

слуховых костей, знал он о реакции хрусталика, ввел в анатомию термин "плацента" (рис. 4), а самое главное его открытие – легочное кровообращение – было сделано с риском для собственной жизни, и поэтому ни ошибки ученого, ни тот неудачный двусмысленный поступок его, о котором сказано выше, не в силах перечеркнуть значительного положительного вклада, внесенного Коломбо в сокровищницу науки о строении человеческого тела.

Goncharov N.I. Realdo Colombo and his discovery in the book "De Re Anatomica" // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 1. – P. 70–73.

The renaissance of anatomy began as early as XVth century. In the XVIth century it developed tremendously; two theatres for dissection were established, one in 1552 in Venice and the other in 1556 in Montpellier, although in the latter university dissections had been made for years, for we know that Rabelais dissected there in 1532. Anatomical discoveries became numerous through the work of Junther of Undernach (1487–1574), Fallopius (1523–1562), Michael Servetus (1509–1553), Andreas Vesalius (1514–1564), Gaspar Bauhin (1560–1624), Berenger of Carpi (1480–1550), Andreas Caesalpinus (1524–1603), J.C. Arantius (1530–1589), Volcher Coiter (1534–1600), John Philip Ingrassias (1510–1580), Fabricius ab Aquapendente (1537–1619), Bartholomeus Eustachius (1520–1574), and Realdus Columbus (1516–1559); in 1559 he described the pulmonary circulation.

УДК 614.25:301:616-085

МЕДИКО-СОЦИОЛОГИЧЕСКИЙ ВЗГЛЯД НА ВРАЧА-КЛИНИЦИСТА И ЕГО РАБОТУ В СОВРЕМЕННЫХ УСЛОВИЯХ

П.Н. Морозов

Клинический центр Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова

В современных условиях руководство стационаров при осуществлении процесса управления все более нуждается в оперативно получаемой и надежной информации об эффективности деятельности как организации в целом, так и ее структурных подразделений. Обычно на практике деятельность учреждения оценивается с помощью большого числа различных показателей, каждый из которых, однако, отражает лишь один из ее аспектов [1, 5]. И хотя их совокупность позволяет организатору здравоохранения получить развернутое представление об эффективности работы организации, тем не менее, такого рода оценки несут исключительно количественный характер, а разнонаправленность показателей создает значительные трудности при выработке окончательного суждения [4]. Кроме того, за рамками этой оценки остаются сами врачи, профессиональные и личные качества которых являются во многом определяющими в процессе оказания медицинской помощи, что и послужило актуальным основанием для разработки методики и проведения комплексного медико-социологического исследования с позиций социологии медицины основных параметров деятельности и характеристик работников стационаров.

Такая постановка цели исследования основывалась на том, что социально-демографические характеристики врача-клинициста, его пове-

ЛИТЕРАТУРА

1. Гарвей В. Анатомическое исследование о движении сердца и крови животных. Пер. с лат., под ред. К.М. Быкова. Изд-во АН СССР, 1948.
2. Сперанский В.С., Гончаров Н.И. Краткий очерк истории анатомии: учебн. пособие. – Волгоград: ГУ "Издатель", 2001. – 120 с.
3. Colombo R. De re anatomica libri XV. Venetiis, 1559. – 272 p.

денческие установки и реальные действия, подкрепленные соответствующим ресурсным обеспечением при благоприятных условиях труда, являются определяющими в вопросах качества оказываемых медицинских услуг и обеспечении стабильного функционирования системы здравоохранения.

В свою очередь социальный портрет врача-клинициста оценивался через совокупность его социально-демографических характеристик, материальное положение, обеспеченность ресурсами, организацию работы в стационаре, взаимодействие между поликлиническими и стационарными отделениями и т. д.

В ходе исследования были изучены основные личные характеристики и параметры деятельности современного врача стационара на примере одного из ведущих медицинских учреждений РФ – Клинического центра Московской медицинской академии имени И.М. Сеченова (далее Клинический центр).

Как известно, количественные и качественные показатели работы лечебно-профилактического учреждения во многом зависят от профессиональной структуры кадров, которую можно описать как необходимое сочетание личного состава, квалификации, уровня компетенции, умения, знаний и опыта, необходимых для организации эффективной работы ЛПУ, обеспечения качества медицинской помо-

щи [3].

Медико-социологическое исследование позволило проанализировать кадровый состав Клинического центра по половозрастным характеристикам. В ходе анкетирования, проведенного в 2004 г., было опрошено 323 врача, из них 39,2 % – мужчины и 60,8 % – женщины. По возрасту респонденты распределились следующим образом: до 30 лет – 15,8 %, от 31 до 40 лет – 30,9 %, от 41 до 50 лет – 26,7 %, от 51 до 60 лет – 17,0 % и старше 60 лет – 9,6 % (рис. 1), что свидетельствует о нахождении большинства медицинских работников в достаточно благоприятном, с точки зрения трудовой активности, возрастном периоде (31–50 лет). Наибольшая половозрастная категория – женщины в возрасте от 41 до 50 лет (19,3 %).

Среди общего числа респондентов 71,2 % состоят в браке, 25,7 % холосты (не замужем) и 0,9 % вдовы (вдовцы).

По основной врачебной специальности врачи распределились следующим образом: терапия (12,7 %), хирургия (11,5 %), акушерство и гинекология (5,6 %), неврология (5,3 %), анестезиология и реаниматология (5,3 %), оториноларингология (4,0 %) (табл. 1), что практически соответствует структуре кадров Клинического центра. Кроме того, 21,2 % респондентов указали помимо основной врачебной специальности – дополнительную. Были названы: терапия (11,3 % от общего числа, указавших дополнительную врачебную специальность), пульмонология (7,1 %), кардиология (5,6 %), хирургия (5,6 %), иглорефлексотерапия (4,2 %), организация здравоохранения (4,2 %), педиатрия (4,2 %), эндокринология (4,2 %), эндоскопия (4,2 %) и др.

Образовательный уровень врачей-клиницистов характеризуется наличием у них научных степеней: 29,4 % опрошенных имеют ученую степень, в том числе 26,9 % – кандидаты медицинских наук, 2,5 % – доктора медицинских наук.

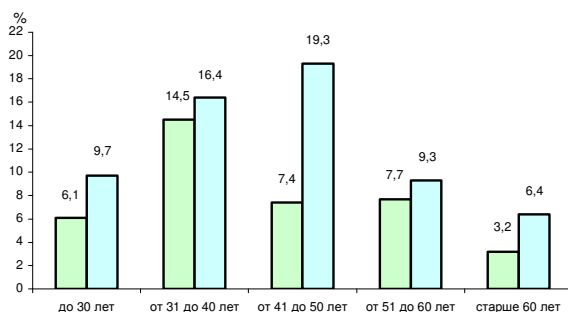


Рис. 1. Половозрастная структура врачей:

■ – мужчины; ■ – женщины

На момент проведения опроса почти 40,0 % опрошенных врачей работали в здравоохранении более 20 лет, при этом более половины из них (61,2 %) находились в пенсионном и предпенсионном возрасте. На втором месте – 31,6 % – категория работающих в здравоохранении от 11 до

20 лет, а специалистов со стажем работы до 5 лет в выборке всего 16,7 % (табл. 2).

Таблица 1

Основная врачебная специальность опрошенных врачей

Специальность	%
Терапия	12,7
Хирургия	11,5
Акушерство и гинекология	5,6
Неврология	5,3
Анестезиология и реаниматология	5,3
Оториноларингология	4,0
Кардиология	3,7
Фтизиатрия	3,7
Гастроэнтерология	3,1
Эндокринология	3,1
Урология	2,8
Педиатрия	2,5
Пульмонология	1,9
Дерматовенерология	1,5
Нейрохирургия	1,5
Челюстно-лицевая хирургия	1,2
Психиатрия	1,2
Нефрология	0,9
Другое	8,1
Нет ответа	20,4
Итого:	100,0

Штаты обследованных клиник укомплектованы в основном врачами с большим опытом работы, что положительно влияет на качество медицинского обслуживания, вместе с тем небольшой удельный вес молодых специалистов говорит о недостаточных темпах обновления кадров, передачи профессионального опыта и может негативно повлиять на развитие кадровой структуры в будущем.

Таблица 2

Стаж работы

Стаж работы в здравоохранении	%	Стаж работы в данной должности	%
До 1 года	2,8	До 1 года	6,5
От 1 года до 5 лет	13,9	От 1 до 5 лет	21,7
От 6 до 10 лет	9,3	От 6 до 10 лет	16,4
От 11 до 15 лет	18,0	От 11 до 15 лет	13,0
От 16 до 20 лет	13,6	От 16 до 20 лет	14,6
От 21 до 25 лет	15,5	От 21 до 25 лет	7,4
Более 25 лет	24,4	Более 25 лет	13,9
Нет ответа	2,5	Нет ответа	6,5
Итого:	100,0	Итого:	100,0

По стажу работы на своей последней должности на момент опроса 21,7 % врачей работали от 1 года до 5 лет. Столько же респондентов (21,3 %) работали в данной должности более 20 лет.

Подавляющее большинство врачей (70,0 %) –

имеет квалификационную категорию, из них 51,7 % – высшую, 12,1 % – первую и 6,2 % – вторую. Сопоставляя данные социологического исследования с данными официальной статистики (в 2000 г. в РФ 19,0 % врачей имели высшую квалификационную категорию, 22,0 % – первую, 7,0 % – вторую), следует отметить высокий профессиональный уровень врачей-клиницистов, который обеспечивается за счет непрерывного повышения мастерства, регулярного обучения на курсах повышения квалификации и стимулируется за счет прохождения обучения студентов, интернов, ординаторов, аспирантов на базе Клинического центра.

В течение последних пяти лет учебу проходили 88,9 % респондентов, в том числе 56,0 % год назад, а 1,5 % – в текущем году.

Несмотря на то, что по данным социологического опроса заработная плата врачей за последний год увеличилась, что отметили 63,5 % опрошенных, в среднем врач зарабатывает, включая совмещения, 5135 рублей. По данным Госкомстата в 2003 г. средняя заработная плата в РФ составила 5512 руб., прожиточный минимум за этот период – 2112 руб. Следовательно, средняя заработная плата врачей-клиницистов сопоставима со средней заработной платой по РФ¹.

Подробный анализ заработной платы показывает, что почти у трети респондентов (29,1 %) заработная плата находится на уровне 6000–8000 руб., у четверти опрошенных (25,7 %) – от 4000 до 6000 руб. и у 10,5 % врачей составляет 8000–10000 рублей в месяц (рис. 2).

Вместе с тем желаемая заработная плата для врачей-клиницистов в соответствии с имеющейся квалификацией, практическим опытом, затратами времени и физической нагрузкой, по данным социологического опроса, должна быть в пределах 20000 руб. (варьируется от 7500 до 100000 рублей).

Немаловажным показателем, характеризующим материальное положение врачей, является уровень доходов в расчете на одного члена семьи (рис. 3).

Почти половина опрошенных (45,3 %) врачей имеет доход на одного члена семьи от 3000 до 5000 руб., и 20,1 % респондентов менее 3000 руб. На третьем месте (14,9 %) находится категория респондентов, располагающих среднечеловеческими доходами от 5000 до 7000 руб.

Очевидно, что подавляющее большинство опрошенных врачей располагают довольно низкими доходами и испытывают финансовые трудности.

В этой связи дополнительно был задан вопрос о наличии социальных льгот по месту работы. Более 40,0 % респондентов затруднились ответить на него, 35,0 % указали большой от-

пуск, 18,3 % – предоставление льготных путевок в санатории и дома отдыха, 15,5 % – бесплатное лечение в престижных ЛПУ, 7,4 % – возможность получения постоянного жилья по очереди, 2,8 % – предоставление служебного жилья (общежития).

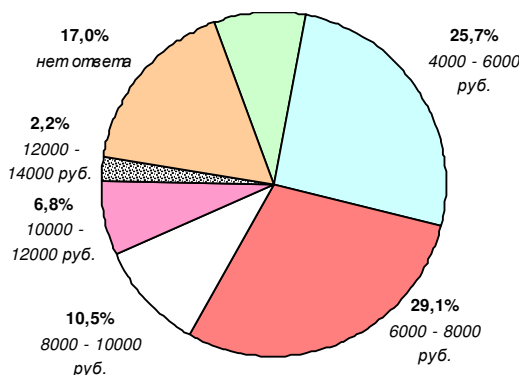


Рис. 2. Распределение врачей по уровню заработной платы

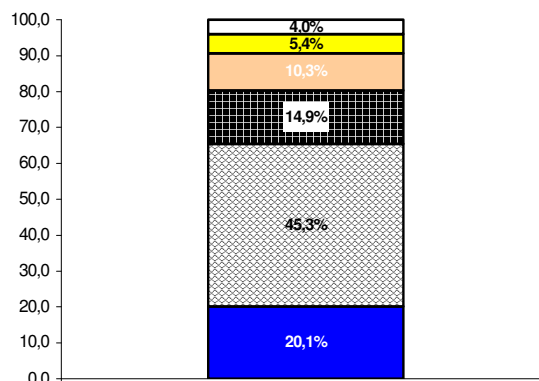


Рис. 3. Распределение врачей по уровню среднемесячных доходов в расчете на одного члена семьи:

- – до 3000 руб.;
- ▨ – от 5000 до 7000 руб.;
- ▤ – более 9000 руб.;
- ▧ – от 3000 до 5000 руб.;
- ▩ – от 7000 до 9000 руб.;
- – нет ответа

Несмотря на значительный груз ответственности за состояние здоровья пациентов, лежащий непосредственно на врачах, процесс лечения во многом обусловлен еще и тем, обладает ли медицинский работник достаточными ресурсами для адекватного и эффективного лечения пациента. В ходе социологического опроса врачи-клиницисты дали свою оценку по пятибалльной шкале обеспеченности клиник основными ресурсами (рис. 4).

¹ Средняя заработная плата в Москве, в 2003 году составляла 9800 рублей, т. е. в 1,9 раза больше, чем у врачей Клинического центра.

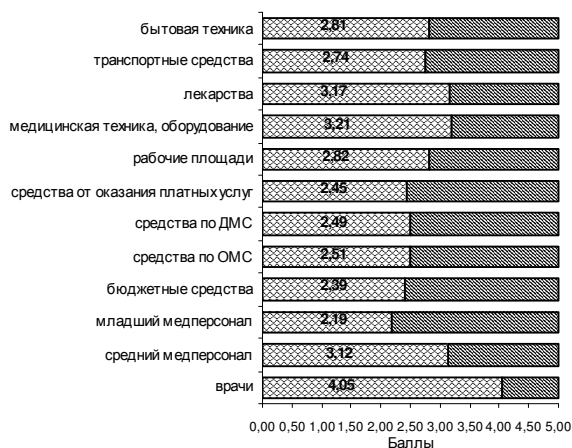


Рис. 4. Степень обеспеченности ЛПУ ресурсами (в баллах, максимальная оценка 5 баллов)

В основе любого ресурсного обеспечения лежат финансовые ресурсы, так как от них в конечном итоге зависит обеспеченность всем остальным. Так, обеспеченность финансовыми средствами из бюджетных источников врачи оценили на 2,39 балла, средствами ОМС – 2,51, средствами ДМС – 2,49, средствами от оказания платных медицинских услуг – 2,45. При этом финансов, аккумулируемых в медицинском учреждении, по мнению опрошенных врачей, недостаточно для обеспечения эффективной работы клиник.

Чуть выше среднего респонденты оценили обеспеченность Клинического центра медицинской техникой, оборудованием (3,21 балла) и лекарствами (3,17 балла). Несколько худшие оценки получили показатели обеспеченности рабочими площадями (2,82 балла), транспортными средствами (2,74 балла) и бытовой техникой (2,81 балла).

Оценки обеспеченности Клинического центра кадрами не однозначны и варьируются в зависимости от категории персонала. Так, максимальную оценку получила обеспеченность врачами – 4,05 балла, на втором месте обеспеченность средним медицинским персоналом – 3,12, хуже всего обстоит дело с младшим медицинским персоналом – 2,19 балла.

В целом общий технологический уровень Клинического центра большинство респондентов охарактеризовало как высокий и очень высокий (45,1 %), 39,9 % респондентов считают его средним, а 13,0 % – "низким" и "очень низким".

Большое влияние на качество выполнения своих профессиональных обязанностей оказывает приходящаяся на каждого врача нагрузка. По данным социологического опроса, в среднем каждый врач наблюдает 3 палаты и оказывает медицинские услуги 15 пациентам. На осмотр (лечение) пациентов врачи расходуют около 6 часов в день.

Количество дежурств, приходящихся на каждого врача, в среднем по отделению и клинике практически совпадает. 18,3 % по отделению и 20,4 % по медицинскому учреждению дежурят "чаще одного раза в месяц", а 8,7 %, и 7,1 % соответственно – "реже одного раза в месяц". Необходимо отметить, что довольно велик удельный вес респондентов, у которых нет дежурств (по отделению 10,2 % и по клинике 11,5 %), а также не ответивших на эти вопросы (21,1 и 28,2 % соответственно).

В ходе исследования был выявлен и ряд особенностей изменения профессиональной нагрузки на врачей, по мнению которых, количество пациентов в обычной палате не постоянно и изменяется в зависимости от времени года (табл. 3). Как правило, среднее количество пациентов в палате осенью, зимой, весной от 4 до 8 человек, а в летние месяцы – уменьшается.

Распределение ответов медицинских работников на вопрос об условиях пребывания пациентов в Клиническом центре представлено на рис. 5.

Условия пребывания пациентов в отделении оценили как удовлетворительные 44,6 % респондентов, хорошие – 33,7 %, плохие – 18,3 %. Данные в целом по клинике не значительно отличаются от данных по отделению (удовлетворительные – 50,5 %, хорошие – 24,7 %, плохие – 13,7 % респондентов).

Таблица 3

Количество пациентов в палате в зависимости от времени года (%)

Количество пациентов в палате	Лето	Осень	Зима	Весна
до 4	35,2	15,8	13,0	13,6
от 4 до 8	37,8	47,7	47,7	47,7
более 8	11,5	20,7	24,1	22,6
соответствие койкам	0,3	0,3	0,3	0,3
нет ответа	15,2	15,5	14,9	15,8
Итого:	100,0	100,0	100,0	100,0

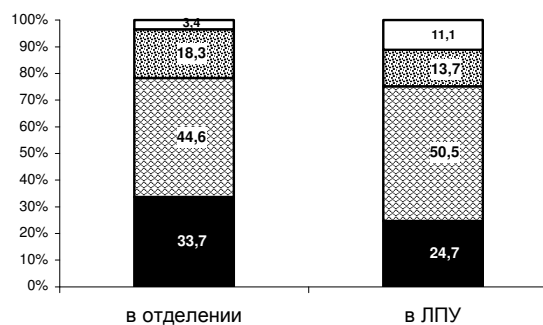


Рис. 5. Условия пребывания пациентов в отделении и ЛПУ (мнение врачей):

■ – хорошие; ▨ – удовлетворительные;
▩ – плохие; □ – затруднились ответить

Пристальное внимание, уделяемое в последнее время вопросам переноса акцентов со стационарной на амбулаторно-поликлиническую помощь, усилению взаимодействия соответствующих отделений и отдельных специалистов в ЛПУ, предопределило и то, что врачам-клиницистам был задан вопрос о существовании преимущественности между поликлиническими и стационарными отделениями Клинического центра. Большинство врачей (57,8 %) считают, что преимущественность между амбулаторными и больничными отделениями существует и при этом выражается в следующем:

при клинике есть поликлиническое отделение, с которым налажено тесное сотрудничество (62,9 %);

пациент поступает из амбулаторно-поликлинического отделения (АПО) с готовыми первичными анализами на руках (59,0 %);

эффективная работа медицинских работников АПО позволяет отсеять необоснованные обращения и снизить численность поступающих на лечение в стационар (49,4 %).

Почти треть (27,6 %) врачей-клиницистов считают, что преимущественность между АПО и клиниками отсутствует. Причем основной причиной является отсутствие продуманного нормативного регулирования (73,6 %), недостаточная организация данной работы со стороны медицинских работников АПО (43,7 %) и большой поток пациентов (31,0 %).

Особый интерес для исследования представляла собой попытка определения существующей динамики развития организационного и лечебно-диагностического процессов в клиниках и выявления характера их направленности. Изменения, произошедшие в работе Клинического центра в течение последнего года, представлены в табл. 4. Так, по мнению врачей, повысился профессиональный уровень медицинских работников (53,9 %), усилился контроль за качеством

медицинской помощи (45,2 %), соответственно улучшилось и качество оказываемой медицинской помощи (35,9 %). Кроме того, произошли положительные изменения в снабжении лечебных учреждений оборудованием (38,1 %). В то же время ухудшилось состояние самих клиник (34,4 %), оборудования (28,5 %) и условия труда медицинских работников (19,5 %). Не произошло значительных изменений в снабжении клиник медицинскими препаратами.

Несмотря на то, что в Клиническом центре, по мнению респондентов, существуют определенные проблемы с обеспеченностью ресурсами (дефицит финансовых ресурсов, нехватка младшего медицинского персонала и т. д.), в целом организацию процесса оказания медицинской помощи врачи оценивают как хорошую (52,9 %) и отличную (7,7 %), а треть (33,8 %) – как удовлетворительную.

Качество медицинской помощи, предоставляемой в Клиническом центре, характеризуется как высокое (62,5 %) и удовлетворительное (32,9 %).

Данные опроса дали возможность четко представить себе перечень мероприятий, позволяющих повысить количественные показатели работы клиник, в частности, увеличить оборот койки. К таким мерам, по мнению врачей, относятся: улучшение снабжения лекарственными препаратами (21,8 %), повышение качества и эффективности работы медицинского персонала (19,8 %), поступление и выписка во все дни недели (19,6 %), уменьшение количества поступающих пациентов за счет увеличения нагрузки на поликлинические (консультативные) отделения (17,0 %), ограничение времени пребывания в стационаре (13,3 %) и т. д.

Исследование врачей Клинического центра показало необходимость совершенствования планирования кадрового потенциала стационаров на основе разработки и использования нормативов численности персонала.

Таблица 4

Изменения, произошедшие за последний год в работе Клинического центра (%)

Показатели	Улучшилось	Осталось прежним	Ухудшилось	Затрудняюсь ответить	Итого
Снабжение Клинического центра оборудованием	38,1	43,7	9,3	8,9	100,0
Состояние оборудования	13,3	48,0	28,5	10,2	100,0
Снабжение медицинскими препаратами	21,4	49,2	21,0	8,4	100,0
Состояние Клинического центра	30,3	29,1	34,4	6,2	100,0
Качество оказываемой медицинской помощи	35,9	54,5	2,5	7,1	100,0
Контроль за качеством работы медицинских работников	45,2	36,2	2,5	16,1	100,0
Профессиональный уровень медицинских работников	53,9	36,5	1,9	7,7	100,0
Условия труда медицинских работников	13,6	59,2	19,5	7,7	100,0

Повышение эффективности использования ресурсов возможно за счет увеличения оборота

койки, которое, в свою очередь, может быть достигнуто путем повышения качества и эффективности работы медицинского персонала, поступления и выписки пациентов во все дни недели, уменьшения количества поступающих пациентов за счет увеличения нагрузки на поликлинические отделения, улучшения снабжения лекарственными препаратами, ограничения времени пребывания в стационаре.

Улучшение работы и условий труда врачей можно осуществить за счет:

- 1) материального и морального стимулирования труда;
- 2) укрепления дисциплины на всех уровнях;
- 3) ускорения внедрения результатов научно-исследовательских работ врачей в текущий лечебно-диагностический процесс;
- 4) капитального ремонта отдельных блоков,

отделений, помещений клиник;

5) создания комнат психоэмоциональной разгрузки;

6) обеспечения полноценного питания на рабочем месте и др.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кадыров Ф.Н. // Здоровоохранение. – 1998. – № 8. – С. 7–15.
2. Ефименко С.А., Морозов П.Н. // Социол. медицины. – 2004. – №1. – С. 26–31.
3. Решетников А.В. Медико-социологический мониторинг: Руководство. – М.: Медицина, 2003. – 1048 с.
4. Решетников А.В. Социология медицины (введение в научную дисциплину): руководство. – М.: Медицина, 2002. – 976 с.
5. Социальная гигиена (медицина) и организация здравоохранения / Под ред. Ю.П. Лисицына. – Казань, 1998. – 698 с.

Morozov P.N. Medical-sociological view of a clinician and his work in conditions of nowadays // Vestnik of Volgograd State Medical University. – 2005. – № 1. – P. 73–78.

УДК 378:61

ПРОЕКТИРОВАНИЕ ПЕДАГОГИЧЕСКИХ ТЕХНОЛОГИЙ В УЧЕБНОМ ПРОЦЕССЕ

В.Б. Мандриков, М.А. Вершинин

*Кафедра физического воспитания ВолГМУ,
Волгоградская государственная академия физической культуры*

Логика проектирования технологических процессов, независимо от их характера, хорошо отработана и содержит следующие этапы: выбирается исходный материал, устанавливается уровень его свойств и определяются требования к качеству готовой продукции; выбираются методы и средства воздействия на исходный материал; разрабатывается распределенная в пространстве и времени структура взаимосвязанных технологических операций; определяются методы контроля за ходом процесса, за качеством готового результата.

Необходима определенная содержательная интерпретация перечисленных этапов для того, чтобы совместить логику проектирования технологий производственных процессов с логикой проектирования технологии обучения. Поскольку не имеется фактов, дискредитирующих содержание перечисленных этапов, и поскольку нет оснований для пренебрежения ими, то есть смысл не игнорировать рациональный порядок проектирования производственных технологий в разработке учебного процесса.

Сегодня ни для кого не является открытием тот факт, что синтез управления опирается на одну и ту же теоретическую базу, принципы и методы независимо от того, идет ли речь

о технических системах или социальных. Нужен лишь способ описания специфических объектов управления и функциональных элементов, включенных в контур системы управления, выбора методов и средств контроля за параметрами процесса и средств переработки информации, на основе которой осуществляется самоуправление.

Таким образом, интеграция психолого-педагогической науки с рациональными методами проектирования технологических процессов, с теорией принятия решений, выбора операций и управления может способствовать перестройке системы обучения.

Если на педагогический процесс посмотреть как на разновидность технологии, то в нем должны быть предусмотрены действия по изменению и дальнейшему определению результата учебного процесса. Важнейшими этапами проектирования педагогической технологии (ПТ) являются: постановка диагностических целей в обучении; планирование в пространстве и во времени иерархии и последовательности технологических операций учебного процесса; разработка критериев оценки качества обучения; управление учебно-познавательной деятельностью через комплексные описания состояния объекта, через