

ПСИХОЛОГИЧЕСКОЕ БЛАГОПОЛУЧИЕ ЗАВЕДУЮЩИХ ОТДЕЛЕНИЯМИ МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ

А. В. Кочубей¹ ✉, С. Ю. Яроцкий¹, В. В. Кочубей²

¹ Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи Федерального медико-биологического агентства, Москва, Россия

² Московский государственный медико-стоматологический университет имени А. И. Евдокимова, Москва, Россия

Повышенная нагрузка заведующих клиническими отделениями в связи с реализацией трудовых функций врача-клинициста и менеджера может привести к значимому ухудшению психологического благополучия. Целью работы было изучить психологическое благополучие заведующих клиническими отделениями. Используя версию Шевеленковой–Фесенко опросника Риффа, с помощью электронной почты и портала дистанционного обучения проводили заочное анкетирование 216 заведующих отделениями в возрасте 32–70 лет со стажем работы в сфере здравоохранения 8–51 лет. В опросе участвовали 123 мужчины (56,9%) и 93 женщины (43,1%), из них работали в стационаре 117 человек (54,2%), в «красной зоне» — 114 (52,8%), имеют квалификационную категорию 138 человек (63,89%), ученую степень — 63 (29,1%). Расчеты средних значений, процентов, коэффициента корреляции Пирсона, критерия Стьюдента проводили в программе IBM SPSS Statistics 23. Корреляцию и разницу средних значений считали значимой при $p < 0,05$. Средний балл психологического благополучия — $378,67 \pm 78,33$, ниже нормативных значений — у 26 (26%) мужчин, 28 (43,1%) женщин 36–55 лет. Выявлена корреляция психологического благополучия с возрастом ($r = 0,2$; $p = 0,019$) и стажем ($r = 0,2$; $p = 0,008$). Не обнаружена зависимость психологического благополучия от пола ($p = 0,798$), типа организации ($p = 0,642$), наличия второго образования ($p = 0,854$), категории ($p = 0,645$), ученой степени ($p = 0,204$), работы в «красной зоне» ($p = 0,926$). Таким образом, более трети лиц 36–55 лет имеют баллы психологического благополучия ниже нормативных значений. Женщины имеют худшее психологическое благополучие, чем мужчины. Психологическое благополучие мужчин после 35 лет снижается в большей степени, чем нормативные значения.

Ключевые слова: психологическое благополучие, личностный рост, заведующий отделением

Вклад авторов: А. В. Кочубей — идея, дизайн, координация исследования, статистический анализ и интерпретация результатов, подготовка рукописи; С. Ю. Яроцкий — анализ, планирование исследования, интерпретация данных, обсуждение результатов; В. В. Кочубей — работа с литературой, анализ и интерпретация данных, подготовка рукописи.

Соблюдение этических стандартов: исследование проведено в соответствии с этическими принципами Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации.

✉ **Для корреспонденции:** Аделина Владимировна Кочубей
Волоколамское шоссе, д. 91, г. Москва, 125371, Россия; kochoubeya@gmail.com

Статья получена: 08.05.2022 **Статья принята к печати:** 08.06.2022 **Опубликована онлайн:** 19.06.2022

DOI: 10.47183/mes.2022.021

PSYCHOLOGICAL WELL-BEING OF THE DEPARTMENT HEADS AT HEALTHCARE ORGANIZATIONS

Kochubey AV¹ ✉, Yarotsky SYu¹, Kochubey VV²

¹ Federal Scientific and Clinical Center of Specialized Types of Medical Care of the Federal Medical and Biological Agency, Moscow, Russia

² A.I. Evdokimov Moscow State University of Medicine and Dentistry, Moscow, Russia

Increased workloads among heads of clinical departments that result from working as both clinicians and managers may lead to the significant decline in their psychological well-being. The study was aimed to assess psychological well-being of the clinical department heads. The online survey of 216 department heads aged 32–70 having a 8–51-year experience in healthcare was conducted using the Ryff's scales of psychological well-being adopted by Shevelenkova–Fesenko, sent by e-mail or posted on the distance learning portal. The survey involved 123 men (56.9%) and 93 women (43.1%); among them 117 people (54.2%) worked in inpatient settings, 114 people (52.8%) worked in the red zone, 138 people (63.89%) were assigned a qualification category, 63 people (29.1%) had an academic degree. Mean values, percentage, Pearson correlation coefficient, Student's t-test were calculated with the IBM SPSS Statistics 23 software. Correlations and mean differences were considered significant at $p < 0.05$. The average psychological well-being score was 378.67 ± 78.33 ; in 26 men (26%) and 28 women (43.1%) aged 36–55, the score was below standard values. Psychological well-being correlated with age ($r = 0.2$; $p = 0.019$) and years of service ($r = 0.2$; $p = 0.008$). No correlations were revealed between psychological well-being and gender ($p = 0.798$), type of organization ($p = 0.642$), the fact of having second higher education ($p = 0.854$), qualification category ($p = 0.645$), academic degree ($p = 0.204$), and the experience of working in the red zone ($p = 0.926$). Thus, more than a third of individuals aged 36–55 have psychological well-being scores below standard values. Psychological well-being of women is lower than that of men. Psychological well-being of men over the age of 35 decreases to a greater extent than standard values.

Keywords: psychological well-being, personal growth, heads of departments

Author contribution: Kochubey AV — concept, design, research coordination, statistical analysis and data interpretation, manuscript writing; Yarotsky SYu — analysis, research planning, data interpretation, discussion; Kochubey VV — literature review, data analysis and interpretation, manuscript writing.

Compliance with ethical standards: the study was conducted in accordance with the ethical principles stipulated by the Declaration of Helsinki of the World Medical Association.

✉ **Correspondence should be addressed:** Adelina V. Kochubey
Volokolamskoye shosse, 91, Moscow, 125371, Russia; kochoubeya@gmail.com

Received: 08.05.2022 **Accepted:** 08.06.2022 **Published online:** 19.06.2022

DOI: 10.47183/mes.2022.021

В 1989 г. Всемирная организация здравоохранения указала одной из основных целей по обеспечению качества медицинской помощи содействие внедрению инноваций путем стимулирования профессионального любопытства работников здравоохранения [1]. Такая стратегия

ВОЗ обусловлена тем, что воздействие на кадровые ресурсы является высокоэффективным способом обеспечения качества медицинской деятельности [2–4]. Профессионализм работников здравоохранения — исключительная основа для совершенствования процессов

и результатов [5]. В свою очередь профессиональное любопытство сотрудников зависит от психологического благополучия, в том числе стремления к личностному росту [6].

К сожалению, медицинские работники являются профессиональной группой, подверженной риску психологических нарушений [7], так как испытывают высокий уровень стресса и психологических расстройств [8, 9]. Изучение профессионального благополучия проводили среди врачей [10–12] и медсестер [13, 14] различных клинических специализаций. Обнаружено, что депрессия как одно из худших проявлений психологического неблагополучия лежит в основе появления врачебных ошибок [13].

Поскольку заведующие клиническими отделениями являются ключевыми фигурами обеспечения качества медицинской помощи [15], состояние их психологического благополучия крайне важно. Заведующие клиническими отделениями одновременно выполняют трудовые функции клинического специалиста и организатора здравоохранения [15], т. е. повышенная трудовая нагрузка сочетается с ответственностью за работу всего подразделения. Эти факторы, а также требования к овладению более широким спектром компетенций и к реализации профессионального развития по клинической специальности и в области менеджмента могут отрицательно влиять на психологическое благополучие данного контингента сотрудников медицинских организаций.

Целью настоящего исследования стало изучение психологического благополучия заведующих отделениями медицинских организаций.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В рамках исследования проводили заочный опрос слушателей, обучавшихся в 2019–2021 гг. на циклах дополнительного профессионального образования Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России. Критерии включения: наличие у респондента

должности «заведующий клиническим отделением». Критерии исключения: не полностью заполненные анкеты. Опрос проводили по русскоязычной стандартизированной версии Шевеленковой–Фесенко анкеты психологического благополучия Риффа [16]. Выбор данной версии обусловлен тем, что относительно этой версии даны нормативные значения уровня психологического благополучия для четырех половозрастных групп. Анкеты направляли респондентам по электронной почте, а также размещали в материалах учебных курсов на платформе дистанционного образования.

Анкета состоит из 84 пунктов с шестью шкалами: «Позитивные отношения», «Автономия», «Управление средой», «Личностный рост», «Цели в жизни», «Самопринятие», а также тремя интегральными категориями «Баланс аффекта», «Осмысленность жизни», «Человек как открытая система», баллы по которым подсчитывают отдельно. Оценку психологического благополучия выполняли по шкале Лайкерта в диапазоне от 1 балла (полностью не согласен) до 6 (полностью согласен). Более высокие баллы указывают на большее субъективное психологическое благополучие. Данный принцип действует в отношении всех шкал анкеты и двух интегральных категорий «Осмысленность жизни», «Человек как открытая система». По категории «Баланс аффекта» низкие баллы демонстрируют лучшее состояние респондента.

Характеристика респондентов

В опросе участвовало 216 респондентов (табл. 1). В связи с отсутствием данных о размере генеральной совокупности применяли детерминированный метод формирования выборки, основанный на экспертных суждениях группы исследователей-экспертов [17].

Выбор характеристик обусловлен результатами сторонних исследований о влиянии пола, возраста, повышенной трудовой нагрузки, лучшего образования и профессионального развития на психологическое

Таблица 1. Характеристика респондентов

Признаки	Число, абс. (%)	Средний возраст, лет	Средний стаж, лет
Все респонденты	216	47,9 ± 8,08	23,18 ± 8,60
Женщины	93 (43,1)	52,15 ± 6,653	27,06 ± 7,079.
Мужчины	123 (56,9)	44,77 ± 7,621	20,06 ± 8,435
Работали в стационарных условиях	117 (54,2)	44,79 ± 7,715	20,10 ± 8,569
Работали в амбулаторных условиях	99 (45,8)	51,68 ± 6,848	26,59 ± 7,229
Работали в «красной» зоне	114 (52,8)	44,81 ± 7,803	20,14 ± 8,669
Не работали в «красной» зоне	102 (57,2)	51,46 ± 6,878	26,35 ± 7,259
Имели квалификационную категорию	138 (63,9)		
– из них высшую	83 (38,4)	47,7 ± 7,19	22,5 ± 7,51
– вторую	22 (10,2)	48,1 ± 9,66	23,4 ± 10,06
– первую	33 (15,3)	49,7 ± 8,22	25,2 ± 8,78
Без квалификационной категории	78 (36,1)	47,5 ± 8,49	22,7 ± 9,18
Имели ученую степень	63 (29,2)		
– кандидата наук	48 (22,2)	49,5 ± 8,26	24,2 ± 8,79
– доктора наук	15 (6,9)	51,9 ± 8,72	27,0 ± 10,27
Без ученой степени	153 (70,8)	47,1 ± 7,82	22,3 ± 8,28
Имеют второе высшее образование	111 (51,4)	47,9 ± 8,25	23,2 ± 8,92
– по специальности «Управление»	105 (48,6)		
Без второго высшего образования	105 (48,6)	48,0 ± 7,94	22,9 ± 8,29

Таблица 2. Средние баллы и нормативные значения по шкалам и интегральным категориям опросника Риффа в разрезе половозрастных групп ($M \pm \sigma$)

Пол	Возрастные группы	Психологическое благополучие	Баланс аффекта	Осмысленность жизни	Открытость	Личностный рост	Позитивное отношение	Автономия	Управление окружением	Цели жизни	Самопринятие
Женский	25–35 лет $n = 0$	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	Нормативные значения	370 $\pm$ 34,68	84 $\pm$ 15,61	97 $\pm$ 12,61	65 $\pm$ 6,07	65 $\pm$ 6,04	65 $\pm$ 8,28	58 $\pm$ 7,31	58 $\pm$ 7,35	64 $\pm$ 8,19	61 $\pm$ 9,08
	36–55 лет $n = 65$	358,8 $\pm$ 79,27	81,0 $\pm$ 25,52	83,36 $\pm$ 17,26	61,12 $\pm$ 12,44	58,94 $\pm$ 13,53	62,25 $\pm$ 14,88	58,75 $\pm$ 13,79	60,54 $\pm$ 12,60	61,75 $\pm$ 13,18	60,95 $\pm$ 14,80
	Нормативные значения	351 $\pm$ 23,93	93 $\pm$ 9,58	95 $\pm$ 10,06	64 $\pm$ 3,95	63 $\pm$ 7,90	58 $\pm$ 7,59	57 $\pm$ 5,61	59 $\pm$ 8,32	59 $\pm$ 6,99	57 $\pm$ 6,14
	56 лет и старше $n = 28$	430,04 $\pm$ 22,93	60,03 $\pm$ 7,11	100,64 $\pm$ 5,65	73,82 $\pm$ 4,94	73,75 $\pm$ 2,96	75,96 $\pm$ 7,16	69,43 $\pm$ 3,80	69,82 $\pm$ 3,85	74,71 $\pm$ 3,76	71,43 $\pm$ 6,40
	Нормативные значения	Отсутствуют									
	Всего $n = 93$	380,25 $\pm$ 74,87	74,68 $\pm$ 23,69	88,56 $\pm$ 16,74	64,95 $\pm$ 12,21	63,40 $\pm$ 13,29	66,38 $\pm$ 14,46	61,97 $\pm$ 12,68	63,33 $\pm$ 11,54	65,66 $\pm$ 12,68	64,11 $\pm$ 13,70
Мужской	25–35 лет $n = 11$	422,36 $\pm$ 24,17	62,45 $\pm$ 6,15	97,45 $\pm$ 6,12	72,27 $\pm$ 5,55	70,36 $\pm$ 7,51	73,91 $\pm$ 4,61	67,45 $\pm$ 2,07	69,55 $\pm$ 3,78	73,73 $\pm$ 4,41	73,00 $\pm$ 5,98
	Нормативные значения	363 $\pm$ 24,20	91 $\pm$ 17,09	99 $\pm$ 7,64	65 $\pm$ 5,62	65 $\pm$ 4,94	63 $\pm$ 7,12	56 $\pm$ 6,86	57 $\pm$ 6,27	63 $\pm$ 5,16	59 $\pm$ 6,99
	36–55 лет $n = 100$	364,52 $\pm$ 84,30	80,07 $\pm$ 27,59	84,04 $\pm$ 18,37	62,43 $\pm$ 13,22	59,90 $\pm$ 15,20	63,41 $\pm$ 15,49	59,41 $\pm$ 13,98	61,23 $\pm$ 13,45	62,98 $\pm$ 14,56	62,08 $\pm$ 15,28
	Нормативные значения	336 $\pm$ 33,94	105 $\pm$ 13,66	95 $\pm$ 12,74	63 $\pm$ 5,58	58 $\pm$ 7,80	54 $\pm$ 6,52	57 $\pm$ 7,73	56 $\pm$ 8,27	58 $\pm$ 8,51	52 $\pm$ 5,31
	56 лет и старше $n = 12$	444,33 $\pm$ 9,73	55,83 $\pm$ 3,58	103,41 $\pm$ 1,67	76,33 $\pm$ 1,87	74,67 $\pm$ 1,37	80,42 $\pm$ 2,81	71,75 $\pm$ 3,33	72,00 $\pm$ 1,21	76,75 $\pm$ 1,14	75,50 $\pm$ 3,50
	Нормативные значения	Отсутствуют									
	Всего $n = 123$	377,48 $\pm$ 81,13	76,13 $\pm$ 26,31	87,13 $\pm$ 17,91	64,67 $\pm$ 12,94	62,28 $\pm$ 14,76	66,01 $\pm$ 15,12	61,33 $\pm$ 13,30	63,02 $\pm$ 12,74	65,28 $\pm$ 14,05	64,37 $\pm$ 14,72
Всего	25–35 лет $n = 11$	422,36 $\pm$ 24,17	62,45 $\pm$ 6,15	97,45 $\pm$ 6,12	72,27 $\pm$ 5,55	70,36 $\pm$ 7,51	73,91 $\pm$ 4,61	67,45 $\pm$ 2,07	69,55 $\pm$ 3,78	73,73 $\pm$ 4,41	73,00 $\pm$ 5,98
	36–55 лет, $n = 165$	362,27 $\pm$ 82,16	80,43 $\pm$ 26,72	83,77 $\pm$ 17,89	61,92 $\pm$ 12,90	59,52 $\pm$ 14,53	62,95 $\pm$ 15,22	59,15 $\pm$ 13,87	60,96 $\pm$ 13,09	62,50 $\pm$ 14,00	61,64 $\pm$ 15,06
	56 лет и старше, $n = 40$	434,33 $\pm$ 20,85	58,77 $\pm$ 6,55	101,47 $\pm$ 4,95	74,58 $\pm$ 4,38	74,03 $\pm$ 2,61	77,30 $\pm$ 6,48	70,13 $\pm$ 3,78	70,48 $\pm$ 3,42	75,33 $\pm$ 3,32	72,65 $\pm$ 5,95
	Всего $n = 216$	378,67 $\pm$ 78,33	75,50 $\pm$ 25,17	87,75 $\pm$ 17,39	64,79 $\pm$ 12,60	62,76 $\pm$ 14,12	66,17 $\pm$ 14,81	61,61 $\pm$ 13,01	63,16 $\pm$ 12,21	65,44 $\pm$ 13,45	64,25 $\pm$ 14,26

благополучие. Поэтому было сделано предположение о негативном воздействии на психологическое благополучие повышенной трудовой нагрузки, которую испытывают респонденты, работающие в стационарных условиях и в «красной зоне». Мы допустили также, что есть позитивное влияние на психологическое благополучие второго образования, квалификационной категории, ученой степени, косвенно свидетельствующее о стремлении к личностному росту.

Разница стажа мужчин и женщин значима: $t = 7,44$; $p < 0,001$. Разница возраста и стажа между респондентами, работающими в стационарных и амбулаторных условиях, значима: $t = 6,87$; $p < 0,001$. На момент опроса более половины респондентов работали в подразделениях, оказывающих медицинскую помощь пациентам с коронавирусом, с усиленным санитарно-эпидемиологическим режимом и особым зонированием (далее — «красная зона»). Разница в среднем возрасте и стаже у работавших и не работавших в «красной» зоне значима: $t = 6,62$; $p < 0,001$. Нет значимой разницы в возрасте ($t = 0,648$; $p = 0,197$) и стаже ($t = 0,457$; $p = 0,095$) у лиц с квалификационной категорией и без нее. Разница в возрасте ($t = 2,536$; $p = 0,012$) и стаже ($t = 1,987$; $p = 0,048$) между респондентами без ученой степени и со степенью значима. Разница в возрасте ($t = 0,123$; $p = 0,902$) и стаже ($t = 0,186$; $p = 0,853$) у респондентов без второго высшего образования и с ним не значима.

Сравнительный анализ баллов проводился по трем половозрастным группам: мужчины 20–35 лет и 36–55 лет, и женщины 36–55 лет, для которых имеются нормативные значения психологического благополучия. Женщин 20–35 лет среди респондентов не было. Средние баллы психологического благополучия даны для общей группы, и пяти половозрастных групп: мужчины 20–35 лет, 36–55 лет и старше 56 лет; женщины 36–55 лет и старше 56 лет.

С использованием программы IBM SPSS Statistics 23 (IBM Company; США) были выполнены расчеты средних величин, медианы, моды, стандартных отклонений, процентов, критерия Стьюдента, коэффициента корреляции Пирсона. Корреляцию и разницу средних значений для независимых выборок считали значимой при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Средний балл психологического благополучия заведующих отделениями по опроснику Риффа составляет 378,67 $\pm$ 78,33, медиана — 398,5, мода — 438,00; 54 респондента (25%) имеют балл психологического благополучия ниже 342,25, а 54 (25%) — выше 442,75. У 86 (39,8%) респондентов балл психологического благополучия ниже среднего значения. Средний уровень психологического благополучия женщин 36–55 лет, мужчин 20–35 лет и 36–55 лет оказался выше нормативных значений (табл. 2). Однако у 26 (26%) мужчин и у 28 (43,1%) женщин в возрасте 36–55 лет уровень

психологического благополучия ниже нормативных значений.

Выявлена корреляция психологического благополучия с возрастом ($r = 0,2$; $p = 0,019$) и стажем ($r = 0,2$; $p = 0,008$). Нет статистически значимой разницы средних баллов психологического благополучия у мужчин ($377,47 \pm 81,13$) и женщин ($380,25 \pm 74,87$; $t = 0,257$, $p = 0,798$); у заведующих отделениями, работающих в стационарах ($376,38 \pm 82,38$) и организациях первичной медико-санитарной помощи ($381,37 \pm 73,58$; $t = 0,466$, $p = 0,642$); респондентов, имеющих второе высшее образование ($379,63 \pm 81,23$) и без него ($377,66 \pm 75,51$; $t = 0,185$, $p = 0,854$); имеющих категорию ($380,52 \pm 78,06$) и без нее ($375,39 \pm 79,21$; $t = 0,461$, $p = 0,645$); с ученой степенью ($389,24 \pm 68,48$) и без степени ($374,32 \pm 81,86$; $t = 1,274$, $p = 0,204$); работавших в «красной зоне» ($378,20 \pm 81,26$) и не работавших в ней ($379,19 \pm 75,32$; $t = 0,093$; $p = 0,926$).

Средние баллы по категориям и шкалам опросника Риффа в разрезе половозрастных групп представлены в табл. 2.

Средние баллы по категориям «баланс аффекта» и «осмысленность жизни» ниже нормативных значений во всех обследуемых половозрастных группах. У 20 (20%) мужчин и у 17 (26,2%) женщин 36–55 лет баллы «баланс аффекта» выше нормативных значений.

По категории «осмысленность жизни» баллы у 11 (54,5%) мужчин 25–35 лет, у 60 (60%) мужчин и у 46 (70,8%) женщин 36–55 лет ниже нормативных значений. Средние баллы по категории «человек как открытая система» ниже нормативных значений у женщин и мужчин 35–55 лет, но выше у мужчин 25–35 лет. По данной категории у 2 (18,2%) мужчин 25–35 лет, а также у 53 (53,0%) мужчин и 41 (63,1%) женщин 36–55 лет баллы ниже нормативных значений.

В общей группе респондентов по категории «баланс аффекта» у 88 (40,7%) респондентов баллы выше среднего значения, по категории «осмысленность жизни» у 88 (40,7%) — ниже среднего значения, по категории «человек как открытая система» у 95 (44,0%) — ниже среднего значения.

Средние баллы по шкалам опросника Риффа «личностный рост», «позитивное отношение», «автономия», «управление окружением», «цели жизни», «самопринятие» — выше нормативных значений во всех половозрастных группах. По шкале «личностный рост» баллы ниже нормативных значений у 3 (27,3%) мужчин 25–35 лет, 47 (47%) мужчин и 15 (23,1%) женщин 36–55 лет. По шкале «позитивное отношение» баллы ниже нормативных значений у 22 (22%) мужчин и 23 (35,4%) женщин 36–55 лет. По шкале «автономия» баллы ниже нормативных значений у 25 (25%) мужчин и 16 (24,6%) женщин 36–55 лет. По шкале «управление окружением» баллы ниже нормативных значений у 25 (25%) мужчин и 18 (27,7%) женщин 36–55 лет. По шкале «цели жизни» баллы ниже нормативных значений у 28 (28%) мужчин и 23 (35,4%) женщин 36–55 лет. По шкале «самопринятие» баллы ниже нормативных значений у 23 (23%) мужчин и 24 (36,9%) женщин 36–55 лет.

В общей группе респондентов баллы ниже среднего значения обнаружены по шкале «личностный рост» у 93 (43,1%) человек, «позитивное отношение» — у 103 (47,7%), «автономия» — у 77 (35,6%), «управление окружением» — у 79 (36,6%), «цели» — у 90 (41,7%), «самопринятие» — у 99 (45,8%) опрошенных заведующих отделениями.

Выявлена корреляция возраста и стажа с баллами всех категорий и шкал опросника ($p \leq 0,05$), кроме шкалы

«самопринятие» ($p > 0,05$). Корреляция возраста и стажа с категориями «баланс аффекта» отрицательна, с иными категориями и шкалами — положительна.

Обнаружена также корреляция всех категорий и шкал опросника между собой ($p \leq 0,05$), с категорией «баланс аффекта» связь отрицательна. Нет зависимости баллов по отдельным категориям и шкалам психологического благополучия от пола, наличия второго образования, квалификационной категории, ученой степени, типа организации, в которой работает респондент, работы в «красной зоне» ($p > 0,05$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Почти у 40% респондентов уровень психологического благополучия ниже значений среднего балла. В отсутствии нормативных значений психологического благополучия всех половозрастных групп обратим внимание на респондентов 36–55 лет, доля которых в возрастной структуре заведующих отделениями наибольшая. Так, в этой возрастной группе у 43,1% женщин и 26% мужчин баллы психологического благополучия хуже нормативных значений. Результаты опроса этой возрастной группы в разрезе категорий и шкал раскрывают варианты психологического неблагополучия.

По категории «баланс аффекта» почти треть женщин и 20% мужчин 36–55 лет демонстрируют неудовлетворенность жизнью, низкую оценку своих способностей к освоению нового и борьбы с жизненными трудностями, плохое умение поддерживать благоприятные отношения с окружающими. По шкале «позитивное отношение» более трети женщин и более 20% мужчин предрасположены к закрытости, недоверию во взаимоотношениях, а по шкале «личностный рост» у более 20% женщин и почти половины мужчин данного возраста нет стремлений к самореализации, познанию нового, изменению существующего поведения.

По шкале «самопринятие» почти 40% женщин и более 20% мужчин 36–55 лет обеспокоены слабостью личностных характеристик, но одновременно не довольны своим положением в обществе относительно его видения. Это объясняет почему по категории «осмысленность жизни» в данной возрастной группе 70,8% женщин и 60% мужчин склонны воспринимать собственную жизнь как бессмысленную и бесцельную, а по шкале «цели жизни» у более трети женщин и почти трети мужчин нет смысла в жизни, ограничены или отсутствуют цели и устремления.

По категории «человек как открытая система» 63,1% женщин и 53% мужчин 36–55 лет обнаруживают недостаточную готовность использовать приобретенный опыт и не расположены адекватно воспринимать жизненные реалии. Наряду с этим по шкале «управление окружением» более четверти женщин и четверть мужчин не способны не только контролировать происходящее, но и использовать возникающие возможности для реализации изменений, а по шкале «автономия» четверть женщин и мужчин демонстрируют зависимость от окружающих, в том числе при принятии решений, склонны к субмиссивному поведению.

Следует отметить, что полученные результаты коррелируют с данными о недостаточности профессиональных компетенций в области менеджмента у руководителей медицинских организаций [18].

Отдельного внимания заслуживают результаты опроса женщин. Уровень психологического благополучия в целом, а также по его категориям и шкалам в группе

мужчин и женщин одинаковый ($p > 0,05$). Однако напомним, что балл психологического благополучия в возрасте 36–55 лет ниже нормативных значений у 26% мужчин и у 43,1% женщин. Отметим, что женщины в возрасте до 35 лет среди респондентов нет, хотя мужчины этого возраста составляют 8,9% от респондентов мужского пола. Напротив, женщин в возрасте старше 56 лет среди респондентов этого пола 30,1%, а мужчин данного возраста — только 9,6%. Число женщин среди респондентов в возрасте старше 56 лет более чем в два раза превышает число мужчин: 28 и 12 соответственно. В то время как в популяции страны численность женщин на 1000 мужчин увеличивается с 1 067 в возрасте 35–55 лет до 1 233 в возрасте 56–60 лет (Росстат, <https://rosstat.gov.ru/folder/12781>). То есть женщины реже и позже получают должность заведующего отделением (средний возраст женщин-респондентов значимо выше возраста мужчин-респондентов; $t = 7,44$, $p \leq 0,001$). По нашему мнению, существует дискриминация женщин в вопросах карьерного роста. Наши предположения о том, что искусственное торможение карьерного роста и непродуктивная борьба с ним обуславливают худшее психологическое благополучие женщин, согласуются со сторонними исследованиями [19–21].

Следующий аспект исследования, вызывающий интерес, — ухудшение показателей психологического благополучия в целом, а также по всем категориям и шкалам у мужчин после 35 лет. Надо упомянуть, что компоненты психологического благополучия меняются с возрастом: до среднего возраста уровень благополучия снижается, после среднего возраста растет [22]. Изменение нормативных значений у мужчин после 35 лет также отрицательное, но в меньшей степени, а по шкале «автономия» даже идет рост балла (табл. 2). У респондентов мужчин после 35 лет средний уровень психологического благополучия снижается почти на 58 баллов ($\approx 14,0\%$ от уровня в возрасте 25–35 лет). Самое значительное снижение баллов в разрезе категорий можно наблюдать по категории «баланс аффекта»: изменение на 18 баллов (29,0% от уровня 25–35 лет). Менее всего страдают категории «автономия» и «управление окружением»: падение на 8 баллов ($\approx 11\%$ от уровня 25–35 лет). Уменьшение баллов по категории «осмысленность жизни» составило 13 баллов ($\approx 14,0\%$ от уровня 25–35 лет), по шкалам «личностный рост», «цели жизни», «самопринятие» — 11 баллов ($\approx 15\%$ от уровня 25–35 лет), по категории «открытость» и шкале «позитивное отношение» — 10 баллов ($\approx 14,0\%$ от уровня 25–35 лет).

Мы не обнаружили воздействия иных рассматриваемых в настоящем исследовании характеристик респондентов на их психологическое благополучие. Мы ожидали негативного

влияния на психологическое благополучие повышенной нагрузки, которую испытывают лица, работающие в «красной зоне». Можно предположить, что негативное воздействие увеличенной трудовой нагрузки нивелирует удовлетворение от возрастающего чувства исполненного долга, непосредственной личной причастности к решению глобальной проблемы здравоохранения, реализации альтруистического поведения, повышенного позитивного отношения общества [7, 8]. Мы ожидали также увидеть положительную связь формальных характеристик профессионального развития: второго образования, квалификационной категории, ученой степени, — с психологическим благополучием респондентов. Однако формальные характеристики профессионального развития не оказали влияния даже на личностный рост респондентов (квалификационная категория — $p = 0,990$; ученая степень — $p = 0,430$; второе образование — $p = 0,686$). В то же время вызывает настороженность, что у более 40% респондентов балл по шкале «личностный рост» ниже среднего значения, на фоне усиления требований к интенсивному профессиональному развитию врачей и организаторов здравоохранения.

ВЫВОДЫ

Несмотря на то что средний уровень психологического благополучия респондентов выше нормативных значений, результаты исследования позволяют говорить о наличии ряда проблем. Во-первых, выявлена высокая доля лиц в группе 36–55 лет, имеющих баллы психологического благополучия и его компонентов ниже нормативных значений. Во-вторых, отмечается худшее психологическое благополучие женщин исследуемой группы. В-третьих, заметно значительное ухудшение показателей психологического благополучия у мужчин после 35 лет. Результаты настоящего исследования расширяют представления о психологическом благополучии заведующих отделениями и медицинских работников. Вместе с тем обнаруженные особенности психологического благополучия требуют определения причин их возникновения. Кроме того, отсутствие зависимости психологического благополучия, особенно личностного роста, от формальных признаков профессионального развития и от трудовой нагрузки нуждается в подтверждении. В этой связи можно рекомендовать продолжение исследований в данной области с увеличением выборочной совокупности по отдельным половозрастным группам и расширением перечня характеристик респондентов, что позволит представить полноценные рекомендации по управлению персоналом медицинской организации.

Литература

1. The principles of quality assurance. WHO Working Group. Qual Assur Health Care. 1989; 1 (2–3):79–95. DOI: 10.1093/intqhc/1.2-3.79.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. Milbank Q. 2005; 83 (4): 691–729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
3. Брынза Н. С., Кича Д. И., Захарченко Н. М. Эффективность подходов обеспечения качества медицинской помощи и непрерывного медицинского образования в контексте положительных трендов заболеваемости Вятский медицинский вестник. 2017; 1 (53). 60–63.
4. Мантурова Н. Е., Кочубей В. В., Кочубей А. В. Компетентность пластических хирургов. Вестник Российского государственного медицинского университета. 2018; 2: 67–71. DOI: 10.24075/vrgmu.2018.023.
5. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. Med Care Rev. 1980; 37 (7): 653–98.
6. Chmielewska M, Stokwiczewski J, Filip J, Hermanowski T. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. BMC Health Serv Res. 2020; 20 (1): 701. DOI: 10.1186/s12913-020-05573-z.
7. Yates SW. Physician stress and burnout. Am J Med. 2020; 133

- (2): 160–4. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.08.034.
8. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and adverse impact of physician burnout: A systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017; 27: 495–501.
 9. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. physicians' perspectives about burnout: a systematic review and metasynthesis. *J Gen Intern Med*. 2019; 34 (8): 1578–90.
 10. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018; 320(11): 1131–50. DOI: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495; PMCID: PMC6233645.
 11. Shawahna R, Maqboul I, Ahmad O, Al-Issawy A, Abed B. Prevalence of burnout syndrome among unmatched trainees and residents in surgical and nonsurgical specialties: a cross-sectional study from different training centers in Palestine. *BMC Med Educ*. 2022; 22 (1): 322. DOI: 10.1186/s12909-022-03386-8. PMID: 35473599; PMCID: PMC9041277.
 12. Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based Australian doctors. *J Clin Psychol*. 2019; 75 (3): 418–32. DOI: 10.1002/jclp.22707.
 13. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *Am J Health Promot*. 2020; 34 (8): 929–41. DOI: 10.1177/0890117120920451. PMID: 32338522; PMCID: PMC8982669.
 14. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *Br Dent J*. 2019; 226 (1): 40–49. DOI: 10.1038/sj.bdj.2019.6. PMID: 30631165.
 15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 7 ноября 2017 г. № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья».
 16. Шевеленкова Т. Д., Фесенко Т. П. Психологическое благополучие личности. *Психологическая диагностика*. 2005; 3: 95–121.
 17. Отдельнова К. А. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях. *Сборник трудов 2-го ММИ*. 1980; 150 (6): 18–22.
 18. Конаныхина А. К. Оценка компетенций как основа формирования индивидуальной траектории непрерывного образования руководителей медицинской организации. *Сборник научных трудов Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России*. 2022; 1: 3–16.
 19. Lucia-Casademunt AM, Salinas-Pérez JA. Gender differences in psychological well-being and health problems among European health professionals: analysis of psychological basic needs and job satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (7): 1474. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071474>.
 20. Moreau E, Mageau GA. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motiv Emot*. 2012; 36: 268–86.
 21. Коропец О. А. Социально-психологическое благополучие работников разных категорий. *Вестник Алтайской академии экономики и права*. 2020; 11 (3): 499–506. DOI: 10.17513/vaael.1454.
 22. Blanchflower DG, Oswald AJ. Do humans suffer a psychological low in midlife? Two approaches (with and without controls) in seven data sets. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA). 2017; Available from: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170942/1/dp10958.pdf>.

References

1. The principles of quality assurance. WHO Working Group. *Qual Assur Health Care*. 1989; 1 (2–3):79–95. DOI: 10.1093/intqhc/1.2-3.79.
2. Donabedian A. Evaluating the quality of medical care. 1966. *Milbank Q*. 2005; 83 (4): 691–729. DOI: 10.1111/j.1468-0009.2005.00397.x.
3. Brynza NS, Kicha DI, Zaxarchenko NM. Effektivnost' podxodov obespecheniya kachestva medicinskoj pomoshhi i nepreryvnogo medicinskogo obrazovaniya v kontekste položitel'nyx trendov zaboлеваemosti Vyatskij medicinskij vestnik. 2017; 1 (53). 60–63. Russian.
4. Manturova NE, Kochubey VV, Kochubey AV. The competence of plastic surgeons. *Bulletin of RSMU*. 2018; 2: 63–7. DOI: 10.24075/brsmu.2018.023.
5. Donabedian A. Methods for deriving criteria for assessing the quality of medical care. *Med Care Rev*. 1980; 37 (7): 653–98.
6. Chmielewska M, Stokwiszewski J, Filip J, Hermanowski T. Motivation factors affecting the job attitude of medical doctors and the organizational performance of public hospitals in Warsaw, Poland. *BMC Health Serv Res*. 2020; 20 (1): 701. DOI: 10.1186/s12913-020-05573-z.
7. Yates SW. Physician stress and burnout. *Am J Med*. 2020; 133 (2): 160–4. DOI: 10.1016/j.amjmed.2019.08.034.
8. Azam K, Khan A, Alam MT. Causes and adverse impact of physician burnout: A systematic review. *J Coll Physicians Surg Pak*. 2017; 27: 495–501.
9. Sibeoni J, Bellon-Champel L, Mousty A, Manolios E, Verneuil L, Revah-Levy A. physicians' perspectives about burnout: a systematic review and metasynthesis. *J Gen Intern Med*. 2019; 34 (8): 1578–90.
10. Rotenstein LS, Torre M, Ramos MA, Rosales RC, Guille C, Sen S, et al. Prevalence of burnout among physicians: a systematic review. *JAMA*. 2018; 320(11): 1131–50. DOI: 10.1001/jama.2018.12777. PMID: 30326495; PMCID: PMC6233645.
11. Shawahna R, Maqboul I, Ahmad O, Al-Issawy A, Abed B. Prevalence of burnout syndrome among unmatched trainees and residents in surgical and nonsurgical specialties: a cross-sectional study from different training centers in Palestine. *BMC Med Educ*. 2022; 22 (1): 322. DOI: 10.1186/s12909-022-03386-8. PMID: 35473599; PMCID: PMC9041277.
12. Clough BA, March S, Leane S, Ireland MJ. What prevents doctors from seeking help for stress and burnout? A mixed-methods investigation among metropolitan and regional-based Australian doctors. *J Clin Psychol*. 2019; 75 (3): 418–32. DOI: 10.1002/jclp.22707.
13. Melnyk BM, Kelly SA, Stephens J, Dhakal K, McGovern C, Tucker S, et al. Interventions to improve mental health, well-being, physical health, and lifestyle behaviors in physicians and nurses: a systematic review. *Am J Health Promot*. 2020; 34 (8): 929–41. DOI: 10.1177/0890117120920451. PMID: 32338522; PMCID: PMC8982669.
14. Collin V, Toon M, O'Selmo E, Reynolds L, Whitehead P. A survey of stress, burnout and well-being in UK dentists. *Br Dent J*. 2019; 226 (1): 40–49. DOI: 10.1038/sj.bdj.2019.6. PMID: 30631165.
15. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ от 7 ноября 2017 г. № 768н «Об утверждении профессионального стандарта «Специалист в области организации здравоохранения и общественного здоровья».
16. Шевеленкова ТД, Фесенко ТП. Психологическое благополучие личности. *Психологическая диагностика*. 2005; 3: 95–121. Russian.
17. Отдельнова КА. Определение необходимого числа наблюдений в социально-гигиенических исследованиях. *Сборник трудов 2-го ММИ*. 1980; 150 (6): 18–22. Russian.
18. Конаныхина АК. Оценка компетенций как основа формирования индивидуальной траектории непрерывного образования руководителей медицинской организации. *Сборник научных трудов Академии постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России*. 2022; 1: 3–16. Russian.
19. Lucia-Casademunt AM, Salinas-Pérez JA. Gender differences in psychological well-being and health problems among European health professionals: analysis of psychological basic needs and job satisfaction. *Int J Environ Res Public Health*. 2018; 15 (7): 1474. Available from: <https://doi.org/10.3390/ijerph15071474>.

20. Moreau E, Mageau GA. The importance of perceived autonomy support for the psychological health and work satisfaction of health professionals: Not only supervisors count, colleagues too! *Motiv Emot.* 2012; 36: 268–86.
21. Koropec OA. Social'no-psixologicheskoe blagopoluchii rabotnikov raznykh kategorij. *Vestnik Altajskoj akademii ehkonomiki i prava.* 2020; 11 (3): 499–506. DOI: 10.17513/vaael.1454. Russian.
22. Blanchflower DG, Oswald AJ. Do humans suffer a psychological low in midlife? Two approaches (with and without controls) in seven data sets. Bonn: Institute of Labor Economics (IZA). 2017; Available from: <https://www.econstor.eu/bitstream/10419/170942/1/dp10958.pdf>.