а також контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 1,5% – поєднання оброблення, вико-

Структура та комбінації характеру роботи лікарів ЗПСМ

№ п/п	Характер роботи	Кількість респондентів, абс. число	Питома вага, %
1	Робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності	239	59,0
2	Робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	78	19,3
3	Робота за індивідуальним планом	15	3,7
4	Робота в умовах дефіциту часу	11	2,7
5	Робота за індивідуальним планом + робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності	16	4,0
6	Робота за індивідуальним планом + робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	3	0,7
7	Робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності + робота в умовах дефіциту часу	10	2,5
8	Робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності + робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	19	4,7
9	Робота в умовах дефіциту часу + робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	5	1,2
10	Робота за індивідуальним планом + робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності + робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	2	0,5
11	Робота за індивідуальним планом + робота за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності + робота в умовах дефіциту часу + робота в умовах дефіциту часу та інформації з підвищеною відповідальністю за кінцевий результат	4	1,0
12	Не відповіли на запитання	3	0,7
	Усього:	405	100

нання завдання та його перевірки; оброблення і контролю за виконанням завдання, а також контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 4% – поєднання оброблення та виконання завдання; оброблення, виконання завдання та його перевірки; оброблення і контролю за виконанням завдання, а також контролю та попередньої роботи з розподілу завдань іншим особам; 1% – не відповіли на запитання.

На думку респондентів, характер роботи, що вони виконують, такий (табл. 1).

На думку респондентів, у роботі, що виконують, вони несуть відповідальність за:

- функціональну якість *основної* роботи – 37,5% опитуваних;
- функціональну якість *кінцевої* роботи – 32,4%;
- функціональну якість *основної* роботи та функціональну якість *кінцевої* роботи – 17,1%;
- виконання окремих елементів завдання – 3%;
- функціональну якість *допоміжних* робіт – 1,2%;
- виконання окремих елементів завдання та функціональну якість *основної* роботи – 0,5%;
- виконання окремих елементів завдання та функціональну якість *кінцевої* роботи – 0,5%;
- функціональну якість *допоміжних* робіт та функціональну якість *основної* роботи – 1,7%;
- функціональну якість *допоміжних* робіт та функціональну якість *кінцевої* роботи – 0,2%;
- виконання окремих елементів завдання, функціональну якість *допоміжних* робіт та функціональну якість *основної* роботи – 0,2%;

- виконання окремих елементів завдання, функціональну якість *основної* роботи та функціональну якість *кінцевої* роботи – 0,5%;

- функціональну якість *допоміжних* робіт, функціональну якість *основної* роботи та функціональну якість *кінцевої* роботи – 2,2%;

- виконання окремих елементів завдання, функціональну якість *допоміжних* робіт, функціональну якість *основної* роботи та функціональну якість *кінцевої* роботи – 2,0%;

- не відповіли на запитання – 1,0%.

Питома вага тривалості зосередженого спостереження у роботі у 7,1% лікарів складає до 25% робочого часу; у 27,2% лікарів – від 26% до 50% робочого часу; у 37,5% лікарів – від 51% до 75% робочого часу; у 18,3% лікарів – більше 75% робочого часу. Не відповіли на дане запитання 9,9% респондентів.

На думку 14,3% респондентів, параметри умов праці на робочому місці відповідають нормативним. Решта вважає, що не відповідають нормативним наступні параметри (табл. 2).

#### 6. Оцінювання інноваційного потенціалу

Під час вивчення здібностей та бажання лікарів щодо самовдосконалення, адаптаційних можливостей встановлено, що лише 2% респондентів займаються науково-дослідною роботою, 97,5% – не займаються, а 0,5% не відповіли на запитання. Напрямок наукових досліджень наступні: розвиток сімейної медицини, синдром бронхообструкції, гіпертонічна хвороба серед населення району, інфекційні захворювання та їхня роль у розвитку соматичної патології, стан церебральної гемодинаміки при хронічній гастродуоденальній патології в сімейному аспекті.

Структура та комбінації параметрів умов праці лікарів ЗПСМ

№ п/п	Параметри умови праці	Кількість респондентів, абс. число	Питома вага, %
1.	Напруженість трудового процесу	243	60,0
2.	Температура повітря	40	9,9
3.	Освітлення	16	4,0
4.	Вологість повітря	2	0,5
5.	Напруженість трудового процесу + освітлення	10	2,5
6.	Напруженість трудового процесу + температура повітря	15	3,7
7.	Освітлення + вологість повітря	1	0,25
8.	Освітлення + температура повітря	5	1,2
9.	Вологість + температура повітря	5	1,2
10.	Напруженість трудового процесу + освітлення + вологість повітря	2	0,5
11.	Напруженість трудового процесу + освітлення + температура повітря	2	0,5
12.	Напруженість трудового процесу + вологість повітря + температура повітря	1	0,25
13.	Освітлення + вологість повітря + температура повітря	2	0,5
14.	Напруженість трудового процесу + освітлення + вологість повітря + температура повітря	3	0,7

Загальна кількість наукових публікацій складає 23, з них у лікарів, що займаються науковою роботою, – 14, у інших лікарів ЗПСМ – 9. На одного респондента припадає 0,06 публікації.

Загальна кількість наукових конференцій, у яких брали участь лікарі ЗПСМ, становить 1358, або 3,4 на 1 лікаря. Крім того, встановлено, що 96,3% респондентів мають потребу в підвищенні кваліфікації, а 3,7% – не мають.

Найбільш дієвими шляхами поповнення професійних знань 59,7% респондентів вважають тематичні курси удосконалення; 59,2% – участь у конференціях; 54,6% – аналіз спеціальної літератури; 50,5% – накопичення особистого досвіду; 44,9% – спілкування з колегами; 31,5% – передатес-таційні цикли; 27,7% – курси спеціалізації; 25,1% – навчання за допомогою комп'ютера; 3,3% – інше (надання допомоги вузькими спеціалістами – 3, оснащення амбулаторії комп'ютерами – 2, практичні навички – 2, тренінги – 1, стажування за кордоном – 1, курси з педіатрії – 1, тематичні виступи – 1, інше – 3).

Знання з питань сімейної медицини цікавлять 99,5% респондентів. На їхню думку, основними принципами сімейної медицини є багатопрофільність (65,3%); довготривалість спостереження (59,8%), комплексність (39,4%), координація (18,4%), превентивність (21,3%), економічна ефективність (26,8%), орієнтація на сім'ю (72,4%), орієнтація на громаду (7,7%), інше (1,0%). Не цікавлять питання сімейної медицини 0,5% респондентів.

Лікарі ЗПСМ найбільше виявляють інтерес до наступних питань стосовно сімейної медицини: якість медичної допомоги (58,8%); нормативно-правове забезпечення (51,4%); набутий досвід (вітчизинський і закордонний) та його застосування (50,1%); система підготовки кадрів (16,5%); інше: оплата праці, матеріальне забезпечення – 2, для чого сімейна медицина взагалі – 2, страхова медицина – 1, розвиток приватної практики – 1, стажування у США – 1 (1,7%). Важко відповісти – 4,2% опитаних. Не відповіли на дане запитання 2,5% опитаних.

На думку респондентів, головними рисами характеру для лікаря ЗПСМ є: компетентність (89,4%); порядність (73,3%); комунікабельність (61,7%); самоорганізованість (48,9%); ви-

можливість (37,5%); ретельність (29,6%); лідерство (10,4%); інше: професіоналізм – 2, самопожертвування – 1, доброта – 1, співчуття чужому горю – 1, повага пацієнтів – 1, багато іншого – 1 (1,7%); не відповіли – 0,7%.

Основними відмінностями лікаря ЗПСМ від дільничного терапевта респонденти вважають наступні: багатопрофільність надання медичної допомоги населенню незалежно від віку і статі (84,7%); вищий рівень відповідальності за здоров'я населення (39,3%); профілактична спрямованість роботи (32,6%); висока професійна підготовка (19,7%); інше (0,7%) на сьогодні не відрізняється – 2, більша обізнаність про стан здоров'я сім'ї – 1. Важко відповісти – 4,7% респондентів.

Основними проблемами, що перешкоджають розвитку сімейної медицини, на думку опитаних, є: недостатнє фінансування (88,9% респондентів); відсутність у МОЗ послідовних реальних планів впровадження сімейної медицини (42,7%); відсутність мотивації (29,4%); низький рівень підготовки сімейних лікарів (21,7%); спротив медичних працівників (6,2%); інше (2,2%). Не відповіли на це запитання 0,2% респондентів.

Серед респондентів 84,7% готові впроваджувати сімейну медицину в закладі, в якому працюють. При цьому: 47,5% готові, але за умови належного матеріально-технічного та кадрового забезпечення; 30,0% вважають сімейну медицину прогресивною формою обслуговування населення і бачать за нею майбутнє; 13,4% причини готовності назвали у поєднанні: вважають сімейну медицину прогресивною формою обслуговування населення і бачать за нею майбутнє + готові, але за умови матеріально-технічного та кадрового забезпечення; 3,8% готові виконувати накази МОЗ, хоча самі не вважають це перспективним; 3,8% причини готовності назвали в поєднанні: готові, але за умови матеріально-технічного та кадрового забезпечення та готові виконувати накази МОЗ, хоча самі не вважають це перспективним; 1,2% не відповіли, чому готові впроваджувати сімейну медицину в закладі, в якому працюють; 0,3% готові впроваджувати як приватну практику.

Однак 15,1% респондентів не готові впроваджувати сімейну медицину в закладі, в якому працюють. Причини їхньої не-

готовності наступні: недостатнє фінансування закладу (32,8%); поєднання 2 причин: відсутня відповідна нормативно-правова документація та недостатнє фінансування закладу (19,7%); вважають це непотрібним (14,8%) респондентів; поєднання 2 причин: вважають це непотрібним та недостатнє фінансування закладу (3,3%); відсутня відповідна нормативно-правова документація (1,6%); поєднання 2 причин: вважають це непотрібним та інші (1,6%); поєднання 2 причин: недостатнє фінансування закладу та інші (3,3%); поєднання 3 причин: вважають це непотрібним, відсутня відповідна нормативно-правова документація, недостатнє фінансування закладу та інші (1,6%); поєднання 4 причин: вважають це непотрібним, відсутня відповідна нормативно-правова документація, недостатнє фінансування закладу та інші (4,9%); інші причини – 8,2% (не визначились – 1, необхідні лише в сільській місцевості – 1, для міста з вузькими спеціалістами це зайве – 1, розпочинати необхідно з інституту – 1, інше – 1).

Не вказали причини неготовності впроваджувати сімейну медицину в закладі, в якому працюють, 3,3% респондентів. Крім того, 0,2% опитаних готові впроваджувати сімейну медицину у сільській місцевості, але вважають її непотрібною в обласному центрі.

Таким чином, за результатами здійсненого глибинного соціально-гігієнічного дослідження та комплексного інтегрального оцінювання кадрових ресурсів лікарів ЗПСМ, вимальовується наступна інтегрована соціально-гігієнічна характеристика сучасного лікаря ЗПСМ за ознакою доміантної відповіді: жінка, 46,1±4,5 року, заміжня (75,6%), задовільного стану здоров'я (76,0%), однак має хронічне захворювання (58,5%), проживає у сільській місцевості (46,4%), свої побутові умови (69,6%) та матеріальний достаток (54,3%) оцінює як задовільні, середньомісячний дохід на одну особу в сім'ї складає 500 грн. Головною своєю рисою характеру вважає компетентність (89,9%).

Загальний стаж роботи лікарем складає 21,9±3,2 роки, на посаді лікаря ЗПСМ 4 роки (50,6%), працює на 1 ставку (45,7%) або на 1,5 ставки (27,7%), пройшла спеціалізацію (74,8%) та має першу кваліфікаційну категорію (32,1%) зі спеціальності ЗПСМ, при цьому спеціальність обрала за власним бажанням (48,1%). Вважає себе компетентним фахівцем (74,6%), однак вимоги кваліфікаційної характеристики виконує частково (68,4%), тому що має недостатню кількість медичних інструментів та обладнання (80,9%) і недостатню володіє практичними навичками (36,4%). На її думку, пацієнти (71,4%) та керівництво (52,4%) задоволені її роботою.

Соціально-психологічний клімат у колективі оцінює як задовільний (94,1%), відзначає наявність медичних традицій (62,2%) і бажає надалі працювати у власному колективі (97,1%), де панує демократичний стиль управління (69,6%). Взагалі, задоволена своєю роботою (64,7%), однак не задово-

лена заробітною платнею (93,8%) і допускає можливість отримання винагороди від пацієнтів (44,4%). Змінити професію лікаря на іншу не бажає (92,3%), а основною причиною мотивації в роботі є професійний обов'язок та моральне задоволення результатами роботи (36,6%). Спеціальність лікаря ЗПСМ її влаштує (81,8%), і вона пов'язує з цією спеціальністю своє професійне майбутнє (56,3%).

Взагалі, задоволена умовами праці (72,1%), однак вважає, що деякі параметри умов праці на робочому місці не відповідають нормативним (85,7%) за рахунок напруженості трудового процесу (60,0%). Працює за встановленим графіком з можливим його корегуванням по ходу діяльності (59,0%). У роботі переважає вирішення складних завдань з вибором за відомим алгоритмом, тобто працює за серією інструкцій (37,8%), оброблення виконання завдання та його перевірка (40,5%), несе відповідальність за функціональну якість основної (37,5%) та кінцевої (32,4%) роботи, а тривалість зосередженого спостереження у роботі складає від 51% до 75% робочого часу (37,5%).

Не займається науково-дослідною роботою (97,5%), але має потребу у підвищенні кваліфікації (96,3%). Найбільш дієвим шляхом поповнення професійних знань вважає курси тематичного удосконалення (59,7%), цікавиться питаннями сімейної медицини (99,5%), особливо проблемами якості медичної допомоги (58,8%), а головним принципом сімейної медицини вважає орієнтацію на сім'ю (72,4%). Основною відмінністю сімейного лікаря від дільничного терапевта вважає можливість надання багатопрофільної медичної допомоги населенню незалежно від віку і статі (84,7%). Головною проблемою, яка перешкоджає розвитку сімейної медицини, є недостатнє фінансування (88,9%). Готова впроваджувати сімейну медицину в закладі, в якому працює (84,7%), але за умови матеріально-технічного та кадрового забезпечення (45,7%).

### Социально-гигиеническая характеристика семейных врачей

**Е.Е. Латисhev**

Освещаются результаты комплексного социологического исследования случайной выборки врачей общей практики/семейной медицины и результаты их социально-гигиенической оценки.

**Ключевые слова:** социологическое исследование, организация здравоохранения, первичная медико-санитарная помощь, семейный врач.

### Social hygiene assessment of family physician

**E.E. Latyshev**

The describe results of complex sociological research random sample family physician and results it sociological evaluation.

**Key words:** sociological research, medical care organization, primary health care, family physician.

### Відомості про авторів:

**Латисhev Евгений Евгеньевич** – Национальная медицинская академия последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04112, м. Київ, вул. Дорогожицька, 9, тел.: 205-49-90. E-mail: latyshev2002@mail.ru

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Латисhev Е.Е. Научно-методичні основи організації моніторингу кадрових ресурсів в Україні (на прикладі сімейної медицини) // Охорона здо-

ров'я України. – 2006. – № 4 (23). – С. 70–76.

2. Human resources for health in the WHO European Region/WHO Regional Office

for Europe, 2006, Denmark. – 55 p.

3. Human resources for health in Europe Edited by Carl-Ardy Dubois, Martin McKee and Allen Nolte Open

University Press Open University Press McGraw-Hill House Shoppenhangers Road Maidenhead Berkshire England. – 2006.

Стаття постуила в редакцію 24.01.2013