

На правах рукописи

Царанов Константин Николаевич

**МОНИТОРИНГ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА
БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ**

3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения,
медико-социальная экспертиза

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание учёной степени
доктора медицинских наук

Москва - 2025

Работа выполнена в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Государственный научный центр Российской Федерации - Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна»

Научный консультант:

доктор медицинских наук, доцент

**Плутницкий Андрей
Николаевич**

Официальные оппоненты:

Заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор, **Бравве Юрий
главный врач ГБУЗ НСО «ГКБ № 1», заведующий кафедрой Иосифович**
организации здравоохранения и общественного здоровья
ФГБОУ ВО «Новосибирский государственный медицинский
университет» Министерства здравоохранения Российской
Федерации

Доктор медицинских наук, доцент, генеральный директор **Иванов Игорь
ФГБУ «Всероссийский научно-исследовательский и Владимирович**
испытательный институт медицинской техники»
Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения,
заведующий кафедрой инновационных технологий
управления здравоохранением ФНМО медицинского
института ФГАОУ ВО «Российский университет дружбы
народов имени Патриса Лумумбы» Министерства науки и
высшего образования Российской Федерации

Доктор медицинских наук, доцент, профессор РАН, главный **Кондратова Наталья
врач стационара АО «Медицина», профессор кафедры Владимировна**
терапии, общей врачебной практики и ядерной медицины
Института непрерывного образования и профессионального
развития ФДПО ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова
Минздрава России

Ведущая организация: ФГАОУ ВО «Первый Московский государственный
медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения
Российской Федерации

Защита диссертации состоится «10» декабря 2025 года в 10:00 часов на заседании
Диссертационного совета 21.1.076.01 при Федеральном государственном бюджетном
учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и
информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской
Федерации (ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России) по адресу: 127254, Россия,
Москва, ул. Добролюбова, 11.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава
России по адресу: 127254, Россия, Москва, ул. Добролюбова, 11 и на сайте:
https://mednet.ru/images/stories/files/replay/Tsaranov_text.pdf

Автореферат разослан « ____ » _____ 2025 г.

Ученый секретарь диссертационного совета,
доктор медицинских наук, профессор

Т.П. Сабгайда

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность исследования

Достижения и успехи современных диагностики и лечения стали возможны за счёт увеличения объёма знаний и сложности медицинских процессов. Вместе с увеличением продолжительности жизни и увеличением объёма знаний, увеличивается неопределённость в принятии решений, а увеличивающаяся сложность лечебно-диагностических процессов увеличивает количество неблагоприятных событий. Отчеты ВОЗ свидетельствуют о том, «что каждый десятый человек, получающий медицинскую помощь, пострадает от предотвратимого ущерба» (Ким О.Т., 2022). Такой тренд развития медицины формирует её деятельность как деятельность, соответствующую отраслям высокого риска.

Решения проблем обеспечения безопасности медицинской деятельности являются приоритетными во всём мире. «Обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности является стратегической задачей и одним из основных приоритетов государственной политики в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации. Целью развития здравоохранения в Российской Федерации являются увеличение численности населения, продолжительности жизни, продолжительности здоровой жизни, снижение уровня смертности и инвалидности населения, соблюдение прав граждан в сфере охраны здоровья и обеспечение связанных с этими правами государственных гарантий» (Указ Президента Российской Федерации от 06.06.2019 г.).

Современные исследования, посвященные безопасности на предприятиях отраслей высокого риска (авиационной, атомной, нефтегазовой, строительной), основаны на общих теориях управления безопасным поведением: триадная модель общей культуры безопасности Геллера (Geller E. S., 1994; Geller E. S., 1996), модель убеждений о здоровье (Hochbaum G., et al., 1952; Janz N. K., et al., 1984), теория запланированного поведения (Moeini B., et al., 2017; Nioi A., et al., 2018), структура к восприятию риска (Rimal R. N., et al., 2003; Real K., 2008),

социальная когнитивная теория (Richards J. B., et al., 2020], концепция управления трудовыми ресурсами на промышленных предприятиях (Федякин В. С., 2009).

Исследования в сфере организации здравоохранения отечественных и зарубежных учёных (Вялков А.И., 2005; Кучеренко В.З., 2006; Стародубов В.И., 2006; Шикина И.Б., 2008; Агтаева Л.Ж., 2009; Лисицин Ю.П., 2010; Зимина Э.В., 2010; Павлов А.И., 2013; Логвинов Ю.И., 2020; Бузина Т.С., Бузин В.Н., 2018; Иванов И.В., 2020; Бердугин В. А., 2020; Петренко Т.В., 2022; Ajzen I., 2011; Volevakha, I. B., 2021; Marcela Moreira Nascimento Prieto, 2021; Xiaowen Hu., 2021; Yunfeng Sun, 2022) показывают, что создание социально-психологического климата, способствующего безопасности медицинской деятельности, должно быть объектом пристального внимания руководителей медицинских организаций (МО).

По мнению Решетникова В.А. (Решетников В.А. и соавт., 2024), реализация стратегий обеспечения безопасности пациентов, как правило, не требует больших ресурсов и затрат, и сводится к обучению работников и пациентов моделированию новых процессов и политик. Несмотря на простоту стратегий, они позволяют не только сократить количество нежелательных событий для пациентов, но и повысить ощущение безопасности для медицинских работников и избавить МО от репутационных и судебных рисков».

Исследования в области организационного климата безопасности демонстрируют, что существующие методы социально-психологических исследований имеют потенциал, но их бессистемное, разнонаправленное использование свидетельствует об отсутствии концептуальной методики мониторинга, применимой в рамках МО.

Решетников А.В. (Решетников В.А., 2003; Решетников В.А., и соавт., 2022) подчеркивает, что на основе данных мониторинга возможно проведение ситуационного анализа различных медико-социальных проблем, возможна оценка потенциальной значимости решений для эффективного управления. Однако, существующие подходы к рейтингам медицинских организаций не дают

представления о результативности внутренних процессов и способности достигать долгосрочных целей (Бравве Ю.И., Щепин В.О., и соавт., 2021).

Новосибирские медицинские социологи (Бравве Ю. И., Шпикс Т.А. и соавт., 2021) утверждают, что при обучении руководителей сферы здравоохранения лишь 5% обучающихся хотят улучшить качество оказания медицинской помощи в своих организациях, остальные слушают лекцию с целью сформировать свое представление о вопросе, что приводит к низкому уровню усвоения материала.

Исходя из изложенного, можно заключить, что мониторинг социально-психологического климата в МО, результаты которого позволяют проводить актуализацию знаний в процессе обучения персонала МО, способствует улучшению социально-психологического климата безопасности пациентов (КБП) в МО и, как следствие, уменьшению рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи. Создание методики мониторинга, позволяющей руководителям МО регулярно оценивать социально-психологический климат безопасности пациентов в МО, а также разрабатывать и адаптировать комплекс образовательных мероприятий для персонала, является решением важной научной проблемы, которое позволит снизить количество предотвратимых неблагоприятных событий во время реализации лечебно-диагностического процесса и улучшить качество оказания медицинской помощи.

Степень разработанности темы

Проблемы измерения управленческо-организационного климата описаны Hellriegel D. в 1974 году (Hellriegel D., 1974). Обзор теорий и исследований организационного климата, предоставленный в этом же году (James L. R., 1974), выявил три подхода: 1) подход с множественными измерениями и организационными атрибутами; 2) подход с перцептивными измерениями и организационными атрибутами; 3) подход с перцептивными измерениями и индивидуальными атрибутами. Это одни из первых исследований, которые встречаются в современных реферативных базах данных.

По научной специальности настоящей диссертационной работы исследовались социально-психологические факторы морально-психологического климата в кандидатских диссертациях (Данильченко Я. В., 2020; Буллик А. В., 2022), однако цели данных работ не подразумевают поиска системного решения проблем. В диссертационных работах современного периода обращают на себя внимание докторские диссертации: Расторгуевой Т.И. (Расторгуева Т.И., 2009), направленная на оценку состояния проблемы управления человеческими ресурсами в здравоохранении, где исследовались взаимосвязи «между стилем руководства, характером социально-психологического климата, ценностными ориентациями и социальными мотивами личности персонала МО первичного звена здравоохранения». Но в этой оценке отсутствует акцент на обеспечение безопасности медицинской деятельности и, в частности, безопасности пациентов; Иванова И.В. (Иванов И.В., 2020), в которой рассматриваются вопросы формирования корпоративной культуры безопасности и оценки наблюдаемых показателей организационной культуры безопасности на основе единых методов. Но в блоке диссертации, где описаны измерения скрытых от наблюдения психологических показателей, есть лишь отсылка к использованию валидированных и адаптированных международных методик; Кондратовой Н.В. (Кондратова Н.В., 2017), в которой автор описывает «организационно-методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации», однако, эта оценка базируется на данных международного опросника Hospital Survey on Patient Safety Culture, который в настоящее время, применяется для оценки параметров организационной культуры, и наблюдаемых сведениях о падениях, ошибках транспортировки и медицинских ошибках, которые являются показателями эффективности рабочих процессов.

Таким образом, исследований, направленных на разработку методики, которая обосновывает принципы моделирования системы мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в МО и включает в себя комплекс образовательных методов для персонала, не проводилось.

Цель исследования

Разработать и апробировать научно-обоснованную методику мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов с комплексом образовательных методов для персонала медицинских организаций, которые направлены на коррекцию социально-психологического климата безопасности пациентов.

Задачи исследования

1) Научно обосновать и разработать методику мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях.

2) Научно обосновать и создать комплекс образовательных методов для персонала медицинских организаций, направленный на коррекцию социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях.

3) Выявить проблемы, связанные с самооценкой здоровья сотрудниками медицинских организаций и оценить влияние обучения их непосредственных руководителей социально-психологическим методам управления персоналом на динамику показателей оценки сотрудниками своего здоровья.

4) Выявить проблемы, связанные с оценкой социально-психологического климата безопасности пациентов персоналом медицинской организации.

5) Оценить влияние обучения руководителей медицинской организации социально-психологическим методам управления персоналом на динамику социально-психологического климата безопасности пациентов.

6) Внедрить и оценить результаты внедрения разработанных методики мониторинга климата безопасности пациентов и комплекса образовательных методов в медицинских организациях.

Научная новизна исследования

1) Научно обоснованы алгоритм обработки данных и принцип выбора методов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в

МО, включающие индивидуальные и социально-групповые критерии оценки своего здоровья персоналом МО – принцип Диады.

2) Научно обоснован принцип выбора методов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, направленный на анализ логических компонентов профессионального мышления сотрудников МО, их личностных черт и когнитивных усилий, затрачиваемых на принятие решений в рабочих ситуациях – принцип Триады.

3) Разработан интегральный показатель – «индекс должной критичности», отражающий меру восприятия безопасности пациентов в процессе оказания им медицинской помощи, а также величину когнитивных усилий, связанных с принятием решений в условиях смоделированных профессиональных задач сотрудниками МО.

4) Впервые в этап актуализации знаний при обучении руководителей социально-психологическим методам управления персоналом интегрирован инструментарий ранжирования подразделений по двум ключевым критериям: (1) уровню потерь качества жизни сотрудников, связанных с состоянием их здоровья, и (2) доле персонала, демонстрирующей позитивную оценку параметров социально-психологического климата безопасности пациентов, что обеспечило формирование проблемно-ориентированной образовательной среды.

5) Впервые при формировании учебных групп в качестве критерия их комплектования был применен контрастный принцип, основанный на результатах мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов. Каждая группа формировалась путем целенаправленного включения руководителей двух категорий: тех, чьи сотрудники демонстрировали положительные показатели в конкретном домене, соответствующем тематике занятия; и тех, чьи подчиненные выявили критические точки в оценке данного домена. Соотношение между указанными категориями сохранялось на уровне паритетного баланса (50/50), что обеспечило создание гетерогенной среды для рефлексии, обмена опытом и поиска решений.

6) Получены новые данные, демонстрирующие статистически значимую динамику самооценки здоровья сотрудников МО по стандартизированному социально-групповому критерию (Индекс EQ5D5L) в контексте лонгитюдного сравнения показателей до и после реализации образовательных программ для руководителей подразделений, направленных на освоение социально-психологических методов управления персоналом.

7) Получены данные, демонстрирующие статистически значимую динамику самооценки своего здоровья сотрудников МО по индивидуальным критериям (визуально-аналоговая шкала EQ5D5L) в контексте лонгитюдного сравнения показателей до и после обучения их непосредственных руководителей социально-психологическим методам управления персоналом.

8) Получены данные, демонстрирующие статистически значимую динамику социально-психологических параметров климата безопасности пациентов, оцененных через призму критериев, принятых в социальных группах, до и после реализации образовательных программ для руководителей подразделений МО, направленных на внедрение социально-психологических методов управления персоналом.

9) Получены данные, демонстрирующие статистически значимую динамику социально-психологических параметров климата безопасности пациентов, оцененных через призму индивидуальных критериев его оценки, до и после реализации образовательных программ для руководителей подразделений МО, направленных на внедрение социально-психологических методов управления персоналом.

10) Получены данные, демонстрирующие статистически значимую динамику показателя «Степень трудности выбора», отражающего степень когнитивных усилий, требуемых для решения профессиональных рабочих задач, до и после реализации образовательных программ для руководителей подразделений МО, направленных на внедрение социально-психологических методов управления персоналом.

Теоретическая и практическая значимость работы

Научно-обоснованная методика мониторинга количественных индикаторов социально-психологического климата безопасности пациентов обеспечивает руководителям МО возможность проектирования институционально адаптированных систем анализа и прогнозирования предотвратимых неблагоприятных событий путем выбора валидированных опросных методик, направленных на оценку индивидуальных и коллективных факторов риска. На основании анализа прогнозов вероятности возникновения предотвратимых неблагоприятных событий руководители принимают управленческие решения о реализации мер, направленных на совершенствование безопасности пациентов, в том числе и о проведении образовательных мероприятий для персонала.

По итогам анализа результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в МО региона, органами управления здравоохранением субъекта РФ может осуществляться планирование объема и тематики образовательных мероприятий для сотрудников МО и студентов медицинских вузов по вопросам обеспечения надлежащего уровня безопасности пациентов при оказании медицинской помощи.

Широкое применение методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов на региональном и федеральном уровнях может способствовать укреплению общественного здоровья в РФ.

В процессе выполнения настоящей диссертационной работы разработаны два практических руководства (Царанов К.Н. Опросник «Отношение к безопасности» для медицинских организаций. Практическое руководство. — Москва, 2022; Царанов К.Н. Мониторинг климата безопасности пациентов. Практическое руководство. — Москва, 2024), которые могут применяться при реализации образовательных программ повышения квалификации для руководителей МО, а также исполнительными органами власти в сфере

здравоохранения при создании программ совершенствования медико-санитарной помощи.

Внедрение результатов исследования в практику

Результаты диссертационной работы внедрены в практическую деятельность Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия), Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный клинический центр "Коммунарка" Департамента здравоохранения города Москвы», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения города Москвы «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы», Государственного автономного учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины имени М.Е. Николаева», Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области «Королёвская больница».

Результаты исследования внедрены в учебную деятельность Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России и Государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Московский городской университет управления Правительства Москвы имени Ю. М. Лужкова».

Методология и методы диссертационного исследования

Настоящая диссертационная работа – комплексное социально-гигиеническое исследование. В данной работе применялся аналитический метод: проанализированы публикации результатов исследований отечественных и зарубежных ученых. В результате анализа было определено направление исследования, сформулированы его цель и задачи, подобраны источники статистической информации, проведен статистический анализ переменных социально-психологического климата безопасности пациентов в МО,

проанализированы полученные результаты, сформулированы выводы, разработаны рекомендации для внедрения в практику.

Статистическая обработка материала включала методы описательной статистики, методы дисперсионного, корреляционного, поискового и подтверждающего факторного, иерархического регрессионного анализов.

Работа основана на проведении собственного исследования и анализе полученных данных, а также на анализе теорий общей и социальной психологии, психофизиологии, социологии, направленных на изучение процессов принятия решений, общения, взаимодействия сотрудников МО и пациентов в малых группах.

Собственное исследование включало: опросы сотрудников и пациентов МО, разработку и апробацию методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, а также внедрение данной методики в МО.

Основные положения, выносимые на защиту

1) Методологически обоснованный инструментальный мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов обеспечивает прогностическую валидность оценки рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий.

2) Научно обоснованный и созданный комплекс образовательных методов для персонала медицинских организаций способствует значимому улучшению социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации.

3) Величина самооценки потерь качества жизни, связанного со здоровьем у сотрудников медицинской организации, взаимосвязана с реализацией образовательных программ, направленных на овладение социально-психологическими методами управления для их непосредственных руководителей.

4) Проблемы оценки социально-психологического климата безопасности пациентов обусловлены различиями в восприятии и интерпретации критериев качества и безопасности процессов оказания медицинской помощи у руководителей и сотрудников медицинских организаций.

5) Реализация образовательных программ для руководителей подразделений медицинской организации, направленных на овладение ими социально-психологическими методами управления персоналом, подтверждена как фактор, значимо связанный с увеличением доли сотрудников, позитивно оценивающих безопасность процессов оказания медицинской помощи.

6) Внедрение методологически обоснованного, апробированного инструментария мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов и комплекса образовательных методов позволило улучшить оценку безопасности процессов оказания медицинской помощи персоналом медицинской организации, что способствовало повышению уровня удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи.

Степень достоверности результатов

Достоверность полученных результатов диссертационной работы, её положений и выводов обеспечена: использованием источников для обзора литературы из отечественных и международных реферативных баз данных; преимущественным отбором публикаций систематических обзоров, мета-анализов, полных текстов статей исследований; наличием достаточных по объёму репрезентативных выборок, расчёт которых проводился с учётом рекомендаций Меркова-Полякова (Поляков Л.Е., Мерков А.М., 1974) и Comrey & Lee (Comrey, A. L., Lee, H. B., 1992), а также правил проведения выборочного опроса респондентов к вопроснику «Удовлетворённость населения медицинской помощью», изложенных в Приказе МЗ РФ №495 от 19.07.2022 «Об утверждении методики расчёта дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент» — Приложение 2; использованием современных и международных методов

социологических исследований; адекватным выбором и корректным применением статистических методов анализа данных.

Апробация материалов исследования

Основные результаты работы доложены и обсуждены: 17-18 сентября 2024 года, тема доклада: «Инновационный подход к оценке климата безопасности пациентов. Опыт Москвы» на Международной научно-практической конференции по аккредитации и качеству медицинской помощи «Пациент в центре внимания», г.Астана; 21-23 июня 2023 года, тема доклада: «Количественное измерение корпоративных ценностей медиков» на Всероссийской научно-практической конференции с международным участием «Общественное здоровье, социология и организация здравоохранения: интеграция науки и практики»; 5-9 декабря 2023 года, тема доклада: «Комплекс образовательных методов для персонала, направленный на коррекцию климата безопасности пациентов» на Международном научно-практическом форуме «Российская неделя здравоохранения – 2022»; 6-7 октября 2022 года, тема доклада: «Формирование климата безопасности пациентов в медицинской организации: опыт Москвы» на VII Всероссийской научно-практической конференции «Построение системы менеджмента качества медицинской организации. Лучшие практики»; 10 марта 2022 года, тема доклада: «Развитие культуры безопасности медицинской организации: пределы и перспективы использования» на IV всероссийской научно-практической конференции «Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития»; 18 ноября 2021 года, тема доклада: «Научное обоснование концепции управления медицинским персоналом на основе ценностей» на III Всероссийской научно-практической конференции с применением технологий дистанционного онлайн-участия «Психология и педагогика: актуальные проблемы теории и практики»; 19-21 августа 2021 года, тема доклада: “HRQoL in patient COVID-19 of the red zone of the Hospital” на международной конференции ESMED General Assembly Organized by the

European Society of Medicine; 14-15 апреля 2021 года, тема доклада: «Адаптация внутриорганизационного обучения с учётом специфики ценностного профиля медицинских работников» на международной научно-практической конференции XVI Левитовские чтения «Актуальные проблемы теории и практики психологических, психолого-педагогических, лингво-дидактических и педагогических исследований»; 05 марта 2021 года, тема доклада: «Социально-психологический мониторинг как диагностическая составляющая системы управления персоналом, и механизм влияния на организационную культуру» на III Всероссийской научно-практической конференции «Психология профессиональной деятельности: проблемы, современное состояние и перспективы развития»; 08-19 февраля 2021 года, тема доклада: «Методы и технологии управления медицинским персоналом на основе ценностных профилей сотрудников медицинских организаций» на VI Международном фестивале науки; 08–09 ноября 2018 года, тема доклада «Сравнительная оценка ценностных профилей и результатов медицинской деятельности персонала хирургических отделений стационара» на всероссийской научно-практической конференции «Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века» Волгоград; 11 января 2018 года, тема доклада «Подходы к формированию пациентоориентированной корпоративной культуры медицинской организации» на международной научно-практической конференции «Актуальные вопросы медицины в современных условиях» Санкт-Петербург.

Диссертационная работа апробирована на расширенном заседании кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы медико-биологического университета инноваций и непрерывного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Государственный научный центр Российской Федерации – Федеральный медицинский биофизический центр имени А.И. Бурназяна» ФМБА России, город Москва, 19.03.2025 года.

Соответствие паспорту специальности и связь со смежными специальностями

Диссертационная работа соответствует пунктам 12, 14, 16, 17, 18 паспорта специальности 3.2.3. «Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза».

Личный вклад автора

Автором лично проведён обзор отечественных и зарубежных публикаций по теме исследования, а также нормативно-правовой документации, регламентирующей управленческую деятельность в рамках МО и, в частности, информационно-аналитическое обеспечение управленческой деятельности в Российской Федерации.

Автор самостоятельно определил цель и задачи исследования, разработал поэтапный план изучения проблемы (95%), определил набор методов, применявшихся в работе, участвовал в адаптации и валидации международного опросника «Отношение к безопасности» (Safety Attitudess Questionnaire – SAQ) для его применения среди русскоязычных респондентов, выполнил статистическую обработку, синтез и анализ данных, характеризующих социально-психологический климат безопасности пациентов в МО (100%). Автор исследования организовал сбор данных в МО (95%), лично провёл математическую обработку данных, полученных в ходе исследования, и интерпретировал полученные результаты (100%), сформулировал выводы и практические рекомендации (98%).

Автор лично оформил диссертационную работу (100%), в тексте которой учтены научные результаты исследований, выполненных автором лично и в соавторстве.

Публикации автора

По теме диссертации опубликовано 30 научных работ, в том числе 21 статья в научных журналах и изданиях, рекомендованных ВАК при Министерстве науки и высшего образования Российской Федерации для

публикаций результатов диссертационных исследований на соискание ученой степени доктора наук, из них 7 – статьи в изданиях, входящих в Белый список журналов (Scopus и Web of Science). Получено 2 свидетельства о государственной регистрации баз данных. Также опубликованы 2 практических руководства.

Объем и структура диссертации

Диссертация состоит из введения, обзора литературы, материалов и методов исследования, семи глав собственных исследований, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка сокращений, списка литературы, 9 приложений. Работа изложена на 383 страницах машинописного текста и включает 44 рисунка, 35 таблиц. Список литературы состоит из 291 источника, в том числе 126 публикаций отечественных авторов и 165 зарубежных.

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

В первой главе представлены результаты анализа отечественных и зарубежных публикаций, которые свидетельствуют об отсутствии в международном научном пространстве общепринятой концепции измерения социально-психологического климата безопасности пациентов и существующей потребности в его регулярной оценке на уровне МО. Результаты обзора литературы позволили определить теории о предсказующей функции мозга и многоуровневой, множественной, динамической регуляции выборов – как базовые, в рамках которых проводился подбор комплекса методов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в МО.

Во второй главе описана программа исследования, приведены расчеты объема выборочных совокупностей, описаны источники получения данных, материалы и методы исследования.

Объект исследования: система управления персоналом медицинской организации.

Предмет исследования: социально-психологические характеристики персонала медицинских организаций и их динамика, определяющие влияние управленческих практик на безопасность пациентов.

Материалы исследования: нормативно-правовые документы; результаты опросов персонала медицинских организаций; результаты опросов пациентов, пролеченных в исследуемых медицинских организациях.

Единицы наблюдения: научные публикации, соответствующие изучаемой тематике; нормативно-правовые документы; ответы персонала и пациентов медицинской организации на вопросы опросников.

Методология и методы исследования: социологический, статистический, аналитический, организационный эксперимент. Применялись следующие социально-психологические методики: международные этнолингвистически адаптированные версии опросников самооценки качества жизни, связанного со здоровьем EQ5D5L и EQ5D3L, «Отношение к безопасности» (Safety Attitudes Questionnaire (SAQ)); отечественная методика измерения «Удовлетворённости населения медицинской помощью» (Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации №495 от 19.07.2021 «Об утверждении методики расчёта дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент»»); самостоятельно разработанные опросники по методу вербальных задач.

Результаты представлены с учётом: максимальных ошибок выборок; мер уменьшения эффектов мультиколлинеарности в регрессионных моделях; математических операций, направленных на установление границ, в которых находятся истинные значения расчётных коэффициентов и средних величин изучаемых переменных. При обработке данных были использованы методы сравнительного, корреляционного, регрессионного анализа. Автоматизированные расчеты проводились в программной среде R Studio 2023.03.1.

Реализация поставленных задач исследования проводилась поэтапно, программа исследования — Табл. 1.

На **первом этапе** были выявлены проблемы оценки КБП, изучены аспекты нормативно-правового регулирования обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в Российской Федерации, сформулированы цель и задачи исследования, определены его объект и предмет, подобран специальный инструментарий для проведения экспертных оценок, проведён сбор данных путём опроса персонала МО, разработана методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в МО.

На **втором этапе** была сформулирована общая гипотеза о мониторинге КБП как методике, которая позволяет руководителям МО принимать меры профилактики возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором. Разработана модель регулирования КБП на уровне МО. Создана методика мониторинга КБП в МО для обеспечения руководителей информацией о динамике социально-психологических характеристик персонала, связанных с качеством и безопасностью процессов оказания медицинской помощи. Был обоснован комплекс образовательных мероприятий для персонала по коррекции КБП.

На **третьем этапе** были изучены проблемы качества жизни, связанного со здоровьем, группового и индивидуального восприятия безопасности лечебно-диагностических процессов в МО у сотрудников. Из 211 подразделений МО, на базе которой проводилось исследование, были выбраны 19 подразделений экспериментальной группы и 20 подразделений контрольной группы, в которых приняло добровольное участие более 60% персонала в течение двух волн опросов. Руководящие сотрудники экспериментальной группы приняли участие в образовательной программе, ассоциированной с результатами опросов, в контрольной группе образовательного воздействия не проводилось. Был обоснован комплекс персональных рекомендаций для руководителей и сотрудников экспериментальных подразделений по коррекции КБП.

Таблица 1. Программа исследования

| Задачи исследования | Методы исследования | Единицы наблюдения и объем исследования | Источники информации | Сроки |
|---|--|--|---|-----------|
| 1) Научно обосновать и разработать методику мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях. | Аналитический обзор литературы Социологический Статистический Аналитический | Публикации результатов научных исследований – 291, из них – 126 отечественных, 165 – зарубежных Ответы 2042 сотрудников медицинской организации на вопросы анкет. | Российские и зарубежные реферативные базы данных по изучаемой тематике (eLibrary; PubMed/MEDLINE; Web of Science; Scopus; China National Knowledge Infrastructure (CNKI)). Анкеты: EQ5D5L, EQ5D3L, SAQ, опросник моральных дилемм (вербальные задачи). | 2020-2024 |
| 2) Научно обосновать и создать комплекс методов обучения руководителей медицинских организаций, направленный на коррекцию социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях. | Социологический Статистический Аналитический Организационный эксперимент | Ответы 836 медицинских работников на вопросы анкет. | Анкеты опроса медицинских работников: EQ5D5L, SAQ | 2023-2024 |
| 3) Выявить проблемы в самооценке потерь здоровья у персонала и проанализировать влияние обучения руководителей методам социально-психологического управления на самооценку качества жизни, связанного со здоровьем у сотрудников медицинских организаций. | Социологический Статистический Аналитический | Ответы 836 медицинских работников на вопросы анкет. | Анкеты опроса медицинских работников: EQ5D5L | 2023-2024 |

Продолжение таблицы 1.

| Задачи исследования | Методы исследования | Единицы наблюдения и объем исследования | Источники информации | Сроки |
|--|--|---|---|-----------|
| 4) Выявить проблемы оценки социально-психологического климата безопасности пациентов сотрудниками медицинской организации. | Социологический Статистический Аналитический | Ответы 836 медицинских работников на вопросы анкет. | Анкеты опроса: EQ5D5L, SAQ, «Удовлетворённость пациентов медицинской помощью» | 2023-2024 |
| 5) Выявить влияние обучения руководителей медицинской организации методам социально-психологического управления персоналом на оценку социально-психологического климата безопасности пациентов сотрудниками медицинской организации. | Аналитический | 43 подразделения исследуемой МО | Материалы собственного исследования | 2023 |
| 6) Оценить результаты внедрения мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации | Статистический Аналитический | Внедрение – в 4 МО в 3 субъектах РФ | Материалы собственного исследования | 2021-2024 |

На **четвертом этапе** проведено внедрение и апробация методики мониторинга оценки КБП в различных МО. Разработаны план внедрения, способы визуализации результатов и правила их интерпретации.

На **пятом этапе** были разработаны рекомендации и подготовлены предложения для практического применения системы мониторинга оценки КБП в МО, а также в практической деятельности органов управления здравоохранением и специализированных образовательных организациях, где проводится подготовка медицинских работников. В процессе разработки рекомендаций и предложений были использованы результаты, полученные на четвёртом этапе настоящего исследования.

В третьей главе описана методика мониторинга социально-психологического КБП в МО, которая состоит из пяти этапов, реализующих два циклических процесса: а) оценка КБП; б) образовательное воздействие на руководителей МО, по результатам этой оценки — Рис. 1.

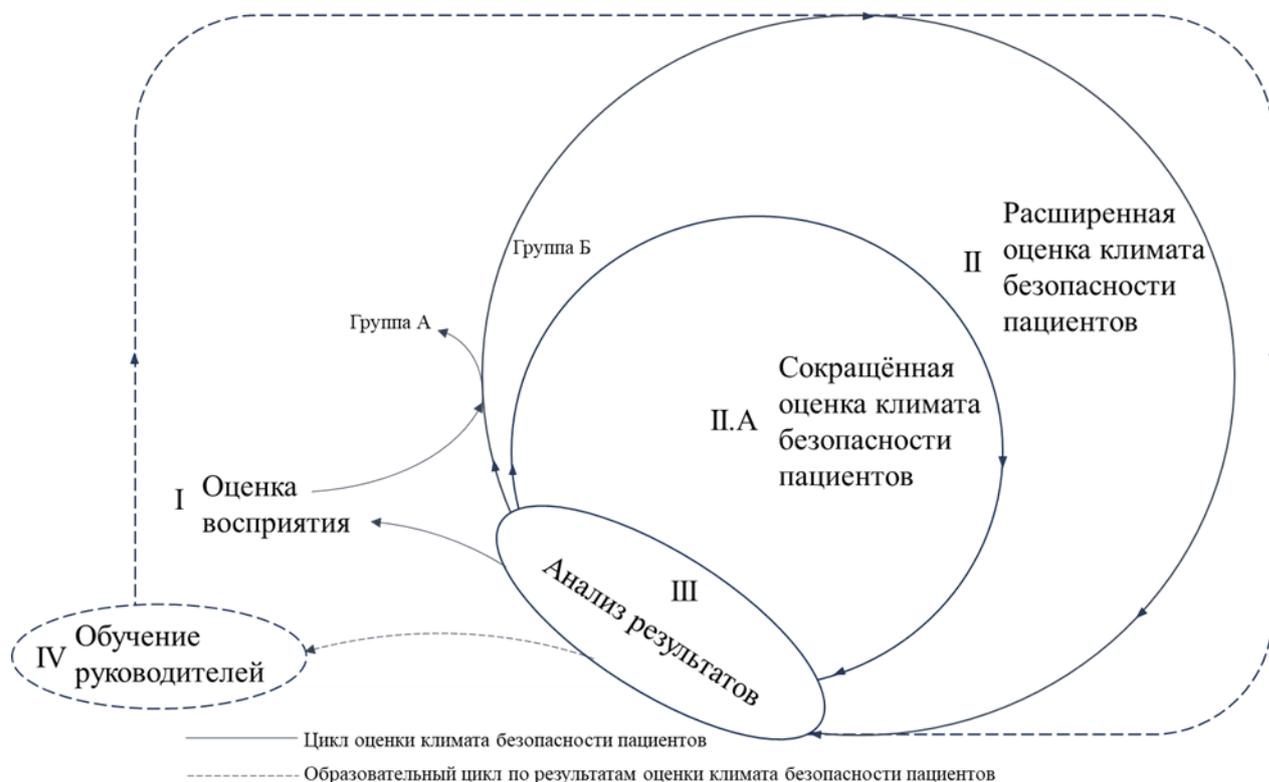


Рисунок 1. Схема этапов мониторинга социально-психологического КБП на уровне МО, где «Группа А» – респонденты с высоким различием личного и социального восприятия окружающей действительности, «Группа Б» – с низким, римскими цифрами обозначен порядок этапов.

Методика изложена согласно циклическим процессам сначала оценка КБП (I, II, II.A этапы) с подробным описанием математического алгоритма обработки данных, затем обоснован подбор тем обучающих модулей в зависимости от результатов анализа КБП (III, IV этапы).

На основе базовых теорий настоящей работы, был подобран набор методов мониторинга КБП, использованных на следующих этапах: I – EQ5D5L (опросник качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ)); II – SAQ (отношение персонала МО к безопасности пациентов) и опросник моральных дилемм; II.A – редуцированный опросник SAQ и обновлённый опросник моральных дилемм.

Математический расчёт показателей — Рис. 2, на I этапе, начинался с расчёта интегрального показателя Индекса EQ5D5L, согласно методике EuroQol Group, отражающего рациональную самооценку потерь своего здоровья сотрудником МО, основанную на принятых нормах здоровья у окружающих его людей.

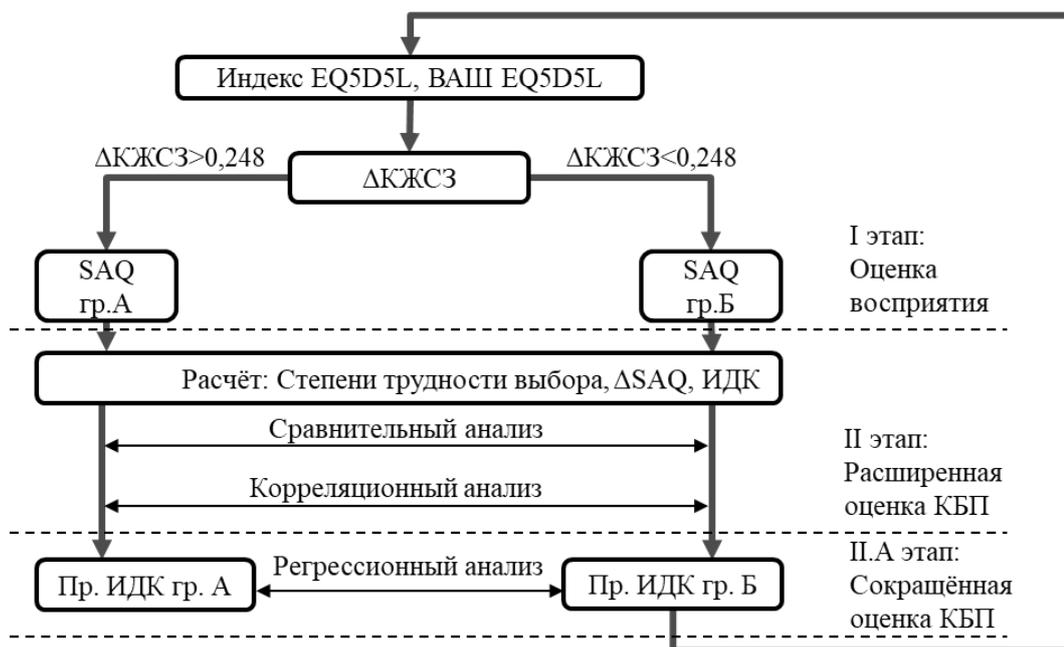


Рисунок 2. Алгоритм математической обработки данных набора опросников «EQ5D5L+SAQ+опросный блок метода вербальных задач», где Индекс EQ5D5L, ВАШ EQ5D5L, Δ КЖСЗ – расчетные переменные опросника EQ-5D-5L, SAQ гр.А и SAQ гр. Б – расчетные переменные опросника «Отношение к безопасности» – Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) в подгруппах, ИДК – индекс должной критичности, Пр. ИДК гр.А и Пр. ИДК гр.Б – приближенные значения индекса должной критичности в подгруппах, соответственно.

Затем проводился расчёт $\Delta\text{КЖСЗ}$ – показателя, ассоциированного с разницей между восприятием респондента о том, как окружающее его общество оценило бы состояние его здоровья, и собственной самооценкой потерь своего здоровья, измеренной по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) опросника EQ5D5L.

Формула расчёта $\Delta\text{КЖСЗ}$ (у.е.):

$$\Delta\text{КЖСЗ} = \text{Индекс EQ5D5L} - \text{ВАШ EQ5D5L}_{\text{норм.}}$$

где Индекс EQ5D5L – расчётный показатель рациональной самооценки потерь здоровья по результатам первой части опросника EQ5D5L, ВАШ EQ5D5L_{норм.} – значение визуально-аналоговой шкалы второй части опросника EQ5D5L после процедуры нормирования.

Определение величины различий между социальной и личной самооценками своего здоровья проводится с целью детекции респондентов с большой и малой величиной различий восприятия для обеспечения большей надёжности результатов оценки КБП по опроснику SAQ. У респондентов с величиной $\Delta\text{КЖСЗ} < 0,248$ у.е. результаты отличались большей однородностью, чем у респондентов с $\Delta\text{КЖСЗ} > 0,248$ у.е. Пороговое значение $\Delta\text{КЖСЗ} = 0,248$ у.е. представляет собой 3 квартиль базы данных, по которой рассчитывались популяционные нормы КЖСЗ для жителей Москвы.

В результате I этапа пул респондентов-сотрудников МО, объединялся в две подгруппы с большими и малыми различиями в социальной и собственной самооценке своего здоровья: подгруппа А – $\Delta\text{КЖСЗ} > 0,248$ у.е., подгруппа Б – $\Delta\text{КЖСЗ} < 0,248$ у.е. Анализ полученных результатов на последующих этапах оценки КБП проводился по данным респондентов подгруппы Б.

В рамках II этапа — Рис.3, проводилась расширенная оценка КБП по результатам опросника «Отношение к безопасности» (SAQ), расчёт оценочных показателей проводился согласно методике для модифицированной и этнолингвистически адаптированной русскоязычной версии опросника.

Шкалы опросника SAQ были распределены по двум типам оценки групповой и индивидуальной – принцип «Диады»: проективная оценка респондентами групповых шкал, соответствовала восприятию качества рабочих процессов по критериям, принятым в социальной группе. В свою очередь,

индивидуальные оценки формировались с учётом восприятия качества рабочих процессов по личным критериям респондентов. В дальнейшем анализе результатов деление шкал опросника SAQ по типу восприятия (групповое и индивидуальное) позволило соотнести их с компонентами интеллектуальной и личностной осей модели множественной динамической регуляции выбора – принцип «Триады».

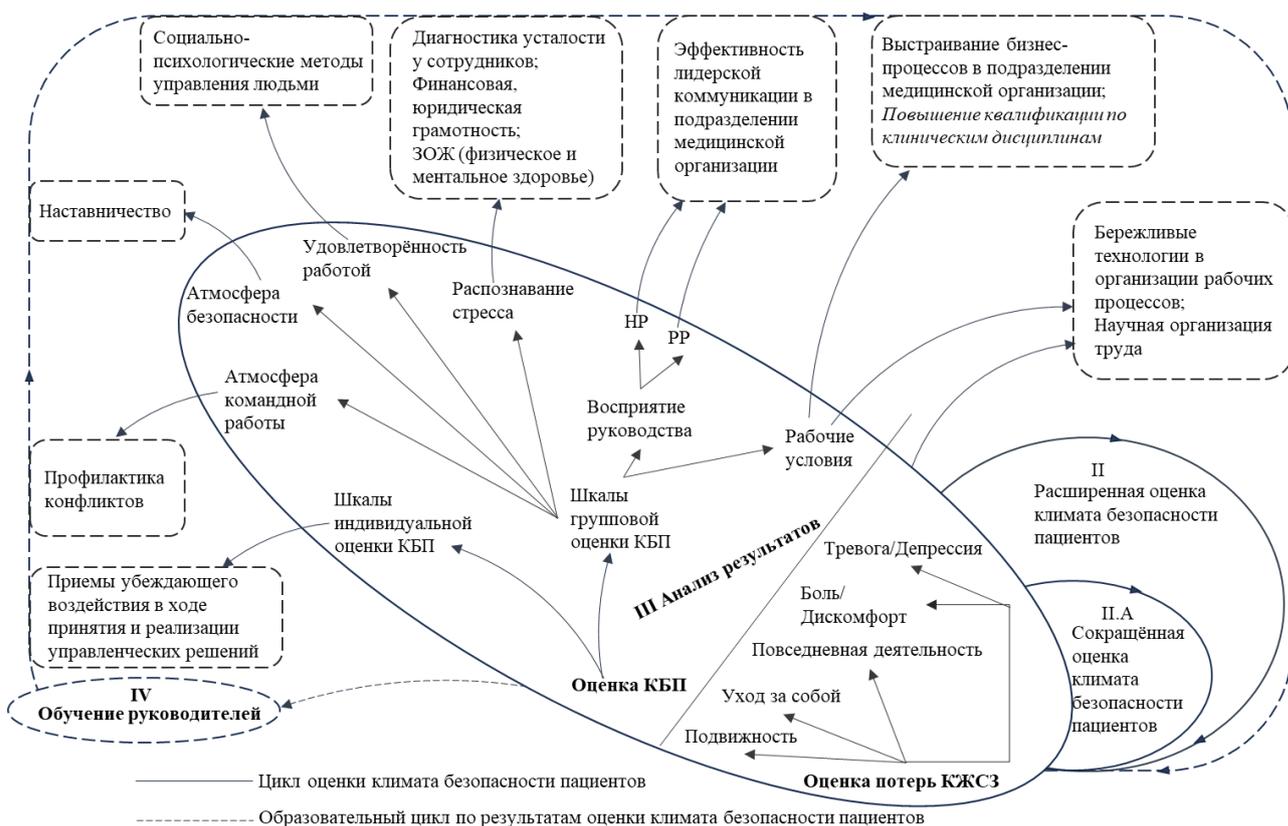


Рисунок 3. Схема этапов мониторинга оценки климата безопасности пациентов на уровне медицинской организации, где КБП – климат безопасности пациентов, КЖСЗ – качество жизни, связанное со здоровьем, НР – непосредственный руководитель, РР – руководитель руководителя, МО – медицинская организация, в прямоугольных фигурах, выделенных пунктирной линией – темы образовательных мероприятий для руководителей медицинской организации.

Расчёт средних значений по групповым и индивидуальным шкалам позволил определить величину различий между социальной и личностной оценками КБП, по каждому респонденту, по отделениям и коллективу МО.

Формула:

$$\Delta SAQ = SAQ_{гр.} - SAQ_{инд.},$$

где ΔSAQ – модуль разности между средними значениями групповых ($SAQ_{гр.}$) и индивидуальных ($SAQ_{инд.}$) шкал опросника «Отношение к безопасности».

Δ SAQ позволял руководителям определить приоритеты управленческих усилий в зависимости от величины различий между групповыми и индивидуальными оценками КБП: чем больше величина, тем больше усилий требовалось для гармонизации восприятия качества и безопасности рабочих процессов, принятых в социальной группе и личным восприятием сотрудниками этих процессов. Фокус управленческих усилий руководителя был направлен на увеличение качества внедрения изменений и адаптации сотрудников к ним, за счёт персонального воздействия на сотрудников. Пример визуализации результатов Δ SAQ в двух отделениях— Рис. 4.

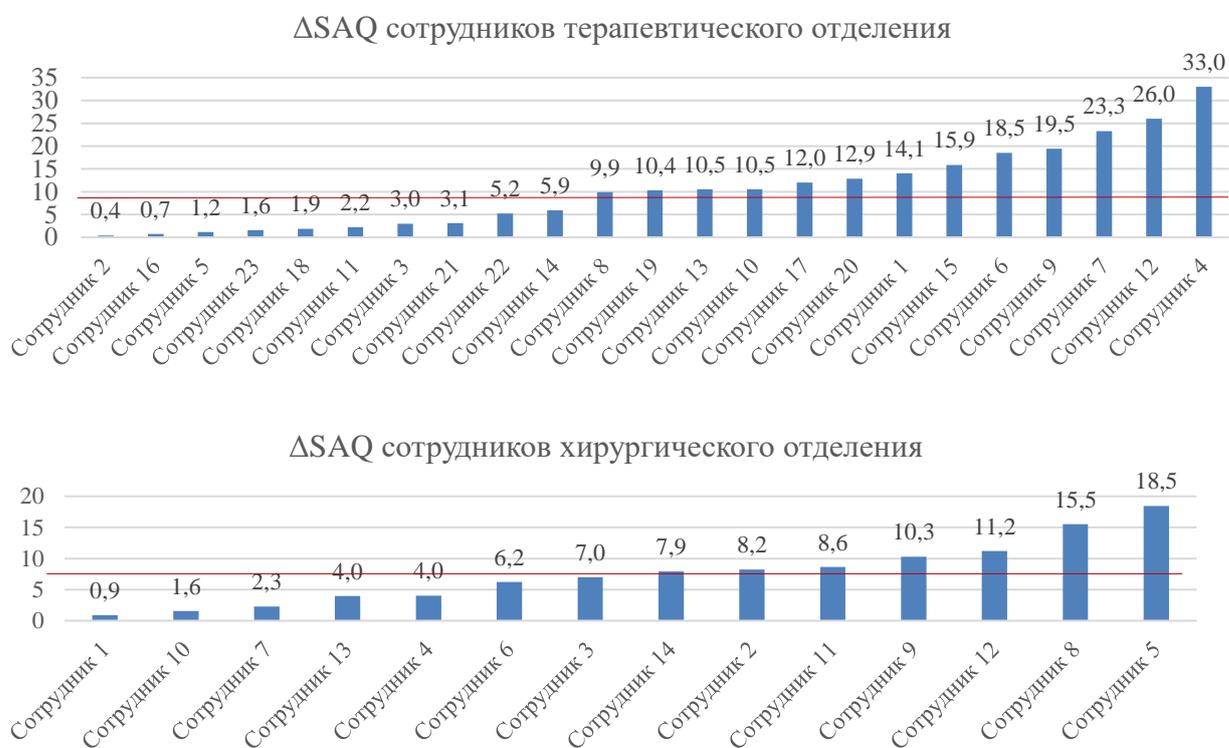


Рисунок 4. Модуль Δ SAQ сотрудников терапевтического и хирургического отделений по сравнению с медианным значением по всему коллективу МО. Красной линией обозначено медианное значение Δ SAQ 8,7 у.е. в текущей волне опроса.

В рамках II этапа, также рассчитывался Индекс должной критичности (ИДК) – доля от максимально возможных позитивных оценок по групповым и индивидуальным шкалам SAQ, а также переменной «Степень трудности принятия выбора». Эта интегральная переменная демонстрирует величину позитивного восприятия сотрудниками качества и безопасности текущих

рабочих процессов и меру умственных усилий, связанную с процессом выборов при решении мысленных профессиональных дилемм. ИДК рассчитывался поперсонально, в среднем по отделениям и всему коллективу МО, презентовался в виде рейтингов по отделениям, а также в динамике по всему коллективу. ИДК позволял создать инфографику о результатах измерения КБП «на одном листе», на основании которой руководители оценивали эффективность мер обеспечения безопасности пациентов по отделениям и МО в целом.

Формула расчёта ИДК:

$$\text{ИДК}_{\text{перс.}} = \left(\frac{(\text{SAQ}_1 + \text{SAQ}_2 + \text{SAQ}_3 + \text{SAQ}_5 + \text{SAQ}_6 + \text{SAQ}_7)}{6} + \frac{(\text{SAQ}_4 + \text{SAQ}_8 + \text{SAQ}_9 + \text{SAQ}_{10} + \text{SAQ}_{11} + \text{SAQ}_{12})}{6} + ((\text{MD } 2)/1) * 100 \right) / 3,$$

где ИДК_{перс.} – индекс должной критичности персональный, SAQ 1 – Атмосфера командной работы, SAQ 2 – Атмосфера безопасности, SAQ 3 – Удовлетворенность работой, SAQ 4 – Распознавание (понимание) стресса, SAQ 5 – Восприятие непосредственного менеджмента/руководства, SAQ 6 – Восприятие больничного менеджмента/руководства, SAQ 7 – Рабочие условия, SAQ 8 – Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты, SAQ 9 – Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения, SAQ 10 – Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения, SAQ 11 – Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения, SAQ 12 – У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения, MD 2 – степень трудности выбора при решении дилеммы.

Динамика Индекса должной критичности (ИДК в %) в женских консультациях

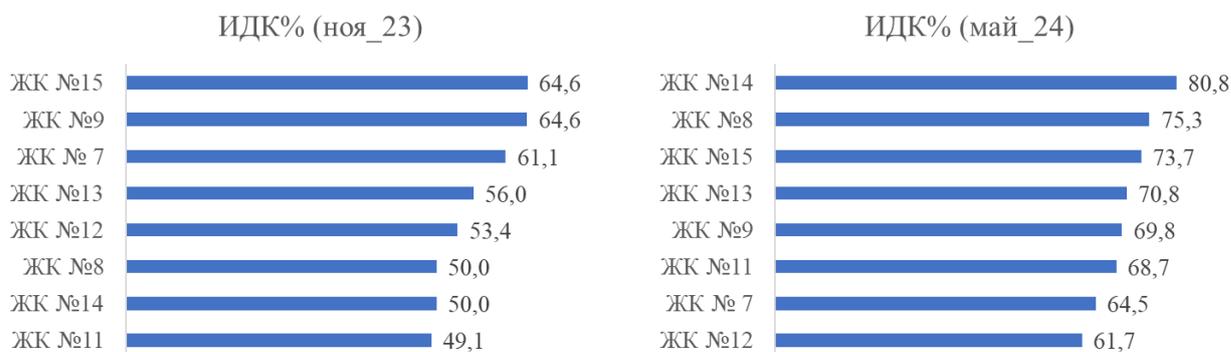


Рисунок 5. Пример инфографики рейтингов ИДК (%) для презентации руководителям МО, где представлены доли позитивных оценок параметров КБП, в среднем по отделениям.

На этапе П.А, после проведения сравнительного и корреляционного, проводился регрессионный анализ для выявления ключевых факторов, влияющих на КБП в период проведения опроса персонала МО. Кроме того, результаты бинарной логистической регрессии позволяли создать сокращенную версию опросника, когда количество вопросов к респондентам уменьшалось в 3

раза (с 42 до 15), что позволяло увеличить частоту оценки КБП как в отделениях с наибольшим количеством сотрудников негативно оценивших КБП, так в целом по МО.

На III этапе методики мониторинга социально-психологического КБП проводился анализ полученных результатов по двум направлениям: КЖСЗ и собственно оценка КБП. Анализ КЖСЗ персонала МО включал в себя сравнение с популяционными нормами, анализ наибольших потерь здоровья по доменам EQ5D5L и сравнительный анализ потерь КЖСЗ между подразделениями МО. Анализ результатов восприятия КБП проводился по однородным социальным группам: на уровне МО – по подразделениям, внутри отделений – по должностям, полу, возрасту, стажу работы. При сравнении коллективов отделений анализ проводился по дихотомическим шкалам, т.е. сравнивались величины долей сотрудников с позитивными и негативными оценками по каждому из доменов SAQ. Пример визуализации оценок домена «Атмосфера командной работы» сотрудниками трёх подразделений — Рис. 6.

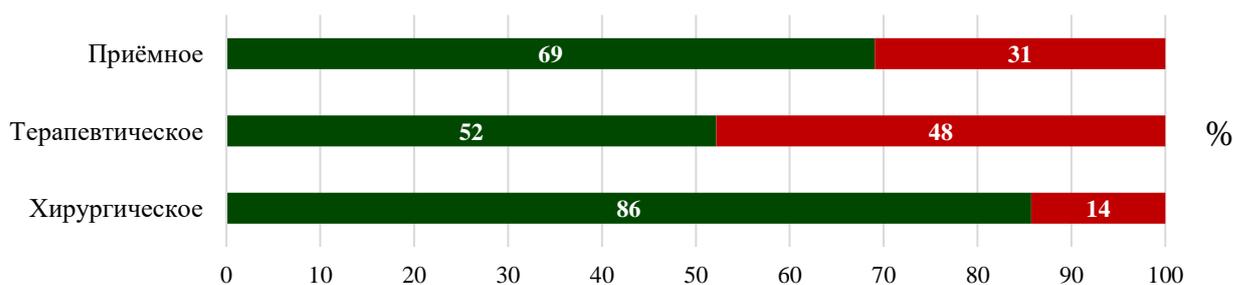


Рисунок 6. Доли сотрудников (%) подгруппы Б позитивно (зелёный цвет) и негативно (красный цвет), оценивающих домен опросника SAQ «Атмосфера командной работы».

Интерпретация полученных результатов проводилась с целью повышения уровня безопасности пациентов и основывалась на трёх действиях: диагностике, воздействии и профилактике. Важным аспектом в интерпретации результатов являлся выбор объекта сравнения: МО, выбранная как целевой ориентир; средние значения КБП по отрасли в выбранной руководителями МО страны; показатели КБП прошлых волн опросов персонала исследуемой МО. В ходе анализа данных проводилось сравнение не только высот шкал SAQ, но и мер воздействия, которые предпринимались для улучшения КБП в сравниваемых клиниках и/или отделениях, что служило основной темой на стратегических сессиях и образовательных семинарах.

На IV этапе проводились образовательные воздействия на персонал МО, которые являлись основным видом воздействия с целью улучшения климата и культуры безопасности пациентов. Содержание образовательных программ было следствием системного анализа причин возникновения предотвратимых неблагоприятных событий в МО, негативных значений доменов SAQ и средней величины Δ SAQ в исследуемых отделениях.

Таким образом, мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинском учреждении представляет собой самостоятельную подсистему в системе обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Методика «Мониторинга оценки климата безопасности пациентов», позволяет количественно измерять социально-психологические параметры, недоступные для прямого наблюдения, которые определяют безопасное поведение сотрудников медицинского учреждения и влияют на качество оказания медицинской помощи.

В четвертой главе описан комплекс образовательных методов, который применялся в рамках диссертационного исследования при обучении руководителей МО. Комплекс включал методы традиционного и конструктивистского подходов к обучению социально-психологическому управлению персоналом: социальное планирование – постановка социальных целей, обоснование критериев эффективности; социальное исследование – опросы, интервью; психологическое планирование – формирование команд, персональная мотивация, трансформация корпоративной культуры. В результате применения традиционных методов, включая пассивное и активное распространение методических и практических рекомендаций, очные дидактические занятия, а также конструктивистских методов обучения взрослых, таких как поиск локального консенсуса, тьюторские встречи и выездные визиты на рабочее место обучаемого. Результаты мониторинга социально-психологического КБП позволили актуализировать знания обучаемых: инициировать и проводить рефлексивное обсуждение фактов из реальной ситуации в МО, и формировать знания, умения и навыки в области

социально-психологического управления персоналом с учётом и на основе опыта коллег из исследуемой МО. Получены доказательства изменения оценок социально-психологического КБП в позитивную сторону: доля сотрудников, давших позитивную оценку по шкале «Атмосфера работы в команде», в экспериментальной группе до и после обучения, увеличилась на 10%, с 78% в ноябре 2023 года до 88% в мае 2024 года (критерий Уилкоксона $W = -3,646$ выявил отрицательную направленность рангов при $p < 0,05$); по шкале «Атмосфера безопасности» доля сотрудников давших позитивную оценку увеличилась с 80% до 87% ($W = -2,600$ при $p < 0,05$) в этот же период; доля позитивных оценок по шкале «Удовлетворённость работой» увеличилась на 6%, с 81% до 87% ($W = -2,592$ при $p < 0,05$); по шкале «Восприятие больничного менеджмента/руководства» на 13%, с 74% до 87% ($W = -2,592$ при $p < 0,01$), тогда как в контрольной группе изменений не выявлено.

В пятой главе описаны взаимосвязи между проблемами, связанными с самооценкой своего здоровья у персонала МО и обучением руководителей подразделений социально-психологическим методам управления людьми.

Проблемы качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) у сотрудников, ассоциировались с их субъективными оценками ухудшения здоровья, основанными на социальных и индивидуальных критериях. Результаты исследования показали, что в среднем, 22% сотрудников экспериментальной группы оценили своё КЖСЗ ниже популяционных норм по Индексу EQ5D5L — Рис. 7, а 25% – по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) опросника EQ5D5L до проведения обучения их руководителей методам социально-психологического управления — Рис. 8.

Были зафиксированы показатели ухудшения здоровья среди сотрудников экспериментальной группы до обучения, по следующим факторам: «Боль/Дискомфорт» ($\mu = 0,022$ у.е.); «Привычная повседневная деятельность» ($\mu = 0,020$ у.е.); «Тревога/Депрессия» ($\mu = 0,014$ у.е.); «Мобильность» ($\mu = 0,009$ у.е.); «Уход за собой» ($\mu = 0,002$ у.е.).

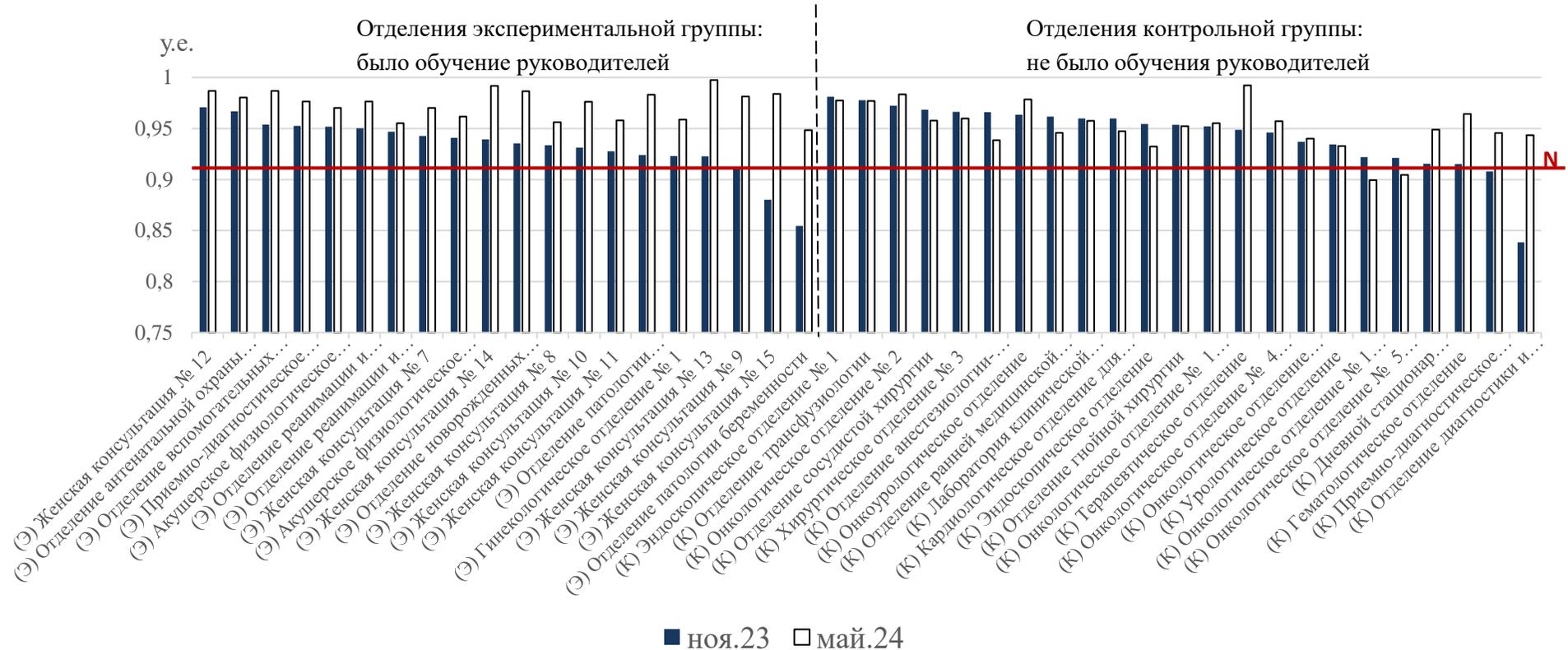


Рисунок 7. Динамика интегрального показателя КЖСЗ «Индекс EQ5D5L» (1 у.е. = наилучшее состояние здоровья, которое можно представить, 0 у.е. = смерть), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы, N – популяционная норма Индекса EQ5D5L для жителей Москвы (0,907 у.е.) мужчин и женщин возрастных групп старше 18 лет.

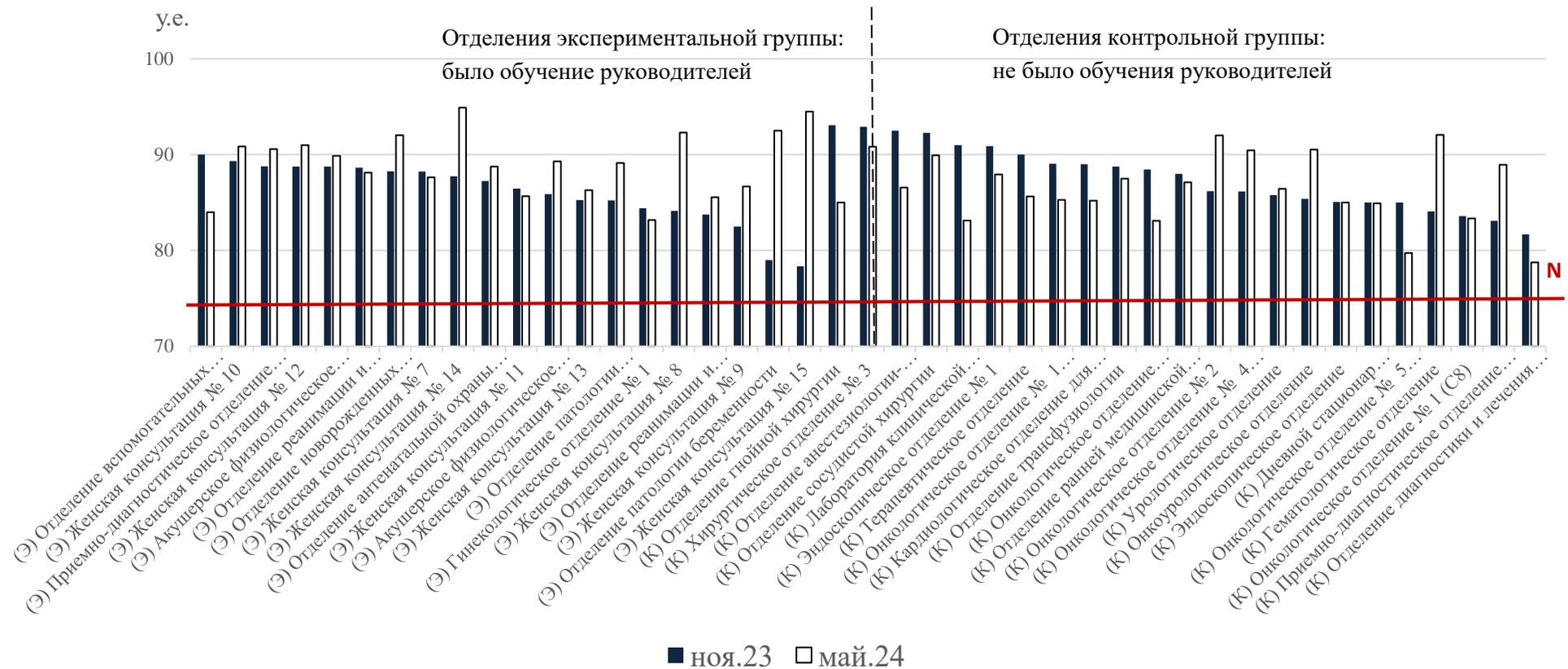


Рисунок 8. Динамика показателя «ВАШ EQ5D5L» (100 у.е. = наилучшее состояние здоровья, которое можно представить, 0 у.е. = смерть), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы, N – популяционная норма ВАШ EQ5D5L для жителей Москвы (74,1 у.е.) мужчин и женщин взрослых возрастных групп старше 18 лет.

После обучения непосредственных руководителей доля их сотрудников, оценивавших своё КЖСЗ ниже популяционных норм, снизилась до 12% (Индекс EQ5D5L, $W = -4,085$, $p < 0,05$) и 17% (ВАШ EQ5D5L, $W = -3,584$, $p < 0,05$). В контрольной группе, где обучение не проводилось, статистически значимых изменений выявлено не было. Также после обучения руководителей сотрудники отметили улучшение КЖСЗ по факторам: «Боль/Дискомфорт» на 35% ($\mu = 0,015$ у.е., $W = -3,392$, $p < 0,05$); «Привычная повседневная деятельность» на 43% ($\mu = 0,011$ у.е., $W = -3,075$, $p < 0,05$); «Мобильность» на 81% ($\mu = 0,002$ у.е., $W = -5,501$, $p < 0,05$). В контрольной группе, а также по шкалам «Тревога/Депрессия» ($\mu = 0,013$ у.е., $W = -1,057$, $p > 0,05$) и «Уход за собой» ($\mu = 0,002$ у.е., $W = -0,290$, $p > 0,05$), статистически значимых различий не обнаружено.

Полученные данные свидетельствуют о позитивном влиянии обучения руководителей на субъективную оценку КЖСЗ среди сотрудников экспериментальной группы. В ходе обучения акцент делался на анализ показателей КЖСЗ и обсуждение мер, направленных на улучшение психофизиологического состояния персонала.

В шестой главе продемонстрирована взаимосвязь между оценкой социально-психологического климата безопасности пациентами сотрудниками МО и обучением их непосредственных руководителей социально-психологическим методам управления персоналом.

Результаты сравнительного анализа интегральной переменной Индекс должной критичности (ИДК), отражающей долю позитивной оценки сотрудниками безопасности текущих рабочих процессов, а также степень трудности выбора, связанного с разрешением ментальных дилемм, показали её значимые различия в экспериментальной группе: ИДК в ноябре 2023 года, составлял $\mu=0,56$; SD 0,20, а в мае 2024 года $\mu=0,68$; SD 0,21 (критерий Уилкоксона $W= -7,867$ при уровне значимости $p<0,01$). В то же время в рамках контрольной группы средние значения ИДК в ноябре 2023 года и в мае 2024 года значимо не отличались: в ноябре 2023 года $\mu=0,58$; SD 0,20, а в мае 2024 года $\mu=0,59$; SD 0,21 ($W= -0,551$ при $p>0,05$) — Рис. 9.

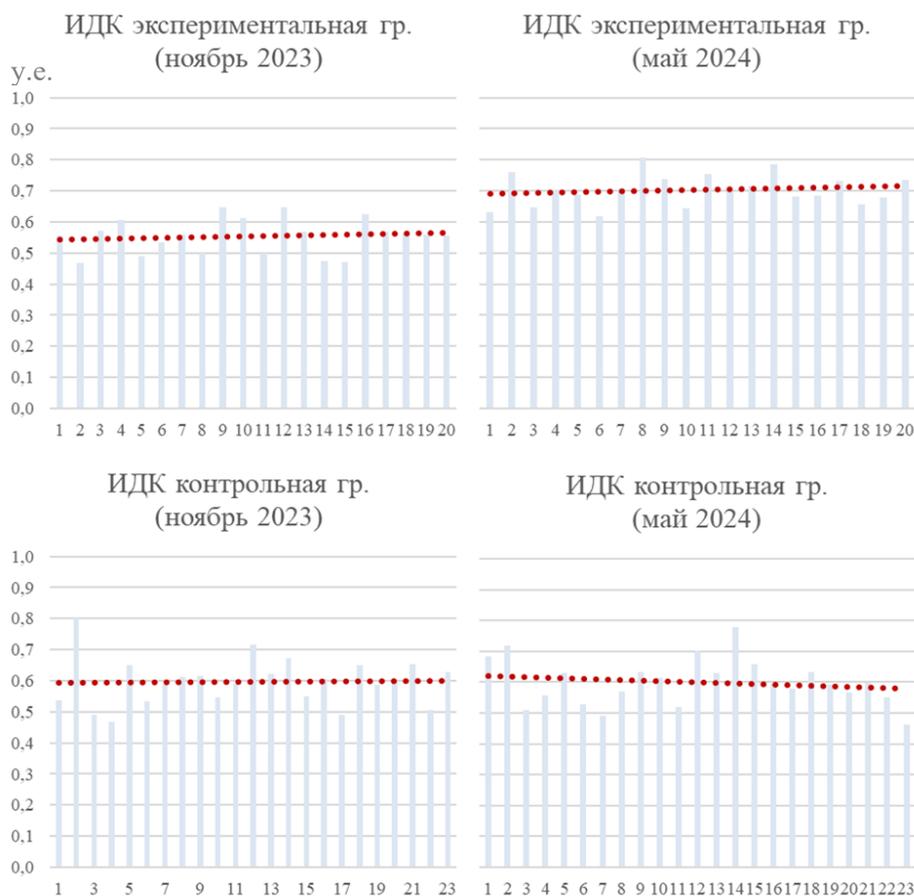


Рисунок 9. Динамика ИДК (у.е.) в экспериментальной и контрольной группах отделений до обучения руководителей экспериментальной группы и после. *Примечание: ИДК – индекс должной критичности, красным цветом выделена линия тренда, 1–Акушерское физиологическое отделение №1, 2–Акушерское физиологическое отделение №2, 3–Гинекологическое отделение №1, 4–Женская консультация (ЖК) №10, 5–ЖК №11, 6–ЖК №12, 7– ЖК №13, 8– ЖК №14, 9– ЖК №15, 10– ЖК №7, 11– ЖК №8, 12– ЖК №9, 13– Отд. антенатальной охраны плода, 14–Отд. вспомогательных репродуктивных технологий, 15–Отд. новорожденных акушерского физиологического отделения, 16–Отд. патологии беременности, 17–Отд. патологии новорожденных и недоношенных детей, 18–Отд. реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1, 19–Отд. реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №2, 20–Приемно-диагностическое отделение №3, отделения контрольной группы: 1–Гематологическое отд., 2–Дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии, 3–Кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда, 4–Лаборатория клинической микробиологии (бактериологии) 1, 5–Онкологическое отд. № 1(территория Сосенский Стан 8), 6–Онкологическое отделение № 2, 7–Онкологическое отделение № 4, 8–Онкологическое отделение № 5, 9–Онкологическое отделение № 1 (центр амбулаторной онкологической помощи), 10–Онкологическое отделение противоопухолевой лекарственной терапии, 11–Онкоурологическое отделение, 12– Отделение анестезиологии-реанимации № 2, 13–Отделение гнойной хирургии, 14–Отделение диагностики и лечения заболеваний молочной железы и репродуктивной системы, 15– Отделение ранней медицинской реабилитации, 16–Отделение сосудистой хирургии, 17– Отделение трансфузиологии, 18–Приемно-диагностическое отделение № 2, 19–Терапевтическое отделение, 20–Урологическое отделение, 21–Хирургическое отделение №3, 22–Эндоскопическое отделение, 23–Эндоскопическое отделение №1, красной пунктирной линией обозначены линейные тренды по подгруппам отделений.*

Сравнительный анализ факторов, влияющих на КБП, проводился по дихотомическим показателям доменов и шкал SAQ, средние значения которых соответствуют долям сотрудников отделения, которые позитивно оценили шкалы опросника — Табл. 2, Табл. 3.

Таблица 2. Динамика дихотомических показателей SAQ в экспериментальной группе отделений.

| Расчётные показатели опросника SAQ | Ноябрь 2023 | | Май 2024 | | W | |
|--|-------------|-------|----------|-------|--------|--------------|
| | μ | SD | M | SD | Z | p |
| Домены, составляющие интегральный показатель SAQ групповой. | | | | | | |
| Команда | 0,777 | 0,417 | 0,877 | 0,328 | -3,646 | 0,000 |
| Атм. безопасности | 0,804 | 0,398 | 0,875 | 0,331 | -2,600 | 0,009 |
| Удовл. работой | 0,807 | 0,395 | 0,875 | 0,331 | -2,592 | 0,010 |
| Непосредств. рук. | 0,845 | 0,636 | 0,894 | 0,309 | -1,941 | 0,052 |
| Руководитель рук. | 0,738 | 0,440 | 0,871 | 0,335 | -4,569 | 0,000 |
| Рабочие условия | 0,687 | 0,464 | 0,708 | 0,455 | -0,681 | 0,496 |
| Домен и шкалы, составляющие интегральный показатель SAQ индивидуальный. | | | | | | |
| Стресс | 0,242 | 0,429 | 0,343 | 0,475 | -3,052 | 0,002 |
| Если я обращаюсь | 0,828 | 0,378 | 0,888 | 0,315 | -2,372 | 0,018 |
| Хор. взаим. с м/с | 0,961 | 0,192 | 0,967 | 0,116 | -2,065 | 0,039 |
| Хор. взаим. с вр. | 0,951 | 0,216 | 0,970 | 0,171 | -1,300 | 0,194 |
| Хор. взаим. с клфр. | 0,569 | 0,496 | 0,527 | 0,450 | -1,175 | 0,240 |
| Недопонимание | 0,766 | 0,417 | 0,839 | 0,368 | -2,091 | 0,037 |

Примечание: Команда – домен «Атмосфера работы в команде», Атм. безопасности – домен «Атмосфера безопасности», Удовл. работой – домен «Удовлетворённость работой», Непосредств. руководитель – домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства», Руководитель рук. – домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства», Рабочие условия – домен «Рабочие условия», Стресс – домен «Распознавание (понимание) стресса», Если я обращаюсь – шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», Хор. взаим. с м/с – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», Хор. взаим. с вр. – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», Хор. взаим. с клфр. – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», Недопонимание – шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения», μ – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, W – статистики критерия знаковых рангов Уилкоксона: Z – значение критерия, p – асимптотическая двусторонняя значимость.

В экспериментальной группе отделений в 8 из 12 доменов SAQ количество позитивно оценивших рабочие процессы сотрудников было на 10% больше в мае 2024 года по сравнению с ноябрём 2023 года. По четырём доменам: «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства», «Рабочие условия», «Мне

кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – статистически значимых различий ($p < 0,05$) обнаружено не было. В то же время в отделениях контрольной группы по всем доменам SAQ, кроме «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», значимые различия между связанными группами респондентов отсутствовали — Табл. 3.

Таблица 3. Динамика дихотомических показателей SAQ в контрольной группе отделений.

| Расчётные показатели опросника SAQ | Ноябрь 2023 | | Май 2024 | | W | |
|--|-------------|-------|----------|-------|-----------|--------------|
| | μ | SD | M | SD | Z | p |
| Домены, составляющие интегральный показатель SAQ групповой. | | | | | | |
| Команда | 0,822 | 0,383 | 0,807 | 0,395 | -0,572(a) | 0,567 |
| Атм. безопасности | 0,787 | 0,410 | 0,823 | 0,381 | -1,223(a) | 0,221 |
| Удовл. работой | 0,778 | 0,416 | 0,816 | 0,388 | -1,269(a) | 0,205 |
| Непосредств. рук. | 0,863 | 0,344 | 0,886 | 0,318 | -0,930(a) | 0,352 |
| Руководитель рук. | 0,746 | 0,436 | 0,772 | 0,420 | -0,786(a) | 0,432 |
| Рабочие условия | 0,757 | 0,429 | 0,772 | 0,420 | -0,462(a) | 0,644 |
| Домен и шкалы, составляющие интегральный показатель SAQ индивидуальный. | | | | | | |
| Стресс | 0,300 | 0,459 | 0,241 | 0,428 | -1,873(a) | 0,061 |
| Если я обращаюсь | 0,839 | 0,368 | 0,867 | 0,340 | -1,031(a) | 0,302 |
| Хор. взаим. с м/с | 0,923 | 0,266 | 0,935 | 0,247 | -0,577(a) | 0,564 |
| Хор. взаим. с вр. | 0,937 | 0,243 | 0,959 | 0,198 | -1,298(a) | 0,194 |
| Хор. взаим. с клфр. | 0,576 | 0,494 | 0,658 | 0,475 | -2,300(a) | 0,021 |
| Недопонимание | 0,800 | 0,400 | 0,816 | 0,388 | -0,470(a) | 0,638 |

Примечание: см. примечание таблицы 2.

Результаты исследования социально-психологического КБП, проведённого в ноябре 2023 года, были представлены в рамках комплексной образовательной программы для руководителей экспериментальной группы в период с ноября 2023 по май 2024 года. По запросу заведующих отделениями и старших медицинских сестёр формировались детализированные отчёты до уровня отделений. Анализ показал, что после ознакомления руководителей с отчётами, наблюдалось повышение их активности в ходе семинарских занятий и индивидуальных консультаций с преподавателями, когда уровень детализации отчетов достигал персонального уровня сотрудников. Полученные данные также

использовались для анализа успешных практик в отделениях с положительной динамикой КБП.

В ходе презентации результатов SAQ руководителям экспериментальной группы анализировались следующие параметры: показатели межпрофессионального взаимодействия (с медицинскими сёстрами, врачами и клиническими фармакологами), а также наличие факторов, замедляющих лечебный процесс. Данные показатели сопоставлялись с доменами "Атмосфера командной работы", "Атмосфера безопасности" и "Удовлетворённость работой", что позволило провести сравнительный анализ групповых и индивидуальных оценок восприятия климата безопасности.

Анализ данных в экспериментальной группе, демонстрирует увеличение ИДК в мае 2024 года на 1,2%, что свидетельствует о повышении числа сотрудников, позитивно воспринимающих и оценивающих КБП, а также прикладывающих умственные усилия для улучшения качества и безопасности рабочих процессов, что предполагает снижение вероятности возникновения предотвратимых неблагоприятных событий. В отделениях контрольной группы, оценка КБП у сотрудников практически не изменилась.

Положительный эффект в экспериментальной группе был достигнут благодаря: систематическому представлению руководителями планов оптимизации рабочих процессов, вербализации новых норм и уточнению ключевых понятий в индивидуальном взаимодействии с сотрудниками. Эти воздействия руководителей способствовали принятию сотрудниками изменений групповых критериев оценки качества и безопасности рабочих процессов, что подтверждается различием показателей SAQ_{гр.} в ноябре 2023 года 76% ($\mu=0,761$; SD 0,427) и в мае 2024 года 84% этих же респондентов позитивно оценивали групповые домены SAQ ($\mu=0,842$; SD 0,365; $W= -2,785$ при $p=0,005$). В то же время у респондентов экспериментальной группы различий между шкалами и доменами, которые измеряют восприятие КБП с учётом индивидуальных критериев оценки, выявлено не было (SAQ_{инд.}: в ноябре 2023 $\mu =0,543$; SD 0,498; в мае 2024 $\mu = 0,588$; SD 0,493; $W= -1,340$ при $p=0,180$). То есть, индивидуальные

критерии оценки КБП сотрудников, которые формируют восприятие качества и безопасности текущих рабочих процессов, остались на прежнем уровне. Этот факт позволяет предположить недостаточность 8-месячного периода для формирования новых устойчивых индивидуальных установок: не накопилось достаточно поведенческих примеров со стороны руководителей, которые бы позволили подчинённым сформировать новые убеждения основываясь на личном опыте взаимодействия с коллегами и руководителями. В контрольной группе значимых изменений показателей не наблюдалось.

В седьмой главе подробно представлены результаты внедрения мониторинга социально-психологического КБП в клиническую практику отделений экспериментальной группы ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ». Результаты анализа демонстрируют значимое улучшение показателей удовлетворённости пациентов медицинской помощью и КБП: дополнительный интегральный показатель «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью» продемонстрировал рост на 11 процентных пунктов (п.п.) (с 82% до 93%) — Рис. 10; параллельно зафиксирован прирост ИДК на 12 п.п. (с 56% в ноябре 2023 года до 68% в мае 2024 года). Полученные данные свидетельствуют об эффективности внедрённого методологически обоснованного и апробированного инструментария мониторинга социально-психологического КБП в сочетании с комплексом образовательных методов.

В процессе внедрения мониторинга КБП как подсистемы системы менеджмента качества и безопасности медицинской помощи выявлены факторы, способствующие сокращению сроков вовлечения персонала в передачу руководству медицинской организации обратной связи об эффективности рабочих процессов. *Организационные факторы:* заинтересованность высшего руководства медицинской организации во внедрении системы менеджмента качества и безопасности в процессах оказания медицинской помощи; заинтересованность высшего руководства медицинской организации в обучении

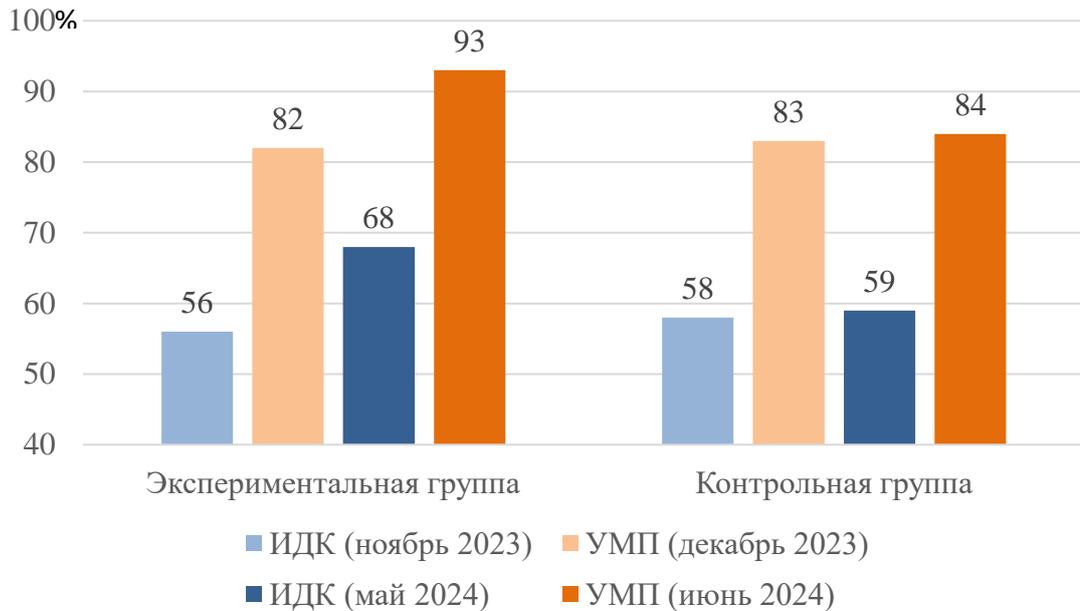


Рисунок 10. Динамика социально-психологического климата безопасности пациентов и удовлетворённости пациентов медицинской помощью в экспериментальной и контрольной группах. *Примечание: где ИДК – индекс должной критичности (среднее от долей (%) сотрудников позитивно оценивших социально-психологический климат безопасности пациентов по групповым и индивидуальным критериям, и у которых степень трудности выбора при каждодневных профессиональных решениях была больше медианы по выборке соответствующей волны опроса), УМП – дополнительный показатель «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент», рассчитанный согласно методике утверждённой приказом МЗ РФ № 495 от 19.07.2022.*

руководителей среднего звена и непосредственных руководителей линейных сотрудников социально-психологическим методам управления персоналом; наличие в штате сотрудников отдела кадров персонала, обладающего компетенциями для проведения социально-психологических исследований (сбор данных с учётом защиты персональных данных респондентов, первичная обработка полученных данных); наличие в штате медицинской организации персонала с компетенциями статистической обработки данных социально-психологических исследований; возможности организации процесса обучения руководителей «сверху-вниз» для обеспечения преемственности требований к применению социально-психологических методов управления персоналом по всей вертикали власти в медицинской организации. *Факторы образовательного воздействия на руководителей, способствующие улучшению КБП:* использование с целью актуализации знаний у слушателей о социально-

психологических методах управления персоналом данных мониторинга КБП из медицинской организации, где они работают, что способствовало увеличению мотивации к обучению; презентация результатов сравнительного анализа параметров КБП между различными подразделениями медицинской организации, персонал которой проходил обучение, а также данных сравнительного анализа КБП между отечественными и зарубежными клиниками способствовала принятию передовых методов улучшения качества и безопасности процессов оказания медицинской помощи; формирование состава учебных подгрупп слушателей в зависимости от значений определённого параметра КБП, что способствовало выявлению руководителей-лидеров в каждом из доменов восприятия безопасности и эффективности процессов оказания медицинской помощи.

Заключение содержит итоги проведенного исследования, лежащие в основе выводов и практических рекомендаций.

ВЫВОДЫ

1) Научно обоснована и разработана методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, позволяющая анализировать логические аспекты мышления, личностные характеристики, степень трудности выбора при решении профессиональных задач и предусматривающая стратификацию респондентов по модульным значениям разности индивидуально-групповых самооценок здоровья (группа А: модуль разности $<0,247$ у.е.; группа Б: модуль разности $>0,248$ у.е.), что способствует увеличению прогностической валидности в оценке рисков предотвратимых неблагоприятных событий в среднем на 7 процентных пунктов (п.п.) ($p < 0,05$) в параметрах социально-психологического климата безопасности пациентов в группе Б по сравнению с группой А.

2) Применение созданного комплекса методов обучения персонала медицинской организации, включающего методы традиционного (пассивное и активное распространение методических рекомендаций, очные дидактические

занятия) и конструктивистского подходов (поиск локального консенсуса, тьюторские встречи, выездные визиты) для обучения управленческого персонала отделений экспериментальной группы, приводит к улучшению восприятия безопасности процессов оказания медицинской помощи у сотрудников экспериментальной группы, выразившемся в росте доли позитивных оценок по доменам: «Атмосфера работы в команде» на 10 п.п. ($W = -3,646$ при $p < 0,05$); «Атмосфера безопасности» на 7 п.п. ($W = -2,600$ при $p < 0,05$); «Удовлетворённость работой» на 6 п.п. ($W = -2,592$ при $p < 0,05$); «Восприятие больничного менеджмента/руководства» на 13 п.п. ($W = -2,592$ при $p < 0,05$), тогда как в контрольной группе, где обучение не проводилось, значимых изменений не было.

3) Результаты исследования продемонстрировали, что реализация образовательных программ, направленных на овладение социально-психологическими методами управления для руководителей первого звена (заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры) подразделений экспериментальной группы, привела к значимому снижению доли сотрудников экспериментальной группы, оценивающих качество жизни, связанное со здоровьем, ниже популяционных норм: с 22% до 12% по интегральному индексу EQ-5D-5L ($W = -4,085$, $p < 0,05$) и с 25% до 17% по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) того же опросника ($W = -3,584$, $p < 0,05$), тогда как в контрольной группе, не подвергавшейся обучению, динамика показателей отсутствовала.

4) Результаты исследования подтверждают, что реализация образовательных программ, направленных на овладение социально-психологическими методами управления для руководителей подразделений экспериментальной группы, привело к статистически значимому снижению потерь здоровья у сотрудников экспериментальной группы по шкалам: «Боль/Дискомфорт» (-35 п.п., $\mu=0,015$ у.е., $W=-3,392$, $p<0,05$), «Привычная повседневная деятельность» (-43 п.п., $\mu=0,011$ у.е., $W=-3,075$, $p<0,05$) и «Мобильность» (-81 п.п., $\mu=0,002$ у.е., $W=-5,501$, $p<0,05$), тогда как в контрольной группе, а также по шкалам «Тревога/Депрессия» ($\mu=0,013$ у.е., $W=-$

1,057, $p > 0,05$) и «Уход за собой» ($\mu = 0,002$ у.е., $W = -0,290$, $p > 0,05$) значимой динамики не зафиксировано, что свидетельствует о селективном влиянии образовательных методов на параметры самооценки здоровья.

5) Результаты исследования демонстрируют статистически значимое завышение оценок социально-психологического климата безопасности пациентов руководителями отделений по сравнению с врачебным, средним и немедицинским персоналом: на 10 п.п. по индивидуальным критериям (SAQинд, $U = 2554,5$, $p = 0,014$), на 24 п.п. в домене «Атмосфера командной работы» ($U = 2782,5$, $p = 0,012$) и на 21 п.п. в домене «Атмосфера безопасности» ($U = 2887,5$, $p = 0,020$), при этом снижение когнитивных усилий («Степень трудности выбора»: -19 п.п., $U = 2945,5$, $p = 0,43$) не достигло статистической значимости, что следует учитывать при коррекции управленческих стратегий для гармонизации восприятия безопасности пациентов и минимизации диссонанса между уровнями управления в медицинских организациях.

6) Результаты исследования подтверждают, что реализация образовательных программ, основанных на данных оценки социально-психологического климата безопасности пациентов, привела к статистически значимому улучшению социально-психологического климата безопасности в экспериментальной группе: увеличение на 8 п.п. доли сотрудников, позитивно оценивающих климат безопасности по групповым критериям (SAQгр., $W = -2,785$, $p < 0,05$), рост на 10 п.п. по домену «Распознавание стресса» ($W = -3,052$, $p < 0,05$) и позитивную динамику по шкалам взаимодействия с руководством ($W = -2,372$), медицинскими сёстрами ($W = -2,065$) и снижению недопонимания ($W = -2,091$) при $p < 0,05$, тогда как в контрольной группе, а также по шкалам взаимодействия с врачами и клиническими фармакологами, значимых изменений не выявлено.

7) Результаты исследования подтверждают, что реализация образовательных программ, основанных на анализе решений сотрудниками актуальных рабочих задач, выявленных в результате мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, приводит к статистически

значимому росту доли сотрудников экспериментальной группы с когнитивными усилиями, превышающими медианные значения (показатель «Степень трудности выбора»: +27 п.п., $W = -7,917$, $p < 0,05$), что коррелирует с повышением качества и безопасности медицинской помощи, тогда как в контрольной группе, где обучение не проводилось, динамика отсутствовала.

8) Комбинированное применение методологически обоснованного, апробированного инструментария мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов и комплекса образовательных методов для персонала медицинских организаций обеспечило статистически значимый рост удовлетворённости пациентов на 11 п.п. (с 82% до 93%) по показателю «Оценка общественного мнения по удовлетворённости медицинской помощью» ($W = -8,815$ при $p < 0,05$) в экспериментальной группе, тогда как в контрольной группе, не подвергавшейся управленческим воздействиям, динамика отсутствовала.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

На федеральном уровне

1) Инициировать разработку нормативных документов, регламентирующих внедрение методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях. Включить показатели социально-психологического климата безопасности пациентов в систему оценки качества и безопасности медицинской помощи на федеральном уровне, что позволит учитывать социально-психологические аспекты безопасности пациентов при аккредитации и лицензировании медицинских организаций.

2) Инициировать создание образовательных программ повышения квалификации для руководителей медицинских организаций по вопросам социально-психологического управления персоналом медицинских организаций.

3) Создать единую федеральную систему сбора и анализа социально-психологических параметров климата безопасности пациентов, основанную на разработанной методике. Проводить регулярный анализ данных для выявления региональных и отраслевых тенденций, связанных с безопасностью пациентов, и разработки стратегических рекомендаций.

4) Создать Центры компетенций по формированию социально-психологического климата безопасности пациентов в регионах РФ.

На региональном уровне

1) Организовать пилотные проекты по внедрению методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях региона с последующим распространением опыта на все медицинские организации.

2) Проводить регулярные обучающие семинары и тренинги для управленческого персонала медицинских организаций по вопросам трансформации социально-психологического климата безопасности пациентов.

3) Организовать региональные центры мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, которые будут заниматься сбором, анализом и интерпретацией данных, а также взаимодействием с соответствующими федеральными структурами, с целью обмена опытом и результатами мониторинга для последующей разработки актуальных рекомендаций на уровне медицинских организаций.

5) Проводить конкурсы и грантовые программы для поддержки инициатив, направленных на улучшение социально-психологического климата безопасности пациентов.

На уровне медицинской организации

1) Интегрировать систему мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в систему менеджмента качества, что позволит учитывать социально-психологические аспекты при оценке и улучшении качества медицинской помощи.

2) Регулярно проводить мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов с использованием разработанной методики. Анализировать результаты мониторинга, разрабатывать планы мероприятий по улучшению климата безопасности пациентов на основе выявленных проблем и реализовывать их.

3) Организовать обучение управленческого персонала (заведующих отделениями и старших медицинских сестёр) по вопросам трансформации социально-психологического климата безопасности пациентов. Внедрить образовательные программы, основанные на данных мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов медицинской организации, где проводится обучение для повышения актуализации знаний у руководителей о социально-психологических методах управления персоналом.

4) Регулярно проводить аудит системы мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов для оценки ее эффективности и внесения необходимых корректировок.

5) Установить сотрудничество с коллегами, в том числе из дружественных стран, работающими в медицинских организациях аналогичной специализации для обмена опытом и лучшими практиками в области трансформации социально-психологического климата безопасности пациентов. Участвовать в конференциях и исследованиях, посвященных вопросам обеспечения безопасности пациентов.

РАБОТЫ, ОПУБЛИКОВАННЫЕ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Публикации в научных журналах, рекомендованных ВАК

1. **Царанов, К. Н.** Восприятие культуры безопасности организации медицинскими сотрудниками Германии и России / Царанов К. Н. //Исследования и практика в медицине. — 2022. — Т. 9. — № 3. — С. 180–191. (1,39 п.л., авт. 1,39 п.л.)

2. **Царанов, К. Н.** Адаптация и первичная апробация русскоязычной версии опросника "Отношение к безопасности" для медицинских организаций / Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г., Рахматуллин Р. Э., Климова Е. М., Кононов А. Н., Проценко Д. Н., Хайруллин И. И. // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 2. — С. 57–64. (0,92 п.л., авт. 0,13 п.л.)
3. Абросимов, И. Н. Современный взгляд на феномен профессионального выгорания в медицинской среде: обзор литературы / Абросимов И. Н., Заоева З. О., **Царанов К. Н.**, Тарбастаев А. Г. // Менеджер здравоохранения. — 2024. — № 2. — С. 83–92. (1,16 п.л., авт. 0,29 п.л.)
4. **Царанов, К. Н.** Измерение корпоративных ценностей культуры безопасности / Царанов К. Н. // Менеджмент качества в медицине. — 2024. — № 2. — С. 55–61. (0,81 п.л., авт. 0,81 п.л.)
5. Петриков, С. С. Проектное управление в системе управления на примере реализации проекта «Клиника лица» / Петриков С. С., **Царанов К. Н.**, Завалий Л. Б., Полковников А. В., Тыров И. А., Соловьева А. А. [и др.] // Менеджер здравоохранения. — 2023. — № 12. — С. 4–14. (1,27 п.л., авт. 0,18 п.л.)
6. Петриков, С. С. Подходы к изучению и развитию корпоративной культуры в медицинской организации / Петриков С. С., **Царанов К. Н.**, Завалий Л. Б., Тарбастаев А. Г., Каниболоцкий А. А., Цулеискири Б. Т. // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 10. — С. 42–50. (1,04 п.л., авт. 0,17 п.л.)
7. Петриков, С. С. Интенциональный потенциал руководителей научного и клинического направлений как стратегический ресурс медицинской организации / Петриков С. С., **Царанов К. Н.**, Завалий Л. Б., Тарбастаев А. Г., Каниболоцкий А. А., Цулеискири Б. Т. // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 9. — С. 40–50. (1,27 п.л., авт. 0,21 п.л.)
8. Аюпова, И. И. Показатели "качества жизни, связанного со здоровьем" как предикторы перевода пациентов с COVID-19 в реанимационное отделение / Аюпова И. И., Проценко Д. Н., Кобякова О. С., Тарбастаев А. Г., Тюфилин Д. С., **Царанов К. Н.** // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 9. — С. 59–69. (1,27 п.л., авт. 0,21 п.л.)

9. Аюпова, И. И. Прогнозирование исходов заболевания пациентов COVID-19 на основе оценки качества жизни / Аюпова И. И., Тюрин И. Н., Тюфилин Д. С., Кобякова О. С., **Царанов К. Н.** // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 8. — С. 46–53. (0,92 п.л., авт. 0,18 п.л.)
10. **Царанов, К. Н.** Динамика лояльности представителей пациентов до и в период эпидемии COVID-19 на примере московской детской поликлиники / Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г., Марков Д. И., Комолова О. А. // Менеджер здравоохранения. — 2022. — № 7. — С. 16–25. (1,16 п.л., авт. 0,29 п.л.)
11. **Царанов, К. Н.** Формирование корпоративной культуры медицинских организаций в целях обеспечения повышения уровня их пациентоориентированности / Царанов К. Н., Тарбастаев А. Г., Комолова О. А., Русанова О. С. // Проблемы стандартизации в здравоохранении. — 2021. — № 1-2. — С. 34–40. (0,81 п.л., авт. 0,20 п.л.)
12. Аюпова, И. И. Исследование качества жизни, связанного со здоровьем у пациентов с COVID-19 в первые сутки госпитализации в стационар / Аюпова И. И., Проценко Д. Н., **Царанов К. Н.**, Тарбастаев А. Г. // Менеджер здравоохранения. — 2021. — № 8. — С. 4–11. (0,92 п.л., авт. 0,23 п.л.)
13. **Царанов, К. Н.** Ценностные ориентации врача как предиктор эффективности деятельности медицинской организации / Царанов К. Н., Климова Е. М., Акимов Т. В., Званский А. Б., Тарбастаев А. Г. // Менеджер здравоохранения. — 2020. — № 9. — С. 63–70. (0,92 п.л., авт. 0,18 п.л.)
14. **Царанов, К. Н.** Восприятие угрозы личной безопасности специалистов-медиков в условиях пандемии COVID-19 / Царанов К. Н., Жильцов В. А., Климова Е. М., Тарбастаев А. Г. // Менеджер здравоохранения. — 2020. — № 4. — С. 15–19. (0,58 п.л., авт. 0,14 п.л.)
15. **Царанов, К. Н.** Влияние пациентоориентированности врача на вовлечённость пациента в лечение / Царанов К. Н., Жильцов В. А., Климова Е. М., Тарбастаев А. Г. // Менеджер здравоохранения. — 2018. — № 3. — С. 6–14. (1,04 п.л., авт. 0,25 п.л.)

Публикации в научных журналах, входящих в Белый список журналов

16. Александрова, О. А. Профессиональное выгорание медицинских работников: подходы к выявлению и профилактике / Александрова О. А., Ярашева А. В., **Царанов К. Н.**, Марков Д. И., Аликперова Н. В. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2024. — Т. 32. — № 2. — С. 1047–1052. (0,69 п.л., авт. 0,14 п.л.)
17. **Царанов, К. Н.** Влияние ценностных ориентаций врачей на удовлетворенность пациентов качеством медицинской помощи в условиях неопределенности / Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Наурузова М. А., Плутницкий А. Н., Тарбастаев А. Г. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2024. — Т. 32. — № 5. — С. 969–978. (1,16 п.л., авт. 0,19 п.л.)
18. **Царанов, К. Н.** Показатели ценностной согласованности и межличностной сопряженности ценностей сотрудников с руководителем как основа управления персоналом медицинской организации / Царанов К. Н. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2023. — Т. 31. — № 6. — С. 1418–1425. (0,92 п.л., авт. 0,92 п.л.)
19. **Царанов, К. Н.** Взаимосвязь ценностных ориентаций и культуры безопасности сотрудников медицинской организации / Царанов К. Н. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2023. — Т. 31. — № 5. — С. 996–1002. (0,81 п.л., авт. 0,81 п.л.)
20. **Царанов, К. Н.** Лояльность пациентов в период коронавируса: опыт исследования в столичной детской поликлинике / Царанов К. Н., Марков Д. И., Комолова О. А., Тарбастаев А. Г., Наурузова М. А. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2023. — Т. 31. — № 3. — С. 334–341. (0,92 п.л., авт. 0,18 п.л.)
21. **Царанов, К. Н.** Основы обучения руководителей и сотрудников медицинских организаций проектному управлению / Царанов К. Н. // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2017. — Т. 25. — № 6. — С. 359–362. (0,46 п.л., авт. 0,46 п.л.)

Зарегистрированные права на результаты интеллектуальной деятельности

1. **Царанов К. Н.** Оценка культуры безопасности медицинской организации / свидетельство о государственной регистрации базы данных № 2022621729 / заявка № 2022621666 от 08.07.2022; дата регистрации 14.07.2022.
2. **Царанов К. Н.** Оценка социально-психологического климата безопасности в медицинских организациях / свидетельство о государственной регистрации базы данных № RU 2025621377 / заявка № 2025620707 от 03.03.2025; дата регистрации 26.03.2025.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

КБП – социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинской организации

КЖСЗ – качество жизни, связанное со здоровьем

МО – медицинская организация

НС – неблагоприятное событие

п.п. – процентные пункты

РФ – Российская Федерация

EQ5D5L – опросник «Качество жизни связанное со здоровьем»

SAQ – (англ. Safety Attitudes Questionnaire) – опросник «Отношение к безопасности»