

**ОТЧЕТ ПО ОЦЕНКЕ
РЕАЛИЗАЦИИ
ПРОЕКТА ФОНДА
ПРЕЗИДЕНТСКИХ
ГРАНТОВ 20-2-005379**

**МОДЕЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО
ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**



МОСКВА
2021

УДК 614.2(470)
ББК 51.1(2Рос)
М 74

Эксперты:

Сердакова Кира Геннадьевна — кандидат психологических наук, доцент кафедры педагогики и медицинской психологии ФГАОУ ВО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова (Сеченовский университет);

Ясин Мирослав Иванович — кандидат социологических наук, доцент кафедры Общегуманитарных наук и массовых коммуникаций АНОВО «Московский международный университет»;

Аброськина Ольга Владимировна — руководитель отдела экспертно-методической деятельности Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»;

Баранникова Ксения Алексеевна — методист отдела экспертно-методической деятельности Федерального центра координации деятельности субъектов Российской Федерации по развитию организации оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия».

М 74 Отчет по оценке реализации проекта Фонда Президентских грантов 20-2-005379. Модель наставничества для специалистов первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста. — М.: Прометей, 2021. — 228 с., илл.

ISBN 978-5-00172-289-2

В рамках реализации проекта «Модель наставничества для специалистов первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста» проведено исследование результативности внедрения системы наставничества для молодых специалистов здравоохранения.

В ходе исследования определены условия, необходимые для привлечения и последующей профессиональной реализации молодых специалистов (стажёров) в системе первичного звена здравоохранения в малонаселённых городах и сельской местности; разработан научно-исследовательский инструментарий, состоящий из подобранных комплекса психологических методик и разработанных для данного проекта социологического инструментария. Данные инструменты позволяют определить базовые детерминанты, оказывающие влияние на результативность профессиональной подготовки молодых специалистов. В результате были разработаны рекомендации органам исполнительной власти в сфере здравоохранения, руководителям медицинских организаций, наставникам, молодым специалистам, позволяющие рассматривать наставничество как эффективную технологию адаптации молодого специалиста первичного звена здравоохранения на рабочем месте.

Аналитический отчет подготовлен и издан в рамках проекта Фонда президентских грантов № 20-2-005379 «Модель наставничества для специалистов первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста».

ISBN 978-5-00172-289-2

© Коллектив авторов, 2021

ОГЛАВЛЕНИЕ

Описание исследования	5
Социологическое исследование	8
Качественное исследование представлений о перспективах наставничества, по мнению опытных врачей-наставников	11
Блок 1. Знакомство	11
Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения	11
Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей....	19
Блок 4. Условия, необходимые наставнику для ведения практики	26
Блок 5. Организация наставничества	31
Блок 6. Дополнительное обсуждение	38
Блок 7. Заключение	38
Качественное исследование представлений о перспективах наставничества, по мнению молодых врачей (стажеров)	39
Блок 1. Знакомство	39
Блок 2. Видение профессии молодым врачом	39
Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником	49
Блок 4. Организация практики с наставником.....	54
Блок 5. Дополнительное обсуждение	57
Количественное исследование: обработка результатов пилотного анкетирования молодых врачей (стажеров)	58
Результаты анкетирования.....	58
Блок 1. Описание выборки	58
Блок 2. Финансовые ожидания	59
Блок 3. Факторы, важные для работы, мотивация	62
Блок 4. Профессиональная самооценка	68
Блок 5. Представления о наставничестве	75
Блок 6. Организация работы с наставником	83
Психологические составляющие оценки проекта	87

Описание методик психологического исследования.....	89
Блок 1. Диагностика самоэффективности	89
Блок 2. Мотивационный профиль	90
Блок 3. Личностная и ситуативная тревожность	92
Блок 4. Профессиональное (эмоциональное) выгорание....	93
Блок 5. Стратегии поведения в конфликте	94
Результаты психологического тестирования	95
Блок 1. Диагностика самоэффективности	95
Блок 2. Мотивационный профиль.....	98
Блок 3. Личностная и ситуативная тревожность	108
Блок 4. Профессиональное (эмоциональное) выгорание....	111
Блок 5. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях...	123
Заключение.....	148
Рекомендации.....	154
Приложения.....	158
Приложение 1. Гид-опросник глубинного интервью для молодых специалистов (стажеров), начало проекта	158
Приложение 2	161
2.1. Гид-опросник глубинного интервью для наставников, начало проекта	161
2.2. Гид-опросник глубинного интервью для наставников, окончание проекта	164
Приложение 3. Примеры интервью с врачом- наставником	168
Приложение 4. Пример интервью с молодым врачом (стажером)	189
Приложение 5. Анкета для молодого специалиста (стажера)	216
Приложение 6. Ссылки на размещение методик и опросов	226

ОПИСАНИЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

В 2020—2021 годах Российская ассоциация геронтологов и гериатров (РАГГ) реализует грантовый проект № 20-2-005379, поддержанный Фондом президентских грантов, «Модель наставничества для специалистов первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста». Данный проект носит характер апробации и ориентирован в первую очередь на формирование в малодоступных и сельских территориях медицинской поддерживающей среды для активного здорового старения населения.

Цель проекта

Повышение качества жизни лиц пожилого и старческого возраста в малонаселенных городах и сельской местности через закрепление кадров первичного звена здравоохранения.

В рамках выполнения проекта для достижения поставленной цели выполняется задача — выяснение условий для закрепления кадров первичного звена здравоохранения. Для ее реализации проводится социологическое исследование по определению необходимых условий для привлечения и сохранения молодых специалистов в системе первичного звена медико-санитарной помощи в малонаселенных городах и сельской местности и психологическое исследование для определения критериев отбора участников проекта, а также возможных показателей оценки эффективности.

Метод

Для реализации задач проекта была выбрана двухэтапная исследовательская стратегия.

На первом этапе изучалась основная специфика работы врачей в регионах, вопросы подготовки врачей и роли наставничества раскрывались при помощи качественных методов — в частности, интервью. Был избран метод глубинного полуструктурированного интервью, предназначенного для раскрытия основных проблем исследования. Гиды для наставников и стажеров составлялись отдельно, все интервью происходили в режиме онлайн-бесед и фиксировались в форме аудиозаписи. В дальнейшем аудиозаписи интервью транскрибировались дословно.

На втором этапе на основе данных, полученных качественными методами, была разработана анкета-опросник для проведения массового опроса, которая может предъявляться как в печатном виде, так и в электронном, или с помощью онлайн-формата. Опросник для врачей-наставников включает шесть блоков, всего 25 вопросов в анкете. Опросник для врачей-стажеров также включает шесть блоков, всего 25 вопросов в анкете.

Психологическое исследование состояло из пяти методик, а именно: самооффективность, типы профессиональной мотивации, профессиональное выгорание, тревожность, стратегии поведения в конфликте.

Эмпирическая база исследования

Количество регионов, включенных в реализацию проекта, — 10.

Количество учреждений, в которых будет отработана система наставничества, — 20.

В задачи социологического и психологического исследований входит опрос следующих **категорий специалистов первичного звена здравоохранения:**

– Молодые специалисты первичного звена здравоохранения — выпускники медицинских вузов в возрасте до 35 лет, трудоустроившиеся в медицинские организации малонаселенных городов и сел не ранее 2018 года.

Количество молодых специалистов, вовлеченных в работу с гражданами пожилого и старческого возраста

в малочисленных городах и сельской местности, — около 100. Для формирования опросной анкеты молодых специалистов было проведено глубинное интервью, в котором приняло участие 14 человек.

– Наставники — специалисты медицинских организаций малонаселенных городов и сел субъектов РФ, включенных в проект. Количество наставников — 20 человек.

СОЦИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

Содержание интервью

Интервью с молодыми специалистами (стажерами)

Блок 1 «Знакомство», который включает представление интервьюера, организации, проводящей исследование; изложение целей и задач проекта; заверение в конфиденциальности данных (с пояснениями); предупреждение о записи материалов и целях записи, о затрачиваемом времени на исследование; получение согласия на интервью и запись.

Блок 2 «Видение профессии молодым врачом», который включает: исследование видения личных и профессиональных качеств врача — сотрудника первичного звена медико-санитарной помощи, необходимых условий труда, степени соответствия условий труда ожидаемым или желательным по месту работы, мотивации труда и мотивации (реальной и возможной) работы в регионе; видение профессиональных перспектив; описание сильных и слабых сторон в подготовке молодого врача, проблемы подготовки врача в вузе.

Блок 3 «Потенциал наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником» включает: исследование видения стажерами роли наставничества, запросов на содержание наставничества, понимания стажерами обучающего потенциала наставничества, их представлений о желательной квалификации наставника, профессиональных и личных качествах наставника, характера помощи, которую может и должен и не может и не должен оказывать наставник.

Блок 4 «Организация практики с наставником», в котором затрагиваются такие вопросы как: видение процесса наставничества, где рассматриваются такие параметры как средства общения с наставником и затрачиваемое время, измерение эффективности наставничества.

Блок 5 «Дополнительное обсуждение» предназначен для освещения вопросов, не затронутых в основной анкете. Интервьюер приглашает респондента рассказать о важных проблемах, не затронутых в интервью.

Блок 6 «Заключение» — выражение благодарности и завершение интервью.

Предположительный тайминг интервью — 35—40 минут.

Гид-опросник глубинного интервью для молодых специалистов (стажеров), начало проекта представлен в приложении 1.

Интервью с наставниками

Блок 1 «Знакомство», который включает: представление интервьюера, организации, проводящей исследование; изложение целей и задач проекта; заверение в конфиденциальности данных (с пояснениями); предупреждение о записи материалов и целях записи, о затрачиваемом времени на исследование; получение согласия на интервью и запись.

Блок 2 «Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения», который включает: исследование видения личных и профессиональных качеств врача — сотрудника первичного звена медико-санитарной помощи, впечатлений врачей-наставников от общего уровня подготовки молодых специалистов, сильных и слабых сторон подготовки молодых специалистов после обучения в вузе, представлений опытных врачей о том, какие стороны подготовки молодых врачей можно улучшить.

Блок 3 «Потенциал наставничества в подготовке врачей» включает: исследование видения наставниками роли

наставничества и спектра проблем в подготовке врачей, в которых практика с наставником может сыграть существенную роль, понимания ограничений метода наставничества для подготовки врачей; описание требований к врачу-наставнику — его опыту, подготовке, стажу, личным и профессиональным качествам.

Блок 4 «Условия, необходимые наставнику для ведения практики», в этом блоке затрагиваются вопросы: необходимые условия для врача-наставника, чтобы эффективно проводить консультации и иное обучение молодого специалиста; личная мотивация врачей для участия в программах наставничества и какие средства мотивации возможно применить для стимулирования участия врачей в программах наставничества.

Блок 5 «Организация наставничества» раскрывает ряд вопросов, связанных с организационной и формальной сторонами организации труда. Среди них темы: необходимая квалификация и иные требования к врачам-наставникам; критерии оценки эффективности прохождения практики; оценка эффективности работы наставника; отчетность по практике с наставником; время, затрачиваемое наставником и стажером на консультации, совместную работу и иные формы взаимодействия; формат взаимодействия и средства связи; этика взаимодействия, включая характер помощи, которую «может и должен» и «не может и не должен» оказывать наставник.

Блок 6 «Дополнительное обсуждение» предназначен для освещения вопросов, не затронутых в основной анкете. Интервьюер приглашает респондента вспомнить и рассказать о важных проблемах, не затронутых в интервью. Задать вопросы. Если вопросов нет и все проблемы обсуждены, то можно переходить к завершению интервью.

Блок 7 «Заключение» — выражение благодарности и завершение интервью.

Предположительный тайминг интервью — 45—50 минут.

Гид-опросник глубинного интервью для наставников, начало проекта представлен в приложении 2.

КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПЕРСПЕКТИВАХ НАСТАВНИЧЕСТВА, ПО МНЕНИЮ ОПЫТНЫХ ВРАЧЕЙ-НАСТАВНИКОВ

По материалам глубинных интервью врачей-наставников (пример интервью — приложение 3).

Блок 1. Знакомство

Первый блок анкеты имеет организационный и информационный характер, поэтому в анализе не участвует и не интерпретируется.

Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения

Ответы на вопрос: «Какими профессиональными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?»

Врачи-наставники отметили, что для врача важным является профессионализм, под которым понимают специальные медицинские знания, умения применять теорию на практике, работать с медицинской документацией и непосредственно с пациентами.

Как важный компонент профессионализма опытные врачи (наставники) отмечали клинический опыт и сформированное клиническое мышление. Они отмечали, что понимание диагностики и умение давать хорошие клинические рекомендации на практике приходит не сразу, а только по прошествии некоторого времени и практиче-

ской работы. На практике заболевания выглядят не так очевидно, «как в учебнике», многие заболевания являются коморбидными (сочетанными), что делает постановку диагноза и назначений сложным; в этом вопросе, отмечают врачи, можно опираться только на практический опыт работы.

Понятие врачебный «профессиональный опыт» наставники определяли как качество, которое могут оценить «экспертно» они сами и их коллеги, однако конкретное содержание оказывалось слишком широким — сюда входил весь спектр навыков и знаний медицинского работника; ключевым было их правильное применение на практике. Врачебный опыт не определяется стажем работы, однако для его приобретения некоторое время необходимо. Так, чаще всего врачи называли необходимым стаж порядка 3—5 лет, хотя в целом были названы цифры от года до 7 лет и более. Однако отмечалось, что есть позиции, где врачебный опыт набирается быстрее: так, в первичном звене здравоохранения он приходит довольно быстро в силу того, что врач сталкивается с разными типами заболеваний, клинических случаев и клинических картин болезни. Также врачи отметили, что во многом профессиональный опыт зависит от личных качеств врача — его желания учиться, постоянно развиваться, активно приобретать этот опыт.

«Я смотрю, что врач пишет, какие назначения, как ведет пациентов. Клиническое мышление формируется не год не два, а в течение 5—7 лет. Но есть люди, у которых [он] быстро формируется, потому что они хотят этим заниматься».

В большинстве случаев, говоря о профессиональных качествах врача, наставники начинали или довольно быстро переходили к коммуникативным и личным качествам врача как необходимым условиям успешной про-

фессиональной деятельности (ответы перенесены в раздел «личные качества»).

Ответы на вопрос: «Какими личными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?»

Личные качества врача, которые были отмечены наставниками, можно разделить на несколько групп:

1) Эмпатия и ее варианты, врачи называли:

сострадание, любовь к людям, желание помочь, внимательность к людям, доброжелательность, добросердечность, доброту, сострадание, умение выслушать пациента и понять, отзывчивость и тому подобные качества как необходимые в работе медицинского работника.

«Пациенты идут, прежде всего, на психологический контакт к доктору нежели даже за лечением».

«Они идут поговорить, особенно пожилые пациенты, знаете, 70% за лечением, 30 — поговорить, а эти [пожилые] и наоборот».

2) Отдельно отметим *умение работать в коллективе, прислушиваться к коллегам, уважительно относиться к коллегам.*

«Бывает, даже с этикой проблема: обсуждают коллег и работу коллег при пациентах», «упрямые, не умеют работать в команде, все только по-своему».

3) Мотивация к приобретению опыта: *к повышению профессионализма, самообразованию, стремлению к обучению у наставника и коллег.*

«Врач, который не читает и не самообразовывается, это и не врач вовсе — он только старой информацией пользуется, а она обновляется постоянно».

«Свою голову-то не приставишь... если хотят — научим, если нет — то и без толку объяснять».

4) Также отмечались такие качества как: *ответственность, исполнительность, целеустремленность.*

Врачи-наставники связывали «эмпатический» блок качеств с мотивацией к работе в сфере медицины, отмечая, что без любви к человеку и готовности выстраивать с ним контакт, работа в сфере здравоохранения невозможна или не принесет хороших результатов. С эмпатическим блоком врачи-наставники связывали важный профессиональный навык — умение выстраивать контакт с пациентом. Наставники отмечали, что не все молодые врачи готовы выслушивать пациента, сострадать, быть внимательными, а это является важной частью работы. Наставники сетовали, что молодые врачи часто относятся к пациенту более формально (чем люди со стажем работы), более четко выстраивают личные границы, опираются на формально закрепленный функционал, более сосредоточены на деньгах.

Одним из направлений работы наставника они видят именно мотивацию молодых сотрудников к более внимательному отношению к пациенту, работу с «психологической» составляющей врач — пациент, как залогоу успешной работы.

«И, конечно, еще очень большую роль, я думаю, играет то, что нужно уметь с пациентом наладить контакт психологически: чтобы он четко мог следовать рекомендациям и не боялся обратиться к врачу».

В этом же блоке вопрос, который показывает изменения, происходящие в молодых специалистах. Следует отметить, что заметны наибольшие изменения в пост-экспериментальном интервью: по прошествии полугода эксперимента по наставничеству опытные врачи в большей степени отмечали человечность, эмпатические качества и готовность к коммуникации молодых врачей. Объяснения через «душевную черствость» и «меркантильность» отошли на задний план, опытные врачи чаще

стали ссылаться на страх и отсутствие практики как объяснение недостаточной пациент-ориентированности молодого врача. Наставники отмечали свою роль в постановке правильной мотивации молодых специалистов.

«Приходится объяснять, что с человеком нужно общаться», «мы видим изменения — даже по тому, как общаться стали с пациентами — значительно лучше».

«Через личный контакт получается привить правильный взгляд на то, что такое врач и его работа».

Ответы на вопрос: «Когда в больницу/поликлинику приходят молодые врачи, только что закончившие обучение — какие сильные стороны в их подготовке вы видите?»

Большая часть врачей-наставников отмечают, что преимуществами подготовки молодых специалистов являются теоретические знания. В частности, современные медицинские знания, особенно инновации в области фармакологии (неоднократно отмечалось хорошее знание фармакологии современным поколением выпускников вузов). Пессимистический взгляд на подготовку молодых специалистов, заключающийся в отсутствии преимуществ перед старой школой подготовки, высказывались лишь некоторыми врачами-наставниками. Однако многие врачи высказывались о том, что теоретические знания у молодых специалистов нормальные, а ждать от них практического опыта не стоит, так как его приобретают только во время работы, и вспоминали, что с ними в начале трудового пути было примерно то же самое.

«Теорию вроде бы знают, но на практике ее применить — пока нет».

«Хорошие знания. А практический опыт, понятное дело, приобретается со временем».

Среди сильных сторон молодых специалистов отмечалось знание компьютерной техники и программ, кото-

рое позволяет быстро разобраться с системой электронного документооборота. Наставники отмечают у молодых специалистов энергию и способность быстро схватывать материал, в большей степени характерные для молодого возраста.

У молодых специалистов отмечают большую склонность к быстрому вознаграждению, сосредоточенность на деньгах и очень четкое выстраивание границ того, что входит в обязанности врача и что не входит.

Врачи-наставники также отмечали, что внутренняя мотивация работать врачом (интерес к профессии) есть не у всех молодых специалистов, и этот фактор является решающим, по их мнению, получится ли из выпускника хороший врач или нет.

Ответы на вопрос: «Когда в больницу/поликлинику приходят молодые врачи, только что закончившие обучение — какие проблемы в их подготовке Вы видите?»

Среди проблем подготовки молодых врачей практически все наставники отмечали отсутствие или недостаток практики, а причину этого пробела в образовании видели в перестройке системы обучения. Опытные врачи отмечали, что значительно сократилось число практик во время обучения, студентов не допускают до пациентов во время обучения, упразднена интернатура. Это сокращение практической программы обучения очень плохо сказывается на готовности выпускника к практической работе.

«Проблема того, что студенту был закрыт доступ к практическому обучению в клинике по сравнению с ситуацией, когда будущий врач со второго курса был “у постели больного”».

«Отсутствие практических знаний даже на уровне документооборота: историю болезни не могут написать. Мы выходили из института сов сем этим — могли и историю писать, практика по патофизиологии, практика в клиниках, травматология, умение швы накладывать на животных отработывали. А сейчас нет этого».

Дистанционные формы подготовки молодых специалистов у старшего поколения вызывают сомнения. Опытные врачи считают, что медицина — это наука, которую необходимо изучать очно, наглядно и в контакте с практикой. Привычка опираться на справочные материалы из интернета тоже, по мнению некоторых наставников, вредит квалификации врача.

«[Знаний] почти никаких, теорию немного знают, фармакологию хорошо знают обычно. Проблема подготовки в дистанционной форме — какая там анатомия?».

«Сейчас и в школах такое ..вон интернет — возьми, почитай. А на приеме доктор сидит и под столом у него телефон, он, не глядя на пациента, там ищет... Я стеснялась с этим».

Отдельный вопрос для обсуждения составляет соединение разрыва между теоретическим знанием и умением его применять. Отмечая наличие теоретических знаний у молодых специалистов, наставники поясняют, что до формирования клинического мышления должен пройти некоторый период времени. Основная проблема здесь видится в том, что реальные клинические случаи оказываются сложнее «классических» примеров из учебника: приходится учитывать и «размытую» симптоматику, и коморбидность, делать поправку на возраст пациента, причем учитывать эту многофакторность как при диагностике, так и при назначениях.

«Отсутствие практики, избыток академичности, слишком просто прямой взгляд на проблему, не хватает понимания сложности».

«На практике же все не как в учебнике: картина не всегда такая ясная».

Еще одна проблема, отмеченная наставниками — отсутствие мотивации к работе в медицине у выпускников. Несмотря на долгое и сложное обучение, многие

студенты-медики разочаровываются в профессии и хотят получить более простую и оплачиваемую работу. Они могут выбрать работу фармацевтического провизора, торговлю медоборудованием или иные сферы. Оставаясь в клинике, такие выпускники по большей части ориентированы на получение денег, а не на работу с пациентами.

«Идут в провизоры или еще куда-то, где деньги большие».

«Сосредоточены на деньгах, хотят сразу много, не понимают, что сразу так не бывает».

Здесь кроется одно из ключевых противоречий в функционировании сферы здравоохранения: любая работа выполняется за финансовое вознаграждение, без денег невозможно жить, содержать семью и растить детей. Но при этом фактор зарплаты (которая в сфере здравоохранения признается и молодыми врачами, и наставниками как низкая или недостаточная) как бы должен отходить на задний план, и врач якобы должен руководствоваться «чисто моральной» мотивацией.

Однако само по себе отсутствие желания работать с пациентами врачи-наставники определяют как одно из важных препятствий к формированию новой когорты медицинских кадров.

Ответы на вопрос: «Как, по-вашему, можно усовершенствовать практическую подготовку врачей во время обучения в вузе?»

Ответы на этот вопрос возвращают нас к обсуждению слабых сторон в образовании современных студентов-медиков и причинам этих проблем. Наставники отмечают, что значительно снизилось количество практических работ и практик в клиниках, что пагубно сказывается на подготовке врачей. Часто как положительный пример приводилась подготовка в вузах прошлых лет (например, времен обучения самого наставника), где было достаточно практики.

«Все было придумано, для чего было разрушать? Была анатомия, вскрытия, морг, микропрепараты... Все практические занятия — куда их дели? Такое впечатление, что их не стало».

«Я считаю, что в институтах да вузах нужно больше практики [...] У нас были “живые” пациенты. И мы практиковались. Нам преподаватели дают пациента мы им занимаемся. То есть сейчас такого, конечно, нет».

Врачи-наставники отмечают, что учитывают фактор стоимости практической подковки врача в вузе и то, что в современном виде по-другому распределяется ответственность за получаемые знания, однако считают, что без практики и связи с реальной клинической работой медицинская подготовка очень сильно потеряла в плане качества.

Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей

Ответы на вопрос: «В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения?»

Наставники видят свою роль в передаче практического опыта, то есть умения работать с клиническими случаями, которые оказываются значительно сложнее «классических» картин болезни из учебника (см. § «*Какими профессиональными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?*»). Передача практического опыта понимается как формирование у молодого специалиста «клинического мышления».

Второй момент, который часто подчеркивают опытные врачи, — наставничество может помочь молодому специалисту избежать ошибок. Опытный врач может предупредить о возможных проблемных местах в своей профессиональной области, молодому специалисту в результате будет легче не допустить типовые ошибки.

«Знания есть, но применить на практике не могут. Их [молодых специалистов] надо сопровождать первое время, и сопровождать надо и довольно плотно».

«Избежать ошибок. Мы свои шишки набили, а у них есть возможность их [ошибки] не повторять — в этом и есть роль наставничества».

«Наставник помогает решить сложные вопросы, всегда есть возможность задать вопрос, ...наставник может помочь избежать ошибок начинающего».

Врачи-наставники, как и молодые специалисты, часто отмечают, что в клинике молодые коллеги часто обращаются за подсказками к старшим, и те чаще всего не отказывают. То есть на практике некоторые неформальные формы наставничества существуют, задача программы наставничества — «легитимировать» их, то есть сделать более понятными правила коммуникации между начинающими и опытными врачам и утвердить эту практику в штатном расписании врача.

«Всегда, когда молодой специалист приходит (это негласно, конечно), но все равно к человеку, к специалисту какому-то подстраивается. Спрашиваешь, консультируешься. А если это на официальной “ноте” стоит, то, наверное, проще подойти. А то... то ли тебе помогут, то ли не помогут. А когда знаешь, что постоянно есть к кому обратиться — это очень удобно».

«В начале проекта я поняла, что я наставник уже много лет. На чистом энтузиазме. В принципе, меня никто не заставлял, мне просто нравится предавать свой опыт, смотреть на то, как у них получается».

Одним из позитивных эффектов такой «легитимации» врачи называют тот факт, что молодым специалистам будет психологически легче обращаться за помощью, ведь у них официально будет наставник, который должен отвечать на вопросы. Наставники подчеркивают, что задавать вопросы необходимо, это лучший путь, чем

самостоятельный длительный поиск, так как в медицине цена ошибки высока, к тому же график работы довольно плотный и на самостоятельный поиск иногда нет времени.

«Я им и говорю, можете сказать пациенту “подождите минуточку” и выйти спросить».

«Без учителя как? Такая практика [наставничества] всегда есть, но она официально никак не обозначена».

По сути, наставничество выполняет роль адаптации нового специалиста на рабочем месте, может включать и подсказки по организационным вопросам: как вести документацию, какие вопросы находятся в ведении заведующего отделением или главного врача, куда и как можно направить пациента на дополнительное обследование и процедуры.

«Даже в заполнении бумаг приходится объяснять, что и как, и в общении с пациентом, что с человеком нужно общаться».

«А где-то я говорю: “это не ко мне, это надо спросить у заведующей...”».

Врачи-наставники также отметили, что практика с наставником в чем-то повторяет ранее существовавшие образовательные формы субординатуры и интернатуры, в которой студентов-медиков закрепляли за руководителем, который следил за профессиональным становлением молодого врача в течение нескольких лет.

Одна из дополнительных задач наставничества — психологическая поддержка молодого специалиста, который, по мнению наставников, может быть растерян или бояться сложных задач.

«После того как интернатура отменилась, бояться даже приступить к своим профессиональным обязанностям».

«Иногда просто не знают, с чего начать, а я могу подсказать и ускорить этот процесс».

Также одной из функций, возложенных на наставника была обязанность разъяснить молодому специалисту психологическую составляющую работы врача первичного звена здравоохранения, подготовить к общению с пациентом. Здесь опытные врачи видят одну из зон напряжения, так как, по их мнению, молодежь мало уделяет внимания общению с пациентом.

«[Молодые специалисты] не понимают, что с людьми разговаривать нужно...».

«Относятся формально. А от этого [общения] зависит, будет ли пациент выполнять рекомендации, принимать лечение, как он вообще это [рекомендации врача и лечение] воспримет».

Врачи-наставники из руководящего состава видят функцию наставничества в том, чтобы разгрузить руководящий состав клиники, распределив обязанности по адаптации молодых специалистов на рабочем месте среди опытных врачей, так как до этого вся нагрузка по адаптации ложилась на плечи заведующих.

Ответы на вопрос: «Какие проблемы практической подготовки врачей может решить система наставничества? В чем Вы видите потенциал наставничества?»

Врачи-наставники считают, что хорошо выполняют свои функции по практической доподготовке молодых специалистов на местах и невыполнимых (или не выполненных) задач для них нет. Потенциал наставничества в целом видят в заполнении пробелов между теоретической и практической подготовкой, в адаптации на рабочем месте и психологической готовности молодого специалиста, что подробно раскрыто нами ранее (см. § *Ответы на вопрос: «В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения?»*). К перспективе улучшить готовность молодых специалистов наставники относятся оптимистично, отмечая, что

при наличии стремления со стороны молодого специалиста могут передать свой опыт и знания.

В пост-экспериментальном интервью отчетливо звучала тема, что наставники в ходе практики увидели возможность влиять на одну из тонких составляющих работы врача — на его мотивацию к работе с пациентом, его отношение к пациентам, особенно пожилым, этику врачебной деятельности. В этом состоит одно из обнаруженных отличий пред-экспериментальных и пост-экспериментальных установок врачей-наставников.

«Многие же и уходят из профессии, не могут прижиться. А вот если бы был человек, который как-то его поддержал, осветил плюсы нашей работы... Там, глядишь, человек призадумается и, возможно, притормозит, да и останется в профессии».

Ответы на вопрос: «Какие проблемы практической подготовки врачей система наставничества НЕ может решить? В чем Вы видите слабость системы наставничества?»

Среди проблем, которые система наставничества решить не в состоянии, опытные врачи называли чаще всего недостаточную мотивацию молодого врача и вопрос зарплата в системе здравоохранения.

Недостаточная мотивация описывается как ряд установок, в силу которых врач ставит на первое место финансовую составляющую или не хочет тяжелого труда. А по многу опытных врачей, эти две установки несовместимы с работой в сфере медицины. Работа оказывается довольно тяжелой и напряженной, а зарплаты в сфере здравоохранения не столь высоки. Это же является причиной оттока молодых кадров из медицины после окончания института.

«Просто не хотят работать, провизорами идут или еще куда-то».

«Если человек не хочет — как его научишь? А многие не хотят. Разочаровываются что ли...»

«В медицинские представители... да много куда. Диплом в принципе такой, что ценится везде».

Проблема финансирования оказывается одной из важнейших при привлечении молодых специалистов к работе в небольших населенных пунктах. Частично низкие зарплаты компенсирует программа «Миллион для врача, работающего в сельской местности», однако это является временной мерой. Опытные врачи отмечают, что молодые люди хотят зарабатывать больше, в отдаленных населенных пунктах зарплата в разы ниже, чем в крупных городах, ниже, чем в столицах приблизительно в четыре раза, что создает ситуацию, когда выпускник не приходит работать в отдаленные медицинские учреждения вообще или в своем регионе ищет другую работу (и профессию), где предлагают более высокие зарплаты.

Ответы на вопрос: «Кто, как и когда должен становится наставником молодого врача?»

Врачи полагают, что наставником может быть опытный врач, при этом само понятие «опыт», определяется экспертно другими профессионалами, как мы описали выше (см. § *Ответы на вопросы: «Какими профессиональными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?»*).

Врачи-наставники полагают, что опыта 3—5 лет достаточно, чтобы становится наставником молодого специалиста. Единицы отметили, что наставник обязательно должен иметь опыт руководящей работы, так как у такого специалиста осведомленность о работе клиники выше. Некоторые врачи отмечали, что наставник должен быть не слишком пожилым, чтобы был психологический контакт между представителями двух поколений и позволял передавать опыт. Некоторые наставники отмечали, что врачи с более «универсальным» опытом лучше подходят

на роль наставника, так как у них есть некоторый широкий обзор, видение смежной проблематики. Отмечалось, с этой точки зрения терапевт подходит лучше узкого специалиста.

Ответы на вопрос: «Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник?»

Среди профессиональных качеств отмечалось, что врач должен быть профессионалом, то есть хорошо понимать свою специальность, обладать киническим мышлением, уметь осуществлять диагностику и делать назначения, постоянно развиваться профессионально.

Ответы на вопрос: «Какими личными качествами должен обладать врач-наставник?»

Основная доля особых качеств врача-наставника оказалась личностными: это желание быть наставником, желание и умение объяснять, доброжелательность к наставляемым и коммуникативные навыки в общем. Опытные врачи отмечают, что «знать» и уметь передать знания — это не одно и то же. Наставник должен быть расположен к наставляемым, уметь располагать к себе, уметь выстраивать коммуникацию, обладать педагогическим талантом — только тогда трансляция опыта становится возможной.

«Коммуникативность. умение расположить к себе, чтобы у тех же молодых специалистов появилось желание учиться».

«Склонность к педагогике. Уметь свой опыт передать — от этого ж тоже многое зависит».

Это еще один пункт, где мы увидели значительные изменения в пост-экспериментальном интервью: после эксперимента врачи-наставники гораздо большее значение предавали коммуникации наставляемые — наставник. На ней выстраивались возможности внести измене-

ния как в уровень подготовки молодого специалиста, так и в вопросы мотивации молодых врачей к медицинской деятельности.

Блок 4. Условия, необходимые наставнику для ведения практики

Ответы на вопрос: «Что Вас убеждает принимать участие в программах подготовки врачей как наставник?»

Личная мотивация к наставничеству опытными врачами описывалась как результат «эмпатии» — воспоминание собственного опыта. В понимании трудностей молодого специалиста и желании ему помочь немаловажную роль играет осознание преемственности в вопросах наставничества. Врачи отмечают, что система доподготовки на месте, рекомендации, обращение за советом — естественная и неизбежная практика в медицине, когда на рабочее место приходит молодой специалист.

«Помню, как мы были начинающими специалистами, и нам подставляли плечо более опытные коллеги».

«Тебе, наставнику, нужно возвращаться в тот период, когда ты сам начинал работать, вставать на их место надо».

«Желание помочь сформировать хорошего специалиста, у нас есть возможность помочь начинающему врачу избежать наших ошибок».

«Если спрашивают — мы всегда подскажем. Это на личном контакте основано, человеческом. Никто не отказывает».

Также часто упоминались личине амбиции, под которыми понималась попытка попробовать что-то новое, узнать свои профессиональные рубежи, попробовать себя в новой роли. Наставничество рассматривается как новый и более высокий статус, некоторый уровень профессионального признания. Наставничество рассматривается

как возможность профессионального роста, который происходит за счет необходимости передавать знания (следовательно, самостоятельно быстрее приобретать новые знания).

Ответы на вопрос: «Какие плюсы для себя Вы находите в программе?»

В качестве мотивов назывались и новый функционал, возможность «попробовать что-то новое», повышение квалификации на курсах программы.

Повышение квалификации, программа обучения, вебинары и конгресс оказались одним из самых важных составляющих программы для врачей, что стало ясно из постопросного интервью. Этот пункт является одним из тех, мнение по которому значительно изменилось в постопросном интервью.

Врач на периферии оказывается в изоляции от профессионального сообщества, образовательных программ и информации. Поэтому контакт с коллегами в рамках конгресса и предоставленное обучение послужили одним из самых значительных плюсов программы в глазах врачей-наставников.

Участие в программах повышения и научных мероприятиях работает не только как «поощрение» бесплатным доступом к мероприятиям, самая большая ценность подобных событий в том, что, участвуя в обучении и обсуждениях, врачи чувствуют свою профессиональную ценность, причастность к профессиональному сообществу и передовым достижениям медицины. По словам самих врачей, это очень мощный моральный мотивирующий фактор.

«Курсы, программы повышения квалификации, общение с коллегами. Мы ведь тут в относительной изоляции. А в регионе... там вообще врач один или двое — вот и все профессиональные контакты».

«Чрезвычайно интересным было участие в конгрессе... это самое лучшее, что со мной происходило за последние десять лет в профессиональном плане».

Наставники позитивно отмечали разные стороны программы: кто-то особенно был впечатлен возможностью интерактива — обмена мнениями в диалоге с лектором, для кого-то важными оказались сами темы лекций, отмечали междисциплинарную тематику, многие отметили энтузиазм и вдохновляющую силу лекторов.

«Лекции и конференция очень понравились. Но если честно, то и занятий-то было мало».

«Для меня была интересная работа в других регионах. Как у них там построена работа? Дневные стационары, социальные условия...».

«Социальная медицина очень заинтересовала. Мы все думаем — медикаменты, а тут социальная составляющая оказывается очень важной. Это новое для меня».

После проведения эксперимента обсуждение мотивации участия в программе неизменно выходило на проблему моральной мотивации в медицине. Наставники отмечали, что разные варианты моральной мотивации — такие как желание вырастить новое поколение хороших врачей, понимание собственных сложностей в прошлом и эмпатия, желание помочь молодым врачам и пациентам, желание быть профессионалов — гораздо важнее для работы наставником, чем иные способы мотивации. Только использование их может привести к эффективному наставничеству, иначе наставнические позиции начнут доставаться тем, кто хочет использовать эту позицию с некоторой корыстной целью, при этом, как предполагают опытные врачи, качество наставничества будет снижаться.

«Если будет отпуск, оплата, каждый врач пойдет на наставничество — хочет он, не хочет, потому что

будут такие условия. Я считаю, желание должно быть. А так вся больница выстроится в очередь за наставничеством».

«Желание научить — это главное, а если какие-то другие цели... знаете, как бывает: все в формализм превращается».

Моральная мотивации наставника оказалась важной для умения правильно замотивировать молодого специалиста на работу, способности вдохновить на работу в первичном звене здравоохранения вплоть до изменений ключевых установок работы в медицине.

Один из наставников предложил начислять некоторые баллы за наставничество, которые бы в дальнейшем учитывались каким-либо образом в стаж (то есть не прямое финансовое поощрение).

Ответы на вопрос: «Какие условия Вам необходимы, чтобы вести обучение как наставник?»

В плане необходимых условий для работы большая часть врачей-наставников долго подыскивала ответ, часто отмечая, что они могут справляться с любыми трудностями и работать в любых условиях. Но наиболее часто звучавшей осознанной потребностью было наличие времени.

Врачи-наставники неоднократно отмечали, что в контакте наставника и молодого специалиста самым главным компонентом является мотивация. При наличии желания у наставляемого учиться, получать знания и практические навыки, а у наставника — заниматься подготовкой молодых специалистов, передача опыта возможна. Другие же условия, по мнению врачей, опционы.

«Было бы желание. А если желания нет — то как его научишь?»

«Стремление самого врача — вот что важно. Если не хочет — что тут сделаешь? А не все хотят работать».

«Время и наличие желания у наставляемого».

Однако наставники все же часто приходили к выводу, что наличие времени на работу с наставляемым тоже важно. В современном отечественном здравоохранении работа построена так, что время является наиболее дефицитным ресурсом. Врачи отмечали, что времени не хватает, его приходится «искать». На стадии перед экспериментом многие сомневались, получится ли найти это время в рабочем графике.

Многие называли как желательное условие некоторую оплату наставничества, упоминали, что это было бы неплохим «сопровождением» работы наставника. Однако говорить о финансовом стимулировании наставничества как обязательном, о крупных выплатах и базовой мотивации врачи-наставники не стали по причине возможной подмены финансовой мотивацией собственно желания обучать молодых специалистов.

Ответы на вопрос: «Как Вы считаете, какие условия необходимо предоставить врачам, чтобы мотивировать их на участие в программах наставничества?»

По поводу мотивации широкого круга коллег врачи значительно чаще называли финансы как ключевой мотиватор к работе. Они считают, что выплаты могут привлечь коллег к работе наставниками, однако по поводу финансовой мотивации остаются предостережения, изложенные нами выше.

Ответы на вопрос: «Какие препятствия Вы видите тому, чтобы наставничество было эффективным средством подготовки молодых врачей?»

Врачи-наставники также затруднились с ответом на вопрос о возможных препятствиях к наставничеству. Однако среди причин, которые могут служить препятствием для подготовки молодых врачей в системе наставничества, опытные врачи называли формализацию.

В постэкспериментальном интервью наставники отмечали, что практика проходила беспрепятственно, даже более легко и позитивно, чем они ожидали.

Врачи отмечали, что обладают всем необходимым для передачи знаний и навыков, процесс проходил благоприятно, по факту затруднений не было обнаружено.

Блок 5. Организация наставничества

Ответы на вопрос: «Какие требования к молодым врачам, выходящим на практику?»

Врачи-наставники отвечали, что к приходящим на работу после вуза врачам нет никаких специальных требований. Наличие диплома о высшем образовании является достаточным. При этом отмечали, что в первичном звене здравоохранения, особенно в регионах, наблюдается кадровый голод. Молодые кадры приходят редко. После окончания института они предпочитают оставаться в крупных городах. Часто вакансии в больницах и поликлиниках пустуют длительное время, закрываются полставочниками или фельдшерами, прошедшими доподготовку.

Если же врачи говорили о знаниях и навыках, они сводились к общим требованиям к выпускнику медицинского вуза, соответствующим пройденной программе обучения.

«И диагностику, и пальпацию, и перкуссию, и заполнение документации. Все объять невозможно — их шесть лет учили в институте».

«А чему их учили? Все же шесть лет в институте... что же должны знать, я надеюсь...»

Однако в постэкспериментальном интервью врачи-наставники подчеркивали, что психологические характеристики врача: его мотивация, отношение к пациенту, умение выстраивать контакт оказываются очень важными для практической работы. Без особых личностных качеств профессиональные компетенции не имеют смысла.

Ответы на вопрос: «Какие критерии оценивания молодых врачей после практики Вы можете предложить?»

Здесь мнения врачей разошлись, так как часть специалистов считала, что может существовать некоторая форма зачета или экзамена, а другая часть врачей полагала, что прогресс молодого врача будет виден в ходе работы, то есть его могут оценить экспертно коллеги.

«Можно придумать экзамен или тест, но это отпугнет от участия в программе».

«Оценка знаний и навыков практиканта руководителем практики».

Экспертная оценка коллегами осуществляется, со слов наставников, по тому, какие диагностические предположения и назначения делает врач, качество этих решений можно отследить по медицинской документации (карточке больного, истории болезни) и из бесед с коллегами.

«Обычные, как для всех врачей, по текущей работе».

«В целом как прошел практику, по отзывам коллег и пациентов».

Отдельным критерием служил рост самостоятельности молодого врача, уменьшение количества вопросов к наставнику. Это являются одним из критериев приобретения опыта и успешной адаптации в клинике.

«Прогресс и так виден. По тому, как человек работает, по количеству задаваемых вопросов».

Кроме того, некоторая часть врачей отмечала, что качество работы специалиста может оценить и пациент, так как у пациента есть приобретенное с опытом понимание, кто из врачей работает лучше, а кто хуже.

Из форм оценивания успехов молодого специалиста после практики достаточно часто фигурировали общие критерии оценки качества работы, которые существуют в данном учреждении для всех врачей.

«По обращениям пациентов. К кому идут, к кому не идут, к хорошему врачу всегда будет очередь».

«Удовлетворенность пациентов — у нас есть теперь такой критерий».

Неоднократно звучала тема о том, что дополнительная проверка молодого врача — излишнее занятие. Работа в программе «наставник — молодой врач» призвана помочь коллегам стать лучше, и то, что они возьмут из программы, — дело их личной ответственности.

Ответы на вопрос: «Как по-вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю?»

Количество времени, затрачиваемой наставником на одного подопечного чаще всего исчислялось 2—3 часами в неделю. При этом большая часть этого времени была распределена по неделе в виде коротких контактов в форме ответов на вопросы и разовых коротких консультаций, касающихся конкретного случая.

«Обычно звонят или приходят по мере необходимости, когда есть вопросы».

«По-разному бывает, сложно сказать... по мере необходимости разговариваем. Посчитать сложно».

Регулярные длительные встречи, групповые встречи с молодыми врачами проводили не все и нерегулярно. Однако практика ответов на конкретные вопросы в ходе работы была общепринятой. Такие частные вопросы касались сложных для начинающего случаев диагностики и лечения — тех, где молодой врач не был уверен и сомневался. Также молодые врачи задают довольно часто вопросы по оформлению документации.

Встречались также вопросы «адаптационного» свойства, которые говорили о том, что врач разбирается в том, как работает медицинское учреждение. То есть это касалось направлений, работы разных подразделений. Те вопросы, который задал бы любой новый в учреждении специалист.

Ответы на вопрос: «Какие средства коммуникации возможно использовать?»

Возможно использовать все доступные средства коммуникации, включая телефон и любые мессенджеры. В расширении арсенала средств общения сказался опыт пандемии, однако в целом врачи не возражали использовать телефонную связь для контакта.

Отдельно врачи отмечали, что проблема дистанционных коммуникаций особенно важна для удаленных населенных пунктов. Где молодой врач может оказаться изолированным от коллег и консультативной помощи, но в этих же отдаленных населенных пунктах и особенно плохая связь.

Ответы на вопрос: «На какие вопросы врач-наставник должен отвечать и НЕ должен отвечать?»

Наставники отметили, что на любые вопросы, которые касаются медицины, они готовы отвечать. Они полагают, что нет таких вопросов, которые не следовало бы задавать, если это касается работы. Мало того, многие наставники подчеркивали, что необходимо обеспечить такую атмосферу, где могут быть заданы любые вопросы, ибо ответ на вопрос, консультации с коллегами ведут к более точной постановке диагноза и разработке хороших назначений. А вот замалчивание проблемы и ошибка по незнанию может стоить человеку здоровья, а в некоторых условиях — и жизни.

Личные вопросы, не касающиеся медицины, наставники посчитали неуместными.

Некоторые наставники отмечали, что если они не могут ответить на вопрос, можно взять паузу, записать вопрос, ответить на него позже, запросить помощи других специалистов, но ни в коем случае не оставлять наставляемого без внимания.

«Если [наставник] не знает ответа на вопрос, он скажет: “хорошо, я помечу себе и обязательно отвечу чуть попозже”».

«Вместе будем разбираться: посмотрим справочники, поищем информацию, или переадресовать вопрос — есть узкие специальности».

Также иногда разделялись компетенции врача-наставника и руководящего состава — заведующих и главных врачей. Ряд вопросов находится именно в их ведении, и врачи предпочитают с ответами на такие сложные вопросы перенаправлять к руководителю. Эта ситуация симметрична ответам наставников из числа руководителей или бывших руководителей в системе здравоохранения: они отмечали, что есть ряд вопросов, которые хорошо понимают именно они и за которые они несут ответственность, поэтому наставниками должны становиться руководители.

«На все по профессии должен отвечать, кроме личного, возможно еще финансового. И на какие-то сложные вопросы, за которые руководитель должен отвечать».

В постэкспериментальном интервью мы выяснили, что неудобных вопросов молодые врачи не задавали, все вопросы были заданы по существу.

Ответы на вопрос: «Какого рода помощь предоставлять или НЕ предоставлять?»

Врачи наставники посчитали, что всё, что касается ответов на вопросы, обучения, они готовы выполнить. Однако это не касается тех случаев, когда приходится выполнять профессиональные обязанности за молодого специалиста.

«На голову не должен себе посадить. Что-то человек должен делать сам».

«Наставник не должен выполнять работу за молодого специалиста. А во всем остальном, конечно, помощь требуется. То есть можно один раз помочь, объяснить,

повторить объяснения, но не делать за него ту работу, которая от него требуется».

Ответы на вопрос: «Какая система документации по практике должна быть?»

Вопрос о документации вызвал достаточное количество разночтений. Некоторые врачи-наставники предлагали ограничиться уже имеющейся документацией, «не умножать сущностей», так как по текущей документации — историям болезни и медицинским картам — вполне можно оценить уровень врача и его профессиональный рост. Они подчеркивали, что к ним на практику приходит молодой, но уже самостоятельный специалист, поэтому оценивать его нужно по общим требованиям, пользуясь общими инструментами оценки.

«У нас эти критерии уже давно разработаны, там есть удовлетворенность населения, количество обращений... и еще много чего. Вся поликлиника давно по ним работает. Ничего нового не нужно».

Однако часть врачей-наставников предположили, что это может быть дневник по практике с рассмотренными темами, фиксацией выполненных работ, проведенных лекций (число таких представлений выросло после проведения программы).

«Дневник практики, возможно, отчет по практике».

«Какие-то записи, что сделано... план и выполнение плана».

«В табличной форме краткая анкета сделано — не сделано».

Еще часть предлагали некоторый тест или экзамен в качестве оценочного инструмента.

Ответы на вопрос: «Как должна оцениваться работа/эффективность наставника?»

Наставники затруднились с ответом на вопрос, как может быть оценена их работа, так как посчитали, что сами не могут высказываться об оценке себя. Однако при корректировке вопроса, большинство наставников говорило о том, что работа наставника может быть косвенно оценена по успехам наставляемого, по профессиональному росту молодого врача, по желанию наставляемых работать с ним. Однако всегда делали поправку на то, что личные стремления молодого врача и его желание учиться могут играть роль в его собственных профессиональных успехах.

Ответы на вопрос: «Какие еще не затронутые нами в беседе проблемы практической подготовки врачей имеются? Каковы, по-Вашему, пути решения этой проблемы?»

Оставляя отзыв о пилотной программе наставничества, врачи отметили, что им программа понравилась, они видят в ней потенциал, отметили, что для себя ценным считают образовательную программу, считают нужным ее расширять.

«Очень интересные лекции, разноплановые».

«Конечно. Возможность пообщаться с коллегами, так масштабно, обмен опытом».

Врачи предлагали активнее вовлекать молодые кадры из регионов в профессиональную коммуникацию, увеличивать очные встречи (после пандемии), отмечая, что личные встречи все равно отличаются от онлайн-коммуникаций. Предлагали командировать районных врачей в города на несколько дней для обмена опытом, так как подобные выезды являются хорошей «перезагрузкой» и вдохновением.

«Побольше бы офлайн-встреч... в живую. Дистанционно это немножко не то».

«Возможность выехать на три-четыре дня на конференцию, отвлечься от всего остального, это очень мобилизует, потом есть силы».

Наставники предлагали вводить стажировки в клинике под руководством опытного врача гораздо раньше, на 5—6 курс медицинского института, чтобы врач, закончивший обучение, уже имел более ясные представления о предстоящей работе. Наставники отмечают, что это может послужить компенсацией упущенных практик.

Отмечали пользу психологической подготовки в рамках программы. Это выглядит довольно логично, так как опытные врачи довольно ярко освещали коммуникативную сторону в работе врача — умение налаживать контакт с пациентами и коллегами.

Блок 6. Дополнительное обсуждение

Ответы на вопрос: «Какие еще, незатронутые нами в беседе важные проблемы или вопросы?»

Некоторые упоминали нехватку у них педагогических навыков и отмечали, что в программу должны быть включены *элементы педагогики для наставников*. Так как имеющихся знаний не хватало.

Блок 7. Заключение

В целом врачи выражают большую удовлетворенность участием в пилотной программе наставничества.

«Хотелось бы еще раз поблагодарить за создание этого проекта и тех людей, которые этим занимаются. Это великие люди, от них такая энергетика, такое удовольствие с ними общаться. Это здорово!»

«Хотим продолжать программу! Благодарим всех и надеемся, что вновь встретимся».

«Было тревожно и страшновато всё это начинать. Было много сомнений. Сейчас всё изменилось. Чувствую уверенность в себе, в своих возможностях и благодарю организаторов за то, что... короче говоря за то, что дали шанс попробовать себя в этой роли и помогли преодолеть сомнения и тревогу».

КАЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ ПРЕДСТАВЛЕНИЙ О ПЕРСПЕКТИВАХ НАСТАВНИЧЕСТВА, ПО МНЕНИЮ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ (СТАЖЕРОВ)

По материалам глубинных интервью молодых врачей (пример интервью — приложение 4).

Блок 1. Знакомство

Первый блок анкеты имеет организационный и информационный характер, поэтому в анализе не участвует и не интерпретируется.

Блок 2. Видение профессии молодым врачом

Ответы на вопросы: «Какими профессиональными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?»; «Какими личными качествами, по-вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?»

Ответ на эти два вопроса у врачей-стажеров звучал не дифференцированно: иногда при ответах на вопрос о профессиональных качествах врачи-стажеры сразу же отмечали в этом ряду и личные качества врача.

Среди профессиональных качеств удалось вывить: *профессиональные знания, профессионализм, знание дифференциальной диагностики, клиническое мышление, интуицию, четкое понимание маршрутизации пациентов, умение использовать основные методы диагностики и лечения, умение применять теорию на практике, знание клинических рекомендаций.*

Тема профессиональных качеств, как мы видим, сводится к профессиональным навыкам и званиям.

Среди личных качеств, необходимых врачу для успешной работы, врачи отмечали следующие: *добросердечность, любовь к людям, сострадание, отзывчивость, эмпатию, расположенность к людям, умение идти на контакт, умение находить общий язык, коммуникативность, умение вывести на диалог, бесконфликтность, терпеливость, сдержанность, доброту, внимание к пациенту, готовность выслушать.*

Как мы видим, личные качества сводятся в целом к двум блокам:

- умение проявлять хорошее отношение к пациенту;
- коммуникативные навыки.

Ответы на вопрос: «Что Вы считаете важным в работе врача?»

Ответы на данный вопрос вызывали у респондентов довольно широкий спектр ответов: от обсуждения, на каком уровне развития находится современная медицина, до обсуждения конкретных условий работы.

Чаще всего звучала следующая тематика.

– Профессиональное кредо: профессиональные знания и навыки, умение ставить диагноз и назначать лечение, возможность профессионально развиваться, карьера, профессиональная собранность и дисциплина, обогащение новыми званиями и непрерывное обучение, коммуникация с пациентом.

– Условия труда: диагностика, оборудование, медицинская одежда, интерьеры клиники, наличие средств индивидуальной защиты, столовой и кулера.

– Компенсация труда: зарплата, иные материальные компенсации.

Ответы на вопрос: «Какие условия Вам нужны для успешной работы?»

При ответе на этот вопрос очень отчетливо выделялась тематика заработной платы врачей. Этот вопрос очень остро волнует молодых врачей в регионах, практически в 3/4—4/5 ответов фигурировала тема достойной заработной платы или недостаток финансовой компенсации труда.

«Хотелось бы зарплату нормальную. Что они платят — это так... не для жизни».

«Да вроде бы все есть, но если бы платили нормально, а то тут деньги такие... печальные».

Далее обсуждение часто переходило на обеспечение клиники всем необходимым для работы: прежде всего, хорошим и разнообразным диагностическим оборудованием, наличие специалистов узкого профиля, регламент приема, возможность назначить специальные процедуры и лечение, перенаправить к профильным специалистам или в клиники, наличие квалифицированного младшего медперсонала.

«Оборудование хорошее, чтобы можно было на диагностику отправить, чтобы пациент получал специальное лечение, если нужно. Чтобы была возможность».

«Техническая оснащенность рабочего места, четко регламентированный процесс приема пациентов, полностью укомплектованный, ответственный и опытный средний и младший медицинский персонал».

Далее — обсуждение условий работы, условий обеденного перерыва, спецодежды, канцтоваров, поставок медтехники, передвижения по местности, специальных условий при работе в пандемию.

«Много приходится ходить, пациенты все далеко... местность сельская, все своими ногами».

«...И столовую хотелось бы, а то, знаете, я обедаю здесь, за шкафчиком».

Таким образом, пожелания врачей относительно условий работы довольно просты и не оригинальны: они хотят хорошую материальную компенсацию труда, условия для приема, диагностики и лечения пациентов. В сельской местности — немного комфорта в самой клинике. Но в целом врачи неприхотливы и готовы работать в довольно сложных условиях.

Ответы на вопрос: «Что Вас мотивирует работать в сфере первичного звена здравоохранения?»

Работа в первичном звене здравоохранения не представляется «хорошим» местом для работы, она рассматривается как тяжелая и как некоторый этап на пути профессионального становления молодого врача. При обсуждении причин работы в первичном звене здравоохранения молодые врачами чаще всего отмечали:

– некоторый обязательный порядок работы в первичном звене, необходимую стажировку, прежде чем двинуться дальше в профессиональном развитии. Работа в первичном звене здесь рассматривается как тяжелая и обязательная, но как необходимая ступень на пути профессионального становления. Ее рассматривают как подготовительный этап перед выбором специализации или прежде чем удастся найти другое место работы. Даже те специалисты, которые не отрицают возможности остаться в первичном звене, не рассматривают его как профессиональную цель. *Здесь поднимется вопрос имиджа самой позиции среди других специализаций в медицине.*

Молодые специалисты отмечают, что именно на позициях первичного звена можно быстро приобрести необходимый опыт, так как здесь встречается наибольшее разнообразие заболеваний, по которым нужно произвести правильную диагностику, лечение или дальнейшую маршрутизацию. С этой позиции первичное звено здравоохранения — место, где наибольшими темпами приобретается клинический опыт и совершенствуется клиническое мышление.

Отработка положенного времени в первичном звене здравоохранения для молодого специалиста — это время, чтобы «осмотреться и понять», куда можно двигаться дальше. Многие рассматривают этот период как время, отведенное на знакомство со всем многообразием направлений в медицине, возможность определить и выбрать некоторую специализацию.

Ответы на вопрос: «Что Вас мотивировало приехать в регион? Какие условия Вас устроят, чтобы здесь остаться?»

Чаще всего у молодых врачей нет собственной мотивации работать в регионе своего постоянного проживания. Те двигающие силы, которые упоминаются, имеют характер некоторого внешнего стимулирования, мотивации. Среди причин приехать работать в регион чаще всего упоминаются: отработка целевого обучения, программа «Миллион для врача, работающего в сельской местности», приобретение необходимого стажа работы для трудоустройства на новом месте, возможность работать недалеко от дома (родного края, места жительства), возможность вернуться и пожить в родном доме после обучения.

Наиболее часто молодые врачи из сельской местности озвучивали тему программы «Миллион для врача, работающего в сельской местности». Для молодых специалистов программа представляется привлекательной, потому что дает возможность получить собственное жилье и начать самостоятельную жизнь, выплаты на жилье компенсируют «финансовую недостаточность» зарплаты в сельской местности, комфортность жизни в родном крае (близко к родителям, другим родственникам, друзьям). Значительная часть этих врачей говорит, что дальше «посмотрим, как пойдет», допуская, что могут появиться факторы, которые задержат их в регионе. Например, семья, дети, хорошая работа, возможность изменить финансовое положение. Главным фактором, препятствующим такому

сценарию, по-прежнему остается низкая зарплата. Хорошей иллюстрацией здесь является цитата:

«Хотелось бы заработную плату, настораживает заработная плата. Я работаю за миллион, если бы не он — работать было бы не за что. Если честно, я отработаю и не останусь. Дом — это, конечно, хорошо, но хочется и кушать, и что-то в нем сделать. Очень не хватает денег».

При обсуждении желательной зарплаты молодые врачи называют цифры от 30—40 тыс. руб. до 50—60 тыс. руб., в зависимости от размеров населенного пункта, региона и уровня личных притязаний. Врачи упоминали выплаты, предусмотренные в связи с особыми условиями работы во время эпидемии COVID-19, но рассматривают эти выплаты как временные. Зарплата же без специальных надбавок и выплат и без «сельского миллиона» для молодых врачей выглядит крайне низкой, не покрывающей расходы на жизнь.

Как мы уже упоминали, среди причин «не оставаться» главная — низкие зарплаты в сельской местности и малых городах, но к этому добавляется отсутствие внятных перспектив профессионального и карьерного роста.

В небольших населенных пунктах работает всего несколько врачей, всего несколько профильных специалистов, да и состав пациентов ограниченный, что в целом не дает возможности ощущать какой-либо профессиональный рост. Тем более в таких населенных пунктах затруднен карьерный рост или невозможен в принципе. Частью профессионального роста молодые врачи называют возможность быть среди коллег, обмениваться профессиональным опытом, участвовать в обучении и конференциях. Коллектив врачей в сельской местности ограничен и не создает ощущения разнообразной и «питательной» профессиональной среды, однако этот фактор выглядит легко преодолимым, если молодых врачей вовлекать в процессуальное общение за пределами их района.

Однако и в более крупных населенных пунктах профессиональный и карьерный рост выглядит не слишком привлекательно по причинам, опять же, ограниченного списка мест, куда можно устроится работать, ограниченного числа мест для профильных специалистов, бедности оборудования. Также был упомянут фактор коррупции, а именно — распределение хороших мест по принципу родственных и дружеских связей.

Отработка целевого обучения также является стимулом к тому, чтобы вернуться в регион и «отдать долг» за обучение по целевой программе. Целевое поступление является хорошей возможностью пройти на льготных условиях в вуз. Однако врачи, возвращающиеся в регион для отработки целевого обучения, имеют в целом такие же установки, как и предыдущая группа. То есть отработать и перебраться на более перспективное место работы или остаться, если задержат семья и дети или вдруг поменяются оплата и условия труда.

Приобретение стажа для молодых специалистов является важным фактором, соответственно, места в регионах и сельской местности, где на вакантные места нет конкурса, рассматриваются как первое место работы. Далее мы следуем по уже упомянутой логике — либо как-то улучшится ситуация и будут причины остаться, либо после приобретения первого опыта работы молодой врач надеется перебраться в более престижные и хорошо оплачиваемые регионы.

К внутренней мотивации остаться в регионе относятся: возможность работать недалеко от дома (родного края, места жительства), возможность жить и работать там же, где проживают родственники и друзья молодого врача. В этом случае молодой врач готов работать в регионе на протяжении длительного времени, если его не останавливает какой-либо конкретный фактор.

В чистом виде «патриотическая» мотивация и желание жить и работать в родном крае все же встречается, примером могут служить слова:

«В регион я не приезжал, так как никогда из него не выезжал. Чувство долга перед малой родиной, патриотизм, связь с “корнями” достаточно сильно на меня влияют, поэтому в ближайшие несколько лет я не планирую покидать Алтайский край».

Таким образом, мотивация работы в регионе и сельской местности ограничена финансовым фактором низких зарплат и некоторыми ограничениями профессионального роста. Однако из позитивных моментов мы видим успешные программы стимулирования возвращения в регионы и некоторый уровень внутренней мотивации работать в родных местах. Дополнительно к финансовому стимулированию можно добавить мероприятия, направленные на профессиональный рост, одним из средств такого мотивирования может послужить расширенная программа наставничества для молодых врачей.

Ответы на вопрос: «Как Вы видите свои профессиональные перспективы?»

Молодые врачи редко связывают свои профессиональные перспективы с работой в регионе. Перспективными кажутся более крупные населенные пункты, где есть места для специалистов разных профилей, больше выбор мест работы, клиники хорошо оснащены.

Среди тех молодых врачей, кто связывает свое будущее с регионом и местностью, больше тех, кто не уезжал учиться из родного края (то есть по месту жительства есть медицинский институт и некоторое разнообразие медицинских вакансий) и т.е. у кого по месту жительства все же есть некоторая перспектива и разнообразие. Эти врачи дают ответы:

«Изначально жила здесь».

«Никуда не уезжал».

«В регион я не приезжал, так как никогда из него не выезжал».

«Здесь у меня дом».

Наиболее проблемными с точки зрения работы оказываются те населенные пункты, где мало медицинских позиций и откуда для получения образования приходилось уезжать довольно далеко. В этом случае на стадии студенчества появляется видение перспектив работы и проживания в городе, которые оказываются для молодых врачей более привлекательными.

С точки зрения профессионального развития, первичное звено оказывается некоторой «тренировочной площадкой», но не привлекательным местом для того, чтобы остаться там работать надолго.

Для молодого врача само по себе приобретение опыта и статус хорошего, грамотного специалиста, к которому идут люди, является профессиональной целью. Эта тема звучала довольно часто.

«Стать хорошим специалистом, приобрести опыт».

«Профессионально вырасти, чтобы люди обращались, чтобы было имя».

Молодые врачи, как правило, мечтают приобрести узкую специализацию, стать специалистами в какой-то конкретной области медицины. Среди избираемых специальностей, достаточно привлекательной выглядит аппаратная диагностика. Некоторые врачи рассматривают вариант перейти в участковые терапевты.

«Хочу приобрести узкую специализацию, уйти из первичного звена. Хочу взять что-то связанное с диагностикой».

«После получения опыта в первичном звене, хотелось бы освоить узкую специальность, а также получить опыт в научной и, возможно, коммерческой деятельности в сфере медицины и здравоохранения».

Для молодых врачей оказывается привлекательным также и связь с профессиональным сообществом, исследовательская и научная деятельность, а сельская мест-

ность редко предоставляет такую возможность. Этот момент кажется тоже довольно легко преодолимым, так как при наличии современных средств коммуникации весьма возможно включать сельского врача в обучение, активную научную жизнь, обмен опытом.

Ответы на вопрос: «Какие сильные стороны в своей подготовке как врача Вы можете отметить?»

Молодые врачи высоко оценивают полученную подготовку, особенно подчеркивают теоретические знания, полученные во время обучения в вузе. Из предметов, которые наиболее запомнились и кажутся наиболее важными для работы, чаще всего упоминалась дифференциальная диагностика и фармакология.

«Подготовка хорошая, вуз хороший, практики были. Сейчас уже стал появляться опыт практический. И кон-
ференции были».

«Хорошая теоретическая подготовленность, знание особенностей течения наиболее встречаемых нозологий, что позволяет самостоятельно проводить диагностику и лечение».

Однако у молодых врачей остается вопрос: как применять полученные теоретические задания на практике. Они отмечают, что в реальной клинической практике все не так просто, четко и понятно, как написано в учебнике. Возникает много вопросов, как в конкретном случае ставить диагноз и работать с пациентом.

Также они отмечают, что нет полного понимания, как правильно вести документацию и куда в каких случаях можно перенаправить пациента на диагностику или профильное лечение.

Это те вопросы, которые чаще всего возникают у молодых врачей и по которым им необходимо обращаться за дополнительной помощью к старшим коллегам или заведующим отделением.

Ответы на вопрос: «Какие недостатки есть в той подготовке, которую Вы получили?»

Многие молодые врачи затрудняются с ответом — полученные в вузе знания не подвергаются критике, путь становления в медицине кажется естественным — от теории в вузе к практике на работе. Однако некоторые все же отмечают недостаток практических знаний и умений.

«Производственные практики в процессе обучения мало похожи на реальную работу в амбулаторных условиях».

«Конечно, теория — это теория. Начиная работать, приходится снова учиться. Но у меня уже полгода практики — уже что-то понимаю».

Те молодые врачи, которые подрабатывали во время обучения, испытывают меньше сложностей в адаптации к работе. Они отмечают, что тем, кто реально работал в медицине на любой должности, гораздо легче увидеть реальную практическую детальность врача. Они гораздо более уверены в своих знаниях и навыках.

Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником

Ответы на вопрос: «В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения?»

Молодые врачи отмечают, что обращаются за помощью к более опытным специалистам или заведующим, которые чаще всего отвечают на вопросы начинающего специалиста. Однако в практике закрепленного наставничества они видят смысл, так как лишний раз спрашивать неудобно; они понимают, что могут отвлекать от работы и не хотят надоедать. При наличии закрепленного наставника эта практика обучения у более опытных специалистов «легитимируется», задавать вопросы становится проще, возможно, врачу-наставнику становится выгодно это сотрудничество.

«Можно обратиться, подскажут».

«Наставник... иногда не знаешь, куда бежать и что делать».

«Конечно нужен. Мы и так задаем вопросы. Я задаю».

«В основном, не отказывают, но иногда видишь, что она [врач] занята».

В целом, молодые врачи отмечают отзывчивость опытных врачей и их готовность отвечать на вопросы начинающего.

Вопросы молодых врачей касаются не только сложных клинических случаев, постановки диагноза и назначений, но и разнообразных организационных вопросов, ведения документации, понимания структуры единицы здравоохранения и других филиалов.

«Но начинать работать очень сложно. Поэтому надо всегда иметь плечо поддержки. И это очень хорошее качество».

Включение молодого специалиста в коллектив, приветливость и моральная поддержка оказываются важными.

Ответы на вопрос: «Что Вы от нее ожидаете? Как бы вам хотелось использовать это время?»

Молодые врачи отвечают, что в принципе ничего особенного они не ожидают — это продолжение работы, которая и так ведется в клинике, но теперь на официальной основе. За время практики с наставником врач-стажер надеется приобрести опыт практической работы, а от наставника ждет ответов на вопросы и помощи в разборе конкретных клинических случаев, иногда — в технике оформления документов или маршруте дальнейшего лечения.

«Рекомендации по конкретным случаям, по диагностике и лечению получить совет, куда направить».

«Ожидаю от системы наставничества помощи в наиболее трудных вопросах медицины, а также создания условий для более комфортной работы, минимизации стрессовых ситуаций и решения вопросов, связанных с административными и юридическими проблемами».

Этот период они рассматривают как время, когда можно связать воедино теорию и практику, уточнить некоторые моменты, углубить свое понимание, войти в трудовой коллектив.

Ответы на вопрос: «Какие проблемы практической подготовки врачей может решить система наставничества? В чем Вы видите потенциал наставничества?»

Для молодых врачей вопрос оказался сложным: мы не смогли получить обобщения проблем: при обсуждении врачи возвращались к конкретике трудовых будней, рассмотрению практических вопросов диагностики, лечения, перенаправления, оформления документов. Некоторые все же отмечали потенциал наставничества как восполнение пробелов в практической подготовке:

«Система наставничества может минимизировать недостаток практической подготовки специалистов в университете. В вузах все, что касается работы в первичном звене, изучается в общих чертах, без специфики конкретного региона или учреждения, наставники же могут нивелировать эти проблемы».

«Если наставник — это хороший практик, то есть в любом случае он сможет сориентировать тебя в практической деятельности, потому что книжной премудрости это все замечательно. Но когда приходит реальный пациент, который задыхается и требует срочной помощи, то помощь старшего коллеги очень, очень важна».

Подчеркивалось, что обращаться к наставнику важно, чтобы не наделать ошибок, оказать наилучшую медицинскую помощь. Дополнительно отмечалась мотивация идти

оптимальным путем, экономить время, развиваться быстрее, пользуясь советами и рекомендациями наставника.

«Позволит предупредить ошибки в работе, вовремя корректировать действия, оказывать наилучшую помощь».

Таким образом, наставничество рассматривается молодыми врачами как полезная практика.

Ответы на вопрос: «Какие проблемы практической подготовки врачей система наставничества не может решить? В чем Вы видите слабость системы наставничества?»

Большая часть врачей-стажеров не смогла отметить проблем, которые система наставничества не может решить. Они не увидели минусов в самой системе, главным образом потому, что еще только начали участие в программе и не знают, как это будет выглядеть на практике. Однако от конкретного практического уровня им было сложно переключиться на обсуждение более глобального уровня — проблем подготовки врача в целом.

Однако некоторые упоминали проблемы современной отечественной медицины, проблемы в регионах и сельской местности, в частности.

«...Другие проблемы — недостаток финансов, оборудования, нехватка врачей».

Также отмечалось, что при отсутствии мотивации и личных качеств у обучающегося, никакая, даже самая совершенная система наставничества не сможет помочь.

«Недостаток личностных качеств у молодого специалиста с помощью наставничества решить довольно проблематично».

В целом, система наставничества рассматривается как позитивная и полезная, но выхода на обсуждение слабых

сторон мы не получили, так как программа только начала свою работу.

Ответы на вопрос: «Кто, как и когда должен становится наставником молодого врача?»

Молодые врачи однозначно уверены, что это должен быть человек с хорошим опытом работы. Как точно определить опыт — вопрос остается открытым. Врачи указывают, что стаж и опыт не совсем релевантны друг другу, так как долгое время можно находиться на такой позиции, где опыт прирастает медленно, кроме того, приобретение опыта — это активный процесс, где сам врач может взять или не взять опыт.

Однако есть некоторая часто встречающаяся ориентировочная цифра — 5 лет, именно это время, по мнению молодых врачей, является достаточным для того, чтобы приобрести относительно богатый клинический опыт, достаточный для наставничества.

«Специалист с опытом».

«А как определить опыт?»

«Ну, стаж работы должен быть, много практики, чтобы врач работал с пациентами... лет 5 достаточно, я думаю».

Некоторые врачи указывают, что роль наставника у них выполняет руководящее звено: заведующие отделением или иной единицей организации здравоохранения. Плюсом этой ситуации молодые врачи называют хорошее знание законодательства, регламентов и иных правил, которые необходимо учитывать при работе. Дополнительно они называли фактор того, что руководители имеют более высокий уровень ответственности, соответственно, их рекомендации или совет более надежны и могут служить защитой врача в сложной или конфликтной ситуации.

«Заведующая. Она всегда и поможет, и подскажет, я к ней всегда иду. Очень внимательная».

Таким образом, производить наставничество, по мнению молодых врачей, должен врач с опытом, как правило, со стажем работы от пяти лет, возможно, руководитель.

Ответы на вопрос: «Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник?»

По мнению молодых специалистов, врач должен быть опытным и знающим, хорошо владеть знаниями в своей профессиональной области.

«Наставником, на мой взгляд, может стать любой специалист, хорошо знакомый со спецификой работы в конкретной больнице, имеющий авторитет у коллег, заинтересованный в помощи молодому врачу».

Опыт врача-наставника является важным, однако личные качества также играют существенную роль.

Ответы на вопрос: «Какими личными качествами должен обладать врач-наставник?»

Но даже более значимыми оказались личные качества врача-наставника: это отзывчивость, желание помочь, желание обучать и делиться знаниями, терпеливость, доброта, коммуникабельность, готовность выслушать и прийти на помощь. Также назывались: спокойствие, честность, внимательность, пунктуальность.

«Прийти на помощь, выслушать, решить те проблемы, которые врач не может решить сам».

«Отзывчивость, доброта, внимательность к своему подопечному».

«Честность, доброта, понимание».

В целом, врачи-стажеры хотят видеть в наставниках опытного врача со стажем от 5 лет и мотивацией помогать им.

Блок 4. Организация практики с наставником

Этот блок посвящен тому, как может быть организована работа врача-стажера и врача-наставника.

Ответы на вопрос: «Как по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю?»

Оценки, сколько потребует на совместную работу врача-стажера и врача-наставника оказались весьма различными. Молодые врачи называли цифры от 1,5—2 часов в неделю до 1—1,5 часов в день. По мнению стажеров, режим совместной работы зависит от сложности случаев, потока пациентов и других факторов. Однако мы уловили связь с предыдущим опытом самого молодого врача. Есть позиции, на которых врач практически все время вынужден быть самостоятельным — здесь мы получали более короткие сроки, отводимые на общение с наставником. Но есть позиции, где врач-стажер и врач-наставник находятся все время в контакте, обмениваются в течение дня информацией часто, соответственно, здесь оценки требуемого времени возрастали.

Чаще всего встречалась позиция, что необходимо около 1—1,5 часа в неделю на последовательный долгий контакт для некоторой «ревизии» работы, проделанной за неделю, но в течение рабочего дня у врача-стажера должна быть оперативная связь с наставником для консультаций по всяким сложным и срочным вопросам.

Ответы на вопрос: «Какие средства коммуникации возможно использовать?»

Средства связи не вызвали вопроса: все без исключения врачи считают возможным использовать все доступные средства коммуникации. Особенно в ситуации, когда врач-стажер находится в удаленной местности, где очно ему сложно получить ответы на свои вопросы. Иногда оперативная связь по сложному вопросу оказывается необходимой, здесь тоже все современные возможности коммуникации расцениваются как весьма полезные.

Ответы на вопрос: «На какие вопросы врач-наставник должен отвечать и НЕ должен отвечать?»

Молодые врачи отмечают, что хотелось бы получать ответы на все вопросы по профессии, но при этом считают правильным, что врач-наставник не отвечает на личные вопросы и даже не помогает консультациями в плане построения карьеры. В область его ответственности входят только консультации по рабочим вопросам внутри клиники.

Ответы на вопрос: «Какого рода помощь предоставлять или НЕ предоставлять?»

Молодые врачи не различают ответы на вопросы и помощь. По их мнению, помощь врача-наставника — это и есть ответ на вопрос, который задает начинающий врач.

Ответы на вопрос: «Какая система документации по практике должна быть?»

По мнению молодых врачей, отчетность по практике может выглядеть различным образом, но все формы, которые предлагались — оказались довольно стандартными для обучения в вузе и медицины.

Предлагали:

Наиболее популярным оказался ответ — смотреть на документы, которые врач и так заполняет по работе. То есть отчетность рабочая ничем не отличается от отчетности по стажировке с наставником.

«Оценивать работу стажера по основным формам отчетности, используемым в системе здравоохранения».

«Заключения по клиническим случаям, анализ работы с пациентами».

Дневник по практике, где вкратце перечислены события и мероприятия, которые были пройдены, задачи, которые были выполнены.

«Перечень мероприятий — что выполнено».

Таким образом, в медицинском учреждении уже имеется некоторая форма отчетности, которую можно также принимать и как отчетность по практике с наставником, чтобы не умножать документацию, с одной стороны, с другой — эта форма максимально приближена к реальности.

Ответы на вопрос: «Как должна оцениваться работа/эффективность наставника?»

Молодые врачи говорили по большей части о том, что хорошего отзывчивого и опытного врача видно, соответственно, оценивать можно по тому, желают ли к нему попасть на наставничество. Через востребованность врача как наставника. Но в наставнике главными оказываются личные качества, потому как без них невозможно получить опыт работы, какой бы он ни был хороший.

«Он помог, не отвернулся, не отказался, не забыл. А сразу решал по работе с тобой проблемы, вопросы. Чтобы не идти еще к кому-то, а именно к нему».

Некоторые врачи отмечали, что оценивать можно по конечному результату — получил ли стажер пользу от этого сотрудничества, виден ли прогресс.

«Работа наставника должна оцениваться по результатам деятельности стажера, количества его ошибок, необдуманных, неправильных действий на определенном промежутке времени, кроме того, качество взаимодействия наставника и стажера должно оцениваться анкетированием, опросами об эффективности их взаимодействия».

Блок 5. Дополнительное обсуждение

Последний блок включал всего лишь один открытый вопрос: *«Есть ли какие-то вопросы-проблемы, которые мы не затронули в беседе, но Вам бы хотелось сказать об этом?»*

Блок не выявил никаких скрытых проблем. Молодые врачи говорили, что в интервью были рассмотрены многие вопросы, и им нечего добавить к этому.

КОЛИЧЕСТВЕННОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ: ОБРАБОТКА РЕЗУЛЬТАТОВ ПИЛОТНОГО АНКЕТИРОВАНИЯ МОЛОДЫХ ВРАЧЕЙ (СТАЖЕРОВ)

Результаты анкетирования

В ходе реализации проекта проведено анкетирование молодых врачей, целью которого было — дать частотные показатели по ряду параметров, отражающие следующие тематические блоки: видение профессии молодым врачом, понимание роли наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником, представления об организации практики с наставником. Анкета для молодого специалиста (стажера) представлена в приложении 5.

Количественное исследование отвечало задаче — выяснить представления молодых врачей о желаемых условиях труда, причинах «утечки» кадров из области медицины в регионах, возможности наставничества в решении части проблем молодых врачей с целью более успешного привлечения молодых специалистов в регионы.

Анкетирование молодых врачей проводилось в Google-форме (приложение 6).

Блок 1. Описание выборки

В пилотном исследовании (анкетировании) участвовало 62 человека из 10 регионов.

Возраст стажеров колеблется в диапазоне от 24 до 34 лет, средний возраст — 27 лет, медиана — 27 лет. Из них мужчин 13,3% (8 чел.), женщин — 86,7% (54 чел.).

В анкетировании участвовали молодые специалисты, включенные в программу стажировки с наставником, стаж работы молодых врачей был следующим: 1 год работы — 33,3% (20 чел.), 2 года работы — 26,6% (17 чел.), 3 года работы — 28,8% (18 чел.), 5 лет и более — 11,1% (7 чел.).

В исследовании участвовали представители из следующих регионов:

- Тамбовская область — 9 чел.,
- Республика Бурятия — 11 чел.,
- Воронежская область — 5 чел.,
- Волгоградская область — 6 чел.,
- Кировская область — 7 чел.,
- Новосибирская область — 4 чел.,
- Кемеровская область — 7 чел.,
- Костромская область — 3 чел.,
- Республика Башкирия — 3 чел.,
- Алтайский край — 7 чел.

Молодые врачи, участвовавшие в исследовании, проживают в населенных пунктах размером (размерность населенных пунктов взята из стандартов Росстата):

- город, поселок городского типа с населением до 50 тыс. чел. — 51,1%,
- город с населением от 250 тыс. чел. до 1 млн чел. — 11,1%,
- город с населением от 50 тыс. до 100 тыс. чел. — 24,4%,
- город с населением свыше 1 млн чел. — 13,3%.

Блок 2. Финансовые ожидания

Ответы на вопрос: «Я считаю, зарплата начинающего врача (до 3 лет работы) в моем регионе должна составлять (приведены варианты)» дают нам следующую информацию. Согласно представлениям врачей-стажеров, зарплата в начале карьеры (первые 3 года работы) у молодого врача должна соответствовать следующим показателям:

1. 30—40 тыс. руб. — ответили 17,78%,
2. 40—50 тыс. руб. — ответили 31,1%,
3. 50—60 тыс. руб. — ответили 51,1%.

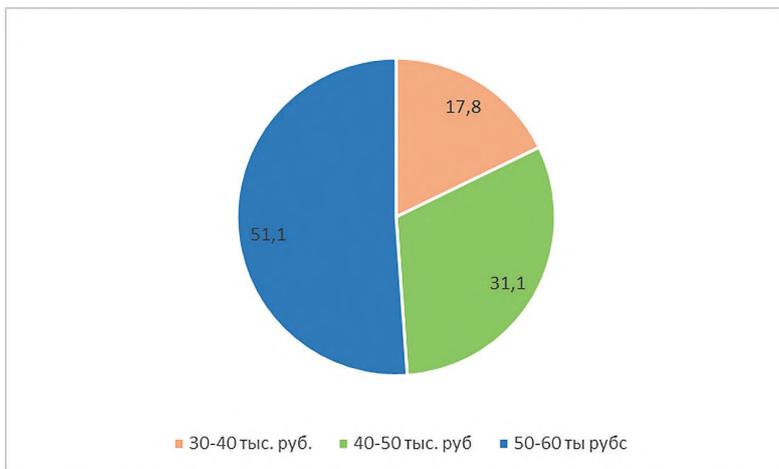


Рисунок 1. Ответы молодых врачей на вопрос: «Я считаю, зарплата начинающего врача (до 3 лет работы) в моем регионе должна составлять...» (доли в %)

Ответы на вопрос: «В перспективе, после 5 лет стажа работы, я рассчитываю выйти на доход (приведены варианты)» представлены следующие:

1. 40—50 тыс. руб. — ответили 8,9%,
2. 50—60 тыс. руб. — ответили 6,7%,
3. 60—80 тыс. руб. — ответили 37,8%,
4. 80—100 тыс. руб. — ответили 24,4%,
5. более 100 тыс. руб. — ответили 22,2%,
6. варианты с более мелкими суммами не выбрал никто из респондентов.

Расчеты показывают, что, согласно представлениям врачей-стажеров, их доходы должны вырасти в 1,5—2 раза по сравнению с ожидаемыми на первоначальном этапе развития карьеры зарплатами (предыдущий вопрос).

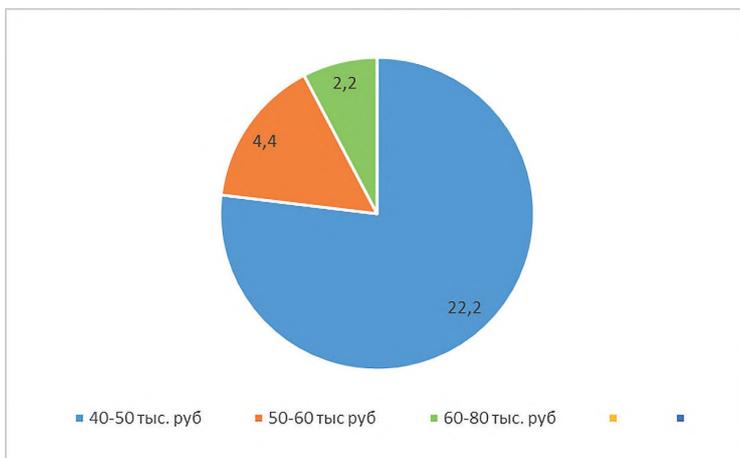


Рисунок 2. Ответы на вопрос: «В перспективе, после 5 лет стажа работы, я рассчитываю выйти на доход...» (доли в %)

Ответы на вопрос: «Моя реальная зарплата сейчас составляет (без выплат по Covid-19) (приведены варианты)» даны следующие:

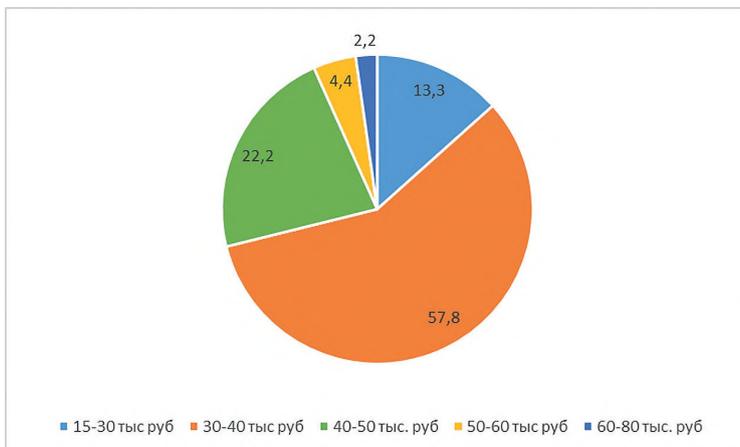


Рисунок 3. Ответы на вопрос: «Моя реальная зарплата сейчас составляет (без выплат по Covid-19)...» (доли в %)

1. 15—30 тыс. руб. — ответили 13,3%,
2. 30—40 тыс. руб. — ответили 57,8%,
3. 40—50 тыс. руб. — ответили 22,2%,
4. 50—60 тыс. руб. — ответили 4,4%,
5. 60—80 тыс. руб. — ответили 2,2%.

Расчеты показывают, что согласно данным, полученным от врачей-стажеров, их реальные доходы меньше желаемых (предыдущий вопрос) в 2 раза.

Блок 3. Факторы, важные для работы, мотивация

Ответы на вопрос: «Какие условия Вам нужны для успешной работы? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. хорошая зарплата — ответили 55,5%,
2. наличие современного диагностического оборудования — ответили 46,6%,
3. наличие удобного регламента приема — ответили 35,5%,
4. возможность назначать специальные процедуры и лечение — ответили 22,2%,
5. наличие специалистов узкого профиля — ответили 22,2%,
6. наличие квалифицированного младшего медицинского персонала — ответили 20,0%,
7. возможность направлять к профильным специалистам — ответили 15,5%,
8. хорошие бытовые условия труда — ответили 15,5%,
9. хорошая обеспеченность медицинскими расходными материалами — ответили 13,3%.

Каждый респондент мог дать до трех ответов, поэтому в процентах указывается частота даваемых ответов и сумма по всем ответам может быть более 100 процентов.

Ответы на вопрос: «Что Вас мотивирует работать в сфере первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. возможность быстро приобрести практические знания — 68,8%,
2. возможность приобрести первый опыт работы — 68,8%,
3. отработка целевого обучения — 40%,
4. возможность выбрать специализацию — 28,8%,
5. обязательная отработка — 17,7%,
6. хорошая оплата — 15,5%,
7. мечтал работать именно в первичном звене — 2,2%.

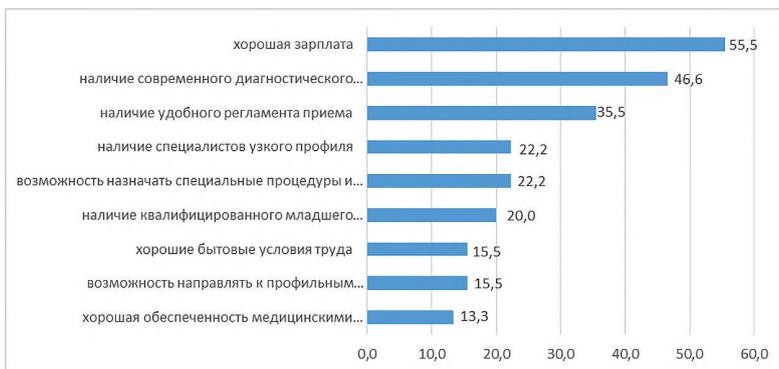


Рисунок 4. Ответы на вопрос: «Какие условия Вам нужны для успешной работы? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)



Рисунок 5. Ответы на вопрос: «Что Вас мотивирует работать в сфере первичного звена здравоохранения?» (%)

Ответы на вопрос: «Что Вас мотивировало приехать в регион? (отметьте не более 3 вариантов)», даны следующие:

1. здесь мой дом и родители — 51,1%,
2. никуда не уезжал — 46,6%,
3. можно приобрести хороший опыт работы — 26,6%,
4. отработка целевого обучения — 24,4%,
5. программа «миллион» — 24,4%,
6. распределение — 24,4%,
7. субсидии на дом — 24,4%,
8. нравится место и условия труда — 13,3%.

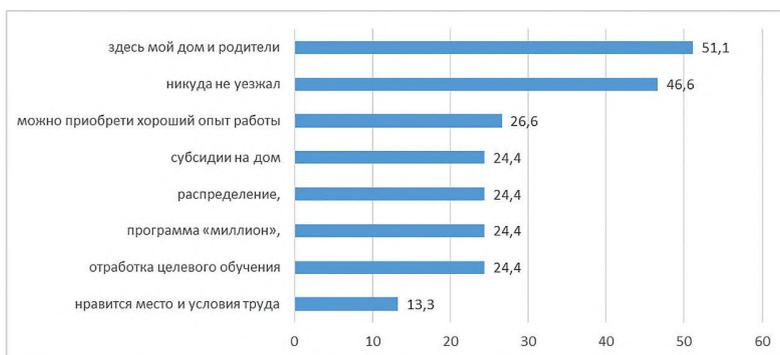


Рисунок 6. На вопрос: «Что Вас мотивировало приехать в регион? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Какие условия вас устроят, чтобы здесь остаться? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. хорошая зарплата — 86,6%,
2. перспектива карьерного роста — 64,4%,
3. семья, дети — 35,5%,
4. обучение — 28,8%,
5. субсидии на жилье — 22,2%,
6. интересные трудовые задачи — 11,1%,
7. я и так останусь — патриот родного края — 2,2%.

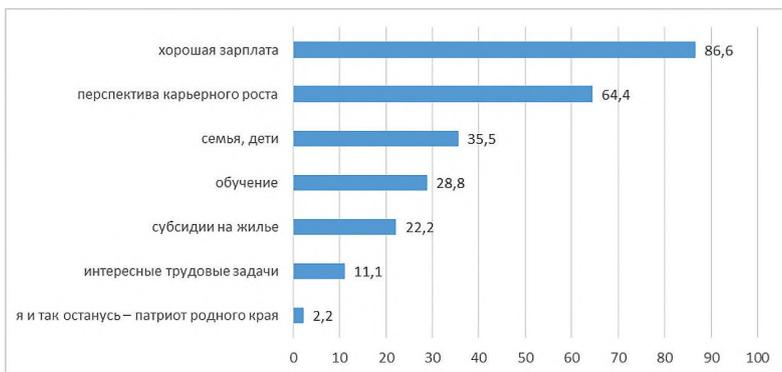


Рисунок 7. Ответы на вопрос: «Какие условия Вас устроят, чтобы здесь остаться? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

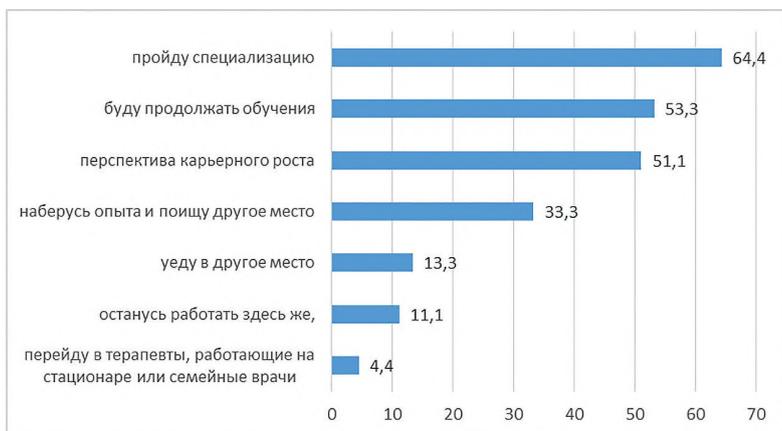


Рисунок 8. Ответы на вопрос: «Как Вы видите свои профессиональные перспективы? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Как Вы видите свои профессиональные перспективы? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. пройду специализацию — 64,4%,
2. буду продолжать обучения — 53,3%,
3. перспектива карьерного роста — 51,1%,
4. наберусь опыта и поищу другое место — 33,3%,
5. уеду в другое место — 13,3%,
6. останусь работать здесь же — 11,1%,
7. перейду в терапевты, работающие на стационаре или семейные врачи — 4,4%.

Ответы на вопрос: «Оцените желание работать в первичном звене здравоохранения. Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» дали следующие:

1. 9 баллов — 2,2%,
2. 8 баллов — 4,4%,
3. 7 баллов — 15,6%,
4. 6 баллов — 17,8%,
5. 5 баллов — 20,0%,
6. 4 балла — 20,0%,
7. 3 балла — 2,2%,

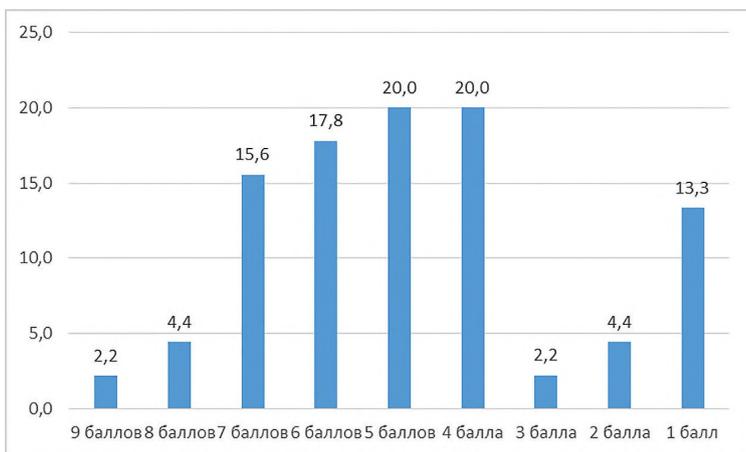


Рисунок 9. Ответы на вопрос: «Оцените желание работать в первичном звене здравоохранения. Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

8. 2 балла — 4,4%,

9. 1 балл — 13,3%.

Молодые врачи оценили свое желание работать в первичном звене здравоохранения в диапазоне от 1 до 9 баллов, среднее составило 5,4, медиана 6.

Ответы на вопрос: «Оцените Вашу готовность продолжать работу с пожилыми людьми. Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%», дали следующие:

1. 10 баллов — 4,4%,

2. 9 баллов — 6,7%,

3. 8 баллов — 22,2%,

4. 7 баллов — 22,2%,

5. 6 баллов — 2,2%,

6. 5 баллов — 3,3%,

7. 3 балла — 2,2%,

8. 1 балл — 6,7%.

Молодые врачи оценили свою готовность продолжать работу с пожилыми людьми в диапазоне от 1 до 10 баллов, среднее составило 6,7, медиана 6.

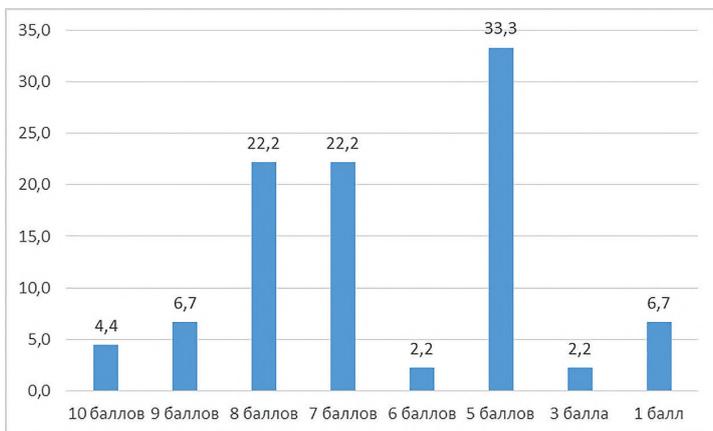


Рисунок 10. Ответы на вопрос: «Оцените Вашу готовность продолжать работу с пожилыми людьми. Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

Блок 4. Профессиональная самооценка

Ответы на вопрос: «Какие профессиональные качества, по-Вашему, являются наиболее важными для работы врача — специалиста первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» были даны следующие:

1. Клиническое мышление — 68,8%,
2. Умение применять теорию на практике — 64,4%,
3. Ответственность — 60%,
4. Знание дифференциальной диагностики — 35,5%,
5. Знание клинических рекомендаций — 32,1%,
6. Интуиция — 11,1%,
7. Четкое понимание маршрутизации пациентов — 4,4%,
8. Пунктуальность — 2,2%.

Так как можно было выбрать несколько вариантов, приводится частота случаев (%), когда выбрался этот ответ.



Рисунок 11. Ответы на вопрос: «Какие профессиональные качества, по-Вашему, являются наиболее важными для работы врача — специалиста первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Какими личными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» были даны следующие:

1. терпеливость — 60,0%,
2. умение вести диалог — 55,6%,
3. умение находить общий язык — 48,9%,
4. отзывчивость — 33,3%,
5. сострадание — 31,1%,
6. бесконфликтность — 26,7%,
7. добросердечность — 24,4%,
8. любовь к людям — 17,8%,
9. эмпатия — 6,7%.

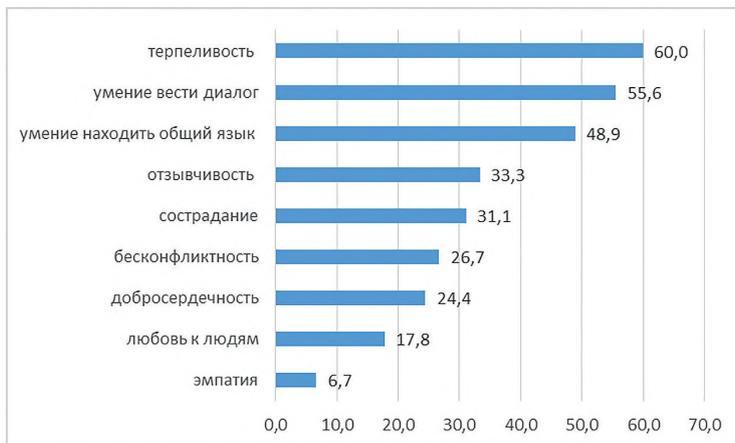


Рисунок 12. *«Какие профессиональные качества, по-Вашему, являются наиболее важными для работы врача — специалиста первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)*

Ответы на вопрос: «Какие сильные стороны в своей подготовке как врача Вы можете отметить? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. практические навыки дифференциальной диагностики — 55,5%,

2. теоретические знания лечебного дела — 51,1%,
3. знание схем лечения — 46,6%,
4. знание клинических рекомендаций по лечению большинства заболеваний — 35,5%,
5. умение проводить дифференциальную диагностику — 33,3%,
6. практические навыки в области назначений — 28,8%,
7. знание фармакологических основ терапии — 22,2%,
8. хорошие знания анатомии и физиологии — 8,8%,
9. знание патофизиологии — 2,2%.

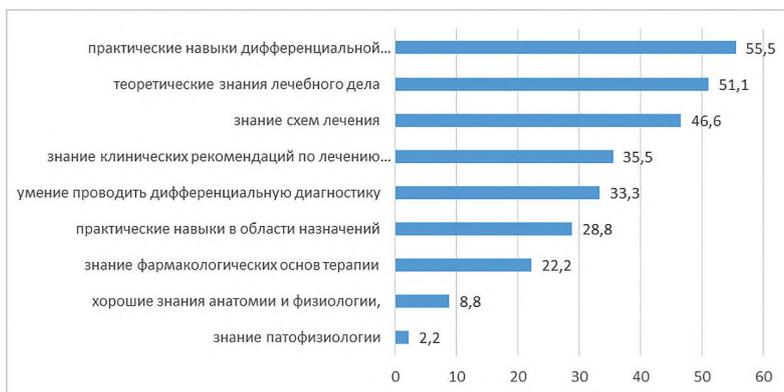


Рисунок 13. Ответы на вопрос: «Какие сильные стороны в своей подготовке как врача Вы можете отметить? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Какие недостатки/проблемы есть в той подготовке, которую Вы получили? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие:

1. практические навыки дифференциальной диагностики — 51,1%,
2. знание фармацевтики — 40%,
3. практические навыки в области назначений — 33,3%,
4. умение применять теорию на практике — 26,6%,
5. знание патофизиологии — 22,2%,
6. хорошие знания физиологии — 11,1%,

7. знание схем лечения — 6,6%,
8. недостатков нет — 6,6%,
9. теоретические знания лечебного дела — 6,6%.

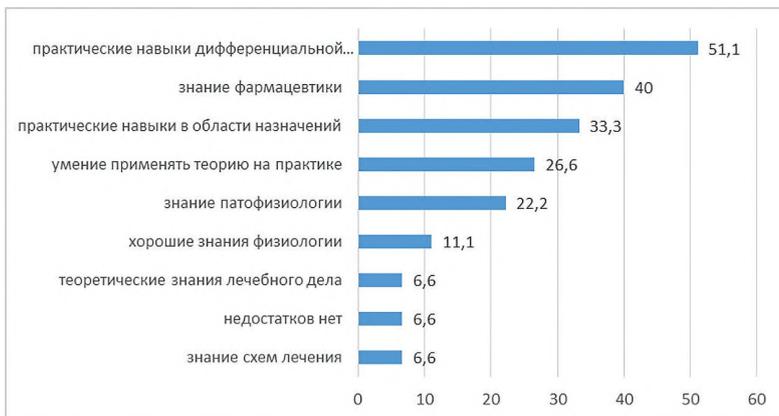


Рисунок 14. Ответы на вопрос: «Какие недостатки/пробелы есть в той подготовке, которую Вы получили? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Как Вам кажется, насколько Вы готовы к самостоятельной работе врачом на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» даны следующие:

1. 10 баллов поставили себе — 51,1%,
2. 9 баллов — 24,4%,
3. 8 баллов — 13,3%,
4. 7 баллов — 11,1%.

Молодые врачи оценили свою готовность к самостоятельной работе в диапазоне от 7 до 10 баллов, среднее составило 8,96, медиана 9.

Ответы на вопрос: «Как Вы оцениваете свои теоретические знания в области терапии? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» даны следующие:

1. 10 баллов — 4,4%,

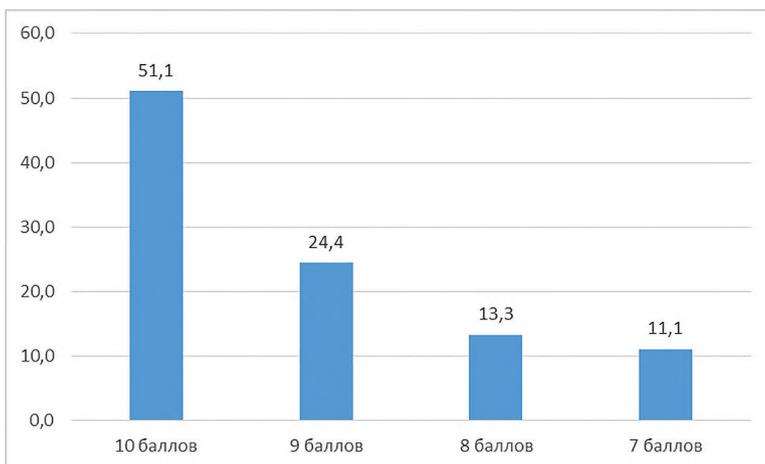


Рисунок 15. Ответы на вопрос: «Как Вам кажется, насколько Вы готовы к самостоятельной работе врачом на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

2. 9 баллов — 26,7%,
3. 8 баллов — 20,0%,
4. 7 баллов — 37,8%,
5. 6 баллов — 4,4%,
6. 5 баллов — 4,4%,
7. 4 балла — 2,2%.

Молодые врачи оценили свои теоретические знания в диапазоне от 4 до 10 баллов, среднее составило 7,8, медиана 8.

Ответы на вопрос: «Оцените Ваши практические умения и навыки в области терапии? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» даны следующие:

1. 10 баллов — 6,7%,
2. 9 баллов — 37,8%,
3. 8 баллов — 31,1%,
4. 7 баллов — 13,3%,
5. 6 баллов — 4,4%,

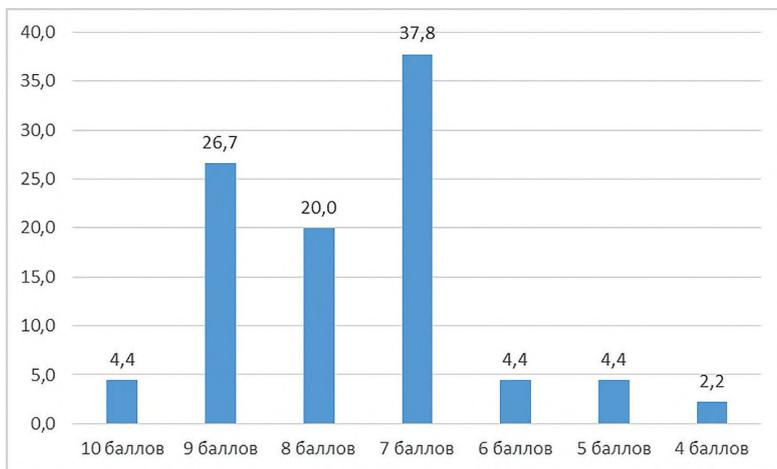


Рисунок 16. Ответы на вопрос: «Как Вы оцениваете свои теоретические знания в области терапии? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

- 6. 5 баллов — 4,4%,
- 7. 1 балл — 2,2%.

Молодые врачи оценили свои практические умения в диапазоне от 4 до 10 баллов, среднее составило 7,8, медиана 8.

Ответы на вопрос: «Оцените Ваши теоретические знания в области гериатрии для работы врачом-терапевтом (гериатром) на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» дали следующие:

- 1. 9 баллов — 17,8%,
- 2. 8 баллов — 22,2%,
- 3. 7 баллов — 11,1%,
- 4. 6 баллов — 2,2%,
- 5. 5 баллов — 33,3%,
- 6. 4 балла — 6,7%,

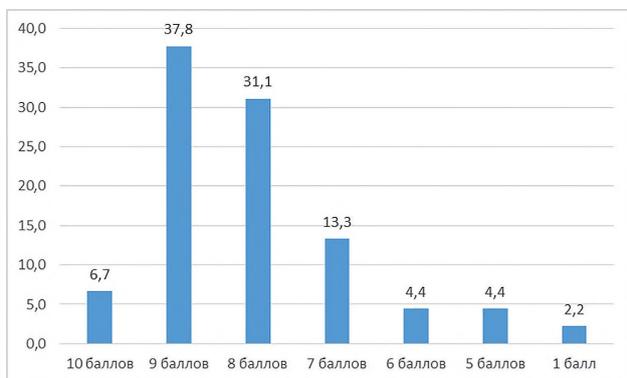


Рисунок 17. Ответы на вопрос: «Оцените Ваши практические умения и навыки в области терапии? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

7. 3 балла — 4,4%,

8. 1 балл — 2,2%.

Молодые врачи оценили свои теоретические знания в области гериатрии в диапазоне от 1 до 9 баллов, среднее составило 5,7, медиана 5.

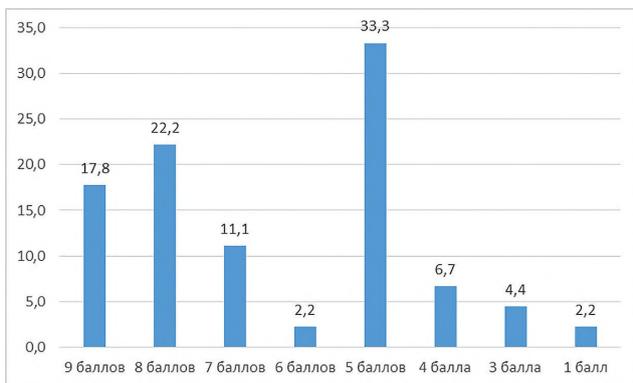


Рисунок 18. Ответы на вопрос: «Оцените Ваши теоретические знания в области гериатрии для работы врачом-терапевтом (гериатром) на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)

Ответы на вопрос: «Оцените Ваши практические умения и навыки в области гериатрии для работы врачом-терапевтом (гериатром) на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» даны следующие:

1. 9 баллов — 11,1%,
2. 8 баллов — 15,6%,
3. 7 баллов — 2,2%,
4. 6 баллов — 6,7%,
5. 5 баллов — 28,9%,
6. 4 балла — 31,1%,
7. 3 балла — 2,2%,
8. 2 балла — 2,2%.

Молодые врачи оценили свои практические умения и навыки в области гериатрии в диапазоне от 2 до 9 баллов, среднее составило 5,8, медиана 5.

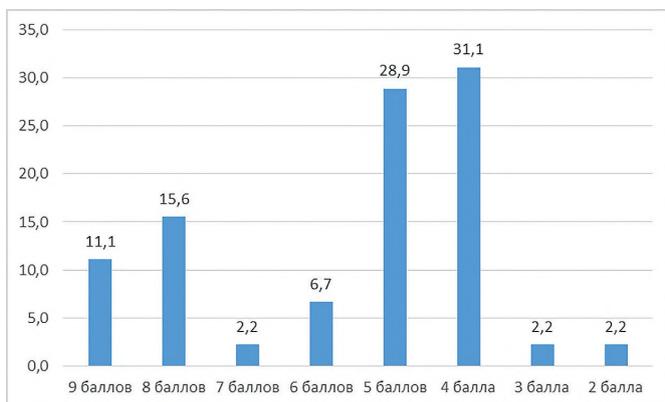


Рисунок 19. *Ответы на вопрос: «Оцените Ваши практические умения и навыки в области гериатрии для работы врачом-терапевтом (гериатром) на данный момент? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)*

Блок 5. Представления о наставничестве

Ответы на вопрос: «В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения»

ния? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие варианты ответов:

1. перенять опыт клинической работы — 68,8%,
2. получить советы и рекомендации в области назначений — 64,4%,
3. получить советы и рекомендации в области диагностики — 57,7%,
4. получить советы и рекомендации по оформлению документов — 31,1%,
5. получить психологическую поддержку — 24,4%,
6. получить советы и рекомендации по маршрутизации пациента — 17,7%,
7. помощь по адаптации в коллективе — 13,3%,
8. получить хорошие советы относительно карьеры врача — 11,1%.

Каждый респондент мог дать до трех ответов, поэтому в процентах указывается частота даваемых ответов и сумма по всем ответам может быть более 100 процентов.

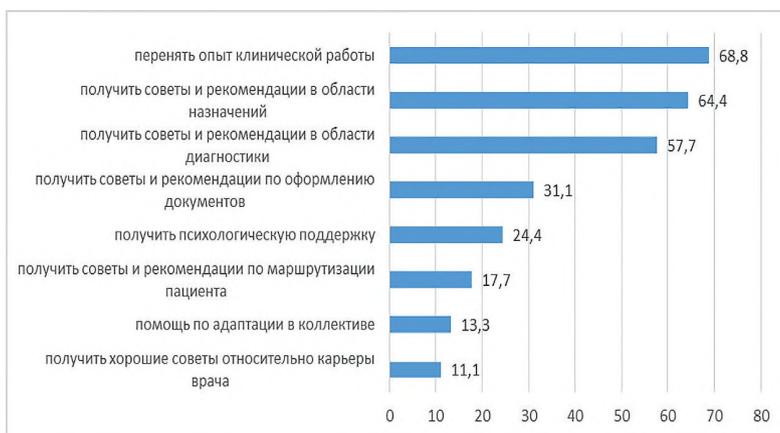


Рисунок 20. Ответы на вопрос: «В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Что Вы ожидаете от практики с наставником? Как бы Вам хотелось использовать это время? (отметьте не более 3 вариантов)» даны следующие ответы:

1. перенять опыт клинической работы — 68,8%,
2. усовершенствовать навыки лечебных назначений — 57,7%,
3. усовершенствовать навыки диагностики — 42,2%,
4. научиться теорию применять на практике — 35,5%,
5. приобрести большую самостоятельность — 24,4%,
6. усовершенствовать навыки по оформлению документов — 24,4%,
7. усовершенствовать навыки по маршрутизации пациента — 17,7%,
8. получить психологическую поддержку — 15,5%.

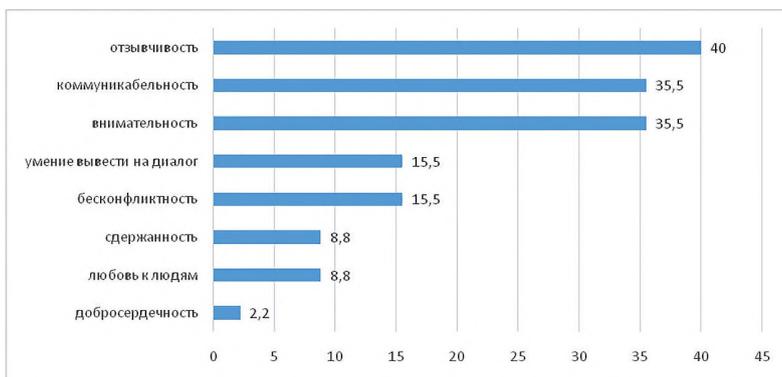


Рисунок 21. *Ответы на вопрос: «Что Вы ожидаете от практики с наставником? Как бы Вам хотелось использовать это время? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)*

Ответы на вопрос: «Кто, как и когда должен становиться наставником молодого врача? (один вариант ответа)» были получены следующие ответы:

1. опытный врач, опыт не зависит от стажа — 80%,

2. врач с опытом работы от 5 лет — 17,7%,
3. врач с опытом работы не менее 15 лет — 2,2%.



Рисунок 22. «Кто, как и когда должен становиться наставником молодого врача? (один вариант ответа)» (доли в %)

Ответы на вопрос: «Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов)» были получены следующие ответы:

1. клиническое мышление — 80%,
2. знание дифференциальной диагностики — 71,1%,
3. умение применять теорию на практике — 71,1%,
4. знание клинических рекомендаций — 40%,
5. четкое понимание маршрутизации пациентов — 17,7%,
6. пунктуальность — 6,6%,
7. интуиция — 4,4%.

Каждый респондент мог дать до трех ответов, поэтому в процентах указывается частота даваемых ответов и сумма по всем ответам может быть более 100 процентов.

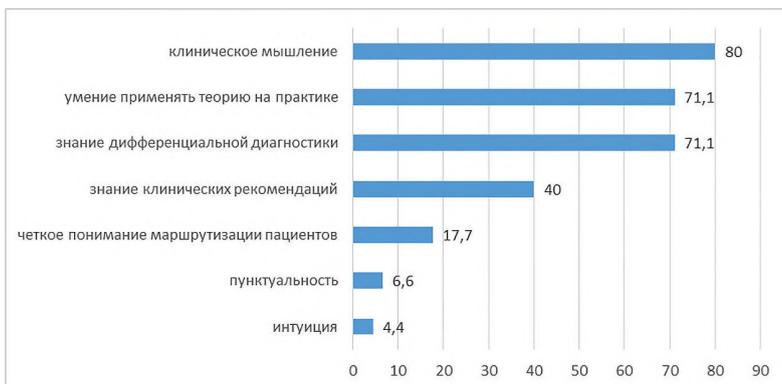


Рисунок 23. Ответы на вопрос: «Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

Ответы на вопрос: «Какими личными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов)» были получены следующие ответы:

1. педагогические навыки — 60%,
2. желание помочь — 57,7%,

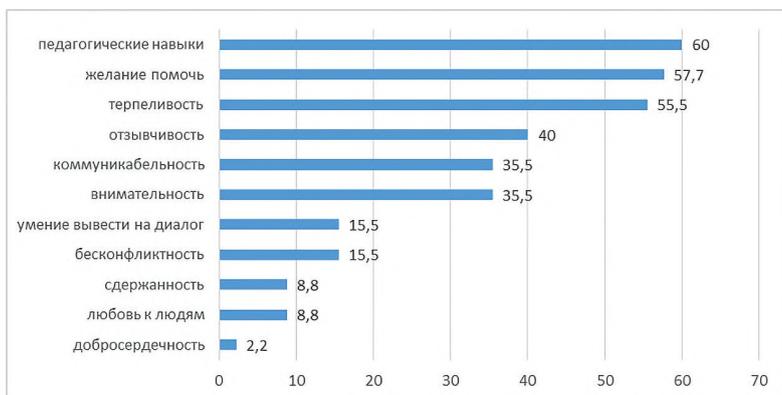


Рисунок 24. Ответы на вопрос: «Какими личными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

3. терпеливость — 55,5%,
4. отзывчивость — 40%,
5. внимательность — 35,5%,
6. коммуникабельность — 35,5%,
7. бесконфликтность — 15,5%,
8. умение вывести на диалог — 15,5%,
9. любовь к людям — 8,8%,
10. сдержанность — 8,8%,
11. добросердечность — 2,2%.

Ответы на вопрос: «Оцените, насколько Вам нужна поддержка наставника при проработке Ваших практических умений и навыков? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» были получены следующие ответы:

1. 10 баллов — 33,3%,
2. 9 баллов — 13,3%,
3. 8 баллов — 13,3%,

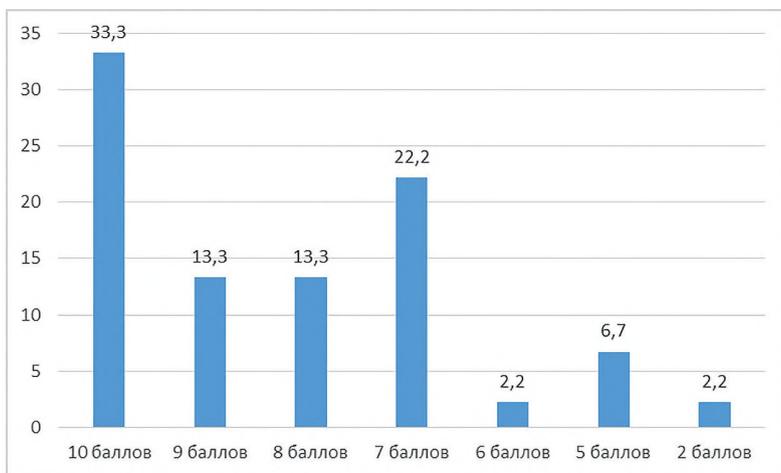


Рисунок 25. *Ответы на вопрос: «Оцените, насколько вам нужна поддержка наставника при проработке ваших практических умений и навыков? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0% до 100%» (%)*

- 4. 7 баллов — 22,2%,
- 5. 6 баллов — 2,2%,
- 6. 5 баллов — 6,7%,
- 7. 2 балла — 2,2%.

Молодые врачи оценили потребность в поддержке наставника в диапазоне от 5 до 10 баллов, среднее составило 7,96, медиана 8.

Ответы на вопрос: «Насколько полезной Вы сейчас считаете перспективу работы в сопровождении врача-наставника? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» были получены следующие:

- 1. 10 баллов — 33,3%,
- 2. 9 баллов — 24,4%,
- 3. 8 баллов — 22,2%,
- 4. 7 баллов — 2,2%,
- 5. 6 баллов — 2,2%,

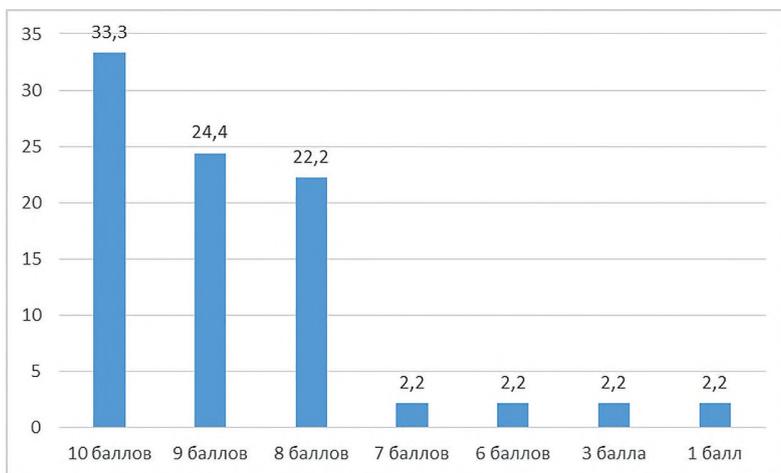


Рисунок 26. *Ответы на вопрос: «Насколько полезной Вы сейчас считаете перспективу работы в сопровождении врача-наставника? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)*

6. 3 балла — 2,2%,

7. 1 балл — 2,2%.

Молодые врачи оценили потенциальную пользу от работы с наставником в диапазоне от 3 до 10 баллов, среднее составило 8,5, медиана 9.

Ответы на вопрос: «Насколько Вы оцениваете свое желание пройти стажировку с врачом-наставником? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» были получены следующие:

1. 10 баллов — 33,3%,

2. 9 баллов — 15,5%,

3. 8 баллов — 17,7%,

4. 6 баллов — 4,4%,

5. 5 баллов — 2,2%,

6. 2 балла — 2,2%,

7. 1 балл — 4,4%.

Молодые врачи оценили свое желание пройти стажировку под руководством наставника в диапазоне от 1 до 10 баллов, среднее составило 7,89, медиана 9.

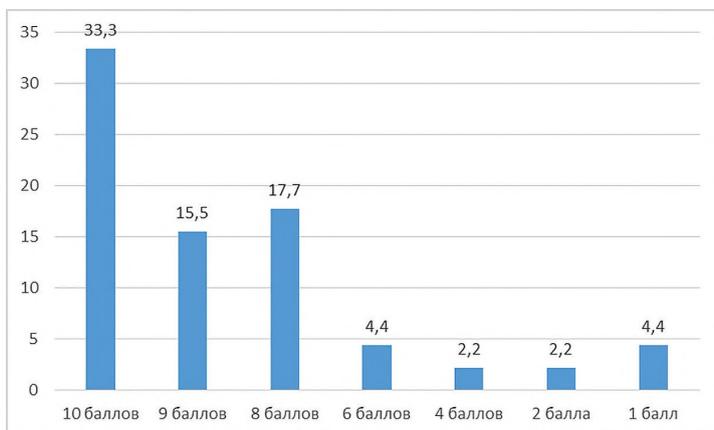


Рисунок 27. *Ответы на вопрос: «Насколько Вы оцениваете свое желание пройти стажировку с врачом-наставником? Оцените, пожалуйста, по шкале от 0 до 100%» (%)*

Блок 6. Организация работы с наставником

Ответы на вопрос: «Как по-Вашему, сколько раз в неделю Вам необходим контакт с наставником? (один вариант ответа)» получены следующие:

1. Должен быть всегда на связи — 28,9%,
2. 2—3 раза в неделю — 42,2%,
3. 1 раз в неделю — 28,9%.

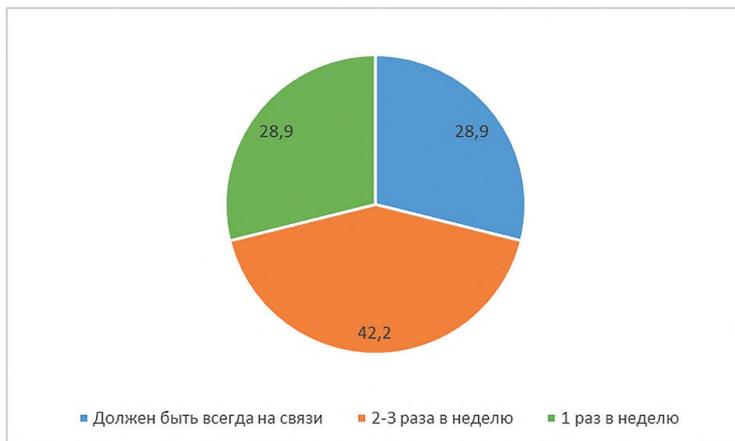


Рисунок 28. Ответы на вопрос: «Как по-Вашему, сколько раз в неделю Вам необходим контакт с наставником? (один вариант ответа)» (доли в %)

Ответы на вопрос: «Как по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? (один вариант ответа)» получены следующие:

1. 1—2 часов — 35,5%,
2. 3—4 часов — 51,1%,
3. 5—6 часов — 11,1%,
4. более 6-ти часов — 2,2%.

Ответы на вопрос: «Какие средства коммуникации возможно использовать? (отметьте не более 3 вариантов)» получены следующие:

1. Все доступные — 64,4%,
2. WhatsApp — 64,4%,
3. Телефон — 35,5%,
4. Telegram — 11,1%,
5. Skype — 8,8%,
6. Viber — 8,8%,
7. ВК — 8,8%.

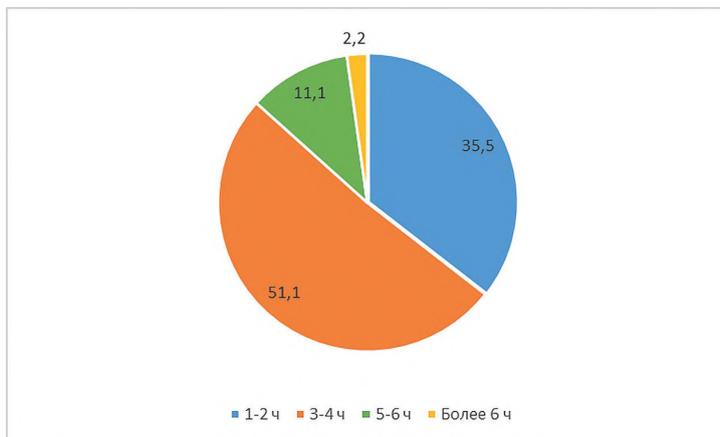


Рисунок 29. Ответы на вопрос: «Как по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? (один вариант ответа)» (доли в %)

Каждый респондент мог дать до трех ответов, поэтому в процентах указывается частота даваемых ответов и сумма по всем ответам может быть более 100 процентов.

Ответы на вопрос: «Какая система документации по программе «Наставничество» должна быть? (один вариант ответа)» получены следующие:

1. Описание клинических случаев — 46,6%,
2. Обычная отчетность врача — 35,6%,
3. Фиксация встреч и тем обсуждения — 15,5%,
4. Разбор клинических случаев, проверочные работы знаний молодого специалиста — 2,2%.

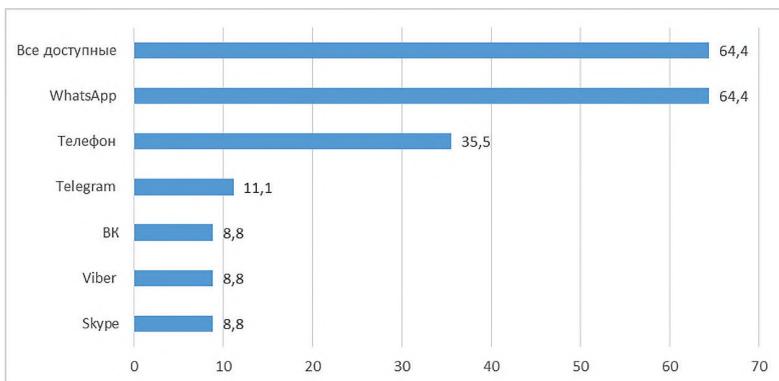


Рисунок 30. Ответы на вопрос: «Какие средства коммуникации возможно использовать? (отметьте не более 3 вариантов)» (%)

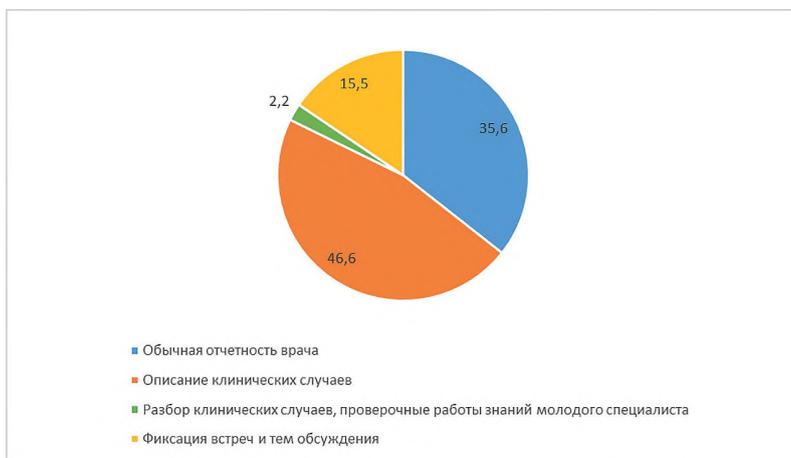


Рисунок 31. Ответы на вопрос: «Какая система документации по программе «Наставничество» должна быть? (один вариант ответа)» (доли в %)

Ответы на вопрос: «Как должна оцениваться работа/эффективность наставника? (один вариант ответа)» получены следующие:

1. Прогресс врача-стажера под руководством наставника — 60%,
2. Отзывы врача-стажера о наставнике — 15,5%,
3. Отзывы пациентов о работе стажера под руководством данного наставника — 11,1%,
4. Экспертные мнения других врачей, врачей-наставников — 11,1%,
5. Экспертные мнения врачей-стажеров — 2,2%.

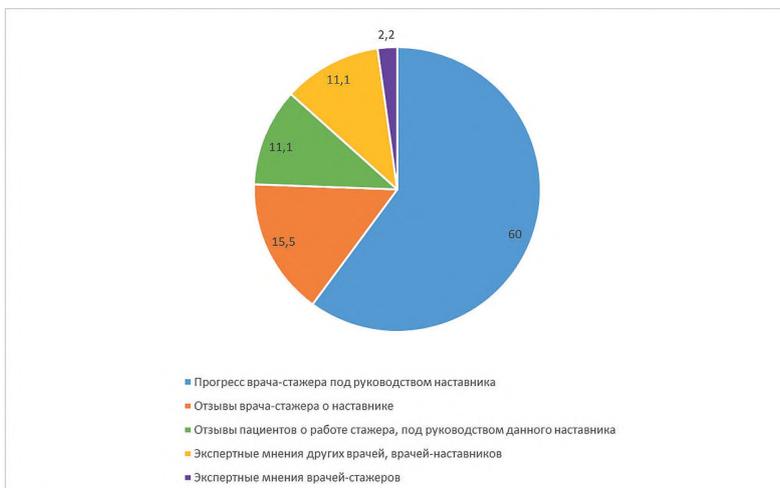


Рисунок 32. Ответы на вопрос: «Как должна оцениваться работа/эффективность наставника? (один вариант ответа)» (доли в %)

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ОЦЕНКИ ПРОЕКТА

Для рассмотрения эффективности проекта «Модель наставничества для специалистов первичного звена здравоохранения в интересах граждан пожилого и старческого возраста» были определены следующие показатели: самоэффективность, личностная и ситуативная тревожность, профессиональное выгорание, стратегии поведения в конфликте, характеристика типов трудовой мотивации (мотивационный профиль). Как считают многие исследователи, повышению профессионального мастерства и общего качества профессиональной деятельности способствует осуществление процесса первичного сопровождения молодого специалиста более опытным. Как отмечают Tynjälä P., Heikkinen H.L.T., наиболее продуктивной *формой погружения молодого специалиста в профессиональное поле с последующей актуализацией профессионально значимых компетенций выступает наставничество*. Jaipal K. в своих исследованиях прикладного характера говорит о преимущественном положительном влиянии наставничества на профессиональное становление молодого специалиста, что находит свое отражение в более успешной адаптации к новым условиям деятельности, активном формировании необходимых профессиональных компетенций и более успешном становлении профессиональных навыков в короткий промежуток времени.

В психологическом исследовании приняли участие 20 наставников и 62 молодых врача (стажера) — специалистов первичного звена здравоохранения. Психологиче-

ское исследование проводилось дважды для наставников и молодых врачей (стажеров). Первый раз для наставников психологическое исследование проводилось на начальном этапе проекта, когда отбирались наставники для участия в данном проекте. Второй раз — на завершающем этапе, когда мы рассматривали изменение социально-психологических характеристик наставников к окончанию проекта. Следует отметить, что участие в проекте положительно сказалось на таких социально-психологических характеристиках наставников как тревожность.

ОПИСАНИЕ МЕТОДИК ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ИССЛЕДОВАНИЯ

Психологическое исследование по представленным ниже методикам проводилось в Google-форме (приложение 6).

Блок 1. Диагностика самооффективности

**Методика Дж. Маддукса и М. Шеера (адаптация
А.В. Бояринцевой)**

Методика определения уровня самооффективности — одна из методик исследования самосознания и самооценки личности. Понятие самооффективности ввел А. Бандура не столько для объяснения, сколько для целенаправленной работы по личностной коррекции. В данное понятие вкладывалась возможность оценивать умение людей осознавать свои способности и использовать их наилучшим образом. При этом особое внимание придавалось тому, что при более чем скромных способностях умелое их использование позволяет человеку достичь высоких результатов. В то же время присутствие высокого потенциала автоматически не гарантирует высокие результаты, если человек не верит в возможность применить этот потенциал на практике и не пытается воспользоваться всем тем, что дано ему природой и обществом. Убеждения человека относительно его личной эффективности влияют на то, какой способ действия он выберет, как много будет прилагать усилий, как долго он устоит, встречаясь с пре-

пятствиями и неудачами, насколько большую пластичность он проявит по отношению к этим трудностям.

Таким образом, представления о самооффективности, заложенные в данную методику, предоставляют возможность получить не только информацию о самооценке личности, не только сведения о степени ее самореализации, но и создают определенный импульс к саморазвитию. Тем самым методика позволяет операционализировать попытки личности достичь высоких результатов в предметной деятельности и межличностном общении.

Блок 2. Мотивационный профиль

Тест оценки мотивации В. Герчикова

Тест Владимира Герчикова на мотивацию личности определяет интересы человека, связанные с профессиональной деятельностью, выявляет тип мотивации, уточняет внутренние характеристики личности, влияющие на поведение человека. Тест содержит 23 вопроса, ответы на них позволяют определить мотивационный тип. Мотивационные типы В. Герчикова включают 4 типа активной трудовой мотивации (достижительный класс мотивации) и всего 1 тип пассивной трудовой мотивации (избегательный класс мотивации).

Характеристика типов трудовой мотивации

1. Инструментальный тип. Относится к достижительному классу мотивации. Характеристика:

- интересуется цена труда, а не его содержание (то есть труд является инструментом для удовлетворения других потребностей, отсюда и название этого типа мотивации);
- важна обоснованность цены, не желает «подачек»;
- важна способность обеспечить свою жизнь самостоятельно.

2. Профессиональный тип. Относится к достижительному классу мотивации. Характеристика:

- интересуется содержание работы;
- не согласен на неинтересные для него работы, сколько бы за них не платили;
- интересуют трудные задания — возможность самовыражения;
- считает важной свободу в оперативных действиях;
- важно профессиональное признание как лучшего в профессии.

3. Патриотический тип. Относится к достижительному классу мотивации. Характеристика:

- необходима идея, которая будет им двигать;
- важно общественное признание участия в успехе;
- главная награда — всеобщее признание незаменимости в фирме.

4. Хозяйский тип. Относится к достижительному классу мотивации. Характеристика:

- добровольно принимает на себя ответственность;
- характеризуется обостренным требованием свободы действий;
- не терпит контроля.

5. Люмпенизированный тип. Относится к избегательному классу мотивации. Характеристика:

- все равно, какую работу выполнять, нет предпочтений;
- согласен на низкую оплату при условии, чтобы другие не получали больше;
- низкая квалификация;
- не стремится повысить квалификацию, противодействует этому;
- низкая активность и выступление против активности других;
- низкая ответственность, стремление переложить ее на других;
- стремление к минимизации усилий.

Разница между активными и пассивными «избегателями» работы и ответственности лишь в том, что пассивные работники довольствуются тем, что есть, а активные предпринимают дополнительные усилия, чтобы снизить

трудовую нагрузку на свои плечи и «выбить» для себя дополнительные предпочтения. Для каждого из пяти типов мотивации — четырех активных и одного пассивного — существует свой набор наиболее эффективных стимулов. Аналогично для каждого типа существует и свой набор «запрещенных приемов», знать которые не менее важно, чем уметь эффективно стимулировать. Идеальный результат появляется тогда, когда внешняя мотивация к действию релевантна внутренним мотивам работника. Это означает, что внутренняя и внешняя мотивация должны быть сбалансированы.

Блок 3. Личностная и ситуативная тревожность

Методика оценки ситуационной и личностной тревожности Ч.Д. Спилбергера (адаптация Ю.Л. Ханина)

Тревожность — склонность индивида к переживанию тревоги, характеризующаяся низким порогом возникновения реакции тревоги. Различают ситуативную тревожность (связанную с конкретной внешней ситуацией) и личностную тревожность (которая является стабильным свойством личности).

Данный тест представлен в виде опросника из 40 вопросов. Тест является надежным источником информации о самооценке человеком уровня своей тревожности в данный момент (реактивная тревожность) и личностной тревожности (как устойчивой характеристики человека). Тест разработан Ч.Д. Спилбергером и адаптирован Ю.Л. Ханиным.

Личностная тревожность характеризует устойчивую склонность воспринимать большой круг ситуаций как угрожающих, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги. Очень высокая личностная тревожность прямо коррелирует с наличием невротического конфликта, с эмоциональными и невротическими срывами и психосоматическими заболеваниями.

Ситуативная (реактивная) тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью. Очень высокая

ситуативная (реактивная) тревожность вызывает нарушения внимания, иногда нарушения тонкой координации.

Шкала самооценки состоит из 2 частей, отдельно оценивающих реактивную (РТ, высказывания № 1-20) и личностную (ЛТ, высказывания № 21-40) тревожность.

Шкала ситуативной тревожности состоит из 20 суждений (10 из них характеризуют наличие эмоций, напряженности, беспокойства, озабоченность, а 10 — отсутствие тревожности).

Блок 4. Профессиональное (эмоциональное) выгорание

Термин «профессиональное выгорание» впервые был озвучен американским ученым-психиатром Гербертом Фрейденбергером в 1974 году. Данное понятие было введено в раздел психологии и первоначально использовалось для обозначения психологического состояния сотрудников, имеющих тесный контакт с клиентами, в результате чего у них наблюдалось эмоциональное перенапряжение. Термин «синдром профессионального выгорания» происходит от английского *burn-out* и подразумевает полное психологическое и эмоциональное изнеможение, сопряженное с ощущениями не востребованности и собственной бесполезности. За основу берется понимание данного феномена, определяемое К. Маслач. Для диагностики берется ее методика в адаптации Водопьяновой Н.Е. и Старченковой Е.С. Тест содержит 22 утверждения о чувствах и переживаниях, связанных с рабочей деятельностью. О наличии высокого уровня выгорания свидетельствуют высокие оценки по субшкалам «Эмоциональное истощение» и «Деперсонализация (цинизм)» и низкие — по шкале «Профессиональная успешность (редукция персональных достижений)». Соответственно, чем ниже человек оценивает свои возможности и достижения, меньше удовлетворен самореализацией в профессиональной сфере, тем больше выражен синдром профессионального выгорания. Диагностируя выгорание, следует

учитывать конкретные значения субшкал (факторов), которые имеют возрастные и гендерные особенности.

Блок 5. Стратегии поведения в конфликте

Методика Кеннет Томаса — Ральфа Килменна в адаптации Н.В. Гришиной

Для описания типов поведения людей в конфликтах (точнее, в конфликте интересов) К. Томас считает применимой двухмерную модель регулирования конфликтов, основополагающими в которой являются кооперация, связанная с вниманием человека к интересам других людей, вовлеченных в ситуацию, и напористость, для которой характерен акцент на собственных интересах.

Выделяется пять способов регулирования конфликтов, обозначенные в соответствии с двумя основополагающими измерениями (кооперация и напористость):

Соревнование (конкуренция) — стремление добиться своих интересов в ущерб другому.

Приспособление — принесение в жертву собственных интересов ради другого.

Компромисс — соглашение на основе взаимных уступок; предложение варианта, снимающего возникшее противоречие.

Избегание — отсутствие стремления к кооперации и отсутствие тенденции к достижению собственных целей.

Сотрудничество — участники ситуации приходят к альтернативе, полностью удовлетворяющей интересы обеих сторон.

В своем опроснике по выявлению типичных форм поведения К. Томас описывает каждый из пяти перечисленных возможных вариантов 12 суждениями о поведении индивида в конфликтной ситуации. В различных сочетаниях они сгруппированы в 30 пар, в каждой из которых респонденту предлагается выбрать то суждение, которое является наиболее типичным для характеристики его поведения.

РЕЗУЛЬТАТЫ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО ТЕСТИРОВАНИЯ

Блок 1. Диагностика самооффективности

1.1. Самооффективность в предметной сфере у наставников

Самооффективность в предметной сфере (деятельности) в нашем проекте рассматривается как оценочная характеристика готовности к профессиональной деятельности. Близким к самооффективности является понятие уверенности в себе.

Таблица 1

Самооффективность в предметной сфере у наставников

Наставник	Показатель	Количество респондентов	Процент
	За пределами нормы	2	10
	Норма	18	90

По результатам проведенного исследования большинство наставников оценивают свою эффективность в предметной сфере в пределах нормальных значений (90% наставников). 10% наставников оценили свою эффективность за рамками нормальных значений.

1.2. Самооффективность в межличностной сфере у наставников

Убеждения человека относительно его личной эффективности влияют на то, какой способ действия он выберет,

как много будет прилагать усилий, как долго он устоит, встречаясь с препятствиями и неудачами, насколько большую пластичность он проявит по отношению к этим трудностям. Это необходимые личностные характеристики для наставника.

По данным таблицы 2 большинство респондентов оценивают свою эффективность в межличностной сфере в пределах нормальных значений (95% наставников) и 5% (это 1 наставник) оценили свою эффективность за рамками нормальных значений. Хотелось отметить, что один из наставников ушел из проекта и его функции взял на себя куратор. Произошла замена.

Таблица 2

Самоэффективность в межличностной сфере у наставников

Наставники	Показатель	Количество респондентов	Процент
	За пределами нормы	1	5
	Норма	19	95

Таким образом, можно говорить о том, что самоэффективность большинства наставников, принимающих участие в данном проекте, соответствует рекомендуемым социально-психологическим характеристикам к роли наставника. Полученные результаты по данной методике позволяют говорить, что практически все отобранные для участия в проекте наставники намерены достичь высоких результатов в предметной деятельности и межличностном общении.

1.3. Самоэффективность в предметной сфере у молодых специалистов

По результатам проведенного исследования небольшое количество респондентов оценивают свою эффективность в предметной сфере в пределах нормальных значе-

ний только 31% и 43% и оценили свою эффективность за рамками нормальных значений, не заполнили 26%.

Таблица 3

Самоэффективность в предметной сфере у молодых специалистов

Молодой специалист	Показатель	Количество респондентов	Процент
	За пределами нормы	25	43
	Норма	20	31
	Не заполнили	17	26

Низкие показатели по тесту самоэффективности в предметной сфере говорят о необходимости наращивания молодыми специалистами профессионального опыта, а также возможности обсуждать процесс и результаты своей профессиональной деятельности с более опытными специалистами, можно предполагать наличие неуверенности в себе как в специалисте. Из полученных выше результатов можно сделать вывод, что у молодых специалистов первичного звена здравоохранения низкая оценка эффективности своей профессиональной деятельности, что подтверждает важность проекта и необходимость института наставничества для молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

1.4. Самоэффективность в межличностной сфере у молодых специалистов

По данным таблицы 4 молодые специалисты оценивают свою эффективность в межличностной сфере за пределами нормальных значений — это 33% (24 молодых специалистов), а 41% (21 молодой специалист) оценили свою эффективность как нормальную, не заполнили 26% (17 молодых специалистов).

Таблица 4

Самоэффективность в межличностной сфере у молодых специалистов

Молодой специалист	Показатель	Количество респондентов	Процент
	За пределами нормы	24	33
	Норма	21	41
	Не заполнили	17	26

Несмотря на то, что в результате психологического тестирования мы получили более высокие показатели по тесту самоэффективности в области межличностных отношений, чем в области профессиональной деятельности, следует отметить, что у молодых специалистов первичного звена здравоохранения пока не было опыта общения с людьми пожилого и старческого возраста, и они не представляют всю сложность общения с людьми данного возраста. Всё это подтверждает важность проекта и необходимость наставников для молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

Блок 2. Мотивационный профиль

2.1. Инструментальная мотивация наставников

Для специалиста с инструментальной мотивацией работа не является значимой ценностью и рассматривается только как источник заработка и других благ, получаемых в качестве вознаграждения за труд. Его интересуют не любые деньги, а именно заработок; поэтому он будет работать с максимальной отдачей на любой работе, если его труд будет справедливо и высоко (в его понимании) оплачиваться.

Исходя из данных таблицы 5, можно заметить, что у большинства наставников (69%) инструментальная мотивация находится на среднем уровне, у 27% настав-

ников — на высоком уровне и у 4% (это 1 наставник) — на низком уровне. Для более наглядного отображения данных построим график:

Таблица 5

Инструментальная мотивация наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	3,8
	Средний	69,2
	Высокий	26,8

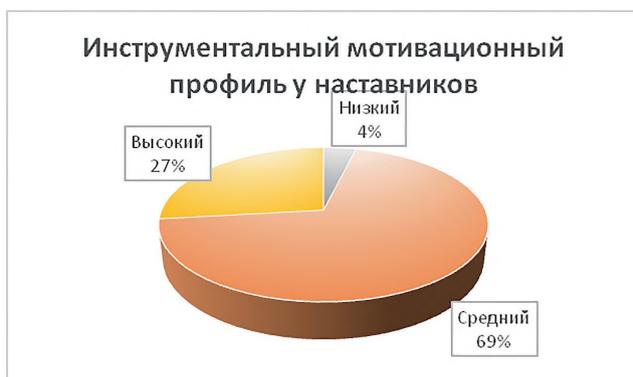


Рисунок 33. Инструментальная мотивация наставников (доли в %)

2.2. Профессиональная мотивация наставников

Специалист этого типа ценит в работе ее содержание, возможность проявить себя и доказать (не только окружающим, но и себе), что он может справиться с трудным заданием, которое не каждому по силам, предпочитает самостоятельность в работе и отличается развитым профессиональным достоинством.

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что у большинства наставников (58%) высокий уровень профессиональной мотивации, у 38% настав-

ников — средний уровень профессиональной мотивации и лишь у 1 респондента (4%) — низкий уровень профессиональной мотивации. Хотелось бы отметить, что данный наставник вышел из проекта и был заменен куратором.

Таблица 6

Профессиональная мотивация наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	3,8
	Средний	38,3
	Высокий	57,6

Ниже приведено графическое отображение данных:

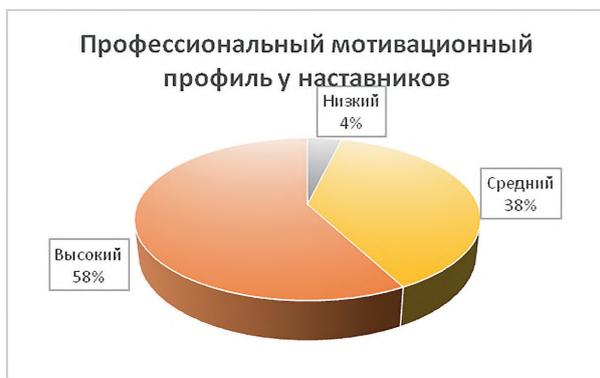


Рисунок 34. Профессиональная мотивация у наставников (доли в %)

2.3. Патриотическая мотивация у наставников

Специалистам с этим типом мотивации интересно участие в реализации общего, очень важного для организации дела. Им свойственна убежденность в своей нужности организации, готовность взвалить на себя дополнительную работу ради достижения результатов общего дела. Именно их мы больше всего любим и ценим, именно

они чаще всех остаются допоздна, чтобы сделать работу, не подвести руководителя и коллектив.

Таблица 7

Патриотическая мотивация у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	42
	Средний	54
	Высокий	4

У большинства наставников наблюдается средний показатель патриотической мотивации (54%). У 42% респондентов — низкий уровень. Ниже приведено графическое отображение данных.

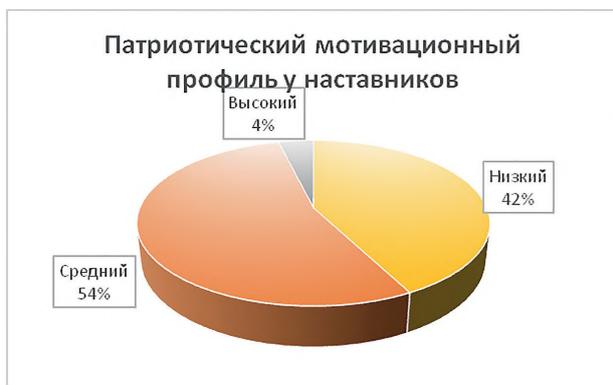


Рисунок 35. Патриотическая мотивация у наставников (доли в %)

2.4. Хозяйская мотивация у наставников

Данная мотивация выражается в добровольном принятии специалистом на себя полной ответственности за выполняемую работу и других сотрудников. Сотрудник с таким типом мотивации будет выполнять свою работу с максимальной отдачей, не настаивая на ее особой инте-

ресности или высокой оплате, не требуя ни дополнительных указаний, ни постоянного контроля.

Таблица 8

Хозяйская мотивация у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	23,1
	Средний	72,9
	Высокий	3,8

Исходя из данных таблицы 8, можно сказать, что наиболее часто встречающийся уровень хозяйской мотивации — средний — 73% наставников.

Для наглядности построим график:

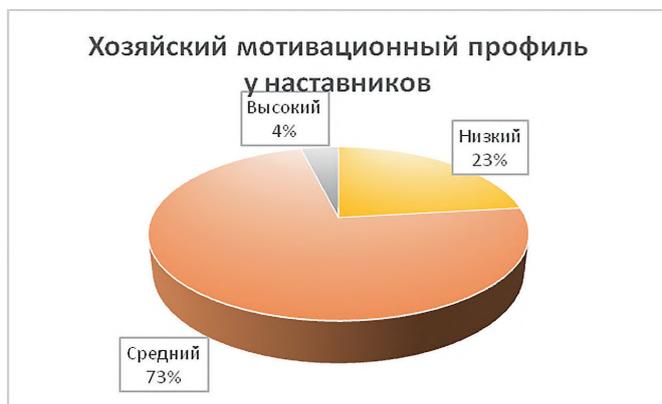


Рисунок 36. Хозяйская мотивация у наставников (доли в %)

2.5. Люмпенизированная мотивация у наставников

Специалист люмпенизированного типа обладает очень слабой мотивацией к эффективной работе. У него низкая квалификация, и он не стремится ее повышать; он безответственен и старается избежать любой работы, связанной с личной ответственностью; он сам не проявляет

никакой активности и негативно относится к активности других. Его основное стремление — минимизировать свои трудовые усилия на уровне, допустимом со стороны непосредственного руководителя. Живет по принципу «день прошел — и ладно».

Таблица 9

Люмпенизированная мотивация у наставников

Роль проекта	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	34,6
	Средний	65,4

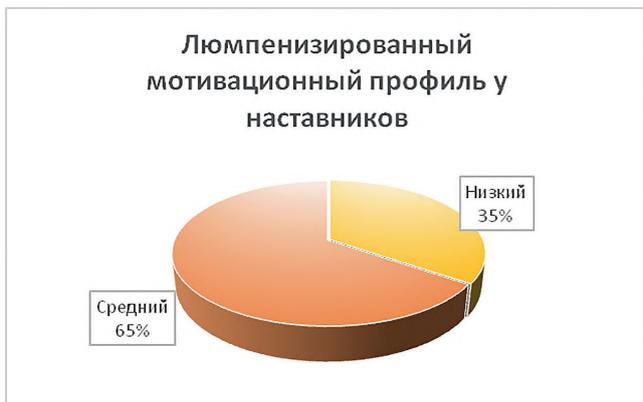


Рисунок 37. Люмпенизированная мотивация у наставников (доли в %)

Таким образом, анализ мотивационных профилей позволяет определить следующий преобладающий мотивационный профиль наставника, а именно: профессиональный. Структура мотивационного профиля будет следующей: профессиональный, инструментальный, хозяйский, патриотический и люмпенизированный. Для эффективного взаимодействия с наставниками рекомендуется применять в первую очередь такие виды стимулирования, как организационные и карьерные, во вторую очередь — денежные, а на последнем месте — негативные.

2.6. Инструментальная мотивация у молодых специалистов

Исходя из данных таблицы можно заметить, что у 62% молодых специалистов инструментальная мотивация находится на низком уровне, а у 38% — на среднем уровне.

Таблица 10

Инструментальная мотивация у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	62
	Средний	38

Для более наглядного отображения данных построим график:

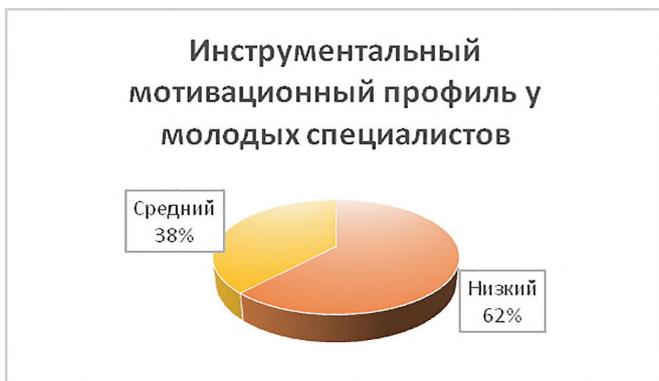


Рисунок 38. Инструментальная мотивация у молодых специалистов (доли в %)

2.7. Профессиональная мотивация у молодых специалистов

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что у большинства молодых специалистов (67%) средний уровень профессиональной мотивации и у 28% стажеров — высокий уровень профессиональной мотивации, 5% — низкий уровень профессиональной мотивации.

Таблица 11

Профессиональная мотивация у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	5
	Средний	67
	Высокий	28

Ниже приведено графическое отображение данных:

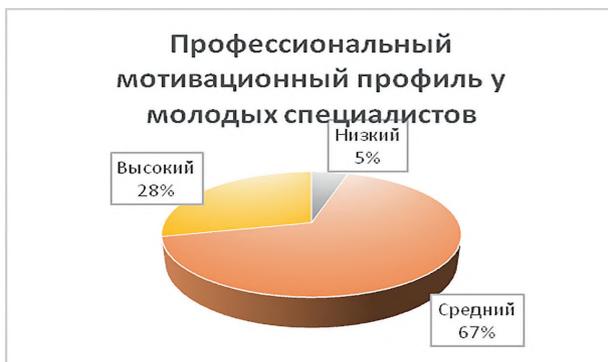


Рисунок 39. Профессиональная мотивация молодых специалистов (доли в %)

2.8. Патриотическая мотивация у молодых специалистов

У большинства молодых специалистов наблюдается средний уровень (57%) патриотической мотивации, еще у 33% — низкий уровень и только у 10% — высокий уровень.

Таблица 12

Патриотическая мотивация у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	33
	Средний	57
	Высокий	10

Ниже приведено графическое отображение данных:



Рисунок 40. Патриотическая мотивация у молодых специалистов (доли в %)

2.9. Хозяйская мотивация у молодых специалистов

Выражается в добровольном принятии работником на себя полной ответственности за выполняемую работу и других сотрудников. Работник с таким типом мотивации будет выполнять свою работу с максимальной отдачей, не настаивая на ее особой интересности или высокой оплате, не требуя ни дополнительных указаний, ни постоянного контроля.

Таблица 13

Хозяйская мотивация у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	33
	Средний	62
	Высокий	5

Исходя из данных таблицы 13, можно сказать, что наиболее часто встречающийся уровень хозяйской мотивации — средний уровень (62%), а наиболее редко — высокий уровень (5%), 33% — низкий уровень.

Для наглядности построим график:

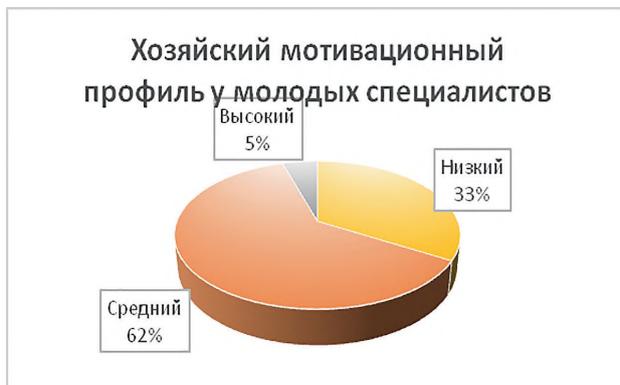


Рисунок 41. Хозяйская мотивация у молодых специалистов (доли в %)

2.10. Люмпенизированная мотивация у молодых специалистов

Исходя из данных таблицы видно, что наиболее часто встречающийся уровень стажеров с люмпенизированной мотивацией — средний 86%, и низкий — 14% — минимизируют свои трудовые усилия на допустимом уровне (чтобы не уволили) и не проявляют никакой активности и негативно относятся к активности других, избегают личной ответственности, обладают слабой мотивацией к эффективной работе.

Таблица 14

Люмпенизированная мотивация у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	14
	Средний	86

Для наглядности построим график:

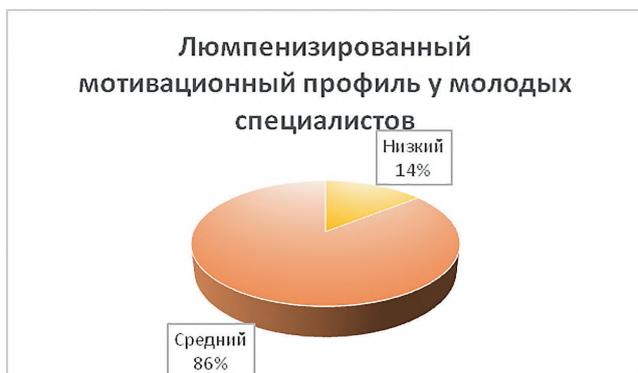


Рисунок 42. Люмпенизированная мотивация у молодых специалистов (доли в %)

Таким образом, анализ мотивационных профилей позволяет определить следующий преобладающий мотивационный профиль молодого специалиста первичного звена здравоохранения, а именно: люмпенизированный мотивационный профиль. Структура мотивационного профиля будет следующей: люмпенизированный, профессиональный, хозяйский, патриотический, инструментальный. К сожалению, в процессе взаимодействия наставников со стажерами рекомендуется применять в первую очередь такие виды стимулирования стажеров, как негативные и натуральные: наказание, материальная заинтересованность и патернализм, а во вторую — организационные и карьерные; на последнем месте стоят моральные виды стимулирования.

Блок 3. Личностная и ситуативная тревожность

3.1. Уровень ситуативной тревожности наставников

Ситуативная тревожность — показатель интенсивности переживаний, которая возникает по отношению к типичным событиям. Ситуативная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Таблица 15

Уровень ситуативной тревожности наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Не ответили	3,8
	Высокий	7,7
	Низкий	15,4
	Средний	73,1

По данным таблицы 15 можно сказать, что у большинства наставников средний уровень ситуативной тревожности — 73%, а наиболее редкий уровень — высокий.

3.2. Уровень личностной тревожности наставников

Личностная тревожность — это устойчивое состояние. Она характеризует склонность человека воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Таблица 16

Уровень личностной тревожности наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Не ответили	3,8
	Высокий	15,4
	Низкий	3,8
	Средний	76,9

По данным таблицы 16 наибольшее количество наставников обладают средним уровнем личностной тревожности (76,9%).

3.3. Уровень ситуативной тревожности молодых специалистов

Ситуативная тревожность — показатель интенсивности переживаний, которая возникает по отношению

к типичным событиям. Ситуативная тревожность характеризуется напряжением, беспокойством, нервозностью.

Таблица 17

Уровень ситуативной тревожности молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	18,6
	Высокий	16,3
	Средний	65,1

По данным таблицы 17 можно сказать, что у большинства молодых специалистов средний уровень ситуативной тревожности — 65,1%, а наиболее редкий уровень — высокий.

3.4. Уровень личностной тревожности молодых специалистов

Личностная тревожность — это устойчивое состояние. Она характеризует склонность человека воспринимать большой круг ситуаций как угрожающие, реагировать на такие ситуации состоянием тревоги.

Таблица 18

Уровень личностной тревожности молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	18,6
	Высокий	41,9
	Низкий	2,3
	Средний	37,2

По данным таблицы 18 наибольшее количество молодых специалистов обладают высоким уровнем личностной тревожности (42% респондентов). Самое редкое значение — низкое (2,3% респондентов).

Эффективность наставничества

3.5. Эффективность программы наставничества для наставников по показателям тревожности

Таблица 19

Эффективность программы наставничества для наставников по показателям тревожности

Показатель тревожности	Среднее значение	Значимость
Ситуативная тревожность замер до	35,1923	,000
Ситуативная тревожность замер после	34,1154	
Личностная тревожность замер до	38,1538	,000
Личностная тревожность замер после	37,0769	

По данным таблицы 19 можно сделать вывод о том, что *личностная и ситуативная тревожность наставников после прохождения программы наставничества снизилась в среднем на 1 балл, что является значимым различием.*

Блок 4. Профессиональное (эмоциональное) выгорание

4.1. Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) наставников

Деперсонализация представляет собой негативное, бездушное, циничное отношение к людям. Контакты становятся обезличенными и формальными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер (сдерживаемое раздражение), но со временем вырваться наружу в виде вспышек гнева или конфликтных ситуаций.

Исходя из данных таблицы 20 можно сделать вывод о том, что наибольший уровень деперсонализации наставников — средний, а наименьший — высокий.

Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Высокий	7,7
	Низкий	42,3
	Средний	50

Для большей наглядности построим график:

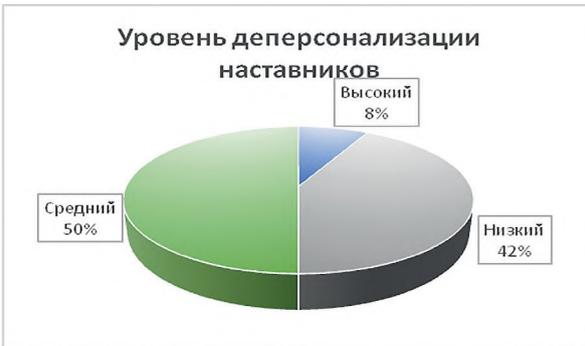


Рисунок 43. Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) наставников (доли в %)

4.2. Уровень редуцирования профессиональных достижений наставников

Редуцирование профессиональных достижений проявляется в виде снижения чувства компетентности в своей работе, уменьшения ценности своей деятельности, негативного самоотношения в профессиональном плане, чувства вины, чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе.

Наиболее частый уровень редуцирования профессиональных достижений со стороны наставников «низкий» — 58%, «средний» уровень — 30%, наиболее редкий уровень «высокий/очень высокий» — 12%.

Таблица 21

Уровень редуцирования профессиональных достижений наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Высокий/очень высокий	12
	Низкий	58
	Средний	31

Для наглядности построим график:



Рисунок 44. Уровень профессиональной успешности (показатель профессионального выгорания) наставников (доли в %)

4.3. Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) наставников

Эмоциональное истощение, которое проявляется в ощущении эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Работник чувствует, что не может отдаваться работе как раньше. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, в особо тяжелых случаях возможны эмоциональные срывы.

Таблица 22

Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Высокий	7,7
	Низкий	38,5
	Средний	53,8

По данным таблицы 22 можно сделать вывод, что у большинства наставников средний уровень эмоционального истощения, высокий уровень эмоционального истощения — у меньшей части (2 респондента).

Ниже приведено графическое отображение данных:



Рисунок 45. Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) наставников (доли в %)

4.4. Уровень профессионального выгорания наставников

Профессиональное выгорание — это истощение эмоциональных, умственных и энергетических ресурсов человека, которое развивается на фоне сильного хронического стресса на работе. Проявляется полной потерей интереса к профессиональной деятельности и ощущением

бессмысленности дальнейшего развития, отсутствием сил и желания заниматься тем, что еще недавно увлекало.

Таблица 23

Уровень профессионального выгорания наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Высокий	3,8
	Низкий	42,3
	Средний	53,8

По результатам проведенного анализа можно заключить, что у большинства наставников средний уровень профессионального выгорания (14 респондентов). Самый редкий показатель — высокий (1 респондент).

Для большей наглядности построим графическое изображение:

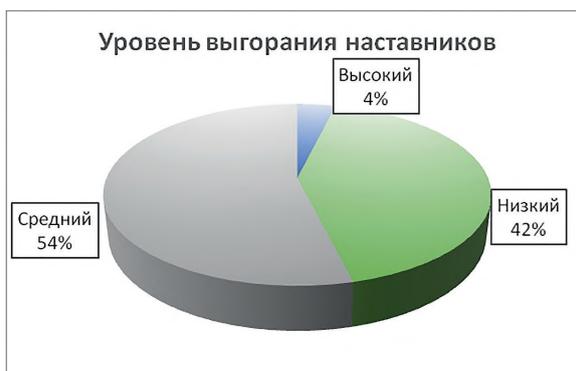


Рисунок 46. Уровень профессионального выгорания наставников (доли в %)

4.5. Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Деперсонализация представляет собой негативное, бездушное, циничное отношение к людям. Контакты ста-

новятся обезличенными и формальными. Возникающие негативные установки могут поначалу иметь скрытый характер (сдерживаемое раздражение), но со временем вырваться наружу в виде вспышек гнева или конфликтных ситуаций.

Таблица 24

Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	14
	Высокий	16,3
	Низкий	14
	Очень высокий	18,6
	Средний	37,2

Исходя из данных таблицы 24 можно сказать, что у большинства молодых специалистов средний уровень деперсонализации (37,2%).

Для наглядности построим диаграмму:

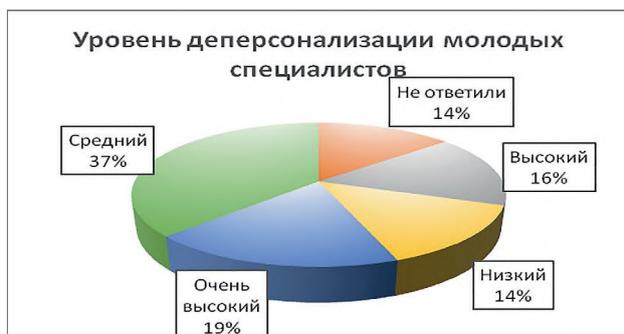


Рисунок 47. Уровень деперсонализации (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов (доли в %)

4.6. Уровень профессиональной успешности (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Редуцирование персональных достижений проявляется в виде снижения чувства компетентности в своей работе, уменьшения ценности своей деятельности, негативного самоотношения в профессиональном плане, чувства вины, чувства собственной несостоятельности, безразличия к работе.

Таблица 25

Уровень профессиональной успешности (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	14
	Высокий	11,6
	Низкий	39,5
	Средний	34,9

Преобладают низкий (39,5%) и средний (35%) уровни редуцирования профессиональных достижений.

Ниже приведено графическое отображение данных:

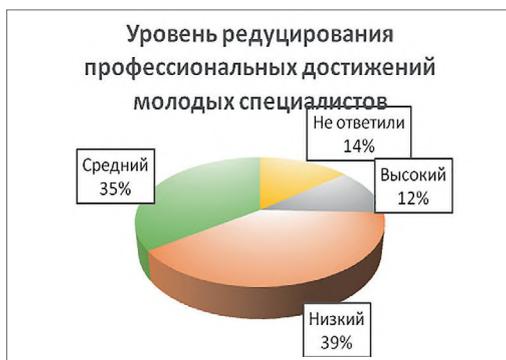


Рисунок 48. Уровень профессиональной успешности (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов (доли в %)

4.7. Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Эмоциональное истощение, которое проявляется в ощущении эмоционального перенапряжения и в чувстве опустошенности, истощенности собственных эмоциональных ресурсов. Возникает ощущение «приглушенности», «притупленности» эмоций, в особо тяжелых случаях возможны эмоциональные срывы.

Таблица 26

Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	14
	Высокий	20,9
	Низкий	11,6
	Очень высокий	14
	Средний	39,5



Рисунок 49. Уровень эмоционального истощения (показатель профессионального выгорания) молодых специалистов (доли в %)

По данным таблицы 26 можно сделать вывод, что у большинства молодых специалистов средний уровень эмоционального истощения 39,5%, меньше всего респондентов имеют низкий уровень эмоционального истощения.

4.8. Уровень профессионального выгорания молодых специалистов

Профессиональное выгорание — это истощение эмоциональных, умственных и энергетических ресурсов человека, которое развивается на фоне сильного хронического стресса на работе. Проявляется полной потерей интереса к профессиональной деятельности и ощущением бессмысленности дальнейшего развития, отсутствием сил и желания заниматься тем, что еще недавно увлекало.

Таблица 27

Уровень профессионального выгорания молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Не ответили	14
	Высокий	34,9
	Низкий	14
	Средний	37,2

По результатам проведенного анализа можно заключить, что у большинства молодых специалистов средний уровень профессионального выгорания (16 респондентов). Самый редкий показатель — низкий уровень (6 респондентов).

Для большей наглядности построим графическое изображение:



Рисунок 50. *Уровень профессионального выгорания молодых специалистов (доли в %)*

Таким образом, интегральный показатель профессионального выгорания молодых специалистов составляет: высокий уровень — 35% и средний уровень — 37%, что говорит о необходимости сопровождения молодых специалистов наставниками в их профессиональной деятельности и организации для них профилактических мероприятий по предупреждению возникновения синдрома профессионального выгорания среди молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

Эффективность наставничества

4.9. Эффективность программы наставничества для молодых специалистов по показателям профессионального выгорания

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что программа наставничества благоприятно отразилась на уровне профессионального выгорания молодых специалистов. Об этом свидетельствуют значимые различия между замерами до программы и после нее. В таблице 28 видно, что средние

значения по каждому из показателей снизились на статистически значимом уровне.

Таблица 28

Эффективность программы наставничества для молодых специалистов по показателям профессионального выгорания

Показатель профессионального выгорания	Среднее значение	Значимость
Деперсонализация замер до	10,2162	,000
Деперсонализация замер после	9,3514	
Профессиональная успешность замер до	35,4324	,000
Профессиональная успешность замер после	34,5676	
Эмоциональное истощение замер до	24,3514	,000
Эмоциональное истощение замер после	23,4865	
Общий уровень выгорания замер до	70,0000	,000
Общий уровень выгорания замер после	69,1351	
Ситуативная тревожность замер до	40,9143	,000
Ситуативная тревожность замер после	39,8286	

4.10. Эффективность программы наставничества для молодых специалистов по показателям тревожности

Таблица 29

Эффективность программы наставничества для молодых специалистов по показателям тревожности

Показатель тревожности	Среднее значение	Значимость
Ситуативная тревожность замер до	40,9143	,000
Ситуативная тревожность замер после	39,8286	
Личностная тревожность замер до	45,3429	,000
Личностная тревожность замер после	44,1429	

Из таблицы 29 видно, что личностная и ситуативная тревожность молодых специалистов после прохождения программы наставничества снизилась в среднем на 1 балл, что является значимым различием.

4.11. Эффективность программы наставничества для наставников по показателям профессионального выгорания

Таблица 30

Эффективность программы наставничества для наставников по показателям профессионального выгорания

Показатель профессионального выгорания	Среднее значение	Значимость
Деперсонализация замер до	5,3462	,002
Деперсонализация замер после	4,4231	
Профессиональная успешность замер до	36,9231	,116
Профессиональная успешность замер после	34,1538	
Эмоциональное истощение замер до	16,9231	
Эмоциональное истощение замер после	15,7308	
Общий уровень выгорания замер до	59,1923	,001
Общий уровень выгорания замер после	56,1538	

По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что программа наставничества в целом благоприятно отразилась на уровне профессионального выгорания наставников. Исключение составил показатель профессиональной успешности (редукции профессиональных достижений). Об этом свидетельствуют значимые различия между замерами до программы и после нее. Из таблицы 30 видно, что средние значения по каждому из показателей снизились в среднем на 0,9—1,2 балла.

Блок 5. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях

5.1. Стратегия «Конкуренция» (поведение в конфликте) у наставников

Конкуренция — стратегия для серьезных ситуаций и жизненно важных проблем, зачастую она эффективна в экстремальных ситуациях. Противоборство оправданно, если цель чрезвычайно важна или если человек обладает реальной силой и властью, уверен в своей компетентности. Если власти и силы недостаточно, можно увязнуть в конфликте, а то и вовсе проиграть. Кроме того, применение конфронтации для решения проблем в личных отношениях чревато отчуждением.

Таблица 31

Стратегия «Конкуренция» (поведение в конфликте) у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	69,2
	Средний	30,6

По данным таблицы 31 можно сделать вывод, что у большинства наставников низкий уровень конкуренции как стратегии поведения в конфликтной ситуации (18 респондентов). У 8 наставников наблюдается средний уровень конкуренции.

Ниже приведено графическое отображение данных:

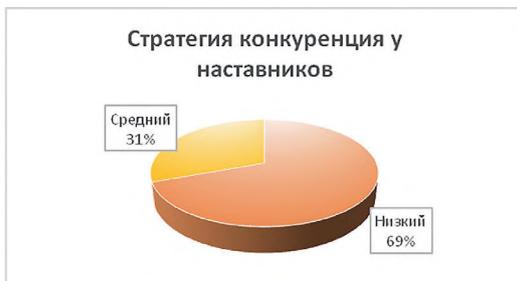


Рисунок 51. Стратегия «Конкуренция» (поведение в конфликте) у наставников (доли в %)

5.2. Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у наставников

Сотрудничество — это не столько стратегия поведения, сколько стратегия взаимодействия. Она незаменима в близких, продолжительных и ценных для обоих партнеров отношениях при равенстве статусов и психологической власти. Она позволяет партнерам разрешить конфликт, не отказываясь от своих реальных целей.

Таблица 32

Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Средний	92,2

По результатам анализа можно сказать, что все наставники используют стратегию поведения в конфликте «Сотрудничество» на среднем уровне.

Для наглядности построим график:



Рисунок 52. Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у наставников (доли в %)

5.3. Стратегия «Компромисс» (поведение в конфликте) у наставников

Компромисс, или квазисотрудничество, или торг о взаимных уступках. Эффективен в ситуациях, требующих быстрого исхода. «Дележ» потребностей необходим для сохранения отношений, особенно в тех случаях, когда возместить интересы сторон невозможно. Компромисс редко приносит истинное удовлетворение результатом конфликтного процесса.

Таблица 33

Стратегия «Компромисс» (поведение в конфликте) у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Средний	77
	Высокий	23

По данным таблицы 33 можно сказать, что 77% наставников обладают средним уровнем использования компромисса как стратегии поведения в конфликтной ситуации, а 23% наставников — высоким уровнем.

Для наглядности построим график:



Рисунок 53. Стратегия «Компромисс» (поведение в конфликте) наставников (доли в %)

5.4. Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у наставников

Избегание эффективно в ситуациях, когда партнер обладает объективно большей силой и использует ее в конфликтной борьбе. Избегание приносит положительные плоды, являясь временной отсрочкой в решении конфликта: пока на руках мало данных или нет психологической уверенности в своей позиции.

Таблица 34

Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	4
	Средний	83
	Высокий	13

По результатам проведенного исследования большинство наставников 83% со средней частотой выбирают стратегию избегания в конфликтной ситуации.

Ниже приведено графическое отображение полученных данных:



Рисунок 54. Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у наставников (доли в %)

5.5. Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у наставников

Приспособление естественно в ситуациях, когда затронутая проблема не так важна для человека, как для его оппонента, или отношения с оппонентом представляют собой самостоятельную ценность значимее достижения цели.

Таблица 35

Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у наставников

Роль в проекте	Уровень	Процент
Наставник	Низкий	63
	Средний	37

Исходя из таблицы 35 можно сказать, что большинство наставников редко выбирают стратегию приспособления (37%) и 63% наставников используют стратегию приспособления со средней частотой:

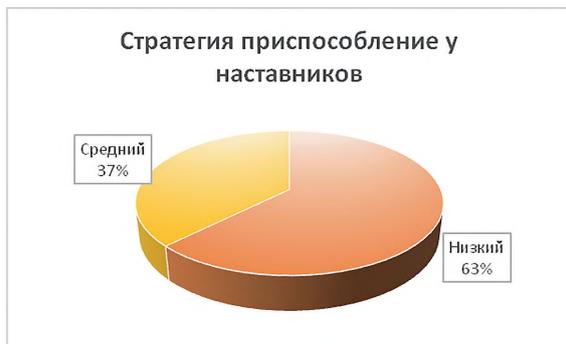


Рисунок 55. Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у наставников (доли в %)

5.6. Стратегия «Конкуренция» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Конкуренция — стратегия для серьезных ситуаций и жизненно важных проблем, зачастую она эффективна

в экстремальных ситуациях. Противоборство оправданно, если цель чрезвычайно важна или если человек обладает реальной силой и властью, уверен в своей компетентности. Если власти и силы недостаточно, можно увязнуть в конфликте, а то и вовсе проиграть. Кроме того, применение конфронтации для решения проблем в личных отношениях чревато отчуждением.

Таблица 36

Стратегии поведения в конфликтных ситуациях молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	83,7
	Средний	16,3

По данным таблицы 36 можно сказать, что у большинства молодых специалистов низкий уровень конкуренции как стратегии поведения в конфликтной ситуации (84%). У 16% молодых специалистов наблюдается средний уровень конкуренции.

Ниже приведено графическое отображение данных:



Рисунок 56. Стратегия конкуренция (поведение в конфликте) у молодых специалистов (доли в %)

5.7. Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Сотрудничество — это не столько стратегия поведения, сколько стратегия взаимодействия. Она незаменима в близких, продолжительных и ценных для обоих партнеров отношениях при равенстве статусов и психологической власти. Она позволяет партнерам разрешить конфликт, не отказываясь от своих реальных целей.

Таблица 37

Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	2,3
	Средний	93,9
	Высокий	2,3

По результатам анализа можно сказать, что часто молодые специалисты используют стратегию сотрудничества на среднем уровне (94%) и редко — на низком и высоком уровнях (по 1 респонденту).



Рисунок 57. Стратегия «Сотрудничество» (поведение в конфликте) у молодых специалистов (доли в %)

5.8. Стратегия «Компромисс» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Компромисс, или квазисотрудничество, или торг о взаимных уступках. Эффективен в ситуациях, требующих быстрого исхода. «Дележ» потребностей бывает необходим для сохранения отношений, особенно в тех случаях, когда возместить интересы сторон невозможно. Компромисс редко приносит истинное удовлетворение результатом конфликтного процесса.

Таблица 38

Стратегия «Компромисс» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	2,3
	Средний	88,1
	Высокий	7

По данным таблицы 38 можно сделать вывод, что 88% молодых специалистов обладают средним уровнем использования компромисса как стратегии поведения в конфликтной ситуации, а 2,3% молодых специалистов используют его на низком уровне.

Для наглядности построим график (рис. 58).

5.9. Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Избегание эффективно в ситуациях, когда партнер обладает объективно большей силой и использует ее в конфликтной борьбе. Избегание приносит положительные плоды, являясь временной отсрочкой в решении конфликта: пока на руках мало данных, или нет психологической уверенности в своей позиции.



Рисунок 58. Стратегия компромисс (поведение в конфликте) у молодых специалистов (доли в %)

Таблица 39

Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	3
	Средний	91
	Высокий	6

По результатам проведённого исследования большинство 91% молодых специалистов со средней частотой выбирают стратегию избегания в конфликтной ситуации.

Ниже приведено графическое отображение полученных данных (рис. 59).

5.10. Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Приспособление естественно в ситуациях, когда затронутая проблема не так важна для человека, как для его оппонента, или отношения с оппонентом представляют собой самостоятельную ценность значимее достижения цели.



Рисунок 59. Стратегия «Избегание» (поведение в конфликте) у молодых специалистов (доли в %)

Таблица 40

Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у молодых специалистов

Роль в проекте	Уровень	Процент
Молодой специалист	Низкий	41
	Средний	59

Исходя из таблицы 40 можно сказать, что большинство молодых специалистов со средней частотой выбирают стратегию приспособления (59%):

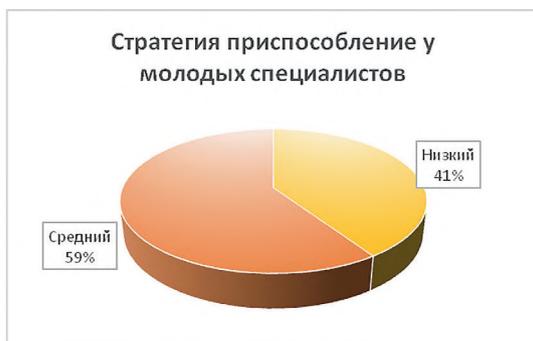


Рисунок 60. Стратегия «Приспособление» (поведение в конфликте) у молодых специалистов (доли в %)

Для дальнейшего анализа используем *t*-критерий Стьюдента, который позволит нам сравнить показатели наставников и молодых специалистов.

Сравнение средних значений по *t*-критерию Стьюдента

Из данных таблицы 42 можно заметить, что у наставников наблюдается более высокий уровень эмоционального истощения. Таким образом, *для отобранных для участия в проекте наставников по сравнению с молодыми специалистами большую ценность представляет содержание профессиональной деятельности.*

Интересным, на наш взгляд, является то, что у *стажеров наблюдается более высокий уровень ситуативной тревожности.* Это означает, что стажеры более интенсивно реагируют на возникающие типичные события. Характеристиками ситуативной тревожности являются напряжение, беспокойство и нервозность. Можно предположить, что наличие наставника рядом со стажером позволит снизить уровень тревожности.

Для последующей обработки данных используем непараметрический критерий *хи2*, который позволит выявить значимость различий между фактическим (выявленным в результате исследования) и теоретическим количеством, которое можно ожидать.

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль *статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение деперсонализации,* об этом свидетельствуют данные из таблицы 43.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам (рис. 61).

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение профессиональной успешности, об этом свидетельствуют данные из таблицы 44.

Сравнение средних значений по t-критерию Стьюдента

	Значимость (2-сторонняя)	Разность средних	Стд. ошибка разности	95% доверительный интервал разности средних	
				Нижняя граница	Верхняя граница
Эмоциональное истощение	0,041	-4,31042	2,06406	-8,43777	-0,18307
	0,045	-4,31042	2,08835	-8,52589	-0,09495
Ситуативная тревожность	0,011	-6,13094	2,3255	-10,78594	-1,47594
	0,039	-6,13094	2,80924	-11,93218	-0,3297
Профессиональный	0,024	-1,68552	0,72346	-3,14264	-0,2284
	0,039	-1,68552	0,76125	-3,27454	-0,0965

Таблица 42

Средние значения

Групповые статистики					
Статус в проекте		№	Среднее	Стд. отклонение	Стд. ошибка среднего
Эмоциональное истощение	Молодой специалист	62	19,7805	7,70556	1,20341
	Наставник	20	24,0909	8,00541	1,70676
Ситуативная тревожность	Молодой специалист	62	36,6585	6,58639	1,02862
	Наставник	20	42,7895	11,39483	2,61415
Профессиональный	Молодой специалист	62	7,8529	2,14804	,36839
	Наставник	20	9,5385	2,40192	,66617

Таблица 43

**Непараметрический критерий χ^2
для показателя «Деперсонализация»
(Профессиональное выгорание)**

	Значение	Ст. св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	15,299	19	,703
Отношение правдоподобия	19,398	19	,432
Кол-во валидных наблюдений	82		

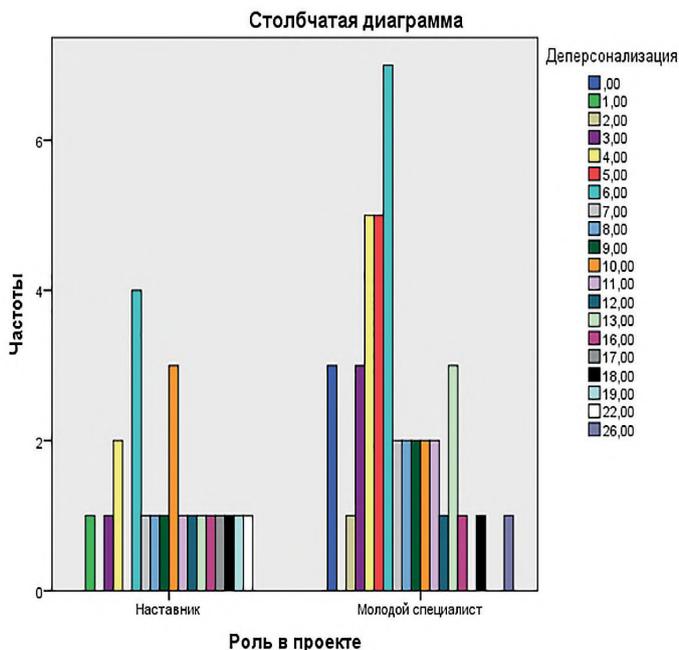


Рисунок 61. Графическое отображение для показателя «Деперсонализация» (Профессиональное выгорание)

Таблица 44

**Непараметрический критерий χ^2
для показателя «Профессиональная успешность»
(Профессиональное выгорание)**

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значи- мость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	32,712	26	,171
Отношение правдоподобия	41,287	26	,029
Кол-во валидных наблюдений	82		

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:

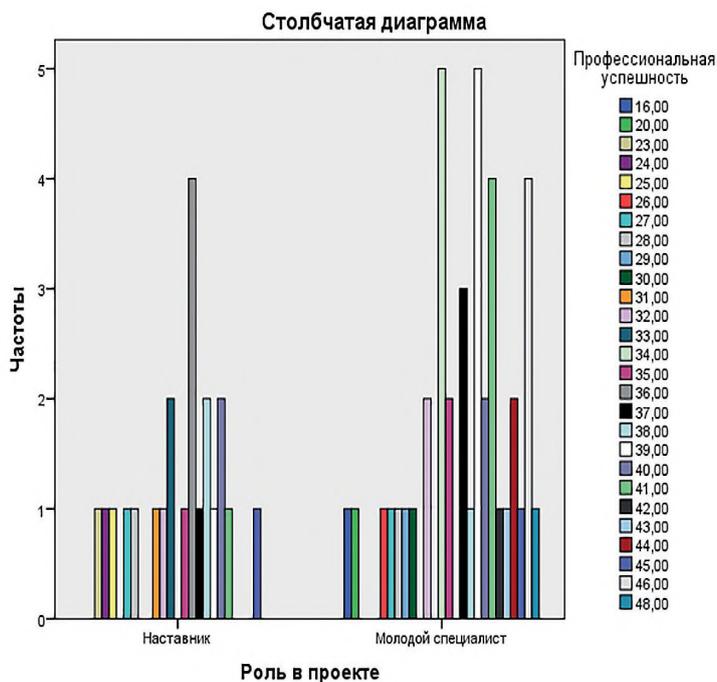


Рисунок 62. Графическое отображение для показателя «Профессиональная успешность» (Профессиональное выгорание)

Таблица 45

Непараметрический критерий χ^2 для показателя «Эмоциональное истощение» (Профессиональное выгорание)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	22,885	24	,527
Отношение правдоподобия	29,691	24	,195
Кол-во валидных наблюдений	82		

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение эмоционального истощения, об этом свидетельствуют данные из таблицы 45.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:

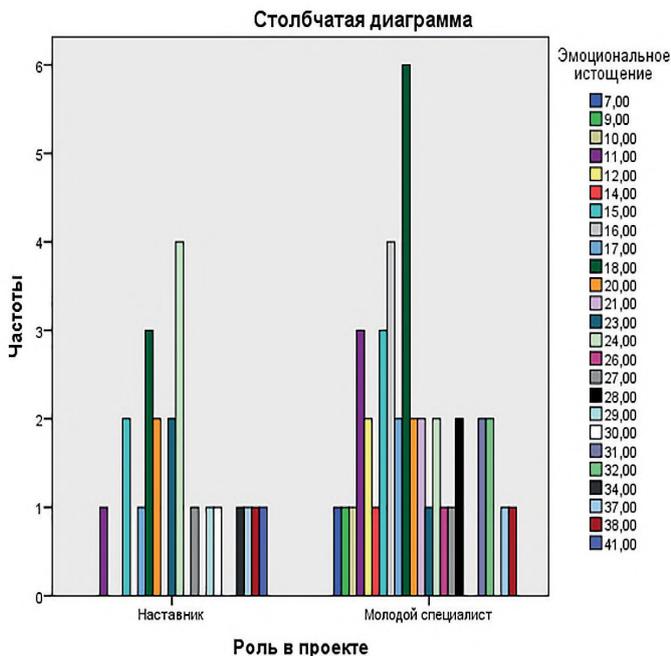


Рисунок 63. Графическое отображение для показателя «Профессиональное истощение» (Профессиональное выгорание)

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение общего уровня профессионального выгорания, об этом свидетельствуют данные из таблицы 46.

Таблица 46

Непараметрический критерий χ^2 для показателя «Общий уровень выгорания» (Профессиональное выгорание)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	28,752 ^a	31	,582
Отношение правдоподобия	36,649	31	,223
Кол-во валидных наблюдений	82		

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:

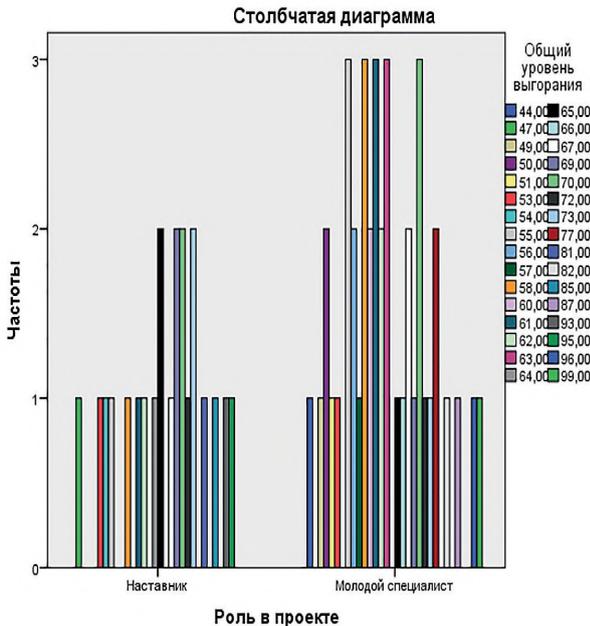
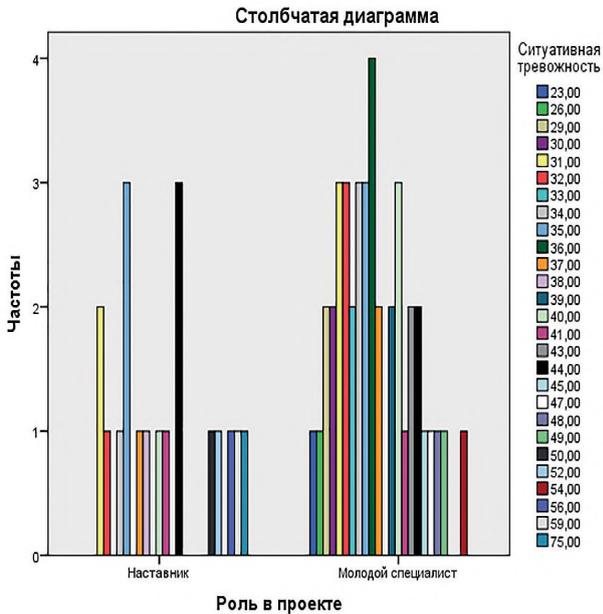


Рисунок 64. Графическое отображение для показателя «Общий показатель выгорания» (Профессиональное выгорание)

Таблица 47

**Непараметрический критерий χ^2 для показателя
«Ситуативная тревожность» (Тревожность)**

	Значе- ние	Ст.св.	Асимпт. значи- мость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	26,187 ^a	26	,453
Отношение правдоподобия	33,054	26	,161
Кол-во валидных наблюдений	82		



**Рисунок 65. Графическое отображение для показателя
«Ситуативная тревожность» (Тревожность)**

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого

специалиста не оказывает влияния на изменение ситуативной тревожности, об этом свидетельствуют данные из таблицы 47. Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам.

Таблица 48

Непараметрический критерий χ^2 для показателя «Личностная тревожность» (Тревожность)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	27,497 ^a	26	,384
Отношение правдоподобия	34,239	26	,129
Кол-во валидных наблюдений	82		

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение личностной тревожности, об этом свидетельствуют данные из таблицы 48.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам (рис. 66).

Таблица 49

Непараметрический критерий χ^2 для показателя «Конкуренция» (Стратегии поведения в конфликте)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	9,464 ^a	9	,396
Отношение правдоподобия	10,505	9	,311
Кол-во валидных наблюдений	82		

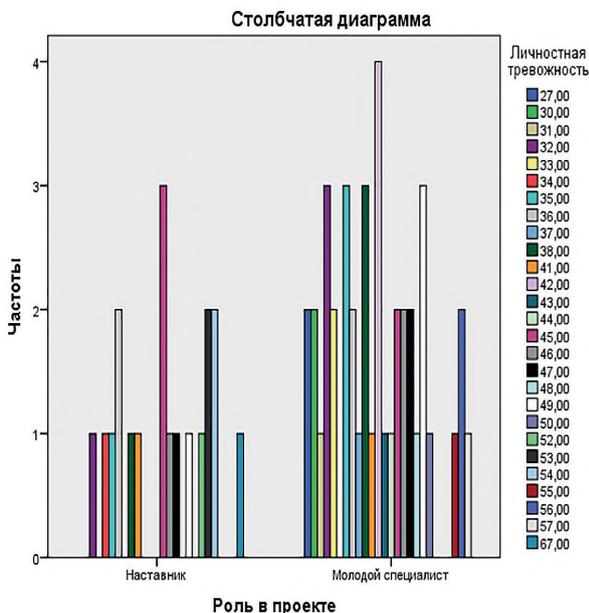


Рисунок 66. Графическое отображение для показателя «Личностная тревожность» (Тревожность)

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение стратегии «Конкуренция», об этом свидетельствуют данные из таблицы 49.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам (рис. 67).

Таблица 50

Непараметрический критерий χ^2 для показателя «Сотрудничество» (Стратегии поведения в конфликте)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	5,291 ^a	7	,624

Окончание табл. 50

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Отношение правдоподобия	5,651	7	,581
Кол-во валидных наблюдений	82		

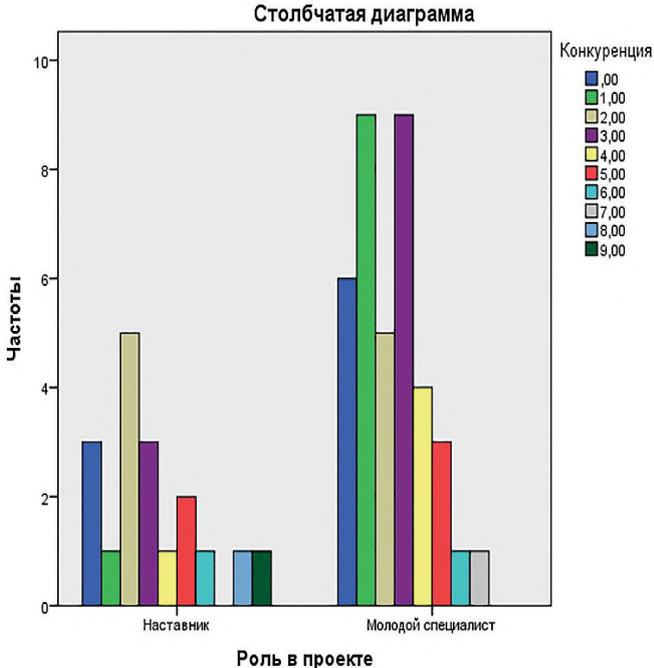


Рисунок 67. Графическое отображение для показателя «Конкуренция» (Стратегии поведения в конфликте)

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение стратегии «Сотрудничество», об этом свидетельствуют данные из таблицы 50. Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам.

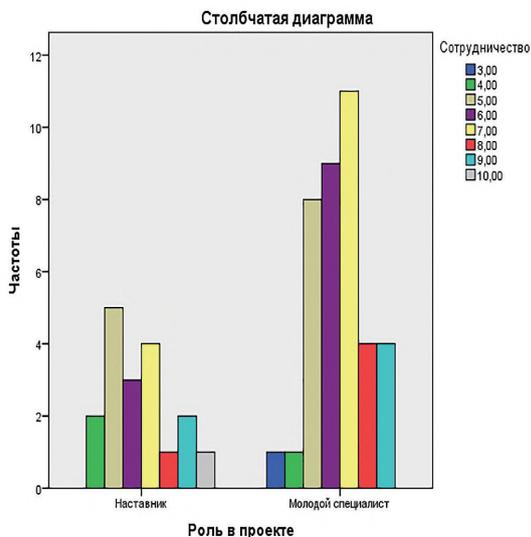


Рисунок 68. Графическое отображение для показателя «Сотрудничество» (Стратегии поведения в конфликте)

Таблица 51

Непараметрический критерий хи² для показателя «Компромисс» (Стратегии поведения в конфликте)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	7,458	8	,488
Отношение правдоподобия	8,182	8	,416
Кол-во валидных наблюдений	82		

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение стратегии «Компромисс», об этом свидетельствуют данные из таблицы 51.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:

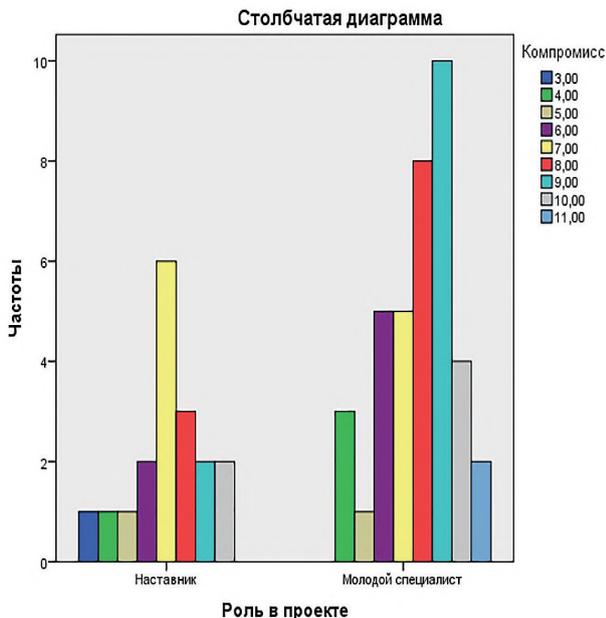


Рисунок 69. Графическое отображение для показателя «Компромисс» (Стратегии поведения в конфликте)

Таблица 52

Непараметрический критерий хи² для показателя «Избегание» (Стратегии поведения в конфликте)

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	6,307 ^a	7	,504
Отношение правдоподобия	7,512	7	,378
Кол-во валидных наблюдений	82		

По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение стратегии «Избегание», об этом свидетельствуют данные из таблицы 52.

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:

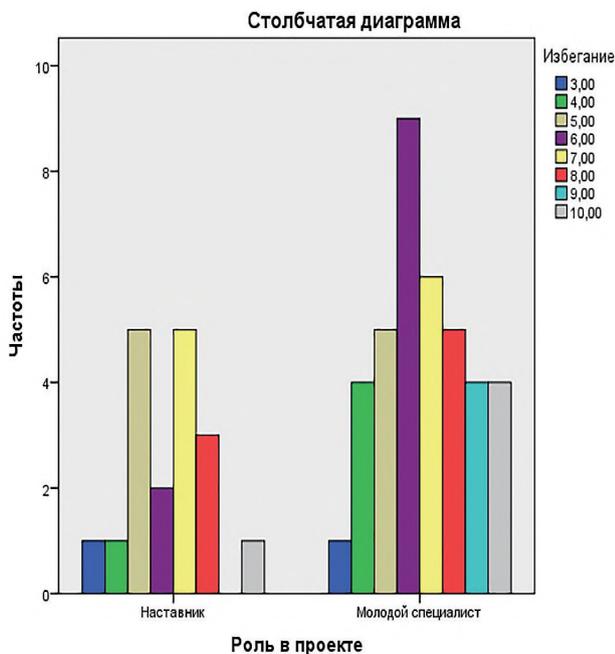


Рисунок 70. Графическое отображение для показателя «Избегание» (Стратегии поведения в конфликте)

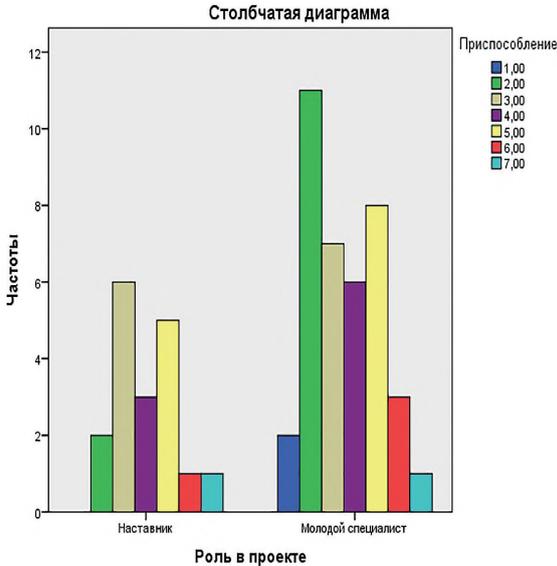
По результатам проведенного анализа можно сделать вывод о том, что роль статуса наставника или молодого специалиста не оказывает влияния на изменение стратегии «Приспособление», об этом свидетельствуют данные из таблицы 53.

Таблица 53

**Непараметрический критерий χ^2 для показателя
«Приспособление» (Стратегии поведения в конфликте)**

	Значение	Ст.св.	Асимпт. значимость (2-стор.)
Хи-квадрат Пирсона	4,421 ^a	6	,620
Отношение правдоподобия	5,170	6	,522
Кол-во валидных наблюдений	82		

Для большей наглядности построим график распределения баллов по группам:



**Рисунок 71. Графическое отображение для показателя
Приспособление (Стратегии поведения в конфликте)**

Таким образом, статус в проекте (наставник или стажер) не влияет на выбор стратегии поведения в конфликте, что говорит о необходимости дополнительных занятий по конфликтологии со стажерами и наставниками.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

1. Анализ мотивационных профилей позволяет определить следующий преобладающий мотивационный профиль наставника, а именно: профессиональный.

2. Структура мотивационного профиля наставников: преобладает профессиональный, затем инструментальный, хозяйский, патриотический и самые низкие показатели по люмпенизированному мотивационному профилю.

3. Для эффективного взаимодействия с наставниками рекомендуется применять в первую очередь такие виды стимулирования стажеров как организационные и карьерные, во вторую очередь — денежные, а на последнем месте стоят негативные.

4. Анализ мотивационных профилей позволяет определить следующий преобладающий мотивационный профиль молодого специалиста первичного звена здравоохранения, а именно: люмпенизированный мотивационный профиль.

5. Структура мотивационного профиля стажеров: преобладает люмпенизированный, затем профессиональный, хозяйский, патриотический, и самые низкие показатели по инструментальному мотивационному профилю.

6. Для эффективного взаимодействия наставников с большинством стажеров рекомендуется применять в первую очередь такие виды стимулирования стажеров как негативные: наказание, материальная заинтересованность и патернализм, а во вторую очередь — организационные и карьерные, на последнем месте стоит рекомендация применять моральные виды стимулирования.

7. В результате психологического тестирования нами были получены более высокие показатели по тесту самоэффективности у стажеров в области межличностных отношений, чем в области профессиональной деятельности.

8. Высокие показатели самоэффективности большинства наставников, принимающих участие в данном проекте, соответствует рекомендуемым социально-пси-

психологическим характеристикам к роли наставника. Полученные результаты по данной методике позволяют говорить, что практически все отобранные для участия в проекте наставники намерены достичь высоких результатов в предметной деятельности и межличностном общении.

9. По результатам психологического исследования и у молодых специалистов, и у наставников наблюдаются значимые различия показателей тревожности и профессионального выгорания между началом и концом программы. Исходя из этого можно сделать вывод о том, что прохождение программы наставничества как для стажеров, так и для наставников является эффективным и оказывает благоприятное влияние на снижение показателей уровня тревожности и показателей уровня профессионального выгорания.

10. Всё это подтверждает важность проекта и необходимость наставников для молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

11. Роль наставника, как считают молодые специалисты, хорошо может выполнять руководящее звено: заведующие отделением или иной единицей организации здравоохранения, т.к. они обладают хорошим знанием законодательства, регламентов и иных правил, которые необходимо учитывать при работе. Руководители имеют более высокий уровень ответственности, соответственно, их рекомендации или совет более надежны и могут служить защитой молодого врача в сложной или конфликтной ситуации.

12. Работа наставника должна оцениваться по результатам деятельности стажера, с этим согласны большинство респондентов (60%). В качестве критериев успешной деятельности стажера: умение описывать клинические случаи (47%), обычная документация врача (35%), отзывы о работе стажера пациентов (16%).

13. Общение стажера и наставника может осуществляться всеми возможными способами, должно быть еже-

недельным не менее 3—4 часов (52%), а также в экстренных ситуациях — по запросу стажера.

14. Отчетность стажера по практике с наставником может быть представлена в виде Дневника по практике, где фиксируются все результаты деятельности стажера, либо это те же формы отчетности, которые уже есть в медицинском учреждении. Форму отчетности стажера и наставника выбирает руководитель — работодатель.

15. Понятие врачебный «профессиональный опыт» врачи-наставники определяли как качество, которое могут оценить «экспертно». Врачебный опыт не определяется стажем работы, однако для его приобретения необходимо время работы по специальности.

16. Для врача, как считают врачи-наставники, важным является профессионализм, под которым понимают специальные медицинские знания, умения, например, применять теорию на практике, работать с медицинской документацией и работать непосредственно с пациентами.

17. Врачи-наставники отмечают, что важно учитывать фактор практической подготовки врача в вузе, которая на данный момент ухудшается, исходя из чего, медицинская подготовка молодых специалистов сильно потеряла в плане качества.

18. Реализация проекта «Наставничество» позволила выявить причины профессиональной дезадаптации молодых специалистов, такие как: страх, отсутствие практики, что объясняет недостаточную пациент-ориентированность молодого врача.

19. Наставники отмечали что, с их точки зрения, возможно влияние на формирование «правильной» мотивации молодых специалистов, а именно: формирование профессионального типа мотивации.

20. Профессиональный (врачебный) опыт набирается быстрее в первичном звене здравоохранения, об этом необходимо рассказывать и популяризировать работу на данном участке, помимо этого, получение опыта зависит от личных качеств врача, его желания учиться, посто-

янно развиваться, активно приобретать врачебный (профессиональный) опыт.

21. Наиболее проблемными с точки зрения работы оказываются те населенные пункты, где мало медицинских позиций и откуда для получения образования приходилось уезжать довольно далеко.

22. Молодые специалисты рассматривают наставничество как возможность:

во-первых, перенять опыт клинической работы,

во-вторых, получить советы и рекомендации в области назначений,

в-третьих, получить советы и рекомендации в области диагностики,

на последнем месте такие ответы, как получение советов и рекомендаций по оформлению документов и получение психологической поддержки.

23. Молодые специалисты выделили следующую иерархию профессиональных качеств врача-наставника: клиническое мышление, знание дифференциальной диагностики, умение применять теорию на практике, знание клинических рекомендаций.

24. Большинство молодых специалистов выделили следующие пробелы в своей подготовке как врача: практические навыки дифференциальной диагностики, знание клинической фармации, умение применять полученные в вузе теоретические знания на практике, знание клинических рекомендаций, отсутствие информации о специфике работы в первичном звене здравоохранения, что говорит о необходимости дополнительной подготовки стажеров и включения данных аспектов в занятия наставников со стажерами.

25. Большинство молодых специалистов первичного звена здравоохранения оценили свои практические умения и навыки в области гериатрии как средние и низкие, что говорит о необходимости дополнительной подготовки стажеров по данному профилю.

26. Большинство молодых специалистов первичного звена здравоохранения оценили свою готовность продол-

жать работу с пожилыми людьми как среднюю, что говорит о необходимости дополнительной подготовки стажеров по данному профилю.

27. Работа в первичном звене рассматривается большинством молодых специалистов как «тяжелая и обязательная, но необходимая ступень» на пути профессионального становления.

28. Имеются значимые отличия между наставниками и молодыми специалистами по трем показателям: эмоциональное истощение (показатель профессионального выгорания), ситуативная тревожность (показатель тревожности): эмоциональное истощение преобладает у наставников, а ситуативная тревожность преобладает у стажеров.

29. Интегральный показатель профессионального выгорания молодых специалистов соотносится как высокий и средний уровень. Это говорит о необходимости сопровождения молодых специалистов наставниками в их профессиональной деятельности и организации профилактических мероприятий по предупреждению возникновения синдрома профессионального выгорания среди молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

30. Личностная и ситуативная тревожность молодых специалистов после прохождения программы наставничества снизилась в среднем на 1 балл, что является значимым различием. В интервью стажеры объясняют снижение своей тревожности наличием рядом наставника и его профессиональной и личностной поддержкой.

31. У наставников наблюдается более высокий уровень эмоционального истощения. Также для большинства наставников по сравнению с молодыми специалистами большую цену представляет содержание труда.

32. У стажеров в начале проекта наблюдался более высокий уровень ситуативной тревожности, они более интенсивно реагировали на возникающие в профессиональной деятельности типичные события. Однако в конце проекта наставничества уровень ситуативной тревожно-

сти снизился, это говорит об эффективном влиянии проекта на профессиональную деятельность молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

33. Интегральный показатель профессионального выгорания молодых специалистов составляет: высокий уровень — 35% и средний уровень — 37%, что говорит о необходимости сопровождения молодых специалистов наставниками в их профессиональной деятельности и организации профилактических мероприятий по предупреждению возникновения синдрома профессионального выгорания среди молодых специалистов первичного звена здравоохранения.

34. По результатам проведенного исследования можно сделать вывод о том, что программа наставничества благоприятно отразилась на уровне профессионального выгорания молодых специалистов. Об этом свидетельствуют значимые различия между замерами перед внедрением проекта «Наставничество» и после завершения проекта.

35. Интересным является тот факт, что проект «Наставничество», влияет благоприятно на социально-психологические особенности личности самих наставников, что нашло свое подтверждение в данных социологического и психологического исследований.

36. Наставничество можно рассматривать как эффективную технологию адаптации молодого специалиста первичного звена здравоохранения на рабочем месте.

37. Необходимо формировать профессиональную и социально-психологическую готовность молодых специалистов для работы в первичном звене здравоохранения с людьми пожилого и старческого возраста.

РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Региональным органам исполнительной власти в сфере здравоохранения:

1.1 Уделять особое внимание формированию профессиональной идентичности специалистов первичного звена здравоохранения и их мотивационным потребностям с учётом возрастно-индивидуальных особенностей.

1.2 Уделить повышенное внимание населённым пунктам, наиболее проблемным с точки зрения обеспечения работой молодых специалистов, откуда для получения образования молодое население выезжает на другие территории.

1.3 В связи с тем, что профессиональные потребности молодых специалистов связаны с такими аспектами как: прохождение специализации (64%), продолжение обучения (53%), рекомендуется рассмотреть возможность помощи в удовлетворении образовательных потребностей стажеров с целью их возвращения на свои рабочие места.

1.4 Поднимать престиж врача-наставника, престиж деятельности врача первичного звена здравоохранения — особенно тех, которые работают в гериатрии и проживают в небольших населённых пунктах.

1.5 Проводить социально-психологическую диагностику специалистов первичного звена здравоохранения: наставников и стажеров не менее 2-х раз в год. В качестве инструментария могут быть использованы уже апробированные психологические методики, а также разработанные нами авторские социологические гиды-опросники интервью и анкета для стажеров.

1.6 В качестве врачей-наставников рекомендовать врачей, обладающих следующими социально-психологическими характеристиками: высокие показатели профессионального и инструментального типов трудовой мотивации, высокие показатели самооффективности в предметной деятельности и межличностном общении, низкий и средний уровни профессионального выгорания,

низкий и средний уровни ситуативной и личностной тревожности, преобладание в поведении стратегий сотрудничества и компромисса.

1.7 В качестве врачей-наставников рекомендовать врачей, которые имеют большой опыт клинической работы, а вот стаж работы врача-наставника менее значим для молодого специалиста, чем опыт его профессиональной деятельности.

1.8 Разработать программу мотивации молодых специалистов, особо уделяя внимание формированию профессиональной идентичности молодых специалистов, карьерным перспективам, материальным стимулам, нематериальным мотивационным факторам.

1.9 Разработать Дневник практики стажера (молодого специалиста первичного звена здравоохранения), в котором предположительно должны быть следующие разделы: описание клинических случаев, в которых принимал участие стажер, оценка анализа клинических случаев, в которых принимал участие стажер, отзывы о работе стажера пациентов и наставника, а также отзыв самого стажера о своей работе.

1.10 Рекомендовать оценивать деятельность врача-наставника по результатам деятельности стажера. Критериями оценки являются: умение стажера описывать и анализировать клинические случаи, умение вести медицинскую документацию, умение проявлять эмпатию в общении с пациентами, снижение уровня ситуативной тревожности, снижение уровня выгорания, преобладание в поведении стажера стратегий сотрудничества и компромисса, отзывы пациентов на работу стажера, отзывы стажера на работу наставника.

1.11 Систематически проводить «мастер-классы взаимодействия» с администрацией медицинских организаций, наставниками (такие как: навыки бесконфликтного общения с пациентами пожилого возраста, особенности взаимодействия с пациентами пожилого возраста и другие, касающиеся специфики лечения пожилых пациентов).

2. Администрации медицинских организаций:

2.1 Проводить социально-психологическую адаптацию молодых специалистов первичного звена здравоохранения с привлечением специально-подготовленного наставника.

2.2 Использовать выводы, полученные в ходе проведения качественного исследования и позволяющие определить социально-психологический портрет успешного врача-наставника.

2.2 Совместно с врачами-наставниками организовать дополнительные занятия со стажерами по профилю «гериатрия» для формирования готовности работать с пожилыми пациентами, а также не допускать проявления эйджизма в общении с пожилыми пациентами.

2.3 При работе с молодыми специалистами учитывать следующую иерархию потребностей молодых специалистов первичного звена здравоохранения: хорошая зарплата, перспектива карьерного роста, семья, обучение, субсидии на жилье, интересные трудовые задачи, патриот родного края. Следует отметить, что полученные данные социологического опроса совпадают с результатами психологического исследования, а именно: преобладание люмпенизированной трудовой мотивации у стажеров.

2.4 В процессе взаимодействия наставников со стажерами применять в первую очередь такие виды стимулирования трудовой мотивации стажеров: материальная заинтересованность и патернализм, а во вторую очередь — организационные, карьерные, на последнем месте — моральные виды стимулирования.

2.5 В процессе взаимодействия администрации медицинского учреждения с наставниками применять такие виды стимулирования трудовой мотивации врачей-наставников как: в первую очередь, организационные, карьерные и моральная заинтересованность, во вторую очередь — денежные.

3. Наставникам:

3.1 Уделить особое внимание на формированию профессиональной трудовой мотивации стажеров, а также обсуждать методы стимулирования трудовой мотивации стажеров в зависимости от типа трудовой мотивации с руководителем.

3.2 Знать и владеть методами стимулирования стажеров в зависимости от типа трудовой мотивации.

3.3 Развивать коммуникативную компетентность.

3.4 Повышать квалификацию специалистов не только по медицинским дисциплинам, но и по психолого-педагогическим основам высшего медицинского образования. При этом важно уделять особую роль формированию и развитию педагогических навыков, технологиям обучения и воспитания молодых специалистов первичного звена здравоохранения и формированию у них профессионального и патриотического типов трудовой мотивации.

4. Стажерам:

4.1 Для формирования готовности работать с пожилыми пациентами прослушать курс лекций и практических занятий по профилю «гериатрия».

4.2 Уделять большее внимание психологической составляющей в общении с пациентами пожилого и старческого возраста, не допускать проявления эйджизма в общении с пожилыми пациентами.

4.3 Включаться в большие профессиональные сообщества через мероприятия: программу «Наставничество», а также форумы, конференции.

4.4 Развивать свою профессиональную идентичность и сопричастность к профессиональному сообществу.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Гид-опросник глубинного интервью для молодых специалистов (стажеров), начало проекта

<i>Блок 1. Знакомство</i>	
0—3 минуты	<p>Добрый день! Меня зовут (Имя), я представляю проект (Название) и звоню Вам как участнику программы стажировок молодых врачей с наставниками, чтобы задать несколько вопросов о предстоящей работе в рамках клинической практики. Целью данного интервью является выявление представлений обеих сторон-участниц практики о целях, специфике и особенностях данного вида практического обучения врача, выявление взаимных ожиданий, мотивации сторон и ряда других вопросов. Предполагаемый результат исследования — выявление проблемных зон и совершенствование организации практической подготовки врачей. Есть ли у Вас какие-либо вопросы по этой части? Наш разговор займет порядка 40 минут. Желательно, чтобы Вас в это время не отвлекали другие дела. Готовы ли Вы уделить нам это время?</p> <p>Также я попрошу разрешения записывать интервью, это нужно для исследовательской работы. Мы гарантируем, что запись не будет использована иными способами — не будет публиковаться полностью или частично</p>

Продолжение таблицы

<i>Блок 1. Знакомство</i>	
	в любых СМИ и медиа, запись остается полностью конфиденциальной, ее смогут прослушивать только исследователи — участники проекта, а в отчете высказывания не будут иметь авторства, и Ваши личные данные нигде не будут раскрываться. Если есть какие-либо вопросы по конфиденциальности, задайте их, пожалуйста.
<i>Блок 2. Видение профессии молодым врачом</i>	
3—8 минут	Какими профессиональными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения? Какими личными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения? Что Вы считаете важным в работе врача?
8—12 минут	Какие условия Вам нужны для успешной работы? Что Вас мотивирует работать в сфере первичного звена здравоохранения? Что Вас мотивировало приехать в регион? Какие условия Вас устроят, чтобы здесь остаться? Как Вы видите свои профессиональные перспективы?
12—15 минут	Какие сильные стороны в своей подготовке как врача Вы можете отметить? Какие недостатки есть в той подготовке, которую Вы получили?
<i>Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником</i>	
15—20 минут	В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения? Что Вы от нее ожидаете? Как бы Вам хотелось использовать это время?

<i>Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей, ожидания от практики с наставником</i>	
	<p>Какие проблемы практической подготовки врачей может решить система наставничества? В чем Вы видите потенциал наставничества?</p> <p>Какие проблемы практической подготовки врачей НЕ может решить система наставничества? В чем Вы видите слабость системы наставничества?</p>
20—23 минуты	<p>Кто, как и когда должен становиться наставником молодого врача?</p> <p>Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник?</p> <p>Какими личными качествами должен обладать врач-наставник?</p>
<i>Блок 4. Организация практики с наставником</i>	
23—27 минут	<p>Как, по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю?</p> <p>Какие средства коммуникации возможно использовать?</p> <p>На какие вопросы врач-наставник должен отвечать и НЕ должен отвечать?</p> <p>Какого рода помощь предоставлять или НЕ предоставлять?</p>
27—30 минут	<p>Какая система документации по практике должна быть?</p> <p>Как должна оцениваться работа/эффективность наставника?</p>
<i>Блок 5. Дополнительное обсуждение</i>	
30—33 минуты	<p>Есть ли какие-то вопросы/проблемы, которые мы не затронули в беседе, но Вам бы хотелось сказать об этом?</p>
<i>Блок 6. Заключение</i>	
33—35 минут	<p>Благодарим за участие в исследовании! Ваш вклад очень важен для совершенствования системы подготовки врачей.</p> <p>Если у Вас остались вопросы или Вы хотите что-то добавить к сказанному, Вы можете сейчас это сделать.</p>

**2.1. Гид-опросник глубинного интервью
для наставников, начало проекта**

<i>Блок 1. Знакомство</i>	
0—3 минуты	<p>Добрый день! Меня зовут (Имя), я представляю проект (Название) и звоню Вам как будущему наставнику врача-стажера, чтобы задать несколько вопросов о предстоящей работе наставника и стажера в рамках клинической практики. Целью данного интервью является выявление представлений обеих сторон-участниц практики о целях, специфике и особенностях данного вида практического обучения врача, выявление взаимных ожиданий, мотивации сторон и ряда других вопросов. Предполагаемый результат исследования — выявление проблемных зон и совершенствование организации практической подготовки врачей. Есть ли у Вас какие-либо вопросы по этой части? Наш разговор займет порядка 40 минут. Желательно, чтобы Вас в это время не отвлекали другие дела. Готовы ли Вы уделить нам это время? Также я попрошу разрешения записывать интервью, это нужно для исследовательской работы. Мы гарантируем, что запись не будет использована иными способами — не будет публиковаться полностью или частично в любых СМИ и медиа, запись остается полностью конфиденциальной, ее смогут прослушивать только исследователи — участники проекта, а в отчете высказывания не будут иметь авторства, и Ваши личные данные нигде не будут раскрываться. Если есть какие-либо вопросы по конфиденциальности, задайте их, пожалуйста.</p>
<i>Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения</i>	
3—8 минут	<p>Какими профессиональными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?</p>

Продолжение таблицы

<i>Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения</i>	
	Какими личными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?
8—12 минут	Когда в больницу/поликлинику приходят молодые врачи, только что закончившие обучение, какие сильные стороны в их подготовке Вы видите? Когда в больницу/поликлинику приходят молодые врачи, только что закончившие обучение, какие проблемы в их подготовке Вы видите?
12—15 минут	Как, по-Вашему, можно усовершенствовать практическую подготовку врачей во время обучения в вузе?
<i>Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей</i>	
15—20 минут	В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения? Какие проблемы практической подготовки врачей система наставничества может решить? В чем Вы видите потенциал наставничества? Какие проблемы практической подготовки врачей система наставничества НЕ может решить? В чем Вы видите слабость системы наставничества?
20—23 минуты	Кто, как и когда должен становится наставником молодого врача? Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник? Какими личными качествами должен обладать врач-наставник?
<i>Блок 4. Условия, необходимые наставнику для ведения практики</i>	
23—28 минут	Что Вас убеждает принимать участие в программах подготовки врачей как наставник? Какие плюсы для себя Вы находите в программе?

Окончание таблицы

28—30 минут	Какие условия Вам необходимы, чтобы вести обучение как наставник? Как Вы считаете, какие условия необходимо предоставить врачам, чтобы мотивировать их на участие в программах наставничества?
30—33 минуты	Какие препятствия Вы видите тому, чтобы наставничество было эффективным средством подготовки молодых врачей? Какие еще, незатронутые нами в беседе проблемы практической подготовки врачей имеются? Каковы, по-Вашему, пути решения этих проблем?
<i>Блок 5. Организация наставничества</i>	
33—35 минут	Какие требования предъявляются к молодым врачам, выходящим на практику? Какие критерии оценивания молодых врачей в ходе практик Вы можете предложить?
35—38 минут	Как по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? Какие средства коммуникации возможно использовать? На какие вопросы врач-наставник должен отвечать и НЕ должен отвечать? Какого рода помощь предоставлять или НЕ предоставлять?
38—42 минуты	Какая система документации по практике должна быть? Как должна оцениваться работа/эффективность наставника?
<i>Блок 6. Дополнительное обсуждение</i>	
42—45 минут	Есть ли какие-то вопросы/проблемы, которые мы не затронули в беседе, но Вам бы хотелось сказать об этом?
<i>Блок 7. Заключение</i>	
45—50 минут	Благодарим за участие в исследовании! Ваш вклад очень важен для совершенствования системы подготовки молодых врачей. Если у Вас остались вопросы или Вы хотите что-то добавить к сказанному, Вы можете сейчас это сделать.

2.2. Гид-опросник глубинного интервью для наставников, окончание проекта

<i>Блок 1. Знакомство</i>	
0—3 минуты	<p>Добрый день! Меня зовут (Имя), я представляю проект (Название). Полгода назад мы разговаривали на тему организации наставничества в вашем медицинском учреждении. Сейчас хотелось бы узнать о реальном опыте хода реализации программы. Вопросы будут похожими, а часто — повторять вопросы предыдущего опроса. Целью данного интервью является выявление изменения представлений участников практики о целях, специфике и особенностях данного вида практического обучения врача, выявление взаимных ожиданий, мотивации сторон и ряда других вопросов.</p> <p>Есть ли у Вас какие-либо вопросы по этой части? Наш разговор займет порядка 30—45 минут. Желательно, чтобы Вас в это время не отвлекали другие дела. Готовы ли Вы уделить нам это время? Также я попрошу разрешения записывать интервью, это нужно для исследовательской работы. Мы гарантируем, что запись не будет использована иными способами — не будет публиковаться полностью или частично в любых СМИ и медиа, запись остается полностью конфиденциальной, ее смогут прослушивать только исследователи — участники проекта, а в отчете высказывания не будут иметь авторства, и Ваши личные данные нигде не будут раскрываться. Если есть какие-либо вопросы по конфиденциальности, задайте их, пожалуйста.</p>
<i>Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения</i>	
3—8 минут	<p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение о том, какими профессиональными качествами должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?</p>

Продолжение таблицы

<i>Блок 2. Общие требования к врачу — специалисту первичного звена здравоохранения</i>	
	Скажите, изменилось ли Ваше мнение о том, какими личными качествами, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?
8—12 минут	Скажите, изменилось ли Ваше мнение о качестве полученного медицинского образования, сильных сторонах подготовки молодых врачей, только что закончившие обучение и пришедшие на работу в больницу/поликлинику? Скажите, изменилось ли Ваше мнение о том, какие есть проблемы в подготовке молодых врачей, только что закончивших обучение и пришедших на работу в больницу/поликлинику?
12—15 минут	Скажите, изменилось ли Ваше мнение о том, как можно усовершенствовать практическую подготовку врачей во время обучения в вузе?
<i>Блок 3. Потенциал наставничества в подготовке врачей</i>	
15—20 минут	Скажите, изменилось ли Ваше мнение о роли наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения спустя полгода с момента реализации проекта? Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о возможностях технологии наставничества в решении практической подготовки врачей? В чем Вы видите потенциал наставничества сейчас, спустя полгода с момента реализации проекта? Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие проблемы практической подготовки врачей система наставничества НЕ может решить? В чем Вы видите слабость системы наставничества сейчас, спустя полгода с момента реализации проекта?

Продолжение таблицы

20—23 минуты	<p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, кто, как и когда должен становиться наставником молодого врача?</p> <p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник?</p> <p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какими личными качествами должен обладать врач-наставник?</p>
<p><i>Блок 4. Условия, необходимые наставнику для ведения практики</i></p>	
23—28 минут	<p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, что Вас может убедить принять участие в программах подготовки врачей как наставник?</p> <p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие плюсы для себя Вы находите в программе?</p>
28—30 минут	<p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие условия Вам необходимы, чтобы вести обучение как наставник?</p> <p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие условия необходимо предоставить врачам, чтобы мотивировать их на участие в программах наставничества?</p>
30—33 минуты	<p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие существуют препятствия эффективности реализации наставничества как средства подготовки молодых врачей?</p> <p>Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие еще, незатронутые нами в беседе, проблемы практической подготовки врачей Вам</p>

	удалось обнаружить в ходе практики? Каковы, по-Вашему, пути решения этих проблем?
<i>Блок 5. Организация наставничества</i>	
33—35 минут	Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, какие требования надо предъявлять к молодым врачам, выходящим на практику? Какие критерии оценивания молодых врачей в ходе практики Вы можете предложить, спустя полгода с момента реализации проекта?
35—38 минут	Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? Какие средства коммуникации со стажером Вы использовали и какие средства коммуникации Вы можете рекомендовать для эффективной работы со стажером? Скажите, изменилось ли Ваше мнение спустя полгода с момента реализации проекта о том, на какие вопросы врач наставник должен отвечать и НЕ должен отвечать? Какого рода помощь предоставлять или НЕ предоставлять?
38—42 минуты	Спустя полгода с момента реализации проекта скажите, какая система документации по практике стажёра должна быть? Спустя полгода с момента реализации проекта скажите, как должна оцениваться работа/эффективность наставника?
<i>Блок 6. Дополнительное обсуждение</i>	
42—45 минут	Есть ли какие-то вопросы/проблемы, которые мы не затронули в беседе, но Вам бы хотелось сказать об этом?
<i>Блок 7. Заключение</i>	
45—50 минут	Благодарим за участие в исследовании! Ваш вклад очень важен для совершенствования системы подготовки молодых врачей. Если у Вас остались вопросы или Вы хотите что-то добавить к сказанному, Вы можете сейчас это сделать.

Приложение 3

Примеры интервью с врачом-наставником

Код интервью: N-000

Дата: NN.NN.2021

[00:00:00] Разрешаем. Ну что начнем. Начнем. Посмотрим, что получится.

[00:00:11] Для начала у меня к Вам вопрос: как Вам кажется, какими профессиональными качествами должен обладать врач специалист первичного звена здравоохранения?

[00:00:23] Какими качествами и личными профессиональными. Ну да.

[00:00:28] Значит, ну, во-первых, он должен, должен обладать терпением.

[00:00:42] На самом деле должно быть так. Потому что пациенты разные бывают. И иногда приходится их выслушивать, понимать еще что, да, что пациент больной. То есть ему нужна помощь. Действительно, они, бывает иногда, даже не то что ну скажем так агрессивно настроенными иногда. Сейчас, во-первых, очень все пестрит в интернете, они читаются и смотрятся, то есть они знают больше врачей. То есть иногда приходит и приходится к ним новую слушать, наверное, выслушать и доказать, что мы действительно больше знаем. Есть поэтому терпение обязательно должно быть. Потом должно быть.

[00:01:40] Качество какое.

[00:01:43] Да еще уметь выслушать, уметь настоять. Что еще мы можем.

[00:01:55] Добрым быть, во-первых, грамотным обязательно.

[00:01:59] То есть постоянно повышать свой уровень знаний, учиться. Сейчас у нас как бы эта возможность есть.

[00:02:10] Ну и еще много, много всего.

[00:02:15] Не знаю я пока, еще пока в студии. У первого меня интервью, поэтому может потом дальше пойдет лучше, не знаю.

[00:02:24] Как-то думал так. Главное, чтобы вам было комфортно.

[00:02:31] Потом сейчас пойдём сейчас пойдём, пойдём.

[00:02:34] Может, я разговариваю сейчас, может быть, что-то еще вам вспомнят, а дальше посмотрим.

[00:02:42] Когда в больницу, в поликлинику приходят врачи, которые только-только закончили институт. Какие сильные стороны в их подготовке вы видите?

[00:02:55] Но их сейчас больше учат теории. То есть, допустим, когда училась я. То есть у нас больше было все равно практики на последних курсах, сейчас, с их слов, тоже.

[00:03:06] Значит, у них больше идет теории практике. Они приходят на Первичное звено, и в принципе сложности возникают. То что. Как. Да, как вести прием. Медицина не стоит на месте, правильно. Все усовершенствования, вроде бы делаю, хочу сделать лучше для медиков для пациентов. Но действительно все программы эти сырые. Я НЕ знаю, как у вас там в Москве, у нас в регионах это, конечно, намного сложнее. Программа НЕ работает, нужно научиться, во-первых, общаться правильно с пациентом: как вести прием, они приходят в принципе тоже такой скажу сырой. То есть они НЕ знают, как это, ведь НЕ то что пришел в стационаре, то есть где ты можешь этап прошел, допустим, обход сделал, а потом сел что-то почитал где-то. А здесь мы прямо работает на живом. То есть кто с чем придет. Это очень сложно. Вот если действительно у нас тем более. Вот пришли недавно два. Вот у меня полная программа старались помочь подсказать как-то уходит не только молодые, но и пожилой. Правильно, люди тоже им нужно уделить время. И, допустим, сейчас нас ограничивают во времени. То есть мы должны, допустим, определить, как пятнадцать минут мы, допустим, возьмем на первичный осмотр, 7 минут — на повторных. Но каждому пациенту нужно уделить

время, одному — 40 минут, другому, допустим, — 7 минут можно разделить. Поэтому здесь тоже как бы ему сложно-вато это все было. Но я так думаю, что у меня получилось. То есть вот они сейчас уже несколько месяцев у нас работают, и два молодых человека, то есть два молодых врача. И я считаю, что они справляются. Поэтому будем двигаться дальше.

[00:05:34] Есть ли какие-то слабые стороны в их подготовке? Начинал говорить немножко о том, как будто у них нету. Практику они приходят такой тонкий, но мы весь зеленый приходит.

[00:05:46] Но я считаю, что в первичном звене приходит гораздо сложнее, чем, допустит, на статусе. Допустим, куда-то врачом стационарного отделения. Поэтому здесь нужно и вызвать, обслужить и тоже, опять же, идет и НЕ знает, куда идет. Поэтому для них, я думаю, что было сложновато. В том что приходит, НЕ знаю во-первой, куда ты идешь, что тебя буду показать, подробные требовать, а когда теория уже сейчас практика у них уже есть, работа более менее. То есть они как-то так стараются. Я считаю, что они справляются. Но вот эта слабая сторона, когда приходит именно больше теории. И эту теорию нужно как-то.

[00:06:40] Использовать на практике НЕ всегда сразу получается, но я считаю, что получилось это очень хорошо, получается задуманное. Есть у вас какое-то идея. Может быть, наработки, и вот вы говорили о том, что у вас получается обучать, как можно в целом усовершенствовать вот эти подготовить врачей в вузе для того, чтобы в дальнейшем было меньше сложностей.

[00:07:13] Как вам кажется, ничего не решат победить.

[00:07:16] Д а. То есть я считаю, что в институтах да вузах нужно больше практики, все равно у них есть, но НЕ в таком объёме, как раньше было.

[00:07:28] С их слов мы разговариваем. То есть у них практики в основном сейчас идут кинах. Кинах тоже неплохо могут, когда, допустим, ходили на практику, у нас были живые пациенты, так скажем, значит, мы

практиковали нам тоже. Преподаватели дают пациента мы им занимаемся. То есть сейчас такого, конечно, нет. Спрашивают разрешения же пациента. То есть если пациент НЕ хочет, так, как правило, пациенты всегда у них страх какой-то перед студентами. И поэтому чаще всего они НЕ дают разрешения чтобы их студент, ну скажем, тогда студент вел, у нас раньше немножко все по-другому. Поэтому я предложение денег: чтобы больше практика в институтах в вузах.

[00:08:21] На себя двигаемся дальше. Не хочет.

[00:08:27] Давайте дальше, Вам видится роль наставника для таких молодых специалистов? Чем оно может быть полезным для них?

[00:08:39] Но я сейчас еще раз повторяюсь, но роль останусь. Сторонники вообще должны быть. Я считаю, что должны быть. Потому что даже пусть, скажем, что-то у нас там не было. Есть у меня еще должность, помимо того, что я участковый терапевт, у меня заведующий террористический террористотделением. Поэтому когда к нам новая врач приходит, первичное звено то есть даже если он занимался чисто.

[00:09:08] Здесь, но я считаю, что это необходимо, потому что когда человек приходит. Куда то на новое место работы это всегда страшно.

[00:09:23] Но вот действительно я даже просто по себе скажу: я НЕ знаю, как у меня молодые врачи себя ощущали, но я думаю, то же самое испытывали, когда я пришла на работу. Я не знала, куда мне обратиться, но действительно просто меня из стационара первичное звено сразу попросили подрабатывать там. Тут я пришла, мне опять навыки как, я сейчас повторяюсь, навыки теории были больше. И ведь каждый случай индивидуален. То есть нет такого, когда мы учим по учебнику классическая ситуация. Допустим, возьмем к нему не возьмем критерий что-то такое. То есть у КАЖДОГО пациента это индивидуально и каждому нужно, например, этот препарат можно назначить, этот нельзя. Опять же нам то, что

давали в институте, мы по классическому учили. И я приходил и думал: надо так так, так а потом раз — вроде этого пациент это не надо, потому что у него есть другие сопутствующие заболевания. И тут опять же у меня я просила помощи своих коллег, у которых был опыт, и они мне тоже помогали. Но это уже было сухо там прошло лишь 16, наверно, поэтому я тоже считаю, что придя и первый раз когда на прием. То есть здесь нужна помощь наставника, потому что очень тяжело просто самому это сразу все окунуться во все зрители. Нет такого, что разгон, какое-то обучение. То есть это все как бы есть, но когда садишься уже сам и отвечаешь за каждого пациента сам. Поэтому здесь, я считаю, что помощь наставников все равно нужно.

[00:11:17] Исходя из этого, как Вам представляются, какие проблемы подготовки может решить наставник число, а какие нет?

[00:11:27] Какие проблемы.

[00:11:31] Недостатки практики допустимая проблема.

[00:11:36] Это да. Ну и опять же скажем, что практики мало, но все равно даже, как скажем, недостаток был у нас много практики, допустим, в мое время было много практики, но я все равно пришла, и мне все равно нужна была помощь наставника, потому что мы все здесь вроде бы и коллегиально, да. То есть мы знаем, что у нас преподаватель, допустим, нас страхует, еще что-то. А когда уже приходит самостоятельно работать, все равно здесь нужна помощь. И ты уже немножко будешь по-другому относиться уже к той помощи. Потому что когда к нам приходят карты, они немножко относятся к этому легкомысленно. То есть когда они приходят врачами, они уже немножко по-другому воспринимают вот это то, что мы им помогаем. То есть их обучаем. А какие еще проблемы. Но если человек заинтересован, если человек сам врач заинтересован в этой помощи недостаточно. То есть это будет на пользу. Если же он будет незаинтересован, то

есть ему этого не надо будет, да. То есть он пришел, то есть ему сейчас нужно обязательно в первичном звене отработать. То есть если он знает, что у него промежуточные ему то не надо. То есть здесь любое сотрудничество, то есть это бесполезно. То есть там хоть подсказывали, хоть учить, хоть помогают ему, то не надо ему так и не надо будет. Но опять же я говорю не про своих наставников. Для меня наставники достаточно ненормальные наставники молодые врачи.

[00:13:22] Я понимаю, что вы сами выбирали для себя молодых врачей.

[00:13:29] Но вы сейчас видите, как у нас это все организовала. Да. Поэтому я даю о себе двух врачей, взяла молодых врачей, и с ними веду работу.

[00:13:41] Поэтому как-то стараюсь с ними на приеме посидеть, стараюсь стоять, если тут успеваю. А так все в основном мы собираемся уже после приемов, обсуждаем все эти вопросы. Если уж там у них какие-то вопросы возникают. Бывает так, что они уедут на вызов, допустим, вопросы какие-то такие возникают. Мы обсуждаем, подсказываем как надо.

[00:14:14] Скажите пожалуйста, как Вам представляется наставник, какой он, его образ? Кто в какой момент может стать наставником?

[00:14:27] Наставником. Но я думаю, во-первых, нужно опытный, но я так скажем как я. Во-первых, тоже должен быть опыт у врача наставником, правильно он должен какой-то уже опыт набрать, стаж должен быть большой. Постоянно какое-то проходить обучение, чтобы мы могли что-то показать и уметь выслушать.

[00:15:07] Потому что до этого большое дело иногда настоять на своем. Потому что они приходят. И их, конечно, нужно выслушать, их мнение, во-первых, но иногда даже и настоять на своем, что-то что им подсказать правильно.

[00:15:27] Но они, как правило, прислушиваются. Пока вроде ходит вопрос, а как вам представляется, какой он?

[00:15:40] Кто может стать наставник, если он обладает сказал.

[00:15:47] Потом значит, что должен быть веселым, должен быть обязательно веселым, чтобы разрядить обстановку в наше время. Значит, что еще должна быть уравновешенный. Наверное, я так думаю спокойно, это все в одном слове есть. Каким еще должен быть.

[00:16:13] Уметь?

[00:16:16] Уметь общаться, наверно, да. То есть находить как-то общий язык.

[00:16:23] Что еще?

[00:16:26] Таким он должен быть, каким он еще может быть, чтобы умел подсказать, да постоянно был на связи, поэтому так нами такого бы, наверно, такого я вижу наставника.

[00:16:41] Насколько я слышал, у вас уже сложилось какое-то общее представление о целом наставнике чувстве, и видятся ли Вам сейчас какие-то недостатки в этой системе, какие-то недоработки, которые хочется закрыть, усовершенствовать.

[00:17:01] Так крутиться совершенствовать. Но может кто-то и хочет сам. Но сейчас вот так сразу. Я, в принципе, ответить, наверно, не смогу, но доработки можно было какие-то внести. Хочу внести, что он приходит в не дословно смотрите какая-то информация, да я им тоже всегда даю, допустим, почитать. То есть здесь информация у нас, доступ к нам здесь все. Так что недостатки какие-то. Но недостатки они всегда же есть какие-то. Но сейчас я, если честно, мне сейчас могут сказать, какие недостатки надо подумать. У нас же будет диалог.

[00:17:47] Когда-нибудь повторное интервью. А во-вторых, вы всегда можете к нам обратиться, поделиться чем-то, спросить.

[00:17:58] Вот я напишу, подумаю о недостатках еще, ладно? Потому что сейчас так сразу я не могу. Сейчас вроде да. По-моему, сейчас мы сейчас пока так мучить,

и они учатся вот это вот так, как там будет. Посмотрим, какие у нас недостатки.

[00:18:18] А как Вам представляется, получается, сейчас проект только начинается. Минимум как первопроходцем. Что вы можете сделать первопроходцем наставники? Как вам представляется?

[00:18:37] Что я могу сделать? Что я могу сделать, то что я могу делать, я уже делаю.

[00:18:46] Обязательно, обещаю.

[00:18:50] Вы, наверное, тоже ведь у них будете интервью брать, да молодых врачей не молодых специально, не у всех 11 регионов 11 человек мы берем там всего молодых специалистов.

[00:19:09] Около ста человек. Около ста, наставников 20 и молодых специалистов около 100.

[00:19:17] Ну, все понятно. А то хотелось сказать, ему-то вроде дали заявок. То есть как бы он рассказал, как у нас тоже тут. Ну ладно, он тоже расскажет. Ну что. Ну в, принципе, как мы первопроходцев начинаем.

[00:19:36] И я вроде как стараюсь и обучать, давать им какую то информацию. Опять же помогаю им в их возникающих вопросах. Повторюсь, сидим даже на приемах с ними, присутствую, но вызовы, конечно, с ними не езжу, потому что нет возможности у меня, не то что уже идут и вызова, но на телефоне я всегда с ними.

[00:20:03] Поэтому когда они возникают, разбираемся, разбираем такие сложные случаи, т.е. садимся втроем, мы обычно садимся, разбираем сразу, то есть возникают какие-то вопросы. Поэтому пока начало. Поэтому мы тоже учимся. И они тоже учатся с нами. Но в общем, как-то так пока, потом в следующем интервью я, может, уже примерно представлять, какие вопросы будут, потому что даже не представляю, какие вопросы будут отвечать, про какую-то вызывала для нас чуть ли не миновать вам с боем. Да-да-да-да. Завтра тоже буду спрашивать, потому что там тоже есть наставники, с которыми будут связываться. Хотя, примерно расскажу первое.

[00:20:55] Вот завтра будет с кем-то. Петрова Елена Борисовна будет завтра. Да. Сегодня у нас с Кировской областью есть база.

[00:21:10] Она тоже сильно переживает. Я тут получил, что я первая, поэтому я завтра спокоен.

[00:21:17] Вопрос цели, у вас экзамены в Москве с целью узнать Ваше мнение, и Ваше мнение совершенствовать систему, чтобы было и продуктивно, и удобно.

[00:21:28] То есть мы даже не врачи, я — психолог Кира Геннадьевна, которая с Вами связывалась, тоже психолог, а психологи все ясно. А мы сидим, как на экзамене говорим, ну, я не знаю, чего там спрашивать, под центр расскажу.

[00:21:48] Нам просто важно знать Ваше мнение для того, чтобы проект был более эффективным.

[00:21:54] Но может, в следующем интервью я более раскованно буду, ладно.

[00:22:00] Так что возможно, так понимаю, что Вы еще уже начали выполнять.

[00:22:06] Я мельком смотрел тест на то, что я ответила, там три теста было дан на три текста теста. И, кстати, знаете, третий тест вообще этот, но сложный. То есть не то, нет, не то что сложный. Сидел, разбирал, и найдены ответы. Можно рассмотреть в разной ситуации по-разному. То есть я сидел, но я смотрю, там они повторяются. Это третий тест. Они повторяются. И вот я сижу у каждой ситуации. Допустим, можно рассмотреть эту ситуацию, я могу так ответить на эту ситуацию так ответить. Я хотел сказать про конфликты чего-то. Да-да-да-да-да-да.

[00:22:50] Как я себя по виду. И в каждой ситуации там можно в принципе рассмотреть. Я могу так ответить, могу так ответить. То есть вот я сижу и говорю, вот если эту ситуацию взять. То есть я так поступил из такой ситуации так.

[00:23:03] Ну ладно. Поэтому уточнение, как вы чаще всего себя ведете. Поэтому понятно, что в зависимости от ситуации можете по-разному себя вести. Брать

какое-то процентное соотношение бывает чаще, потому что все равно у людей есть какие-то привычки, способы поведения. И как ни крути, мы ведем себя по-разному, но никуда от них не деться.

[00:23:34] Ну, в общем я так отвечу на все. Все три теста я уже ответил, так что я отправился.

[00:23:44] Скорее всего, да я смотрела, что кто-то не запомнил. У меня даже просили, чтобы я.

[00:23:55] Но мы пишем в общем виде обратную связь по конкретным людям. Меня уже опросили. Женщина очень интересовалась, что я психолог попросила, чтобы я прислал ей ее индивидуальные результаты.

[00:24:09] Я вчера готовил индивидуальный результат для.

[00:24:18] А вы так не будете анализировать каждого.

[00:24:22] Но на самом деле это можно делать, проектом это не предусмотрено. Просто человек поинтересовался, я решила пойти навстречу, и такой личной инициативой прислать.

[00:24:36] Нет, даже интересно посмотреть, проанализировать тесты. То есть было бы даже не само даже интересно бы.

[00:24:46] Я могу вам прислать, правда, я не обещаю, что в ближайшее время будет у вас на выходных, потому что у меня сейчас тоже небольшая своя. Отчетность, которую сменил. Все ясно. Но я могу прислать вам на почту ваш индивидуальный результат, уже хорошо, если будет время, то я буду благодарен. Но я думаю, что до конца недели я найду время, чтобы завтра-послезавтра будет загружена, потом должно быть свободно, хорошо. Так что будем двигаться дальше.

[00:25:24] Давайте, что Вас в целом заинтересовало в проекте, почему Вы решили в нем участвовать, или это какая-то указке сверху, что надо?

[00:25:35] Нет это не указ. Но я еще раз говорю, что все, кто ко мне приходили, молодые врачи. Я даже занималась и сама.

[00:25:47] То есть не было этой программы. То есть я все равно с каждым индивидуально занималась. Сейчас просто появилась программа, потом я в ней участвую. А так я до этого все равно всех всем помогала, потому что у меня такая должность, что я должна всем помогать молодым врачам. Поэтому мы как-то находили общий язык, и даже не программа, это я все равно занималась. Но так как эта программа появилась, поэтому мне тоже интересно.

[00:26:15] Какой более официальный статус и возможность что-то новое узнать помимо того, что вы уже делаете.

[00:26:22] Да-да-да.

[00:26:27] Нужны ли Вам какие-то может быть условия специальные, для того чтобы более эффективно быть наставником, или вроде как все что есть? Оно такое достаточное?

[00:26:39] Нет, смотрите, вы, значит, у нас, во-первых, небольшой скажем небольшая больница, то есть у меня в принципе здесь возможности есть. То есть мы можем найти помещение, где мы можем обсудить это сюда все вопросы волнующие. Если, например, вы хорошо тогда присылали в декабре присылали ссылки, то есть какие-то интересные лекции. Поэтому мы даже вместе, то у нас не получилось посмотреть, но то есть мы разбирали эти лекции. Куда-то вы пропали, подождите минуточку. Так у меня звонок как.

[00:27:28] Прервал меня, слышите?

[00:27:33] Надо прервал меня. Так значит, мы на чем остановились? Какие условия вам, а условия, да условия. Я начала говорить о проекте. То, что ссылочку, это тоже интересно. Я уже вошла. То есть я могу обсудить, да, то есть подсказать им, то есть можно такую ссылочку посмотреть. Вот это очень удобно, даже для меня самой интересно, потому что у меня иногда тоже загружены сейчас, тем более с такой ситуацией окружены или не всегда есть время поискать эту информацию для них. То есть это очень хорошо, если, например, проводить какие-то в виде

лекции, то есть да. То есть это было бы хорошо плюсом. А так, в основном, что-то так-то я с ними. В принципе, все вроде пока у нас получается. Посмотрим, как дальше будет. А так вот хотелось бы такое, чтобы было ладно, чтоб вы присылали правдивую информацию.

[00:28:36] По крайней мере с нашей стороны, еще как минимум одна лекция запланирована, насколько я знаю.

[00:28:42] То есть это тоже очень хорошо. А так там уже я говорю, что это все ведь это только-только начинается. Да вроде как бы в проекте, я имею в виду. Поэтому будем уже смотреть. Просить у вас, чтобы помочь как-то. А сейчас видите, это просто пока всего только-только начало. Поэтому еще раз хочу сказать, что в следующем интервью, может быть, я уже буду немножко по-другому.

[00:29:16] Я думаю, что сможет более подробное впечатление.

[00:29:20] Да, сейчас мы вроде как все работаем, и вроде сейчас я как проводила, так и остается, но что-то новое такое у нас. Посмотрим.

[00:29:33] Желания какие-то, как Вам кажется, что может мотивировать молодых специалистов — врачей участвовать в дальнейшем в программах «Наставник».

[00:29:48] Молодых врачей.

[00:29:51] Молодых врачей... Молодых врачей в принципе, для того чтобы люди были заинтересованы, врачи. Лично я имею в виду, вы имеете в виду студенты, то, что первичное звено, врачи которого я имею в виду, чтобы в принципе им и молодым врачам-стажерам и наставник и более опытным, кто в наставники идет, было интересно участвовать в таких проектах. Что может мотивировать врачей идти в подобные проекты.

[00:30:27] Мотивировать.

[00:30:29] Ну, я не знаю. То, что их может мотивировать, не знаю, жестом мотивировать. У меня была заинтересованность, у меня заинтересованность, чтобы у нас приходили врачи правильно. И у нас работали все, то, что моя должность, и поэтому вот это моя заинтере-

сован, чтобы у нас врачи оставались работать. Я, например, не будет наставник. Но придет он, да он посмотрит, а как-то вроде не справляюсь. Скажут, а чего я здесь буду, я не буду здесь, правильно. То есть их нужно все равно как-то поддерживать, потому что это не. Еще раз скажу, что это нелегко, и сразу если нет человека, к которому можно обратиться с каким-то вопросом, правильно. То есть это уже весь интерес пропадет. Я считаю, что поэтому я считаю, что у нас творчество должно быть. То есть молодые врачи они заинтересованы, чтобы были наставники, а наставники. Но я не могу за других врачей говорить, вот я говорю со своей точки зрения. То есть я заинтересована, чтобы у меня действительно оставались молодые врачи, то есть молодые кадры приходили к нам, работали.

[00:31:52] Видится ли, вам какие-то. Препятствия тому, чтобы наставник чувствовал эффективным. Средством для того, чтобы готовить врачей, что может быть эффективным.

[00:32:08] Помешать.

[00:32:10] Помешать может, но мне ничего не может помешать.

[00:32:17] Ничего может помешать паломничество. Не знаю, что может помешать.

[00:32:25] Но если что помешать на старте. Чтобы ввести нас там чисто.

[00:32:33] Но если все равно как бы. На такой вопрос тоже не могу ответить, не могу ответить на такой вопрос. Что может помешать, наставник чисто.

[00:32:47] Окружности все окружности.

[00:32:51] Не могу ответить на такой вопрос. Но что может помешать, если сами никто не захочет.

[00:32:58] Если молодые специалисты НЕ захотят, но я опять же говорю, что они наоборот за то, чтобы у них был наставник помощник, который может облегчить жизнь такой. Да, это так. Не знаю, если бы я не была за футбол. Может быть, ярче, ты по-другому как-то думала. У меня нет, немножко другая заинтересованно-

сти, опять же говорю с точки зрения ли участкового терапевта. Но так все равно надо помогать этим молодым. Просто я по своей практике знаю, что очень хорошо, когда есть, кому обратиться. Насколько правило врачи загружены, да и не каждый врач согласится стать наставником, да, потому что мы действительно сейчас загружены. То есть у нас очень много работы с документами опять же, это опять же для нас, для молодых врачей это что-то новое такое, их в институте, мне кажется, НЕ учат, потому что у нас сейчас столько идет работа с документами. То есть больше, чем со времени работы с пациентами.

[00:34:16] То есть это тоже здесь немалую роль играет, потому что помешать наставнику не знаю, чем может помешать, если не заинтересован.

[00:34:30] Наверное, поэтому предлагаю двигаться дальше, так как он представляется.

[00:34:41] Какие требования предъявляются к врачам, которые выходят на практику? К вам придет стажер, что он должен уметь? Какими качествами обладать к тому моменту, как он к вам придет?

[00:34:58] Обладать, но во-первых, он должен какое-то знания уже получить в институте, то есть должен найтись кто-то. Должно знать. Должно быть, я думаю, ну НЕ то что отзывчивое.

[00:35:20] Скорее, ну да может быть и отзывчивый должен быть, ответственным, коммуникабельным должен быть, с желанием работать.

[00:35:38] Потому что иногда даже смотрю, я не то что про своих этих двух молодых врачей, а так за всю свою практику, кому я помогал. То есть приходили врачи, которым просто неинтересно. То есть вроде тут из кожи лезешь. Да, чтобы как-то ему что-то подсказать.

[00:35:57] Ну а потом смотришь, но неинтересно, неинтересно. То есть вроде как бы оставляю, то все. Оно сейчас вот последнее, последнее. Человек по пять, наверное, пяти людям по они приходя, они все. Хотел работать, то есть с желанием работал.

[00:36:20] Если допустим что-то необходимо было. У них есть рабочий какой-то график, они даже могли и сверх выйти даже в свой выходной, а когда у нас действительно была такая ситуация, то есть мы работали почти сутками.

[00:36:37] То есть они не отказывались, потому что некоторые: ну, я отработал там, то есть вот именно желание работать у них есть, и всегда придет на помощь. Потом о нем, знаете, как и с пациентами, то есть с пациентами я смотрю, да. То есть в принципе они умеют работать. То есть они умеют разговаривать, да так убеждать пациента. Я по своим сейчас двум говорю. Значит, ну что они. Ну, наверное, да. То есть вот так.

[00:37:18] Ну и конечно оно заинтересовано в зарплате. То есть они смотрят, что можно заработать, на то здесь вроде хочешь, как можно, ну там допустим здесь подработать там. Там принципиально стараются и уже видят, что у них какой-то доход.

[00:37:37] То есть получается, они уже стараются у них больше. Ну, это действительно, то есть это не то что там какие-то патриоты. Да, действительно, с зарплатой их тоже заинтересована. То есть они знают, что чем больше они поработают, тем больше они получат.

[00:37:53] Поэтому у меня сейчас вот два молодых врача вот они действительно с желанием работают соответственно. То есть я не могу прямо положиться.

[00:38:03] Желание есть у них. Сложно, конечно, тоже совершенно такую атмосферу получает с места в карьер сразу.

[00:38:19] Да-да-да, и от зенита пришел молодой врач. Я еще раз он пришел, когда у нас был самый пик этого вида. То есть мы принимали по 100 человек для нашей больницы. Это очень много было по 200 вызовов. То есть мы просто не туда пришли. У них волосы дыбом были. Тут нужна была поддержка, действительно их поддержка. Поэтому сейчас спокойнее, поэтому вроде как они так, но зато сразу как ударили, зато они

теперь знают, как тяжело, как может быть попроще. То есть все равно изначально закрепленные.

[00:39:01] Изначально он пришел сразу за кабиной, и мне кажется, это по-моему всем кажется, что на фоне паники.

[00:39:19] Из института тайны такие-то приходят еще сыры, то такие зеленые, и тут сразу ему так, ну, условно говоря, за колеса.

[00:39:29] Так что них уже прошел период, когда себе приписывает все подряд. Да. Мы еще не выучили врачей и психологов, так мы так на психиатрии уходили от шизофрении. У меня-то, у меня это, говорю, ребята, успокойтесь.

[00:39:52] Вроде такого не было.

[00:39:53] Ну ладно, дальше, как мне представляется, как можно оценивать прогресс. То есть эффективное обучение, но какое?. Почему оно эффективно, как это видно?

[00:40:13] Эффективная так

[00:40:16] что здесь, можно сказать. Но я, во-первых, уже визы, мы сколько с ними уже занимаемся. То есть с одним я подольше занимаюсь, другим — поменьше. То есть я смотрю что-то с тем, которым я занимаюсь. То есть он уже может как-то самостоятельно. Да есть какие-то вопросы даже решить. Подходишь, а он уже вроде сам разобрался в какой-то сложной ситуации. То есть я думаю, что ты не зря все проходит. Ну во-первых, они не убегают от нас, слава богу, не уходят. То есть они остаются работать и вроде как собираются пока продолжать работать, я думаю тоже не, ну то есть, скажем так, моя заслуга наставника, но обучаются потом практика считать и все равно. То есть они уже какое-то время поработали, и они уже набираются опыта, жизненного опыта и опыта то набирается. Но все равно есть один том, к которому меня меньше времени, я с ним занимаюсь, он еще все равно немножко так, знаете, страх, то есть у него тревога какая-то. То есть он на прием идет, и мы с ним обсуждаем. Он сразу как-нибудь, а как там так сям. А с тем, которые

он, я говорю, он уже все почти самостоятельно у меня уже работает. Но все равно так мы с ним обсуждаем вопросы такие сложные, которые, я думаю, что вот на старом оно все равно дает плюс какой-то, да. То есть все равно они.

[00:42:08] Я думаю, что поддержку ощущают и в дальнейшем, будут грамотные специалисты работать, их эффективность их обучения можно оценить по тому, как они справляются с конкретными случаями.

[00:42:27] Я считаю, что да, в таком случае можно оценить эффективность наставника.

[00:42:34] Эффективность. А как же. Я же с ними занимаюсь, если не занималась. Либо я тогда вздыхает.

[00:42:46] Хвалите про полезный навык, потому что у многих.

[00:42:53] Случалось ли у вас в том же месте. Поэтому я считаю, что не было бы аскар.

[00:43:01] Говорите, говорите.

[00:43:04] Есть там, есть один тест, подразумевает шкалу, которая как раз про то, что людям с профессиональным гарантиям свойственно принимать свои достижения, что вроде как все уже само собой разумеющееся. Чего себя хвалить, я просто делаю то, что я делаю. И это умение себя похвалить наоборот показатель здорового уровня.

[00:43:34] Да, ну ладно тогда, я сразу покраснел. Ладно. И вот говорю, а если бы не было наставника. Допустим, он пришел еще раз. Значит, пришел, сел на прием, все.

[00:43:48] Он не знает, как себя обвести. То есть, допустим, да. Потому что все равно этому их нужно учить как-то, подсказать. Еще раз говорю в стационаре, мне кажется, проще прийти в стационар, где-то можете прочитать. А когда ты садишься один на один с пациентом и тебе нужно сделать, какое-то решение выбрать.

[00:44:09] И придя из института, это очень сложно. Поэтому я считаю, что у нас творчество должно быть, все равно должно присутствовать на чувством.

[00:44:28] Спасибо. И таких несколько более. Ну, скажем так, организационных вопросов. Как вам пред-

ставляется, какое сколько часов общения с наставником необходимо, допустим, в неделю, как его целесообразнее распределять по этой неделе?

[00:44:54] Работа наставника с молодыми врачами.

[00:44:59] Я, по крайней мере, ежедневно на телефоне. То есть я постоянно, если у них какие-то вопросы возникают. Я этому с ними, ну скажем так, не сутки, не сутки. Ночью мы все спим. А так в течение дня я с ними ежедневно. То есть я постоянно с ними на связи, тому там в больнице из поликлиники вместе. И вот так на телефоне. Если они куда-то поехали, то есть общаемся. Поэтому я с ними я не скажу что честно, скажу, что я не сутками с ними. А так вот мы с ним в течение дня, в течение рабочего дня.

[00:45:42] И получается, любым доступным способом коммуникации.

[00:45:47] Да-да-да.

[00:45:50] Как Вам представляется. На какие вопросы наставник должен и не должен отвечать?

[00:46:03] Разведчик, можно сказать, потому что это зависело не послушал.

[00:46:07] Наставник услышал, на какие вопросы наставник должен и не должен отвечать.

[00:46:15] Наставник по работе он должен на все вопросы отвечать.

[00:46:22] То есть по крайней мере все, что они меня спрашивают, это. Это нельзя. А так я считаю, что есть какие-то секреты, никаких секретов. Наоборот, надо все рассказать, надо все рассказать, как действительно какие-то подводные камни бывают. То есть это надо. Врач пришел, то есть мы уже один коллектив, и поэтому их нужно вводить в курс всего.

[00:46:50] Помимо профессиональной сферы, да.

[00:46:55] Бывает по-разному. Я просто пока преподавала, бывало, рассказывала и какие-то личные факты, которые.

[00:47:05] Но из жизни делают меня человеком, скажем так, что я перестаю быть для них одним человеком из коробочки.

[00:47:14] Да, мы тоже шутим, и такие жизненно, но не лично, про личную жизнь, конечно, я ничего не рассказывал. А так что что-то общее из жизни, какие-то ситуации этому, конечно, не то что я как роботы все говорили, нет мы смеемся и обсуждаем всякие анекдоты рассказываем. Ну то есть общение у нас такое в принципе нормально. Я не скажу, что прямо то уж как все это формально, и все закончился прием. Вы не только позвонили по поводу такого-то, такого-то пациента.

[00:47:53] Нет-нет, мы сидим, смеемся и обсуждаем поэтому.

[00:48:05] Какую помощь, как Вам кажется, Вы должны или не должны предоставлять как наставник, в чем помогать, а в чем нет?

[00:48:14] Помогать.

[00:48:21] Причем, помогать, помогать. Но опять же я им помогаю во всем, помогаю, помогаю всюю. Стараюсь же как-то, стараюсь помогать во всем.

[00:48:42] Они, в принципе, вроде как и НЕ жаловался, даже и по транспорту, если НЕ только допустит там какое-то знание металла. То есть, допустим, уехал на кузова шла машина. То есть ищут машину, но это опять же все по работе, помогая личной жизнью, семейным.

[00:49:05] Не знаю, стараюсь, чем стараюсь, тем помогаю, чем могу, тем всем чем возможно да всем, чем могу, так сказать.

[00:49:14] Даже не знаю, всем помогаем.

[00:49:18] Не осталось, наверное, последний вопрос, который предусмотрен в рамках нашего интервью, я мучилась: столько вопросов, но все сразу. Нет, не интересно, я, наоборот, только началась слава.

[00:49:36] Как Вам кажется, такая система, я даже НЕ знаю, мои как ЕЕ назвать отчетности документации при наиболее комфортно, удобно лично для Вас в целом,

на Ваш взгляд, в проекте по прохождению проекта. Проект длится 15 месяце, в никто в любом случае, будут варианты. А какие вы предлагаете нам, пока никакие не спускали, не предлагали. Как оно Вам представляется? Это, скорей, случай Того если с нас спросят, какие хотят помощь студентам, чтобы мы могли сказать, что люди хотят, что мы занимаемся, что-то просто НЕ знаю... Мои может быть это.

[00:50:30] Может какие-то наоборот делится впечатлениями. А встретиться там, допустим, я думаю, что можно спросить, допустим, молодых врачей, да в какой-то форме.

[00:50:44] То есть помогает им там нас нечисто. Отзывы по прохождению, просто отзывы по прохождению с нас, чтобы спросить у нас очень много отчетов, по крайней мере, у меня очень много отчетов и разной формы.

[00:51:06] Какие комфортные, чем более неформальные, тем более комфортно.

[00:51:13] Но и наиболее комфортно и более комфортно. Вот это тоже можно, допустим, дать на размышления, как комфортно. И потом, например, в группе где-то написать. А так как пришлите отчет, мы отправим нас столько. А так можно в принципе ждать, пока время подумать, что-то тоже так сразу не ответишь, чего чтобы такое придумать. Можно чего-нибудь придумать. Но вот у меня, допустим, я говорю, что допустим, да, с молодыми врачами например спросить, как работает наставник можно тогда, в виде какого-то там опроса у них.

[00:51:58] И с тебя будут спрашивать.

[00:52:00] А так надо еще что-нибудь подумать, какие-нибудь блок в любом случае маловероятно, что будет требовать с вас отчеты. Скорее, мы будем писать отчеты по результатам работы с вами.

[00:52:16] А там посмотрим. Все равно что-нибудь все равно придумают. У вас сколько у вас наставников. А 20 наставников.

[00:52:28] На самом деле их, скорее всего, будут набирать на данный момент. Сейчас скажу, на данный момент

15 человек. Нам сказали, что их будет больше. Это те, кто уже дал согласие, а кто дал согласие.

[00:52:43] Все ясно. Так кто-нибудь что-нибудь еще придумают.

[00:52:47] Вот я говорю: по вопросу молодых врачей можно потом чего-нибудь еще придумаем.

[00:52:56] Ну, и последний вопрос, который подразумевал, может быть, вам хочется самой что-то добавить или что-то спросить?

[00:53:10] Но мы потом еще пообщаемся. Я уже буду немножко, потому что, действительно, это первое интервью. Я вообще первый раз. Я понимаю, что вас запугали, есть превышение было такое, что вроде я думаю, что нормальному ну не на все вопросы ответила, потому что ну на некоторые тут сразу не ответишь, надо подумать правильно.

[00:53:32] Вы отмечали по мере вашего мнения то, что еще НЕ сформирована по сути, это тоже мнение и того, что нужно какое-то время для того, чтобы.

[00:53:46] Да-да. Потом, думаю, папа увереннее будет себя чувствовать. Следующих интервью.

Пример интервью с молодым врачом (стажером)

Код интервью: S-000

Дата: NN.NN.2021

[00:00:01] Тогда я предлагаю начать интервью, подскажите, пожалуйста, как Вы считаете, какими профессиональными качествами должны обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения?

[00:00:13] Вы знаете, когда начиналась работа, я сталкивалась с тем, что люди имеют очень большой спектр патологий, в частности, сердечно-сосудистой системы и опорно-двигательного аппарата. В основном это инфаркты, инсульты, а еще это, как правило, сосудистой [неразб.] пожилой развивается... Это достаточно часто. И также очень сильно мало дела до них. Именно управляющая [неразб. 48 сек] рака... клиники имели потери. То есть людей очень сильно мучают заболевания опорно-двигательного аппарата. Поэтому основные знания терапевта — это хорошее знание онкологии. В частности, сейчас очень много создано обучающих ресурсов на сайте YouTube и Минздрава, и были очень-очень хорошие презентации на тему развития рака кожи, который часто у людей прогрессирует, однако и они об этом не подозревают... ни [неразб.] языка. То есть это изменение оболочки рта, когда нам тоже требуется правильная своевременная [неразб.] диагностика. И это хорошее чтение ЭКГ без острые патологии в особенности инфаркта миокарда и нестабильности на [неразб.]. Потому что это основные проблемы людей, которые уходят на тот свет. И когда я уделяла особую информацию... внимание этому проекту мне помогали мои старшие коллеги, когда начинала работать. Вот за текущий год инфарктов в году у меня не было на участке 32 тысячи человек. Но это отнимает очень много времени и сил, поэтому я тщательно обу-

чала людей тематике нестабильности на груди, и они уже сами знали, когда им требуется вызывать скорую помощь и когда требуется обращаться к доктору. И, конечно, еще очень большую роль, я думаю, играет то, что нужно уметь с пациентом наладить контакт психологически: чтобы он четко мог следовать рекомендациям и не боялся обратиться к врачу. Потому что основная проблема в том, что в аптеках зачастую продают не то, что нужно пациенту, и вместо лечения он получает обратный эффект. То есть это очень такой большой ряд нюансов.

[00:02:10] Спасибо. Какими личными качествами должен обладать врач именно как человек?

[00:02:16] Вы знаете, конечно, надо обладать очень большим позитивом, потому что люди приходят в состояние достаточно тяжёлом, зачастую им тяжело, они болеют, в больницу просто так русский человек точно не пойдет. И при этом не обижаться на людей. Потому что люди приходят, больные зачастую, они могут быть очень грубыми, когда им тяжело и плохо. И потом сами жалеют об этом. Но, конечно, в текущем году, когда пошел коронавирус, пошел очень большой поток пациентов, отвечать им было очень сложно. Но я сейчас стараюсь к этому возвращаться, потому что пациенты идут, прежде всего, на психологический контакт к доктору, нежели даже за лечением, так изменился немножко вопрос.

[00:03:01] Да потому что сейчас было очень много негатива, год был очень тяжелым, и люди, действительно, не приходят даже с личными проблемами. Подоплека вида, конечно, и со здоровьем тоже. Но в целом, людей нужно настраивать на позитив, потому что иногда они не верят в успешность лечения, когда их мультфильм душка. Оценки социальных пневмонии, легкие плохо работают. Ситуация у людей падает, то есть вот этот нюанс, надо как-то психологически помогать, действительно.

[00:03:30] Спасибо. Следующий вопрос: как Вам кажется, что в общих чертах важно в работе врача? Мы уже немножко затрагивали эту тему.

[00:03:43] Почему. Очень важно обращать внимание на детали. Как правило, человек сам рассказывает о своих проблемах. Бывают люди, немного сложно, из них все приходится вытягивать, но в целом человек произвольно жестами или словами он все равно доносит до вас, что его беспокоит. И очень важно брань грамотная. Потому что зачастую люди, которые жаловались на боли в груди, могут иметь реляции неизвестной давности, или у них раньше был инфаркт, или у них грудной из тех угроз. И как правило, человек, исходя из клиники, когда ты это слушаешь, вот этот весь поток, он сам вам даст понять, откуда у него пошла проблема. То есть в принципе у меня был пациент, который долго лечил сердце, оказалось у него блокбастера реально рефлекс на болезнь. То есть когда он снизил плотность больницы, грузины у него прошли. Человек очень долго лечился у докторов и просто забывал сказать, что боли начинаются после еды. А на самом деле у него была проблема с желудком. Но это все нюансы, надо просто очень много слушать.

[00:04:44] Получается, очень важным умением стало умение услышать пациента?

[00:04:51] Да, потому что мы получаем слишком много информации из всех ресурсов. Но сейчас ей просто смещены. Поэтому иногда мы просто не слышим друг друга, и вот умение переключиться на то, что тебе говорит человек, бывает очень важно, потому что он донести до тебя ту информацию, которая на самом деле очень полезна для него. Но это надо собрать банальности, бывает, при нашей работе на это времени не хватает и приходится как-то человека посредством таблиц диагностики отрицать, но с опытом это накапливается. Поэтому уже сам начинаешь акцентировать внимание на чем-либо.

[00:05:28] Как Вам кажется, как Вам представляется, какие условия Вам нужны для того, чтобы более эффективно и успешно работать?

[00:05:38] Вы знаете, в принципе, у нас в нашей больнице достаточно неплохие условия для работы. То есть у нас есть современные аппараты. Если меня что-то смущает по диагнозу, я могу снять пациента, позвонить в город, то есть именно в кардиологии диспансера и уточнить. Если меня что-то смущает диагноз, у меня был случай немножко, но из практики у женщины была опухоль молочной железы удаленно, и у нее прошла в клинике тромб, и очень отекала рука, появилась резко лодыжки. То есть я, соответственно, позвонила проконсультироваться.

[00:06:12] Без изменений не было, но не было высокой меры, как оказалось, это была реакция на обычные капли для носа, которые она сменила. А потом, когда снова попыталась попробовать, точно не подошли. То же самое. А когда она съездила в Киров, сделала, соответственно, КТ с контрактом, у нее все оказалось чисто. То есть у человека прошла просто аллергия, которая полностью имитировали клинику. То есть обязательно должны быть современный кардиолог, чтобы был доступ к областным специалистам. Они помогают быстро сориентироваться в ситуации, и, конечно, доступ к лабораторной базе, потому что топонимы эти меры, но и рентген. Они помогают нам сейчас выявить склонность к работе сосудов, и после ковида как раз это очень важно для населения. Поэтому это очень помогает, действительно, у нас очень хороший опыт наметить кпг, и она всегда отслеживает все нюансы. То есть именно что если я что-то не нравится, даже человек не жаловаться, она всегда нам может подойти и предупредить, что когда у пациента не благополучно.

[00:07:11] То есть мы всегда принимаем во внимание, очень хорошая особенность конкретного той больницы, в которой вы работаете.

[00:07:23] Да, еще главное: я сейчас обращаю внимание на младший медицинский персонал, очень важно это хорошо подготовленные медсестры.

[00:07:30] Вот у нас они в принципе к пациентам относятся очень внимательно и спокойно. То есть у нас медперсонал хороший, поэтому ну и обычно, когда пациент идет через медсестру, то она же строит потоки пациентов, это очень помогает в работе, особенно когда только начинаешь карьеру, потому что они уже видели большое количество клинических случаев и зачастую помогают молодым докторам. Поэтому это очень важный нюанс.

[00:07:56] Спасибо. Теперь я предлагаю поговорить немножко про мотивацию.

[00:08:04] Первый такой вопрос, который меня интересует касается это, что вообще Вас мотивирует работать именно специалистом первичного звена?

[00:08:12] Знаете, когда я начинал работать, то мне достался участок пациентов достаточно хороших. Это люди очень были у меня воспитанные, спокойно работать с ними было достаточно сложно. Сейчас главное — это большой клинический опыт. То есть когда через твои руки проходит по 40 человек в день, это очень дает большую клиническую практику, особенно когда ты внимательно ко всему относишься обследовать пациентов. Поэтому такой большой поток пациентов способен слепить из себя хорошего клиника. Потому что книжные знания в медицине они большие, но без практики они ничего не стоят. И зачастую приходилось комбинировать схемы лечения, что-то подбирать самому, анализировать. И главный еще нюанс, когда работаешь долго с одной группой населения, это как семейная медицина в Европе: ты пациентов узнаешь до мельчайших деталей, и ты уже знаешь, когда у него будет ближайшее обострение, чем оно может быть вызвано и зачем он вообще к тебе пришел, и работа становится достаточно быстрой и легкой. Поэтому когда работаешь на свой стиль, свой контингент, в принципе это психологически комфортно. Но с людьми надо уметь

достичь консенсуса, чтобы не было конфликтов, чтобы ты знал хорошо их клинику. Поэтому это очень важно.

[00:09:23] Вот этот нюанс.

[00:09:27] А что вообще мотивировало приехать работать в регион? Почему именно в регионе?

[00:09:35] Вы знаете, я сама уроженка Кировской области, и мне надо было зарабатывать клинический опыт, потому что я понимала, что я уроженка этой местности, мне надо было работать. Ну, грубо говоря, набить руку. Но впоследствии того, как я привыкла, население у меня было хорошо опосредованно, то есть я начала делать хорошие клинические подвижки в плане своего развития. Мне это очень понравилось, потому что у меня остается время на обучение. Плюс я не очень люблю городскую суету, потому что чиновник хороший. Грубо говоря, климат жить очень спокойно. Кроме того, доступ к обучению сейчас повсеместно, то есть можно учиться хоть где — дистанционно, поэтому это очень выручает. То есть фактически буквально везде находишься. В то же время живешь своей спокойной, размеренной жизнью. И вот это меня вполне устраивало. Плюс молодым специалистам предоставляли подъемный капитал. То есть это можно спокойно купить жилье и начать работу. В принципе, это очень удобно, на наш век есть деньги на жилье, на свое жилье, не съемное.

[00:10:41] Да, конечно, конечно. Но клиника-то здесь вполне поработать клиническую базу очень доступно.

[00:10:50] Какие условия Вас бы устроили чтобы Вы остались работать в регионе?

[00:10:56] В принципе, на данный момент у меня все, что мне нужно, если честно сказать, есть, то есть я работала с хорошим целевым контингентом пациентов, у меня в принципе есть возможность к обучению, ко всем ресурсам, поэтому я бы сейчас не стал что-то менять, потому что переезды — это вообще большой стресс. То есть это все начинать заново, снова набирать свою категорию пациентов. Это все очень проблемно, эту категорию создавала

три года, и, в принципе, как я сейчас работаю, это меня устраивает. То есть это тишина, покой, полная отработка клиники, поэтому в целом, если ты на работал базис, то тебе не будет сложно, но он занимает время на работу, конечно же.

[00:11:39] А какие Вы видите для себя перспективы дальнейшего именно в этой работе?

[00:11:47] Но у нас сейчас через год открывается первичная сертификация, то есть мы можем, но грубо говоря, за четыре месяца научиться на нужную нам специальность. То есть когда у нас будет туристический центр, к нам сейчас поступит и, соответственно, откроется доступ к тому, что мне нужно. То есть узкой специализации. Но мне она нужна в силу того, что я хочу еще больше знать, чтобы помогать людям более качественно. А для этого все-таки нужно получать сертификацию.

[00:12:16] Так что.

[00:12:19] Спасибо. А Вы когда учились, какие сильные стороны Вы заметили в том, как сейчас проходит обучение врачей? Сильные, слабые стороны.

[00:12:31] Вы знаете, сейчас очень большой доступ к информационным ресурсам, даже сейчас я общаюсь с Вами, с человеком, который может меня во многом по многим вопросам сориентировать, и стало очень удобно то, что доступ к преподавателям стал лучше. То есть мы имеем возможность посещать очень много различных конференций, в том числе дистанционно получать за это различные баллы. То есть мы можем посещать лучших лекторов Москвы и Санкт-Петербурга. У нас есть на это все возможности, раньше такого не было. И плюс сейчас очень, очень богатые электронной медицинской библиотеке. Если раньше даже я начинала учиться, это было не так, разве мы ходили брали кучу книг там огромные. Сейчас скачать можно все, что угодно, и научиться буквально всему, что угодно, потому что даже все обучающие фильмы тоже сейчас есть в интернете. Это очень удобно для молодого поколения, что сейчас очень боль-

шое информационное поле. Только, конечно, оно зачастую сильно страдает, потому что много лишней информации, надо уметь вычлениить то, что можно. Но в целом информационная база стала значительно богаче.

[00:13:33] Это очень хороший нюанс. Какие слабые стороны в этом обучении?

[00:13:41] Дело в том, что зачастую, если ты только начинаешь учиться, ты не можешь вычлениить, что тебе нужно. Я даже помню, когда у нас только электронные библиотеки продвигали, ты зайдешь, находишь, что тебе книг, начинаешь изучать очень много информации, и в то же время ты потерял время и ничего, ровным счетом ничего. То есть главное — это сейчас направленность. Я уже потом эту систему обучения. Что ты возьмешь что-то одно. Потому что один источник тянет за собой детей других, так же как обучающие сайты. То есть с этим надо аккуратно работать, потому что иначе ты время тратишь очень много, а пользы получишь недостаточно. Поэтому здесь главное — найти нужный тебе ресурс и до конца выжать. То есть шаг за шагом, тогда ты принесла действительно хорошую пользу.

[00:14:28] Получается, что большой поток информации, с одной стороны, плюс, с другой стороны, — минус.

[00:14:33] Большой минус, особенно когда отличие от пациентов целый день слушаешь эту информацию. Я вот последний месяц все виды не была в состоянии слушать лекции, которые раньше очень любила слушать; флетчера вечера они шли до десяти, потому что просто я столько получала информации, что еще вечером что-то слушать... я просто спала. И вот я послушала и пропустила контрольный тест, потому что просто не было сил еще что-то воспринимать. Поэтому это, конечно, был большой минус в этом плане, что информационное поле давило на меня своей обширной стихийно.

[00:15:12] Как Вам представляется, в чем роль наставничества для молодых специалистов? Чем оно может быть полезно?

[00:15:22] Знаете, что главное? Если наставник — это хороший практик, то есть в любом случае он ориентирует тебя в практической деятельности, потому что книжной премудрости — это все замечательно. Но когда приходит реальный пациент, который задыхается, и требует срочной помощи, то помощь старшего коллеги она очень, очень важна. Поэтому здесь главное — это хорошее именно коллектив, чтобы его выручка и наставник в том числе. Вот допустим, я прочитал 10 книг, и 9 из них были бесполезны. Если бы мне в начале обучения сказал кто-то, что не бери очередь. Я бы просто не потратила свое время. И главное — это наш век, когда время настолько быстро бежит, это умение экономить временной интервал, потому что заполнять их чем-то значимым, чтобы была возможность дать отдых мозгу. Потому что когда ты слишком перегружаешь свой мозг, он перестает функционировать должным образом.

[00:16:18] Это отнимает время и здоровье, причем очень сильно.

[00:16:23] А как Вам представляется, кто в какой момент может стать наставником? Каким он должен быть по профессиональным, личным качествам?

[00:16:33] Мне кажется, это очень терпеливый человек, потому что иногда вопросы окружающих бывают очень раздражают. Сами как медик меня отлично понимаете. И человек немножко другая более. Да, да, потому что прямо чувствую. Но тут аура спокойствия идет. Действительно, когда идет очень большая нагрузка на сома как у человека, помощь наставника она зачастую даже психологическая, особенно в медицинской сфере, когда кто-то может сказать тебе, что не надо расстраиваться, не принимай близко к сердцу. Что это такое психике пациента, допустим. Потому что когда я начинаю работать, я тоже встречал очень большое количество негатива таких людей, которые просто выплескивают раздражение друг на друга. И с этим надо было привыкать работать и не реагировать, и на это ушло достаточно долго вре-

мени. Потому что в начальном этапе специалисту даже бывает стыдно сказать, что его, допустим, вот почему он такой сидит в тюрьме. Что его расстроило поведение пациента, хотя вроде бы это звучит смешно на самом деле, когда специалист начинает работать, и на него постоянно агрессивно воздействуют пациенты. Он еще не в курсе, как с этим всем работать. Он стесняется об этом сказать, думает, что он плохой доктор, а на самом деле проблема далеко не во враче. Проблема была именно в проценте, и поэтому когда начинаешь работать, и тебя кто-то может тебя поддержать в этом плане, это просто замечательно, потому что сейчас в принципе с пациентами работать надо очень. Но начинает работать очень сложно. Поэтому надо всегда иметь плечо поддержки. И это очень хорошее качество. То есть это просто замечательно, если специалисты будут в этом плане морально держать.

[00:18:11] То есть он будет развиваться быстрее.

[00:18:15] А каким стажем должен обладать человек, который может стать наставником? Может быть, еще какие-то характеристики, которые вам кажутся важными? Мы немножко просто еще обсуждали, каким должен быть молодой специалист — врач, который работает в первичном звене. Каким должен быть наставник, как он представляется в целом? У него образ?

[00:18:42] Но вы знаете, вот я даже сейчас говорю, у меня полное чувство спокойствия. Я считаю, что наставник может быть даже не обладать колоссальным стажем. Главное, это его страсть, устойчивость, которого он может передать. Потому что когда я начинаю работать, я настолько страстно воспринимал ситуацию. Пациент придет, кричит — это ужас какой происходит, и некому тебе сказать, что все нормально, что так бывает, что не нужно переживать. И когда есть человек, который тебя технологически может переключить, то это просто замечательно. При этом этот человек не может быть. Он может быть имеет 20-летний стаж черепахи морской, он может только начать работать, обычно даже свежие специали-

сты, свежие психологи, сколько я общалась по обучению, они даже лучше работают, потому что они сами свежи. Ну, как сказать, очень свежо воспринимают человека и их проблемы, когда ты им рассказываешь, у них нет на лице того вооружения, что их уже все достало, что с ерундой. Вот они как-то всегда позитивно реагируют на молодых. Даже обучение, когда были они именно молодые специалисты, они лучше включаются в твои проблемы именно, и ты, глядя на них, что они молодые, от них энергия-то идет достаточно. Вообще лучше переключаться, потому что ты сам молодой и с молодым наставником [неразб.] проще, чем с 40-летних женщин. А на меня сегодня пациент не кричал, и даже как-то постеснялся об этом сказать, молодому специалисту можешь, потому что ты чувствуешь в нем своего. Ну, скажем так, ровесников. То есть тебе не будет психологически дискомфортно. Это очень важный нюанс. И он действительно упрощает жизнь, даже для замечала: приходят молодые пациенты, и, допустим, с ними начинаешь общаться как с молодыми, даже, мол, у вас красивый маникюр, все-таки молодеет. Для них это такой комфорт, они лучше располагаются, потому что обычно они приходят, и там такая женщина, которая скажет сейчас. То есть вот именно психологический комфорт — это стыковка примерно возрастных факторов одинаковых. И она бывает оптимальная намного, конечно.

[00:20:48] Чего Вы ожидаете от непосредственно своего наставника? Как бы Вам хотелось, чтобы прошли эти 15 месяцев?

[00:20:58] Знаете, я хочу еще повесить свою страсть устойчивости, я, конечно, стала намного лучше реагировать на таких пациентов. Но пластика вида люди приходят в состоянии сильного стресса. Им тяжело, и они бывают очень агрессивны. И плюс еще весь этот год казался все равно на моей работе, потому что он был очень тяжелым, и я стала замечать, что я быстрее утомляюсь. И мне как-то меньше хочется учиться. Если будет с кем это обсуждать и с кем как налаживать эту систему, это

будет значительно проще. Плюс меня интересовало, как конкретно с пожилыми пациентами лучше устанавливать взаимосвязь, потому что они, когда шел ковид, они попадали в состоянии паники. То есть они могли звонить по 100 раз в день, могли кричать, но не все, конечно, но в основном. И это привело к такой накоплению достаточно стресса, которое сейчас сказывается на организме. И мне бы хотелось выйти из него без особых последствий. И помощь психолога в данном случае была бы очень и очень кстати.

[00:22:06] Как Вам кажется, какие проблемы практической подготовки может решить наставник? В чем такой потенциал его?

[00:22:16] Знаете, когда у человека нет хронического стресса. То есть мы когда приходим на работу, я поняла, что я хорошо училась в институте. Когда пришла, я старалась работать там до последнего. И это очень мощно сказывается на здоровье, на второй год работы я поняла, что как-то я стала чувствовать, что мое здоровье стало подводить. Если же молодые специалисты изначально будут из этой цепочки стараться подключаться, что могут что-то более детально объяснять, он будет без стрессов смотреть на коллег по обучению. Допустим, это приведет к тому, что ценность специалиста вырастет, потому что он будет понимать, что он не одинок в такой ситуации, что у него есть, кому все рассказать. Потому что зачастую о каких-то проблемах на работе ты не будешь рассказывать дома, потому что и так там бабушка болеет с давлением, еще что-то. Дети тут вот, допустим, в садик пришли и заболели, не до того абсолютно. А когда есть именно с кем обсудить психологические доминанты пациента, это приведет к тому, что увеличение устойчивости повысит работоспособность молодых коллег. Даже тут у нас начинают, допустим, доктора... доктора молодые не знают, где там колом закрыть что-то, ты подойдешь, чтобы объяснить, что у них все строится, подошел человек счастлив, побежал по своим делам, а ты с этим тало-

нам когда-то мучился, полчаса хотел краснеть там у тебя, уже гипертонический криз и так далее. То есть вот такой нюанс, он очень, очень сейчас важен. И люди не понимают этого, потому что в России обращаться за психологической помощью до недавнего времени было вообще стыдно. Хотя на самом деле это очень важно, потому что стрессы они просто из нашего сердца.

[00:23:51] Я до сих пор для многих стыдно и приравнивается к психиатру, типа я нормально, ничего не пойду.

[00:24:01] Вы знаете, я долго тоже населению объясняла, что на самом деле надо. И вот тут девушка приходит, мы с ней у нее все приступы лодыжки были. Сходите, я просто говорю, когда люди собираются, она начинает кричать подожди, много пациентов — у нее приступы паники. И она пришла и меня удивила, она, говорит, вы доктор, рассказали правильно. Я сейчас пью кроме один, я сходила к психологу, и она сказала, что у меня панические атаки. И мне действительно стало легче. Час прихожу, и меня уже не вызываю открытие большого скопления людей. Чувствовать себя лучше и все на Крите, я сейчас буду не покажутся ей там человек, через месяц пройду и посмотрю, как у меня будет динамика. И действительно, человеку стало лучше, потому что она просто боялась большого скопления населения, она не понимала этого сама.

[00:24:46] Такое часто встречается, к сожалению, что люди видят проблему, но...

[00:24:54] Не могут подойти. Да, не могут к ней подойти.

[00:25:00] А чем Вам представляется такая слабость наставник чувство, что она не может решить, в чем не может помочь?

[00:25:08] Мне кажется, что единственное, что здесь прямо стопроцентно помощи быть не может, это то, что мы не застрахованы от случайностей. Потому что зачастую диагностика все равно — это сложная вещь. Допустим пациент приходит, и ты не можешь понять,

сердце у него желудок. То есть пока его обследуют, у него какая-то патология. Но я думаю, что наставник на сотрудничество в любом случае поможет в значительной степени, потому что те стрессы гостила сама, три года работы мне очень тяжело дались. Сейчас специалист пришел, пришел первый год, они будут с вами работать. Им будет намного легче, потому что они уже будут включены, они будут договариваться этот стресс, и он у них не будет копать. Поэтому это очень важно на самом деле, на первом году работы молодому специалисту нужна всегда помощь, потому что руководство даже оно хорошее, оно помогает. Но это люди, которые действительно очень имеют большой график занятости, и, бывает, просто у них на тебя нет времени, и не будет что-то рассказывать, что у тебя там, допустим, Мария Ивановна кричала, да нет на это времени. То есть когда ты будешь это все уговаривать, именно вот этот стресс, сквозь это будет помогать специалисту становиться лучше, намного лучше.

[00:26:25] Спасибо.

[00:26:26] Как Вам представляется, как Вам кажется, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? Как оно должно быть распределено по этой неделе, чтобы это было полезно для вас?

[00:26:40] Вы знаете, обычно все стараются быть, ситуация у меня проходит к пятнице, то есть за неделю накопилось целый вагон. И вот в пятницу можно было если потребности обработать. Меня очень интересовало, как люди именно и стараются выглядеть очень грамотно, то стараюсь переводить на позитивные реакции, где-то давать успокоительные препараты. Но бывает, этого недостаточно, и мне была интересна психологическая обработка, и я пока этим детально не занималась, потому что я конкретно занималась клиникой инфарктов и инсультов и острой патологией, потому что это очень важный треп, но в жизни угрожающе. А вот именно сейчас, когда политика вида люди разбежались, пошли у них и черкасс

своя реакция сильнейшие приходят, потому что у кого-то близкий человек, кто-то сам очень сильно пострадал и так далее. И как раз к концу недели вот эта вся, весь этот вагон собирается. Единственное, что, конечно, выдвинулась психология, это шкала Бека, шкала тревожности. Вы знаете, у меня одной студентки, которая ходила ко мне на прием, шкала Бека просто зашкаливает. У нее были проблемы дома, проблемы с близкими людьми просто огромные. И, конечно, я прописал успокоительное, но как мне проработать психологически здесь построить на позитив. Мне это представляется затруднительно. А таких пациентов достаточно много.

[00:27:59] То есть действительно вот как-то грамотно их переключать, какую-то найти хорошую, что выключать их из этой цепочки, было бы очень кстати. Потому что таких пациентов сейчас много очень, достаточно.

[00:28:13] Но там тоже на самом деле тревога, тоже отличается шкала Бека, она, насколько я помню, про в принципе свойство человека.

[00:28:26] Тревожности переживаний, переживаний, а именно какой-то универсал. Еще бы два-три механизма, чтобы пациент прошел. Ты могу оценить, что тебе надо бы как-то на консультацию перенаправить, потому что если человек не сказать прямо, что вам надо сказать, он обидеться может. Действительно, в России они как-то иногда мы тоже пациента воспринимают нормально, а вот новинки тяжело. А идти это очень опасно. Такой хороший, они его прошли и понимают, что пора бы мне поговорить. То есть выдать этот стресс. Еще у нас просто принято, если дома иногда начинают обсуждать такие ситуации, родственники могут сбивать человека. То есть говорить: что ты ерунду какую-то несешь? А человеку просто надо этот стресс выговорить, а они не понимают.

[00:29:09] Иногда приходили пациенты, и все это вся информация оставалась с тобой вполне таким большим вагонам, которые тоже очень сильно загружать голову действительно.

[00:29:21] Просто я не знаю, проходили уже тесты или еще нет, которые присылали Вам по почте.

[00:29:31] Сейчас пока нет, я займусь, и там есть такие тесты.

[00:29:35] Там есть тест как раз, он на тревожности и там в отличие от Бека две школы: он показывает тревожные личностные, то есть мне в принципе свойственно за все переживать. Я так не отношусь. Есть ситуативно тревожности, это про то, что я в данный конкретный момент нахожусь в стрессе.

[00:29:55] Ситуативно тревожно сбросить очень сложно, потому что приходит человек, резко падает. Вообще это очень тяжелая ситуация.

[00:30:02] А тесты потом посылают на цепи, когда их пройду, или же по почте. Там ссылка и приходит мне на почту.

[00:30:16] Потому что надо посмотреть их, можно пациентам даже давать такие.

[00:30:20] Но там название не указано, но я вам могу скинуть потом, как называется, чтобы вы могли использовать профессиональный хороший.

[00:30:30] Да, было бы очень хорошо. Потому что таких пациентов очень часто идет много, и им бы точно помогла. История.

[00:30:38] Но там есть еще и памятки: типа, когда вам пора обратиться к психологу.

[00:30:42] Я ищу, если Вам это актуально.

[00:30:47] Актуально.

[00:30:50] Расскажите, пожалуйста, как Вам кажется, какие средства коммуникации при этом стоит использовать при общении с наставником.

[00:31:00] Знаете, мы почти сказали, дело в том, что оно очень большое количество ресурсов медицинских подписано. И у аппетит приходит, прямо вот очень много, очень удобно вагнера любят, потому что там с ним близкие контакты. И если что, может писать голосовые сообщения. Это очень удобно, потому что действительно

сокращает время, чтобы не печатать лишний раз, это позволяет именно иметь доступ к ресурсу аудиоформата т.е. Практически в жизни очень применимо. Потому что помимо основной работы мы ездим по вызовам, это пенсионеры. И это как бы между делом удобно сделать, нежели звонить по видеосвязи или куда то писать.

[00:31:41] Сейчас с как минимум еще сколько бы мы ни говорили вызовов по 40 в день.

[00:31:47] А было да, сейчас, слава богу, стала ситуация успокаиваться. То есть население уже так панически не воспринимает болезнь. И это все в принципе поддается лечению. Но сейчас у каждого пациента я долго смотрел, они возвращаются. Приходится смотреть мир к себе на ген Сибири на геном, но и читать вот этот риск прогнозов, потому что очень многие сидят на этот год ранее Нальчика, и тоже занимает много времени, и проценты многие мне пишут сообщениями.

[00:32:17] Потому что, ну, в больницу тоже не каждый второй пойдет. Опять же толка много.

[00:32:26] Как Вам кажется, на какие вопросы наставник должен и не должен отвечать?

[00:32:32] Вы знаете, у нас есть такая специфика начисления. Что если вы сейчас очень мало общаетесь. Я чувствую себя спокойно, и как бы состояние защищенности, мне общаться с вами комфортно. Но у нас некоторые летчики этим состоянием комфорта злоупотреблять могут достаточно серьезно. То есть если начинаются какие-то личные темы. А вот Вы знаете, мой молодой человек или, допустим, Вы знаете, моя бабушка, ну, вот именно, когда начинается или меньшего непрофессионально сердце чечни, все-таки это время специалисты надо тоже учитывать, если у специалист действительно устраивает. Проблема есть, то есть надо изначально приучать, ну, с кем вы общаетесь молодых докторов. Возможно, что для этого у вас есть отдельный ресурс, может быть, онлайн-консультации, но уже в другом порядке. Так что нас иногда

люди честно, меня тут одна сценка редакция в отставку, она с другого города попросила.

[00:33:28] Ладно она лечилась сама, потом папа, бабушка, дедушка, сын, племянница... и вот выросло до десяти человек. Мне не сложно, но я только стала делать, что ей отвечать. В конечном итоге я просто постаралась изолировать, потому что такой большой поток информации и прием то есть не просто не потянуть. И вот это надо как-то так изначально мягко с человеком говорить, чтобы потом, когда он привык, он как бы у вас это не вызвало огромной нагрузки, потому что люди некоторые прямо вот любят грузить, вот у них это и есть.

[00:33:57] Бывает, такие встречаются пациенты, в частности, наставник в этом случае должен быть таким примером выстраивания границы, что про профессиональный конкретный момент, конкретное время обычное уже да.

[00:34:11] Потому что вы как человек, допустим, благополучный можете долго-долго все это воспринимать. В итоге у вас просто не останется личного времени, когда у человека паника т.е. Главное, чему научить, — это справляться со стрессом. Ну так, ну хотя бы частично, без приступа паники, чтобы вас там не закидывать кучей сообщений. Потому что у нас как бы с этим есть проблемы действительно. Поэтому когда потихонечку человек так привык, что ему главное уже отдали, допустим, там глубоко души, там, допустим, пособие какое-то у него есть, вот он потихонечку лазить потом, обсуждает, а так иначе это может быть очень неблагоприятно именно для специалистов, которые работают, потому что вы тоже человек, у вас есть личное время, которое вы должны для себя, тоже вы должны отдыхать, извиняюсь, хотя бы кушать, потому что я, когда начинаю работать, это просто какая-то обезьяна с телефоном, которая везде только говорила, даже в туалете, потом я это диспетчерскую центра прикрыл, потому что времени просто не оставалось. И стал отвечать сообщениями, потому что иначе работать было просто невозможно.

[00:35:15] Сейчас вроде бы система уже отработана, стало легче от начала выстраивания профессиональных границ, у нас это просто изначально закладывают, что мы не имеем права, ну, по сути не имеем права общаться со своими клиентами вне сессий, мы можем договориться про следующую сессию.

[00:35:38] Но вот, допустим, все-таки смотрите, если у вас молодой специалист, вы начали работать, психолог — это такая категория людей, я вот сколько не общалась в принципе, ну, скажем так, доверительно и такое, чтобы обсуждать личные проблемы. У меня особо, честно говоря, не возникало. Т.е. в основном это просто были женщины старше, которые у нас вели семинар, более старших возрастных категорий, и как-то доверительного диалога к ним расположить я не могла. А возможно, когда молодые специалисты начнут работать, у них будут проблемы даже личностного характера и домашнего. Поэтому если им требуется какая-то онлайн консультация, то, может быть, как-то обдумать эту тему, чтобы это, но не впустую тратили время, потому что зачастую такие проблемы личностные даже у самого доктора, они могут возникать, обговорить их просто бывает не с кем. Потому что когда приезжает молодой доктор, он же может совсем другой город. То есть начать все с нуля, там, где-то в каком-то населенном пункте. И вот это бывает достаточно иметь такой большой спектр проблем.

[00:36:39] Поэтому если требуется помощь психолога, найти дома, что мучить нагрузка на нервную систему достаточно серьезно.

[00:36:48] Поэтому такая проработка ресурсов тоже, даже я, когда начинала что-то совмещать где-то, да я сразу говорю, что я где-то что-то, ну, какое-то там дело, школа здорово или что-то еще я говорила, но предупреждала организаторов, что если пациентам нужно думать, они определили пациента вот с такими талмуд картами, и все это должно было быть во время семинара все осуждено,

а времени на это нет. То есть для этого у специалиста есть частное время сейчас в принципе.

[00:37:15] Потому что все равно ресурсы друг друга нужно беречь. А люди это зачастую не всегда понимают, что все это требует времени, на вес золота.

[00:37:31] Работать как-то работаем. У нас тоже. Лично у меня просто частная практика. У меня почасовая оплата поэтому.

[00:37:41] Данные об этом, если начинают, именно как раз нужна частная консультация. Допустим, если бы я посмотрела, были такие ситуации, с которых было тяжело самой выходить действительно, и помощь специалистов была не лишней. Поэтому если специалисты говорю об этом, у нас в России как-то очень стесняются слова «частная консультация». Я вообще считаю это очень странным, потому что в европейских странах это развито, то есть специалист работает свое нерабочее время, то есть пожалуйста. И у нас стыдно сказать, что я там часто консультируют. Ничего такого страшного здесь нет, то есть фиксированных чисто сделать свою работу, а здесь, допустим, человеку нужно мне, допустим, нравится общение с вами, если бы у меня прошла проблема.

[00:38:22] Но другого плана, нежели там работать с пациентами, я бы не постеснялся спросить. Потому что, ну, человек уже отработал десятки механизмов, схема тестов, зачем тебе создавать лишний стресс. Потому что как только мы снижаем, вот у нас падает в организме все. Человек выздоравливает действительно, и поэтому начала, когда только человек психологическую доминанту сравнивает намного легче. То есть есть просто люди, которые в своей депрессии они не могут выйти, не слышат тебя, и тут лучше, конечно, человека перенаправить путин тихонечко к специалистам работает, потому что он может стесняется что-то сделать.

[00:39:01] Женщина, да и там у нее куча проблем, она ищет органических причин. Если это проецируется,

подобное расстройство психологии. Поэтому это такой хороший нюанс. Вот.

[00:39:21] Расскажите, пожалуйста, как Вам кажется. Мы говорили о том, что на какие вопросы наставник должен не должен отвечать. А в чем он должен или не должен помогать?

[00:39:34] Вы знаете, я хочу сказать, помогать надо вот действительно вылезти как специалисту. Шкала такая, которая дает понять уровень стресса человека. Просто я, когда эту шкалу провела среди студентов, я одно время читала лекции студентам ходила.

[00:39:48] И вот у одной девочки просто все зашкаливает, и я ее сразу увидела, тихонечко по кейс кого-то я тихонько. Что-то меня завалили. И потом оказалось, что у нее даже были специальные мысли. Если вы видите, что, ну, как бы давит человека, зашкаливает шкала стрессов, как, на ваш взгляд, наиболее объективно. Здесь, конечно, надо тихонечко его прощупать и, может быть, как-то сориентировать, чтобы человек не вышел тихонько плавно. А если вас постоянно дергают вопросами, а не баба Маша такое сказала, то, наверное, специалисту надо немножко учиться работать самостоятельно, потому что если у вас начнется такое аудио звон каждый раз, вы просто замучитесь. Действительно, есть же очень тревожные люди, очень впечатление которое всегда, ну, все вот придут человек, сто слов, одна такая пациентка она вообще все время разговаривает, зайдет. И она вот час, она за дверью говорит, с тобой, выйдет — везде. Она все время разговаривает, просто вот с такими людьми общаться очень сложно, и это вызывает такой приступ даже агрессии иногда.

[00:41:01] То есть именно тихонько сейчас начинает, так вот, ну, кому как бы это сказать, сильно тревожиться по мелочам надо, его тихонечко чтоб он из этого состояния выходил сам. А именно когда к концу недели все накопилось, где-то быстрее из этого потока вычленишь, что наиболее важно. И человек сэкономил и свое время, и ваше

таким образом, и в то же время он знал, он всю неделю чувствовал, что я вам это все расскажу, и наиболее важные события к концу недели в его голове остались. А ведь вот этот вот промежуточный балласт он выбрался, и у вас не будет такого количества кучи вопросов вот этих бесконечных, когда вы бегаєте с телефоном как заяц, да и в то же время человек уже понял, что ему важно спросить, а что нет. И это как-то логистически, но ему будет легче. Вы знаете, что вот спросите, в то же время все маленькие стрессы исчезнут к пятнице. Поэтому это намного проще, как мне кажется. Может быть, я, конечно, ошибаюсь.

[00:42:03] Ну это такое ваше мнение, которое имеет место быть.

[00:42:07] Но возможно точно. Мнения и ощущения любого человека всегда, но по крайней мере, в нашей специальности по умолчанию важно и значимо. Потому что если бы человек об этом начал говорить, значит, что для него значит.

[00:42:29] Возможно, да. То есть у каждого субъективная оценка реальности, и она обычно не сходится с окружающим.

[00:42:37] Да, я очень люблю приводить своим коллегам пример, когда только обучающихся, когда они начинают говорить о том, чтобы от чем-то переживать.

[00:42:52] То мне очень нравится пример, что вспомните себя в подростковом возрасте, когда у вас была первая любовь. Вам казалось, что это конец света, что вы не можете быть вместе или что-то не складывается. А сейчас вы думаете, что это важно? Нет. Вот так же и для человека. Сейчас он думает, что мир рухнул, через полгода, может быть, через неделю он придет и вам скажет, что это фигня какая-то и переживал. Но в данный конкретный момент для него это важно. И вы не имеете права сказать ему, что переживаешь за фигню.

[00:43:22] Ну да, согласна. Но в основном, когда люди договариваются на приеме, и вот они весь этот эмоциональный спектр выплескивается, ты просто спокойно

слушаешь и как-то пытаешься поддержать их, но мягко закройте. Они воспринимают это лучше. То есть это как бы отражение, такая реакция, когда человек в твоём лице видит себя, проживающего человека, действительно то, чем все это рассказывает, рассказывает... И потом сам в процессе своего рассказывает, ещё немножко повторять его фразу за ним, он начинает со стороны смотреть на себя и как бы иногда даже быстрее включаться в ситуацию чем начать, чтобы обосновать. Когда ещё было время, такого вида пациенты приходили, они всю свою жизнь рассказывали и что их привело. У кого-то ценного и не погиб, у кого-то что-то ещё. И потом уже, когда телевидение, уже непроизвольно начинали успокаиваться, но это большие временные затраты, конечно, требуются.

[00:44:20] Затраты на получаются весьма огромны, особенно в работе с таким острым стрессом.

[00:44:29] Подскажите, пожалуйста, как Вам представляется, в чём что может быть индикатором эффективности наставник? По каким показателям видно, что наставник работает эффективно?

[00:44:43] Вы знаете, здесь я хочу сказать, что эффективно должен работать не заставляем и все-таки. Потому что если наставник, но ты предоставляет свои какие-то.

[00:44:56] нюансы наставнику, он может тебя сориентировать, но по большей части это работа твоя. Поэтому претензии-то к наставнику быть не должно. Потому что я даже дистанционно лекции лучших профессоров. И вот есть профессор один, он кастро вдруг лекции читает просто блестяще, а я забыл фамилию. И люди иногда пишут всякие, но даже врачи пишут. А почему вы там глаза отводите, и вы что — лекции читаете? Хотя человек там выше просто высшей категории доктор, он блестящий специалист. А потом оказалось, что просто у него камера так стоит, что он всегда смотрит в неё — сам сказал об этом.

[00:45:31] То есть даже тут люди находят негатив какой-то, хотя человек читает лекции вечером до десяти часов, достаточно пожилой человек. И у нехороших

слов для этого действия не находится. То есть я считаю, если человек, которого вы не оставляете, начал какие-то негативные реакции, претензии предъявлять, то здесь, конечно, ему надо сначала решить все психологические проблемы внутри себя, опять же сходить к вам, может быть, на частную консультацию. Потому что если ему предлагают, как вы сказали, две школы посмотреть, я пойду посмотрю. Потому что пациент, то я это дам. То есть это уже наработано, это хорошая вещь. То есть если ты не пользуешься ресурсами грамотно, а выходишь на негатив, я считаю, это уже проблема именно самому даже специалисту. Потому что надо искать ресурсы там, где они есть, если особенно к ним есть доступ. Если тебя что-то не устроило и аналогичные источники, положим, информации, спроси именно здесь, и индикатор — это то, что устойчивость специалиста будет повышаться. Но если попадают такие специалисты, с которыми это не получается, может, будет один такой сложный человек, который членов в стрессе бьет и шок, то здесь, наверное, проблема даже может быть не в его личных проблемах, и об этом надо как-то сообщать, потому что есть такие люди, которые вот они прямо человек-дискомфорт. Я среди докторов, конечно, таких редко встречаю, но все же ситуация может иметь место.

[00:47:02] Поэтому здесь главное — это личные проблемы с профессиональными не передергивать и объяснять специалисту, что личные проблемы — тоже психологические нужно решать, чтобы он не отражал это на профессиональном даже и на своем именно самочувствии мира мироощущение, потому что люди у нас зачастую этого не понимают и негативно воспринимают все из-за какой-то проблемы, которая случилась много лет назад, а он даже не помнит о ней действительно.

[00:47:30] Так что вот такие дела.

[00:47:36] Какая система. Не знаю, как назвать ни документации, наверное, обратной связи была бы для вас наиболее комфортной по проекту?

[00:47:45] Вы знаете, это, конечно, были бы периодические аудиосообщения возможно, но опять же к концу недели, чтобы не отнимать у вас время, и где-то фиксированный час стучал в пятницу, там писалось, все ли там, ну, какие-то вопросы и периодически ведет здесь возникают какие-то психологические ситуации. Потому что мне вот была одна пациентка, и я, конечно, тогда психологи с особо времени не было, но она, когда слышала громкий женский голос, у нее начиналась истерика, реально истерика. Она прямо не могла, ее начинала трясти. А у меня была одна пациентка, которая очень громко говорила. Она придет. У нее такая акция. Она разговаривает, но она не с агрессией говорит, а просто очень громко. И заходит вот эта девушка, ей прямо плохо. И потом я говорю: а что у вас, но она так просидела пока печатала. Там много было документации, и потом она вспомнила, что у нее постоянно на нее так кричала школьная учительница, унижала ее очень жестко. И она говорит: я вот когда сейчас слышу этот женский голос, я говорю прямо трясутся тот человек уничтожить.

[00:48:48] То есть она не могла воспринимать громкий голос. Вот я потом единственное, что я говорю, вы начинаете реагировать на это, дайте нам выговорить. Я говорю: а теперь тихонько слушайте, где люди кричат, подходите прямо и понимаете, что это не в ваш адрес адресовано. И она потом через месяц, чтобы мне стало легче, действительно, меня сначала как наркомана ломал. Когда я таких людей слышала, я специально оставалась, специально слушала и потом, говорит, я на них смотрю — у меня действительно. Вообще к нему не стало. И мне стало жить легче, потому что я не понимала, какой комок обиды во мне сидел. И вот тебе и методики простые, когда человек от чего-то испытывает стресс, даже на какой-то запах, его, может, бил одноклассник, от которого так пахло. То есть он может у нас остаться на подкорке, и мы этого не чувствуем. Какие-то методики вывода людей из этого состояния, они очень часто актуальны, потому

что их надо как-то грамотно подбирать, ведь если бы у этой девушки было более сильный стресс на такую реакцию, это могло бы наоборот плохо для нее закончиться. Вот какие-то мягкие такие методики выхода из процесса, переключения вот окружения, то есть увидеть себя через 10 лет, на наших людях почему-то работает плохо. То есть им сейчас плохо. Они не хотят видеть, 4—10 лет станет хорошо. И вот какой-то метод универсальный подобрать под русский психике было бы просто идеально.

[00:50:10] Потому что стрессы как-то надо устранять же по большей части, я не знаю, разочарую вас: универсального метода не существует, а все-таки с какого-то более мягкого начали, вот именно если приходит датчик, на что-то прямо в пространство реагируют или просто все-таки проще выслушать благожелательно, чтобы он выслушать такой прием, который работает всегда.

[00:50:38] А если говорить про какую-то более серьезную работу. Там все очень ситуативно. То есть универсального рецепта не существует. У меня может прийти два клиента. В общих чертах, абсолютно одинаковые проблемы. Если начинают разбираться, совсем разное, если на одного можно, грубо говоря, крикнуть, отпусти другого крупнейшего, у него будет психологическая травма на всю жизнь.

[00:51:07] Здесь надо анализировать, но проще все-таки это именно решать в рамках психолога, если проблема никак не решается у пациента. Так что действительно сейчас очень, очень много таких. Они приходят просто на прием, люди могут просто плакать. То есть женщина зашла и плачет, что я болею, мне плохо, то есть она уже вылезла с пневмонии тяжелой, она пришла. Но каждый прием она плачет, потом она глицин пила две недели, уже пришла, уже не плачет, хотя бы давно все равно вот у нее каждый раз такая была реакция.

[00:51:39] Причем, количестве.

[00:51:42] В этом случае мы сейчас только появляется, правда, эта практика что направляют некоторые боль-

ницы даже есть. Как должен психолога не медицинского. Медицинский психолог он все равно воспринимается как врач. Для людей это очень сильно отталкивает, потому что у них ощущение, что я нормальный, я не пойду к праву.

[00:52:09] Я, например, на работе очень часто объясняю, что я не имею никакого отношения к медицине, что у меня нет медицинского образования, я не выписывал лекарств, я не работаю с клиникой.

[00:52:22] Успокаивать людей этот факт, у нас тот же психолог работает, но сейчас потихоньку стали люди туда ходить действительно, потому что помогают именно свою страсть работали и уже пришли в состояние спокойствия, хотя бы фиксации.

[00:52:37] Потому что просто не хватает на самом деле информации, что психолог — не психиатр, что мы работаем с абсолютно нормальными людьми, у которых просто сложный период жизни.

[00:52:49] Ну да, действительно.

[00:52:54] Вот примерно так работает.

[00:52:57] Но у меня, по сути, был последний мой вопрос. Единственно может быть есть еще какие-то моменты, которые Вам хотелось бы озвучить, которые мы не обговорили в рамках нашей беседы? Я, во-первых, вам очень благодарна за это участие.

[00:53:14] Спасибо вам большое за Вашу работу. И хочу сказать спасибо, она будучи действительно, потому что как раз сейчас этот выход после думе он прямо очень удачно нас к вам привел, потому что действительно работать хоть сейчас стало легче, но действительно пациенты идут, им тяжело и Анджелес. Все после этого нагрузки очень сложно. Поэтому для восстановления именно, для накопления информации это будет очень полезно. Я бы хотел у Вас спросить, как более оптимально те ресурсы, что я буду обрабатывать?

Анкета для молодого специалиста (стажера)

Блок: работа врача

1. Какие профессиональные качества, по-Вашему, являются наиболее важными для работы врача — специалиста первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- пунктуальность
- клиническое мышление
- знание дифференциальной диагностики
- интуиция
- четкое понимание маршрутизации пациентов
- умение применять теорию на практике
- знание клинических рекомендаций

2. Какими личными качествами, по-Вашему, должен обладать врач — специалист первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- добросердечность
- любовь к людям
- сострадание
- отзывчивость
- эмпатия
- умение находить общий язык
- умение вести диалог
- бесконфликтность
- терпеливость
- сдержанность
- внимание к пациенту

3. Какие условия Вам нужны для успешной работы? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- хорошая зарплата
- хорошие бытовые условия труда
- медицинские расходные материалы
- современное диагностическое оборудование
- наличие специалистов узкого профиля,
- удобный регламент приема,
- возможность назначать специальные процедуры и лечение,
- возможность перенаправлять к профильным специалистам
- наличие квалифицированного младшего медперсонала.

4. Что Вас мотивирует работать в сфере первичного звена здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- обязательная отработка
- отработка целевого обучения
- возможность приобрести первый опыт работы
- возможность быстро приобрести практические знания
- мечтал работать именно в первичном звене
- возможность выбрать специализацию
- хорошая оплата
- больше ничего не нашлось

5. Что Вас мотивировало приехать в регион? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- здесь мой дом и родители
- программа «миллион», субсидии на дом
- распределение, отработка целевого обучения
- никуда не уезжал
- только здесь были места
- можно приобрести хороший опыт работы
- нравится место и условия труда

6. Какие условия Вас устроят, чтобы здесь остаться? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- семья, дети
- хорошая зарплата
- субсидии на жилье
- перспектива карьерного роста
- перспектива постоянного обучения
- я и так останусь — патриот родного края
- интересные трудовые задачи

7. Как Вы видите свои профессиональные перспективы? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- останусь работать здесь же
- уеду в другое место
- буду продолжать обучения
- пройду специализацию
- надеюсь на карьерный роста
- перейду в терапевты или семейные врачи
- наберусь опыта и поищу другое место

8. Какие сильные стороны в своей подготовке как врача Вы можете отметить? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- теоретические знания лечебного дела
- теоретические знания дифференциальной диагностики
- знание фармацевтики
- хорошие знания физиологии
- знание схем лечения
- практические навыки дифференциальной диагностики
- практические навыки в области назначений

9. Какие недостатки/пробелы есть в той подготовке, которую Вы получили? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- теоретические знания лечебного дела
- теоретические знания дифференциальной диагностики
- знание фармацевтики
- хорошие знания физиологии
- знание схем лечения
- практические навыки дифференциальной диагностики
- практические навыки в области назначений
- умение применять теорию на практике
- недостатков нет

10. Как Вам кажется, насколько Вы готовы к самостоятельной работе врачом на данный момент?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

11. Как Вы оцениваете свои теоретические знания в области терапии?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

12. Оцените Ваши практические умения и навыки в области терапии?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

13. Оцените Ваши теоретические знания в области гериатрии для работы врачом терапевтом (гериатром) на данный момент?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

14. Оцените Ваши практические умения и навыки в области гериатрии для работы врачом терапевтом (гериатром) на данный момент?

По шкале от 0% до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

15. Оцените желание работать в первичном звене здравоохранения.

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

16. Оцените Вашу готовность продолжать работу с пожилыми людьми.

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Блок: практика с наставником

17. В чем Вы видите роль наставничества для молодых врачей в системе здравоохранения? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- получить советы и рекомендации в области диагностики
- перенять опыт клинической работы
- получить советы и рекомендации в области назначений
- получить советы и рекомендации по оформлению документов
- получить советы и рекомендации по маршрутизации пациента
- получить психологическую поддержку
- помощь по адаптации в коллективе
- получить хорошие советы относительно карьеры врача
- не вижу пользы в наставничестве

18. Что Вы ожидаете от практики с наставником? Как бы Вам хотелось использовать это время? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- усовершенствовать навыки диагностики
- перенять опыт клинической работы
- усовершенствовать навыки лечебных назначений
- усовершенствовать навыки по оформлению документов
- усовершенствовать навыки по маршрутизации пациента
- получить психологическую поддержку
- приобрести большую самостоятельность
- научиться теорию применять на практике
- не вижу пользы в наставничестве

19. Кто, как и когда должен становится наставником молодого врача? (один вариант ответа) [единичный выбор]

- опытный врач, опыт не зависит от стажа
- заведующий
- любой врач клиники
- врач с опытом работы от 5 лет
- врач с опытом работы от 3 лет
- врач с опытом работы не менее 15 лет

20. Какими профессиональными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- пунктуальность
- клиническое мышление
- знание дифференциальной диагностики
- интуиция
- четкое понимание маршрутизации пациентов
- умение применять теорию на практике
- знание клинических рекомендаций

21. Какими личными качествами должен обладать врач-наставник? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

- добросердечность
- любовь к людям

- отзывчивость
- внимательность
- желание помочь
- педагогические навыки
- коммуникабельность
- умение вывести на диалог
- бесконфликтность
- терпеливость
- сдержанность

22. Оцените, насколько Вам нужна поддержка наставника при проработке Ваших практических умений и навыков?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Блок: Организация практики с наставником

23. Как по-Вашему, сколько раз в неделю Вам необходим контакт с наставником? (один вариант ответа) [единичный выбор]

Должен быть всегда на связи

1 раз

2—3 раза

4—6 раз

6 и более раз

24. Как по-Вашему, сколько часов общения с наставником необходимо в неделю? (один вариант ответа) [единичный выбор]

1—2 ч.

3—4 ч.

5—6 ч.

Более 6 ч.

25. Какие средства коммуникации возможно использовать? (отметьте не более 3 вариантов) [множественный выбор, по возможности, перемешивать]

Все доступные

Телефон

WhatsApp

Telegram

Viber

Skype

ВК

Другое (указать)

26. Какая система документации по практике должна быть? (один вариант ответа) [единичный выбор]

Обычная отчетность врача

Дневник по практике

Описание клинических случаев

Тест или экзамен на выходе

Другое (указать)

27. Как должна оцениваться работа/эффективность наставника? (один вариант ответа) [единичный выбор]

Отзывы врача-стажера о наставнике

Прогресс врача-стажера под руководством наставника

Отзывы пациентов о работе стажера под руководством данного наставника

Экспертные мнения других врачей, врачей-наставников

Экспертные мнения врачей-стажеров

Другое (указать)

28. Насколько полезной Вы сейчас считаете перспективу работы в сопровождении врача-наставника?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

29. Насколько Вы оцениваете свое желание пройти стажировку с врачом-наставником?

По шкале от 0 до 100%

0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

Блок: Демографические сведения

Я считаю, зарплата начинающего врача (до 3 лет работы) в моем регионе должна составлять... (один вариант ответа) [единичный выбор]

- 10—15 тыс. руб.
- 15—29 тыс. руб.
- 30—40 тыс. руб.
- 40—50 тыс. руб.
- 50—60 тыс. руб.

В перспективе, после 5 лет стажа работы, я рассчитываю выйти на доход... (один вариант ответа) [единичный выбор]

- 15—29 тыс. руб.
- 30—40 тыс. руб.
- 40—50 тыс. руб.
- 50—60 тыс. руб.
- 60—80 тыс. руб.
- 80—100 тыс. руб.
- Более 100 тыс. руб.

Моя реальная зарплата сейчас составляет (без выплат по Covid-19)... (один вариант ответа) [единичный выбор]

- 10—15 тыс. руб.
- 15—29 тыс. руб.
- 30—40 тыс. руб.
- 40—50 тыс. руб.
- 50—60 тыс. руб.
- 60—80 тыс. руб.
- 80—100 тыс. руб.
- Более 100 тыс. руб.

Пол [один вариант]

- м
- ж

Возраст указать цифру

Страж работы в медицинской сфере [один вариант]

- 1 год работы
- 2 года работы
- 3 года работы
- 5 лет
- 5—10 лет
- Более 10 лет

Место проживания и работы: [один вариант]

Город с населением свыше 1 млн чел.

Город с населением от 250 тыс. чел. до 1 млн чел.

Город с населением от 100 тыс. до 250 тыс. чел.

Город с населением от 50 тыс. до 100 тыс. чел.

Город, поселок городского типа с населением до 50 тыс. чел.

Село с населением свыше 3 тыс. чел.

Село с населением от 1 тыс. до 3 тыс. чел.

Село с населением от 200 до 1 тыс. чел.

Село с населением

Регион (Субъект РФ) [один вариант], (текстом)

Приложение 6

Ссылки на размещение методик и опросов

Номер	Название методики	Google форма
1.	Диагностика само-эффективности (Методика Дж. Маддукса и М. Шеера; адаптация А.В. Бояринцевой)	https://forms.gle/R9sPbhvLAG8qcXN29
2.	Мотивационный профиль (Методика В. Герчикова)	https://forms.gle/rcTzUNPEtm7jCGjJ6
3.	Личностная и ситуативная тревожность (Методика Ч.Д. Спилбергера; адаптация Ю.Л. Ханина)	https://forms.gle/Uc1fMsLVpnDzF6Ye7
4.	Профессиональное (эмоциональное) выгорание (Методика К. Маслач; адаптация Н.Е. Водопьяновой и Е.С. Старченковой)	https://forms.gle/SHphSKUz7NtynfKL7
5.	Стратегии поведения в конфликте (Методика Кеннет Томаса — Ральфа Килменна; адаптация Н.В. Гришиной)	https://forms.gle/vLHWQZBmZE46dHj29
6.	Анкета для молодых специалистов (стажеров)	https://forms.gle/4uE7qL38p3BrMEww6

Для заметок

Электронное издание

**ОТЧЕТ ПО ОЦЕНКЕ
РЕАЛИЗАЦИИ ПРОЕКТА ФОНДА
ПРЕЗИДЕНТСКИХ ГРАНТОВ
20-2-005379**

**МОДЕЛЬ НАСТАВНИЧЕСТВА
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ПЕРВИЧНОГО
ЗВЕНА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

Монография

Публикуется в авторской редакции
Редактура, корректура *Назарова Н.Н.*
Дизайн обложки *Вершинина И.А.*
Компьютерная верстка *Вершинина И.А.*

Издательство «Прометей»
119002, г. Москва, ул. Арбат, д. 51, стр. 1
Тел./факс: +7 (495) 730-70-69
E-mail: info@prometej.su

Подписано в печать 30.12.2021
Формат 60×84/16. Объем 14,25 п.л.

ISBN 978-5-00172-289-2



9 785001 722892 >