

ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«ГОСУДАРСТВЕННЫЙ НАУЧНЫЙ ЦЕНТР РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ -
ФЕДЕРАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ БИОФИЗИЧЕСКИЙ ЦЕНТР
ИМЕНИ А.И. БУРНАЗЯНА»

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

Диссертация

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

Научный консультант:

доктор медицинских наук, доцент
Плутницкий Андрей Николаевич

МОСКВА – 2025 г.

Оглавление

ВВЕДЕНИЕ.....	6
ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	21
1.1 Нормативно-правовая база для регулирования мониторинга безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях РФ.....	21
1.2 Группа понятий, связанных с определениями «организационный климат», «организационная культура» и «корпоративная культура» безопасности.	25
1.3 Мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов как фактор профилактики неблагоприятных событий.....	39
1.4 Анализ современных методов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях.	45
ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ	78
2.1 Программа и этапы исследования	81
2.2 Характеристика базы исследования.....	86
2.3 Методы исследования.....	97
ГЛАВА 3. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	99
3.1 Процесс оценки социально-психологического климата безопасности пациентов.	100
3.2 Первичная апробация методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.	142
ГЛАВА 4. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ,	

ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	148
4.1. Роль результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в рефлексивных образовательных технологиях профессионального обучения руководителей медицинской организации.	150
4.2 Обучение руководителей медицинской организации по данным шкал группового восприятия рабочих процессов мониторинга социально- психологического климата безопасности пациентов	153
4.3 Обучение руководителей медицинской организации по данным шкал индивидуального восприятия рабочих процессов мониторинга социально- психологического климата безопасности пациентов	173
ГЛАВА 5. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ С ПРОБЛЕМАМИ, СВЯЗАННЫМИ С САМООЦЕНКОЙ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	179
ГЛАВА 6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ С ПРОБЛЕМАМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОЦЕНКОЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ	204
ГЛАВА 7. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РАЗРАБОТАННЫХ МЕТОДИКИ МОНИТОРИНГА КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И КОМПЛЕКСА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ	238

7.1. Результаты сравнительного анализа удовлетворённости пациентов медицинской помощью, пролеченных в отделениях экспериментальной и контрольной групп	239
7.2. Особенности организационных мер и образовательного воздействия, выявленные при внедрении разработанной методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в практическую деятельность медицинской организации	245
ЗАКЛЮЧЕНИЕ	255
ВЫВОДЫ	263
ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ	266
ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ	269
СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	272
СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ	273
ПРИЛОЖЕНИЯ	308
Приложение 1. Акты внедрения в практическую деятельность	308
Приложение 2. Приказ Министерства здравоохранения РФ №495 от 19.07.2022 года «Об утверждении методики расчёта дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент»	316
Приложение 3. Список опросников для исследования климата и культуры безопасности в медицинских организациях	324
Приложение 4. Опросник EQ5D5L	325
Приложение 5. Бланк опросника EQ5D3L	331
Приложение 6. Опросник SAQ	334
Приложение 7. Классификация инцидентов	352

Приложение 8. Учебные планы образовательных семинаров, проведенных по результатам мониторинга оценки социально-психологического климата безопасности пациентов.	353
Приложение 9. Данные сравнительного анализа первичной апробации методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.	366

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность избранной темы исследования

Достижения и успехи современной 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. V., 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; Агтаева Л.Ж., 2009; Павлов А.И., 2013; Логвинов Ю.И., 2020; Иванов И.В., 2020; Бердугин В. А., 2020; Петренко Т.В., 2022; Ajzen I., 2011; Volevakha, I. V., 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.

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. Однако, несмотря на простоту стратегий, они позволяют не только сократить количество нежелательных событий для пациентов, но и повысить ощущение безопасности для медицинских работников и избавить медицинскую организацию от репутационных и судебных рисков» [96, С.69].

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

При этом Решетников А.В. (Решетников А.В., 2003; Решетников А.В., 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» [94, С.4-5; 95, С. 21]. 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) [21, С. 1176].

Новосибирские медицинские социологи (Бравве Ю. И., Шпикс Т.А. и соавт., 2021) утверждают, что при обучении руководителей сферы здравоохранения лишь «5% обучающихся, которые хотят улучшить качество оказания медицинской помощи в своих организациях, остальные слушают лекцию с целью сформировать свое представление о вопросе» [20, С. 49], что приводит низкому уровню усвоения материала.

Исходя из изложенного выше, можно заключить, что мониторинг социально-психологического климата в медицинских организациях, результаты которого позволяют проводить актуализацию знаний в процессе обучения персонала медицинских организаций, способствует улучшению социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации и, как следствие, уменьшению рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи. Создание методики мониторинга, позволяющей руководителям медицинских организаций регулярно оценивать социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинских организациях, а также разрабатывать и адаптировать комплекс образовательных мероприятий для персонала, является важной научной задачей. Ее решение 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 медицинских организаций первичного звена здравоохранения» [92, С. 17]. 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» [61, С. 27], 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 медицинской организации 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.

б) 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 медицинских организациях, включающие индивидуальные и социально-групповые критерии оценки своего здоровья персоналом медицинской организации – принцип Диады.

2) Научно обоснован принцип выбора методов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, направленный на анализ логических компонентов профессионального мышления сотрудников медицинской организации, 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 медицинской организации.

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 медицинских организаций 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 медицинских организаций 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 медицинских организаций, 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 медицинских организаций, 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 медицинских организаций, 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 медицинских организаций 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 тех или иных 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 медицинских организациях региона, органами управления здравоохранением субъекта РФ может осуществляться планирование объема и тематики образовательных мероприятий для сотрудников медицинских организаций 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.

Методические рекомендации и практические руководства, разработанные в процессе выполнения настоящей диссертационной работы, могут применяться при реализации образовательных программ повышения квалификации для руководителей медицинских организаций, 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» — Приложение 1.

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 медицинских организациях, 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 медицинских организаций и пациентов в малых группах.

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

Основные положения, выносимые на защиту

1) Методологически обоснованный инструментарий мониторинга 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 объему 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. V., 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, которая на территории Российской Федерации регламентирует управленческую деятельность в рамках медицинской организации и, в частности, информационно-аналитическое обеспечение управленческой деятельности.

Автор самостоятельно определил цель, 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 медицинских организациях (100%). Автор исследования организовал сбор данных в медицинских организациях (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.

ГЛАВА 1. ТЕОРЕТИЧЕСКИЕ И ПРАКТИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

1.1 Нормативно-правовая база для регулирования мониторинга безопасности медицинской деятельности в медицинских организациях РФ.

Согласно нормативно-правовым документам, деятельность медицинской организации должна соответствовать требованиям медицинского отраслевого законодательства и законодательства Российской Федерации в целом. Нормативно-правовая база Российской Федерации по контролю качества и безопасности медицинской деятельности представлена пакетом документов, который включает в себя как медицинские, так и иные отраслевые пространства.

Предмет работы руководителя медицинской организации по обеспечению и контролю качества и безопасности медицинской деятельности:

«Статья 90 Федерального закона РФ от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в РФ» (далее Основы) гласит, что «...организациями государственной, муниципальной и частной систем здравоохранения осуществляется внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности в порядке, установленном руководителями указанных... организаций»» [84, С.38]. Следовательно, для руководителя медицинской организации предметом работы является обеспечение неукоснительного соблюдения законов в ходе реализации деятельности, вверенной ему организации путём установления порядка как главного стратегического документа, определяющего содержание и регламенты внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.

Руководители медицинских организаций, обеспечивая качество и безопасность медицинской деятельности в своих коллективах, руководствуются нормативными актами, условно разделяемыми на две категории. К первой относятся законодательные акты, непосредственно регулирующие сферу охраны

здоровья граждан. Ко второй – правовые нормы, которые, хотя и не направлены прямо на регулирование системы здравоохранения, содержат положения, влияющие на безопасность медицинской деятельности.

«В России обеспечение безопасности медицинской деятельности в настоящее время является неотъемлемой составной частью здравоохранения. Сформировано и развивается регулирование, совершенствуются 3 формы контроля качества и безопасности медицинской деятельности (государственный, ведомственный, внутренний)» [5, С. 70].

Следующие нормативно-правовые акты, регламентирующие права граждан в сфере здравоохранения, содержат ключевые положения, обязательное соблюдение которых непосредственно влияет на качество и безопасность медицинской деятельности:

1. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации";
2. Федеральный закон от 29.11.2010 №326-ФЗ "Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации";
3. Федеральный закон от 12.11.2010 №61-ФЗ "Об обращении лекарственных средств";
4. Федеральный закон от 30.03.1999 №52-ФЗ "О санитарно-эпидемиологическом благополучии населения".

Кроме того, отдельные аспекты медицинской деятельности регулируются специализированными федеральными законами, касающимися таких направлений, как трансплантология, ВИЧ-инфекция, COVID-19, туберкулёз и психиатрическая помощь.

Некоторые общие законы, обеспечивающие контроль качества и безопасность медицинской деятельности: Указ Президента РФ от 06.06.2019 N 254 (ред. от 27.03.2023) «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года»; Федеральный закон РФ от 07.02.1992 г.

№2300–1 «О защите прав потребителей»; Федеральный закон РФ от 2 мая 2006 г. №59-ФЗ «О порядке рассмотрения обращений граждан Российской Федерации»; Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ «О персональных данных»; Федеральный закон РФ от 27 июля 2006 г. №149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации»; Федеральный закон РФ от 26.06.2008 г. №102-ФЗ «Об обеспечении единства измерений»; Федеральный закон РФ от 25 декабря 2008 г. №273-ФЗ «О противодействии коррупции»; Трудовой кодекс Российской Федерации от 30.12.2001 №197-ФЗ; Постановление Правительства РФ от 12.11.2012 г. №1152 «Об утверждении положения о государственном контроле качества и безопасности медицинской деятельности»; Постановление Правительства РФ от 16.04.2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности»; Постановление Правительства РФ от 15.10.2012 г. №1043 «Об утверждении Положения о федеральном государственном надзоре в сфере обращения лекарственных средств»; Постановление Правительства РФ от 25.09.2012 г. №970 «Об утверждении Положения о государственном контроле за обращением медицинских изделий»; Постановление Правительства РФ от 04.10.2012 г. №1006 «Об утверждении правил предоставления медицинскими организациями платных медицинских услуг»; Приказ Минздравсоцразвития России от 26.04.2012 N 407н «Об утверждении Порядка содействия руководителем медицинской организации (ее подразделения) выбору пациентом врача в случае требования пациента о замене лечащего врача»; Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 N 543н (ред. от 21.02.2020) «Об утверждении Положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению»; Приказ Минздрава России от 31.07.2020 N 785н «Об утверждении Требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности»; Приказ Минздрава России от 19.07.2022 N 495 «Об утверждении методики расчета дополнительного показателя "Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской

помощью, процент" федерального проекта "Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации", входящего в национальный проект "Здравоохранение"; «ГОСТ Р ИСО 9001–2015. Национальный стандарт Российской Федерации. Системы менеджмента качества. Требования» (утв. Приказом Росстандарта от 28.09.2015 N 1391ст) (вместе с «Разъяснением новой структуры, терминологии и понятий», «Другими международными стандартами в области менеджмента качества и на системы менеджмента качества, разработанными ИСО/ТК 176»); Методические рекомендации № 12–22 «Организация записи на прием к врачу, в том числе через единый портал государственных и муниципальных услуг и единые региональные колл-центры» (утв. ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Министерства здравоохранения РФ 30 ноября 2022 г.).

Нормативно-правовая база, регламентирующая социально-психологическую безопасность медицинской деятельности. В российской правовой системе вопросы социально-психологической безопасности медицинской деятельности находят отражение в ограниченном числе нормативных актов. Ключевым документом в данной сфере является Конвенция Международной организации труда №149 "О занятости и условиях труда и жизни сестринского персонала" (1977 г.), ратифицированная Российской Федерацией и действующая с 3 мая 1979 года. Согласно статье 7 указанной Конвенции, Российская Федерация взяла на себя обязательство по совершенствованию национального законодательства в области охраны труда медицинских работников с учетом специфики сестринской деятельности и условий ее осуществления. Соблюдение положений данного международного акта, наряду с другими нормативными требованиями, составляет предмет системы внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. Следует отметить, что приведенный перечень не является исчерпывающим.

Проведенный анализ действующего законодательства свидетельствует о наличии в Российской Федерации детально проработанной нормативно-правовой

базы, регулирующей вопросы мониторинга безопасности медицинской деятельности и мониторинга социально-психологического климата в медицинских организациях как важного компонента обеспечения безопасности пациентов.

1.2 Группа понятий, связанных с определениями «организационный климат», «организационная культура» и «корпоративная культура» безопасности.

Понятия «организационный климат», «организационная культура» и «корпоративная культура» часто применяются как взаимозаменяемые, хотя вопросы о различии и мерах соответствия между этими понятиями неоднократно становились предметом активных дискуссий среди организационных психологов и социологов [33].

Lewin K., Lippitt R., White R.K. в 1939 году, впервые описали понятие «социальный климат» в группе мальчиков во время наблюдения за психологической атмосферой в разных обстоятельствах их жизни [205]. Понятие «климат» быстро приобрело популярность среди исследователей как характеристика восприятия сотрудниками организационной среды [163, С. 107]. В 1974 году, Hellriegel D. и Slocum J. W. Jr. сделали один из первых обзоров исследований о климате, объединив работы конца 60-х годов прошлого века в три группы: климат как 1) независимая переменная, связанная с удовлетворённостью работой и производительностью труда; 2) промежуточная переменная, взаимосвязанная с лидерством, удовлетворённостью работой, производительностью труда; 3) зависимая переменная, определяющая восприятие климата и роль организационных интервенций в его изменении [186, С. 278]. В обзорах литературы 90-х годов XX века, результаты исследований почти полностью были сосредоточены на последствиях, а не на предпосылках, определяющих климат [157].

Vonacsi I., Mazzitelli A., Morea D., 2020, отмечают развитие понятия «климат» в доминирующем векторе управленческого дискурса начиная с конца 10-х годов XXI века, когда исследователи организационного климата фокусировались на

понимании того, как влияют индивидуальное поведение работника и культура организации на производительность труда в зависимости от рабочего климата. Начиная с 2017 года по настоящее время, организационный климат позиционируется как обязательная переменная для проведения социально-психологических исследований в трудовых коллективах [140].

Следует отметить, что на территории России, первое упоминание о «психологическом климате» зафиксировано в докладе Е.В. Шороховой, с соавт. «О проблемах общественной психологии» на II Съезде психологов СССР в 1963 году [126]. В публикациях российских учёных Б.Д. Парыгина, 1981, Л.Г. Почебут, В.А. Чикер, 2019, Е.И. Рогова с соавт., 2023, распространены понятия «социально-психологический климат коллектива», «производственный климат», «психологическая атмосфера» понимаемые как набор устойчивых характеристик, влияющих на поведение и эмоциональное состояние членов коллектива [82, 89, 97]. «Поскольку суть этих определений тождественна» [48, С. 229] и соответствует зарубежным понятиям конца XX века, в настоящей работе они рассматриваются, как исторические определения феномена организационного климата.

Организационный климат – это социально осмысленное и разделяемое сотрудниками восприятие организационной политики, практик и процедур, с которыми они сталкиваются, и поведения, которое, по их мнению, вознаграждается, поддерживается и ожидается [253, 142, 287, 163, С. 257]. Это определение отражает современные подходы к исследованиям организационного климата, которые связаны с его специфическими аспектами, например, «климатом безопасности», «климатом гостеприимства», «климатом творчества» и т.п., а не с глобальным климатом в организации [290]. Специфический климат, например безопасности, обеспечивает схожее восприятие сотрудниками соответствующих политик, практик и процедур в организации.

За последние двадцать лет в исследованиях, направленных на обоснование разделения или, наоборот, синонимичности понятий «организационная культура»

и «организационный климат» наблюдается тренд на увеличение работ, которые демонстрируют необходимость разделения этих понятий. Ostroff С., в 1993 году обосновывает понимание организационной культуры как причину поведения сотрудников, а организационный климат как её результат [229]. Отечественные учёные А. Кротова, В. Батуева, 2005, А. Б. Купрейченко, Е. Н. Молодых, 2010 тоже рассматривают организационный климат как результат эмоционально окрашенных взаимоотношений людей, обусловленных их субъективной потребностью в общении в процессе совместной деятельности. При этом они отмечают, что климат складывается в определённых условиях совместной деятельности, когда условиями выступают правила организационной культуры, внешние условия и действия руководства [65, С. 25, 67]. Авторы подчёркивают, что «климат не подлежит формализации в отличие от организационной культуры, которая часто формулируется в корпоративных кодексах, сводах правил» [48, С. 235].

Среди работ отечественных учёных выделяется эволюционный анализ термина «социально-психологический климат», который провели Л.Г. Почебут и В.А. Чикер [16] в свете разработанной ими социально-психологической модели когнитивного социального капитала организации. Они определяют социально-психологический климат как «совокупность системы отношений, построенных на рабочих и межличностных коммуникациях в группах, имеющих выраженную сетевую персонификацию, нормы отношений, оценочность и определённые характеристики группового состояния» [86, С. 48]. Также Л.Г.Почебут и В.А. Чикер предлагают решение задачи по «разделению понятий «социально-психологический климат» и «организационная культура» с точки зрения уровней объективации социального капитала организации (группового и управленческого). Социально-психологический климат – всегда определённая оценочная характеристика, он может быть «хорошим» или «плохим» в отличие от организационной культуры, которая описывается только терминами индивидуального своеобразия. Существует бóльшая локальность в изучении

социально-психологического климата, чем организационной культуры — объектами исследования климата, как правило, становятся малые и средние группы, а не организация в целом» [86, С. 47].

Иными словами, если культура организации лежит в основе причин поведения работников, то климат представляет собой результат культурного воздействия. И культура, и климат имеют субъективные и объективные характеристики, однако культура может быть в большей степени объективизирована по сравнению с климатом. Объективные характеристики культуры — это исчисляемые материальные параметры: тексты, символы, изображения, видео, предметы искусства, факты проведения ритуальных мероприятий, задокументированные или передаваемые из уст в уста нормы и правила поведения. К субъективным характеристикам культуры относятся убеждения в важности соблюдения корпоративных и организационных норм, приверженности корпоративным ценностям. Объективные характеристики организационного климата — факты наличия или отсутствия: коучинга, моральной, материальной поддержки и моббинг-процессов. Под моббинг-процессами понимаются «враждебные действия, нарушающие социальные и профессиональные связи: во-первых, попытки подорвать профессиональный и социальный авторитет объекта моббинга (негативная или несправедливая оценка работы и постоянная критика продуктивности, поручение бессмысленных заданий или заданий, выходящих за рамки квалификации объекта), во-вторых, коммуникативные нападения (распространение сплетен, ограничение возможности высказаться, уход от контакта и прекращение его, отношение как к «пустому месту», крик)» [86, С. 41]. Субъективные характеристики организационного климата — это параметры, отражающие восприятие работниками качества текущих рабочих процессов и поведения коллег, которое поддерживается руководителями в текущий момент. Восприятие реализуется путём формирования социальных

представлений, оно скрыто от прямого наблюдения и измеряется методами опроса и возможно только при участии сотрудников медицинской организации.

Также в контексте настоящей работы возникает необходимость в уточнении определений «организационная культура» и «корпоративная культура» в связи с тем, что в современных публикациях, посвященных культуре в рабочих коллективах, авторы применяют множество трактовок этих понятий. В публикациях зарубежных учёных, в отличие от отечественных, эти понятия чаще применяются, как синонимы [37]. Отечественные авторы В.А. Спивак, 2001 [107], Н.Н. Могутнова, 2005 [78], Э.А. Капитонов, 2005 [50], Т.Ю. Базаров, Б.Л. Еременко, 2008 [10], А.К. Богданова, 2011 [15], А.А. Максименко, 2013 [76], О.В. Устинова, 2015 [115], А.А. Аверьянова, 2016 [3], сообщают о принципиальном различии этих понятий: корпоративная культура – составляющая часть организационной культуры.

По мнению Т.Ю. Базарова, организационная культура – это «целостное представление о целях и ценностях, присущих организации, специфических принципах поведения и способах реагирования». Корпоративную культуру он определяет, как «сложный комплекс предположений, бездоказательно принимаемых всеми членами конкретной организации, задающий общие рамки поведения, принимаемые большей частью организации. Проявляется в философии и идеологии управления, ценностных ориентациях, верованиях, ожиданиях, нормах поведения» [24].

Целью организационной культуры является получение сотрудниками более комфортных условий в рабочей среде. Алгоритмы поведения в определённых ситуациях передаются сотрудниками из уст в уста и доступны для наблюдения и измерения третьими лицами. Цель корпоративной культуры соответствует цели организации. Это представление руководителя и/или инициативной группы сотрудников о должных алгоритмах поведения в определённых ситуациях, которое реализуется через официальные материальные атрибуты организации, например,

через контент о миссии, ценностях, нормах и правилах поведения. Корпоративная культура отражает методы идеологического воздействия на персонал для улучшения качества деятельности организации в целом [14]. По мнениям В.П. Чемякова, 2000 и В. Лю, 2014, «в любой компании есть два пласта – официальный и неофициальный. Первый сознательно формируется руководством, второй – существует сам по себе» [122, 75]. Понятие «пласт» в представленной цитате автором настоящей диссертационной работы предлагается рассматривать в контексте понятия культурный контент (content – англ. «содержание») — это «сложное явление, включающее в себя как цифровое, так и аналоговое представление культурного продукта, которое становится объединяющим основанием для его потребителей и способно стать фактором, способствующим формированию сообщества» [19, С. 10]. «Культурные продукты» — это артефакты, передающие смыслы работы, ценности, принципы, правила, нормы поведения, миссию, стратегические цели организации, ожидаемые приоритеты выбора в сложных противоречивых ситуациях, то есть информационные продукты, которые создаются для потребления сотрудниками организации.

Torner M. в 2008 году на основании трудов, Schneider B. и Zohar D., утверждает, что культура и социально-психологический климат безопасности пациентов при взаимодействии с организационными структурами, внешней средой и отношениями, будут влиять на то, насколько безопасно члены коллектива ведут себя в организации. На культуру безопасности влияет социально-психологический климат безопасности пациентов, но это влияние передаётся косвенно, через действия руководства — Рис.1.1 [268, С. 6].

Таким образом, культура безопасности пациентов включает в себя элементы организационной и корпоративной культуры, которые влияют на безопасность пациентов и могут быть объективированы. А социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинской организации представляет собой социально осмысленное и разделяемое, медицинскими и немедицинскими,

сотрудниками медицинской организации отношение к безопасности, сформированное восприятием организационной политики, практик и процедур, с которыми они сталкиваются, и реализуемое на практике поведение как самих сотрудников, так и их коллег, которое поддерживается руководством с помощью коучинга, вознаграждений или моббинг-процессов в целях уменьшения количества неблагоприятных событий при оказании медицинской помощи.



Рисунок 1.1. Предлагаемая концептуальная и контекстуальная модель социально-психологического климата безопасности пациентов по отношению к культуре безопасности, культуре руководства и параметрами окружающей среды.

Культура безопасности пациентов и социально-психологический климат безопасности пациентов, хотя и взаимосвязаны, являются разными понятиями в сфере здравоохранения [268, С. 5]. Социально-психологический климат безопасности пациентов ассоциируется с отношением линейного персонала к безопасности пациентов в их рабочей среде. Это более узкий аспект культуры

безопасности пациентов, который концентрируется на том, как сотрудники воспринимают и понимают культуру безопасности пациентов в своей организации [208].

Таким образом, различия между понятиями «организационная культура» и «организационный климат» есть, и каждое понятие описывает отдельный когнитивный конструкт с соответствующими теориями и методами их оценки. Для реализации целей и задач диссертационного исследования более всего подходит термин «социально-психологический климат безопасности пациентов», который подчеркивает социально-психологическую природу данного понятия.

Понятие «неблагоприятное событие»

В Федеральном законе РФ от 21.11.2011 № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации (ред. От 02.07.2021)» упоминается об ответственности за вред, нанесенный гражданам при оказании медицинской помощи, но нет определения профессиональной ошибки [116]. «Уголовный кодекс РФ также не содержит норму, раскрывающую содержание врачебной ошибки. Однако Уголовный кодекс содержит в себе положение о халатности, а также другие статьи, которые могут быть определены как врачебная ошибка, например, заражение пациента ВИЧ-инфекцией, незаконное проведение аборта, незаконное осуществление медицинской или фармацевтической деятельности, причинение смерти или тяжкого вреда по неосторожности, неоказание помощи больному» [55 С. 70, 113].

Известный советский патологоанатом И.В. Давыдовский определял врачебную ошибку как *«следствие добросовестного заблуждения врача при выполнении им профессиональных обязанностей»* [72, С. 69]. Отличительным свойством врачебной ошибки Давыдовский называл *«исключение умышленных преступных действий – небрежности и халатности, а также невежества»* [72, С. 69]. В современных профессиональных публикациях, связанных с тематикой безопасности пациентов в медицинских организациях, используются определения

понятий «инцидент», «предошибка», «промах», «нежелательное явление/событие», в сути каждого из этих определений фигурирует понятие ««добросовестное заблуждение», являющееся смягчающим обстоятельством» [39].

«Специалисты в области безопасности пациентов сходятся в необходимости ограничения использования термина «врачебная ошибка». Этот термин несет негативную коннотацию, вызывая вину, гнев, чувство неполноценности у работников здравоохранения, и закрепляет культуру вины» [55, С. 245]. Эта негативная коннотация и угрозы уголовного преследования приводят к тому, что сотрудники медицинских организаций склоняются к сокрытию своих ошибочных действий, что увеличивает вероятность их повтора [179].

В настоящей диссертационной работе используется понятие «неблагоприятное событие», которое возникает в процессе оказания медицинской помощи.

Причины возникновения неблагоприятных событий

Результаты исследований о детерминантах НС при оказании медицинской помощи, объединяются в две группы: изучение мнений медицинских работников и результаты системного анализа причин.

Мнения медицинских работников. В исследовании А.К. Конаныхиной, Г.А. Комарова и А.В. Кочубей изучались суждения самих врачей о причинах возникновения НС: из 250 опрошенных врачей 95% отметили, что именно недостаток опыта приводит к врачебным ошибкам. Недостаток знаний выбрали 81%, невнимательное отношение к пациентам – 62%, плохую оснащенность – 60%, плохую работу медицинского учреждения – 37%, 16% указали, что фактором врачебных ошибок является низкая заработная плата [60].

Пакистанские исследователи А. Bari, R.A. Khan, A.W. Rathore опубликовали результаты опроса 130 врачей-ординаторов, в котором выделили 2 группы причин врачебных ошибок – внутренние и внешние. В первой группе причин ключевой является усталость, а во второй – загруженность делами; связь между ними

представляется очевидной [137, С. 526] — Рис. 1.2. Мнения медицинских работников учитывают лишь часть от всего спектра причин возникновения НС, в отличие от системного анализа.



Рисунок 1.2. Внутренние и внешние причины совершения врачебных ошибок, в % от опрошенных ординаторов (n=130). *Источник: составлено на основе данных из публикации Bari A, Khan RA, Rathore AW. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change [137].*

Результаты системного анализа причин возникновения НС в медицинских организациях описаны исследователями, которые перенесли опыт предотвращения аварий и катастроф из высокорискованных отраслей в медицину — Рис. 1.3.

Системные нарушения. Социолог Perrow С., 1984, изучая причины аварий на атомных станциях, пришёл к следующим выводам: а) критических событий невозможно избежать при эксплуатации сложных технологических систем; б) чем сложнее система и чем теснее связь между её элементами, тем тяжелее последствия

при возникновении ошибок. Эти выводы позволили ему выделить два фактора, способствующих возникновению чрезвычайных ситуаций: организационный и управленческий [232]. Психолог Reason J., 1990, изучая причины аварий в авиации и ядерной энергетике доказал, что большинство аварий возникает из-за множества мелких ошибок, напрямую не приводящих к катастрофическим последствиям, но, если система позволяет появляться множеству мелких ошибок, то авария неизбежна [244].



Рисунок 1.3. Схема результатов системного анализа о причинах возникновения неблагоприятных событий в медицинских организациях.

Через десять лет Reason J., 2000, предложил модель «швейцарского сыра» для описания системных недостатков, предшествующих аварии. Авария происходит тогда, когда отверстия в каждом слое сыра совпали и образовали «траекторию возможности несчастного случая» [243] — Рис. 1.4. Согласно модели для исключения вероятности повтора «траектории несчастного случая» необходимо определить факторы каждого «слоя швейцарского сыра» и изменить их.

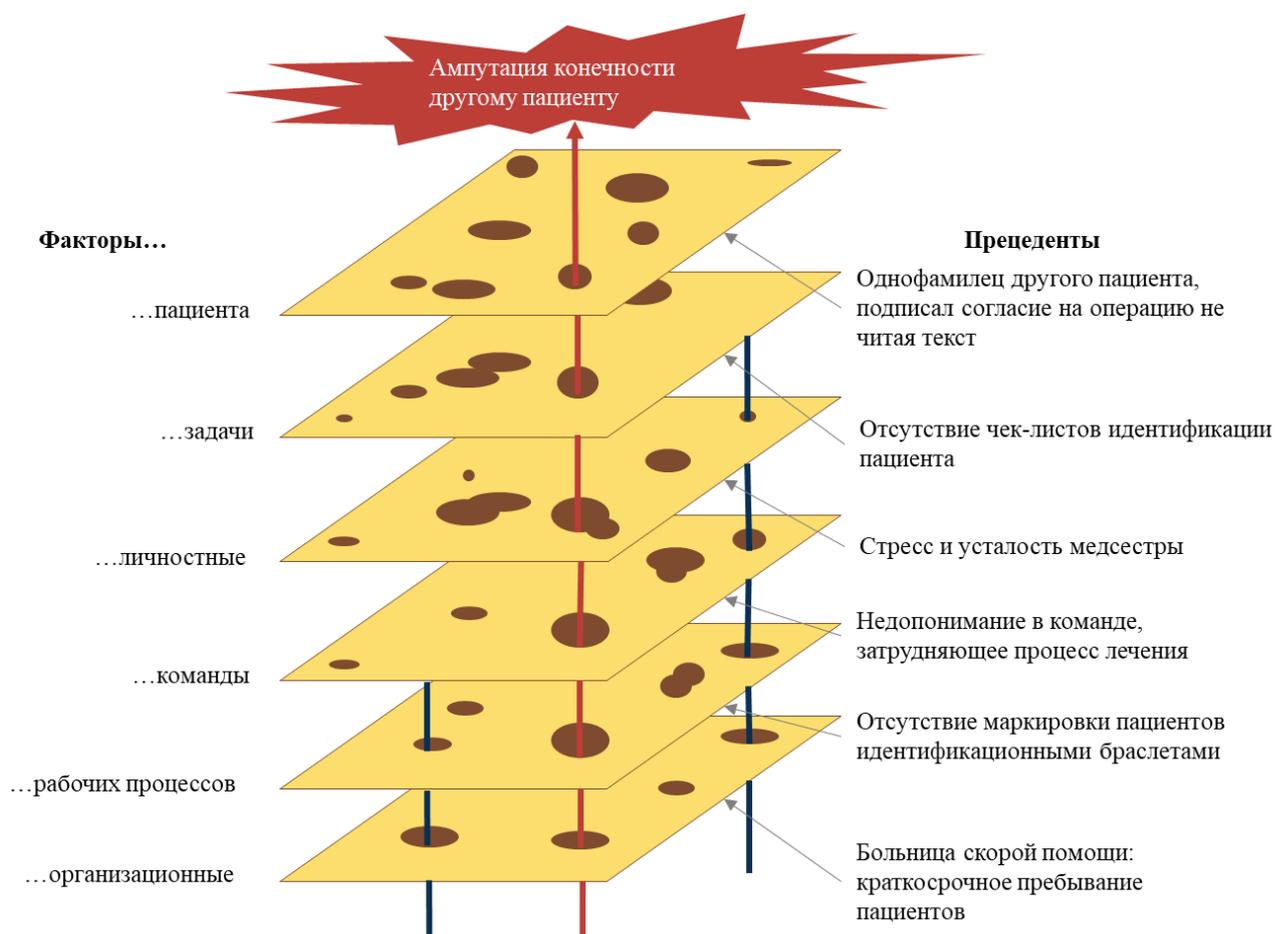


Рисунок 1.4. Модель «швейцарского сыра» для описания системных недостатков, приводящих к неблагоприятным событиям, где каждый слой сыра представляет собой факторы появления ошибок.

«Человеческий фактор – это интеграция личностных, когнитивных и эмоциональных особенностей человека, влияющих на его взаимодействие с техникой и средой в процессе труда» [17, С. 27]. Системный подход к снижению количества НС базируется на профилактических мерах, которые препятствуют реализации НС по вине «не идеальных работников». Попытки наказанием человека за ошибку добиться большей безопасности не приводят к ожидаемому результату.

В научных публикациях выделяется несколько групп причин возникновения НС, связанных с человеческим фактором:

- профессиональное выгорание – это дезадаптивная реакция на хронические эмоциональные и межличностные стрессоры на рабочем месте [212]. Профессиональное выгорание приводит к конфликтам между медиками и

пациентами, умалчиванию важной передаваемой информации о пациентах между медиками-коллегами, медицинским ошибкам, увеличению смертности госпитализированных пациентов [207, 267, 258];

- когнитивные искажения – это эвристические правила, приводящие к искажению восприятия, неточным суждениям [280]. Когнитивные искажения присущи всем людям. М.Е. Klingensmith, et al, 2006, T.D. Shanafelt, et al, 2009, А.К. Nassar, et al. 2019, утверждают, что с когнитивными ошибками связано больше неблагоприятных событий, чем с отсутствием знаний или информации. По сравнению с врачами иных специальностей, когнитивным искажениям больше подвержены терапевты, врачи неотложной медицины [259, 217, 202];

- рабочая нагрузка – это интегральный показатель «физиологически нормированные часы работы за неделю» [106, С. 21]. «Нехватка персонала и связанная с этим неадекватная рабочая нагрузка прямо коррелируют с увеличением количества НС» [55, С. 73-74];

- недостаток квалификации медицинских работников – это ненадлежащее «поддержание и обновление профессиональных знаний и клинических разработок на уровне передовых мировых стандартов, развитие личных, социальных и управленческих навыков» [59]. М.Р. Tully et al., 2009, описывают обратную корреляцию между количеством неблагоприятных событий, произошедших у медсестер, и опытом их работы [271];

- нарушение коммуникации – эффективное общение и взаимодействие внутри медицинской команды – является критическим фактором в процессе оказания медицинской помощи [279]. O'Toole J. K. et al., 2018, выявили, что сбои в коммуникации между медиками при передаче рабочих смен являлись основной причиной нежелательных явлений в медицинских учреждениях [230]. Donchin Y. et al., 1995, Hu Y. Y. et al., 2012, показали, что 37% всех ошибок происходят из-за той или иной формы плохого общения между медсестрами и врачами в отделении интенсивной терапии, многие из которых можно предотвратить [160, 192]. В то же

время эффективное общение между врачами и медицинскими сёстрами, когда сокращается разрыв между тем, что одни могут сказать в стрессовой обстановке и тем, что другие могут понять, приводит к улучшению качества медицинской помощи, сокращением времени пребывания в стационаре, уменьшению количества неблагоприятных событий [278, 150].

Условия окружающей среды – это факторы, которые находятся за пределами медицинской организации и оказывают влияние на всех её сотрудников. Например, «отмечена связь между НС и длительностью светового дня» [55, С. 72], «ночные смены представляют собой фактор риска нарушения сна и развития глубокой депрессии. У дежурящих ночных смен выше показатели депрессии» [30, С. 29], «последствия могут включать неудовлетворенность работой, низкое качество жизни и связанные с этим негативные результаты для пациентов» [36, С.7]. В национальном опросе среди анестезиологов Новой Зеландии (70% ответов) 80% сообщили, что допустили медицинскую ошибку из-за усталости в ночное время [151].

Сложность технологий. Неблагоприятные события – закономерный результат растущей сложности процесса оказания медицинской помощи. «Технологии здравоохранения могут приносить новые типы ошибок (т.е. ошибки, вызванные технологиями) и способствуют распространению ошибок в экосистемах цифрового здравоохранения» [141].

Сущность медицины – это неопределённость, которая есть в каждом взаимодействии медицинского работника с пациентом. Каждое медицинское вмешательство в условиях неопределённости сопровождается рисками возникновения НС для тела и личности пациента. Парадокс медицины заключается в том, что неопределённость провоцирует увеличение знаний о природе заболеваний, а увеличивающийся объем знаний создаёт больше неопределённости. Ряд учёных целью своих исследований ставят поиск подходов к определению современной сущности медицины: Trachana K. et al., 2018, утверждает, что

системная медицина определяет целостный подход к расшифровке сложности физиологии человека в здоровье и болезни. По сути, живое тело состоит из сетей динамически взаимодействующих единиц (молекул, клеток, органов и т.д.), которые лежат в основе его коллективных функций [270]; Califf, Robert M. et al., 2016, пишут: «Все мы — пациенты, потребители, семьи, врачи и общество в целом — выиграем от обучающейся системы здравоохранения, которая в полной мере использует преимущества цифровых данных, чтобы помочь нам сделать осознанный выбор» [144, С. 2397]; Cairo Notari S. et al., 2021, провели систематический обзор о том, как врачи общей практики рассуждают и принимают решения при ведении пациентов, поскольку процессы клинического мышления, связанные с оказанием помощи при хронических заболеваниях, по-прежнему плохо описаны в литературе [143].

Объединяющим трендом исследований, направленных на описание современной сущности медицины, является восприятие всех участников поля здравоохранения как личностей со своими социально-психологическими особенностями, которые могут в силу разных причин представлять угрозу безопасности здоровья пациентов, и которая рано или поздно может быть реализована.

Таким образом, мнения самих медицинских работников и специалистов по системному анализу причин возникновения НС в ходе лечебно-диагностического процесса демонстрируют, что причины возникновения предотвратимых НС связаны с людьми, а именно с их социально-психологическими особенностями.

1.3 Мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов как фактор профилактики неблагоприятных событий.

Nawaz W., et al., 2019, сообщают, что инициативы персонала, связанные с безопасностью, направленные на сокращение неблагоприятных событий, поддерживают устойчивое развитие организаций [218]. Vamel U. K. et al., 2020, провели исследования публикаций о климате безопасности с использованием

количественных методов библиографического и структурированного сетевого анализа и пришли к выводу, что оценка климата безопасности, в настоящее время, считается мощным методом для прогнозирования неблагоприятных событий на предприятиях различных отраслей [136], поскольку эта оценка рассматривается как средство сбора информации о проблемах безопасности практически до того, как они приведут к несчастным случаям [171]. Seo D. C. et al., 2004, утверждают, что оценка климата безопасности может выявить организационные и культурные факторы, которые являются предшественниками несчастных случаев [255]. Китайские учёные Wu X. et al., 2019, отмечают, что оценка климата безопасности представляет собой решающий фактор для предотвращения несчастных случаев и повышения уровня безопасности на рабочем месте [283].

Обзоры публикаций, посвященных измерениям климата безопасности в высокорискованных отраслях: строительной [254, 236, 285, 222], угледобывающей [135], сельскохозяйственной [168], судостроительной [201], атомной, нефтехимической, железнодорожной, авиации [176, 231, 156, 225, 223] демонстрируют возможность использования результатов измерения климата безопасности для упреждающей оценки эффективности организации в выявлении и устранении опасностей, связанных с работой.

В медицинских организациях исследователи выделяют два варианта социально-психологического климата безопасности: социально-психологический климат безопасности труда для самих сотрудников и социально-психологический климат безопасности пациентов. Вектор действия социально-психологического климата безопасности труда сотрудников направлен внутрь коллектива, а вектор социально-психологического климата безопасности пациентов направлен во вне коллектива. Эти отличия осложняют оценку социально-психологического климата безопасности в медицине по сравнению с другими отраслями, где фокус исследований однозначно направлен во внутрь коллективов. Однако, Pousette A. et al., 2017, провели многоуровневое исследование взаимосвязи между социально-

психологическим климатом безопасности пациентов и социально-психологическим климатом безопасности труда в здравоохранении. Был проведён опрос в двух группах респондентов: у пациентов и медицинских работников. Результаты показали, что КБП и социально-психологический климат безопасности труда тесно связаны на уровне подразделения и что одни и те же организационные процессы могут быть важны для развития обоих типов организационного климата. [237]. Большинство исследователей климата безопасности в медицинских организациях изучают КБП и ассоциируют его с климатом безопасности персонала и наоборот.

В современных публикациях авторы осторожно высказываются о роли климата безопасности как фактора, увеличивающего общую безопасность пациентов. Это связано с попытками найти взаимосвязи между параметрами климата безопасности и показателями качества оказания медицинской помощи, однако полученные результаты противоречивы. Например, Fan C. J. et al., 2016, свидетельствуют о важной роли позитивной культуры безопасности и командной работы, а также вовлечения руководства больницы для достижения результатов, связанных со снижением внутрибольничного инфицирования области хирургического вмешательства [165]. В то время как, Pfeiffer Y. et al., 2023, предполагают возможную отрицательную взаимосвязь между уровнем климата безопасности и величиной внутрибольничного инфицирования областей хирургического вмешательства, и предлагают проведения будущих исследований для установления более надёжных связей [235]. При этом авторы не разделяют понятия «культура безопасности» и «климат безопасности», считая их синонимичными.

В систематическом обзоре Morello R.T. et al., 2013, попытались найти доказательства влияния культуры безопасности пациентов на КБП, однако несмотря на убедительную внешнюю обоснованность различных стратегий культуры безопасности пациентов, обнаружили ограниченное количество

доказательств, подтверждающих определенное влияние на результаты КБП [216]. В систематическом обзоре исследований социально-психологического климата безопасности пациентов в отделениях неотложной помощи, который провели Alzahrani N. et al., 2019, авторы обнаружили три статьи, соответствующие требованиям систематического обзора. Сильной стороной этих трех рассмотренных исследований было изучение взаимосвязи между КБП и неблагоприятными событиями у пациентов при этом одно исследование, проведенное Rasmussen K. et al. показало связь нежелательных явлений с плохим климатом в команде [241], а в двух оставшихся исследованиях, предполагаемая взаимосвязь между климатом безопасности и уровнем больничных ошибок не была четко и однозначно показана [130].

Таким образом, в современных публикациях результатов исследований климата безопасности, проводимых в высокорисковых отраслях, кроме медицины, демонстрируется однозначная роль оценки климата безопасности как решающего фактора профилактики предотвратимых неблагоприятных событий. В то же время результаты поиска взаимосвязей параметров КБП с показателями качества оказания медицинской помощи и количеством неблагоприятных событий позволяют сделать неоднозначные выводы о роли оценки социально-психологического климата безопасности пациентов. С одной стороны кажется очевидным, что восприятие персоналом медицинских организаций качества и эффективности рабочих процессов, а также поведение сотрудников, особенно связанное с безопасным поведением, должно быть связано с количеством неблагоприятных событий, с другой стороны существует ряд факторов, которые не позволяют это доказать с высокой степенью надёжности.

Основным препятствием на пути повышения безопасности во время оказания медицинской помощи является отсутствие данных, позволяющих организациям, командам и медицинским работникам отдельно оценить, насколько их работа безопасна для пациентов, а также понять риски возникновения НС [224, 159]. Эти

утверждения подтверждаются заявлениями врачей и медицинских сестёр о том, что они не знают, как уменьшить количество НС и увеличить уровень безопасности пациентов [250]. Однако Hatoun J. et al., 2017, и Madden C. et al., 2019, обнаружили, что, когда врачам и медицинским сестрам предоставляются данные, определяющие проблемы безопасности в их практике, они могут определить и внедрить методы для эффективного устранения этих недостатков [154, 210].

Четыре систематических обзора, которые были проведены в период с 2014 по 2021 гг. демонстрируют результаты исследований, где наиболее распространенными методами мониторинга неблагоприятных событий были контрольные списки, наблюдения и опросы персонала [209, 211, 183, 204]. Vasconcelos P.F. et al., 2018, делают вывод о том, что психометрические свойства опросников, которые применяются для оценки КБП, варьируются [274]. С учётом этого вывода Curran C. et al., 2018, Desmedt M. et al., 2018, предложили исследователям вместо разработки новых опросников сосредоточиться на улучшении психометрических свойств уже существующих инструментов [152, 158].

Berwick D. M., 2015, поясняет, что заинтересованные в увеличении безопасности лица могут получить необходимую информацию при использовании 25% той информации, которая уже измеряется в медицинской организации. Следовательно, утверждает Berwick D. M., система мониторинга за безопасностью в здравоохранении должна быть эффективной и измерять только то, что имеет значение [139].

Таким образом, мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов вносит значимый вклад в уменьшение количества неблагоприятных событий, однако, анализ публикаций, свидетельствуют о том, что:

- отсутствие информации, которую можно получить по данным мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, является основным барьером для поиска решений в практической деятельности;
- опросы персонала для проведения мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов – наиболее распространённый метод исследования;
- психометрические свойства опросников требуют улучшения в плане увеличения надёжности результатов измерений;
- объем данных, который мониторируется в современных медицинских организациях, на 75% превышает объем данных, которого достаточно для принятия решений по увеличению безопасности пациентов;

Обращает на себя внимание распространённость методов мониторинга данных, полученных из чек-листов (контрольных списков) и прямого наблюдения за поведением сотрудников, которые применяются для оценки корпоративной и организационной культур безопасности. В случаях, когда на практике применяются методы, включающие смесь элементов для измерения культуры и климата, то, по мнению Zohar, D. M., & Hofmann, D. A., 2012, такая практика угрожает надёжности результатов обеих инструментальных конструкций и приводит к концептуальной двусмысленности. Использование по умолчанию элементов оценки восприятия или отношения в инструментах оценки культуры безопасности приводят к логической ошибке [291, С.656]. К сожалению, в большей части литературы по исследованиям безопасности концептуальные различия между понятиями климат и культура утеряны [268, С. 5]. Разработка и валидация инструмента, достоверно измеряющего как культуру безопасности (поверхностный уровень – видимые артефакты) и климат безопасности (глубокий уровень – убеждения) остается теоретической и методологической проблемой [291, С. 657].

Таким образом, для целей диссертационного исследования целесообразно использовать термин «социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинской организации» (КБП), подчеркивая его направленность вовне коллектива и его взаимосвязь с социальными и психологическими характеристиками персонала медицинских организаций.

1.4 Анализ современных методов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях.

ВОЗ рекомендует неоднократно измерять КБП в сфере здравоохранения и поддерживать его мониторинг [262]. В плане действий ВОЗ по безопасности (2021–2030 гг.) рекомендовано проводить регулярные обследования культуры и КБП в медицинской организации [178].

В опубликованных результатах исследований по изучаемой тематике настоящей диссертационной работы в крупных международных и отечественных реферативных базах данных (Google Scholar, MEDLINE, EMBASE, PubMed, ELSEVIER, eLibrary) найдены публикации, в которых были использованы методы экспертной оценки – опросы. Публикации результатов исследования КБП в медицинских организациях с использованием иных методов встречаются крайне редко. Так, Peterson K. et al., 2016, проводили интервьюирование руководителей больниц, руководителей подразделений, линейных медицинских работников о климате безопасности в больницах неотложной помощи и обнаружили различия в отношении к безопасности между ними [233]. Yeganeh R. et al., 2023, с помощью нечеткого метода Дельфи выявили наиболее важные факторы, влияющие на восприятие риска безопасности. Одиннадцать переменных были определены как наиболее важные факторы, влияющие на восприятие риска, среди которых знания в области безопасности, качество и количество обучения технике безопасности, а также климат безопасности оказали наибольшее влияние на восприятие риска [284]. Можно предположить, что редкое использование методов оценки восприятия и суждений, таких как: наблюдение, метод Дельфи, интервьюирование,

мозговой штурм – связано с их стоимостью и трудоёмкостью исполнения, что затрудняет их применение в широкой практике в отличие от методов опроса, которые для оценки культуры безопасности практичны, экономны по времени, эффективны для сбора больших объемов данных надежным и воспроизводимым образом [184, 206, 247].

В большинстве современных методов опроса для оценки КБП в медицинских организациях, которые были разработаны в первом десятилетии XXI века, сохраняется логическая ошибка, когда в опросниках включены элементы измерения культуры и климата одновременно. Хьюстон-Мемориальный центр качества и безопасности здравоохранения Техасского Университета и медицинская школа МакГрегора в Хьюстоне, как одни из лидирующих организаций в США по реализации проекта «Продвижение более безопасной культуры», рекомендует следующие виды опросников для их применения на практике в настоящее время [191]:

- *Калифорнийская шкала культуры безопасности пациентов (Cal-PSCS)* – оценивает ключевые области понимания сотрудниками, которые способствуют климату и культуре, включая восприятие сотрудниками поддержки коллег в трудных ситуациях (сплоченность команды), сообщения руководства о поддержке безопасности (обязательства лидера/расстановка приоритетов), ресурсы и факторы окружающей среды, способствующие повышению безопасности пациентов, а также поведение при сообщении об ошибках.

- *Опросник исследования культуры высокоценного ухода за пациентами* – используется для изучения стратегий улучшения результатов лечения при низких затратах, а также влияния надбавок к заработной плате и производительности. Оценивает лидерство и обмен сообщениями в системе здравоохранения (приверженность лидера/расстановка приоритетов), прозрачность и доступ к данным (коммуникация), комфорт при обсуждении затрат (психологическая

безопасность) и среду, свободную от обвинений (справедливое вознаграждение/наказание).

- *Больничное обследование культуры безопасности пациентов (HSPSC)* – оценивает восприятие поддержки со стороны руководства и ожидания в отношении безопасности (приверженность лидера), командной работы, открытости общения (психологическая безопасность), информирования об ошибках, не карательной реакции на ошибки (справедливое вознаграждение/наказание), укомплектования персоналом, практики (политики и ресурсы для обеспечения безопасности) и отчетность об инцидентах.

- *Манчестерская система оценки безопасности пациентов (MaPSAF)* – объединяет структуру зрелости культуры безопасности с аспектами обязательств и определения приоритетов безопасности, сообщения об инцидентах и реагирования на них, коммуникации, знания и обучения персонала в области безопасности, а также командной работы, предназначена для использования в качестве образовательного упражнения или для привлечения внимания путем демонстрации того, насколько организация продвинулась в развитии более безопасной культуры, а не в качестве инструмента оценки.

- *Исследование медицинских учреждений по вопросам культуры безопасности пациентов (MOSOPS)* – опрос предназначен специально для работников амбулаторных медицинских учреждений и другого персонала. В нем предлагается высказать свое мнение о культуре безопасности пациентов и качестве медицинской помощи в их медицинских учреждениях. Оценивается информирование об ошибках, открытость общения, эффективность офисных процессов и стандартизации, организационного обучения, общее восприятие безопасности и качества лечения пациентов, поддержка руководства для обеспечения безопасности пациентов, качество обучения персонала, командная работа и рабочий темп.

- *Анкета по культуре безопасности пациентов в Скандинавии (TUKU)* – измеряет психологические факторы и восприятие сотрудниками организационных функций. Содержит 65 вопросов о психологических аспектах и организационных функциях, включая: мотивацию безопасности, чувство контроля, чувство личной ответственности, внимательность, управление условиями труда, управление рабочими процессами, управление безопасностью и лидерство, поддержку безопасности руководством, проактивную деятельность по развитию безопасности, контроль опасностей, управление компетенциями, управление изменениями и управление третьими сторонами.

- *Опросник по исследованию в домах престарелых культуры безопасности пациентов (NHSPSC)* – предназначен для измерения культуры безопасности жителей с точки зрения персонала дома престарелых. Он содержит 42 пункта, которые измеряют 12 составляющих организационной культуры, относящихся к культуре безопасности пациентов. Включает вопросы о командной работе, укомплектовании персоналом, соблюдении процедур, обучении и навыках, не карательном реагировании на ошибки, передаче полномочий, обратной связи и информировании об инцидентах, открытости общения, ожиданиях и действиях руководителя, способствующих безопасности жильцов, общем восприятии безопасности жильцов, управленческой поддержке жильцов, безопасности и организационное обучение.

- *Шкала «Климат безопасности пациентов в медицинских организациях» (PSCHO)* – оценивает аспекты обязательств/приоритизации лидера, политики/ресурсов, психологической безопасности и справедливого вознаграждения/наказания.

- *Аптечное исследование культуры безопасности пациентов (PSOPSC)* – измеряет культуру безопасности в аптеке. Оценивает 11 аспектов аптеки с использованием 36 пунктов «Безопасная культура пациентов». Измерения включают: физическое пространство и окружающую среду, командную работу,

обучение и навыки персонала, открытость общения, консультирование пациентов, нагрузку и темп работы персонала, информирование о рецептах в разные смены, информирование об ошибках, реагирование на ошибки, организационное обучение – постоянное совершенствование и общее восприятие безопасности пациентов.

- *Шкала организации безопасности (SOS)* – отражает модели поведения, которые теоретически лежат в основе более безопасной культуры. Это одномерная шкала самооценки поведения, состоящая из 9 пунктов, обеспечивающая более безопасную культуру. Вопросы затрагивают такие темы, как: отображение навыков команды, обсуждение ошибок и альтернативных решений, обсуждение рисков, использование навыков, обсуждение предотвращения ошибок и объединение опыта в условиях кризиса.

- *Опросник по безопасности, коммуникации, эксплуатационной надежности и вовлеченности (SCORE)* – опросник получил название SCOPE, что является аббревиатурой на голландском языке, обозначающей систематическое культуральное исследование безопасности пациентов в первичной медико-санитарной помощи. Оценивает 8 шкал: передача функций и командная работа, поддержка и общение, открытость общения, обратная связь и обучение на ошибках, намерение сообщать о событиях, адекватные процедуры и адекватное кадровое обеспечение, общее восприятие безопасности и ожидания/действия руководителя/менеджера.

- *Оценка климата безопасности пациентов в переходный период (TRACE)* – измеряет КБП в переходный период с точки зрения врачей общей практики и врачей больниц. Переходная культура пациентов рассматривается van Melle et al., 2015, как встреча более безопасных культур, существующих в двух отдельных организациях [273]. Опросник TRACE состоит из 20 вопросов по климату безопасности пациентов в переходный период, которые группируются в три домена: сотрудничество в переходный период, коммуникация и безопасность пациентов в переходный период. Он также содержит раздел с 7 пунктами,

посвященными сообщениям об инцидентах, и тремя вопросами о субъективной оценке безопасности пациентов в их собственной практике.

- *Безопасность пациентов (TWINS)* – опросник состоит из 8 шкал, в общей сложности 10 пунктов (большинство измерений представлены только одним вопросом). Вопросы включают такие темы, как: поддержка руководителя, открытое общение, внимание к безопасности пациентов и приоритет безопасности пациентов.

- *Викторианское исследование климата безопасности (SCS)* – опросник предназначен для измерения КБП в организациях и выявления возможностей для его улучшения. SCS включает 74 вопроса, 42 из которых образуют шесть доменов, полученных на основе факторного анализа в исходном опросном листе, и 32 элемента, которые являются отдельными от этих доменов. Измеряет следующие области: командная работа, атмосфера безопасности, распознавание стресса, удовлетворенность работой, восприятие руководства и условия труда. Первоначально оно называлось «Викторианское пилотное исследование климата безопасности пациентов», а затем было изменено на «Обследование климата безопасности».

- *Опросник отношения к безопасности (Safety Attitudes Questionnaire, (SAQ))* – состоит из 36 элементов, 31 из которых распределены по 6 доменам, а 5 из них не принадлежат ни к одному измерению. Оценивает восприятие: поддержки/одобрения руководства, климата командной работы, климата безопасности, качества рабочей среды (ресурсов) и влияния стресса на производительность; и чувство удовлетворения от работы. SAQ отличается от других методов исследования культуры и климата безопасности: SAQ применяется в течение длительного периода времени, поэтому имеются сравнительные данные и многие проблемы, связанные с лонгитудинальными оценками решены; для SAQ доступен большой объем психометрических данных; SAQ сохраняет преемственность со своим предшественником (FMAQ) – традиционным

обследованием человеческого фактора с 20-летней историей в авиации; большое количество данных в открытом доступе позволяет организациям сравнивать свои данные КБП с другими МО.

Из пятнадцати опросников, рекомендованных в США для реализации проекта «Продвижение более безопасной культуры», только четыре: SCS, TWINS, SCORE и SAQ сфокусированы на оценке когнитивного конструкта «климат безопасности», остальные включают в себя ещё и элементы оценки культуры безопасности, а именно: ресурсы и факторы окружающей среды; размер вознаграждения за работу; отчёты по сообщениям об инцидентах; обсуждение альтернативных решений и рисков; использование навыков; предложения по предотвращению ошибок и объединение опыта в условиях кризиса – что методологически затрудняет респондентам выполнение задачи по передаче своего восприятия рабочих процессов, связанных с безопасностью пациентов. Об этом предупреждали израильские учёные Zohar, D. M. и Hofmann, D. A. в 2012 году [291, С.656].

Обращают на себя внимание два систематических обзора, посвящённых методам исследования климата и культуры безопасности и проведённых с разницей в 16 лет. Первый систематический обзор провели Colla J. V. et al., 2005, результатом которого стал вывод о том, что из девяти применявшихся опросников — Приложение 3, только Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) использовался для изучения взаимосвязи между показателями КБП и результатами лечения пациентов, а опросник Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC) применялся для оценки связи между показателями КБП и показателями рабочих процессов, которые теоретически связаны с улучшением результатов лечения пациентов [148]. Второй систематический обзор, проведённый Azyabi A. et al., 2021, в котором из 1339 исследований за период с 2006 по 2020 годы были отобраны к изучению 66, показали, что из пяти чаще всего использовавшихся опросников — Приложение 3,

HSPSC и SAQ применялись чаще, чем другие, кроме того, это единственные опросники, которые ориентированы на аспект командной работы [134, С. 2466].

Опросник HSPSC разработан в 2004 году Министерством здравоохранения США, в настоящее время это наиболее часто используемая методика для измерения культуры безопасности в медицинских организациях в мире. Этот опрос позволяет оценить мнение персонала относительно медицинских ошибок, сообщений о нежелательных явлениях и других вопросов, имеющих отношение к культуре безопасности пациентов [129]. Несмотря на то, что первая версия HSPSC предназначалась для использования в стационарах, впоследствии были разработаны версии для амбулаторных учреждений, домов престарелых, аптек. HSPSC доступен на разных языках, включая арабский, испанский, французский и голландский. Версия больничной анкеты содержит 42 пункта и оценивает 12 комплексных показателей [134, С. 2466].

Опросник SAQ разработан в Техасском университете, имеет две версии – полную и краткую. Преимущество SAQ перед опросником HSPSC заключается в том, что его можно применять в медицинских организациях любого типа. Помимо 30 вопросов, которые суммируются в 6 шкал, опросник включает в себя ещё 6-9 вопросов, характеризующих социально-демографическую составляющую респондентов. 25% вопросов взяты из опросника отношения к управлению полетами, который применяется для оценки климата безопасности в авиации [257], а 75% вопросов относятся к отрасли здравоохранения, оценивают характеристики КБП [275]. SAQ – это психометрически надежный инструмент, протестированный на большой выборке, его краткая версия легко доступна и доступна на разных языках, включая английский, шведский, голландский, норвежский, немецкий, арабский и китайский [256].

Таким образом, в США, европейских, арабских странах и Китае наблюдается тенденция к применению таких методов исследования КБП, которые переведены на несколько языков и позволяют проводить сравнительные исследования.

Опросники HSPSC и SAQ являются международными, так как используются в большинстве стран мира. В то же время среди зарубежных исследователей существуют принципиальные разногласия относительно того, как исследовать культуру безопасности, а также о том, отличается ли культура безопасности по своей сути от концепции КБП [182].

В российском научном пространстве тенденция к применению стандартизированных методов исследования, организационного КБП, выражена меньше по сравнению с зарубежным. Также гораздо больше предлагается концептуальных обоснований для использования того или иного метода исследования, что связано с богатым наследием школ и направлений организационной психологии и социологии ещё с времён СССР. Отсюда наблюдается большое разнообразие методов исследования социально-психологического климата безопасности, которые применяются на территории РФ в различных отраслях. Публикации российских исследователей социально-психологического климата и организационной культуры в сфере здравоохранения условно можно объединить в две группы: результаты исследований, полученных с использованием зарубежных методик и на базе отечественных методов.

Исследования КБП в российских медицинских организациях с использованием наиболее распространённых зарубежных методик: российские специалисты имеют опыт работы с опросниками HSPSC, SAQ, реже с AHRQ (опросный лист культуры безопасности Агентства исследований и оценки качества медицинского обслуживания, США) [104, 88, 118, С. 52]. В двадцатых годах XXI века основной причиной для использования опросников в российских медицинских организациях был процесс аккредитации в международных комиссиях, которые проводят оценку систем менеджмента качества либо научные исследования:

Применение опросника HSPSC в клинике ОАО «Медицина» и Муниципальном Учреждении Здравоохранения "Зубовская участковая больница" (реорганизована в Государственное Бюджетное Учреждение Здравоохранения

московской области "Клинская больница" — примечание автора диссертационной работы) было проведено при наличии в медицинской организации, принадлежащей ОАО «Медицина», сертификата качества по ISO 9001 и аккредитации по системе международных стандартов JCI, а в ГБУЗ МО «Клинская больница» в ходе научного исследования, проведённого Г.Е.Ройтбергом, Н.В. Кондратовой и Е.В. Галаниной [100, 112].

В рамках научного изучения причин катетер-ассоциированных инфекций кровотока в ОАО «Медицина» в 2014 году была проведена оценка культуры безопасности с помощью опросника HSPSC [99].

В Тюменской области с 2018 года в поликлиниках города Тюмени проводилось пилотное внедрение системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности на основе Практических рекомендаций по организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности Росздравнадзора в 23 медицинских организациях, а также проводился опрос на основе опросника SAQ-Short-Form-2006 [111].

В ходе подготовки ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» к аккредитации JCI и настоящей диссертационной работы с 2021 по 2023 годы был использован опросник SAQ [119, С. 183].

А. Е. Козлов с соавт., 2019, провели оценку аспектов культуры безопасности в трёх отделениях многопрофильного стационара г. Саратова с помощью опросного листа AHRQ (Агентство исследований и оценки качества медицинского обслуживания, США) рамках научного поиска инструментов измерения культуры безопасности [58].

В научной публикации «Аккредитация по стандартам качества и безопасности медицинской деятельности JCI» отечественные исследователи Н.Ю. Габуня, И. В. Иванов и Н. О. Матыцин обращают внимание, что в процессе подготовки к аккредитации JCI «для оценки зрелости культуры безопасности можно использовать опросный лист отношения к безопасности SAQ (Safety

Attitudess Questionnaire) или обследование культуры безопасности пациентов AHRQ (Agency for Healthcare and Quality – веб-сайт американского Агентства по здравоохранению и качеству исследований)» [28].

«Обзор методологии и опросного листа AHRQ» представлен в публикациях В.В. Фомина с соавт., 2023, [118, С. 52] и докторской диссертации И.В. Иванова, 2020 [41, С. 166-168]. Обращает на себя внимание то, что все вопросы опросника по оценке зрелости культуры безопасности AHRQ сформулированы таким образом, чтобы их мог заполнить аудитор, т.е. опросник оценивает только объективные, наблюдаемые признаки культуры, при этом не оцениваются субъективные признаки, а именно: убеждения сотрудников о важности корпоративных ценностей. Следовательно, опросный лист AHRQ позволяет оценить только бóльшую часть признаков культуры безопасности, а скрытые параметры культуры и КБП остаются вне зоны его измерений.

В 2019 году Правительство РФ утвердило стратегию развития экспорта услуг до 2025 года (Распоряжение от 14 августа 2019 года №1797-р) для создания предпосылок увеличения конкурентоспособности российских услуг на глобальных рынках, медицинских в том числе. План мероприятий по реализации этой стратегии включал в себя «предоставление финансовой поддержки медицинским организациям для компенсации расходов на аккредитацию или сертификацию по международным стандартам JCI Объединенной международной комиссии и другим на лицензирование врачей, медицинских работников и (или) открытие представительств (кабинетов, центров) на территории других государств по отбору и направлению пациентов на лечение на территории Российской Федерации» [101]. До 2022 года на территории РФ около десятка медицинских организаций находились в процессе подготовки к аккредитации JCI и находились на этапе активного внедрения опросников HSPSC, SAQ и AHRQ. Однако, в связи с санкциями стран Запада в России деятельность российских аудиторов Объединенной международной комиссии JCI была остановлена. В следствии этого

получили развитие отечественные системы менеджмента качества, в их основе тоже лежит оценка КБП и персонала медицинской организации, которую можно проводить с помощью этнолингвистически адаптированных версий зарубежных опросников.

Г.Е. Ройтберг и Н.В. Кондратова как учёные, имеющие практический опыт работы с опросниками HSPSC и SAQ, рекомендуют: «Принятие решения об использовании того или иного опросника необходимо принимать в соответствии с целями и задачами медицинской организации, а также имеющимися ресурсами. Так, если в медицинской организации фиксируется большое количество медицинских ошибок или инцидентов, преимущество имеет опросник HSPSC, т.к. один из его основных фокусов – оценка сотрудниками работы по предотвращению медицинских ошибок. Если же фокусом являются условия труда сотрудников и их удовлетворенность работой в организации – больше подойдет опросник SAQ. Если же исследование планируется проводить не во всей организации в целом, а в отдельных подразделениях, то также лучше использовать соответствующую модификацию опросника SAQ» [98, С. 66].

Таким образом, использование наиболее распространённых за рубежом опросников HSPSC и SAQ для оценки культуры и КБП в российской практике наблюдается в передовых государственных и частных медицинских организациях, чаще с научными целями, и не имеет широкого практического применения.

Исследования КБП в российских медицинских организациях с использованием отечественных методик: публикации с результатами этих исследований, в свою очередь, тоже можно условно объединить в две группы. В первой группе были использованы надёжные, валидированные методы, пригодные для проведения социологических исследований в коллективах любых отраслей и в здравоохранении, в том числе. Во второй группе публикаций методы создавались непосредственно перед проведением исследования для решения конкретных исследовательских задач в определённой медицинской организации.

Применение валидированных методов исследования социально-психологического климата безопасности пациентов.

Анализ методов оценки КБП в современных медицинских организациях в данном разделе диссертационной работы проводился с учётом трёх аспектов социально-психологического климата в организациях, которые выделил В.М.Шепель – представитель российской школы социальной психологии: социального, морального и психологического [65, С. 25]. «Согласно В.М.Шепелю, климат взаимоотношений между людьми образуется тремя климатическими зонами:

Первая климатическая зона – социальный климат, который определяется осознанностью целей и задач общества, степенью гарантированности соблюдения всех конституционных прав и обязанностей работников как граждан в данном коллективе.

Вторая климатическая зона – моральный климат, характеризующий принятые в данном коллективе моральные ценности.

Третья климатическая зона – психологический климат, определяющий складывающиеся между находящимися в непосредственном контакте друг с другом работниками неофициальных отношений. Зона действия психологического климата локальнее социального и морального климата» [56].

Далее анализировалось наличие методов оценки для каждой из вышеперечисленных климатических зон в исследованиях социально-психологического климата, проведённых российскими учёными, что позволяло определить степень практичности полученных данных для прогнозирования поведения сотрудников с позиции прогноза безопасности медицинской деятельности.

А.Н. Алексеева, 2021, для оценки социально-психологического климата в коллективах психоневрологического и наркологического диспансеров использовала три метода исследования: «1) методику «Социально-

психологическая самооценка коллектива» О. Немова, где основными показателями социально-психологического климата трудового коллектива являются стремление к сохранению целостности группы, совместимость, работанность, сплоченность, контактность, открытость, ответственность; 2) Тест "Пульсар" (Л.Г. Почебут) (оценка социально-психологического уровня развития группы), методика предназначена для оценки уровня развития группы на основе анализа ее социально-психологических состояний и для прогнозирования успешности ее деятельности; 3) Методика на определение индекса групповой сплоченности К.Э. Сишора, которая не только позволяет в ещё большей степени сплотить коллектив с помощью выявления в нём «не прижившихся» его членов, но и, как результат, повысить эффективности его работы» [7]. Методики, применённые автором этого исследования, надёжны и валидированы, они предназначены для использования в трудовых коллективах любых отраслей, не специфичны для оценки КБП в медицине, измеряют две климатические зоны – социальный и психологический климат, исследование ценностей не проводилось.

Ю.С. Шилина с соавт., 2017, провели исследование в ОБУЗ «Щигровская ЦРБ» с помощью метода экспресс-методики по изучению социально-психологического климата в трудовом коллективе О.С. Михалюк [123, С. 183]. «Экспресс-методика для определения социально-психологического климата в трудовом коллективе (авторы: О.С. Михалюк, А.Ю. Шалыто) позволяет совершать периодические «срезы» с целью диагностики состояния эмоционального климата в коллективе, отслеживать действенность каких-либо событий и их воздействие на психическую обстановку. Способ позволяет зафиксировать три составляющие психологического климата: эмоциональный, поведенческий и познавательный» [87, С. 56]. В данном исследовании тоже применена универсальная для всех отраслей методика оценки социально-психологического климата, которая не специфична для оценки КБП, методика не распространяется на изучение

социального и морального аспектов социально-психологического климата по В.М. Шепелю.

Применение экспресс-методики О.С. Михалюка и А.Ю. Шальто для оценки психологического климата и поиска его взаимосвязей с уровнями профессионального выгорания, а также иными переменными социально-психологического статуса медицинских работников, отмечается в ряде работ российских исследователей [44, 2, 85, 40, 23], однако, цели этих работ напрямую не связаны с увеличением защищённости пациентов от неблагоприятных событий, а сфокусированы на решении социальных проблем внутри медицинских коллективов (снижение уровней профессионального выгорания, конфликтности в коллективах, увеличение сплоченности команд и т.п.).

Н.К. Гусева с соавт., 2016 в исследовании по «выявлению дефектов существующей в Российской Федерации системы оценки качества медицинской помощи применили соционическую оценку персонала ГБУЗ Нижегородской области «Нижегородский областной клинический онкологический диспансер» для решения проблем межличностного взаимодействия в слагающих коллектив МО мини-группах» [32, С. 228]. Однако, в настоящее время соционика как научная дисциплина и, соответственно, её методы подвергаются критике, так как не имеют экспериментальных подтверждений [43, 38, 74, 66].

Таким образом, вышеописанные публикации ясно показывают тренд: 1) отечественный специализированный валидированный метод для оценки КБП отсутствует; 2) в здравоохранении применяются универсальные методы исследования социально-психологического климата безопасности для коллективов любых отраслей; 3) исследования планируются и проводятся без учёта трёх климатических зон по В.М. Шепелю, что приводит к недооценке отдельных составляющих социально-психологического климата – социального и/или морального, и/или психологического климатов; 4) в публикациях сохраняется терминологическая неразбериха между понятиями «культура» и «климат»

безопасности, зачастую результаты оценки культуры интерпретируются как результаты оценки климата и наоборот.

Применение самостоятельно разработанных методов исследования социально-психологического климата безопасности пациентов.

В.С. Боев, 2014, в исследовании кадровых проблем в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа применил самостоятельно «разработанную специальную анкету, состоящую из 31 вопроса: вопросы, характеризующие респондента и сферу его деятельности (пол, возраст, профессиональная группа, место работы); вопросы, связанные с нормированием труда (распределение функций, оценка существующих нормативов труда и их соответствие существующей оплате труда); вопросы состояния рабочей среды (оценка социально-психологического климата) и рабочих мест; вопросы организации повышения квалификации в коллективах; вопросы мотивации труда медицинских работников (участие медицинского работника в определении стимулирующих доплат, системе поощрений, размер премий); вопросы состояния здоровья, а также социально-бытовые условия жизни медицинских работников (доходы семьи, жилищные условия). Кроме того, были поставлены вопросы об оценке деятельности своей МО, о приверженности медицинской профессии. В конце анкеты респонденты могли высказать предложения по совершенствованию организации здравоохранения. Вопросы носили обобщенный характер независимо от категории работающих» [18].

Д.А. Калашников и Э.В. Шаповалова, 2020, в рамках оценки эффективности управления персоналом в организациях системы здравоохранения изучали социально-психологический климат. В ходе исследования проводился социологический опрос в динамике на протяжении восьми отчётных периодов. Опрос включал в себя один вопрос: «Оцените по шкале от +3...-3 уровень социально психологического климата в коллективе», где +3 – крайне положительный, -3 – крайне отрицательный» [49].

В.В. Шкарин с соавт., 2018, провели «опрос практикующих врачей с целью оценить профессиональный взгляд на проблему безопасности пациентов в медицинских организациях. Была разработана оригинальная анкета, состоящая из 17 преимущественно закрытых вопросов, среди которых преобладали субъективные и прямые, выявляющие социально-психологическую установку респондента и его отношение к предмету опроса» [124].

Д.А. Кузнецов, 2012, исследовал факторы угроз кадровой безопасности фармацевтических организаций, среди которых был «неблагоприятный социально-психологический климат. Было осуществлено интервьюирование фармацевтических работников с помощью специально разработанных анкет. Анкеты включали десять факторов угроз кадровой безопасности фармацевтических организаций. Экспертам было предложено выбрать семь основных факторов угроз кадровой безопасности. Далее основные факторы угроз кадровой безопасности были подвергнуты экспертной оценке» [67].

О.В. Авдеева с соавт., 2023, самостоятельно разработали «автоматизированную тестовую методику, ориентируясь на эмпирические наблюдения с учетом поведенческих особенностей сотрудников НМИЦ АГП и известные методики, описанные в современных исследованиях удовлетворенности, вовлеченности и лояльности» [1, С. 130]. «Анкетирование включало 29 вопросов по трем индикаторам оценки: лояльность, вовлеченность и удовлетворенность сотрудников» [1, С. 121].

Вышеописанные в этом подразделе настоящей диссертационной работы публикации показывают тренд использования самостоятельно разработанных исследователями-медиками методов оценки КБП в русскоязычном научном пространстве: 1) публикация результатов исследования с самостоятельно разработанными методами исследования социально-психологического климата в медицинской организации проводится без предварительной публикации результатов исследований самостоятельно разработанных методов, где были бы

указаны доказательства надёжности методов; 2) самостоятельно разработанные опросники, как правило, представляют собой комбинацию вопросов из различных валидированных методик; 3) как и в предыдущем подразделе, наблюдается путаница понятий «культура» и «климат», что приводит к неверной интерпретации полученных результатов.

Аспекты обеспечения надёжности оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях

Смыслом оценки процессов социального восприятия и познания, как основных показателей КБП, является прогнозирование безопасного поведения сотрудников медицинской организации. Точность и надёжность прогнозирования неблагоприятных событий зависит от точности и надёжности используемых оценочных показателей и представляет собой основу для обеспечения качественной и безопасной деятельности МО. В круг должностных обязанностей медицинских работников входит прогнозирование как самих фактов возникновения неблагоприятных событий, так и связанных с ними параметров (место, время, масштабы последствий). «Наиболее важным из всех этих прогнозов является прогноз вероятности возникновения ЧС» [110, С. 243] – именно этот прогноз позволяет запланировать и провести комплекс мероприятий по предотвращению неблагоприятных и чрезвычайных событий.

На точность прогнозирования прямое влияние оказывает качество данных, поэтому далее анализ публикаций был сфокусирован на поиск результатов исследований, которые объясняли причины надёжности современных методов оценки организационного климата и выявляли факторы, искажающие точность оценочных измерений и интерпретацию полученных результатов.

Факторы снижения надёжности оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в процессе сбора данных социологических исследований

Анкеты по культуре безопасности широко используются в здравоохранении, чтобы понять, как сотрудники чувствуют себя на работе, их отношение и взгляды, а также влияние, которое это оказывает на безопасное и качественное лечение пациентов. Известная проблема опросников по культуре и климату безопасности заключается в достижении высокого уровня участия в опросах персонала МО, чтобы повысить надежность и достоверность полученных результатов [164, С. e065320, 103, С. 330]. Авторы опросника SAQ, Pronovost P., Sexton B., 2005, в своих методических рекомендациях предполагают, что отклик персонала исследуемого подразделения МО должен быть более 60% для оценки КБП [240, С. 232]. В то же время ряд авторов (Fan W. C. et al., Kellerman S. E. et al., Sheehan K. B.) сообщают о снижении количества ответов на опросы, в медицинских организациях, где респондентами выступают медицинские работники [166, 200, 260]. Низкая доля отклика снижает эффективность размера выборки и может привести к систематической ошибке [251].

Ellis L. A. et al., 2022, провели систематический обзор публикаций с целью выявления причин низкого отклика респондентов-медиков на опросы о климате и культуре безопасности. На активность респондентов влияли следующие факторы: вид анкеты (бумажный или электронный); прямое устное обращение лица, ответственного за проведение опроса к респонденту; занятость персонала больниц, особенно в период пандемии COVID-19; усталость от опросов при одновременном заполнении многочисленных анкет; уровень дохода страны – в странах с высоким уровнем дохода количество ответов на анкеты по культуре безопасности было значительно ниже, чем в странах с низким и средним уровнем дохода. [164, С. e065320]. Учет этих и иных аспектов при применении «методов в социологии медицины имеет одну общую проблему – квалификацию исследователей» [103, С. 330].

В настоящее время потребность в знаниях и умениях по организации социологических исследований у медицинских работников, а также «требования

национального законодательства к профессиональным компетенциям специалистов здравоохранения обуславливают включение вопросов обеспечения безопасности медицинской деятельности (... создание безопасной среды и др.) в программы обучения учреждений высшего и среднего медицинского образования, а также в программы последипломной подготовки врачей всех специальностей, в первую очередь хирургических» [5, С. 73].

Таким образом, строгое соблюдение методических рекомендаций при проведении медицинских социологических исследований, влияло на качество и надёжность результатов исследований КБП, и требовало повышения уровня компетенций медицинских работников в этой области, особенно у сотрудников занимающих позиции руководителей.

Компетентность руководителей в интерпретации оценочных показателей социально-психологического климата безопасности пациентов, как фактор снижения ошибочных выводов

Анализ тематик исследований, предназначенных для руководителей МО и исследователей КБП показал, что они фокусируются на знаниях модели КБП как важном аспекте в интерпретации результатов опроса персонала — Рис. 1.5.

Социальный психолог Schneider В., 1975, базирясь на гештальт-теории, утверждал, что люди постоянно воспринимают порядок окружающего мира. Понимание этого порядка имеет прямые последствия для поведения. Более того, обобщая воспринимаемые представления о климате, люди могут создавать новый порядок либо вести себя, соответствуя воспринятому социальному заказу. Люди пытаются адаптироваться к климату их ситуации, потому что это предлагает систему правил для их собственного поведения. [252, С. 449]. Свои умозаключения Schneider В. строил на лабораторных исследованиях Frederiksen N. et al., 1962, и предположил, что изменения в поведении будут отставать от организационных изменений, а позже заявил, что существуют эмпирические примеры, когда климат изменял поведение, но есть мало подтверждений, когда поведение меняло

организационный климат [252, С. 450]. Результаты исследований Andriessen J.Н.Т.Н., 1978, позволили понять механизм задержки изменений поведения после

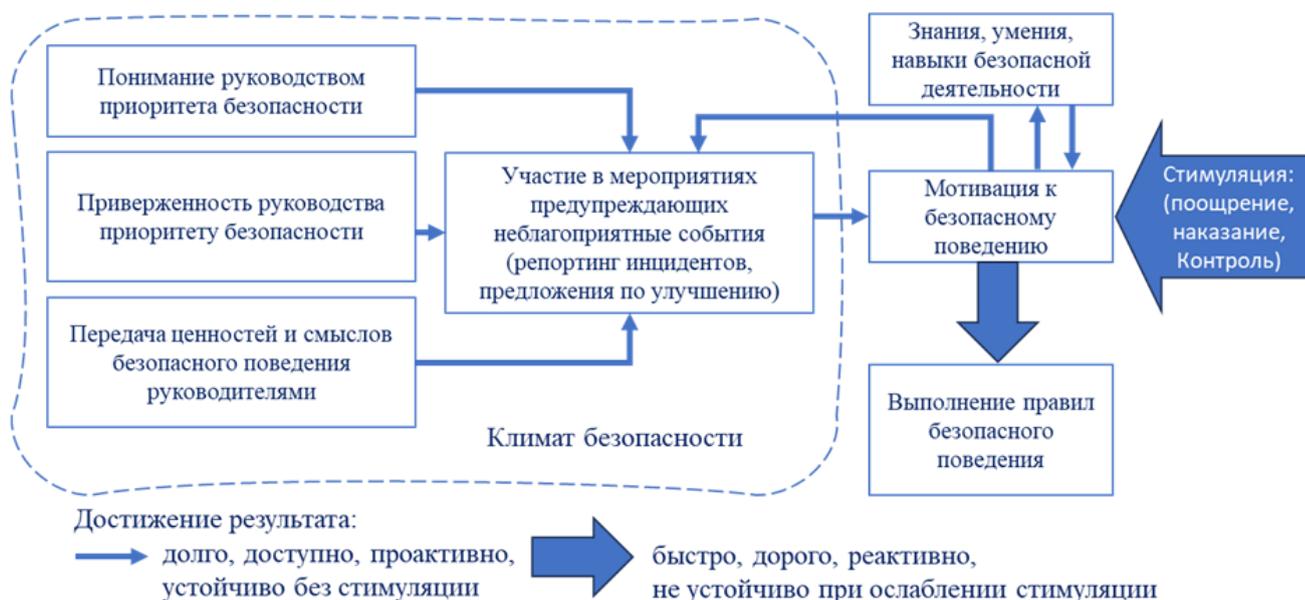


Рисунок 1.5. Модель социально-психологического климата безопасности пациентов, как предшественника мотивации к выполнению стандартов безопасности. *Источник: схема выполнена на основе рисунка 2 в публикации Torner M. Safety climate in a broad context-what is it, how does it work, and can it be managed? //Scandinavian Journal of Work Environment and Health. – 2008. – Т. 34. – С. 5-8.*

начала внедрения организационных изменений для прогноза лага времени этой задержки. Он утверждал, что на безопасное трудовое поведение оказывают влияние знания, умения, навыки и мотивация. На мотивацию, в свою очередь, влияют представления лидера о безопасности, демонстрируемые им стандарты безопасного поведения, и групповая сплоченность [131]. Заявления Frederiksen N. et al., 1962, утверждения Schneider B., 1975, и Andriessen J.Н.Т.Н., 1978, позднее были подтверждены результатами исследований Cheyne A. et al., 1998 [146], Neal A. et al., 2000 [220], Törner M. et al., 2002 [269], Neal A., Griffin M. A., 2006 [219] в метаанализе 35 научных работ, проведенным Clarke S., 2006 [147], Pousette A. et al., 2008 [238], Rowen A. et al., 2022 [249], Zhang Z. et al., 2024 [286], в частности, было установлено, что временной лаговой эффект отсутствовал при стимулировании (поощрением или наказанием) к соблюдению мер безопасности. Такая внешняя

мотивация приводила к безопасному поведению без изменения убеждений сотрудников, без воздействия на климат и культуру безопасности. Однако, DeJoy D. M., 2005, уточнил, что методы стимуляции к соблюдению мер безопасности работают лучше всего, когда известен набор дискретного поведения, которое осуществляется регулярно и на устойчивой основе является целевым [155]. Также Neal A. и Griffin M. A., 2006, получили неожиданные результаты: они обнаружили взаимосвязь между мотивацией к безопасному поведению и участием в мероприятиях, предупреждающих неблагоприятные события с течением времени.

Прямая стимуляция мотивации к соблюдению мер безопасности эффективна для реактивного снижения количества идентифицированных опасностей путем быстрого изменения поведения сотрудников. Тем не менее, для превентивных мер по предотвращению будущих неизвестных неблагоприятных событий более эффективным является создание КБП посредством разработки или адаптации стандартов поведения и образцовой демонстрации поведения руководства в области безопасности в течение длительного времени — Рис.1.6.

Таким образом, понимание исследователями вышеописанной модели КБП как предшественника мотивации к выполнению персоналом правил безопасного поведения способствовало верной интерпретации результатов оценки КБП и целенаправленному планированию мер по его улучшению.

Этнолингвистическая адаптация зарубежных опросников, как аспект их психометрической надёжности

Стремительное увеличение числа транснациональных и мультикультурных исследовательских проектов здравоохранения обуславливает необходимость адаптации опросников для их использования на языке, отличном от языка оригинала [138]. «Языковая и культурная адаптация опросников — это многоступенчатый процесс создания эквивалентного оригиналу инструмента на русском языке с учетом этнолингвистических особенностей популяции» [46, С. 12].

В русскоязычном сегменте здравоохранения только за последние 5 лет проведена этнолингвистическая адаптация таких международных опросников:

«FADI, FAAM и SEFAS – для оценки состояния стопы и голеностопного сустава» [4, С. 253], «MDASI-GI – для оценки симптомов у пациентов со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта» [45, С. 62], Отагский опросник – «для оценки качества жизни при желчнокаменной болезни» [47, С. 70], GERD-HRQL – для оценки качества жизни у пациентов с гастроэзофагеальным рефлюксом [194], GPCOG – для оценки когнитивных функций у пациентов пожилого возраста [195], RHPQoL – для оценки качества жизни у пациентов с первичным гиперпаратиреозом [175] SAQ – для оценки КБП в медицинских организациях [120, С. 57]. Все процедуры адаптации этих опросников были проведены с учётом международных рекомендаций «Guidelines for Best Practice in Cross-Cultural Surveys» [181]. Наблюдаемый всплеск применения международных опросников в русскоязычном сегменте науки и практики связан с потребностями в трансфере медицинских технологий в РФ и интеграцией российских исследователей в международные научные проекты, при этом некоторые исследователи удовлетворяются только переводом иностранного опросника на русский язык. Однако, как отмечает Т.И. Ионова, 2018, «некорректное проведение языковой и культурной адаптации, как правило, приводит к получению версии, которая в дальнейшем оказывается неудовлетворительной по психометрическим свойствам [46, С. 16]. Иными словами, точность и надёжность таких опросников будет не удовлетворительна. Наиболее распространённые ошибки этнолингвистической адаптации, по мнению Т.И. Ионовой, следующие: отсутствие обратного перевода, переводчик прямого перевода участвует в согласовании первой версии, дословный перевод без учёта культурных особенностей носителей языка перевода, видоизменение шкал опросника, отсутствие этапов интервьюирования носителей языка, оригинала и носителей языка, к которому проводится адаптация опросника [46, С. 16].

Согласно международным рекомендациям, выбор международных методов оценки суждений респондентов с проведённой процедурой этнолингвистической адаптации гарантирует максимально возможную точность и надёжность измерений.

Факторы, взаимосвязанные с восприятием оценки социально-психологического климата безопасности пациентов

Понятие «социальное восприятие» или «социальная перцепция», широко применяющееся в англоязычных публикациях, где обсуждаются аспекты организационного климата безопасности, было впервые описано Брунером Д. в 1947 г. и закрепилось в научном мире как процесс восприятия человеком других людей, социальных групп, широких социальных общностей [8, С. 43]. Вскоре, после начала применения этого понятия, было выяснено, что оно не полностью отвечает запросам исследователей, например, при взаимодействии людей, они оценивают друг друга не только внешне, они начинают «расшифровывать» внешность, предполагая личностные черты характера, а это уже больше, чем только процессы восприятия, добавляются процессы мышления. В русском языке, по мнению Г.М. Андреевой, используется термин «познание», который включает в себя не только размышление по поводу визуально воспринятого, не только его оценивание, но и мотивацию необходимости дальнейшего взаимодействия с воспринимаемым человеком или группой людей [8, С. 43].

Таким образом, в рамках исследований восприятия людьми людей и социальных групп решаются проблемы взаимопонимания этих людей и социальных групп.

С позиций оценки КБП, когда в фокусе изучения находится понимание сотрудниками МО поведения коллег и пациентов, методы оценки этого понимания (суждений людей как результат их познаний социального мира) несут интерсубъективный характер. Это означает, что оцениваются суждения респондентов, находящиеся в одних и тех же условиях конкретной МО и

обладающих «своим знанием того, что знают все» о повседневном мире клиники. «Отсюда вывод об огромной роли языка в повседневной реальности: её элементы должны быть обозначены, притом так, чтобы, несмотря на субъективное происхождение знаков значения их были доступны пониманию и других участников реальной жизни» [8, С. 42]. У этого вывода, как минимум, два следствия: 1) использование этнолингвистически адаптированных опросников, в которых проверено понимание целевой аудиторией значений слов в вопросах, и вопросы, доказательно согласованы по соответствующим шкалам, является стратегически важным условием для обеспечения надёжности полученных результатов; 2) единственный процесс, который способен обеспечить реализацию понимания сотрудниками МО поведения друг друга и пациентов – это процесс коммуникации.

В российском научном сегменте описаны результаты исследований о взаимосвязях между профессиональным выгоранием врачей и негативными последствиями, связанными с качеством и безопасностью оказания медицинской помощи, где были показаны последствия влияния профессионального выгорания на психосоматическое состояние самих медицинских работников [102, 53, 57, 79, 64, 105, 52]. Однако публикаций о влиянии профессионального выгорания врачей и средних медицинских работников на их восприятие КБП в медицинской организации практически не встречается.

В зарубежном научном сегменте тоже отмечалось большое количество публикаций по теме профессионального выгорания. Можно предположить, что этот всплеск публикаций, также как в РФ, был связан с пандемией COVID-19. Но в отличие от русскоязычных исследователей, зарубежные учёные находили взаимосвязи между профессиональным выгоранием, качеством жизни, связанным со здоровьем, и восприятием КБП:

- Бразилия: dos Santos Almeida M. C. et al., 2023: «организационный климат и удовлетворенность работой отрицательно коррелировали с показателями выгорания у медицинских сестёр» [161];
- Китай: Wang J. F. et al., 2022: «атмосфера безопасности и баланс между работой и личной жизнью могут снизить возникновение эмоционального истощения, тогда как среда с высоким уровнем стресса может вызвать более высокий уровень эмоционального истощения» у работников сферы здравоохранения [277];
- Германия: Roth K. et al., 2020: «это первое крупномасштабное исследование, изучающее выгорание среди немедицинских работников здравоохранения в доклинических отделениях скорой помощи и их восприятие культуры безопасности в Германии. Результаты показывают необходимость сосредоточиться на воспринимаемых аспектах культуры безопасности в организациях, разработать меры по снижению стресса и улучшению удовлетворенности работой и условий труда [248];
- Совместное исследование учёных из Англии, Германии и США: Tawfik D. S. et al., 2023: поведение лидеров отделений в клиниках тесно связано с установленными областями благополучия медицинских работников, культуры безопасности и их вовлеченностью. [265];
- США: Fantus S. et al., 202: системы здравоохранения должны финансово поддерживать культуру на рабочем месте, которая ценит психическое здоровье и благополучие, а меры по устранению морального стресса должны быть нацелены как на краткосрочные стрессовые реакции, так и на устранение долгосрочных последствий стресса [167];
- Германия: Kaltenecker H. C. et al., 2023: исследование, посвященное технологическому стрессу на работе и хроническому вялотекущему воспалению. Результаты показали, что информационная перегрузка, вызванная использованием цифровых технологий и психосоциальными условиями труда, является явным

фактором профессионального выгорания с реальными последствиями для психологического здоровья [198];

- США: Campbell L.A. et al., 2021, исследовались – восприятие организационного климата, важность вежливости, удовлетворенность сотрудников и общий уровень стресса в разных половозрастных, расовых и должностных группах. Выявлены: различия по полу и типу занятости в восприятии организационного климата среди сотрудников академического медицинского центра, в то время как расовые и возрастные различия отмечены только в отношении вежливости [143].

В публикациях иностранных и отечественных исследователей, посвященных тематикам взаимосвязи между профессиональным выгоранием, качеством жизни, связанным со здоровьем, и КБП, результаты исследований о факторах, влияющих на оценку восприятия КБП, обоснование поправки шкал оценки КБП или обоснование особенностей интерпретации результатов оценки КБП в зависимости от уровней выгорания и качества жизни, связанного со здоровьем, не найдены.

Несмотря на годы пристального внимания к здравоохранению как к важной отрасли, усилия сотрудников сферы здравоохранения, которые были предприняты ранее и предпринимаются в настоящее время для увеличения качества оказания медицинской помощи и безопасности пациентов, недостаточны. Персонафицированная медицина, пациентоцентричность многократно увеличивают сложность принятия медицинских решений. В этих сложных условиях нужна новая модель, в которой пациенту обеспечивается безопасность высокофункциональной командой сотрудников медицинской организации, готовых признавать ошибки и обсуждать способы предотвращения неблагоприятных событий до того, как они смогут случиться с пациентами [187].

Сложность сложившейся ситуации увеличивается отсутствием готовности сотрудников отрасли здравоохранения к осознанию принадлежности медицины к высокорискованным отраслям. По данным группы учёных из США и Канады

(Abdulla A., et al., 2020), авиация и атомная энергетика создали сильную культуру безопасности и активно взаимодействуют по её улучшению в своих отраслях. Тогда как ядерная медицина – отрасль, аналогичная им по характеру риска и по масштабам возможного вреда, отстает от этих двух областей в применении передовых методов, которые могли бы смягчить или устранить риски для безопасности пациентов, а также остаётся закрытой к взаимодействию [127]. Ситуацию в России описали волгоградские учёные В.В. Шкарин с соавт. В результате оценки профессионального взгляда на проблему обеспечения безопасности пациентов в медицинских организациях они показали, что «от 30% до 49% молодых врачей не рассматривают обеспечение безопасности медицинской помощи как актуальную и приоритетную задачу и не уверены в необходимости системно работать в этом направлении. Врачи в недостаточной степени осознают актуальность и остроту проблемы обеспечения безопасности медицинской помощи, а дефекты, риски и ошибки при оказании медицинской помощи воспринимаются ими как некая неизбежность, не поддающаяся системному управлению и минимизации» [125, С. 24].

В то же время результаты системного анализа причин возникновения неблагоприятных событий в ходе лечебно-диагностического процесса демонстрируют, что причины возникновения предотвратимых неблагоприятных событий связаны с сотрудниками медицинской организации, а именно с особенностями их социально-психологических характеристик. В этих условиях профессионального выгорания, неопределённости во внешней окружающей среде, техногенного стресса (информационная перегрузка) мониторинг КБП направлен на измерение социально-психологических характеристик сотрудников МО, а его результаты – на обеспечение управления качеством и безопасности медицинской помощи.

Понимание динамики специфического КБП в медицинской организации формируется из понимания динамики социальных восприятий сотрудников об

эффективности рабочих процессов на основе имеющихся социальных познаний и физической способности к пониманию коллег и пациентов: сотрудники медицинской организации создают модели отношений в коллективе, прогнозируют последствия своего поведения, будущие поступки коллег и пациентов. Мониторинг показателей оценки КБП служит отправной точкой в планировании большинства управленческих инициатив, направленных на обеспечение качества и безопасности медицинской деятельности в целом.

Таким образом, анализ современных социально-психологических теорий и методов исследования социально-психологических характеристик сотрудников МО продемонстрировал целесообразность разработки процесса оценки КБП с учетом искажений восприятия безопасности рабочих процессов у сотрудников медицинских организаций.

Особенности процесса оценки социально-психологического климата безопасности пациентов

Предсказующая функция мозга. То, каким образом формируются общие представления сотрудников медицинской организации о приоритете безопасности пациентов [289], позволяют понять современные теории о предсказующей функции мозга, которые объясняют механизмы формирования общих представлений у людей об окружающей их реальности. Так, «открытие СРГ ((англ. Central Pattern Generator) – генераторы паттернов), повлекшее отказ от рефлекторной доктрины» работы мозга [12, 11], показывает, что более сложные процессы моделирования социальной реальности тоже зависят от СРГ, однако, в этом случае «шаблоны» предыдущего опыта, скорее всего, будут более сложными. Сложный набор СРГ распространяется на убеждения людей, он задействован в оценке внутренних и внешних сенсорных потоков, которые формируют восприятие окружающей реальности и участвуют в выборе «шаблона» поведения в ситуациях социального взаимодействия наряду с иными факторами принятия решений. Вышеописанные теоретические предположения были обоснованы нейробиологическими и

эмпирическими социологическими исследованиями в первой декаде XXI века [215, 185], исследования, проведённые в 2023 году, подтверждают их [272, 133].

Переход к доктрине о предсказующей функции мозга позволяет скорректировать процессы оценки КБП, с учётом преобладания интеро- или экстероцепции у респондентов в ходе социологических исследований. Различие между интенсивностью сенсорных потоков от рецепторов внутренних органов респондента и рецепторов, реагирующих на изменения окружающей среды, оказывает влияние на восприятие текущих рабочих процессов. Восприятие в свою очередь влияет на оценку явлений окружающей среды. Следовательно, применение и создание методов исследования КБП должно учитывать механизмы формирования представлений об окружающей реальности у сотрудников МО. Это умозаключение позволило автору настоящей диссертационной работы сформулировать принцип «Диады» – методы исследования социально-психометрических параметров восприятия сотрудников МО должны измерять два типа оценок респондентов: 1) личные, аффективные (эмоциональные), основанные на персональных критериях респондента; 2) социальные, интеллектуальные (рациональные) оценки, основанные на критериях, принятых в социальной группе. Анализ восприятия безопасности текущих рабочих процессов и взаимоотношений заключается в сравнении этих двух типов оценок, чем больше их рассогласованность, тем больше вероятность возникновения предотвратимых неблагоприятных событий.

Процессы актов истинного выбора и вынужденных решений. Современные теории, объясняющие психологическую регуляцию выбора, позволяют лучше понимать устройство опросников и интерпретировать полученные результаты. Модель «психологической концепции множественной (“мультипликативной”) и многоуровневой (функционально-уровневой) регуляции выбора, предполагающей опору человека на целостное функционирование его интеллектуально-личностного потенциала» [63, С. 90], подразумевает задействование трёх координат: 1)

интеллектуального опосредствования выбора, 2) личностного опосредствования выбора, 3) координату новых формаций.

Когнитивные компоненты интеллектуальных критериев выбора обеспечивают его рациональность, «разумность». Компоненты личностной координаты представлены психологическими эмоциональными аффектами, в том числе, ценностями, которые определяют результат принятого решения на высших уровнях регуляции нервной деятельности человека. Третья координата частично определяется критериями трудности принятия решения. Экспериментальный психолог Т.В. Корнилова эти усилия во время принятия решения называет «чувством “бремени” выбора» [63, С.93]. Измерение показателей, принадлежащих к каждой из трёх координат и анализ того, насколько все эти факторы задействованы в принятии решений, даёт понимание о вероятности свершения сотрудником акта истинного или вынужденного выбора, и позволяет выявить факторы, связанные с отношением к безопасности пациентов.

Принцип «Триады» – для исследования восприятия КБП сотрудников МО необходимо одновременно оценивать компоненты трёх осей динамических регуляторных систем: 1) логических; 2) личностных черт; 3) трудности принятия решений. Задействование респондентами в процессе оценки ситуаций, связанных с КБП, всех трёх осей свидетельствует о свершении ими актов истинного выбора, когда были приняты критически обдуманые решения в соответствующих ситуациях. Задействование компонентов только одной или двух осей ассоциировано с вынужденным выбором, который принимают респонденты в ситуациях регламентированного процесса или по причине личных убеждений «я могу поступить только так, и никак иначе».

В ближайшем будущем, по нашему мнению, в связи с прогрессом в обработке больших баз данных могут появиться новые методы сбора и оценки психометрических показателей, однако, эволюционно сформированные, организменные сенсорные и ментальные механизмы восприятия, процессы

моделирования социальной действительности у сотрудников медицинской организации, с помощью которых реализуется прогностическая функция нервной системы, останутся прежними в далёком будущем, следовательно, при исследовании восприятия КБП будут сохраняться актуальными принципы «Диады» и «Триады».

Резюме 1 главы

- В публикациях о результатах исследования КБП наиболее часто описывается применение методов группового опроса экспертов, что связано с их доступностью и воспроизводимостью на практике.

- В публикациях зарубежных и отечественных авторов в настоящее время наблюдаются разногласия в определении понятий «культура» и «климат» безопасности, что приводит к систематическим ошибкам в выборе методов, когда в одном опроснике могут быть вопросы о персональных суждениях респондентов, и одновременно проводится сбор объективных показателей, т.е. одновременное измерение когнитивных конструктов «климат» и «культура».

- За рубежом наиболее часто используются опросники HSPSC, SAQ, и опросный лист зрелости корпоративной культуры безопасности AHRQ, которые имеют специализированные версии для медицинских организаций различных типов. С учётом разницы в конструкции опросников и методиках подсчёта результатов эти методы опроса имеют различные сферы применения: HSPSC предпочтителен в МО, где уже развита культура доверия и сотрудники фиксируют много инцидентов, а также проводится охват опросом 100% всего персонала МО; SAQ предпочтителен вначале внедрения культуры безопасности при частичном охвате опросом персонала МО, а также, когда исследователи фокусируются на измерении восприятия сотрудников об условиях труда, их удовлетворённостью работой.

- В русскоязычных публикациях, проведённых отечественными авторами, зарубежные методы измерения КБП применяются во флагманских

медицинских организациях в научных целях, широкое применение в настоящее время не наблюдается по причине малого количества опросников, которые этнолингвистически адаптированы к русскому языку.

- Среди отечественных разработок методов оценки социально-психологического климата преобладают универсальные методы, пригодные для всех отраслей, однако, они не полностью закрывают потребность в оценке всех составляющих социально-психологического климата МО. Надёжных и валидированных специализированных методов оценки КБП в МО, в русскоязычных реферативных базах данных не обнаружено.

- Отечественные исследователи социально-психологического климата безопасности пациентов и культуры безопасности в МО в случаях самостоятельной разработки опросника, как правило, не публикуют доказательства его надёжности и валидности.

Таким образом, на основе обзора литературы сделаны следующие выводы: у руководителей медицинских организаций существует потребность в регулярной оценке КБП, связанная с дефицитом данных, необходимых для принятия управленческих решений; в не медицинских высокорискованных отраслях больше методов оценки культуры и климата безопасности по сравнению с медициной; общепринятые большинством медицинского научного сообщества концепции социально-психологического климата безопасности пациентов отсутствуют на международном и отечественном уровнях; создание теоретической базы для научно-обоснованного комплекса методов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации представляется актуальным. В результате синтеза теоретических данных, полученных в ходе анализа современных исследований, автором настоящей диссертационной работы предложены два принципа выбора методов мониторинга КБП.

ГЛАВА 2. ПРОГРАММА, МАТЕРИАЛЫ, МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Основная гипотеза исследования

Мониторинг скрытых от прямого наблюдения социально-психологических характеристик сотрудников медицинской организации обеспечивает руководителей информацией для принятия ими решений и разработки мер, направленных на улучшение состояния социально-психологического климата безопасности пациентов и уменьшение рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий в процессе медицинской деятельности.

Понятийный аппарат

В настоящем диссертационном исследовании используется ряд понятий, относительно которых до сих пор не существует единых определений. Далее автором приведены определения понятий, которые были использованы в контексте настоящей диссертационной работы.

Понятие «неблагоприятное событие». В настоящей диссертационной работе используется понятие «неблагоприятное событие», которое возникает в процессе оказания медицинской помощи.

Неблагоприятное событие (НС) – это нежелательный случай или клинический эффект, которые явились результатом какого-либо аспекта диагностики, терапии, организации медицинской помощи, а не основного процесса заболевания, и не означает ошибку, халатность или низкое качество лечения [132].

Группа понятий, связанных с определениями «климат безопасности» в медицинских организациях. В контексте данной работы автором предложены и использованы в диссертационном исследовании следующие определения понятий:

1) **социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинской организации (КБП)** – это отношение сотрудников медицинской организации к безопасности пациентов, сформированное в большей степени их восприятием текущих рабочих процессов и, в меньшей степени, поведением самих

сотрудников, которое поддерживается руководителями в целях уменьшения количества неблагоприятных событий.

2) климат безопасности труда сотрудников медицинской организации – это отношение сотрудников медицинской организации к своей безопасности и безопасности своих коллег, сформированное, в большей степени, их восприятием текущих рабочих процессов, и, в меньшей степени, поведением самих сотрудников, которое поддерживается руководителями в целях уменьшения количества неблагоприятных событий.

Понятия «оценка социально-психологического климата безопасности пациентов» и «мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов». Оценка социально-психологического климата безопасности пациентов медицинской организации ассоциируется с оценкой персонала, проводимой с помощью методов экспертных оценок, когда каждый опрошиваемый сотрудник представлен в роли эксперта, и метода наблюдения.

Метод экспертных оценок заключается в определении мнений экспертов и формировании на их основе необходимой информации, ее анализ проводится при помощи логических и математико-статистических методов [91]. В настоящем исследовании применялись «методы группового опроса экспертов: анкетирование – опрос экспертов в письменной форме» [35]. Критериями выбора экспертов служили: а) факт официального трудоустройства в исследуемые отделения медицинской организации; б) участие в опросах 60% (включительно) сотрудников исследуемых отделений дважды, в ноябре 2023 года и мае 2024 года; в) обработка данных проводилась согласно правилам используемых методик опросов; г) согласованность мнений экспертов обеспечивалась выбором этно-лингвистически адаптированных методов исследования.

Оценка персонала – это набор инструментов и методов, направленный на выявление характеристики сотрудников для принятия управленческих решений [54].

Метод наблюдения относится к общенаучным методам, в социологических исследованиях чаще применяются лингвистическое наблюдение и наблюдение за поведением. «Лингвистическое наблюдение – это анализ и фиксация языкового материала в его функционировании – в устной или письменной речи. Наблюдение всегда сопровождается фиксацией наблюдаемых явлений – на бумаге, на специальных карточках, в магнитофонной форме, в компьютерной форме или в форме видеозаписи» [109].

«Сложность формулировки определения понятия «мониторинг» связана с принадлежностью его как сфере науки, так и сфере практики» [29]. Понятие «мониторинг» появилось от латинского корня *monitor*, что в переводе означает «предостерегающий», и применяется, когда имеется ввиду постоянное наблюдение за процессом для выявления его соответствия с определённым результатом. Н.Ф. Реймерс, 2009, пишет о двух взаимосвязанных функциях мониторинга: слежения и предупреждения [93], что обусловило применение понятия «мониторинг» в сфере информационного обслуживания управления в различных отраслях.

«Общей целью мониторинга опасных явлений и процессов в природе и техносфере является повышение точности и достоверности прогноза чрезвычайных ситуаций... Данные мониторинга служат основой для прогнозирования... Прогнозирование чрезвычайных ситуаций – это опережающее отражение вероятности возникновения и развития чрезвычайной ситуации на основе анализа причин ее возникновения, ее источника в прошлом и настоящем» [110, С. 242].

Для дальнейшего трактования результатов исследования в рамках настоящей диссертационной работы автор предлагает опираться на сформулированные им следующие определения:

Оценка КБП в медицинской организации – это оценка персонала с помощью групповых методов экспертных оценок и наблюдения, направленная на

выявление социально-психологических характеристик персонала, связанных с обеспечением безопасности пациентов.

Мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации (мониторинг КБП) – это система сбора и анализа социально-психологических характеристик персонала, связанных с обеспечением безопасности пациентов в целях оперативной диагностики причин возникновения предотвратимых неблагоприятных событий и их профилактики в рамках медицинской организации.

Группа понятий, связанных с социально-психологическими методами управления персоналом. **Социально-психологические методы управления персоналом** – это инструменты воздействия на коллектив и отдельных сотрудников, основанные на анализе социально-психологических характеристик персонала и учитывающие социальные и психологические закономерности поведения людей.

Социально-психологические характеристики персонала – совокупность личностных и групповых черт сотрудников, определяющих их поведение и взаимодействие (отношение к безопасности пациентов, уровень самооценки качества жизни, связанного со здоровьем, степень трудности при принятии решений рабочих задач, ценностные ориентации и другие).

2.1 Программа и этапы исследования

Согласно цели и задачам настоящей диссертационной работы была разработана и реализована программа исследования.

Объект: система управления персоналом медицинской организации.

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

Материалами, с учётом конкретных задач исследования, были:

- нормативно-правовые документы;

- результаты опросов персонала медицинских организаций;
- результаты опросов пациентов, пролеченных в исследуемых медицинских организациях.

Единицами наблюдения, в зависимости от задач диссертационного исследования, были научные публикации, соответствующие изучаемой тематике, нормативно-правовые документы, ответы персонала и пациентов медицинской организации на вопросы опросников.

В процессе исследования была сформирована методика мониторинга КБП, включающая в себя поиск, анализ и синтез результатов проведённых исследований по изучаемой теме, сравнительный, корреляционный, регрессионный анализ, организационный эксперимент.

Реализация поставленных задач исследования проводилась поэтапно — Табл. 2.1. 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 медицинских организаций, разработана методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях.

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 взаимосвязи обучения руководителей подразделений социально-психологическим методам управления персоналом с проблемами самооценки здоровья сотрудниками медицинской организации и оценки ими социально-психологического климата безопасности пациентов.

Из 87 подразделений исследуемой МО были выбраны 43 подразделения, в которых в опросе, проводимом в ноябре 2023 года, приняло добровольное участие более 60% персонала. Далее они были разделены на экспериментальную группу (20 подразделений) и контрольную группу (23 подразделения). Заведующие отделениями и старшие сестры отделений экспериментальной группы приняли участие в образовательных программах, разработанных с учетом результатов опроса, а в контрольной группе образовательного воздействия не проводилось. Была изучена удовлетворённость пациентов медицинской помощью.

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

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

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		Анкеты опроса медицинских работников: EQ5D5L	2023-2024

Продолжение таблицы 2.1.

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

2.2 Характеристика базы исследования

Базы данных настоящего исследования собраны в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ». Центр состоит из 6 онкологических отделений, регионального сосудистого центра; 7 отделений реанимации и интенсивной терапии; 10 хирургических отделений, перинатального центра с 15 женскими консультациями; детского инфекционного корпуса; стационара кратковременного пребывания; амбулаторного корпуса с отделениями клинической диагностики, гемодиализа, эндоскопии, онкологии и химиотерапии, отделения неврологии, кардиологии, терапии – всего 87 подразделений медицинского и немедицинского направлений. Мощность стационара на момент исследования составляла 1500 коек. В среднем численный состав сотрудников за период проведения исследования составлял 3515 человек — Рис. 2.1.

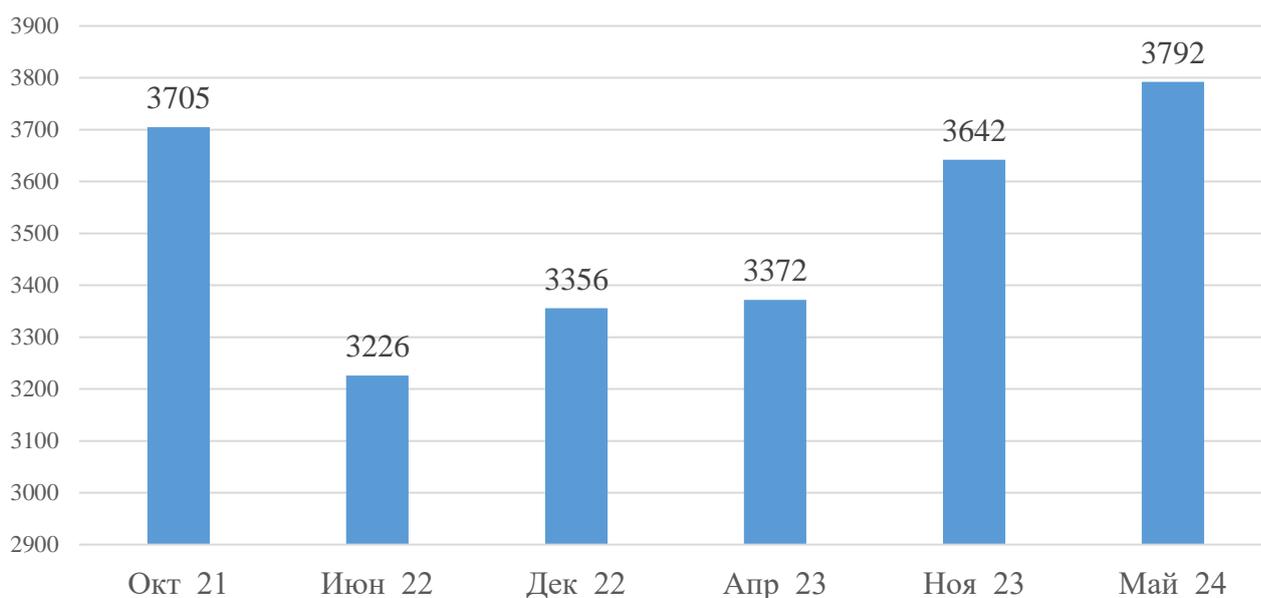


Рисунок 2.1. Динамика численного состава сотрудников ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (ед. изм. – количество человек) за период проведения исследования, согласно штатному расписанию.

С учётом корпусов ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», МО представлена пятью территориями: основной корпус, перинатальный центр с женскими

консультациями, детский инфекционный корпус, центр амбулаторной онкологической помощи и редеры – временные каркасно-тентовые корпуса.

С октября 2021 по май 2024 гг. в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» было проведено шесть волн опросов персонала. Каждая волна опроса длилась 4 недели, охват предложением участия составлял 100% персонала, три раза через 7 дней руководителям подразделений давалась обратная связь о динамике количества участников опроса с просьбой о напоминании сотрудникам об участии в опросе. Каждому сотруднику МО был присвоен уникальный идентификационный номер, исследователи не имели доступа к персональным данным сотрудников. Исследование одобрено Комитетом по этике ГБУЗ «Городская клиническая больница №40 Департамента здравоохранения города Москвы», протокол №3 от 18.03.2021 года и Локальным этическим Комитетом ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И.Бурназяна ФМБА России, протокол №112А от 23.01.2024 года. С учётом добровольного, не анонимного участия в опросах персонала, а также текучести кадров, обусловленной особенностями организации работы в пандемию неизвестного заболевания COVID-19, доля участия сотрудников в проводимых опросах увеличивалась постепенно — Рис. 2.2

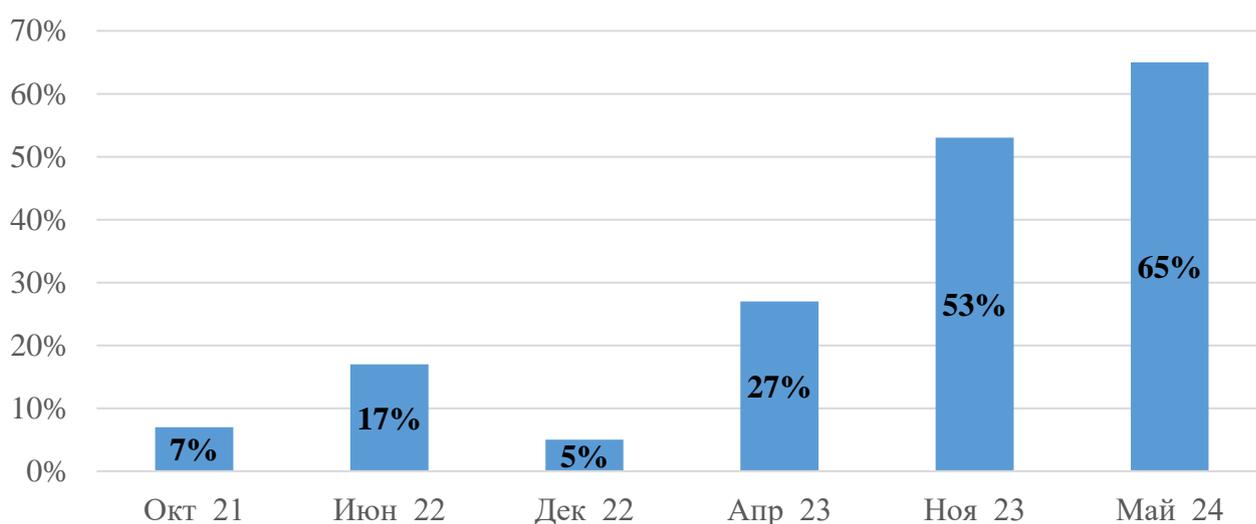


Рисунок 2.2. Динамика доли (%) персонала ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», принявшего участие в опросах.

Из данных, собранных в течение шести волн опросов, были созданы две базы данных: первая – для создания методики и принципов мониторинга оценки КБП, вторая – для апробации методики мониторинга оценки КБП.

Первая база данных исследования для создания методики мониторинга оценки КБП. Определение требуемого количества наблюдений для выборочных исследований с альтернативным варьированием проводилось по формуле Меркова-Полякова:

$$n = \frac{t^2 * \rho * (100 - \rho)}{\Delta^2}$$

где, n – требуемое число наблюдений, t – критерий достоверности, ρ – величина доли (выраженная в процентах), Δ – максимальный размер ошибки выборки [86].

В научном пространстве РФ ранее проведённых исследований о доле сотрудников МО, которые добровольно приняли участие в опросе с использованием опросника SAQ, обнаружено не было. В связи с этим расчёт осуществлён, исходя из величины доли отклика 60%, согласно методическим рекомендациям авторов опросника SAQ Pronovost P., Sexton B., 2005 [240, С. 232]. Критерий достоверности был задан t=2 для обеспечения 95% надёжности вычислений. Максимальный размер ошибки выборки был выбран 2,2%.

$$n = \frac{2^2 * 60 * (100 - 60)}{2,2^2} = \frac{4 * 2400}{4,84} = 1983$$

Требуемый минимальный объём выборки составил 1983 сотрудников МО. Объём выборки первой базы данных исследования составил 2042 респондента из пятой волны опросов (ноябрь 2023 г.).

Вторая база данных исследования для апробации методики мониторинга оценки КБП. Во вторую базу данных были включены результаты 1696 опросников, которые заполнили 828 сотрудников из 43 подразделений ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» в пятую волну опроса (ноябрь 2023 года) и 868 сотрудников

заполнили опросники в шестую волну опроса (май 2024 года) — Табл. 2.2., Табл.2.3.

Критериями включения в базу данных служили: 1) участие 60% и более персонала отделения в опросе; 2) отделения с долей отклика более 60% в течение двух волн опроса подряд (5 волна – ноябрь 2023 и 6 волна – май 2024). В экспериментальную группу вошли подразделения обособленной территории «Перинатальный центр и женские консультации» ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ», руководители которых были слушателями образовательной программы. Контрольная группа представлена персоналом отделений обособленных территорий «Основной корпус» и «Центр амбулаторной онкологической помощи». На руководителей контрольной группы образовательного воздействия не проводилось. Для проведения сравнительного анализа между волнами опросов были выделены респонденты независимых выборок.

Также во вторую базу данных были включены результаты опроса пациентов об удовлетворённости медицинской помощью. Размер выборки опроса пациентов определялся по формуле:

$$N = \frac{\frac{Z^2 \times 0.25}{E^2}}{1 + \frac{\left(\frac{Z^2 \times 0.25}{E^2} - 1\right)}{n}}$$

где N – размер выборки (человек); Z – значение, соответствующее желаемому доверительному интервалу (при размере выборки менее 1 млн, Z=1,645), E- коэффициент допустимой погрешности (при размере выборки менее 1 млн, E=0,05), n – численность генеральной совокупности (по 3500 пациентов в месяц пролеченных во всех отделениях экспериментальной и контрольной групп).

$$N = \frac{270,6}{1 + \left(\frac{270,6 - 1}{3500}\right)} = 251$$

Объем выборочных совокупностей при опросе пациентов составил в экспериментальной группе отделений: 255 человек в декабре 2023 года, 253

человека в июне 2024 года; в контрольной группе отделений: 252 человека в декабре 2023 года, 258 человек в июне 2024 года. Опрос проводился с помощью интервьюеров, которые предлагали пациентам заполнить электронную форму опросника после выписки или амбулаторного приёма каждому десятому пациенту. Таким образом, обеспечивалась случайность выборки. Четверо интервьюеров прошли обучение, где они изучили правила установления контакта и ответов на уточняющие вопросы пациентов, руководителем интервьюеров были проведены 6 внезапных проверок взаимодействия интервьюеров с пациентами, что обеспечило качество сбора данных, соответствующее требованиям подобных исследований.

Перечень отделений экспериментальной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
1. Отделение вспомогательных репродуктивных технологий	9	9	100	9	9	100	5
2. Женская консультация № 13	26	32	81	30	32	94	24
3. Женская консультация № 8	18	22	82	18	22	82	16
4. Отделение антенатальной охраны плода	9	11	82	10	11	91	8
5. Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1	39	49	80	40	49	82	34
6. Женская консультация № 10	16	20	80	16	20	80	15
7. Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №2	38	48	79	39	48	77	32

8. Женская консультация № 12	20	24	79	17	24	71	8
------------------------------	----	----	----	----	----	----	---

Продолжение таблицы 2.2. Перечень отделений экспериментальной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
9. Акушерское физиологическое отделение № 1	23	28	82	20	28	71	17
10. Женская консультация № 9	17	22	77	16	22	73	12
11. Женская консультация № 14	13	18	72	21	21	100	12
12. Акушерское физиологическое отделение № 2	11	16	69	10	16	63	8
13. Женская консультация № 7	19	28	68	18	28	64	17
14. Женская консультация № 11	20	31	65	19	31	74	15
15. Приемно-диагностическое отделение №3	22	35	63	22	35	63	19
16. Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей	27	44	61	31	44	70	21

Продолжение таблицы 2.2. Перечень отделений экспериментальной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
17. Отделение новорожденных акушерского физиологического отделения	40	65	61	43	67	64	32
18. Отделение патологии беременности	9	15	60	12	15	80	8
19. Гинекологическое отделение № 1	17	27	63	18	27	67	12
20. Женская консультация № 15	20	22	91	22	22	100	18

Перечень отделений контрольной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
1. Эндоскопическое отделение	18	18	100	18	19	95	15
2. Гематологическое отделение	17	17	100	17	17	100	14
3. Приемно-диагностическое отделение № 2	25	27	93	26	27	96	21
4. Отделение диагностики и лечения заболеваний молочной железы и репродуктивной системы	18	20	90	17	20	85	12
5. Онкологическое отделение № 1 (ЦАОП)	18	21	86	19	21	90	17
6. Онкологическое отделение № 2	16	20	80	16	20	80	11
7. Отделение анестезиологии-реанимации № 2	16	20	80	20	20	100	16
8. Онкоурологическое отделение	17	22	77	19	22	86	15
9. Эндоскопическое отделение № 1	17	22	77	22	22	100	16
10. Отделение трансфузиологии	13	17	76	12	17	71	6

Продолжение таблицы 2.3. Перечень отделений контрольной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
11. Дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии	33	44	75	37	44	84	27
12. Отделение ранней медицинской реабилитации	20	27	74	18	27	67	16
13. Терапевтическое отделение	23	30	76	21	30	70	17
14. Онкологическое отделение № 4 (ЦАОП)	16	22	73	18	22	82	13
15. Кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда	22	31	71	20	31	65	14
16. Урологическое отделение	14	20	70	15	20	75	14
17. Лаборатория клинической микробиологии (бактериологии) 1	10	15	67	15	15	100	8

18. Онкологическое отделение № 5 (ЦАОП)	13	20	65	12	19	63	11
--	----	----	----	----	----	----	----

Продолжение таблицы 2.3. Перечень отделений контрольной группы

Название отделения	5 волна опроса (ноябрь 2023 г.)			6 волна опроса (май 2024 г.)			Количество участников, включенных в зависимые выборки
	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	Кол-во участников опроса	Кол-во сотрудников отделения	Доля отклика (%)	
19. Хирургическое отделение № 3	12	19	63	20	20	100	12
20. Отделение гнойной хирургии	22	25	88	15	25	60	12
21. Отделение сосудистой хирургии	18	30	60	19	30	63	17
22. Онкологическое отделение противоопухолевой лекарственной терапии	12	19	63	20	20	100	11
23. Онкологическое отделение № 1 (С8)	20	23	87	22	23	96	15

2.3 Методы исследования

Методы исследования социально-психологических параметров персонала:

1) Опросники самооценки качества жизни, связанного со здоровьем «Качество жизни, связанное со здоровьем» EQ5D5L — Приложение 4 и «Качество жизни, связанное со здоровьем» EQ5D3L — Приложение 5. Русскоязычная версия EQ5D5L одобрена EuroQol Group для использования в ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» (Tracking Number: 41183).

2) Адаптированная русскоязычная версия опросника SAQ. Автор настоящей диссертационной работы – соавтор этой этнолингвистически адаптированной версии опросника [120] — Приложение 6.

3) Методика вербальных задач. Автором настоящего исследования были созданы опросные блоки, которые аналогичны блокам опросника EMDM (The Everyday Moral Decision-Making Task) в модификации Ц. Оуяна [78]. Опросный блок включает описание моральной дилеммы, которая моделирует рабочую ситуацию и предполагает дихотомическое решение: «Да» или «Нет», связанное с альтруистической или эгоистической направленностью ответа. Помимо этого, в опросном блоке находится вопрос, измеряющий уровень трудности принятия решения.

4) Опросник «Удовлетворённость населения медицинской помощью». В работе использована методика разработанная в Федеральном государственном бюджетном учреждении «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации и утвержденная Приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации №495 от 19.07.2021 «Об утверждении методики расчёта дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение».

В данном диссертационном исследовании применялись следующие методы: аналитический обзор литературы, социологический, статистический, аналитический, организационный эксперимент. Результаты представлены с учётом максимальной ошибки выборки, мер уменьшения эффектов мультиколлинеарности в регрессионных моделях, а также иных математических операций, направленных на установление границ, в которых находятся истинные значения расчётных коэффициентов и средних величин изучаемых переменных.

При обработке данных применены методы: критерии Стьюдента и Манна-Уитни, корреляционный анализ по Спирмену, бинарная логистическая регрессия.

Автоматизированные расчеты проводились в программной среде R Studio 2023.03.1.

Резюме 2 главы

В диссертационной работе применены меры обеспечения надёжности результатов исследования: определение ключевых понятий, используемых в контексте настоящей работы, соблюдение требований этапов реализации программы исследования, применение валидированных методов исследования социально-психологических характеристик персонала МО, комплекс научных методов анализа данных, методы статистической обработки результатов собственного исследования.

ГЛАВА 3. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ МЕТОДИКИ МОНИТОРИНГА СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Создание методики мониторинга КБП проводилась по первой базе данных, характеристики которой описаны во II главе настоящей диссертационной работы. Методика состоит из пяти последовательных этапов, в ходе которых реализованы два циклических процесса: а) оценка КБП; б) образовательное воздействие на руководителей МО, по результатам этой оценки — Рис.3.1.

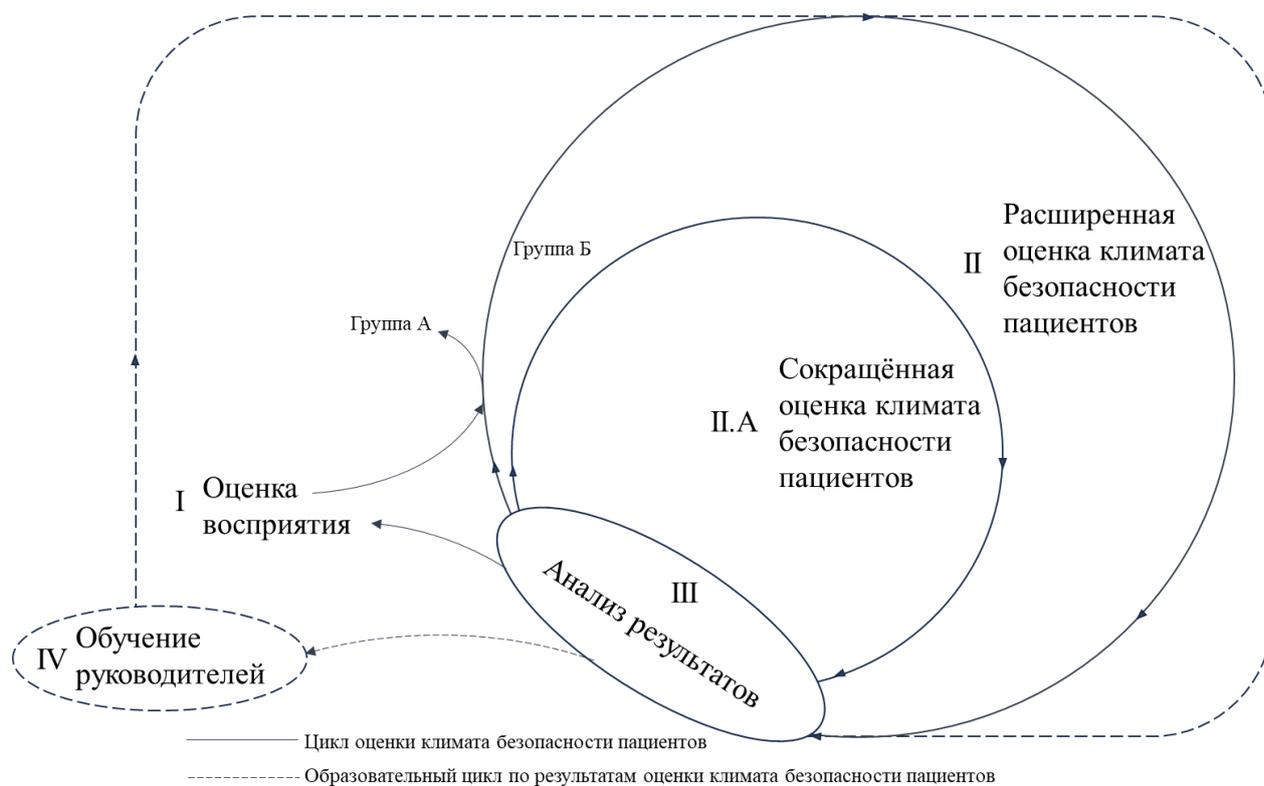


Рисунок 3.1. Схема этапов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов на уровне медицинской организации. *Примечание:* где «Группа А» – это группа респондентов с высоким различием личностного и социального восприятия окружающей действительности, «Группа Б» – это группа респондентов с низким различием личностного и социального восприятия окружающей действительности, римскими цифрами обозначены этапы мониторинга КБП.

Изложение методики в настоящей главе разделено согласно этим 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).

3.1 Процесс оценки социально-психологического климата безопасности пациентов.

Подбор социально-психологических методов исследования вёлся на основе современных концепций о предсказующей функции мозга и многоуровневой множественной динамической регуляции выборов, а также разработанных автором данного исследования принципов «Диады» и «Триады». В результате был подобран набор опросников для оценки КБП в МО:

I этап: EQ5D5L – опросник качества жизни, связанного со здоровьем;

II этап: SAQ – отношение персонала МО к безопасности пациентов и опросник моральных дилемм;

II.A этап: редуцированный опросник SAQ и обновлённый опросник моральных дилемм.

Выбранный набор методов не представляется единственным. Однако в момент проведения настоящего исследования, опросник SAQ оказался единственным этнолингвистически адаптированным к русскоязычному пространству методом исследования КБП в МО, что обусловило его комбинацию с опросником EQ5D5L и методом вербальных задач, аналоги которых были использованы при проверке принципа «Диады».

Подробный алгоритм математической обработки полученных результатов по набору опросников «EQ5D5L+SAQ+опросник моральных дилемм» начинался с расчёта показателей шкал опросника EQ5D5L, согласно авторским методикам — Приложение 4, на основании самооценок качества жизни, связанного со здоровьем, проводилось объединение пула респондентов в две подгруппы. Далее проводился расчет показателей шкал опросника SAQ по авторской методике, модифицированной для русскоязычной версии — Приложение 6, затем расчёт интегральных показателей с учётом данных вербальных задач, сравнительный, корреляционный анализы, результатом регрессионного анализа, стала версия опросника для сокращённой оценки КБП. — Рис.3.2.

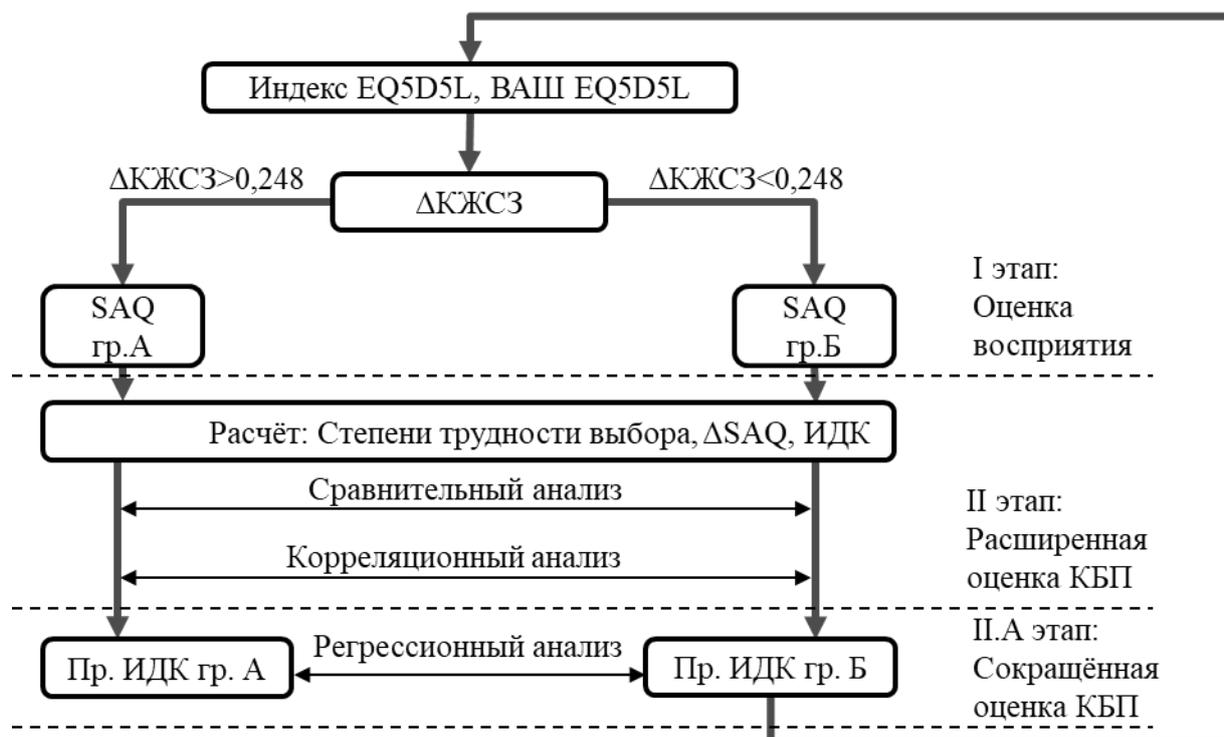


Рисунок 3.2. Алгоритм математической обработки данных набора опросников «EQ5D5L+SAQ+опросный блок метода вербальных задач» *Примечание:* где Индекс EQ5D5L, ВАШ EQ5D5L, ΔКЖСЗ – расчетные переменные опросника EQ-5D-5L, SAQ гр.А и SAQ гр. Б – расчетные переменные опросника SAQ в подгруппах, ИДК – индекс должной критичности, Пр. ИДК гр.А и Пр. ИДК гр.Б – приближенные значения индекса должной критичности в подгруппах, соответственно.

I этап: оценка различий между личностным и социальным восприятием действительности для обеспечения надёжности оценки КБП.

Определение величины различий между социальной и личной самооценками своего здоровья проводилось с целью детекции респондентов с большой и малой величиной различий восприятия для последующего отдельного анализа результатов — Рис. 3.3.

Расчёт индекса EQ5D5L – интегрального показателя рациональной самооценки потерь здоровья. Индекс EQ5D5L рассчитывается по результатам ответов респондента по каждому из пяти доменов первой части опросника EQ-5D-5L, согласно методике EuroQol Group — Приложение 4.

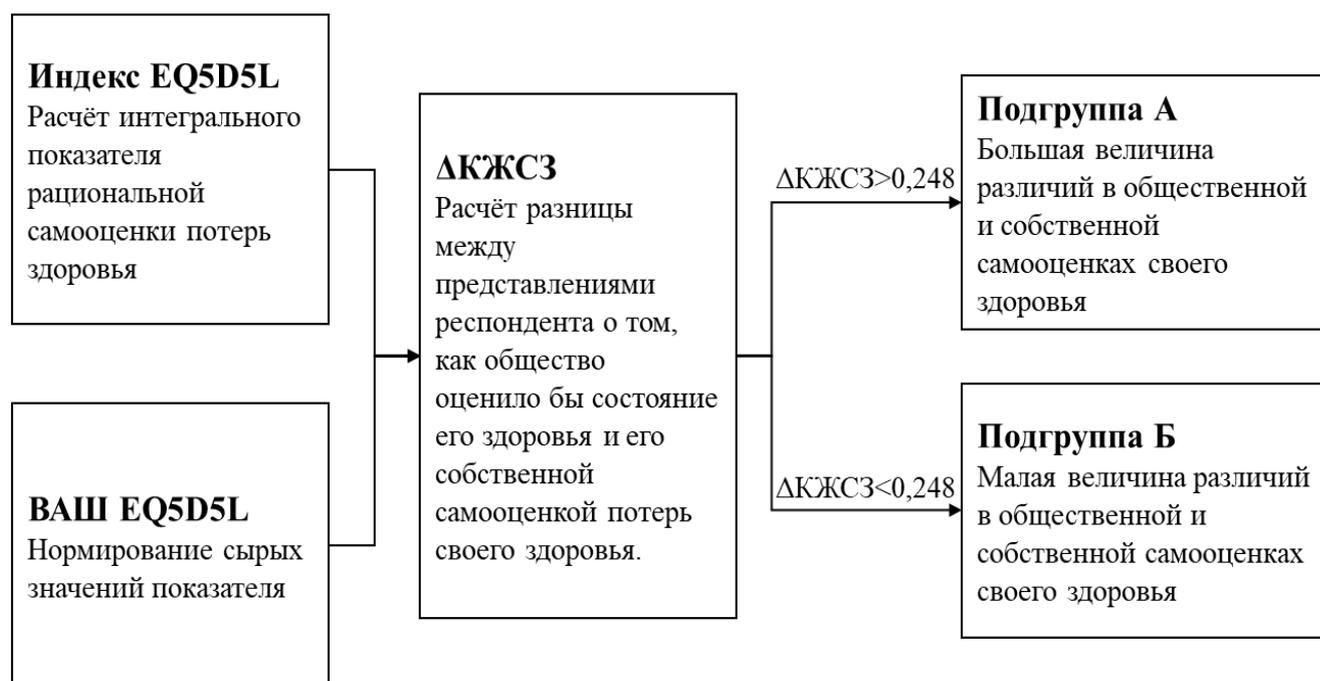


Рисунок 3.3. Схема распределения респондентов по подгруппам с большими и малыми различиями в общественной и собственной самооценке своего здоровья в момент заполнения опросников, связанных с оценкой социально-психологического климата безопасности пациентов

При расчете показателя Индекс EQ5D5L учитывались «ментальные особенности жителей РФ, которые обусловлены культурно-историческими психологическими установками по сравнению с населением других стран» [6]. Для выявления ментальных установок респондентов-жителей РФ V. Omelyanovskiy, et al. провели исследование, результатом которых явился набор значений весовых коэффициентов по каждому домену опросника [228]— Табл. 3.1, которые были применены в расчётах интегрального показателя рациональной самооценки респондентом потерь своего здоровья [188].

Весовые коэффициенты ограничений здоровья для российского набора значений EQ-5D-5L.

Домены	Уровни		Crosswalk Value set*
Мобильность	1	Вы не испытываете никаких трудностей при ходьбе	0
	2	Вы испытываете небольшие трудности при ходьбе	0,034
	3	Вы испытываете умеренные трудности при ходьбе	0,041
	4	Вы испытываете большие трудности при ходьбе	0,071
	5	Вы не в состоянии ходить	0,458
Уход за собой	1	Вы не испытываете никаких трудностей с мытьем или одеванием	0
	2	Вы испытываете небольшие трудности с мытьем или одеванием	0,062
	3	Вы испытываете умеренные трудности с мытьем или одеванием	0,075
	4	Вы испытываете большие трудности с мытьем или одеванием	0,117
	5	Вы не в состоянии самостоятельно мыться или одеваться	0,246
Привычная повседневная деятельность	1	Ваша привычная повседневная деятельность дается Вам без труда	0
	2	Ваша привычная повседневная деятельность для Вас немного затруднительна	0,059
	3	Ваша привычная повседневная деятельность для Вас умеренно затруднительна	0,073
	4	Ваша привычная повседневная деятельность для Вас очень затруднительна	0,129
	5	Вы не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью	0,242
Боль/ Дискомфорт	1	Вы не испытываете боли или дискомфорта	0
	2	Вы испытываете небольшую боль или дискомфорт	0,053
	3	Вы испытываете умеренную боль или дискомфорт	0,066
	4	Вы испытываете сильную боль или дискомфорт	0,19
	5	Вы испытываете чрезвычайно сильную боль или дискомфорт	0,377
Тревога/ Депрессия	1	Вы не испытываете тревоги или депрессии	0
	2	Вы испытываете небольшую тревогу или депрессию	0,033
	3	Вы испытываете умеренную тревогу или депрессию	0,041
	4	Вы испытываете сильную тревогу или депрессию	0,109
	5	Вы испытываете крайне сильную тревогу или депрессию	0,179

Примечание: *Crosswalk value set - величины весовых коэффициентов ограничений здоровья, соответствующих вариантам ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ-5D-5L. Источник: Valuation of the EQ-5D-3L in Russia / V. Omelyanovskiy, N. Musina, S. Ratushnyak [et al.] // Qual. Life Res. – 2021. – Vol. 30, No 7. – P. 1997–2007.

Формула расчёта:

$$\text{Индекс EQ5D5L} = 1 - (k_1 + k_2 + k_3 + k_4 + k_5),$$

где 1 – это состояние наилучшего здоровья, когда «совсем проблем нет»; k_1 – значение весового коэффициента ограничений здоровья, соответствующее варианту ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ5D5L по домену «Мобильность – Mobility»; k_2 – значение весового коэффициента ограничений здоровья, соответствующее варианту ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ5D5L по домену по «Уход за собой – Self-Care»; k_3 – значение весового коэффициента ограничений здоровья, соответствующее варианту ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ5D5L по домену «Привычная повседневная деятельность – Usual Activities»; k_4 – значение весового коэффициента ограничений здоровья, соответствующее варианту ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ5D5L по домену «Боль/Дискомфорт – Pain/Discomfort»; k_5 – значение весового коэффициента ограничений здоровья, соответствующее варианту ответа из описательного отчёта опросника в российском наборе значений для EQ5D5L по домену «Тревога/Депрессия – Anxiety/Depression».

ВАШ EQ5D5L – измерение косвенной (иррациональной) самооценки здоровья – проводилась по второй части опросника EQ5D5L по визуально-аналоговой шкале — Приложение 4. В связи с различиями в порядках исчисления показателя «Индекс EQ5D5L» (до 1,0) и «ВАШ EQ5D5L» (до 100,0) проводилось нормирование по формуле:

$$\text{ВАШ EQ5D5L}_{\text{нормированное}} = \frac{\text{ВАШ EQ5D5L}}{100},$$

где ВАШ EQ5D5L – сырой балл визуально-аналоговой шкалы опросника EQ5D5L.

Расчёт показателя ΔКЖСЗ (качества жизни, связанного со здоровьем)

В самоотчётных версиях опросников EQ5D3L и EQ5D5L визуально-аналоговая шкала (ВАШ EQ5D5L) измеряет собственную оценку состояния здоровья респондента, в отличие от показателя Индекс EQ5D5L, который основан на наборе весов, полученных из генеральной выборки населения страны, где проживает респондент, и который рассматривается, как социальная оценка состояния здоровья респондента [281].

Количественное измерение различия между социальной (рациональной) и собственной (иррациональной) самооценками потерь своего здоровья респондентом позволяет понять, насколько лучше или хуже респондент оценивает

состояние своего здоровья с учётом его (респондента) представлений о том, как оценили бы состояние его здоровья окружающие люди.

Δ КЖСЗ (у.е.) – это разница между восприятием респондента о том, как общество оценило бы состояние его здоровья и его собственной самооценкой потерь своего здоровья.

Расчёт показателя Δ КЖСЗ проводится по формуле:

$$\Delta\text{КЖСЗ} = \text{Индекс } EQ5D5L - \text{ВАШ } EQ5D5L_{\text{нормированное}}$$

где Индекс EQ5D5L – расчётный показатель рациональной самооценки потерь здоровья по результатам первой части опросника EQ5D5L, ВАШ EQ5D5L_{нормированное} – значение визуально-аналоговой шкалы второй части опросника EQ5D5L/100.

Определение критических пороговых значений Δ КЖСЗ проводилось на основании его межквартильного распределения в выборке, по которой определялись популяционные нормы качества жизни, связанного со здоровьем.

По представленной автору данной диссертационной работы исследователями популяционных норм для жителей Москвы (2017) базы данных с результатами опроса 1021 респондентов, был проведён расчёт Δ КЖСЗ. [190].

Полученные в результате расчёта отрицательные значения Δ КЖСЗ были переведены в положительные, так как в дальнейших расчётах учитывалось не направление, а величина разницы (мода) между рациональным восприятием качества жизни, связанного со здоровьем и иррациональной самооценкой своего здоровья. Затем был определён диапазон межквартильных значений Δ КЖСЗ — Рис. 3.3, значения четвёртого квартиля Δ КЖСЗ от 0,248 до 1,000 (у.е.) были признаны как критические пороговые, и применены в анализе результатов медицинских работников Москвы.

В результате первого этапа оценки КБП пул респондентов по первой базе данных настоящего исследования был объединён в две подгруппы с критичными и не критичными различиями в социальной и собственной самооценке своего здоровья на момент заполнения опросников, связанных с оценкой КБП: подгруппа А (n=241 с Δ КЖСЗ>0,248 у.е.), подгруппа Б (n=1801 с Δ КЖСЗ<0,248 у.е.).

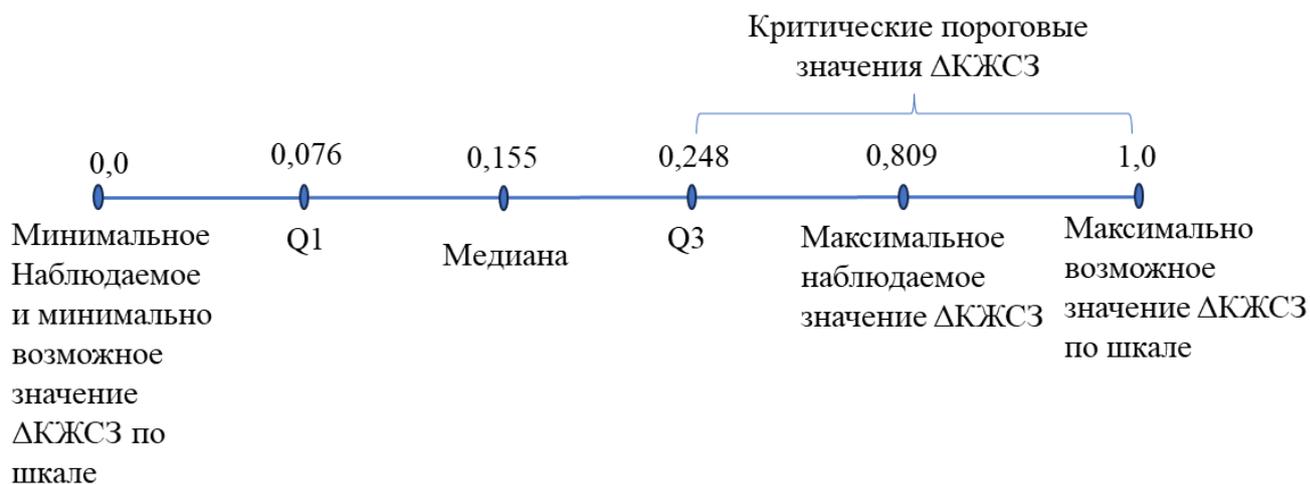


Рисунок 3.3. Межквартильные значения Δ КЖСЗ в выборке популяционных норм EQ5D5L для жителей Москвы (2017)

II этап: расширенная оценка КБП

Распределение шкал опросника SAQ по групповым и индивидуальным типам восприятия рабочих процессов сотрудниками МО

Расчёт результатов опросника SAQ проводился, согласно методике для модифицированной и этнолингвистически адаптированной русскоязычной версии опросника [121] — Приложение 6.

Шкалы опросника SAQ были распределены по двум типам оценки групповой и индивидуальной, согласно принципу «Диады»: проективная оценка респондентами групповых шкал соответствовала их восприятию качества рабочих процессов с учётом сложившихся критериев внутри социальной группы. В свою очередь, индивидуальные оценки формировались с учётом личного восприятия респондентами взаимоотношений в социальной группе.

Домены опросника SAQ, измеряющие КБП по социальным критериям (критериям группы), суммирующие значения нескольких соответствующих шкал:

- Атмосфера работы в команде;
- Атмосфера безопасности;
- Удовлетворённость работой;
- Восприятие непосредственного руководства;

- Восприятие больничного руководства;
- Рабочие условия.

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и отдельные шкалы опросника SAQ, измеряющие КБП по индивидуальным (личностным) критериям респондентов:

- Распознавание (понимание) стресса;
- Если я обращусь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты;
- Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения;
- Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения;
- Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения;
- У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения.

Шкалы, связанные с восприятием рабочих процессов в состоянии стресса, были отнесены к индивидуальным шкалам конструкции опросника SAQ согласно исследованию Taylor J. A., Pandian R. A., где они показали, что домен «Распознавание (понимание) стресса» отражает индивидуальные установки респондентов, а не консенсус среди тех людей, которые работают в подразделении [266].

В дальнейшем деление шкал опросника SAQ по типу восприятия (групповое или социальное и индивидуальное или личностное) позволило соотнести их с компонентами интеллектуальной и личностной осей модели множественной динамической регуляции выбора, согласно принципу «Триады».

Перевод 100-бальных переменных опросника SAQ в дихотомические.

Авторская методика опросника SAQ подразумевает представление итоговых значений шкал по 100-бальной шкале и определяет 75 баллов как границу порогового значения, которое определяет тип оценки. Все значения по доменам или отдельным шкалам SAQ более 75 баллов (включительно) интерпретируются как благоприятные оценки, менее 75 баллов как не благоприятные. На этом основании проводился перевод шкал SAQ в дихотомические значения: 75 (включительно) и более =1, менее 75 =0, где 1–благоприятная оценка, 0–не благоприятная. Анализ результатов и их графическое представление проводилось по 100–бальной и дихотомической шкалам.

Оценка степени трудности выбора

Оценка степени трудности принятия решений проводилась с помощью одного из 15 опросных блоков модифицированной методики вербальных задач Цзянь Оуян. Авторская модификация Ц. Оуян была создана на основе опросников житейских моральных дилемм EMDM (The Everyday Moral Decision-Making Task) и EMCS (Everyday moral conflict situations) и состоит из трёх частей, направленных на решение дилемм, связанных с незнакомыми людьми, со знакомыми (друзья, родственники, коллеги), дилемм, связанных с групповыми взаимоотношениями. Был выбран один опросный блок из части «решение дилемм, связанных со знакомыми людьми»: вопрос – «Вы спешите написать отчет, который нужно сдать. К вам приходит друг (подруга), чтобы рассказать о боли от разрыва, который он/она только что пережил/а. Прекратите ли вы работу, чтобы побыть с ним/ней?»; задание – «Оцените уровень трудности выбора в этой ситуации» (Шкала Лайкерта от 1 до 7, где 7-наибольшая трудность).

Решение о выборе одного, всех или нескольких опросных блоков методики вербальных задач принимается на основании запроса руководителя МО, как основного Заказчика мониторинга оценки КБП. В случае создания уникальных модификаций дилемм, учитывающих специфику МО, необходимым требованием

является предварительное проведение процедур, подтверждающих валидность психометрических оценок.

Расчёт дополнительных переменных: ΔSAQ и индекса должной критичности.

Расчёт средних арифметических по групповым и индивидуальным шкалам позволил определить величину различий между социальным и личностным восприятием КБП как по каждому респонденту, так и по коллективу в среднем, по формуле:

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

где ΔSAQ – это разность между средними значениями групповых и индивидуальных шкал опросника SAQ, $SAQ_{гр.}$ – среднее арифметическое по 100-бальным или дихотомическим шкалам: Атмосфера командной работы, Атмосфера безопасности, Удовлетворенность работой, Восприятие непосредственного менеджмента/руководства, Восприятие больничного менеджмента/руководства, Рабочие условия, $SAQ_{инд.}$ – среднее арифметическое по 100-бальным или дихотомическим шкалам: Распознавание (понимание) стресса, Если я обращусь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты, Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения, Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения, Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения, У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения.

Отрицательные значения расчётного показателя ΔSAQ также были переведены в положительные, так как направление различий не учитывалось, принималась во внимание лишь величина значения, как при расчёте $\Delta KЖСЗ$. Пороговые значения определялись по диапазонам межквартильных значений ΔSAQ первой базы данных, то есть по всей выборке участников пятой волны опроса всех подразделений ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ». Границей критического порогового значения было выбрано значение третьего квартиля (Q_3 , включительно), диапазон значений четвёртого квартиля ΔSAQ признавался как критические значения. Определение доли $\Delta SAQ > Q_3$ по каждому подразделению позволяло определить долю сотрудников, у которых различие между социальным и личностным восприятием КБП отличалось в большую сторону, чем у 75% остальных сотрудников МО.

Индекс должной критичности (ИДК) – это доля от максимально возможных благоприятных оценок групповых и индивидуальных шкал опросника SAQ, а также переменной «Степень трудности принятия выбора». Эта интегральная переменная демонстрирует величину позитивного восприятия сотрудниками качества и безопасности текущих рабочих процессов и ту меру ментальных усилий (умственных напряжений), которая связана с процессом выборов при решении мысленных дилемм, созданных на основе рабочих ситуаций. ИДК рассчитывался персонально, в среднем по группе, в среднем по коллективу МО и позволял руководителям уточнить свои персональные ожидания о доле сотрудников коллектива, благоприятно воспринимающих качество и безопасность рабочих процессов, а также прикладывающих мыслительные усилия при решении ситуативных вербальных задач. Для расчёта ИДК использовались дихотомические значения шкал опросника SAQ и переменной «Степень трудности выбора».

Формула расчёта ИДК:

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

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.

Формула расчёта ИДК по уровням:

$$\text{ИДК}_{\text{перс.}} = \Gamma | \text{И} | \text{Т},$$

где ИДК_{перс.} – индекс должной критичности, персональный, Γ – среднее арифметическое по всем дихотомическим шкалам опросника SAQ, относящихся к групповому восприятию КБП, И – среднее арифметическое по всем дихотомическим шкалам опросника SAQ, относящихся к индивидуальному восприятию КБП, Т – дихотомическое значение переменной «Степень трудности выбора» рассчитанное по медиане всего коллектива МО, в текущую волну опроса.

В ходе предоставления обратной связи руководителями МО использовалась табличная форма визуализации ИДК по группам, где для каждой группы сотрудников рассчитывалось среднее арифметическое соответствующих персональных дихотомических шкал — Табл. 3.2.

Таблица 3.2. Индекс должной критичности по социальным группам МО, в среднем.

Социальные группы	ИДК _{гр.} (%)			ИДК _{гр.} -уровневое отображение (ср. арфм)		
	Все	А	Б	Все	А	Б
МО (все)	50,2	47,8	50,5	Г0,64 И0,51 Т0,49	Г0,46 И0,33 Т0,68	Г0,66 И0,53 Т0,46
Врачи	55,9	49,9	56,8	Г0,71 И0,57 Т0,57	Г0,49 И0,37 Т0,68	Г0,74 И0,60 Т0,56
СМП	47,3	47,8	47,3	Г0,59 И0,48 Т0,48	Г0,43 И0,33 Т0,71	Г0,61 И0,50 Т0,41

Примечание: А – подгруппа респондентов с ΔКЖСЗ ≥ 0,248, Б – подгруппа респондентов с ΔКЖСЗ < 0,248, СМП – средний медицинский персонал, Г – среднее арифметическое по всем дихотомическим шкалам группового восприятия КБП, И – среднее арифметическое по всем дихотомическим шкалам индивидуального восприятия КБП, Т – среднее арифметическое по шкале «Степень трудности выбора».

Процедуры подготовки данных к статистической обработке.

При использовании результатов опросника SAQ в математических моделях вместе с другими показателями проводились процедуры нормирования и очистки от выбросов.

Формула процедуры нормирования:

$$x = \frac{y - \min}{\max - \min},$$

где x – нормированное значение, y – значение показателя респондента по шкале опросника, \min – минимальное значение показателя среди всех значений в выборке по соответствующей шкале, \max – максимальное значение показателя среди всех значений в выборке по соответствующей шкале.

Статистические выбросы определялись по внутренним границам выбросов, по формулам:

$$\text{ВГВ} = Q_3 + (\text{МКД} * 1,5)$$

$$\text{НГВ} = Q_1 - (\text{МКД} * 1,5),$$

где ВГВ – верхняя граница выброса, НГВ – нижняя граница выброса, Q_3 – значение третьего квартиля, Q_1 – значение первого квартиля, МКД – значение межквартильного диапазона, 1,5 – коэффициент, по которым определялись внутренние границы выбросов.

Сравнительный анализ КБП в подгруппах А и Б.

Сравнительный анализ был проведён после проверки рядов исследуемых переменных на нормальность распределения. Значения Z статистики Колмогорова-Смирнова для всех расчётных переменных всех шкал опросника SAQ были со значимостью менее $p < 0,05$, что свидетельствовало о ненормальном распределении. Сравнение различия средних между переменными в подгруппах А и Б проводилось с помощью U-критерия Манна-Уитни, а также по рекомендации А.А. Корнеева и А.Н. Кричевец для выборок большого размера дополнительно был применён t-критерий [62]— Табл. 3.3, Табл. 3.4.

Таблица 3.3. Сравнение результатов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в подгруппах А и Б по критерию U-Манна-Уитни.

Шкалы опросников	Подгруппа Б (n=1801)		Подгруппа А (n=241)		U	p
	M	SD	M	SD		
SAQ 1	83,3	15,4	79,2	19,2	168908,5	0
SAQ 2	85,7	15,1	75	19,1	157940	0
SAQ 3	90	17,5	75	20,9	153134	0
SAQ 4	50	27,4	62,5	26,1	185643,5	0
SAQ 5	93,8	18,8	80	21,7	160083,5	0
SAQ 6	85	18,6	75	23,5	166745	0
SAQ 7	81,3	19,1	68,8	22,7	155567,5	0
SAQ 8	75	24,8	75	25,9	193242,5	0,003
SAQ 9	100	22,9	75	28,7	170276	0
SAQ 10	100	22,0	75	26,5	174601,5	0
SAQ 11	75	38,0	50	36,3	196410	0,013
SAQ 12	75	31,6	75	32,7	175644,5	0
MD 1	1	0,4	1	0,3	197561,0	0
MDE2	4	1,9	2	1,7	162096,5	0

Примечание: 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 1–результат выбора при решении моральной дилеммы, где 1–Решение продолжить работу, 0–

Решение прекратить работу, MDE 2–Степень трудности выбора при решении дилеммы, M–Медиана, SD–Стандартное отклонение, U–значение критерия Манна-Уитни, p – асимптотическая значимость.

Таблица 3.4. Сравнение результатов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в подгруппах А и Б по критерию Т-критерию Стьюдента.

Шкалы опросника	Подгруппа Б (n=1801)		Подгруппа А (n=241)		Усл.	t	p
	Ср.арфм	SD	Ср.арфм	SD			
SAQ 1	82,3	15,4	75,1	19,2	П	6,65	0
					Н	5,62	0
SAQ 2	82,2	15,1	73,8	19,1	П	7,84	0
					Н	6,56	0
SAQ 3	84,6	17,5	75,0	20,9	П	7,81	0
					Н	6,83	0
SAQ 4	52,7	27,4	59,6	26,1	П	-3,69	0
					Н	-3,82	0
SAQ 5	85,4	18,8	76,9	21,7	П	6,46	0
					Н	5,80	0
SAQ 6	81,9	18,6	72,7	23,5	П	6,95	0
					Н	5,80	0
SAQ 7	78,8	19,1	68,3	22,7	П	7,80	0
					Н	6,82	0
SAQ 8	79,0	24,8	74,5	25,9	П	2,65	0,008
					Н	2,57	0,011
SAQ 9	85,5	22,9	75,4	28,7	П	6,20	0
					Н	5,22	0
SAQ 10	85,8	22,0	77,5	26,5	П	5,33	0
					Н	4,63	0
SAQ 11	59,2	38,0	54,1	36,3	П	1,96	0,051
					Н	2,03	0,044

Продолжение таблицы 3.4

SAQ 12	72,5	31,6	62,9	32,7	П	4,44	0
					Н	4,32	0
MD 1	0,8	0,3	0,7	0,4	П	3,63	0
					Н	3,15	0,002
MDE 2	2,6	1,7	3,5	1,9	П	-7,15	0
					Н	-6,62	0

Примечания: П–предполагается равенство дисперсий, Н–равенство дисперсий не предполагается, t–значение критерия Стьюдента, остальные условные обозначения соответствуют обозначениям в примечании к таблице 3.3.

Результаты сравнительного анализа по 100–бальным шкалам опросника SAQ продемонстрировали значимые различия между всеми исследуемыми переменными в подгруппах А и Б. Респонденты подгруппы А оценивали все домены КБП менее благоприятно по сравнению с респондентами подгруппы Б, кроме шкалы «Распознавание (понимание) стресса», где суждения респондентов показывают, наоборот, лучшее распознавание своего состояния стресса. Результаты расчётной переменной ΔКЖСЗ опросника EQ5D5L отождествляют статус самооценки потерь здоровья в момент заполнения опросников, с учетом этого обстоятельства анализировались результаты опросника SAQ на III этапе методики мониторинга оценки КБП.

Две переменные опросного блока вербальных задач с моральной дилеммой «...Прекратите ли вы работу, чтобы побыть с ним/ней?» отличались в подгруппах А и Б. Количество выборов «прекратить работу ради общения с коллегой» было больше в подгруппе А, чем в подгруппе Б — Табл. 3.3, 3.4. Вторая переменная опросного блока вербальных задач «Степень трудности принятия решения о выборе» (MDE 2) при сравнении средних баллов по шкале между подгруппами тоже значимо различалась — Табл. 3.3, 3.4, Рис. 3.4.

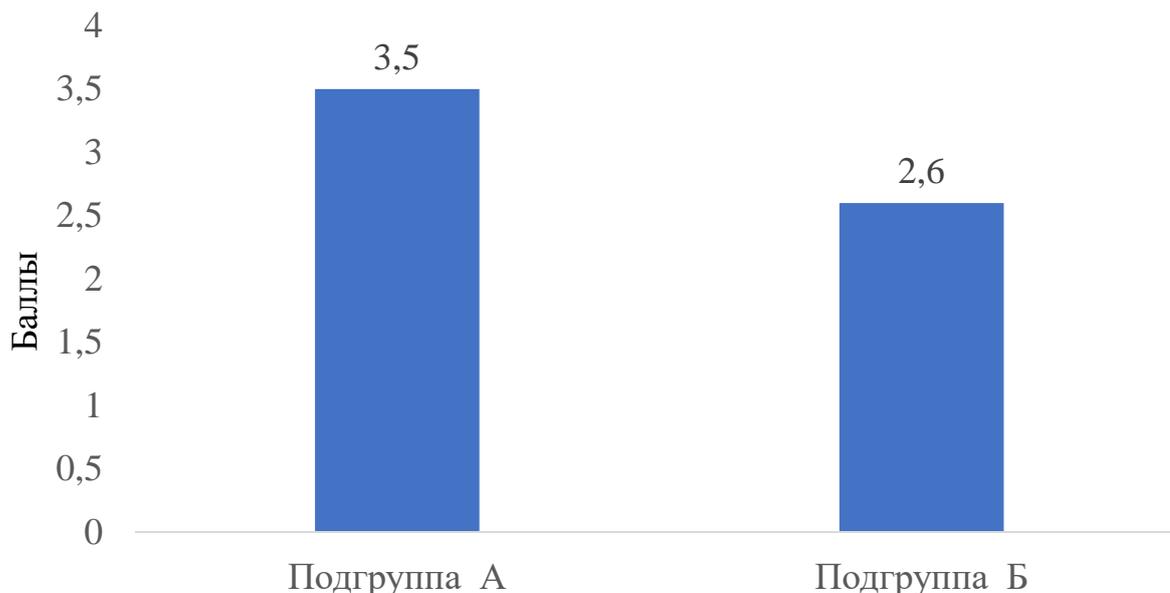


Рисунок 3.4. Среднее количество баллов по шкале «Степень трудности принятия решения о выборе» (MDE 2) в подгруппах.

Таким образом, разделение респондентов на подгруппы по критерию $\Delta\text{КЖСЗ} > 0,248$ позволило выявить разницу средних значений в восприятии КБП, измеренного методом SAQ.

Корреляционный анализ

Кроме различий по средним, подгруппы отличались количеством взаимосвязей между переменными внутри самих подгрупп: в подгруппе А по переменной $\Delta\text{КЖСЗ}$ были слабо и/или типично, в интерпретации силы корреляции по J. Cohen [174], взаимосвязаны с переменными «Атмосфера работы в команде» и «Атмосфера безопасности» значимой связью обратной направленности. В подгруппе Б все 12 доменов опросника SAQ слабо и/или типично, прямо или обратно, значимо взаимосвязаны с переменной $\Delta\text{КЖСЗ}$ — Табл. 3.5. Выявленные корреляционные взаимосвязи между исследуемыми переменными подгрупп А и Б позволили изучить природу их причинно-следственных связей с помощью регрессионного анализа для расчёта вероятности возникновения предотвратимых неблагоприятных событий по сокращённой версии опросников. Корреляционный

анализ служил подготовительным этапом для проведения регрессионного анализа методики мониторинга оценки КБП.

Таблица 3.5. Корреляции переменных внутри подгрупп А и Б.

Шкалы	Подгруппа Б				Подгруппа А			
	ΔКЖСЗ		MD 2		ΔКЖСЗ		MD 2	
	ρ	p	ρ	p	ρ	p	ρ	p
ΔКЖСЗ			0,214	0			0,045	0,488
SAQ 1	-0,160	0	-0,084	0	-,208	0,001	0,018	0,781
SAQ 2	-0,178	0	-0,130	0	-,165	0,01	-0,03	0,647
SAQ 3	-0,224	0	-0,136	0	-0,117	0,07	-0,008	0,896
SAQ 4	0,280	0	0,299	0	-0,079	0,22	,240	0
SAQ 5	-0,171	0	-0,109	0	-0,016	0,8	-0,048	0,458
SAQ 6	-0,223	0	-0,131	0	-0,069	0,289	-0,09	0,162
SAQ 7	-0,228	0	-0,184	0	-0,052	0,418	-0,054	0,407
SAQ 8	-0,136	0	-0,072	0,002	-0,03	0,646	0,051	0,435
SAQ 9	-0,162	0	-0,077	0,001	-0,053	0,413	-0,008	0,898
SAQ 10	-0,134	0	-0,035	0,133	-0,098	0,131	-0,023	0,728
SAQ 11	-0,130	0	-0,063	0,008	0,125	0,053	0,039	0,55
SAQ 12	-0,142	0	-0,080	0,001	-0,097	0,135	0,06	0,354
MDE 2	0,214	0			0,045	0,488		

Примечание: ρ – коэффициент корреляции Спирмена, остальные условные обозначения соответствуют обозначениям в примечании к таблице 3.3.

II.A этап: сокращенная оценка социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях

Регрессионный анализ

В настоящей диссертационной работе для расчета приближенного ИДК в оценке КБП процентные значения ИДК каждого респондента в выборке 5 волны опроса, проведенного по полной батарее опросников, были переведены в дихотомические. Перевод осуществлялся с помощью медианы, которая вычислялась по всей выборке респондентов, включая данные респондентов подгрупп А и Б, если больше медианы (включительно), присваивалось значение «1», если меньше - «0». По каждой переменной были исключены выбросы (по внутренней границе выбросов) и опросники, заполненные с дефектами. Все ответы по шкалам опросника SAQ, которые были отмечены респондентами как «не

применимо», были интерпретированы как «уход от ответа» и переведены в негативную оценку «0».

Расчёт проводился с помощью метода бинарной логистической регрессии для респондентов подгрупп А и Б. Результирующей зависимой переменной служила дихотомическая форма ИДК, независимыми переменными выступили дихотомическая переменная «Степень трудности выбора» и сырые баллы всех ответов на 41-одно утверждение опросника SAQ. «Сырыми баллами» считались числовые значения от нуля до пяти шкалы Лайкерта, которые соответствовали варианту ответа на утверждение опросника.

Общая выборка (n=2042) был разделена на обучающую (n=1021, 50%) и тестовую (n=1021, 50%) по дате и времени прохождения опроса – данные половины респондентов, ответивших последними, составили обучающую выборку. В обучающей выборке было 12,3% респондентов подгруппы А (n=126) с $\Delta EQ > 0,248$ у.е. и 87,7% респондентов подгруппы Б (n=895), оценивших меньшие потери своего здоровья ($\Delta EQ < 0,248$ у.е.). В тестовой выборке было 11,3% респондентов подгруппы А (n=115) с $\Delta EQ > 0,248$ у.е. и 88,7% респондентов подгруппы Б (n=906) с $\Delta EQ < 0,248$ у.е.

В подгруппе А (n=126) процессе 6-ти шагового добавления независимых переменных в математическую модель (тип метода «Forward: LR») было получено наилучшее качество модели: коэффициент детерминации R^2 Нэйджелкерка 0,842, общий процент корректных предсказанных значений 93,7%. Получено уравнение логистической регрессии:

$$\text{logit}(p) = z = 49,144 - (5,861 * E) - (1,66 * S4) - (0,845 * S9) - (2,067 * S32) - (2,697 * S38) - (3,124 * S39),$$

где p – предсказанное значение переменной индекс должной критичности, E – дихотомическое значение предиктора «Степень трудности выбора», $S4$ – значение ответа респондента на утверждение «Я получаю необходимую поддержку по работе с больными от моих коллег», $S9$ – значение ответа респондента на утверждение «Мне известно, к кому следует обращаться с вопросами по безопасности пациентов в моем отделении», $S32$ – значение ответа респондента на утверждение «Руководство клиники конструктивно работает с проблемным персоналом», $S38$ – значение ответа респондента на утверждение «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», $S39$ – значение ответа респондента на утверждение «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения».

Соответствие модели фактическим данным было признано как хорошее. Для проверки устойчивости полученной модели был выполнен анализ ROC кривых: асимптотический доверительный интервал (95%); нижняя граница = 0,955; верхняя граница - 1,002, при площади под кривой 0,979, стандартной ошибке 0,012 (в непараметрическом случае) при $p=0,000$ (нулевая гипотеза: истинная площадь = 0,5) — Рис.3.5.

Результаты проверки надёжности модели на тестовой выборке в подгруппе А ($n=115$) при значении отсечения 0,8 продемонстрировали: 18,9% ложноотрицательных и 11,3% ложноположительных предсказанных значений, т.е. значения результирующей переменной Индекс должной критичности у 85% респондентов тестовой подгруппы был рассчитан верно.

ROC Кривая

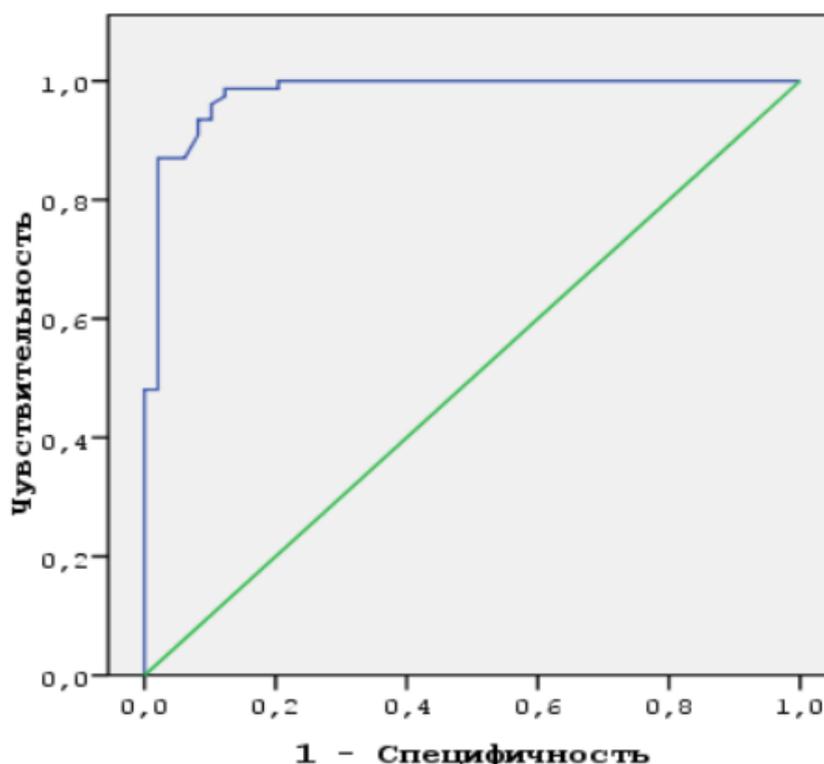


Рисунок 3.5. ROC кривая предсказанных значений результирующей переменной «Индекс должной критичности» по обучающей выборке подгруппы А ($n=126$), где по оси «Специфичность» расположены вероятности ложноположительных результатов, по оси «Чувствительность» – вероятности истинно положительных результатов.

В подгруппе Б (n=895) процессе 16-ти шагового добавления независимых переменных в математическую модель (тип метода «Forward: LR») было получено наилучшее качество модели: коэффициент детерминации R^2 Нэйджелкерка=0,742, общий процент корректных предсказанных значений 86,9%, оценивание было закончено на итерации номер 8, потому что оценки параметра изменились менее чем на 0,001.

Получено уравнение логистической регрессии:

$$\begin{aligned} \text{login}(p) = z = & 30,958 - (5,604 * E) + (0,507 * S4) - (0,793 * S5) - (0,628 * S10) - \\ & (0,849 * S14) - (0,57 * S19) + (0,216 * S23) - (0,751 * S28) - (0,349 * S29) - (0,684 * S33) - \\ & (0,374 * S37) - (0,849 * S38) - (0,935 * S39) - (0,348 * S41), \end{aligned}$$

где p – предсказанное значение переменной индекс должной критичности, E – дихотомическое значение предиктора «Степень трудности выбора» респондента, $S4$ – значение ответа респондента на утверждение «Я получаю необходимую поддержку по работе с больными от моих коллег», $S5$ – значение ответа респондента на утверждение «Сотрудники отделения могут смело задавать вопросы, если что-то непонятно», $S10$ – значение ответа респондента на утверждение «Я получаю объективную обратную связь о моей работе от моих коллег», $S14$ – значение ответа респондента на утверждение «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», $S19$ – значение ответа респондента на утверждение «Наше отделение отличается высоким моральным настрой», $S23$ – значение ответа респондента на утверждение «В экстренных ситуациях (напр., неотложная реанимация, эпилептический припадок у пациента) усталость сказывается на моей работе», $S28$ – значение ответа респондента на утверждение «Руководство отделения оперативно и адекватно информирует меня о том, что может иметь отношение к моей работе», $S29$ – значение ответа респондента на утверждение «Руководство клиники оказывает мне постоянную поддержку», $S33$ – значение ответа респондента на утверждение «Руководство клиники оперативно и адекватно информирует о том, что может иметь отношение к моей работе», $S37$ – значение ответа респондента на утверждение «Я считаю достаточным объём наставничества, персонала, обучающегося моей специальности», $S38$ – значение ответа респондента на утверждение «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», $S39$ – значение ответа респондента на утверждение «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», $S41$ – значение ответа респондента на утверждение «У нас в отделении часто возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения».

Соответствие модели фактическим данным было признано как хорошее. Для проверки устойчивости полученной модели был выполнен анализ ROC кривых — Рис. 3.6. В результате этого анализа был получен асимптотический доверительный интервал (95%): нижняя граница = 0,942; верхняя граница = 0,966, при площади под кривой 0,954, стандартной ошибке 0,006 (в непараметрическом случае) при $p=0,000$ (нулевая гипотеза: истинная площадь = 0,5).

Результаты проверки надёжности модели на тестовой выборке в подгруппе Б (n=906) при применении значения отсечения 0,5 в процессе дихотомии результатов расчетов по полученному уравнению логистической регрессии показали: 13,3% ложноотрицательных и 13,6% ложноположительных предсказанных значений, то есть значения результирующей переменной индекс должной критичности, у 87% респондентов тестовой подгруппы, были рассчитаны верно.

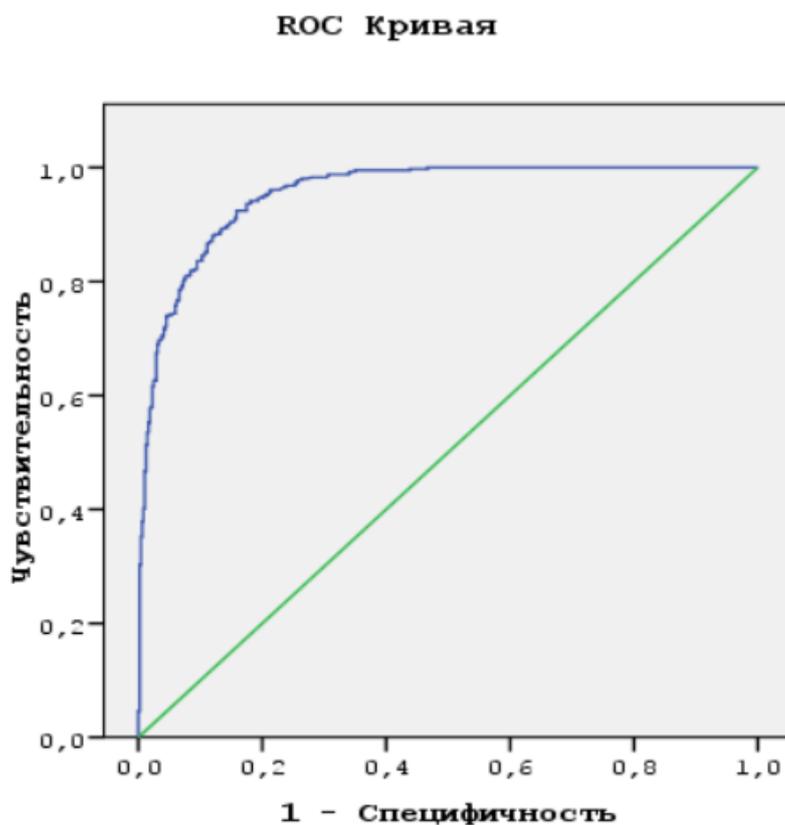


Рисунок 3.6. ROC кривая предсказанных значений результирующей переменной «Индекс должной критичности» по обучающей выборке в подгруппе Б, где по оси «Специфичность» расположены вероятности ложноположительных результатов, по оси «Чувствительность» – вероятности истинно положительных результатов

Таким образом, на основании задействованных в расчёте приближенных значений ИДК шкал опросника SAQ стало возможным формирование сокращенной версии опросника на основании перечня вопросов, которые взаимосвязаны с ИДК в рамках проведённого опроса персонала — Табл. 3.6.

Таблица 3.6. Перечень переменных для расчета приближенного ИДК.

Подгруппа		Шкалы
А	Б	Е – дихотомическое значение предиктора «Степень трудности выбора» респондента
А	Б	S4 – «Я получаю необходимую поддержку по работе с больными от моих коллег»
	Б	S5 – «Сотрудники отделения могут смело задавать вопросы, если что-то непонятно»
А		S9 – «Мне известно, к кому следует обращаться с вопросами по безопасности пациентов в моем отделении»
	Б	S10 – «Я получаю объективную обратную связь о моей работе от моих коллег»
	Б	S14 – «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты»
	Б	S19 – «Наше отделение отличает высокий моральный настрой»
	Б	S23 – «В экстренных ситуациях (напр., неотложная реанимация, эпилептический припадок у пациента) усталость сказывается на моей работе»
	Б	S28 – «Руководство отделения оперативно и адекватно информирует меня о том, что может иметь отношение к моей работе»
	Б	S29 – «Руководство клиники оказывает мне постоянную поддержку»
А		S32 – «Руководство клиники конструктивно работает с проблемным персоналом»
	Б	S33 – «Руководство клиники оперативно и адекватно информирует о том, что может иметь отношение к моей работе»
	Б	S37 – «Я считаю достаточным объём наставничества, персонала, обучающегося моей специальности»
А	Б	S38 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения»
А	Б	S39 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения»
	Б	S41 – «У нас в отделении часто возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения»

Создание сокращенной версии набора опросников для оценки КБП

При создании сокращенной версии опросника для мониторинга оценки КБП так же, как при создании набора опросников из полных версий для расширенной оценки КБП, соблюдался принцип «Диады» путём использования полной версии EQ5D5L. Принцип «Триады» был реализован через расчёт приближенного ИДК.

Выбор вопросов для сокращенной версии SAQ. Все предикторы, вошедшие в уравнения бинарных логистических регрессий для зависимых переменных индекс должной критичности в подгруппах А и Б (подробное описание в п.12

«Регрессионный анализ» — Табл. 3.6.), за прошедшую волну опроса персонала МО, явились вопросами для сокращенной версии опросника SAQ.

Для создания опросного блока вербальной задачи использовался следующий алгоритм:

1) Выбор ситуации дилеммы проводился с учётом:

- частотности неблагоприятных событий;
- этапа эволюции климата и культуры безопасности пациентов;
- фокуса на наименее тяжкие последствия исходов ситуации – на

категорию «Неблагоприятных предсобытий» — Приложение 7 «Классификация инцидентов».

2) Выбор социальной группы, которая влияет на принятие решения о выборе поведения в рабочей ситуации:

- со знакомыми людьми;
- незнакомыми людьми;
- в группе коллег.

3) Выбор специализации тем дилеммы:

- для медиков;
- не медиков;
- общая для всех специализаций сотрудников МО.

4) Создание описания ситуации, в которой следует сделать выбор.

5) Формулирование закрытого вопроса, который подразумевает дихотомический выбор (Да / Нет), при этом ответ «Да» ассоциируется с альтруистическим выбором, а ответ «Нет» с эгоистическим.

6) Апробация опросных блоков вербальных задач при решении «каждодневных рабочих» моральных дилемм на фокус-группе сотрудников.

7) Расчёт коэффициента «Альфа Кронбаха» двух переменных опросного блока к группе вопросов опросника SAQ.

В период с ноября 2023 г. по май 2024 г. в исследуемой МО наиболее частым типом инцидентов — Приложение 7 «Классификация инцидентов», были зафиксированные случаи падения пациентов при транспортировке внутри стационара, то есть инциденты, которые «невозможно скрыть». Создание производственной дилеммы происходило с учётом ситуации из категории «неблагоприятное предсобытие», когда респондент поставлен перед выбором заявлять об инциденте или нет. В связи с тем, что развитие климата и культуры безопасности в исследуемой МО находилось на этапе «отказ оборудования», в фокусе дилеммы должно было быть оборудование, а не действия людей. Ситуация, в которой респондент был бы поставлен перед выбором: сообщать об опасных поступках коллег на этом этапе развития культуры безопасности, могла вызвать сопротивление и исказить результаты опроса. В то же время для дилемма должна была быть связана со знакомыми людьми и быть общей для всех специализаций сотрудников МО – выполнение этих условий при мысленном решении вербальной задачи персоналом МО преследовало цель руководителей МО: перевод климата и культуры безопасности на следующий этап, когда сотрудники рапортуют об опасных действиях коллег.

В результате выполнения поставленных условий был создан текст опросного блока по методу вербальных задач: «Представьте себе ситуацию: Вы -сотрудник этой больницы в той же должности и специальности, которые реально занимаете. Вы каждый день ходите к своему рабочему месту через территорию отделения, в котором НЕ работаете, это Ваш привычный маршрут внутри больницы. У Вас хорошие взаимоотношения со старшей медицинской сестрой этого отделения, которая в данный момент времени находится в отпуске, и Вы не можете с ней связаться. Сегодня, когда Вы шли через это отделение, Вы заметили, что у каталки сломалось одно из колёс – оно неестественно наклонено, по сравнению с другими и, по Вашему мнению, может отвалиться по ходу движения каталки. Вы обратили внимание на этот факт проходящей мимо медицинской сестры, и проследовали к своему рабочему месту».

Вопрос: Вы напишите рапорт об этом в общую систему учёта неблагоприятных событий? (Да/Нет)

Задание: «Оцените уровень трудности выбора в этой ситуации» (Шкала Лайкерта от 1 до 7, где 7-наибольшая трудность).

После создания текста опросного блока была проведена его апробация в фокус-группах трёх фокус групп по 7-10 человек (n=27), в составе которых были врачи, медицинские сёстры и сотрудники не медицинских специальностей. Обратная связь об однозначном понимании текста была собрана в очном формате в ходе модерационных бесед исследователей с сотрудниками МО. Была проведена коррекция формулировок текста описания ситуации и вопроса к ней:

«Представьте себе ситуацию: Вы сотрудник нашей клиники, в той же должности, которую сейчас занимаете. Вы каждый рабочий день ходите к своему рабочему месту через территорию отделения, в котором не работаете, это Ваш привычный маршрут внутри больницы. У Вас хорошие деловые взаимоотношения со старшей медицинской сестрой этого отделения. Сегодня, когда Вы шли через это отделение, Вы заметили, что у каталки одно из колёс – неестественно наклонено, по сравнению с другими, что, по Вашему мнению, может нарушить устойчивость каталки по ходу её движения. Вы попробовали позвонить старшей медицинской сестре этого отделения, однако, автоответчик сообщил, что она в отпуске. Вы обратили внимание на этот факт проходящей мимо медицинской сестры, и проследовали к своему рабочему месту».

Вопрос: Напишите ли Вы рапорт об этом инциденте? (Да/Нет)

Задание: «Насколько трудно Вам было принять решение. Оцените уровень трудности выбора в этой ситуации по 7-бальной шкале, где 1-совсем легко, 7-очень трудно».

После коррекции текста вербальной задач фокус-групп (n=27) заполнили сокращённую версию опросника SAQ вместе с разработанным опросным блоком вербальной задачи. По 16 полученным шкалам — Табл. 3.6, коэффициент α -

Кронбаха составил 0,877 (у.е.), что свидетельствовало о хорошей согласованности шкал опросника.

Таким образом, для проведения сокращенной оценки КБП на основании данных 5 волны опроса можно использовать набор опросников: 1) Полная версия опросника EQ-5D-5L (6 вопросов); 2) Сокращенная версия опросника SAQ (15 вопросов); 3) опросный блок вербальной задачи, созданный на основе актуального инцидента (2 вопроса).

III и IV этапы: Анализ полученных результатов и образовательные воздействия на руководителей МО.

Анализ полученных результатов проводился в два подэтапа: оценка потерь качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) и, собственно, оценка КБП — Рис. 3.7.

Анализ и интерпретация самооценок потерь КЖСЗ сотрудников проводились для выявления сотрудников с потерями КЖСЗ больше популяционных норм, которым впоследствии по инициативе их непосредственных руководителей оказывались соответствующие индивидуальные меры поддержки.

Визуализация данных для их презентации руководителям МО была реализована в виде таблиц, с результатами по каждому сотруднику, и в среднем по отделению — Табл. 3.7. Сравнение потерь КЖСЗ у сотрудников, относительно популяционных норм для жителей Москвы, проводилось с учётом пола и возраста респондентов — Табл. 3.8.

Анализ результатов по опроснику EQ5D5L

Кроме сравнения потерь качества жизни, связанного со здоровьем, у каждого респондента с популяционными нормами по показателям индекс EQ5D5L и ВАШ EQ5D5L определялся домен, в котором респондент отмечал наибольшие потери здоровья, чем большее числовое значение коэффициента соответствующего домена, тем больше потерь. Информация о потерях КЖСЗ по каждому сотруднику персонально и в целом по подразделениям медицинской организации

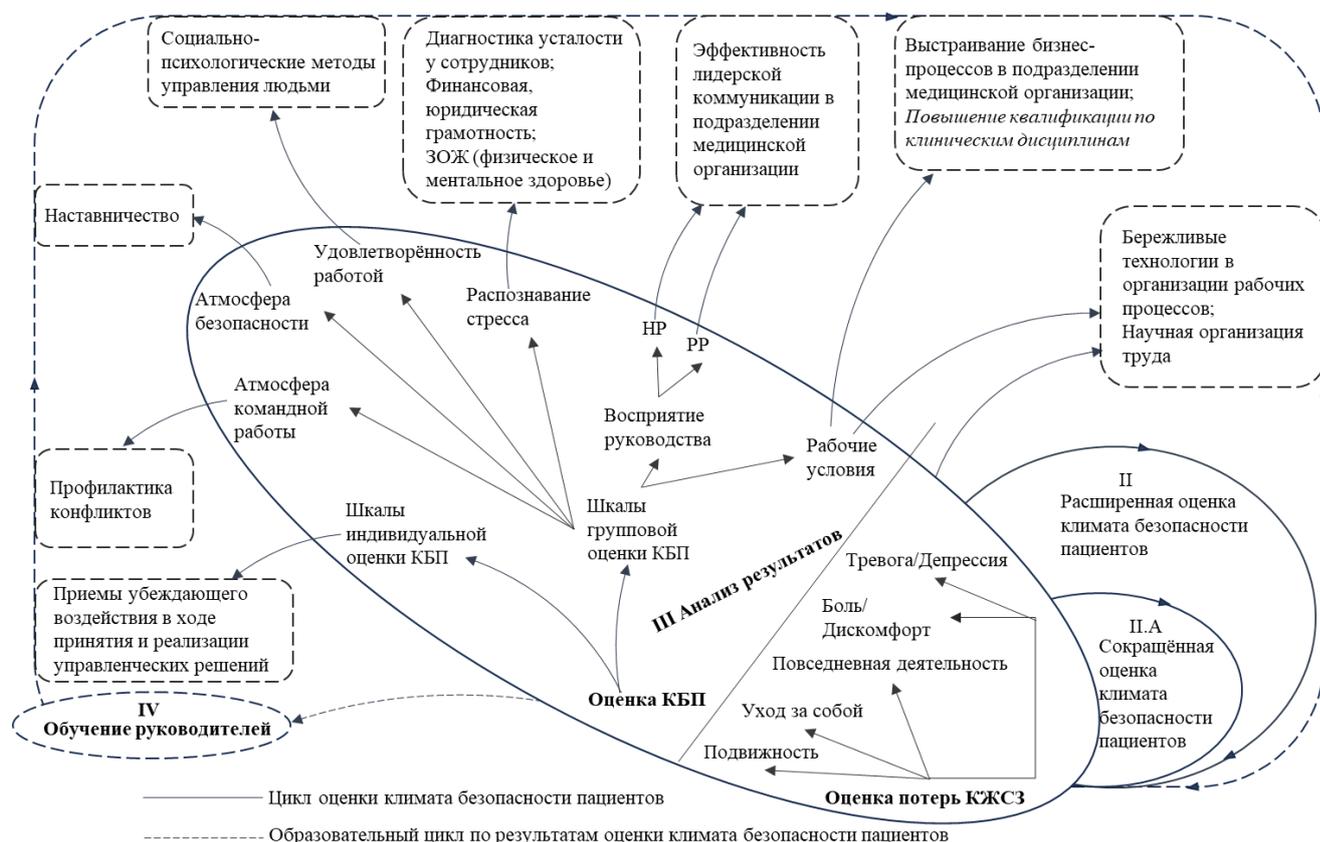


Рисунок 3.7. Схема этапов мониторинга оценки социально-психологического климата безопасности пациентов на уровне медицинской организации, где КБП – социально-психологический климат безопасности пациентов, КЖСЗ – качество жизни, связанное со здоровьем, НР – непосредственный руководитель, РР – руководитель руководителя, МО – медицинская организация, в прямоугольных фигурах, выделенных пунктирной линией – темы образовательных мероприятий для руководителей медицинской организации.

использовалась руководителями отделений и старшими сестрами для разработки мер по улучшению КЖСЗ на индивидуальном и организационном уровнях.

Респонденты с ΔКЖСЗ больше 0,248 у.е. на момент заполнения опросников относились к респондентам подгруппы А, их результаты по опроснику SAQ и опросным блокам вербальных задач проводились отдельно от респондентов подгруппы Б.

В среднем респонденты подгруппы А более негативно воспринимали качество и безопасность текущих рабочих процессов, чем респонденты подгруппы Б.

Таблица 3.7. Пример табличной визуализации результатов самооценки качества жизни, сотрудников терапевтического и хирургического отделений.

Отд.	Возраст (полных лет)	Пол	Код сотрудника	Мобильность	Уход за собой	Привычная деятельность	Боль/ Дискомфорт	Тревога/ Депрессия	Индекс EQ5D5L	Популяционные нормы (Индекс EQ5D5L)	ВАШ EQ5D5L	ΔКЖСЗ	Подгруппа
1 Сотр.ТО	26	Ж	C1	0,034	0	0,059	0,053	0	0,854	0,937	50	0,354	А
2 Сотр.ТО	47	М	C2	0	0	0	0	0	1	0,935	95	0,05	Б
3 Сотр.ТО	46	Ж	C3	0	0	0	0	0,033	0,967	0,902	70	0,267	А
4 Сотр.ТО	43	Ж	C4	0,041	0,075	0,073	0,066	0,041	0,704	0,927	80	0,096	Б
5 Сотр.ТО	51	Ж	C5	0	0	0	0	0	1	0,902	75	0,25	А
6 Сотр.ТО	37	М	C6	0	0	0	0	0	1	0,952	70	0,3	А
7 Сотр.ТО	45	Ж	C7	0	0	0	0	0	1	0,935	80	0,2	Б
8 Сотр.ТО	40	Ж	C8	0	0	0	0	0	1	0,927	100	0	Б
9 Сотр.ТО	27	Ж	C9	0,034	0	0	0,066	0,041	0,859	0,937	75	0,109	Б
10 Сотр.ТО	31	Ж	C10	0,034	0	0	0	0,033	0,933	0,937	90	0,033	Б
11 Сотр.ТО	33	Ж	C11	0	0	0	0	0	1	0,937	100	0	Б
12 Сотр.ТО	43	Ж	C12	0	0	0	0	0	1	0,927	100	0	Б
Ср.арфм по тер. отд.				0,012	0,006	0,011	0,015	0,012	0,943	0,93	82	0,138	
1 Сотр.ХО	45	Ж	C1	0	0	0	0	0	1	0,935	95	0,05	Б
2 Сотр.ХО	40	Ж	C2	0	0	0,059	0,053	0	0,888	0,927	90	0,012	Б
3 Сотр.ХО	27	Ж	C3	0	0	0	0	0	1	0,937	80	0,2	Б
4 Сотр.ХО	31	М	C4	0	0	0	0	0	1	0,937	95	0,05	Б
5 Сотр.ХО	44	Ж	C5	0,041	0,117	0,242	0,053	0,041	0,506	0,927	96	0,454	А
6 Сотр.ХО	55	М	C6	0	0	0	0,053	0,033	0,914	0,928	100	0,086	Б
7 Сотр.ХО	47	М	C7	0	0	0	0,053	0,041	0,906	0,935	50	0,406	А
8 Сотр.ХО	39	М	C8	0,034	0	0	0,053	0,033	0,88	0,952	70	0,18	Б
9 Сотр.ХО	46	Ж	C9	0	0	0	0	0,179	0,821	0,902	30	0,521	А
10 Сотр.ХО	45	Ж	C10	0	0	0	0	0	1	0,927	80	0,2	Б
Ср.арфм по хир. отд.				0,008	0,012	0,03	0,027	0,033	0,892	0,931	79	0,216	

Во время презентаций результатов исследования КБП руководителям МО были даны рекомендации по улучшению КЖСЗ:

1) разработку и внедрение программ благополучия и здоровья персонала МО проводить с учётом данных мониторинга самооценки качества жизни,

связанного со здоровьем сотрудников в различных подразделениях и их принадлежности к социальным группам;

Таблица 3.8. Популяционные нормы качества жизни, связанного со здоровьем для жителей Москвы, распределённые по полу и возрасту.

Возрастная группа (лет)	Среднее значение Индекса EQ5D5L (Стандартная ошибка) [при 95% доверительном интервале]	
	для мужчин	для женщин
Все возраста	0,923 (0,083) [0,918–0,931]	0,893 (0,120) [0,883–0,903]
18–24	0,960 (0,056) [0,948–0,972]	0,911 (0,106) [0,890–0,933]
25–34	0,937 (0,070) [0,921–0,953]	0,937 (0,077) [0,922–0,952]
35–44	0,952 (0,060) [0,938–0,966]	0,927 (0,065) [0,914–0,940]
45–54	0,935 (0,075) [0,917–0,953]	0,902 (0,083) [0,884–0,921]
55–64	0,928 (0,066) [0,911–0,945]	0,886 (0,094) [0,863–0,909]
65–74	0,878 (0,079) [0,856–0,900]	0,835 (0,143) [0,797–0,873]
75+	0,802 (0,099) [0,771–0,832]	0,759 (0,210) [0,700–0,818]
	Среднее значение ВАШ EQ5D5L (Стандартная ошибка) [при 95% доверительном интервале]	
Все возраста	75,3 (17,4) [73,7–76,9]	73,0 (17,2) [71,6–74,5]
18–24	83,2 (12,1) [80,6–85,8]	74,9 (15,9) [71,7–78,0]
25–34	80,2 (13,9) [77,2–83,2]	80,2 (12,3) [77,8–79,0]
35–44	79,1 (12,8) [76,1–82,0]	76,3 (15,6) [73,1–79,4]
45–54	78,0 (16,9) [73,9–82,0]	73,1 (16,6) [69,4–76,7]
55–64	73,2 (15,1) [69,3–77,2]	75,1 (15,4) [71,3–78,8]
65–74	62,8 (17,7) [57,7–67,8]	61,6 (18,3) [56,7–66,5]
75+	56,4 (21,9) [49,7–63,1]	58,3 (19,4) [52,9–63,8]

Примечание: Источник – Hołownia-Voloskova M., Tarbastaev A., Golicki D. *Population norms of health-related quality of life in Moscow, Russia: the EQ-5D-5L-based survey //Quality of Life Research. – 2021. – Т. 30. – С. 831-840.*

2) во время обходов проводить наблюдение за самочувствием сотрудников и условиями работы на их рабочих местах, обращать внимание на:

а) Мобильность – затруднения скорости передвижения сотрудников в рабочей среде (покрытие полов, график влажной уборки, удобство корпоративной обуви, характеристики лестниц, пропускная способность лифтов, длина маршрутов передвижения персонала внутри и между зданиями МО в течение смены); характер трансфера «дом-работа» (длительность нахождения в общественном или личном

транспорте, расстояние от остановки, парковки) и иные признаки, связанные с мобильностью сотрудников; со здоровьем сотрудников в различных подразделениях и их принадлежности к социальным группам;

б) Уход за собой – наличие раздевалок, туалетных и душевых комнат, места приёма пищи и иные признаки, связанные с возможностью ухода за телом;

в) Привычная повседневная деятельность – оценка рабочего места сотрудников с позиции Leap-технологий (удобство, порядок, освещенность и т.п.);

г) Боль/Дискомфорт – возможность оказания медицинской помощи персоналу МО на рабочих местах, доступность анальгезирующих препаратов;

д) Тревога/Депрессия – возможность анонимного или открытого обращения за консультацией к психологу, частота проведения рабочих совещаний (чем больше тревожных изменений во внешней окружающей среде, тем больше совещаний с тематикой улучшения качества рутинных процессов, и наоборот).

Анализ результатов опросника SAQ

Анализ результатов восприятия КБП проводился по однородным социальным группам: на уровне МО – по подразделениям, внутри отделений – по должностям, полу, возрасту, стажу работы, например, «Врачи терапевтического отделения», «Постовые медицинские сёстры отделения хирургии, с общим стажем работы менее 3 лет». Наше эмпирическое наблюдение подтвердило утверждение Zohar D.: чем однороднее была группа респондентов, тем меньше был размах высот показателей восприятия рабочих процессов [288]. При сравнении коллективов между собой, анализ преимущественно проводился по дихотомическим шкалам, т.е. сравнивались величины долей сотрудников с позитивной и негативной оценками доменов опросника SAQ. Пример сравнения оценок двух доменов опросника SAQ «Атмосфера командной работы» и «Атмосфера безопасности» сотрудниками трёх подразделений — Рис. 3.8.

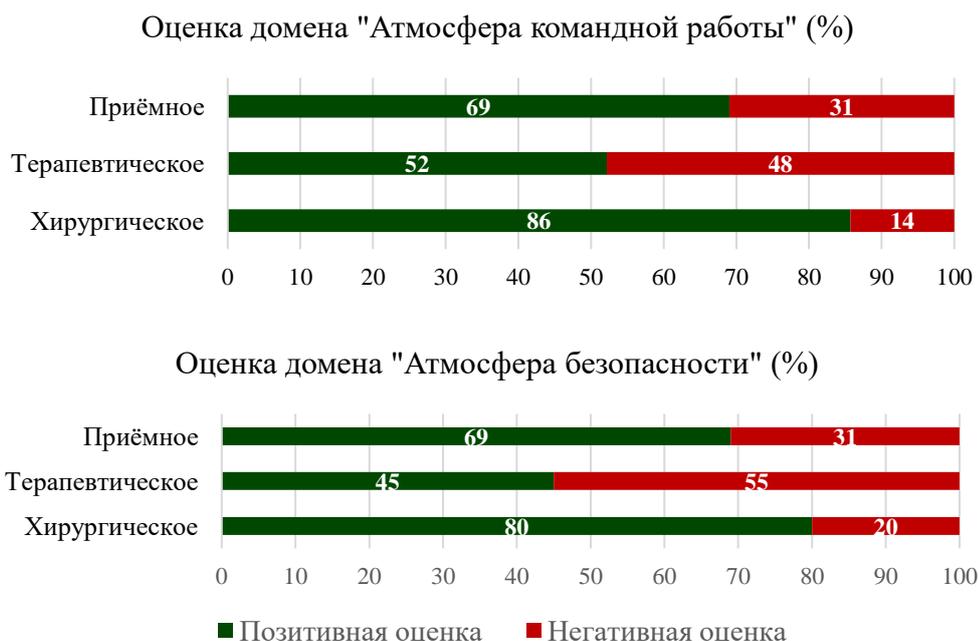


Рисунок 3.8. Доли сотрудников (%) подгруппы Б позитивно и негативно, оценивающих два из 12 доменов опросника SAQ.

Интерпретация полученных результатов проводилась с целью повышения уровня безопасности пациентов и основывалась на трёх действиях: диагностике (измерении), воздействии и предотвращении (профилактике). Для определения целевых точек диагностики были сделаны рейтинги (числовые и по уровням) подразделений МО по следующим показателям: Δ SAQ и ИДК (%). Рейтинги Δ SAQ формировались по убыванию средних значений по коллективам, при этом подразделения со значением больше медианы обладали приоритетом внимания руководителей при планировании аудиторских обходов. Рейтинги ИДК (%) формировались по возрастанию средних значений по коллективам, таким образом, вверху списка были подразделения с наибольшим риском возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, что тоже позволяло руководителям исследуемой МО, приоритезировать свои активности в подразделениях.

Презентации результатов оценки КБП руководителям МО на совещаниях и семинарских занятиях проводились с указанием современных причин негативного восприятия КБП, рекомендуемых видах воздействия и мер профилактики

предотвратимых неблагоприятных событий, с привязкой к доменам опросника SAQ:

✓ Атмосфера командной работы — *Причины негативного восприятия:* отсутствие взаимовыручки, доверия между членами малой группы. *Наблюдаемые признаки:* нарушения временных норм (опоздания, задержки отчетов, удлинение времени выполнения лечебно-диагностических процедур и иные измеряемые в единицах времени ключевые показатели). *Воздействие:* образовательные семинары, тренинги на темы предупреждения и разрешения конфликтов в работе персонала, создания эффективных коммуникаций между сотрудниками МО. *Профилактика:* разработка стратегий поведения вышестоящих руководителей в ситуациях, когда нижестоящие руководители находятся в межличностном конфликте и не взаимодействуют. Разработка стратегий поведения руководителей первой линии в ситуациях, когда линейные сотрудники находятся в межличностном конфликте и не взаимодействуют. Разработка стратегий должна включать в себя описание полномочий и зон ответственности для руководителей, выступающих в роли медиатора. Обеспечение прозрачности и доступности к изучению отчётности о частоте неблагоприятных событий и предсобытий.

✓ Атмосфера безопасности — *Причины негативного восприятия:* недостаток информации о рабочих процессах, недостаток профессиональной информации и информации о культурных правилах и сложившихся взаимоотношениях в коллективе. *Наблюдаемые признаки:* дублирующие показатели в разных формах отчётности, противоречивые формы отчётности, отсутствующие или устаревшие описания процессов, отсутствие или нарушения в каталогах организационных документов. *Воздействие:* образовательные семинары, тренинги на темы наставничества, принципов и правил создания локальных стандартов для работы, этике и этикета в работе сотрудников МО. *Профилактика:*

разработка или обновление процессов передачи смен между сотрудниками, создание или обновление работы инструментов, предназначенных для передачи информации о безопасности пациентов руководителям и между коллегами в МО, создание или пересмотр документации, содержащей описание условий, соблюдение которых в процессе оказания медицинской помощи обеспечивает приоритет безопасности пациентов и персонала над другими факторами.

✓ Удовлетворённость работой — *Причины негативного восприятия*: не решена проблема «второй жертвы» после возникшего предотвратимого неблагоприятного события. *Наблюдаемые признаки*: неуверенность в себе по отношению к своим профессиональным умениям и навыкам, желание покинуть профессию, отсутствие опубликованных результатов интеллектуальной деятельности сотрудников с аффилиацией МО (патенты, статьи, выступления на конференциях и т.п.). *Воздействие*: образовательные семинары и тренинги для руководителей первого звена, с изучением и отработкой умений использования социально-психологических методов управления людьми (формирование подразделений с учетом психологической совместимости сотрудников, разработка моделей профессионального развития сотрудников, мотивационные сообщения и беседы). *Профилактика*: внедрение системы менеджмента качества и безопасности.

✓ Распознавание (понимание) стресса — *Причины негативного восприятия*: культурно-исторический менталитет (работать, несмотря на признаки усталости, отсутствие привычек здорового образа жизни (ЗОЖ)). *Наблюдаемые признаки*: ошибки. *Воздействие*: регулярные образовательные программы для руководителей и сотрудников по диагностике усталости и стресса у сотрудников, семинары по темам финансовой и юридической грамотности, пропаганда ЗОЖ. *Профилактика*:

планирование инвестиций на внедрение программ благополучия и здоровья персонала.

✓ Восприятие непосредственного* и больничного руководства**

(*непосредственные руководители – это руководители первого звена: заведующие отделениями, старшие медицинские сёстры, руководители немедицинских подразделений; **больничное руководство – это руководители высшего и среднего звена: главный врач, его заместители, руководители направлений) — *Причины негативного восприятия:* отсутствие, наблюдаемых сотрудниками, усилий руководителей разных уровней по корректировке уязвимостей в рабочих процессах, которые направлены на увеличение защищённости пациентов и сотрудников от предотвратимых неблагоприятных событий. *Наблюдаемые признаки:* текучесть кадров. *Воздействие:* образовательные семинары по теме «Основы управления в подразделении МО и развитие навыков эффективного управления», «Формирование личного бренда». *Профилактика:* разработка или обновление перечня мер по трансляции действий руководителей, демонстрирующих их приверженность приоритету безопасности пациентов, внедрение систем менеджмента качества, участие МО в добровольной сертификации качества и безопасности медицинской деятельности.

✓ Рабочие условия — *Причины негативного восприятия:*

количественные недостатки или избытки на рабочем месте сотрудника. Например, недостаток площади рабочего места, недостаток расходных материалов, избыточная нагрузка, связанная с большим количеством пациентов, недостаток койко-мест, избыточная температура в помещении и т.п. *Наблюдаемые признаки:* присутствие руководителей на территории рабочего места сотрудника во внеплановое время. *Воздействие:* обучение руководителей и сотрудников тематикам Lean (бережливых)-технологий, принципам и правилам систем менеджмента качества, повторение базовых

экономических и лечебно-диагностических знаний, необходимых для организации процессов оказания медицинской помощи надлежащего качества и безопасности, обучение созданию стандартов рабочих процессов. *Профилактика*: разработка или обновление чек-листа осмотра руководителем рабочего места сотрудника, составление или обновление перечня причин, когда присутствие руководителя на рабочем месте сотрудника, считается признаком долго нерешаемой проблемы.

✓ Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности пациентов, они будут приняты — *Причины негативного восприятия*: руководители не знают, каким образом сотрудники демонстрируют свою готовность к корректировке слабых мест и уязвимостей в процессах своей повседневной работы. *Наблюдаемые признаки*: сотрудники игнорируют инициативы руководства по учету инцидентов и предошибок. *Воздействие*: образовательные семинары по теме "Основы управления в подразделении МО и развитие навыков эффективного управления". *Профилактика*: наличие выбора анонимной и не анонимной подачи инцидентов в процессах сбора обратной связи от персонала МО.

✓ Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами/врачами/клиническими фармакологами моего отделения — *Причины негативного восприятия*: отсутствие процесса выявления давних проблем во взаимоотношениях коллег. *Наблюдаемые признаки*: конфликты, проблемы с передачей информации о пациентах между сотрудниками. *Воздействие и Профилактика*: см. пункт «Удовлетворённость работой».

✓ У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения — *Причины негативного восприятия*: отсутствие доверия между членами коллектива. *Наблюдаемые признаки*: конфликты, проблемы с передачей информации о пациентах между сотрудниками. *Воздействие*: Семинар-тренинг для руководителей о видах доверия. *Профилактика*:

Понятийные персональные и групповые беседы руководителя с сотрудниками на темы «доверия», «ответственности», «безопасности пациентов», а также на тему часто применяемых специализированных профессиональных понятий.

Важным аспектом в интерпретации результатов являлся выбор объекта сравнения. Объектами сравнения могут быть: 1) МО, выбранная как ориентир для подражания; 2) средние значения КБП по отрасли в выбранной руководителями МО страны; 3) показатели КБП прошлых волн опросов персонала исследуемой МО.

Для руководителей высшего звена был проведён «исследовательский анализ экспериментальных данных клиник Германии и России, который выявил различия в оценках по измерениям опросника отношения к безопасности (SAQ) при сравнении врачей с медсестрами и при сравнении врачей по продолжительности их профессионального опыта. Кроме этого, среди сотрудников отделений Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» наблюдаются значимые достоверные различия в оценке культуры безопасности по факторам «Атмосфера командной работы», «Атмосфера безопасности и «Распознавание (понимание) стресса»» [119, С. 187]. Руководители первого звена (заведующие отделениями, старшие медицинские сёстры, начальники не медицинских подразделений) предпочитали использовать данные сравнительного анализа «своих отделений со своими отделениями» в динамике.

В ходе анализа данных проводилось сравнение не только высот шкал опросника SAQ, но и мер воздействия, которые предпринимались для улучшения КБП в сравниваемых клиниках и подразделениях, что служило основной темой для обсуждения на стратегических сессиях и образовательных семинарах, которые посещали руководители экспериментальной группы.

Критерии, которые учитывались при оценке КБП в рамках подразделений исследуемой МО: 1) если 60% и более сотрудников, принявших участие в опросе, оценивали домены КБП позитивно (по 100-бальной шкале ≥ 75 баллов), то такой

КБП, по Olesen A. E. et al., 2024, назывался «зрелым», а когда 80% – «хорошим» [227]; Pronovost P., Sexton B., 2005, как авторы опросника SAQ, в своих рекомендациях указывают, что доля сотрудников-респондентов менее 60% от всего штата сотрудников подразделения, отражает мнения, а не КБП [240, С. 232].

С целью подготовки перед стратегической сессией, по тематикам улучшения КБП, руководителям раздавались памятки с предложением предварительно ответить на «проницательные вопросы», связанные с негативной оценкой доменов опросника SAQ. Вопросы были разработаны для самостоятельной подготовки руководителей перед коллективной работой с целью направления фокуса внимания на те процессы, которые обладают риском возникновения предотвратимых НС — Табл. 3.9, Табл. 3.10.

Таблица 3.9. Перечень проницательных вопросов в соответствии с групповыми шкалами опросника SAQ.

Шкалы опросника	Проницательные вопросы руководителям
Атмосфера командной работы	Какие стратегии могут быть применены старшим руководителем, если руководители среднего уровня в их области ответственности находятся в межличностном конфликте и не взаимодействуют?
Атмосфера безопасности	Каким образом обеспечивается процесс информирования работников следующей смены о проблемах безопасности в отделении, когда они принимают смену? Какие имеются документы, указывающие на условия, соблюдение которых в производственной деятельности, обеспечивает выполнение требования о приоритете безопасности пациентов и персонала над другими факторами, и каким является их содержание?
Удовлетворенность работой	Каким образом взаимодействие сотрудников в свободное время помогает разрешать межличностные конфликты?
Восприятие непосредственного менеджмента/ руководства	Как доверие между руководителями и подчиненными ощущается или проявляется на уровне отделения?
Восприятие больничного менеджмента/ руководства	Каким образом заместители главного врача показывают, что они привержены корректировке важных слабых мест или уязвимостей повседневной работы?
Рабочие условия	Как руководители оценивают работу и условия на рабочем месте? Имеются ли ситуации, когда присутствие руководителя на рабочем месте считается признаком проблемы?

Таблица 3.10. Перечень пронциательных вопросов в соответствии с индивидуальными шкалами и вопросами опросника SAQ.

Шкалы опросника	Проницательные вопросы руководителям
Распознавание (понимание) стресса	Как руководители (особенно заведующие отделениями и старшие медсёстры) обучаются видеть перенапряжение сотрудников клиники, выявлять признаки стресса сотрудников?
Если я обращусь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты	Каким образом сотрудники показывают, что они привержены корректировке важных слабых мест или уязвимостей повседневной работы?
Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения	Как доверие между медсестрами ощущается на уровне отделения?
Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения	Как доверие между медсестрами и другими сотрудниками ощущается на уровне отделения?
Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения	Могут ли врачи описать процесс для выявления давних проблем при взаимодействии с клиническими фармакологами? Проводят ли занятия клинические фармакологи, на этапе адаптации новых сотрудников?
У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения	Могут ли работники описать какие-либо административные усилия, способствующие созданию доверительных отношений в отделении / клинике?

Наряду с поиском ответов на пронциательные вопросы было руководителям рекомендовано использовать в ходе самостоятельных и групповых поисков решений по улучшению качества и безопасности медицинской помощи такие показатели, как «общее количество инцидентов регистрируемых на 200 тысяч рабочих часов», «факты профессиональных заболеваний», «затраты на улучшение условий и охраны труда», «средние затраты на обучение одного сотрудника в год», «текучесть кадров», и иные, учёт которых ведётся в медицинской организации.

Анализ результатов сокращенных версий опросников

Основной целью мониторинга КБП, проводимого с использованием сокращённых версий опросников, являлось выявление подразделений МО с наибольшим риском возникновения предотвратимых НС. После расчёта величин

переменной «Приближенный ИДК» для каждого респондента проводился расчёт средних значений по подразделениям МО и составлялся рейтинг подразделений по убыванию риска возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором. Пример инфографики рейтинга отделений по ИДК для презентации руководителям — Рис. 3.9. Проводился сравнительный анализ долей сотрудников подгрупп А и Б по подразделениям и МО в динамике. Определялись наибольшие потери качества жизни, связанного со здоровьем по доменам EQ-5D-5L, в среднем, по подразделениям. Проводилось сравнение величин медианы переменной «Степень трудности выбора» с данными

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

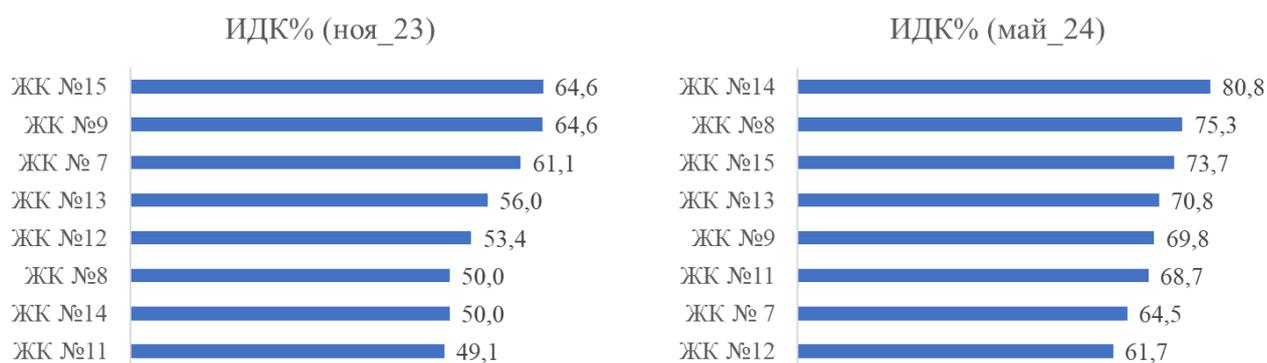


Рисунок 3.9. Пример инфографики рейтингов ИДК (%) для презентации руководителям МО.

предыдущих опросов, с учетом категории инцидентов, по которой были созданы дилеммы опросных блоков вербальных задач. Отчёты о результатах распространялись по руководящей иерархии сверху вниз. В отделениях с наибольшим риском проводился очный аудит текущих процессов на предмет качества и безопасности оказания медицинской помощи сотрудниками внутреннего контроля качества МО.

Предпосылки выбора полной или сокращенной версии опросников

Кроме внутренних образовательных, мотивационных, структурных воздействий, на КБП оказывают влияние макроэкономические, геополитические и иные изменения внешней среды. Анализ результатов мониторинга оценки КБП

проводился с учётом сильных и слабых изменений внутренней и внешней среды МО для обоснования выбора полной или сокращённой версии опросников в предстоящую волну измерения КБП. Признаки сильных и слабых изменений внутренней и внешней сред, которые были предложены руководителям МО для выбора типа батареи опросников, представлены в Табл. 3.11.

Таблица 3.11. Признаки изменений внутренней и внешней среды МО, определяющие использование полной или сокращённой версии опросников для мониторинга КБП.

Сильные изменения – полные версии опросников	Слабые изменения – сокращённые версии опросников
Изменения во внутренней среде МО	
Слияние с другой медицинской организацией (изменение состава коллектива более чем на 30%)	Теучка персонала менее средней по отрасли в регионе
Смена главного и/или нескольких руководителей высшего звена в МО	Смены главного и/или нескольких руководителей высшего звена в МО не было
Смена непосредственного руководителя	Смены непосредственного руководителя не было
Внедрение новой технологии, сопровождающейся изменениями более 50% текущих рабочих процессов	Улучшение текущих рабочих процессов в пределах существующих технологий
Переезд в новое здание, капитальный ремонт	Косметический ремонт
Изменения во внешней среде МО	
Макроэкономические изменения, влекущие смену более 20% поставщиков	Макроэкономические изменения, влекущие смену менее 20% поставщиков
Геополитические изменения, связанные с языковыми проблемами персонала и изменениями потока пациентов	Геополитические изменения, не связанные с языковыми проблемами персонала и изменениями потока пациентов
Пандемии, сопровождающиеся резким увеличением потока пациентов в условиях неизвестного заболевания	Пандемии, сопровождающиеся управляемым потоком пациентов в условиях известного заболевания

В период проведения настоящего диссертационного исследования наблюдались сильные изменения внутренней среды исследуемой МО (переезд в

новые здания, слияние нескольких медицинских организаций в одну, внедрение новых технологий лечебно-диагностических процессов), а также внешней среды – пандемия COVID-19. При опросах всего персонала были использованы батареи с полными версиями опросников, сокращенные версии применяли заведующие отделениями двух отделений экспериментальной группы по собственной инициативе через 3 месяца после проведения пятой волны опроса персонала.

Выбор тематик образовательных программ для руководителей на основе результатов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов.

Образовательное воздействие являлось основным видом воздействия с целью трансформации климата и культуры безопасности пациентов. Содержание образовательных программ было следствием системного анализа причин возникновения предотвратимых НС на уровне МО и негативных значений доменов опросника SAQ и средней величины ΔSAQ в исследуемых подразделениях.

А) *При любой величине среднего значения ΔSAQ по структурному подразделению МО:* тематики образовательных программ для руководителей структурных подразделений МО обоснованы в разделе «Анализ результатов по опроснику SAQ и представлены на рисунке 3.7., данной диссертационной работы. Содержательное наполнение отражено в учебных планах образовательных семинарских занятий — Приложение 8. Количество семинарских занятий для руководителя зависело от количества доменов опросника SAQ, которые были негативно оценены сотрудниками его подразделения.

Б) *При величине среднего значения ΔSAQ по структурному подразделению больше медианы по всей выборке прошедшего опроса:* набор тем для изучения или повторения руководителями структурных подразделений дополнялся тематиками из теоретического базиса, объясняющего возникновение системных рисков НС. Тематики теоретического базиса подробно описаны в I главе настоящей диссертационной работы. В этом разделе, на его основе, представлены тезисы к

содержательному наполнению образовательных программ для руководителей структурных подразделений:

- *Причины системных нарушений*: медицинская организация – место эксплуатации сложных технологических систем; чем сложнее система, тем тяжелее последствия НС;

- *Организационный и управленческий факторы*: если система позволяет появляться множеству мелких ошибок, то неблагоприятное событие неизбежно — Рис. 1.4.;

- *Человеческий фактор*: попытки наказанием человека за ошибку добиться большей безопасности не приводят к ожидаемому результату;

- *Условия окружающей среды* – оказывают влияние на всех сотрудников МО;

- *Сложность технологий*: сложные новые технологии здравоохранения приносят новые типы НС;

- *Сущность медицины* – это неопределённость, которая есть в каждом взаимодействии медицинского работника с пациентом. Неопределённость провоцирует увеличение знаний о природе заболеваний, а увеличивающийся объем знаний создаёт больше неопределённости.

Аспекты организации образовательного процесса, направленного на улучшение КБП в МО:

1) В исследуемой МО функционировали адаптационные образовательные процессы для новых сотрудников, поэтому образовательные модули, направленные на улучшение КБП, были интегрированы в уже существующие адаптационные образовательные программы; 2) В исследуемой МО в период проведения настоящего исследования проводилось внедрение системы менеджмента качеством и безопасностью, реализация образовательных мероприятий с полным набором вышеописанных образовательных блоков проводилась одновременно с мероприятиями внедрения системы менеджмента качеством; 3) в случаях, когда результаты мониторинга демонстрировали

негативные оценки КБП персоналом подразделения, руководитель этого подразделения принимал участие в семинарах повторно, согласно принципу андрагогики - «повторение – неотъемлемая часть обучения»; 4) образовательные блоки, связанные с формированием климата и культуры безопасности, были интегрированы в образовательные программы для наставников и в общедоступные для сотрудников МО базы знаний; 5) опросные блоки вербальных задач были использованы как элемент скрытого обучения, как для руководителей, которые привлекались к созданию дилемм на основе актуальных в МО инцидентов, так и для сотрудников, которые во время прохождения опросов принимали решения в этих ситуационных задачах.

3.2 Первичная апробация методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.

Результаты сравнительного анализа опросников EQ5D5L и EQ5D3L на первом этапе методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.

При проведении первичной апробации методики мониторинга КБП были использованы два опросника, соответствующие предложенному автором настоящей диссертационной работы принципу «Диады»: EQ5D5L — Приложение 4 и EQ5D3L — Приложение 5. Оба метода исследования измеряют два типа оценок респондентов: 1) личные, аффективные (эмоциональные), основанные на персональных критериях респондента; 2) социальные, интеллектуальные (рациональные) оценки, основанные на критериях, принятых в социальной группе. Оба опросника были заполнены одними и теми же участниками исследования.

Для расчёта критического порогового значения Δ КЖСЗ на основе данных опросника EQ5D3L была использована выборка для расчёта популяционных норм качества жизни, связанного со здоровьем для жителей Москвы [190, С. 831]. Использовались весовые коэффициенты ограничений здоровья для российского набора значений EQ5D5L — Табл. 3.1., при этом значения весовых коэффициентов второго уровня потерь качества жизни, связанного со здоровьем по всем пяти

доменам опросника EQ5D3L, определялись, как значения, соответствующие третьему уровню опросника EQ5D5L. Диапазон критических пороговых значений показателя ΔКЖСЗ для опросника EQ5D3L составил от 0,229 у.е. до 1,000 у.е., в отличие от диапазона для опросника EQ5D5L: от 0,248 у.е. до 1,000 у.е. — Рис. 3.3.

Согласно разработанной методике мониторинга климата КБП **по первой базе данных** настоящего диссертационного исследования — Глава 2, были определены подгруппы респондентов с критичными и не критичными рассогласованиями в оценке потерь здоровья, основанных на критериях личностной самооценки и общепринятых критериях оценки здоровья в социальной группе участников исследования. В отличие от распределения респондентов по подгруппам А и Б, проведённого на основе результатов опросника EQ5D5L (подгруппа А (n=241) с ΔКЖСЗ > 0,248 у.е., подгруппа Б (n=1801) с ΔКЖСЗ < 0,248 у.е.), по данным опросника EQ5D3L к подгруппе А относились 251 участник исследования с ΔКЖСЗ > 0,229 у.е., а подгруппа Б состояла из 1791 респондента с ΔКЖСЗ < 0,229 у.е. Отличия по количеству респондентов в подгруппах А и Б, распределённых по данным опросников EQ5D5L и EQ5D3L, были не значимыми (критерий Манна-Уитни $U=2076710$ при $p=0,631$; Т-критерий $t=0,481$ при $p=0,631$, результаты Т-критерия получены при критерии равенства дисперсий Ливиня $F=0,924$ и его значимости $p=0,336$).

По второй базе данных настоящего исследования, в состав которой вошли результаты респондентов из взаимосвязанных групп пятой (ноябрь 2023) и шестой (май 2024) волн опроса, также были определены подгруппы А и Б по опросникам EQ5D5L и EQ5D3L — Табл. 3.12, на основании критических пороговых значений ΔКЖСЗ, рассчитанных для каждого из опросников. Результаты сравнительного анализа, проведённого по дихотомическим значениям доменов и шкал опросника SAQ между подгруппами А и Б, а также между группами участников исследования, определённых по данным опросников EQ5D5L и EQ5D3L — Приложение 9, продемонстрировали отсутствие значимых различий в экспериментальной и контрольной группах.

Таблица 3.12. Количество респондентов по подгруппам в зависимости от величины показателя ДКЖСЗ, рассчитанного для опросников EQ5D5L и EQ5D3L.

Опросник	Подгр. А ноябрь 2023		Подгр. А май 2024		Подгр. Б ноябрь 2023		Подгр. Б май 2024	
	Эксп.	Контр.	Эксп.	Контр.	Эксп.	Контр.	Эксп.	Контр.
EQ5D5L*	50	44	59	69	368	366	371	369
EQ5D3L**	60	44	64	72	358	366	366	366

*Примечание: *для опросника EQ5D5L диапазон пороговых критических значений ДКЖСЗ: 0,248 у.е. – 1,000 у.е.; **для опросника EQ5D3L диапазон пороговых критических значений ДКЖСЗ: 0,229 у.е. – 1,000 у.е., Подгр. А – подгруппа А участников исследования с результатами ДКЖСЗ в диапазоне пороговых критических значений; Подгр. Б – подгруппа Б участников исследования с результатами ДКЖСЗ вне диапазона пороговых критических значений.*

Результаты внедрения методов исследования социально-психологических характеристик персонала на втором этапе мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов

На период проведения настоящего диссертационного исследования единственным доступным методом измерения скрытых показателей КБП был опросник SAQ. В связи с отсутствием этнолингвистически адаптированных и валидированных для русскоязычной аудитории зарубежных опросников, аналогичных опроснику SAQ по структуре и целям измерения, а также в связи с отсутствием соответствующих требованиям для проведения сравнительного анализа отечественных методов измерения КБП, проверка точности и надёжности опросника SAQ не представлялась возможной.

Оценка точности и надёжности измерения переменных русскоязычной версии опросника SAQ проводилась следующими способами:

1. Валидация опросника к русскоязычной аудитории. При участии автора данной диссертационной работы была проведена этнолингвистическая адаптация опросника SAQ, в ходе которой были учтены рекомендации его создателей. Проведённый анализ внутреннего постоянства шкал выявил высокую степень корреляции между ними. Оценка конструктивной валидности осуществлялась при

помощи эксплораторного факторного анализа русскоязычной версии опросника. Выделенные семь факторов описывают 69,48% дисперсии. Проверка согласованности структуры оригинала опросника с полученными на российской выборке экспериментальными данными производилась при помощи конфирматорного факторного анализа. Установлено, что все суждения опросника имеют значимую связь (при $p < 0,001$) [120, С.60]. Адаптированный на русский язык опросник «Отношение к безопасности» является надежным инструментом оценки культуры безопасности медицинской организации: все шкалы опросника имеют высокую внутреннюю согласованность и соотносятся с оригинальными факторами, за исключением фактора «Восприятие менеджмента/руководства», который в русскоязычной версии разделен на средний и высший уровень управления [121, С.8].

2. Анализ тенденций. Было проведено сравнение восприятия КБП в медицинских организациях медицинскими сотрудниками Германии и России. Исследование, основанное на анализе экспериментальных данных клиник Германии и России, выявило различия в оценках по измерениям опросника SAQ при сравнении врачей с медсестрами и при анализе врачей в зависимости от продолжительности их профессионального опыта. Кроме того, среди сотрудников отделений Московского многопрофильного клинического центра «Коммунарка» были обнаружены значимые достоверные различия в оценке культуры безопасности по факторам «Атмосфера командной работы», «Атмосфера безопасности» и «Распознавание (понимание) стресса». Исследование подтвердило, что «опросник SAQ является надежным инструментом для измерения КБП в медицинских организациях» [119, С.187].

Оценка точности и надёжности измерения переменной «Степень трудности выбора» проводилась на основании контроля за соблюдением алгоритма создания опросных блоков вербальных задач и внутренней согласованности текста опросных блоков вербальных задач к вопросам сокращённой версии опросника SAQ (при коэффициенте α -Кронбаха $> 0,8$ у.е.).

Таким образом, на первом этапе мониторинга КБП, использование социально-психологических методов исследования с различными конструкциями, но соответствующими принципу «Диады» (EQ5D5L и EQ5D3L), статистически не оказало значимого влияния на распределение респондентов на подгруппы А и Б. Проведённое деление на восемь групп результатов самооценки качества жизни, связанного со здоровьем участников исследования, основанное на расчётном показателе ДКЖСЗ, и проведённый сравнительный анализ продемонстрировали статистически незначимые различия между группами. Можно было предположить, что результаты первого этапа методики мониторинга КБП не будут значимо отличаться при применении иных опросников семейства EuroQol или других аналогичных инструментов, учитывающих социальные и личностные критерии самооценки здоровья. Надёжность результатов методики мониторинга КБП на её втором этапе, во время внедрения в практическую деятельность медицинских организаций, обеспечивалась стандартными требованиями к валидации и этнолингвистической адаптации опросников.

Резюме 3 главы

На базе современных нейробиологических и социально-психологических теорий были обоснованы принципы подбора или создания опросников, как методов исследования отношения персонала к безопасности пациентов. На первом этапе мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов проводилась оценка различий восприятия окружающей рабочей среды у респондентов. Второй этап, собственно, оценки социально-психологического климата безопасности пациентов проводился с учётом подгрупп сотрудников-респондентов с высокими и низкими потерями качества жизни, связанного со здоровьем.

С целью упрощения анализа параметров климата безопасности пациентов в большом количестве подразделений МО был разработан интегральный показатель «Индекс должной критичности», который косвенно отображает степень настороженности сотрудников к предотвратимым неблагоприятным событиям.

Предложен способ расчёта приближенных значений Индекса должной критичности.

Разработан комплекс образовательных программ для воздействия на руководителей высшего и среднего звена в рамках МО с целью улучшения социально-психологического климата безопасности пациентов. Определены тематики образовательных мероприятий в зависимости от восприятия сотрудниками подразделений текущих рабочих процессов. Описаны аспекты интеграции образовательного процесса, направленного на трансформацию социально-психологического климата безопасности пациентов в систему непрерывного образования медицинских работников.

Таким образом, мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях представляет собой самостоятельную подсистему в системе управления персоналом медицинской организации в контексте обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности. Исследование восприятия качества и эффективности рабочих процессов, осуществляемых персоналом медицинской организации в рамках их повседневной деятельности, позволяет руководству прогнозировать риски возникновения неблагоприятных событий, обусловленных человеческим фактором, и планировать соответствующие профилактические мероприятия.

Методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях, разработанная в ходе данной диссертационной работы, позволяет количественно измерять социально-психологические характеристики персонала, недоступные для прямого наблюдения, которые определяют безопасное поведение персонала медицинских организаций и влияют на качество оказания медицинской помощи.

ГЛАВА 4. НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ КОМПЛЕКСА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ ДЛЯ ПЕРСОНАЛА МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЙ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЛИЯНИЕ НА СОЦИАЛЬНО- ПСИХОЛОГИЧЕСКИЙ КЛИМАТ БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

Управленческий персонал, в частности, заведующие отделениями и старшие медицинские сестры отделений, играют решающую роль в формировании социально-психологического климата безопасности пациентов и внедрении изменений в медицинской организации. Исследования показывают, что до 70% успешных изменений связаны с позицией руководства, и зависят от активных действий непосредственных руководителей по отношению к персоналу [180]. В отделениях, где руководители активно поддерживали климат безопасности, соблюдение протоколов лечения увеличивалось на 75%, а там, где руководство игнорировало вопросы безопасности пациентов, нарушения встречались в 3 раза чаще [261]. Следовательно, обучение линейных руководителей подразделений медицинских организаций обеспечивает мультипликативный эффект: усвоенные ими знания и навыки транслируются на подчиненных, что приводит к системным изменениям в организации.

Современные исследования в области управления здравоохранением демонстрируют, что административные методы управления персоналом (например, жесткие регламенты, штрафы, директивные указания) малоэффективны в долгосрочной перспективе. В отличие от них, социально-психологические методы (мотивация, командная работа, обратная связь, эмоциональный интеллект) значительно сильнее влияют на вовлеченность персонала и соблюдение ими стандартов безопасности. А. Edmondson (2018) в книге "The Fearless Organization" пишет, что психологическая безопасность (возможность открыто высказывать мнение без страха наказания) на 65% повышает приверженность сотрудников правилам безопасности пациентов [162]. Анализ McAlearney (2006) показал, что руководители, использующие эмпатию и коучинг, добиваются на 40% более

высоких показателей соблюдения протоколов, чем те, кто полагается только на контроль и наказания [213].

Таким образом, обучение заведующих отделениями и старших медицинских сестёр социально-психологическим методам управления персоналом критически важно, потому что данное воздействие позволяет им формировать социально-психологический климат безопасности пациентов, устойчиво менять поведение персонала (административные меры дают краткосрочный эффект) и это напрямую влияет на обеспечение безопасности пациентов.

Комплекс образовательных методов для управленческого персонала медицинских организаций, выбранных для проведения настоящего диссертационного исследования, включал в себя методы традиционного и конструктивистского подходов к обучению.

К традиционному подходу относились следующие методы передачи знаний:

- а) пассивное распространение методических и практических рекомендаций по применению мониторинга и способам улучшения КБП, когда бумажные версии раздаточных материалов слушатели могли взять с собой после очных занятий;
- б) активное распространение образовательных материалов путём их адресной онлайн-рассылки каждому слушателю;
- в) очные дидактические занятия – семинары, мастер-классы, которые проводились в диалоговом формате.

Из методов конструктивистского подхода к обучению применялись:

- а) поиск локального консенсуса, когда заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры, работающие в одной медицинской организации, обсуждали проблемы, основанные на фактических данных, давали оценку их важности и искали решения, исходя из существующего контекста в настоящий момент времени;
- б) тьюторские встречи и выездные визиты – после очных групповых занятий преподаватели проводили очные индивидуальные занятия на территории рабочего места слушателей;
- в) при запросах со стороны слушателей преподавателями проводились аудиты управленческих навыков руководителей с последующей дачей обратной связи.

Традиционные методы передачи знаний были наиболее распространёнными в период проведения настоящего диссертационного исследования, и по результатам исследований ряда авторов позволяли улучшить профессиональную практику обучаемых на 8% по сравнению с отсутствием образовательного воздействия из них: по данным Giguère, Anik et al., 2012, на 2% за счёт активного распространения раздаточных материалов [175], и на 6% за счёт воздействия в ходе занятий в группах, о чём свидетельствуют результаты систематического обзора, проведённого Forsetlund L. et al., 2021 [170].

По данным ранее проведённых исследований, конструктивистские методы обучения демонстрировали большую эффективность обучения в отношении соблюдения желаемого поведения по сравнению с традиционными: Karuza, J et al. (1995) показали, что процесс достижения консенсуса в небольшой группе повысил приверженность участников рекомендациям на 34% по сравнению традиционным обучением в группе [199], а результаты систематического обзора, проведённого O'Brien M. A. et al., 2007, свидетельствуют об изменениях поведения в желаемую сторону на 20-50% после выездных тьюторских визитов преподавателей на рабочие места обучаемых [226].

С учётом того, что в основе конструктивистских методов обучения взрослых лежит рефлексивное обсуждение приближенных к реальной ситуации фактов, разработка образовательного контента велась с использованием данных, полученных в ходе проводимого в исследуемой МО мониторинга КБП.

4.1. Роль результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в рефлексивных образовательных технологиях профессионального обучения руководителей медицинской организации.

Большинство современных методов обучения реализуются через процесс рефлексии слушателей, когда формирование знаний, умений, навыков основывается на устранении разрыва между теорией и практикой. «Рефлексивные практикумы показали свою эффективность в процессе профессионального обучения и последипломного образования» [71, С. 125]. Рефлексивные технологии

обучения базируются на теории Дэвида Колба. «В основе «Цикла Колба» лежит технология рефлексивной практики, которая направлена на получение выводов и новых идей из опыта конкретного индивида. Цель методики – превратить обучение в новый опыт, полностью завершив цикл» [71, С. 125]. Первый этап цикла Колба направлен на стимуляцию мотивации к обучению, включает активное взаимодействие с опытом слушателя. На этом этапе проводится «Актуализация знаний»: оценка выдвинутых обучаемым идей и гипотез. «Актуализация знаний — это процесс, предполагающий преднамеренные и произвольные психические действия, направленные на извлечение из памяти слушателей опыта и навыков, выявление умения пользоваться ими» [51]. На втором этапе проводится анализ опыта слушателей. На третьем – анализ результатов и формирование положительных или отрицательных выводов. И наконец, на четвёртом этапе происходит практическое применение полученных знаний в профессиональной деятельности.

Формирование образовательной программы для руководителей отделений исследуемой организации проводилось с учетом рефлексивных особенностей обучения взрослых. Учитывался опыт слушателей, который играет ведущую роль в процессах запоминания и применения новых знаний. Также учитывались «трудности в процессе обучения взрослых при переходе в субъектную позицию (позицию ученика), особенно для людей, имеющих высокую должность или находящихся на руководящих позициях» [25]. Образовательный процесс для заведующих отделениями и старших медицинских сестёр сопровождался необходимостью их возвращения к роли учеников. Переход к этой роли требовал создания условий для получения нового опыта при анализе управленческих действий и обеспечения этически безопасных условий для поиска и принятия новых стереотипов поведения как самих руководителей, так и подчинённых им сотрудников. Усреднённые результаты восприятия социально-психологического климата, связанного с безопасностью пациентов, по коллективам, возглавляемым руководителями, а именно информация о рейтингах отделений по показателям

ΔEQ5D5L, «Индексу должной критичности», по количеству сотрудников, позитивно оценивающих домены и шкалы опросника SAQ помогли преподавателям создать такие условия. Эти данные, вместе с личным восприятием руководителями КБП и известными им объективными показателями деятельности вверенных им подразделений, создавали новые прецеденты для анализа эффективности управленческих действий. Обсуждение данных мониторинга КБП было безопасным, поскольку усреднённые показатели не позволяли осуществлять поиск виновных во время семинарских занятий. Вместо этого они фокусировали руководителей на поиске корневых причин поведения медицинских работников, обусловленных наличием системных проблем в организации процессов оказания медицинской помощи.

Данные мониторинга КБП также использовались при комплектовании групп для семинарских занятий. В состав каждой группы входили руководители, сотрудники которых позитивно оценивали домен, связанный с темой занятия, и руководители, персонал которых оценивал этот домен негативно. Соблюдалось примерное соотношение 50/50. Например, на семинар по теме конфликтов приглашалось 50% руководителей коллективов, у которых сотрудники позитивно воспринимали домен «Атмосфера работы в команде», и 50% руководителей, персонал которых негативно воспринимал атмосферу работы в команде.

Результаты мониторинга КБП использовались для актуализации знаний о восприятии сотрудниками качества и безопасности рабочих процессов на первом этапе цикла Колба. На втором этапе, после наблюдения и размышлений слушателей над полученным опытом, эти результаты сыграли ключевую роль в преодолении границ восприятия процесса обучения. Это привело к осознанию руководителями их пробелов в знаниях в области социально-психологических методов управления, организации здравоохранения и социологии медицины, что вызвало у них желание восполнить эти пробелы. Процесс актуализации знаний, включающий выявление недостающих знаний или необходимость переосмысления имеющихся, мотивировал опытных руководителей, заинтересованных в улучшении качества и

безопасности медицинской помощи, инициировать своё обучение. Кроме того, результаты мониторинга использовались для формирования составов групп обучаемых, где убеждающее воздействие достигалось за счёт обмена опытом между участниками дискуссий. Преподаватели могли прогнозировать и управлять групповой динамикой, комплектуя группы таким образом, чтобы участники с позитивными и негативными оценками КБП составляли 50/50.

4.2 Обучение руководителей медицинской организации по данным шкал группового восприятия рабочих процессов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Атмосфера работы в команде» в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях на видном месте (отдельно стоящий стол, подоконник) были разложены бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП, статьи по теме семинарского занятия (каждый преподаватель самостоятельно выбирал статьи, опубликованные в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации и определял их количество), которые слушатели могли свободно взять.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия, получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответы на следующие вопросы: «Какие стратегии Вы можете применить, как руководитель, если сотрудники в Вашей области ответственности

находятся в межличностном конфликте и не взаимодействуют?», «Какие стратегии могут быть применены старшим руководителем, если руководители среднего уровня в их области ответственности находятся в межличностном конфликте и не взаимодействуют?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Темы и цели занятий: 1) «Работа в команде медицинской организации: факторы успеха», цель: сформировать единое понимание принципов деятельности эффективной команды в медицинской организации, отработать на практике применение инструментов и техник, которые способствуют результативной коммуникации в команде и повышают эффективность работы медицинской организации; 2) «Эффективные коммуникации сотрудников медицинской организации», цель: изучение основ организационной коммуникации в медицинском учреждении и развитие коммуникативной компетентности заведующих отделениями и старших медицинских сестер; 3) «Предупреждение и разрешение конфликтов в работе персонала медицинской организации», цель: изучение практической части конфликтологии в работе медицинской организации и развитие компетенций, необходимых для профилактики и разрешения нежелательных конфликтов в работе персонала.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие рабочих процессов, связанных с доменом «Атмосфера работы в команде» — Табл. 4.1. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП, представленных на Рисунке 6.2 и в Таблице 4.1, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока — Табл. 4.1.

Таблица 4.1. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Атмосфера командной работы» в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен	Учебная подгруппа
ОАОП	100	№1
ОПБ	100	№1
ЖК №15	91	№1
ПДО №3	91	№1
ЖК №7	89	№1
ОВРТ	89	№2
ЖК №9	88	№2
ОРИТ нвржд №1	87	№2
ЖК №8	83	№2
ОРИТ нвржд №2	79	№2
ЖК №10	75	№1
ЖК №14	69	№1
ЖК №11	68	№1
АФО № 1	67	№1
ОПННД	67	№1
ГО № 1	65	№2
ЖК №13	63	№2
АФО № 2	60	№2
ОНАФО	48	№2
ЖК №12	44	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на следующих проблемах: отсутствие взаимовыручки и доверия между членами малой группы, что приводило к нарушению временных норм (опоздания, задержки отчетов, удлинение времени выполнения лечебно-диагностических процедур и другие ключевые показатели, измеряемые в единицах времени).

Обсуждения инициировались преподавателями с помощью вопросов, заданий, деловых игр, связанных с определением командных ролей; основными типами дисфункций команд; барьерами коммуникации и когнитивными искажениями; самоопределением и соорганизованностью действий в команде; оценкой действий членов команды в режиме цейтнота и при их адаптации к изменениям; коммуникативной культурой лидера; вовлечением и мотивацией сотрудников к работе; снижением фрустрации сотрудников в результате конфликтов в медицинской организации; применением модели Томаса-Килменна в практике предотвращения и урегулирования конфликтных ситуаций; навыками ассертивного поведения сотрудников медицинской организации.

В результате обсуждений слушатели разрабатывали стратегии поведения руководителей при межличностных конфликтах сотрудников, основанные на фактических данных и учётом существующего контекста межличностных отношений в исследуемой МО.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

На очных индивидуальных занятиях на территории рабочего места слушателей преподаватели поддерживали поведенческие стратегии обучаемых, направленных на точное понимание полномочий и зон ответственности руководителей, когда они выступали в роли медиаторов. С сотрудниками, в отделениях которых было наименьшее количество позитивно оценивающих домен «Атмосфера работы в команде», проводили актуализацию через проблемы в обеспечении прозрачности и доступности в отчётности о частоте неблагоприятных событий и предсобытий в их отделениях, а также фокусировались на повторении пройденного материала.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях преподаватели давали обратную связь относительно коммуникативных навыков обучаемых в случае фиксации конфликтогенных ситуаций.

В результате проведённого комплекса образовательных воздействий в среднем по экспериментальной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивших качество и эффективность рабочих процессов, влиявших на коммуникации и взаимодействие сотрудников отделения, увеличилось с 78% в ноябре 2023 года до 88% в мае 2024 года ($p < 0,05$).

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Атмосфера безопасности» в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях на видном месте были разложены бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП, статьи по теме семинарского занятия (каждый преподаватель самостоятельно выбирал статьи, опубликованные в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации, и определял их количество), которые слушатели могли взять себе.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия, получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответы на следующие вопросы: «Каким образом обеспечивается процесс информирования работников следующей смены о проблемах безопасности в отделении, когда они принимают смену?», «Какие имеются документы, указывающие на условия, соблюдение которых в производственной деятельности, обеспечивает выполнение требования о приоритете безопасности пациентов и персонала над другими факторами, и каким является их содержание?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Тема семинарского занятия: «Наставничество в подразделении медицинской организации. Создание стандартов». Цель занятия: развитие компетенций наставничества и навыков создания локальных работающих стандартов для повышения качества и безопасности оказания помощи в подразделении медицинской организации.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие рабочих процессов, связанных с доменом «Атмосфера безопасности» — Табл. 4.2. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП — Рис. 6.4, Табл. 4.2, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока. Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на следующих проблемах: недостаток информации о рабочих процессах, недостаток профессиональной информации и информации о культурных правилах и сложившихся взаимоотношениях в коллективе. Обсуждения инициировались преподавателями с помощью вопросов, заданий, деловых игр, связанных с предпосылками и эффектами от внедрения культуры наставничества, транзактным анализом по Э. Бёрну, принципами андрагогики (цикл Колба), стандартизацией как

инструментом управления качеством и безопасностью, видами стандартов и способами их разработки.

Таблица 4.2. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Атмосфера безопасности» в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен	Учебная подгруппа
ОПБ	100	№1
ЖК №15	95	№1
ПДО №3	91	№1
ОАОП	89	№1
ОРИТ нвржд №1	87	№1
АФО № 1	86	№2
ОПННД	85	№2
ЖК №9	81	№2
ЖК №10	81	№2
ОРИТ нвржд №2	79	№2
ЖК №7	78	№1
ОВРТ	78	№1
ЖК №14	77	№1
ЖК №11	74	№1
ЖК №8	72	№1
ЖК №13	67	№2
ГО № 1	65	№2
ЖК №12	56	№2
АФО № 2	50	№2
ОНАФО	50	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

В результате обсуждений слушатели разрабатывали стратегии поведения руководителей при организации процессов информирования сотрудников и внедрении института наставничества во вверенных им коллективах. В ходе разработки стратегий поведения слушатели руководствовались данными результатов мониторинга КБП в исследуемой МО.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

На очных индивидуальных занятиях на территории рабочего места слушателей преподаватели поддерживали поведенческие стратегии обучаемых

направленные на уменьшение дублирующих показателей в разных формах отчётности; устранение противоречивых форм отчётности; обновление описаний процессов, связанных с передачей информации о пациенте между сотрудниками отделения и внешними контрагентами; устранение нарушений в каталогах организационных документов; улучшение процессов наставничества.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях преподаватели давали обратную связь относительно эффективности процессов передачи смен между сотрудниками; обновления процессов передачи информации о безопасности пациентов руководителям и между коллегами в МО; надлежащего ведения документации, содержащей описание условий, соблюдение которых в процессе оказания медицинской помощи обеспечивает приоритет безопасности пациентов и персонала над другими факторами, навыков перехода обучаемыми между ролями транзактного анализа (Э. Бёрн) во время их взаимодействия с подчинёнными сотрудниками.

В результате проведённого комплекса образовательных воздействий в среднем по экспериментальной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера безопасности», увеличилось на 7%, с 80% в ноябре 2023 года до 87% в мае 2024 года ($p < 0,05$).

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Удовлетворённость работой» в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях в свободном доступе находились бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП и статьи по теме семинарского занятия (каждый преподаватель самостоятельно выбирал статьи, опубликованные в журналах, рецензируемых высшей аттестационной комиссией

Российской Федерации, и определял их количество), которые слушатели могли взять себе.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответ на вопрос: «Каким образом взаимодействие сотрудников в свободное время помогает разрешать межличностные конфликты?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Проводились два групповых занятия: 1) «Социально-психологические методы управления персоналом в подразделении медицинской организации», цель обучения: повышение профессиональной и личностной компетентности заведующих отделениями, старших медицинских сестер стационара в части применения социально-психологических методов управления сотрудниками медицинской организации; 2) «Основы управления в подразделении медицинской организации и развитие навыков эффективного управления», цель обучения: повышение компетентности заведующих отделениями и старших медицинских сестер стационара основам управления в подразделении медицинской организации.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие КБП, связанного с

доменом «Удовлетворённость работой» — Табл. 4.3. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения, соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Таблица 4.3. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Удовлетворённость работой» в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен	Учебная подгруппа
ОАОП	100	№1
ЖК №15	95	№1
ЖК №9	94	№1
ЖК №10	94	№1
ЖК №14	92	№1
ЖК №7	89	№2
ОПБ	89	№2
ОПННД	89	№2
ОРИТ нвржд №1	87	№2
ОРИТ нвржд №2	82	№2
ЖК №13	78	№1
ПДО №3	77	№1
АФО № 1	76	№1
ЖК №8	72	№1
ЖК №11	68	№1
ОВРТ	67	№2
ЖК №12	61	№2
АФО № 2	60	№2
ГО № 1	53	№2
ОНАФО	50	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП, представленных на Рисунке 6.6 и в Таблице 4.3, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока. Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на поиске решений проблемы «второй жертвы» после возникшего предотвратимого неблагоприятного события, когда «в следствие

раскрытия информации об инциденте, работники здравоохранения также травмируются теми же событиями, которые причиняют вред пациентам» [282, 27].

В ходе групповых обсуждений слушатели прогнозировали эффективность коммуникаций в малых группах; сравнивали методы измерения ценностных установок; структурировали аргументацию в мотивирующих сообщениях, согласно культурно-исторической парадигмы (Е.Ю. Пятева); адаптировали управленческий цикл руководителя к работе в МО (мотивация трудовой деятельности, способы постановки задач в режиме инструктажа, делегирования, коучинга). В результате работы в группах разрабатывались стратегии поведения слушателей и оценка их эффективности с помощью параметров мониторинга КБП, существующего в исследуемой МО.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

В ходе очных индивидуальных занятий на территории рабочего места слушателей преподаватели поддерживали поведенческие стратегии обучаемых, направленные на уменьшение неуверенности сотрудников в себе по отношению к своим профессиональным умениям и навыкам, желание покинуть профессию; увеличение количества результатов интеллектуальной деятельности сотрудников с аффилиацией МО.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях преподаватели давали обратную связь, способствующую увеличению мотивации к внедрению системы менеджмента качества и безопасности в исследуемой МО.

В результате проведённого комплекса образовательных воздействий в среднем по экспериментальной группе количество респондентов, позитивно оценивших домен «Удовлетворённость работой», увеличилось на 6% - с 81% в ноябре 2023 года до 87% в мае 2024 года ($p < 0,05$). В 12-ти из 20-ти отделений наблюдался прирост количества респондентов, которые отмечали улучшение рабочих процессов, связанных с решением проблемы «второй жертвы», когда

после возникшего предотвратимого события кроме пострадавшего пациента страдает медицинский работник.

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по доменам восприятия непосредственного и больничного руководства в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях в свободном доступе находились бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП и статьи по теме семинарского занятия (каждый преподаватель самостоятельно выбирал статьи, опубликованные в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации, и определял их количество), которые слушатели могли взять себе.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответы на вопросы: «Как доверие между руководителями и подчиненными ощущается или проявляется на уровне отделения?», «Каким образом главный врач и его заместители показывают, что они привержены корректировке важных слабых мест или уязвимостей повседневной работы?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Проводились семинарские занятия по теме «Самобрендинг, как фактор эффективности лидерской коммуникации в подразделении медицинской организации», целью обучения явились изучение основ лидерской коммуникации и развитие коммуникативной компетентности заведующих отделениями и старших медицинских сестер в подразделении медицинской организации с позиций управления восприятием бренда руководителя.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие КБП, связанного с доменом «Восприятие больничного менеджмента/руководства» — Табл. 4.4. Выбор приоритетного домена «Восприятие больничного менеджмента/руководства» при комплектации групп был обоснован начальным этапом внедрения системы менеджмента качества и безопасности в исследуемой МО. На этом этапе важность демонстрации приверженности высшего руководства приоритету качества и безопасности во время оказания медицинской помощи приобрела первостепенное значение. Преподаватели были ознакомлены с информацией о принципах комплектации групп за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП — Табл. 4.4, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока.

Таблица 4.4. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Восприятие больничного менеджмента/руководства» в ноябре 2023 года.

Отделение	НР	РР	Учебная подгруппа
ОПБ	89	100	№1
ЖК №7	100	94	№1
ЖК №15	100	91	№1
ОАОП	89	89	№1
ЖК №9	100	88	№1
ЖК №10	81	88	№2
ЖК №14	85	85	№2
ОРИТ нвржд №1	90	82	№2
ПДО №3	82	82	№2
ЖК №13	81	74	№2
АФО № 1	86	67	№1
ОВРТ	89	67	№1
ОПННД	81	67	№1
ГО № 1	65	65	№1
ЖК №12	72	61	№1
ЖК №11	74	58	№2
ОРИТ нвржд №2	84	58	№2
ЖК №8	89	56	№2
АФО № 2	60	50	№2
ОНАФО	53	43	№2

Примечание: НР - доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства», РР- доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства», расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

В учебных группах заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были проведены обсуждения, направленные на поиск методов демонстрации линейным сотрудникам усилий руководителей различных уровней по устранению уязвимостей в рабочих процессах, а именно тех усилий, которые были направлены на повышение уровня защищённости пациентов и сотрудников от предотвратимых неблагоприятных событий.

В ходе групповых обсуждений слушатели разрабатывали стратегии поведения руководителя отделения, связанные с ситуационно-динамическим лидерством, вовлеченностью персонала в работу, индивидуальной мотивацией

сотрудников через собственные примеры поведения, восприятием коммуникативного поведения руководителя.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

В ходе очных индивидуальных занятий на территории рабочего места слушателей, преподаватели поддерживали демонстрируемые учениками умения и навыки направленные на: вербализацию и визуализацию действий руководителей, демонстрирующих их приверженность приоритету безопасности пациентов.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях преподаватели давали обратную связь, способствующую увеличению мотивации к внедрению системы менеджмента качества, участие сотрудников МО в добровольной сертификации качества и безопасности медицинской деятельности.

В результате проведённых образовательных воздействий относительно демонстрации действий руководителей по корректировке уязвимостей в рабочих процессах и иной профилактике неблагоприятных событий, достоверно изменились в сторону улучшения только в отношении руководителей высшего звена исследуемой МО — Таб. 6.1, Рис. 6.8., Рис. 6.9.

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Рабочие условия» в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях на видном месте были разложены бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП, публикации по теме семинарского занятия, которые слушатели могли свободно взять.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной

группы. За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответы на следующие вопросы: «Как Вы оцениваете условия работы сотрудников на их рабочем месте?», «Какие в настоящее время имеются ситуации, когда присутствие руководителя на рабочем месте сотрудника считается признаком проблемы?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Темы и цели занятий: 1) «Бережливое управление в отделении медицинской организации», цель обучения: повышение профессиональной и личностной компетентности заместителей главного врача, заведующих отделениями, главных и старших медицинских сестер стационара в части внедрения и последующего использования инструментов бережливого производства в отделении медицинской организации; 2) «Выстраивание бизнес-процессов в подразделении медицинской организации», цель обучения: развитие компетенций по выстраиванию процессов в подразделении медицинской организации и оптимизации существующих «узких мест», а также совершенствование навыков эффективного управления через внедрение процессного подхода.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие рабочих процессов, связанных с доменом «Рабочие условия» — Табл. 4.5. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП, представленных в Таблице 4.5, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока. Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на проблемах количественных или материальных недостатков или избытков на рабочем месте сотрудника.

Таблица 4.5. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Рабочие условия» в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен	Учебная подгруппа
ОАОП	100	№1
ОПБ	100	№1
ЖК №15	91	№1
ПДО №3	86	№1
ОРИТ нвржд №2	82	№1
АФО № 2	80	№2
ОРИТ нвржд №1	79	№2
АФО № 1	71	№2
ЖК №14	69	№2
ЖК №9	69	№2
ЖК №10	69	№1
ОВРТ	67	№1
ЖК №13	63	№1
ОПННД	63	№1
ГО № 1	59	№1
ЖК №7	56	№2
ЖК №8	50	№2
ЖК №11	47	№2
ЖК №12	44	№2
ОНАФО	25	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

В результате обсуждений слушатели разрабатывали стратегии поведения, когда присутствие руководителя на рабочем месте сотрудника считается признаком долго нерешаемой проблемы, вели разработку или обновление чек-листов осмотра руководителем рабочего места сотрудника.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

На очных индивидуальных занятиях на территории рабочего места слушателей преподавателями проводилось погружение обучаемых в поиск потерь, которые встречаются во всех сферах деятельности работы врача и медсестры с помощью инструментов, которые были изучены на очных семинарских занятиях.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием обучаемых руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях, преподаватели давали обратную связь относительно использования разработанных ими чек-листов осмотра рабочих мест сотрудников.

В результате проведённого комплекса образовательных воздействий в среднем по экспериментальной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивавших домен «Рабочие условия», в среднем по экспериментальной группе отделений в ноябре 2023 года было 69%, в мае 2024 года 71%, прирост в 2% был статистически не значим ($p > 0,05$) — Таб. 6.1., Рис. 6.12.

Применение результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Распознавание (понимание) стресса» в процессе обучения руководителей исследуемой медицинской организации

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях на видном месте были разложены бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП, публикации по теме семинарского занятия, которые слушатели могли свободно взять.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответ на следующий вопрос: «Как сотрудники МО обучаются видеть своё перенапряжение и выявлять признаки стресса у сотрудников-коллег?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Тема проводимого семинарского занятия «Управление стрессом у руководителей и сотрудников медицинской организации». Целью обучения было повышение личностной компетентности заведующих отделениями, старших медицинских сестер стационара в части управления стрессом, диагностики своего состояния и состояния других, гармонизации своего физического и психического состояния.

Комплектация групп проводилась на основе рейтинга отделений по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие рабочих процессов, связанных с доменом «Распознавание (понимание) стресса» — Табл. 4.6. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП, представленных в Таблице 4.6, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока. Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на особенностях культурно-исторического менталитета россиян

Таблица 4.6. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП по домену «Распознавание (понимание) стресса» в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших домен	Учебная подгруппа
ГО № 1	53	№1
ЖК №8	50	№1
ЖК №15	41	№1
ЖК №13	33	№1
ЖК №7	33	№1
ЖК №11	32	№2
ЖК №9	31	№2
ЖК №14	31	№2
АФО № 2	30	№2
АФО № 1	29	№2
ЖК №12	28	№1
ОАОП	22	№1
ОВРТ	22	№1
ОПБ	22	№1
ОПННД	22	№1
ОНАФО	18	№2
ПДО №3	14	№2
ОРИТ нвржд №2	13	№2
ОРИТ нвржд №1	13	№2
ЖК №10	13	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

(работать, несмотря на признаки усталости, отсутствие привычек здорового образа жизни (ЗОЖ)) и последствиях работы в состоянии усталости, которые приводят к ошибочным действиям.

В результате обсуждений слушатели разрабатывали стратегии поведения, способствующие регулярному проведению образовательных программ для сотрудников исследуемой МО по диагностике усталости и стресса у сотрудников, занятий по темам финансовой и юридической грамотности.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

На очных индивидуальных занятиях на территории рабочего места слушателей преподавателями проводилось повторение тем, которые были изучены на очных семинарских занятиях.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием обучаемых руководителей с их подчинёнными в реальных рабочих условиях, преподаватели давали обратную связь относительно инвестиций времени и ресурсов, со стороны руководителей, на внедрение программ благополучия и здоровья персонала.

В результате проведённого комплекса образовательных воздействий в среднем среди участников экспериментальной группы отделений доля тех, кто положительно оценил качество и эффективность рабочих процессов, влияющих на способность распознавать собственное состояние стресса, и, как следствие, допускать меньше ошибок, возросла с 24% до 34% ($p < 0,05$).

4.3 Обучение руководителей медицинской организации по данным шкал индивидуального восприятия рабочих процессов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов

Пассивное распространение образовательных материалов.

В учебных аудиториях на видном месте были разложены бумажные версии практических рекомендаций, связанных с мониторингом КБП, публикации по теме семинарского занятия, которые слушатели могли свободно взять. Выбор статей оставался за преподавателем, при этом соблюдалось условие публикации этих статей в журналах, рецензируемых Высшей аттестационной комиссией Российской Федерации.

Активное распространение образовательных материалов.

Адресная рассылка образовательных и информационных материалов проводилась через групповой чат, созданный для участников экспериментальной группы.

За 3-5 дней до занятия слушатели вместе с информацией о дате, месте и времени начала занятия получали название семинара и задание для самостоятельной подготовки перед занятием. Слушателям предлагалось подготовить ответы на следующие вопросы: «Каким образом сотрудники

показывают, что они привержены корректировке важных слабых мест или уязвимостей повседневной работы?», «Как доверие между медсёстрами и другими сотрудниками ощущается на уровне отделения?», «Могут ли врачи описать процесс для выявления давних проблем при взаимодействии с клиническими фармакологами?», «Каким образом новые сотрудники узнают требования клинических фармакологов, работающих в МО, к назначению лекарственных препаратов?», «Могут ли работники описать какие-либо административные усилия, способствующие созданию доверительных отношений в отделении / клинике?».

Непосредственно перед занятием слушателям раздавались рабочие тетради с контентом, соответствующим теме семинара.

После занятия слушателям проводилась адресная рассылка слайдов презентации с диаграммами результатов мониторинга КБП и фото рабочих записей группы на листах флипчарт-блокнота, путём отправки сообщений в групповой чат учебной группы.

Очные дидактические занятия в диалоговом формате.

Проводилось семинарское занятие по теме «Приемы убеждающего воздействия в ходе принятия и реализации управленческих решений», целью которого было изучение социально-психологических и организационных аспектов влияния, практической части риторики и современной коммуникации для развития компетенций, связанных с убеждением и влиянием в ходе совместной деятельности в медицинской организации.

Комплектация групп осуществлялась на основе рейтинга отделений, который определялся по количеству сотрудников, позитивно оценивших восприятие рабочих процессов. При этом использовались не критерии оценки, принятые в группе, а личные убеждения, связанные с оценкой качества и эффективности текущих процессов, влияющих на безопасность пациентов. Метрикой для рейтинга служил интегральный показатель SAQ (инд.), который представлял собой среднее арифметическое всех индивидуальных шкал опросника SAQ — Табл. 4.7. Преподаватели были ознакомлены с этой информацией за 3-5 дней до занятия и

имели возможность заранее подготовить задания и упражнения соответствующих типов для управления групповой динамикой.

Поиск локального консенсуса.

Актуализация знаний слушателей учебных подгрупп проводилась на основе результатов мониторинга КБП, представленных Таблице 4.7, а также данных из зарубежных клиник Германии [119, С. 187], стран Ближнего и Дальнего Востока.

Таблица 4.7. Распределение руководителей экспериментальной группы по учебным подгруппам в зависимости от результатов мониторинга КБП, согласно дихотомическим значениям интегрального показателя $SAQ_{инд.}$ в ноябре 2023 года.

Отделение	Доля (%) сотрудников отделения, позитивно оценивших $SAQ_{инд.}$	Учебная подгруппа
ОАОП	89	№1
ЖК №9	75	№1
ПДО №3	68	№1
ЖК №15	64	№1
ОРИТ нвржд №2	63	№1
ЖК №10	63	№2
ЖК №14	62	№2
ЖК №13	56	№2
ЖК №7	56	№2
ОВРТ	56	№2
ОПБ	56	№1
ГО № 1	53	№1
АФО № 1	52	№1
ОПННД	52	№1
ОРИТ нвржд №1	49	№1
АФО № 2	40	№2
ЖК №12	39	№2
ЖК №8	39	№2
ЖК №11	32	№2
ОНАФО	28	№2

Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.

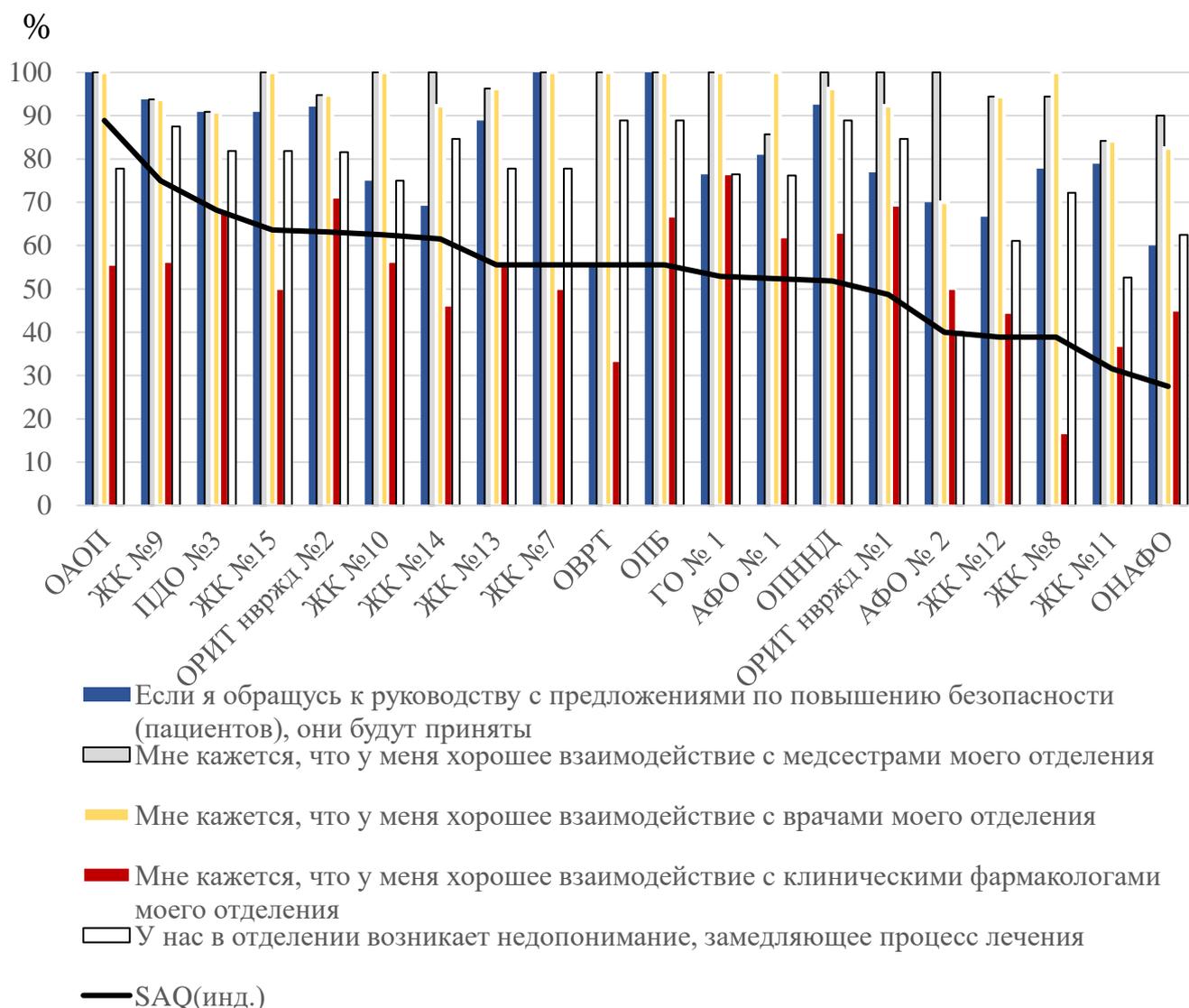


Рисунок 4.1. Доля (%) сотрудников отделений экспериментальной группы, которые позитивно оценили качество и эффективность текущих рабочих процессов с точки зрения их безопасности для пациентов на основе своих личных критериев восприятия этих процессов. *Примечание: Расшифровка сокращений названий отделений соответствует расшифровке, представленной в примечании к Рис. 6.2 настоящей диссертационной работы.*

Обсуждения заведующих отделениями и старших медицинских сестёр были сосредоточены на выявлении способов демонстрации сотрудниками их готовности к корректировке слабых мест и уязвимостей в процессах своей повседневной работы; на создании процесса выявления давних проблем во взаимоотношениях сотрудников-коллег; на формировании доверия между членами коллектива.

В результате обсуждений слушатели разработали стратегии поведения руководителя, способствующие переходу с анонимной на не анонимную форму подачи инцидентов сотрудниками при сборе обратной связи, а также уменьшению проблем, связанных с передачей информации о пациентах между сотрудниками.

Тьюторские встречи и выездные визиты.

На очных индивидуальных занятиях с руководителями экспериментальной группы, проводившихся на территории рабочего места слушателей, преподаватели повторяли темы, изученные на очных семинарских занятиях, и искали решения для улучшения внедрения социально-психологических методов управления людьми.

Полевая обратная связь.

По результатам наблюдений за взаимодействием обучаемых руководителей с подчинёнными в реальных рабочих условиях преподаватели давали обратную связь относительно поведения руководителя, когда сотрудники игнорировали инициативы руководства по учёту инцидентов и предостережений, а также не передавали информацию о пациенте своим коллегам.

При детальном анализе составляющих интегрального показателя SAQ_{инд.} в экспериментальной группе отделений было обнаружено, что из пяти индивидуальных шкал опросника SAQ в трёх были значимые различия до и после образовательного воздействия. Также было зафиксировано значимое улучшение по домену «Распознавание (понимание) стресса». Однако по двум шкалам: «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» и «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», значимых различий не наблюдалось.

Резюме 4 главы

В главе описан комплекс образовательных методов, которые были применены для руководителей медицинских организаций в рамках диссертационного исследования. Комплекс включал методы традиционного и конструктивистского подходов к обучению.

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, были получены доказательства изменения восприятия социально-психологического климата безопасности пациентов в коллективах экспериментальной группы в позитивную сторону.

Образовательный контент для медицинских работников ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» был разработан на основе результатов мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, который проводился в той же медицинской организации. Результаты мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов позволили инициировать и проводить рефлексивное обсуждение с обучаемыми руководителями фактов, приближённых к реальной ситуации, и сформировать знания, умения и навыки, в том числе, на основе опыта коллег из других подразделений медицинской организации.

ГЛАВА 5. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ С ПРОБЛЕМАМИ, СВЯЗАННЫМИ С САМООЦЕНКОЙ ЗДОРОВЬЯ СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Проблемы, связанные с потерями качества жизни, связанного со здоровьем (КЖСЗ) у сотрудников МО, были изучены с помощью второй базы данных настоящего исследования, в которую были включены результаты двух волн опроса: 828 сотрудников ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ в пятую волну опроса (ноябрь 2023 года) и 868 сотрудников в шестую волну опроса (май 2024 года) — Табл. 2.2., Табл.2.3. Подробные характеристики второй базы данных описаны во второй главе данной диссертационной работы. Пятая глава представляет собой описание результатов опросника EQ5D5L, полученных при реализации первого этапа — Рис. 3.3., а также результаты анализа III и V этапов методики мониторинга КБП — Рис. 3.7.

Результаты сравнительного анализа показателей КЖСЗ у персонала отделений экспериментальной и контрольной групп.

Согласно первому этапу методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, для каждого сотрудника, принявшего участие в опросах пятой и шестой волн, сначала были рассчитаны потери КЖСЗ по пяти доменам опросника EQ5D5L, Индекс EQ5D5L, а затем показатель ΔКЖСЗ. На основании значений ΔКЖСЗ участники опросов были распределены по подгруппам А и Б. Подгруппу А составили участники с ΔКЖСЗ больше 0,248 у.е., подгруппу Б – меньше 0,248 у.е. — Табл. 5.1., Табл. 5.2, Табл.5.3.

Результаты участников подгруппы А, доля которых составила 13% от генеральной совокупности второй базы данных, согласно методике мониторинга КБП, были исключены из дальнейшего анализа. С целью проведения сравнительного анализа результатов самооценки КЖСЗ и мониторинга КБП в

пятую и шестую волнах опросов персонала из второй базы данных были отобраны участники подгруппы Б, которые приняли участие в обеих волнах (их доля составила 75% от всех респондентов 5 и 6 волн опросов). Результаты респондентов, которые приняли участие в какой-либо одной волне опроса (12%), были исключены из анализа, так как обеспечить случайность выбора респондентов в этих независимых выборках не представлялось возможным — Табл. 5.2.

Таблица 5.1. Распределение респондентов по подгруппам А и Б

Волна опроса	Группы участников	Кол-во респондентов в подгруппе А	Кол-во респондентов в подгруппе Б	Всего	Доля (%) участников подгруппы А
5 (ноябрь 2023)	гр 1 (эксп.)	50	368	418	12,0
	гр 2 (контр.)	44	366	410	10,7
6 (май 2024)	гр 3 (эксп.)	59	371	430	13,7
	гр 4 (контр.)	69	369	438	15,8

Таблица 5.2. Количество респондентов экспериментальной группы в зависимых и независимых выборках пятой и шестой волн опроса персонала МО.

Название отделения	I	II	III	IV	V
1. Отделение вспомогательных репродуктивных технологий	9	9	5	5	3
2. Женская консультация № 13	26	30	24	4	4
3. Женская консультация № 8	18	18	16	2	2
4. Отделение антенатальной охраны плода	9	10	8	2	1
5. Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1	39	40	34	5	6
6. Женская консультация № 10	16	16	15	1	1
7. Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №2	38	39	32	7	6
8. Женская консультация № 12	20	17	8	2	19
9. Акушерское физиологическое отделение № 1	23	20	17	3	6
10. Женская консультация № 9	17	16	12	5	4
11. Женская консультация № 14	13	21	12	4	6
12. Акушерское физиологическое отделение № 2	11	10	8	2	3
13. Женская консультация № 7	19	18	17	0	3
14. Женская консультация № 11	20	19	15	4	5
15. Приемно-диагностическое отделение №3	22	22	19	5	1

Продолжение таблицы 5.2.

Название отделения	I	II	III	IV	V
16. Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей	27	31	21	4	12
17. Отделение новорожденных акушерского физиологического отделения	40	43	32	6	13
18. Отделение патологии беременности	9	12	8	4	1
19. Гинекологическое отделение № 1	17	18	12	5	6
20. Женская консультация № 15	20	22	18	1	5

Примечание: столбец «I» – количество участников 5 волны опроса, столбец «II» – количество участников 6 волны опроса, столбец «III» – количество респондентов подгруппы Б, принявших участие в 5 и 6 волнах опроса, включенных в зависимые выборки, столбец «IV» – количество респондентов подгруппы А, результаты которых были исключены из дальнейшего анализа данных, столбец «V» – количество респондентов подгруппы Б, принявших участие в одной из волн проведенных опросов (независимые выборки).

Таблица 5.3. Количество респондентов контрольной группы в зависимых и независимых выборках пятой и шестой волн опроса персонала МО

Название отделения	I	II	III	IV	V
1. Эндоскопическое отделение	18	18	15	2	4
2. Гематологическое отделение	17	17	14	3	3
3. Приемно-диагностическое отделение № 2	25	26	21	4	5
4. Отделение диагностики и лечения заболеваний молочной железы и репродуктивной системы	18	17	12	5	6
5. Онкологическое отделение № 1 (ЦАОП)	18	19	17	2	1
6. Онкологическое отделение № 2	16	16	11	5	5
7. Отделение анестезиологии-реанимации № 2	16	20	16	4	0
8. Онкоурологическое отделение	17	19	15	4	2
9. Эндоскопическое отделение № 1	17	22	16	3	4
10. Отделение трансфузиологии	13	12	6	4	9
11. Дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии	33	37	27	15	1
12. Отделение ранней медицинской реабилитации	20	18	16	3	3
13. Терапевтическое отделение	23	21	17	6	4
14. Онкологическое отделение № 4 (ЦАОП)	16	18	13	4	4
15. Кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда	22	20	14	8	6
16. Урологическое отделение	14	15	14	0	1

Продолжение таблицы 5.3.

Название отделения	I	II	III	IV	V
17. Лаборатория клинической микробиологии (бактериологии) 1	10	15	8	3	6
18. Онкологическое отделение № 5 (ЦАОП)	13	12	11	1	2
19. Хирургическое отделение № 3	12	20	12	1	7
20. Отделение гнойной хирургии	22	15	12	4	9
21. Отделение сосудистой хирургии	18	19	17	3	0
22. Онкологическое отделение противоопухолевой лекарственной терапии	12	20	11	2	8
23. Онкологическое отделение № 1 (С8)	20	22	15	9	3
13. Терапевтическое отделение	23	21	17	6	4
14. Онкологическое отделение № 4 (ЦАОП)	16	18	13	4	4

Примечание: см. примечание таблицы 5.2.

Результаты расчётов показателей КЖСЗ, полученные по каждому из 43 исследуемых отделений в 5 волну опроса персонала исследуемой МО, были визуализированы в виде таблиц, аналогичных таблице 3.7. Созданные табличные материалы были представлены руководителям отделений экспериментальной группы. Презентации результатов проводились во время тьюторских встреч, разбор полученных результатов и обсуждение мер по улучшению проводились на семинарских занятиях с заведующими отделениями и старшими медицинскими сёстрами. Руководители отделений (заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры) контрольной группы результаты по опроснику EQ5D5L не получали, в семинарских занятиях участия не принимали. Через полгода после проведённого образовательного воздействия был проведён повторный опрос и выполнен сравнительный анализ связанных выборок — Табл. 5.4., Табл. 5.5.

Результаты сравнительного анализа между отделениями экспериментальной группы в пятую (1 группа) и шестую волну опросов (3 группа) в среднем продемонстрировали значимые различия ($p < 0,05$) по следующим показателям самооценки КЖСЗ — Табл. 5.4., в среднем: «Мобильность» – потери КЖСЗ, связанные с этим доменом, уменьшились в 7,9 раз; «Уход за собой» – ограничения качества жизни, связанные с уходом за собой, уменьшились в 10 раз; «Привычная

Таблица 5.4. Характеристики показателей опросника EQ5D5L между первой и третьей экспериментальными группами в выборке подгруппы Б.

Расчётные показатели опросника EQ5D5L	1 подгруппа группы Б		3 подгруппа группы Б		W	
	μ	SD	μ	SD	Z	p
MO	0,0079	0,015	0,0010	0,006	-6,65(a)	0,000
SC	0,0010	0,010	0,0000	0,000	-2,64(a)	0,008
UA	0,0196	0,045	0,0059	0,022	-4,73(a)	0,000
PD	0,0244	0,041	0,0093	0,021	-5,49(a)	0,000
AD	0,0130	0,020	0,0092	0,016	-2,88(a)	0,004
Индекс EQ5D5L	0,9336	0,091	0,9745	0,041	-7,16(b)	0,000
ВАШ EQ5D5L	86,036	11,42	89,102	8,317	-3,31(b)	0,001
ΔКЖСЗ	0,0865	0,07	0,0884	0,07	-0,46(b)	0,642

Примечание: MO – домен «Мобильность (Подвижность)», SC – домен «Уход за собой», UA – домен «Привычная повседневная деятельность», PD – домен «Боль/Дискомфорт», AD – домен «Тревога/Депрессия», μ – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, W – статистики критерия знаковых рангов Уилкоксона: Z – значение критерия при (a) – использовании положительных рангов, (b) – использовании отрицательных рангов p – асимптотическая двусторонняя значимость T – критерия Уилкоксона.

повседневная деятельность» – привычная повседневная деятельность (например, работа, учёба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг) давалась респондентам в 3,3 раза легче; «Боль/Дискомфорт» – в 1,3 раза уменьшились потери качества жизни, связанные с болью и/или дискомфортом; «Тревога/Депрессия» – в 1,4 раза уменьшились самооценки тревоги и/или депрессии. Различий между расчётными показателями ΔКЖСЗ в 1 и 3 группах выявлено не было ($p > 0,05$).

В исследуемых отделениях контрольной группы, характеристикам качества жизни, связанного со здоровьем, кроме «Боль/Дискомфорт» и ΔКЖСЗ, значимых различий обнаружено не было — Табл. 5.5.

Полученные результаты свидетельствуют о положительном влиянии информирования о результатах мониторинга КБП и группового обучения руководителей отделений экспериментальной группы на самооценку качества жизни, связанного со здоровьем у персонала отделений исследуемой МО. В ходе образовательных мероприятий фокус внимания руководителей был направлен на характеристики самооценки качества жизни, связанного со здоровьем сотрудников,

проводилось обсуждение эффективности мер, способствующих улучшению самочувствия персонала.

Таблица 5.5. Характеристики показателей опросника EQ5D5L между второй и четвёртой контрольными группами в выборке подгруппы Б.

Расчётные показатели опросника EQ5D5L	2 подгруппа группы Б		4 подгруппа группы Б		W	
	μ	SD	μ	SD	Z	p
MO	0,0061	0,014	0,0042	0,012	-1,43(a)	0,152
SC	0,0018	0,011	0,0019	0,016	-0,61(a)	0,539
UA	0,0166	0,036	0,0149	0,029	-0,20(a)	0,838
PD	0,0181	0,030	0,0142	0,027	-2,03(a)	0,043
AD	0,0145	0,025	0,0132	0,023	-1,31(a)	0,190
Индекс EQ5D5L	0,9429	0,083	0,9516	0,067	-1,12(b)	0,261
ВАШ EQ5D5L	87,545	11,40	86,587	9,61	-1,34(a)	0,180
Δ КЖСЗ	0,0756	0,064	0,0941	0,067	-3,39(b)	0,001

Примечание: см. примечание таблицы 5.4.

Влияние обучения руководителей работе с ограничениями мобильности сотрудников на улучшение самооценки КЖСЗ персонала.

По данным пятой волны опроса (ноябрь 2023 года), несмотря на различия средних значений потерь КЖСЗ по домену «Мобильность» у респондентов отделений экспериментальной (1 гр.) и контрольной (2 гр.) групп, 0,008 у.е. и 0,006 у.е. соответственно, значимые различия между ними отсутствовали по критерию Манна-Уитни ($U=52367$, $p=0,088$). Через полгода полученные результаты шестой волны опроса выявили значимые различия: респонденты отделений экспериментальной группы (3 гр.) в среднем оценивали потери мобильности, как 0,001 у.е., контрольной группы (4 гр.) в 4 раза больше - 0,004 у.е. (критерий Манна-Уитни ($U=50404$, $p=0,000$)) — Рис. 5.1.

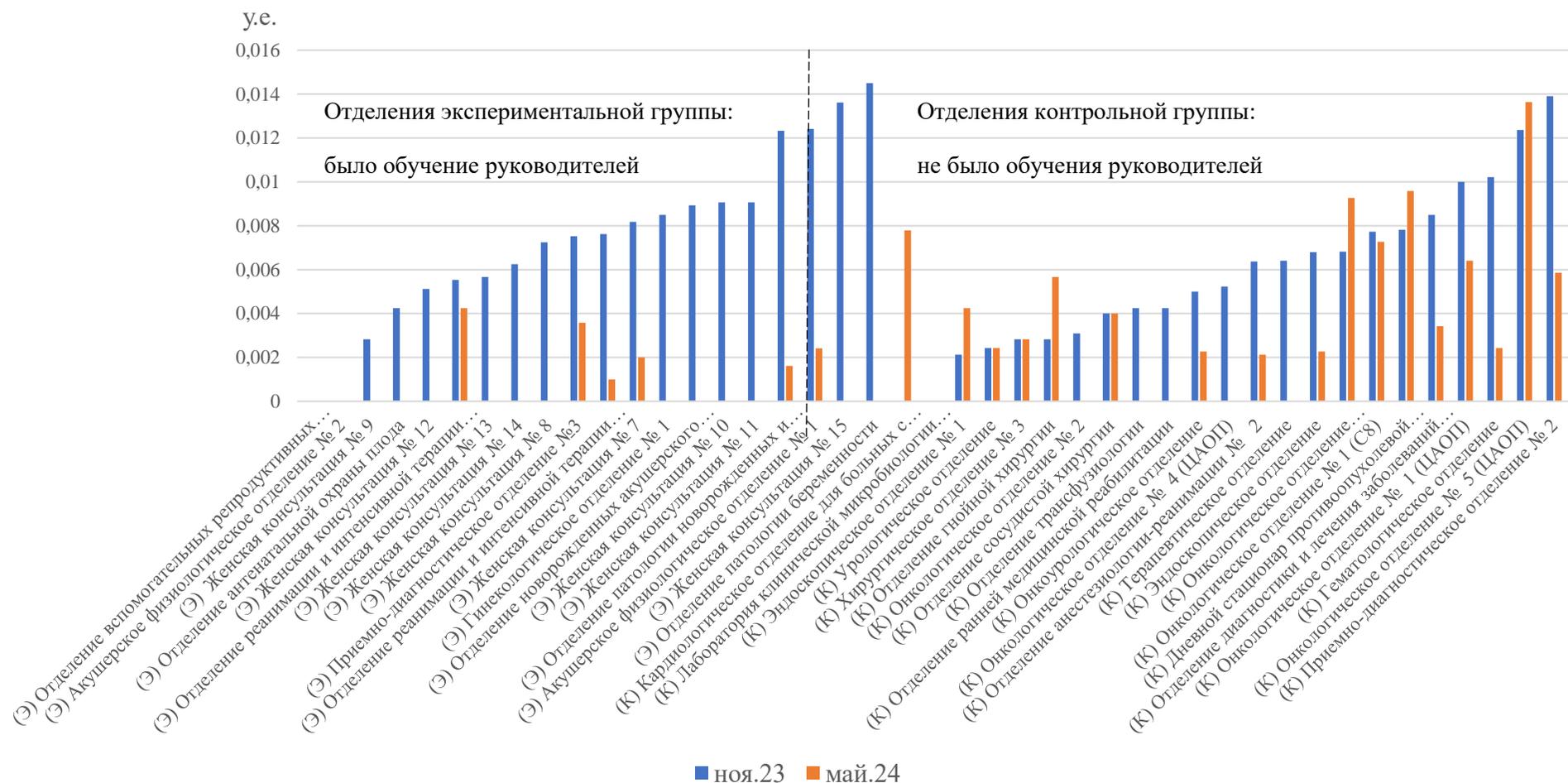


Рисунок 5.1. Потери КЖСЗ по домену «Мобильность» (у.е.), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы.

Во время презентаций результатов опроса внимание руководителей отделений экспериментальной группы было сконцентрировано на том, что потери качества жизни, связанного с мобильностью, могут быть связаны не только с заболеваниями опорно-двигательного аппарата, а ещё и с теми условиями, которые влияют на перемещения сотрудников в рабочем пространстве. Было акцентировано внимание руководителей на том, что основная масса сотрудников не имеет потерь, связанных с мобильностью, их имеет небольшое количество сотрудников отделения: 1-5 человек. Руководителям были даны рекомендации по проведению наблюдения и индивидуальных бесед с сотрудниками на тему ограничений их мобильности.

В ходе семинарских занятий были проведены групповые обсуждения результатов наблюдений заведующих отделениями и старших медицинских сестёр о причинах потерь качества жизни, связанного с мобильностью сотрудников. Перечень причин, затрудняющих передвижение сотрудников на рабочих местах, актуальных на момент проведения исследования и полученных в процессе наблюдений руководителями за персоналом, следующие: 1) неудобная корпоративная обувь (мозоли); 2) скользкая поверхность полов после влажной уборки; 3) отсутствие навигации внутри здания медицинской организации; 4) пропускная способность лифтов в «час пик»; 5) провода на полу, увеличивающие риск падения и снижающие скорость движения; 6) длина пешеходных маршрутов внутри здания и между корпусами МО (до 2 км); 7) длительность трансфера «дом-работа» (более 40 минут на метро, более 1,5 часов на автомобиле). Часть управленческих решений (изменение графиков влажной уборки и рабочего времени удалённо живущим сотрудникам, смена типа корпоративной обуви) не потребовали согласований с вышестоящим руководством и коллегами из смежных подразделений, однако часть решений (изготовление навигационных и информационных стендов, перенос места расположения определённых кабинетов, изменение мест вывода электрических розеток) потребовали обоснования затрат с использованием методов бережливого производства и защиты инвестиций перед

руководителями высшего звена. До образовательного воздействия в отделениях экспериментальной группы потери КЖСЗ по домену «Мобильность» были зафиксированы в 18 отделениях из 20 (90%), а после в шести, что составило 30%. В то же время в отделениях контрольной группы в ноябре 2023 года в 21 отделении из 23 респонденты отмечали потери мобильности (91%), а в мае 2024 года потери наблюдались в 17 из этих 23 отделений (74%) – с учетом критерия знаковых рангов Уилкоксона ($W_{\text{положительные ранги}} = -1,434, p=0,152$) - это статистически незначимые различия. Тем не менее, причины снижения на 17% количества отделений, где сотрудниками были отмечены потери мобильности, можно объяснить последствиями мер системного характера, которые были сделаны в рамках активностей руководителей экспериментальной группы.

Влияние обучения руководителей работе с ограничениями ухода за собой у сотрудников на улучшение КЖСЗ персонала

В ноябре 2023 года потери качества жизни, связанные с затруднениями мытья и одевания, отмечали сотрудники восьми отделений, что составляло 40% от всех исследуемых отделений экспериментальной группы и семи (30%) из 23 отделений контрольной группы. При этом значимых различий потерь КЖСЗ по домену «Уход за собой» между ответами респондентов первой и второй групп не было (критерий Манна-Уитни $U=55100, p=0,793$).

В мае 2024 года во всех двадцати экспериментальных отделениях респондентами не было зафиксировано потерь качества жизни, связанного с проблемами ухода за собой. В то же время респонденты из 5 отделений контрольной группы отмечали проблемы с мытьем и одеванием. Значимые различия между ответами респондентов второй (ноябрь 2023 г) и четвертой (май 2024 г) группы подтверждены значениями критерия Уилкоксона ($W_{\text{положительные ранги}} = -0,614, p=0,539$) — Рис. 5.2.

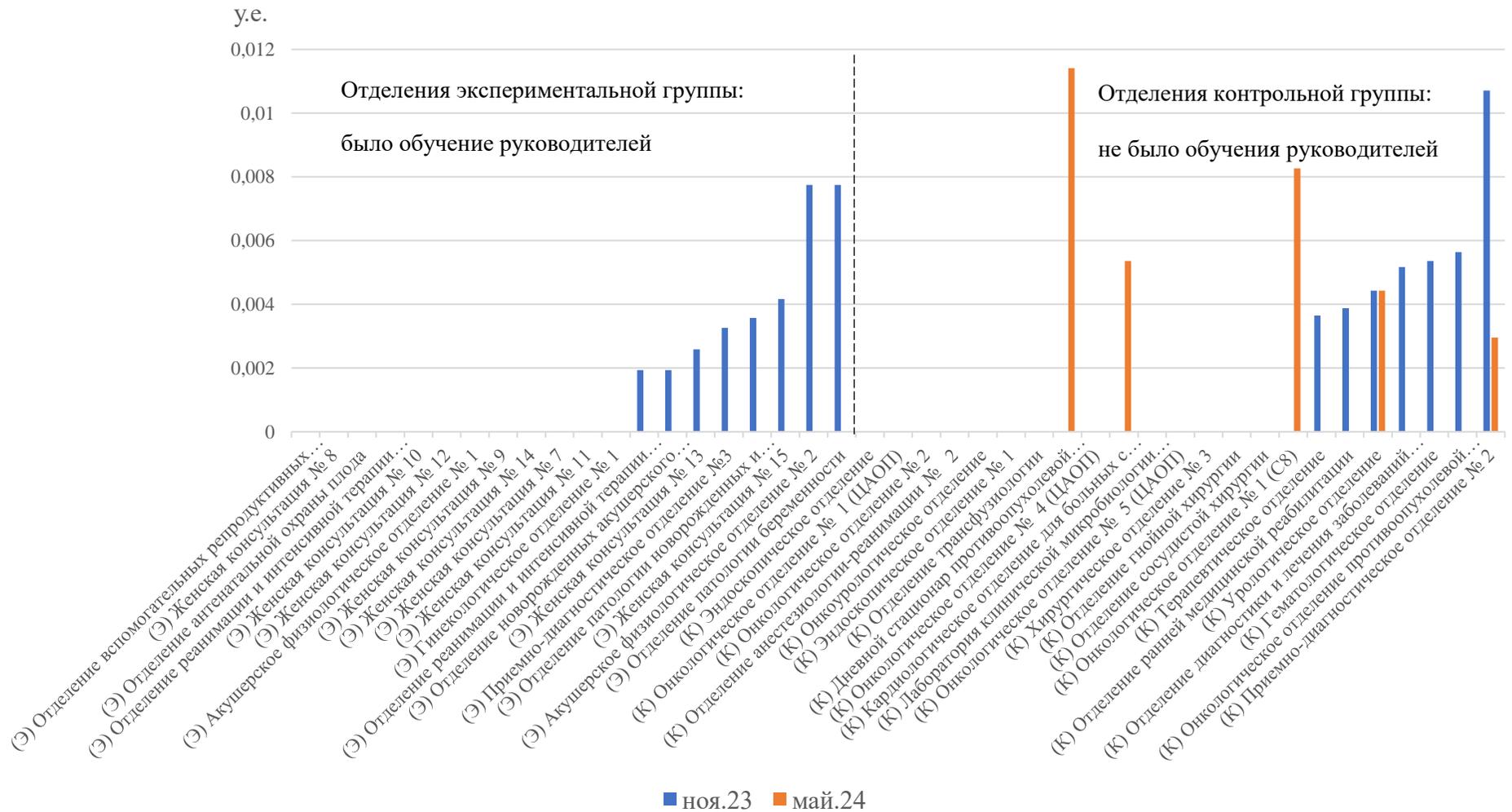


Рисунок 5.2. Потери КЖСЗ по домену «Уход за собой» (у.е.), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы

Во время обсуждений на семинарских занятиях проблем, связанных с уходом за собой у сотрудников МО, руководители указывали на следующие причины, которые ухудшали качество жизни сотрудников: 1) наличие раздевалок с отдельными кабинками для хранения вещей сотрудников; 2) наличие и работоспособность душевых и туалетных комнат, доступных сотрудникам; 3) наличие отдельных помещений для приёма пищи, оборудованных раковинами для мытья рук; 4) наличие настенных дозаторов антисептических препаратов для обработки рук. Заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры отмечали, что условия для ухода за собой наилучшим образом реализованы в современных корпусах, построенных в 2020-е годы, по сравнению с более старыми зданиями, однако, акцентирование внимания руководителей экспериментальной группы за обеспеченностью расходными материалами, связанными с уходом за собой, по сравнению с руководителями контрольной группы, позволило профилактировать потери качества жизни сотрудников.

Влияние обучения руководителей работе с ограничениями привычной повседневной деятельности у сотрудников МО на улучшение КЖСЗ персонала

До образовательных мероприятий, проводимых с руководителями отделений экспериментальной группы, значимых различий между ответами респондентов первой (экспериментальные отделения в которых опрос проводился в ноябре 2023 года) и второй (контрольные отделения, в которых опрос проводился тоже в ноябре 2023 года) групп по домену «Привычная повседневная деятельность» опросника EQ5D5L, обнаружено не было – значение критерия U (Манна-Уитни) = 54813, $p=0,8$. Практически в каждом отделении были респонденты, отмечавшие потери качества жизни, как следствие затруднений при осуществлении привычной повседневной деятельности, такой как работа, учёба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг — Рис. 5.3.

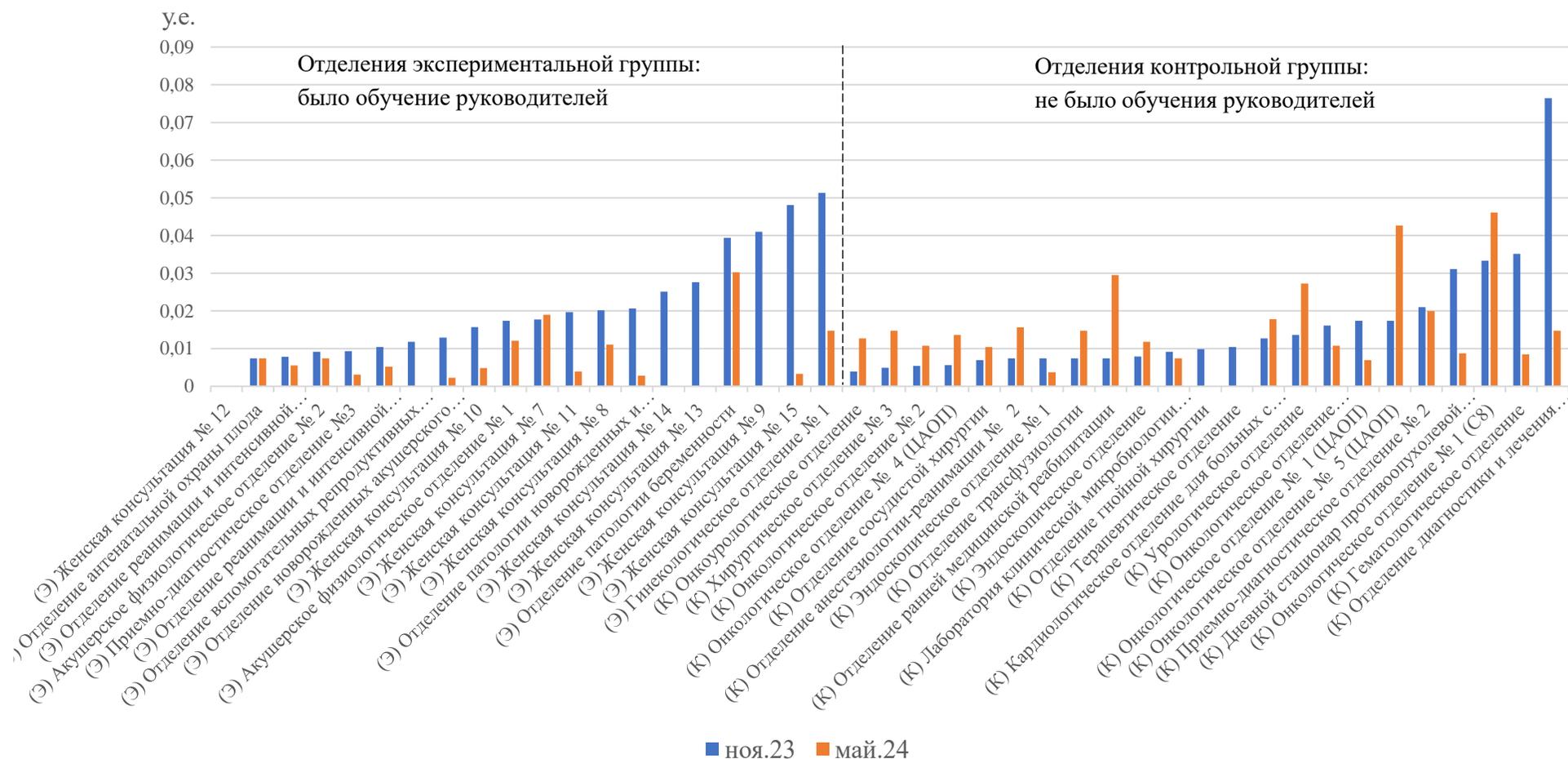


Рисунок 5.3. Потери КЖСЗ по домену «Привычная повседневная деятельность» (у.е.), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы.

После информирования заведующих отделениями и старших медицинских сестёр экспериментальной группы о результатах опроса по домену «Привычная повседневная деятельность», а также проведения комплекса образовательных мероприятий, через полгода была проведена повторная шестая волна опроса персонала по батарее опросников, измеряющих КБП. Результаты опроса показали значимое уменьшение потерь качества жизни, связанное с выполнением привычной повседневной деятельности, в три раза: средние потери, по 1 группе респондентов в ноябре 2023 года, составляли 0,020 у.е., у этих же респондентов (3 группа) через полгода потери по домену составляли 0,006 у.е. в среднем по исследуемой группе (значение критерия знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{положительные ранги}} = -4,733$, $p=0,000$).

Следует отметить, что семинарские занятия с руководителями экспериментальной группы отделений проводились с фокусом на улучшение привычной повседневной деятельности на рабочем месте, а именно проводились теоретические и практические занятия по применению бережливых (Lean) технологий, направленных на организацию рабочих пространств: а) оптимизация расстановки оборудования и рабочих предметов с учётом индивидуальной эргономики сотрудников; б) оптимизация рабочих процессов с учетом путей пациентов; в) составление чек-листов осмотра рабочих мест руководителями с учётом специализации сотрудников. Что через полгода привело к уменьшению в 2,5 раза потерь качества жизни, связанных с выполнением привычной повседневной деятельности, у сотрудников экспериментальной группы по сравнению с сотрудниками контрольной группы, у которых потери КЖСЗ по шкале «Привычная повседневная деятельность» составили 0,015 у.е. в среднем, – коэффициент критерия Манна-Уитни $U=47206,5$ при $p=0,000$ по данным шестой волны опросов персонала исследуемой МО.

Влияние обучения руководителей работе с потерей качества жизни сотрудников, связанного с болью/дискомфортом на улучшение КЖСЗ персонала

Во всех исследуемых отделениях экспериментальной и контрольной группы сотрудники испытывали ощущения боль и/или дискомфорта по данным опроса в ноябре 2023 года, в среднем по группам значимых различий не было — Рис. 5.4.: коэффициент домена «Боль/Дискомфорт» равен 0,0244 у.е., в среднем по 1 группе участников исследования — Табл. 5.4., и 0,0181 у.е., в среднем по 2 группе — Табл. 5.5. (коэффициент критерия Манна-Уитни $U=51527,5$ при $p=0,083$).

Руководителям отделений экспериментальной группы была представлена информация о самооценке их сотрудников по шкале опросника EQ5D5L «Боль/Дискомфорт». Также на семинарских и тьюторских занятиях руководители были проинформированы о том, что в целом жительницы Москвы характеризуются более низким качеством жизни, связанным со здоровьем (в 29 из 35 сравнений). Наиболее яркое различие касается самой молодой возрастной группы (18–24 года) и областей боль/дискомфорт и тревога/депрессия, где абсолютная разница между частотой проблем, о которых сообщили женщины и мужчины, составила 33,5% и 32,4% соответственно. В ходе выполнения групповых заданий руководителям было предложено проанализировать половозрастной состав вверенных им отделений, а также найти решения по улучшению КЖСЗ сотрудников. В процессе обсуждения руководители предлагали: а) усиление контроля за прохождением диспансерного наблюдения за сотрудниками; б) увеличение ассортимента обезболивающих нестероидных противовоспалительных препаратов в близлежащих к МО аптечных пунктах; в) возможность оказания медицинской помощи сотрудникам МО; г) формирование «аптечек для сотрудников» на территории отделения; д) и иные меры, касающиеся конкретных отделений и сотрудников.

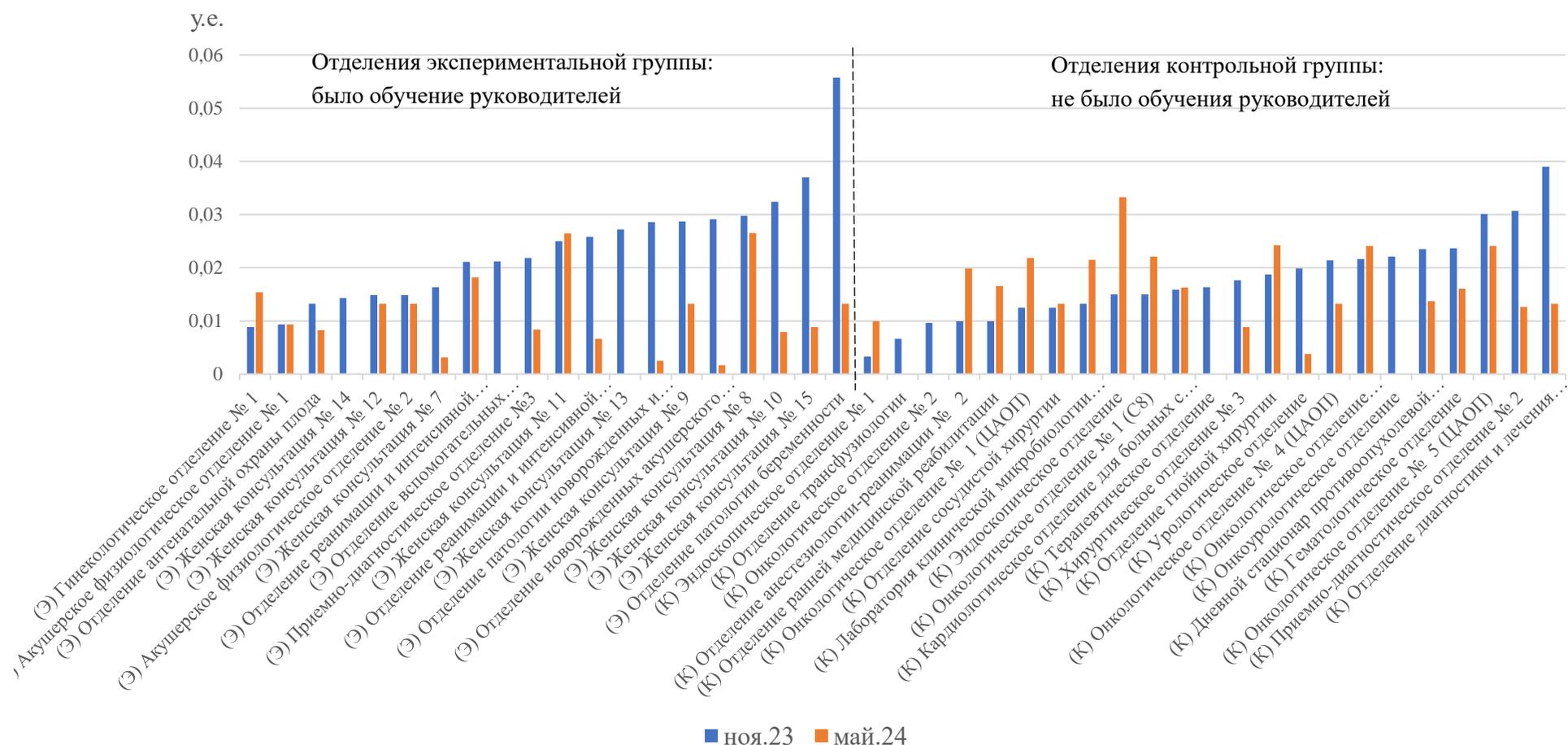


Рисунок 5.4. Потери КЖСЗ по домену «Боль/Дискомфорт» (у.е.), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы

Результаты майского (2024) опроса персонала исследуемых отделений показали улучшение в 1,6 раза качества жизни, связанного с болью и/или дискомфортом у сотрудников экспериментальных отделений по сравнению с контрольными (Манна-Уитни $U=51082$ при $p=0,016$) — Рис.5.4.

Влияние обучения руководителей работе с качеством жизни сотрудников, связанном с тревогой/депрессией на улучшение КЖСЗ персонала

В ноябре 2023 года во всех исследуемых отделениях экспериментальной и контрольной группы сотрудники испытывали тревогу и/или депрессию, уровень которых в этих группах статистически значимо не отличался — Рис. 5.5.: в экспериментальных отделениях (1 группа) коэффициент домена «Тревога/Депрессия» был 0,0130 у.е., в среднем — Табл. 5.4., и 0,0145 у.е., в среднем по 2 группе участников исследования, входящих в контрольную группу — Табл. 5.5. (коэффициент критерия Манна-Уитни $U=54928$ при $p=0,866$).

После информирования руководителей экспериментальной группы о самооценках уровней тревоги и/или депрессии у сотрудников их отделений, как персонально, так и в среднем по респондентам, принявшим участие в опросе, с ними были проведены индивидуальные и групповые обсуждения полученных результатов.

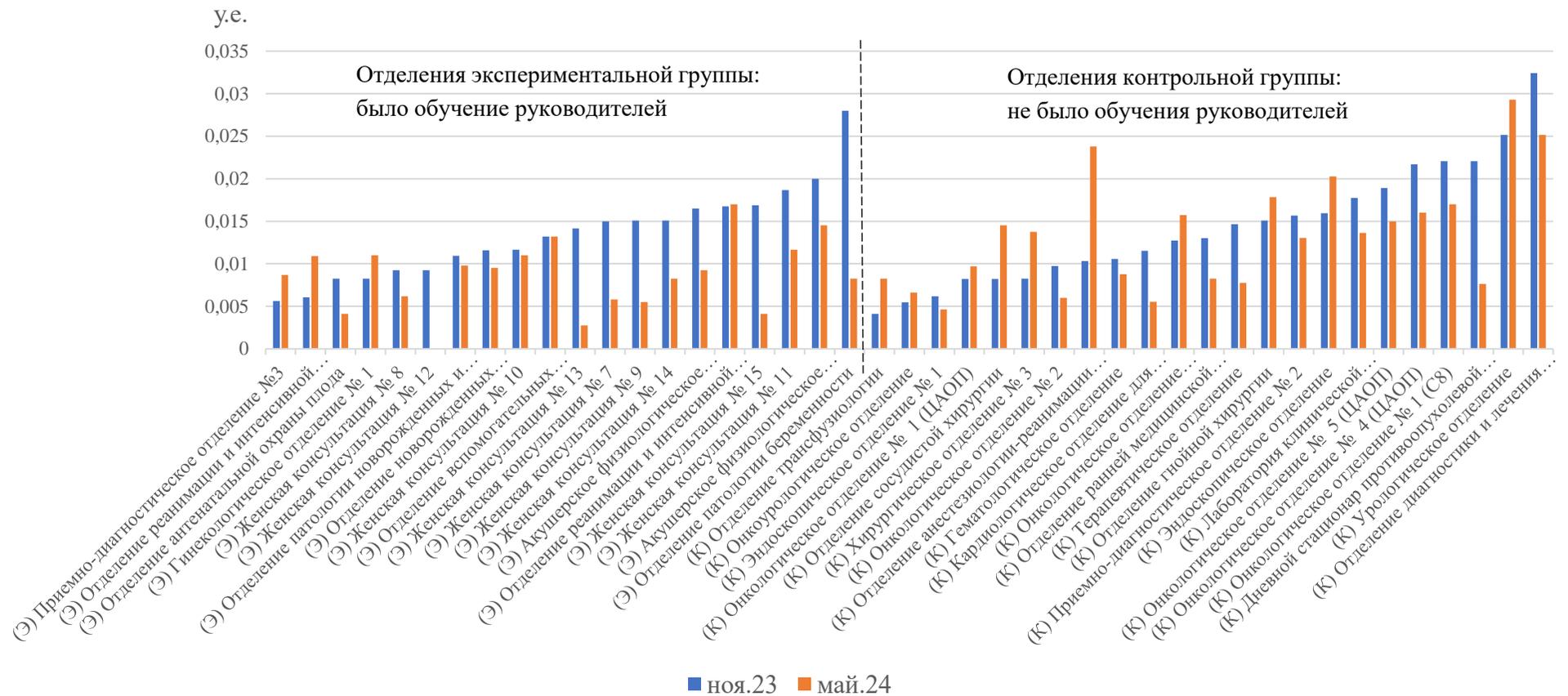


Рисунок 5.5. Потери КЖСЗ по домену «Тревога/Депрессия» (у.е.), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы

Обсуждения мер по снижению индивидуальной тревожности у определённых сотрудников проводились на тьюторских встречах, когда преподаватель-консультант очно с обучаемым руководителем на его рабочем месте или дистанционно в режиме онлайн разбирали личностные черты сотрудников и особенности их восприятия рабочих процессов и взаимоотношений с коллегами. Групповые обсуждения в формате «мозговых штурмов» проводились на семинарских занятиях, в ходе которых вёлся поиск факторов, влияющих на увеличение тревожности у медицинских работников коллектива в целом, и поиск мер по её снижению. Актуальными на момент проведения исследования заведующие отделениями и старшие медицинские сёстры определяли следующие факторы влияющие на уровни тревоги и депрессии: I. внешние факторы (относительно МО) – а) геополитическая обстановка в мире; б) тренды экономической ситуации в стране; в) проблемы взаимоотношений в семье в векторах «баланс дом-работа» и «волнения о судьбе близких»; II. внутренние организационные факторы – а) эффективность общения и взаимопонимания с руководством МО; б) высокая скорость изменений текущих рабочих процессов; в) отсутствие знаний и/или информации, позволяющей сотрудникам контролировать безопасность текущей медицинской деятельности.

Меры, которые предлагались руководителями во время образовательных мероприятий, как решения по снижению уровня тревожности: I. по внешним факторам – а) пассивное информирование сотрудников (печатные и электронные объявления) об анонимных и бесплатных доступах к специалистам-психологам (волонтерские организации, благотворительные фонды); б) регулярные видеосообщения клинических психологов исследуемой МО для сотрудников-коллег по актуальным психологическим темам (профилактика выгорания, борьба со стрессом и т.п.); в) фокус на качество рутинных рабочих процессов во время утренних совещаний (постоянное внимание на рутинных процессах формирует ощущение стабильности: вне зависимости от факторов внешней среды, внутренние требования МО к качеству выполнения работ остаются прежними); II. по

внутренним факторам – а) создание баз знаний для развития профессиональных и социальных контекстных навыков (телеграмм-каналы «Лекторий АиР Коммунарка», «Сестринский лекторий Коммунарка); б) внедрение формата индивидуальных бесед «Кофе с руководителем» руководителя с сотрудниками при этом тематика бесед определяется на основании данных из батареи опросников по мониторингу КБП.

Через полгода после акцентирования внимания руководителей на мерах по снижению тревожности персонала уровень тревожности у респондентов экспериментальных отделений снизился в 1,4 раза по сравнению с респондентами контрольной группы (коэффициент критерия Манна-Уитни $U=51033,5$ при $p=0,032$), о чём свидетельствуют данные шестой волны мониторинга КБП, и в 1,4 раза по сравнению с этими же респондентами в прошлую (пятую) волну мониторинга (критерий знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{положительные ранги}} = -2,88$ при $p=0,004$) — Рис. 5.6.

Влияние обучения руководителей социально-психологического методам управления персоналом, в частности, оценке качества жизни, связанного со здоровьем на социально-психологический климат безопасности пациентов

Интегральный показатель «Индекс EQ5D5L», который объединяет результаты самооценки здоровья по пяти доменам опросника EQ5D5L, также учитывает культурно-исторические ментальные особенности исследуемой популяции, что позволило сравнить полученные результаты принявших участие в настоящем исследовании респондентов с данными популяционных норм для жителей Москвы — Рис. 5.7. В ноябре 2023 года, 27,3% респондентов отделений экспериментальной группы и 21,4% респондентов контрольной группы оценивали своё КЖСЗ ниже популяционной нормы (0,907 у.е. для мужчин и женщин старше 18 лет). В мае 2024 года у респондентов отделений экспериментальной группы доля тех, у кого самооценка была ниже популяционной нормы сократилась до 6,6% (значение критерия знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{отрицательные ранги}} = -6,670$ при

$p < 0,05$), в то время как у респондентов контрольной группы она осталась, практически на том же уровне 20,2% (значение критерия знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{отрицательные ранги}} = -0,143$ при $p > 0,05$).

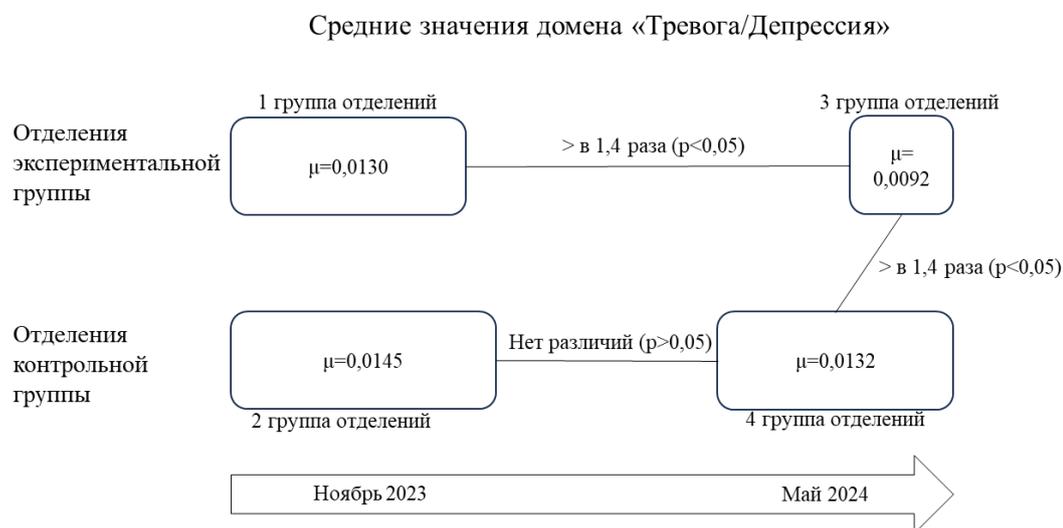


Рисунок 5.6. Динамика потерь качества жизни, связанного с тревогой и/или депрессией у персонала исследуемой МО по данным опросника EQ5D5L.

Полученные результаты демонстрируют улучшение интегральной самооценки своего здоровья у сотрудников тех отделений, в которых руководители были информированы об оценках качества жизни, связанного со здоровьем у персонала, и в ходе групповых занятий осуществляли поиск конкретных мер по улучшению состояния здоровья подчиненных по пяти направлениям: мобильность, уход за собой, привычная повседневная деятельность, боль/дискомфорт, тревога/депрессия.

В период проведения исследования в коллективах отделений экспериментальной и контрольной групп у респондентов отмечались отличия в динамике социальной и собственной самооценками потерь своего здоровья — Рис. 5.7, Рис. 5.8. Это демонстрирует динамика показателя Δ КЖСЗ, который позволяет понять, насколько лучше или хуже респондент оценивает состояние своего здоровья с учётом своих представлений о том, как оценили бы состояние его здоровья окружающие люди — Рис. 5.9. У респондентов экспериментальной

группы отделений значимых изменений между показателями Δ КЖСЗ, измеренными в ноябре 2023 года и в мае 2024 года, обнаружено не было: в 1 группе Δ КЖСЗ = 0,086 у.е. в среднем, а в 3 группе Δ КЖСЗ = 0,088 у.е., в среднем (значение критерия знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{отрицательные ранги}} = -0,465$ при $p > 0,05$). В то же время у респондентов в контрольной группе разница между социальной (Индекс EQ5D5L) и собственной (ВАШ EQ5D5L) оценкой потерь здоровья, в шестой (май 2024 г) волне опроса персонала исследуемой МО, в 1,2 раза больше, чем в пятой (ноябрь 2023 г): во второй группе Δ КЖСЗ = 0,076 у.е., в среднем, в четвёртой группе Δ КЖСЗ = 0,094 у.е., в среднем (значение критерия знаковых рангов Уилкоксона $W_{\text{отрицательные ранги}} = -3,39$ при $p < 0,05$). Средние величины Δ КЖСЗ в контрольной группе не соответствуют критическим пороговым, однако, тренд на увеличение разрыва между рациональной и иррациональной оценками своего здоровья у сотрудников МО увеличивает вероятность негативного восприятия ими КБП. Взаимосвязь между величиной Δ КЖСЗ и позитивным восприятием КБП была показана на данных первой базы настоящего исследования и описана в III главе данной диссертационной работы.

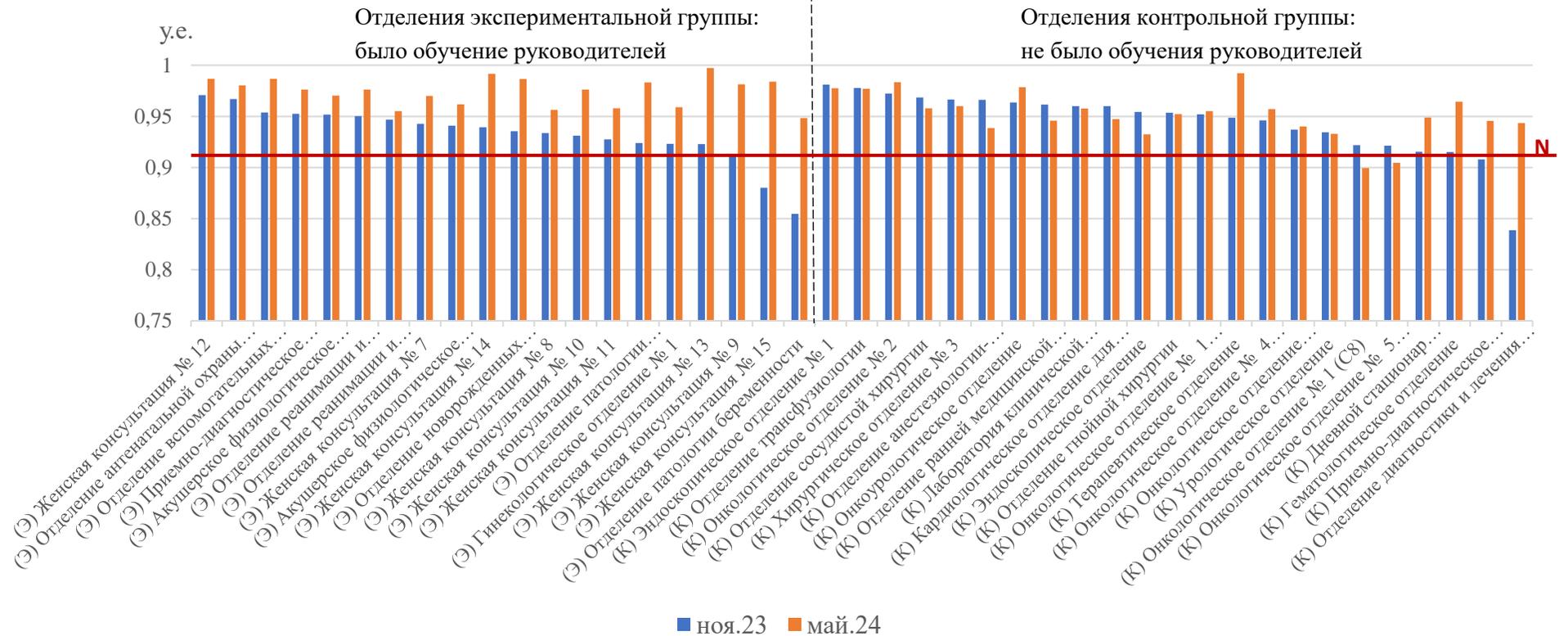


Рисунок 5.7. Динамика интегрального показателя КЖСЗ «Индекс EQ5D5L» (1 у.е.= наилучшее состояние здоровья, которое можно представить, 0 у.е. = смерть), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы, N – популяционная норма Индекса EQ5D5L для жителей Москвы (0,907 у.е.) мужчин и женщин возрастных групп старше 18 лет.

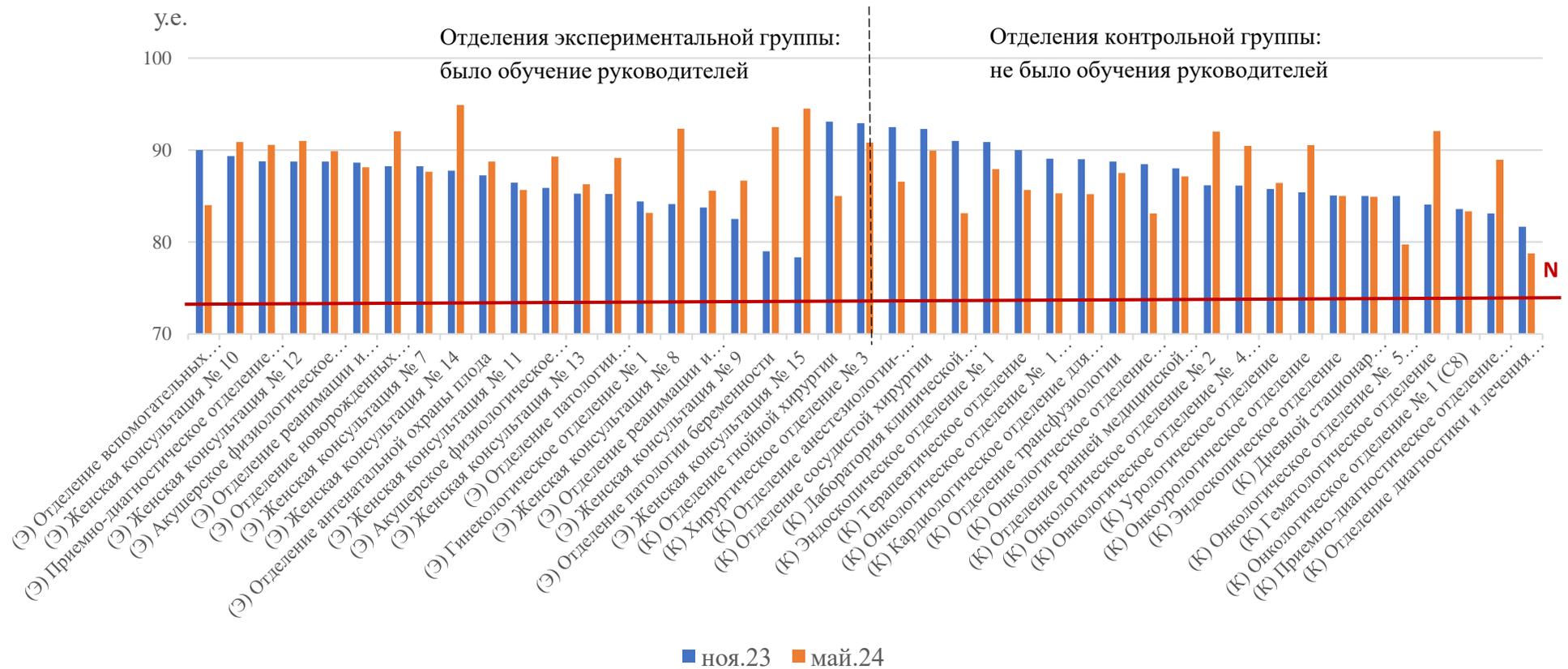


Рисунок 5.8. Динамика показателя «ВАШ EQ5D5L» (100 у.е.= наилучшее состояние здоровья, которое можно представить, 0 у.е. = смерть), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы, N – популяционная норма ВАШ EQ5D5L для жителей Москвы (74,1 у.е.) мужчин и женщин взрослых возрастных групп старше 18 лет.

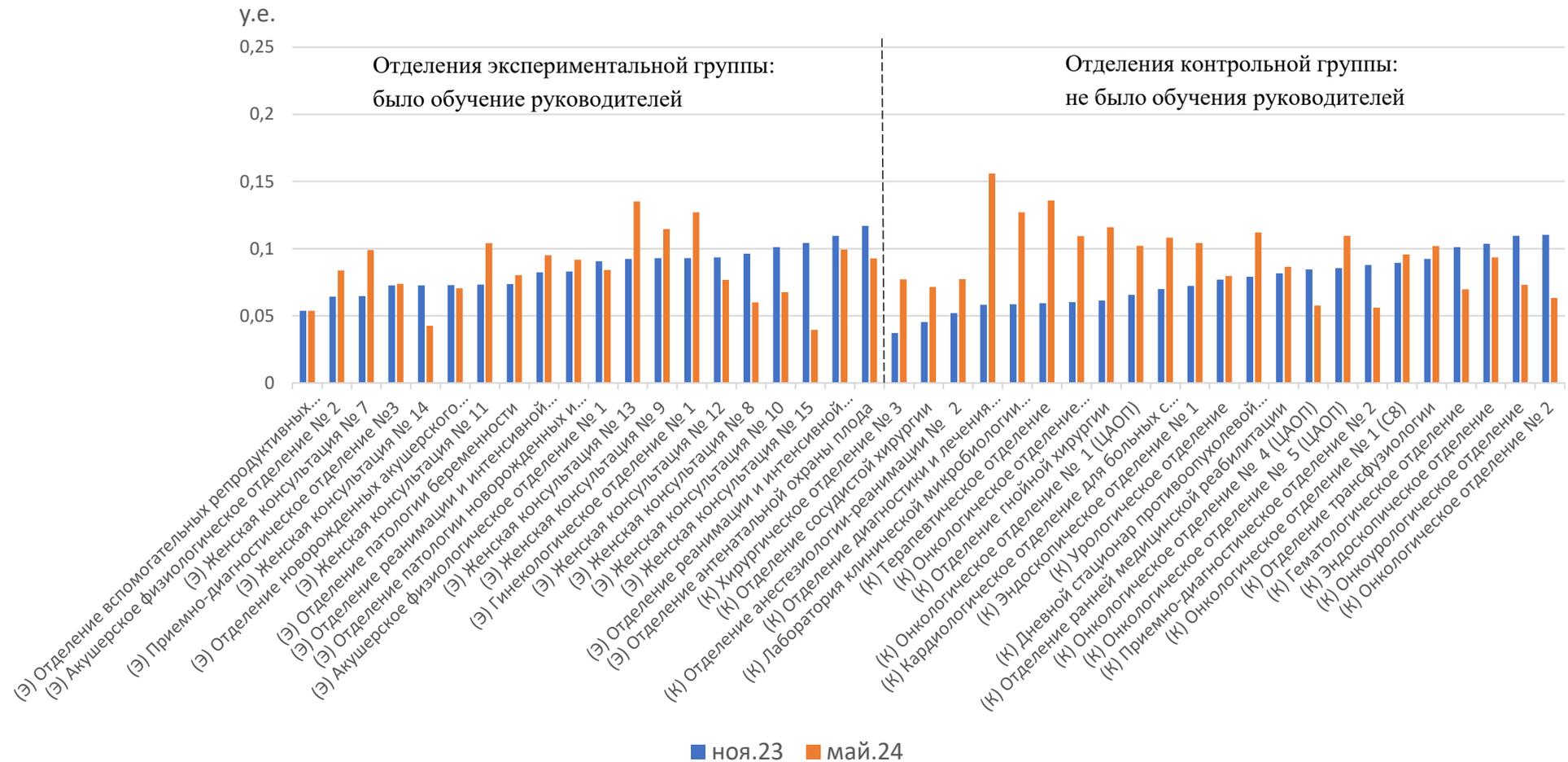


Рисунок 5.9. Динамика показателя «ΔКЖСЗ» (демонстрирует величину различия между социальной и собственной самооценкой состояния своего здоровья респондентом), у участников опросов 5 (ноя.23) и 6 (май.24) волн, в среднем по каждому отделению. Где (Э) – отделения экспериментальной группы, (К) – отделения контрольной группы

Резюме 5 главы

Полученные данные первого этапа мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов продемонстрировали положительное влияние на КБП актуализации знаний руководителей подразделений (заведующих отделениями и старших медицинских сестёр) об уровнях самооценки КЖСЗ их сотрудниками в комплексе с образовательным воздействием, включающим этап групповой рефлексии и поиска приемлемых мер по уменьшению потерь здоровья сотрудников МО.

Отслеживание конкретных мер и действий руководителей, направленных на улучшение КЖСЗ сотрудников, не входило в планы данного исследования, однако, возможно предположить, что большая часть мер, которая была предложена руководителями и обсуждалась во время групповых семинарских занятий, была реализована. Об этом свидетельствуют значимые уменьшения потерь здоровья по всем пяти доменам опросника EQ5D5L и интегральные расчётные показатели экспериментальной группы по сравнению с контрольной.

Мониторинг и анализ данных о КЖСЗ персонала повлиял на уровень безопасности пациентов, за счёт обучения руководителей социально-психологическим методам управления персоналом, направленным на улучшение качества жизни, связанного со здоровьем персонала МО.

ГЛАВА 6. ВЗАИМОСВЯЗЬ ОБУЧЕНИЯ РУКОВОДИТЕЛЕЙ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКИМ МЕТОДАМ УПРАВЛЕНИЯ ПЕРСОНАЛОМ С ПРОБЛЕМАМИ, СВЯЗАННЫМИ С ОЦЕНКОЙ СОЦИАЛЬНО-ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ СОТРУДНИКАМИ МЕДИЦИНСКОЙ ОРГАНИЗАЦИИ

Проблемы, связанные с восприятием и оценкой сотрудниками МО качества и эффективности рабочих процессов с позиции обеспечения безопасности пациентов, были изучены на основе второй базы данных настоящего исследования, в которую были включены результаты двух волн опроса 828 сотрудников из 43 подразделений ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» в пятую волну опроса (ноябрь 2023 года) и 868 сотрудников - в шестую волну опроса (май 2024 года) — Табл. 2.2., Табл.2.3.

Результаты сравнительного анализа оценки социально-психологического климата безопасности пациентов в отделениях экспериментальной и контрольной групп.

Анализ проводился по дихотомическим показателям опросника SAQ, средние значения которых по экспериментальной и контрольной группам отделений отображают доли сотрудников, позитивно оценивших соответствующую шкалу опросника. Сравнение проводилось между результатами опроса связанных групп респондентов пятой (ноябрь 2023) и шестой (май 2024) волн мониторинга КБП — Табл. 6.1., Табл. 6.2.

В среднем, в экспериментальной группе отделений по восьми из 12-ти доменам опросника SAQ количество позитивно воспринимающих рабочие процессы сотрудников было на 10% больше в шестой волне опроса по сравнению с пятой — Табл. 6.1. Однако, 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 — Табл. 6.1.

Таблица 6.1. Характеристики дихотомических показателей опросника SAQ между 1 и 3 экспериментальными подгруппами в выборке подгруппы Б, в среднем.

Расчётные показатели опросника SAQ	1 подгруппа группы Б		3 подгруппа группы Б		W	
	μ	SD	μ	SD	Z	p
Домены, составляющие интегральный показатель SAQ групповой.						
Команда	0,777	0,417	0,877	0,328	-3,646(a)	0,000
Атм. безопасности	0,804	0,398	0,875	0,331	-2,600(a)	0,009
Удовл. работой	0,807	0,395	0,875	0,331	-2,592(a)	0,010
Непосредств. рук.	0,845	0,636	0,894	0,309	-1,941(a)	0,052
Руководитель рук.	0,738	0,440	0,871	0,335	-4,569(a)	0,000
Рабочие условия	0,687	0,464	0,708	0,455	-0,681(a)	0,496
Домен и шкалы, составляющие интегральный показатель SAQ индивидуальный.						
Стресс	0,242	0,429	0,343	0,475	-3,052(a)	0,002
Если я обращусь	0,828	0,378	0,888	0,315	-2,372(a)	0,018
Хор. взаим. с м/с	0,961	0,192	0,967	0,116	-2,065(a)	0,039
Хор. взаим. с вр.	0,951	0,216	0,970	0,171	-1,300(a)	0,194
Хор. взаим. с клфр.	0,569	0,496	0,527	0,450	-1,175(a)	0,240
Недопонимание	0,766	0,417	0,839	0,368	-2,091(a)	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 обращусь – шкала «Если я обращусь 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 – домен «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения», μ – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение, W – статистики критерия знаковых рангов Уилкоксона: Z – значение критерия при (a) – использовании положительных рангов, (b) – использовании отрицательных рангов p – асимптотическая двусторонняя значимость.

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. 6.2. При сравнении интегрального показателя «SAQ_{гр.}» отмечалось улучшение результатов в экспериментальной группе: в ноябре 2023 года 76% ($\mu=0,761$; SD 0,427) респондентов позитивно воспринимали КБП по *групповым критериям* оценок соответствующих доменов SAQ, а в мае 2024 года 84% этих же респондентов позитивно оценивали групповые домены SAQ ($\mu=0,842$; SD 0,365; критерий Уилкоксона $W= -2,785$ _{отрицательные ранги} при $p=0,005$). В то же время у респондентов экспериментальной группы различий между доменами, которые измеряют восприятие КБП с учётом *индивидуальных критериев* оценки, выявлено не было (μ (1 гр. ноябрь 2023) =0,543; SD 0,498, μ (3 гр. май 2024) = 0,588; SD 0,493, критерий Уилкоксона $W= -1,340$ _{отрицательные ранги} при $p=0,180$). Результаты респондентов отделений контрольной группы по обоим интегральным показателям не показали значимых различий между опросами в ноябре 2023 и мае 2024 гг.: SAQ_{гр.} — μ (2 гр. ноябрь 2023) =0,770; SD 0,421, μ (4 гр. май 2024) = 0,818; SD 0,386, критерий Уилкоксона $W= -1,671$ _{отрицательные ранги} при $p=0,095$; SAQ_{инд.} (μ (2 гр. ноябрь 2023) =0,551; SD 0,497, μ (4 гр. май 2024) = 0,596; SD 0,491, критерий Уилкоксона $W= -1,180$ _{отрицательные ранги} при $p=0,238$).

В результате анализа интегральной переменной «Индекс должной критичности» (ИДК), отражающей уровень позитивного восприятия и оценки сотрудниками безопасности текущих рабочих процедур, а также степень трудности выбора, связанного с разрешением ментальных дилемм, были выявлены различия. В рамках экспериментальной группы были проведены измерения интегрального коэффициента ИДК в ноябре 2023 года (группа 1) и мае 2024 года (группа 3). Полученные данные показали значимые различия в средних значениях ИДК: в ноябре 2023 года $\mu=0,56$, SD 0,20, в мае 2024 года $\mu=0,68$, SD 0,21. Критерий Уилкоксона $W= -7,867$ выявил отрицательную направленность рангов при уровне значимости $p=0$.

Таблица 6.2. Характеристики дихотомических показателей опросника SAQ между 2 и 4 контрольными подгруппами в выборке подгруппы Б, в среднем.

Расчётные показатели опросника SAQ	2 подгруппа группы Б		4 подгруппа группы Б		W	
	μ	SD	μ	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 обращусь	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 6.1.

Анализ данных 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, и позволяет предположить, что вероятность возникновения предотвратимых неблагоприятных событий уменьшилась. 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 (группа 2) $\mu=0,58$; SD 0,20, в мае 2024 года (группа 4) $\mu=0,59$; SD 0,21. Критерий Уилкоксона $W= -0,551$ выявил отрицательную направленность рангов при уровне значимости $p=0,582$ — Рис. 6.1. Следовательно, в контрольной группе количество сотрудников, позитивно оценивающих КБП, осталось прежним, а риск возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанный с человеческим фактором, остался на прежнем уровне.

Таким образом, по всем доменам опросника SAQ полученные результаты из отделений экспериментальной группы в среднем продемонстрировали положительное влияние образовательного воздействия на заведующих отделениями и старших медицинских сестёр, что подтверждается количеством сотрудников, способных воспринять и позитивно оценить текущие рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов: их стало больше в мае 2024 года по сравнению с ноябрём 2023 года. В отделениях контрольной группы, где образовательные мероприятия с руководителями не проводились, восприятие и оценки КБП у сотрудников практически не изменились.

В целом, по отделениям экспериментальной группы положительный эффект от обучения руководителей, вероятно, реализовался за счёт провозглашений ими намерений об изменении отношения к рабочим процессам, проговаривания руководителями новых установок и норм, уточнений определений понятий, которые применяются в работе. Эти вербальные воздействия руководителей способствовали принятию сотрудниками изменённых групповых критериев оценки качества и безопасности рабочих процессов, что подтверждается различием показателей SAQ_{гр.} в пятой и шестой волнах опроса персонала. Однако, в среднем по всем отделениям индивидуальные установки сотрудников, которые формируют восприятие качества и безопасности текущих рабочих процессов, остались на прежнем уровне: значения SAQ_{инд.} в ноябре 2023 г. и мае 2024 г. значимо не отличались.

Этот факт позволяет предположить, что за 8 месяцев исследуемого периода не накопилось достаточно поведенческих примеров со стороны руководителей, которые бы позволили подчинённым сформировать новые индивидуальные собственные убеждения основываясь на личном опыте взаимодействия с коллегами и руководителями. Предположение подкрепляется утверждениями J.D.Pincus, 2024, о том, что действия лидера, которые укрепляют сформировавшиеся убеждения сотрудников, формируют повторяющийся итеративный процесс, развивающийся с каждым провозглашением и поступком

лидера, а поведение лидера в значительной степени способствует формированию индивидуальных суждений сотрудников относительно того, является ли организация безопасным местом работы [235].



Рисунок 6.1. Динамика значений индекса должной критичности в экспериментальной и контрольной группах отделений до обучения руководителей экспериментальной группы и после. *Примечание: ИДК – индекс должной критичности, экспериментальная гр. (ноябрь 2023) – результаты опроса, проведённого в ноябре 2023 года, экспериментальная гр. (май 2024) – результаты опроса, проведённого в мае 2024 года, контрольная гр. (ноябрь 2023) – результаты опроса, проведённого в ноябре 2023 года, контрольная гр. (май 2024) – результаты опроса, проведённого в мае 2024 года, отделения экспериментальной группы: 1–Акушерское физиологическое отделение №1, 2–Акушерское физиологическое отделение №2, 3–Гинекологическое отделение №1, 4–Женская консультация №10, 5–Женская консультация №11, 6–Женская консультация №12, 7–Женская консультация №13, 8–Женская консультация №14, 9–Женская консультация №15, 10–Женская консультация*

№7, 11–Женская консультация №8, 12–Женская консультация №9, 13–Отделение антенатальной охраны плода, 14–Отделение вспомогательных репродуктивных технологий, 15–Отделение новорожденных акушерского физиологического отделения, 16–Отделение патологии беременности, 17–Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, 18–Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1, 19–Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №2, 20–Приемно-диагностическое отделение №3, отделения контрольной группы: 1–Гематологическое отделение, 2–Дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии, 3–Кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда, 4–Лаборатория клинической микробиологии (бактериологии) 1, 5–Онкологическое отделение № 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.

Проблемы восприятия и оценки социально-психологического климата безопасности пациентов сотрудниками медицинской организации, основанные на критериях, принятых в социальной группе

При сравнении интегрального показателя «SAQ_{гр.}» отмечалось улучшение результатов в экспериментальной группе: в ноябре 2023 года - 76%, а в мае 2024 года - 84% этих же респондентов позитивно оценивали групповые домены ($p < 0,05$). При детальном анализе составляющих интегрального показателя «SAQ_{гр.}» в экспериментальной группе отделений было обнаружено, что из шести доменов опросника SAQ в четырёх были значимые различия до и после образовательного воздействия, а в двух доменах различия не были обнаружены — Табл. 6.1.

Домен «Атмосфера работы в команде»

В среднем по экспериментальной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивших качество и эффективность рабочих процессов, которые влияли на коммуникации и взаимодействие коллег в отделении, увеличилось с 78% до 88% ($p < 0,05$). При анализе динамики количества респондентов, позитивно оценивавших «Атмосферу командной работы» по

каждому из 20 отделений, отмечалось увеличение средних значений этого домена в 12 отделениях, в четырёх отделениях изменений не было (в отделении патологии беременности все 100% респондентов, оценили атмосферу работы в команде как позитивную в обеих, исследуемых волнах опроса), а в оставшихся четырёх отделениях увеличилось количество респондентов, оценивших «Атмосферу работы в команде» негативно — Рис. 6.2. В среднем по контрольной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера командной работы» значимо не изменилось в ноябре 2023 года их было 82%, в мае 2024 года 81% ($p > 0,05$) — Табл. 6.2. При анализе динамики количества респондентов, оценивавших взаимодействие в команде, наблюдалась следующая картина: в семи отделениях произошло увеличение количества респондентов, у которых восприятие домена «Атмосфера работы в команде» было позитивным, в девяти отделениях изменений не было, а в оставшихся семи из 23, отделениях увеличилось количество респондентов, оценивших этот домен негативно — Рис. 6.3.

Таким образом, восприятие и оценка социально-психологического климата по домену «Атмосфера работы в команде» опросника SAQ после образовательного воздействия на непосредственных руководителей экспериментальной группы изменились в сторону улучшения в 60% отделений, в то время как в контрольной группе, где обучение заведующих отделениями и старших медицинских сестёр не проводилось, улучшение было отмечено лишь в 30,4% отделений. Обучение руководителей методам организации эффективной командной работы позволило улучшить как профилактику конфликтов, так и деэскалацию длящихся, а также ускорить взаимопонимание сотрудников во время выполнения рабочих операций, что косвенно улучшило показатели, связанные с эффективностью использования рабочего времени. В рамках данного исследования отсутствовали задачи по измерению объективных результатов деятельности медицинских работников, зависящих от атмосферы работы в команде. Однако применение исследуемой

Атмосфера командной работы

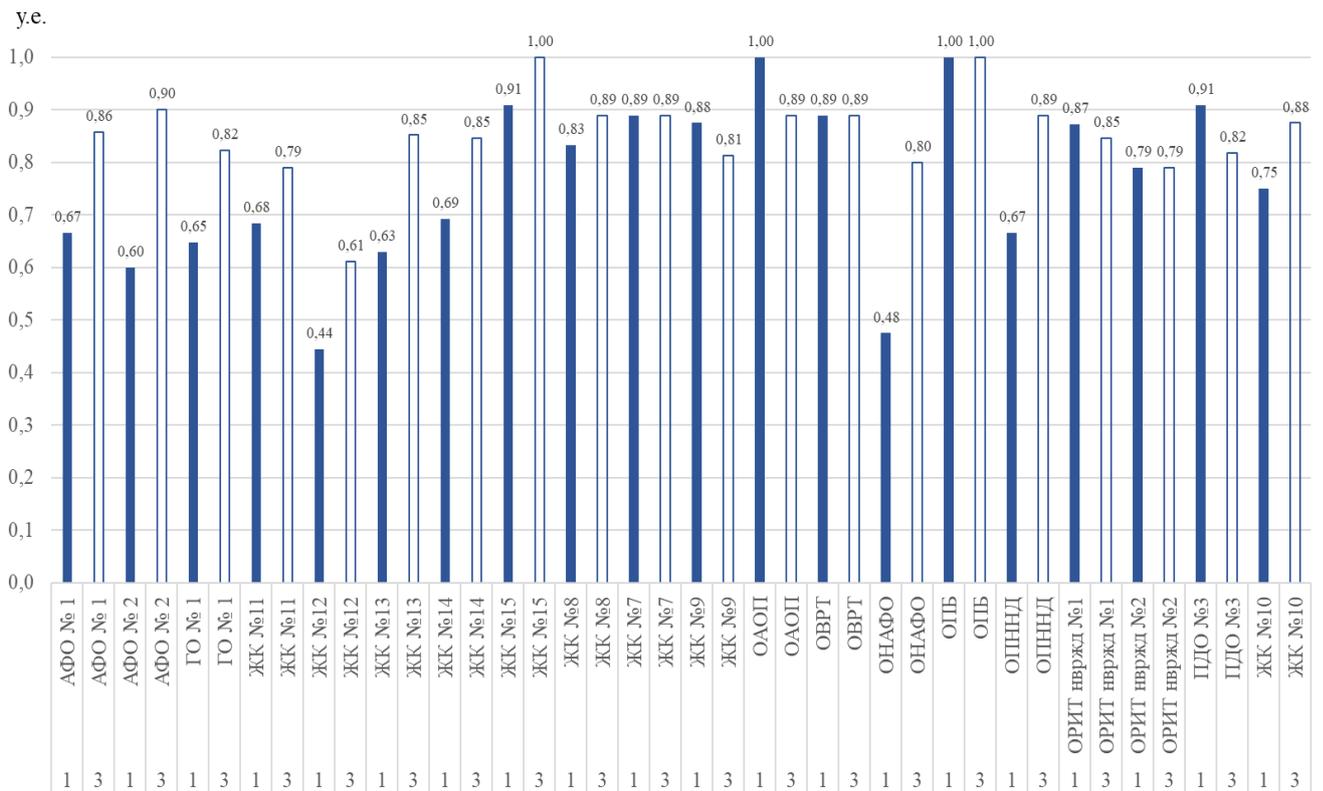


Рисунок 6.2. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера работы в команде» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание: 1 у.е.—100% респондентов, принявших участие в опросе и позитивно оценивших значение домена, 1—результаты опроса, проводимого в ноябре 2023 года, 3—результаты опроса, проводимого в мае 2024 года, отделения экспериментальной группы: АФО №1—Акушерское физиологическое отделение №1, АФО №2—Акушерское физиологическое отделение №2, ГО №1—Гинекологическое отделение №1, ЖК №10—Женская консультация №10, ЖК №11—Женская консультация №11, ЖК №12—Женская консультация №12, ЖК №13—Женская консультация №13, ЖК №14—Женская консультация №14, ЖК №15—Женская консультация №15, ЖК №7—Женская консультация №7, ЖК №8—Женская консультация №8, ЖК №9—Женская консультация №9, ОАОП—Отделение антенатальной охраны плода, ОВРТ—Отделение вспомогательных репродуктивных технологий, ОНАФО—Отделение новорожденных акушерского физиологического отделения, ОПБ—Отделение патологии беременности, ОПННД—Отделение патологии новорожденных и недоношенных детей, ОРИТ нвржд №1—Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №1, ОРИТ нвржд №2—Отделение реанимации и интенсивной терапии для новорожденных №2, ПДО №3—Приемно-диагностическое отделение №3.*

методики мониторинга КБП позволило измерить различия между атмосферой работы в команде в отделениях экспериментальной и контрольной групп.

Атмосфера командной работы

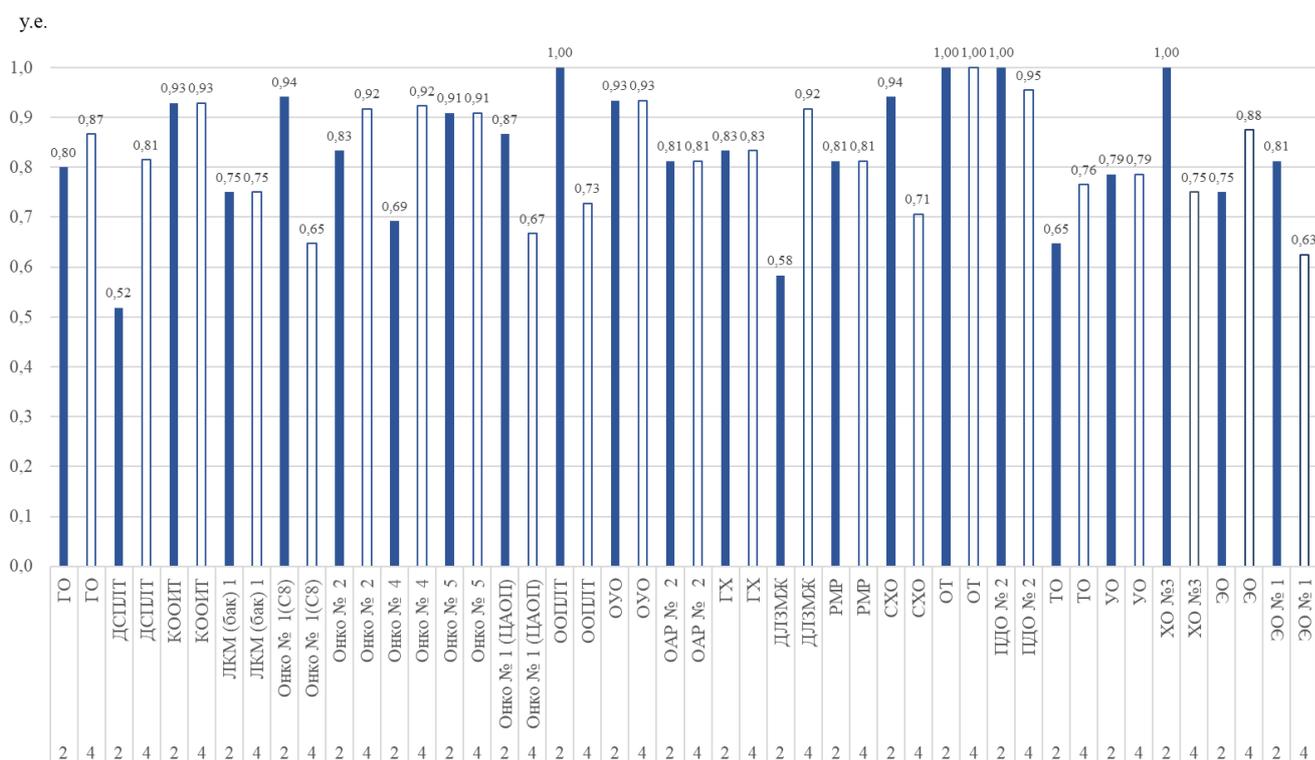


Рисунок 6.3. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера работы в команде» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание: 1 у.е.–100% респондентов, принявших участие в опросе и позитивно оценивших значение домена, 2–результаты опроса, проводимого в ноябре 2023 года, 4–результаты опроса, проводимого в мае 2024 года, отделения контрольной группы: ГО–Гематологическое отделение, ДСПЛТ–Дневной стационар противоопухолевой лекарственной терапии, КОИИТ–Кардиологическое отделение для больных с острым инфарктом миокарда, ЛКМ (бак) 1–Лаборатория клинической микробиологии (бактериологии) 1, Онко №1(С8)–Онкологическое отделение № 1(территория Сосенский Стан 8), Онко №2–Онкологическое отделение № 2, Онко №4–Онкологическое отделение № 4, Онко №5–Онкологическое отделение № 5, Онко №1 (ЦАОП)–Онкологическое отделение № 1 (центр амбулаторной онкологической помощи), ООПЛТ–Онкологическое отделение противоопухолевой лекарственной терапии, ОУО–Онкоурологическое отделение, ОАР №2–Отделение анестезиологии-реанимации № 2, ГХ–Отделение гнойной хирургии, ДЛЗМЖ–Отделение диагностики и лечения заболеваний молочной железы и репродуктивной системы, РМР–Отделение ранней медицинской реабилитации, СХО–Отделение сосудистой хирургии, ОТ–Отделение трансфузиологии, ПДО №2–Приемно-диагностическое отделение № 2, ТО–Терапевтическое отделение, УО–Урологическое отделение, ХО №3–Хирургическое отделение №3, ЭО–Эндоскопическое отделение, ЭО №1–Эндоскопическое отделение №1.*

Домен «Атмосфера безопасности»

В экспериментальной группе отделений количество респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера безопасности», увеличилось на 7% - с

80% до 87% ($p < 0,05$). В 11-ти из 20-ти отделений количество респондентов, которые отмечали улучшение рабочих процессов, связанных с обеспечением их необходимой информацией, увеличилось. В шести отделениях прироста респондентов, позитивно воспринимающих «Атмосферу безопасности», не было, а в трёх отделениях увеличилось количество респондентов, оценивших этот домен негативно — Рис. 6.4.

В двадцати трёх отделениях контрольной группы количество респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера безопасности», в среднем значимо не изменилось: в ноябре 2023 года их было 79%, в мае 2024 года 82% ($p > 0,05$) — Табл. 5.2. В 12 отделениях произошло увеличение количества респондентов, которые воспринимали «Атмосферу безопасности» позитивно, в двух отделениях прироста, позитивно оценивших этот домен, не было, а в оставшихся девяти отделениях увеличилась доля респондентов с негативным восприятием «Атмосферы безопасности» — Рис. 6.5.

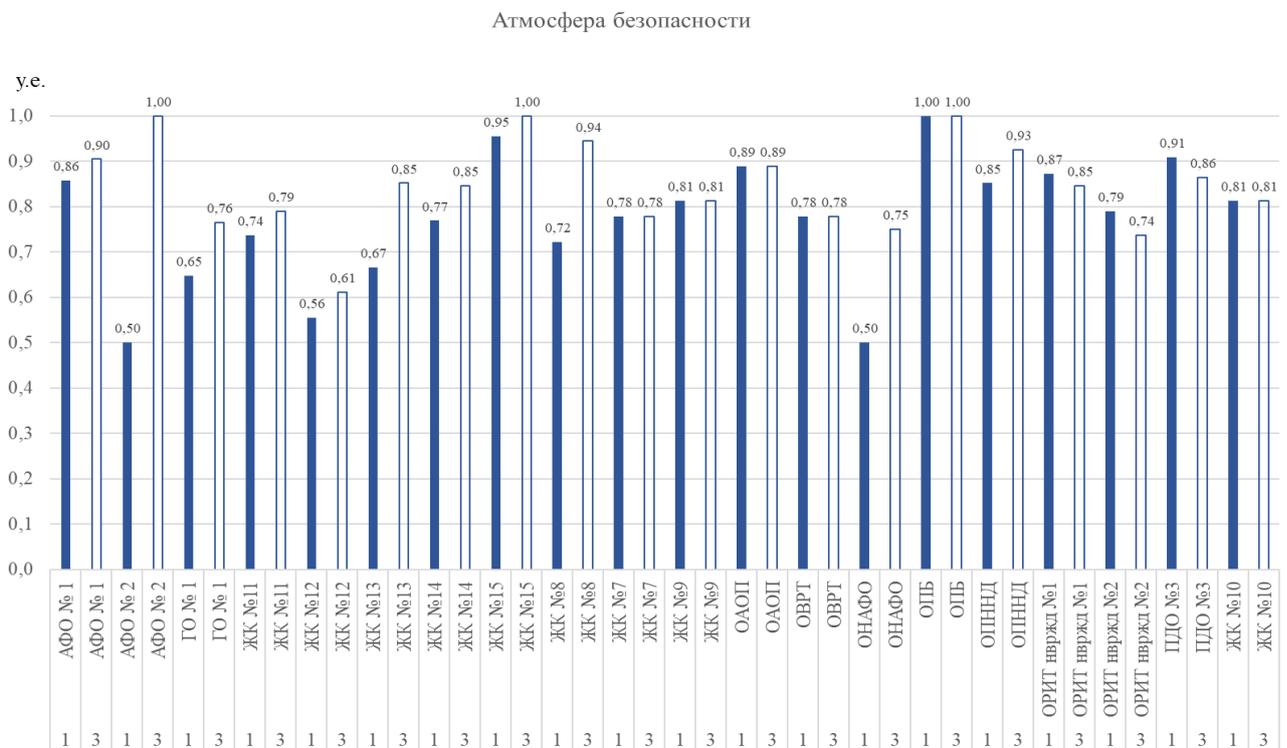


Рисунок 6.4. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера безопасности» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание:* см. примечание к Рис. 6.2.

Атмосфера безопасности

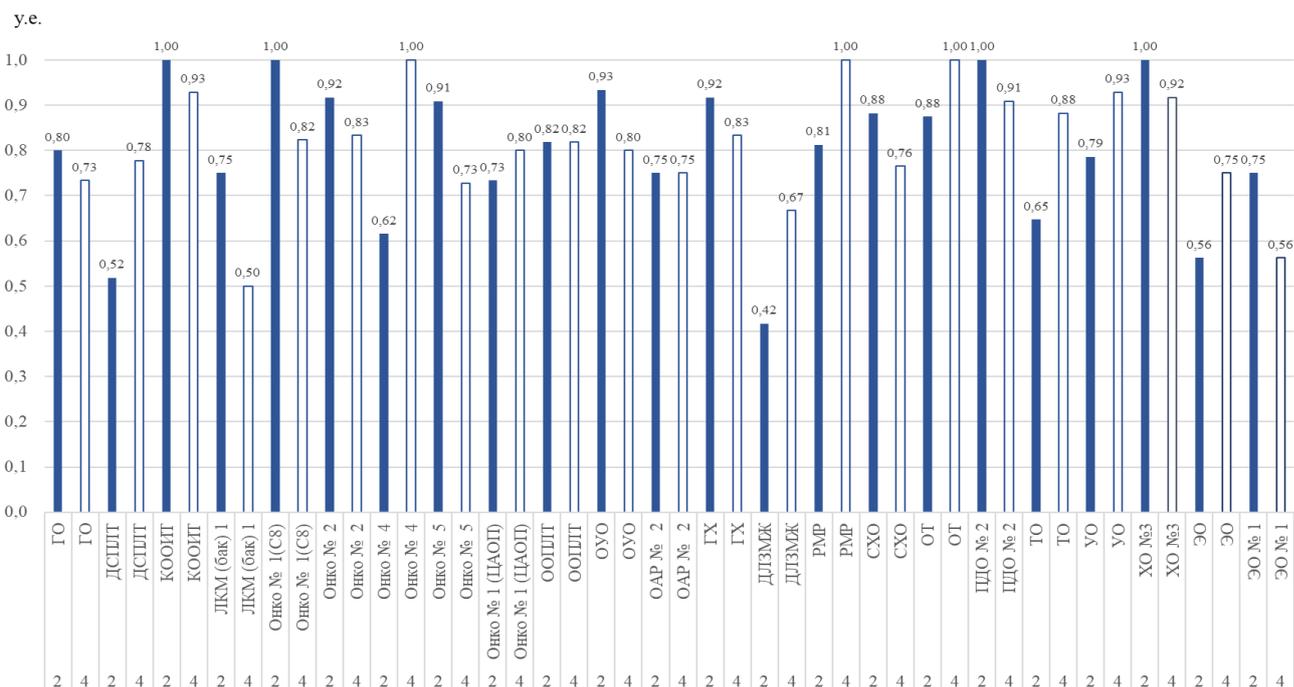


Рисунок 6.5. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Атмосфера безопасности» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание:* см. примечание к Рис. 6.3.

Таким образом, восприятие и оценка информационной поддержки, необходимой сотрудникам для выполнения рабочих процессов, связанных с качеством и безопасностью медицинской помощи, после обучения руководителей экспериментальной группы в среднем значительно отличались у сотрудников отделений экспериментальной группы по сравнению с сотрудниками отделений контрольной группы. В то же время доля отделений с приростом респондентов, оценивших домен «Атмосфера безопасности» позитивно, в экспериментальной группе составила 55%, а в контрольной группе — 52%. Полученные результаты, с одной стороны, указывали на достоверное различие между всеми респондентами экспериментальной и контрольной групп, а с другой стороны, демонстрировали практически одинаковый прирост количества отделений, где улучшилось восприятие атмосферы безопасности. Это позволяет предположить, что деятельность руководителей, прошедших обучение и направленная на улучшение процессов информирования всего персонала медицинского учреждения, оказала

системное влияние на восприятие безопасности сотрудниками как экспериментальной, так и контрольной группы. А обновлённые базы знаний, регламенты процессов передачи смен между сотрудниками, созданная система корпоративных информационных каналов в мессенджерах, исключение дублирующих показателей в разных формах отчётности, противоречивых фраз в отчётных формах, исправление нарушений в каталогах организационных документов, и иные мероприятия, которые были использованы для улучшения обмена информацией, оказались инструментами системного воздействия, которое и было измерено в процессе мониторинга КБП.

Домен «Удовлетворённость работой»

Количество респондентов, позитивно оценивших домен «Удовлетворённость работой» в экспериментальной группе отделений, увеличилось на 6% - с 81% до 87% ($p < 0,05$) — Таб. 5.1. В 12-ти из 20-ти отделений наблюдался прирост количества респондентов, которые отмечали улучшение рабочих процессов, связанных с решением проблемы «второй жертвы», когда после возникшего предотвратимого события кроме пострадавшего пациента страдает медицинский работник — Рис. 6.6.

В отделениях контрольной группы количество респондентов, позитивно оценивших домен «Удовлетворённость работой», в среднем значимо не изменилось: в ноябре 2023 года их было 79%, в мае 2024 года 82% ($p > 0,05$) — Табл. 6.2. В одиннадцати отделениях произошло увеличение количества респондентов, которые оценили домен «Удовлетворённость работой» позитивно, в остальных отделениях прироста, позитивно оценивших этот домен не было, либо увеличилась доля респондентов с негативной оценкой домена «Удовлетворённость работой» — Рис. 6.7.

Удовлетворенность работой

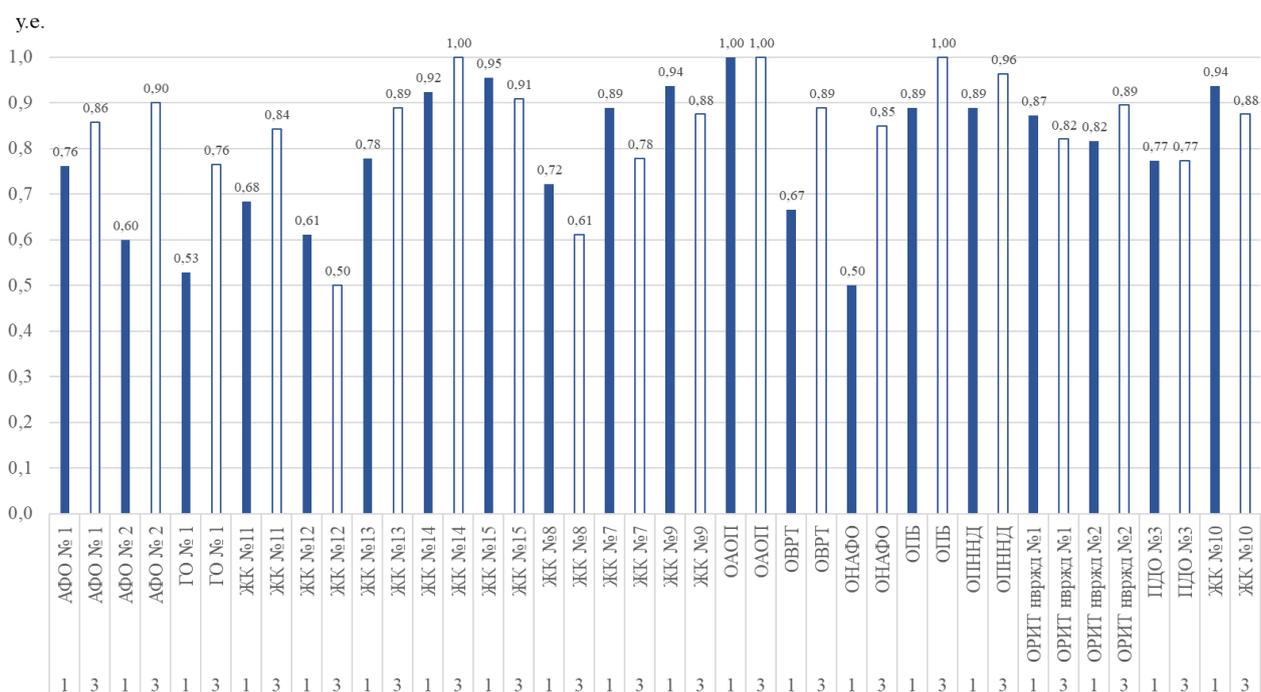


Рисунок 6.6. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Удовлетворённость работой» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.2.*

Таким образом, восприятие и оценка сотрудниками усилий руководителей по разрешению проблем «второй жертвы» после возникшего предотвратимого неблагоприятного события, в отделениях экспериментальной группы, значительно отличались от восприятия сотрудниками аналогичных усилий руководства отделениями контрольной группы. Что продемонстрировало влияние образовательного воздействия на руководителей экспериментальной группы, направленного на уменьшение чувства неуверенности в себе по отношению к своим профессиональным умениям у подчинённых им сотрудников. Можно предположить, что деятельность руководителей, направленная на улучшение удовлетворённости работой у медицинских работников, привела к увеличению результатов интеллектуальной деятельности, опубликованных с аффилиацией исследуемой МО, а также способствовало внедрению системы менеджмента качества и безопасности. Количественная и качественная оценки авторских

публикаций сотрудников исследуемой МО, а также анализ поданных рапортов об инцидентах, не входили в задачи настоящей диссертационной работы, в то же время в процессе мониторинга КБП были измерены и зафиксированы изменения в отношении к работе у персонала исследуемых отделений.

Удовлетворенность работой

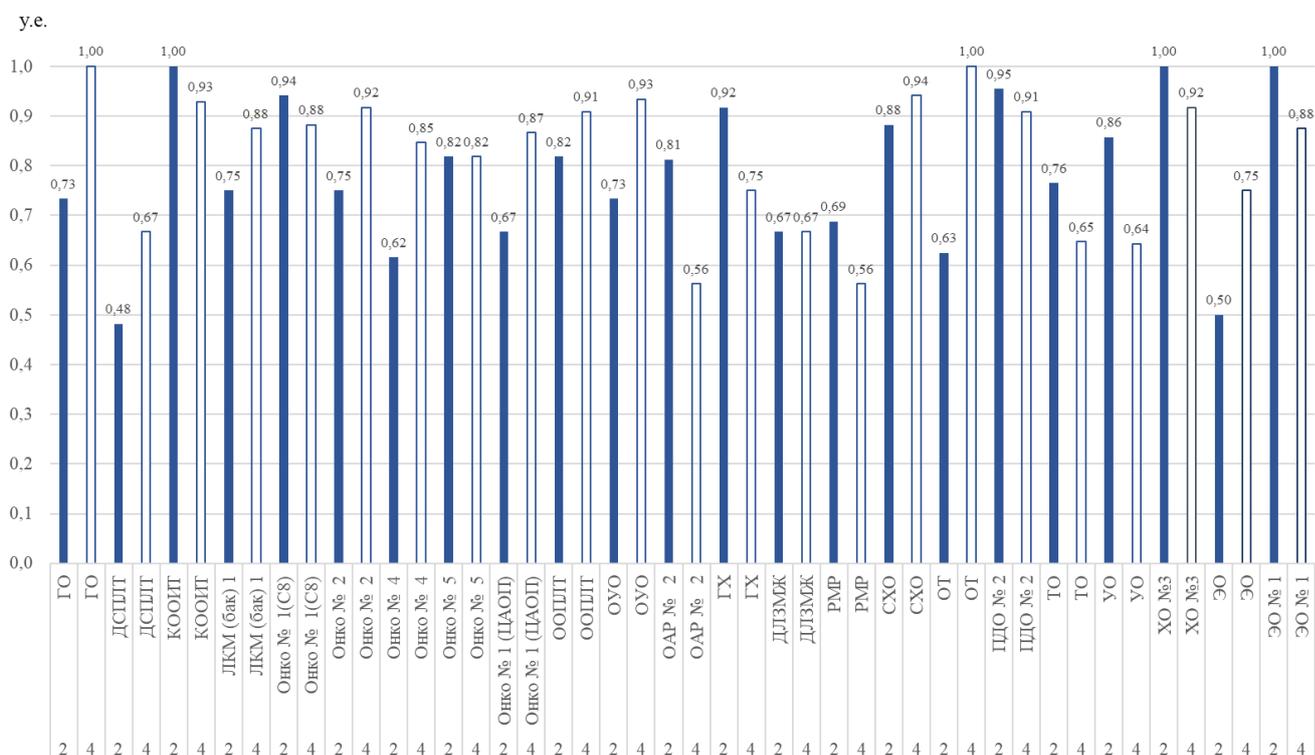


Рисунок 6.7. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Удовлетворённость работой» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.3.*

Домены, связанные с восприятием непосредственного и больничного руководства.

Оценки, предоставленные сотрудниками отделений экспериментальной группы относительно действий руководителей по корректировке уязвимостей в рабочих процессах и иной профилактике неблагоприятных событий, достоверно изменились в сторону улучшения только в отношении руководителей высшего звена исследуемой МО. Так, в ноябре 2023 года позитивно оценивали домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» в среднем 84% респондентов в отделениях экспериментальной группы, а в мае 2024 года - 89%, что не подтвердило значимых различий по критерию Уилкоксона ($p > 0,05$) — Таб.

6.1, Рис. 6.8. А увеличение количества сотрудников, позитивно оценивших домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» с ноября 2023 года по май 2024 года, значительно увеличилось с 74% до 87%, в среднем, по всем отделениям экспериментальной группы ($p < 0,001$) — Таб. 6.1., Рис. 6.9.



Рисунок 6.8. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание:* см. примечание к Рис. 6.2.



Рисунок 6.9. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание:* см. примечание к Рис. 6.2.

Восприятие непосредственного менеджмента/руководства

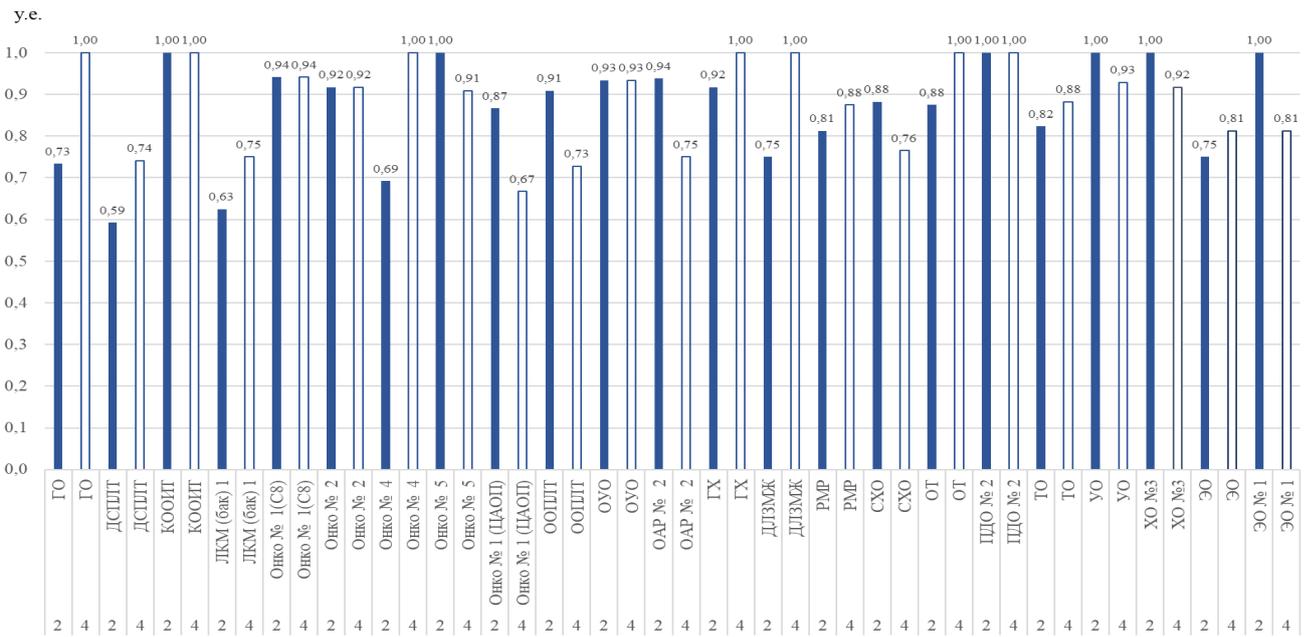


Рисунок 6.10. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание:* см. примечание к Рис. 6.3.

Восприятие поведения непосредственного и больничного руководства, связанного с улучшением климата безопасности пациентов, у сотрудников контрольной группы с ноября 2023 года по май 2024 года значительно не изменилось (при $p > 0,05$ по обеим доменам) — Таб. 6.2, Рис. 6.10, Рис. 6.11.

Основными причинами негативных оценок доменов «Восприятие непосредственного и больничного менеджмента/руководства» являлись дефициты демонстрируемого руководителями поведения, направленного на увеличение безопасности пациентов, в глазах сотрудников МО. Это утверждение позволило предположить, что непосредственные руководители отделений экспериментальной группы, которые участвовали в тренингах по развитию управленческих навыков, прилагали больше усилий в разработке мер по трансляции сотрудникам перечня мер, которые демонстрировали приверженность руководителей приоритету безопасности пациентов.

Восприятие больничного менеджмента/руководства

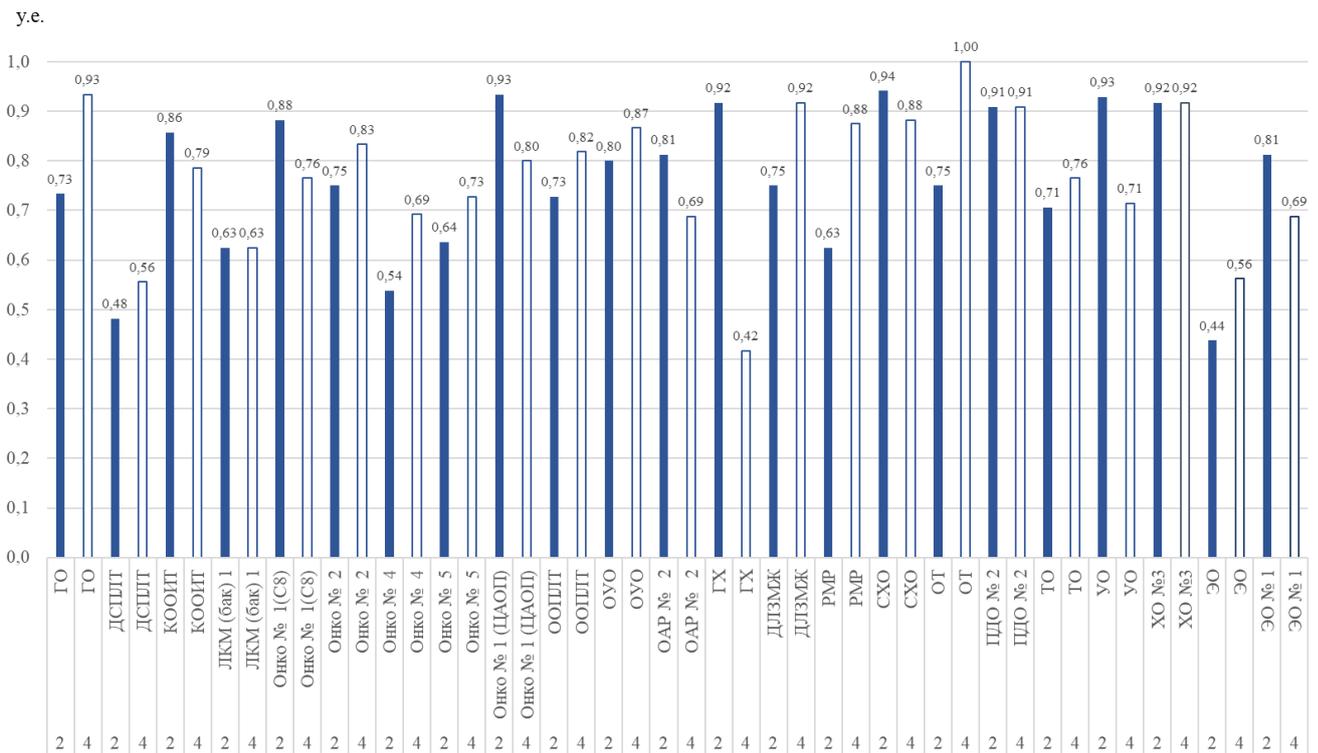


Рисунок 6.11. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.3.*

Однако при выборе аргументов убеждения персонала в рамках семинарских занятий руководители чаще всего обосновывали наиболее логичные и простые для понимания сотрудниками, на их взгляд, аргументы, такие как: «В больнице внедряется система менеджмента качества», «Главный врач обращает внимание на количество и качество поданных рапортов о случившихся инцидентах» и тому подобные. Использование мотивационных сообщений с такого рода аргументацией на практике способствовало увеличению позитивного восприятия руководителей высшего звена МО в глазах линейных сотрудников: они понимали, что главный врач и его заместители стараются системно улучшить качество и безопасность процессов оказания медицинской помощи. В то же время эти аргументы не улучшили восприятие приоритета безопасности пациентов у самих непосредственных руководителей в глазах сотрудников, которым их

непосредственные руководители объясняли новые требования к качеству выполнения рабочих операций. Подтверждение вышеописанных предположений подтверждалось наблюдениями в реальной практике руководителей, но их было недостаточно для обработки статистическими методами, а применение научно-обоснованных методов оценки не являлось задачей настоящего диссертационного исследования.

Таким образом, результаты методов мониторинга КБП позволили зафиксировать увеличение количества респондентов экспериментальной группы, которые позитивно оценивали усилия руководителей высшего звена по приоритету безопасности пациентов, в период с ноября 2023 года по май 2024 года. Достоверных изменений в восприятии действий непосредственного руководства у сотрудников экспериментальной группы не произошло, несмотря на проведённое образовательное воздействие. У респондентов контрольной группы значимой динамики по доменам «Восприятие непосредственного менеджмента / руководства» и «Восприятие больничного менеджмента / руководства» отмечено не было.

Домен «Рабочие условия»

Количество респондентов, позитивно оценивавших домен «Рабочие условия», в среднем по экспериментальной группе отделений в ноябре 2023 года было 69%, в мае 2024 года - 71%, прирост в 2% был статистически незначим ($p > 0,05$) — Таб. 6.1., Рис. 6.12. Аналогичное отсутствие динамики наблюдалось в отделениях контрольной группы, где количество респондентов, позитивно оценивавших домен «Рабочие условия», в ноябре 2023 года было 76%, в мае 2024 года - 77% ($p > 0,05$) — Табл. 6.2., Рис. 6.13. Восприятие и оценка респондентов исследуемых отделений, обусловленные наличием каких-либо материальных избытков или недостатков на их рабочих местах, связанных с качеством и безопасностью процессов оказания медицинской помощи, не отличались у сотрудников отделений экспериментальной и контрольной групп. Обучение заведующих отделениями и старших медицинских сестёр отделений

экспериментальной группы принципам и правилам работы согласно системам менеджмента качества, Lean (бережливых)-технологий, базовым экономическим знаниям, необходимым для организации оказания медицинской помощи, не оказало значимого воздействия на оценку сотрудниками домена «Рабочие условия».

Учитывая, что причинами негативного восприятия рабочих условий могли быть недостаток площади рабочего места, недостаток расходных материалов, недостаток койко-мест, неоптимальный температурный режим в помещении, переезд в новое здание и иные аналогичные им причины, можно предположить, что для устранения этих причин усилий только со стороны руководителей первого звена было недостаточно. Требовались согласования с вышестоящим руководством, например, для изменения капитальной конструкции здания и иные действия, которые требовали более длительного времени, чем полгода, для их фактической реализации.

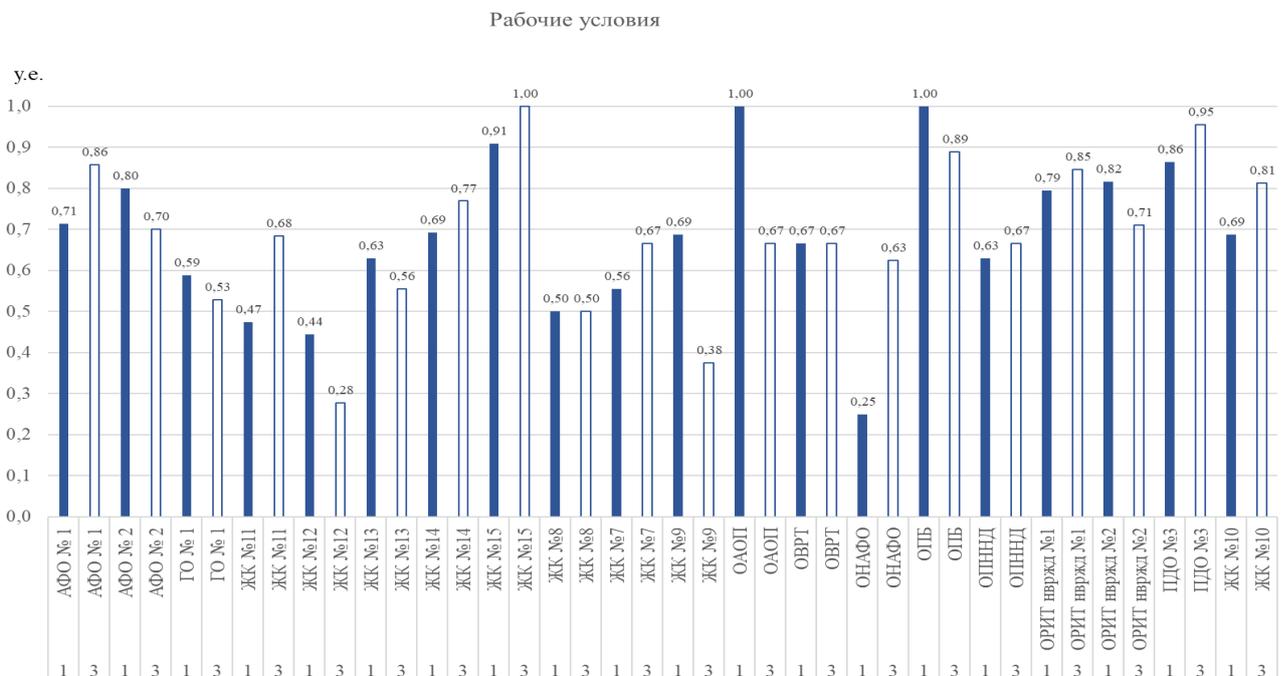


Рисунок 6.12. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Рабочие условия» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.2.*

Рабочие условия

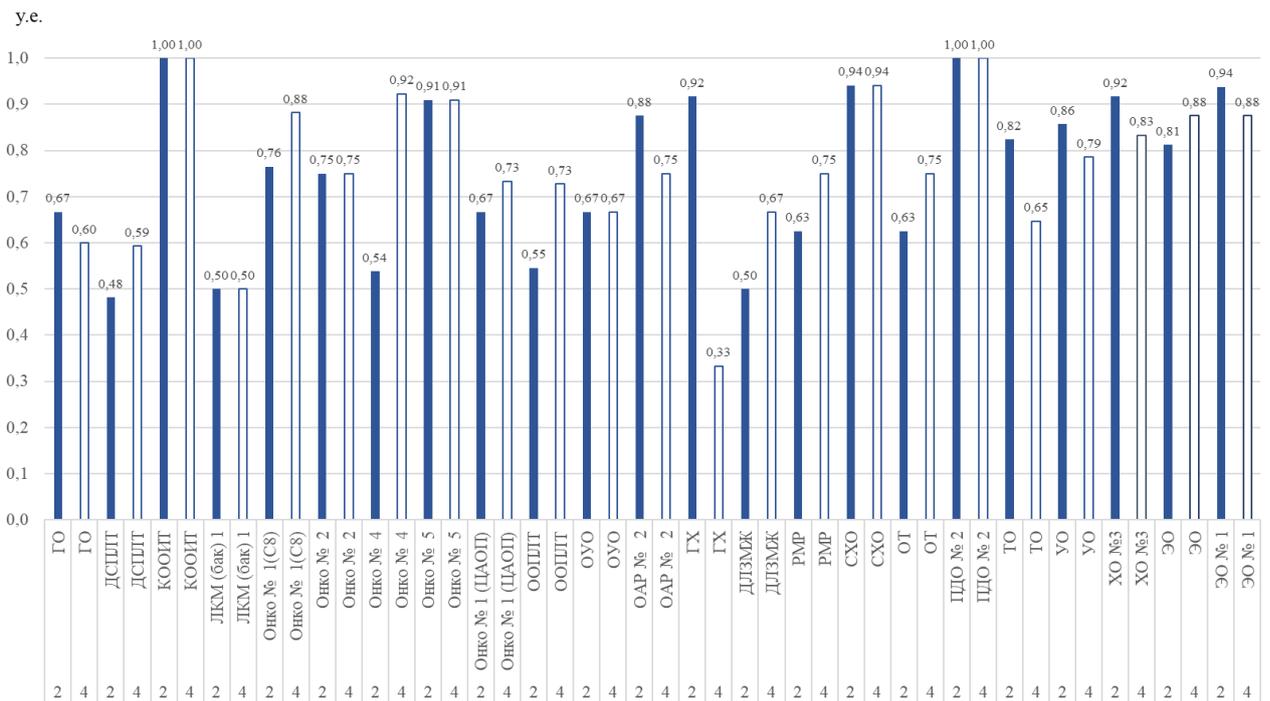


Рисунок 6.13. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Рабочие условия» по каждому отделению контрольной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.3.*

Проблемы индивидуального восприятия и оценки социально-психологического климата безопасности пациентов сотрудниками медицинской организации.

При анализе интегрального показателя «SAQ_{инд.}», который отражает среднее значение между результатами домена «Распознавание (понимание) стресса» и шкалами опросника SAQ, отражающими восприятие сотрудниками уровня безопасности пациентов на основе их личных критериев оценки качества процессов обеспечения безопасности пациентов, улучшения результатов в экспериментальной группе не было выявлено. В ноябре 2023 года 54%, а в мае 2024 года 59% респондентов, принявших участие в настоящем исследовании в составе отделений, вошедших в экспериментальную группу, выразили позитивное отношение к групповым доменам, однако эти изменения были незначимы ($p > 0,05$).

При детальном анализе составляющих интегрального показателя «SAQ_{инд.}» в экспериментальной группе отделений было обнаружено, что из пяти

индивидуальных шкал опросника SAQ в трёх были значимые различия до и после образовательного воздействия, также значимое улучшение было по домену «Распознавание (понимание) стресса», а по двум шкалам («Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» и «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения») значимых различий не было — Табл. 6.1.

Результаты респондентов отделений контрольной группы по интегральному показателю «SAQ_{инд.}» в среднем не показали значимых различий между опросами в ноябре 2023 и мае 2024 гг.: μ (2 гр.) = 0,551; SD 0,497, μ (4 гр.) = 0,596; SD 0,491, критерий Уилкоксона $W = -1,180_{\text{отрицательные ранги}}$ при $p = 0,238$.

При детальном анализе составляющих интегрального показателя «SAQ_{инд.}» в контрольной группе отделений было обнаружено, что из пяти индивидуальных шкал опросника SAQ только по одной шкале «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» были значимые различия до и после образовательного воздействия, а по остальным шкалам и домену «Распознавание (понимание) стресса» значимых различий не было — Табл. 6.2.

Домен «Распознавание (понимание) стресса»

Домен «Распознавание (понимание) стресса» отражает восприятие КБП через ответы на следующие утверждения: «Когда нагрузка чрезмерно возрастает, я начинаю работать хуже», «Когда я устаю, я работаю менее эффективно», «В напряженной или враждебной обстановке вероятность моих ошибок возрастает», «В экстренных ситуациях (напр., неотложная реанимация, эпилептический припадок у пациента) усталость сказывается на моей работе». Ответы респондентов на эти утверждения ассоциируются с их отношением к работе, которое, в свою очередь, связано с личными убеждениями, культурно-историческим менталитетом участников исследования и представляет собой отдельный конструкт в структуре опросника SAQ.

В среднем среди участников экспериментальной группы отделений доля тех, кто положительно оценил качество и эффективность рабочих процессов, влияющих на способность распознавать собственное состояние стресса, и как следствие, допускать меньше ошибок, возросла с 24% до 34% ($p < 0,05$). Анализ изменений в оценке домена "Распознавание (понимание) стресса" в каждом из 20 отделений продемонстрировал, что количество респондентов с негативной оценкой этого домена увеличилось в 8 отделениях, в остальных 12 отделениях возросла доля респондентов с позитивными оценками домена — Рис. 6.14. Среди участников исследования в контрольной группе отделений доля респондентов с позитивными оценками домена по распознаванию стресса в среднем снизилась с 30% до 24% ($p > 0,05$). Анализ изменений в оценке домена "Распознавание (понимание) стресса" в каждом из 23 отделений продемонстрировал, что количество респондентов с негативной оценкой этого домена увеличилось в 13 отделениях, в 4 отделениях в мае 2024 года сохранились такие же результаты, как в ноябре 2023 года, а в остальных 6 отделениях возросла доля респондентов с позитивными оценками домена — Рис. 6.15.



Рисунок 6.14. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Распознавание (понимание) стресса» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.2., красным цветом обозначены отделения с негативной динамикой домена.*

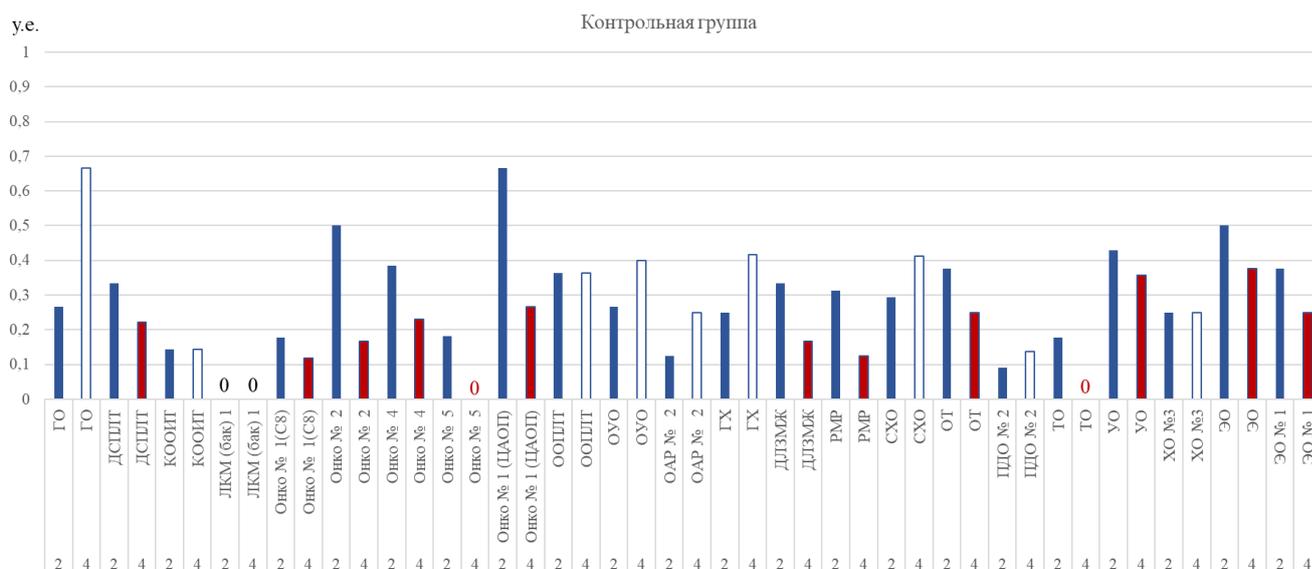


Рисунок 6.15. Долевая динамика количества респондентов, позитивно оценивших домен «Распознавание (понимание) стресса» по каждому отделению экспериментальной группы. *Примечание: см. примечание к Рис. 6.3., красным цветом обозначены отделения с негативной динамикой домена.*

Несмотря на культурно-исторический менталитет (работать, не обращая внимания на признаки усталости) жителей русскоязычного пространства, положительную динамику способности распознавать признаки стресса у сотрудников экспериментальной группы можно было объяснить результатами образовательного воздействия как на их непосредственных руководителей, так и на самих сотрудников. Можно было предположить, что образовательные программы для руководителей и сотрудников по диагностике усталости и стресса у сотрудников, семинары по темам финансовой и юридической грамотности, пропаганда здорового образа жизни, а также внедряемая в исследуемой медицинской организации система управления качеством медицинской помощи оказали значимое влияние на объективные показатели профессиональной деятельности медицинских работников, такие как количество предотвратимых неблагоприятных событий, чрезвычайных происшествий и неблагоприятных событий, которые не должны возникать никогда. Однако учёт этих объективных показателей не являлся задачей настоящей диссертационной работы, а аналогичные предположения были подтверждены результатами современных

исследований [169, 263, 203, 68, 42, 153, 135, С. 2436]. Вместе с тем результаты по домену «Распознавание (понимание) стресса» опросника SAQ продемонстрировали достоверные различия либо их отсутствие по уровням структурных иерархических страт подразделений: отделениям, обособленным территориям и МО в целом. Что позволило руководителям различного уровня анализировать динамику восприятия КБП и прогнозировать динамику напрямую измеряемых показателей деятельности МО (например, количество поданных рапортов об инцидентах) до завершения процессов, в результате которых они формируются.

Шкалы персонального восприятия и оценки социально-психологического климата безопасности пациентов сотрудниками медицинской организации

Динамика количества респондентов, которые позитивно оценили утверждения в индивидуальных шкалах опросника SAQ в 5 и 6 волнах опроса, представлена по отделениям МО — Табл. 6.3, 6.4.

Таблица 6.3. Динамика количества респондентов, позитивно оценивших индивидуальные шкалы опросника SAQ в отделениях экспериментальной группы.

Подгруппа	Отделение	Ш1	Ш2	Ш3	Ш4	Ш5
1	АФО № 1	0,810	0,857	1,000	0,619	0,762
3	АФО № 1	0,952	1,000	0,952	0,619	0,810
1	АФО № 2	0,700	1,000	0,700	0,500	0,400
3	АФО № 2	0,800	1,000	0,900	0,400	1,000
1	ГО № 1	0,765	1,000	1,000	0,765	0,765
3	ГО № 1	0,882	1,000	0,824	0,706	0,765
1	ЖК №11	0,789	0,842	0,842	0,368	0,526
3	ЖК №11	0,895	1,000	1,000	0,263	0,789
1	ЖК №12	0,667	0,944	0,944	0,444	0,611
3	ЖК №12	0,611	0,889	0,889	0,222	0,667
1	ЖК №13	0,889	0,963	0,963	0,556	0,778
3	ЖК №13	0,926	0,926	1,000	0,444	0,852
1	ЖК №14	0,692	1,000	0,923	0,462	0,846
3	ЖК №14	0,846	1,000	1,000	0,385	0,692
1	ЖК №15	0,909	1,000	1,000	0,500	0,818
3	ЖК №15	1,000	1,000	1,000	0,773	0,909

Продолжение таблицы 6.3.

Подгруппа	Отделение	Ш1	Ш2	Ш3	Ш4	Ш5
1	ЖК №8	0,778	0,944	1,000	0,167	0,722
3	ЖК №8	0,722	1,000	1,000	0,333	0,667
1	ЖК №7	1,000	1,000	1,000	0,500	0,778
3	ЖК №7	0,833	1,000	1,000	0,333	0,889
1	ЖК №9	0,938	0,938	0,938	0,563	0,875
3	ЖК №9	0,875	1,000	1,000	0,375	0,875
1	ОАОП	1,000	1,000	1,000	0,556	0,778
3	ОАОП	1,000	1,000	1,000	0,333	0,889
1	ОВРТ	0,556	1,000	1,000	0,333	0,889
3	ОВРТ	0,778	0,889	1,000	0,556	0,889
1	ОНАФО	0,600	0,900	0,825	0,450	0,625
3	ОНАФО	0,875	1,000	0,925	0,400	0,825
1	ОПБ	1,000	1,000	1,000	0,667	0,889
3	ОПБ	1,000	1,000	1,000	0,778	1,000
1	ОПННД	0,926	1,000	0,963	0,630	0,889
3	ОПННД	0,852	1,000	1,000	0,630	0,926
1	ОРИТ нвржд №1	0,769	1,000	0,923	0,692	0,846
3	ОРИТ нвржд №1	0,744	0,923	0,949	0,641	0,821
1	ОРИТ нвржд №2	0,921	0,947	0,947	0,711	0,816
3	ОРИТ нвржд №2	0,947	0,947	0,947	0,711	0,658
1	ПДО №3	0,909	0,909	0,909	0,682	0,818
3	ПДО №3	0,864	0,955	0,909	0,864	0,955
1	ЖК №10	0,750	1,000	1,000	0,563	0,750
3	ЖК №10	0,938	1,000	1,000	0,625	0,938

Примечание: значения в ячейках таблицы читаются следующим образом – 1=100% респондентов, принявших участие в опросе и позитивно оценивших утверждение, соответствующей шкалы, подгруппа 1 – результаты опроса проведённого в ноябре 2023 года, подгруппа 2 – результаты опроса проведённого в мае 2024 года, Ш1 – шкала «Если я обращусь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», Ш2 – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», Ш3 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», Ш4 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», Ш5 – шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения», список сокращений названий отделений см. в примечании к Рис. 6.2.

Таблица 6.4. Динамика количества респондентов, позитивно оценивших индивидуальные шкалы опросника SAQ в отделениях контрольной группы.

Подгруппа	Отделение	Ш1	Ш2	Ш3	Ш4	Ш5
2	ГО	0,733	0,867	0,800	0,467	0,867
4	ГО	0,867	1,000	1,000	0,667	1,000
2	ДСПЛТ	0,667	0,778	0,815	0,481	0,519
4	ДСПЛТ	0,852	0,926	0,889	0,667	0,556
2	КООИТ	0,929	1,000	1,000	0,786	0,786
4	КООИТ	0,929	1,000	1,000	0,786	0,643
2	ЛКМ (бак) 1	0,500	0,875	0,750	0,625	0,625
4	ЛКМ (бак) 1	0,750	1,000	0,875	0,750	0,625
2	Онко № 1(С8)	0,941	1,000	1,000	0,412	0,941
4	Онко № 1(С8)	0,941	0,941	1,000	0,647	0,941
2	Онко № 2	0,750	1,000	1,000	0,583	0,833
4	Онко № 2	0,750	0,917	1,000	1,000	0,917
2	Онко № 4	0,692	0,923	1,000	0,538	0,769
4	Онко № 4	0,923	0,923	0,923	0,769	1,000
2	Онко № 5	0,818	0,818	0,909	0,818	0,818
4	Онко № 5	0,727	1,000	1,000	0,545	0,545
2	Онко № 1 (ЦАОП)	0,867	1,000	1,000	0,600	0,800
4	Онко № 1 (ЦАОП)	1,000	1,000	1,000	0,667	1,000
2	ООПЛТ	0,909	0,818	1,000	0,818	0,818
4	ООПЛТ	0,818	1,000	1,000	0,545	0,727
2	ОУО	0,867	0,800	1,000	0,600	0,933
4	ОУО	0,933	0,867	1,000	0,667	0,867
2	ОАР № 2	0,875	1,000	0,938	0,688	0,813
4	ОАР № 2	0,688	0,875	0,938	0,438	0,563
2	ГХ	1,000	1,000	1,000	0,833	0,917
4	ГХ	0,667	1,000	1,000	0,833	0,833
2	ДЛЗМЖ	0,833	0,917	0,917	0,250	0,917
4	ДЛЗМЖ	0,833	0,750	0,833	0,417	0,833
2	РМР	0,875	0,875	0,875	0,438	0,688
4	РМР	0,750	0,875	1,000	0,563	0,750
2	СХО	0,824	0,882	0,941	0,765	0,765
4	СХО	1,000	1,000	0,941	0,824	0,824
2	ОТ	0,875	0,875	1,000	0,375	0,875
4	ОТ	0,750	1,000	1,000	0,500	1,000
2	ПДО № 2	0,955	1,000	1,000	0,727	1,000
4	ПДО № 2	0,909	0,818	1,000	0,773	0,864
2	ТО	0,824	0,941	0,824	0,647	0,647
4	ТО	0,882	1,000	0,882	1,000	0,882
2	УО	1,000	1,000	1,000	0,714	0,929
4	УО	0,786	1,000	1,000	0,500	0,929
2	ХО №3	1,000	1,000	1,000	0,750	0,917

Продолжение таблицы 6.4.

Подгруппа	Отделение	Ш1	Ш2	Ш3	Ш4	Ш5
4	ХО №3	0,917	1,000	0,833	0,750	0,750
2	ЭО	0,750	0,875	0,813	0,250	0,625
4	ЭО	1,000	0,875	1,000	0,313	1,000
2	ЭО № 1	0,938	1,000	1,000	0,375	0,813
4	ЭО № 1	0,750	0,938	0,938	0,250	0,750

Примечание: значения в ячейках таблицы читаются следующим образом – 1=100% респондентов, принявших участие в опросе и позитивно оценивших утверждение, соответствующей шкалы, подгруппа 1 – результаты опроса проведённого в ноябре 2023 года, подгруппа 2 – результаты опроса проведённого в мае 2024 года, Ш1 – шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», Ш2 – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», Ш3 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», Ш4 – «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», Ш5 – шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения», список сокращений названий отделений см. в примечании к Рис. 6.3.

На основе данных, представленных в таблицах 6.3 и 6.4, проводился анализ прироста/убыли респондентов, позитивно оценивающих утверждения индивидуальных шкал опросника SAQ.

Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», также, как и домен «Распознавание (понимание) стресса», взаимосвязана с личностными чертами респондентов. Однако результаты этой шкалы доступны к сравнению с результатами доменов «Восприятие непосредственного менеджмента / руководства» и «Восприятие больничного менеджмента/руководства». С одной стороны, измерение восприятия усилий руководства по обеспечению безопасности пациентов проводилось через систему личных убеждений и персональных критериев оценки сотрудника – шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты». С другой стороны, измерение восприятия усилий руководства по приоритету обеспечения безопасности пациентов проводилось с помощью оценочных критериев, принятых в социальной группе, к которой принадлежит респондент. Конструкция выбранного, согласно принципу «Диады», опросника SAQ позволила оценить восприятие действий руководства с двух сторон — Табл. 6.5.

Таблица 6.5. Направление динамики количества респондентов позитивно воспринимавших приоритет действий руководителей по обеспечению безопасности пациентов по результатам опросов в ноябре 2023 г. и мае 2024 г.

Экспериментальная группа				Контрольная группа			
Отделение	Гр.		Инд.	Отделение	Гр.		Инд.
	НР	РР	Если я...		НР	РР	Если я...
АФО № 1	↓	↑	↑	ГО	↑	↑	↑
АФО № 2	↑	↑	↑	ДСПЛТ	↑	↑	↑
ГО № 1	↑	↑	↑	КООИТ	↓	↓	↓
ЖК №11	↑	↑	↑	ЛКМ (бак) 1	↑	↓	↑
ЖК №12	↓	↓	↓	Онко № 1(С8)	↓	↓	↓
ЖК №13	↑	↑	↑	Онко № 2	↓	↑	↓
ЖК №14	↓	↑	↑	Онко № 4	↑	↑	↑
ЖК №15	↓	↑	↑	Онко № 5	↓	↑	↓
ЖК №8	↓	↑	↓	Онко № 1 (ЦАОП)	↓	↓	↑
ЖК №7	↓	↓	↓	ООПЛТ	↓	↑	↓
ЖК №9	↓	↓	↓	ОУО	↓	↑	↑
ОАОП	↑	↓	↓	ОАР № 2	↓	↓	↓
ОВРТ	↓	↑	↑	ГХ	↑	↓	↓
ОНАФО	↑	↑	↑	ДЛЗМЖ	↑	↑	↓
ОПБ	↑	↓	↓	РМР	↑	↑	↓
ОПННД	↓	↑	↓	СХО	↓	↓	↑
ОРИТ нвржд №1	↑	↓	↓	ОТ	↑	↑	↓
ОРИТ нвржд №2	↑	↑	↑	ПДО № 2	↓	↓	↓
ПДО №3	↑	↑	↓	ТО	↑	↑	↑
ЖК №10	↑	↓	↑	УО	↓	↓	↓
				ХО №3	↓	↓	↓
				ЭО	↑	↑	↑
				ЭО № 1	↓	↓	↓
Всего позитивн.	11	13	11	Всего позитивн.	10	12	9
Доля (%)	55	65	55	Доля (%)	43	52	39

Примечание: таблица составлена по данным представленным на таблицах 6.3, 6.4 и рисунках 6.8, 6.9, 6.10, 6.11 настоящей диссертационной работы, ↑ – увеличение количества респондентов позитивно оценивших домен/шкалу в мае 2024 года по сравнению с их количеством в ноябре 2023 года, ↓ – уменьшение количества респондентов позитивно оценивших домен/шкалу в мае 2024 года по сравнению с их количеством в ноябре 2023 года, НР – домен «Восприятие непосредственного менеджмента/ руководства», РР – домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства», «Если я...» – шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты», Гр. – оценка на основе критериев принятых в группе, Инд. – оценка на основе индивидуальных критериев, Всего позитивн. – абсолютное число отделений в которых наблюдался прирост респондентов с позитивной оценкой доменов и шкал, расшифровка сокращений названий отделений представлена в примечании к рисункам 6.2, 6.3.

Результаты анализа были представлены в ходе образовательных семинаров для руководителей экспериментальной группы. По запросам заведующих отделениями и старших медицинских сестёр составлялись отчёты с детализацией по каждому сотруднику отделения. После изучения руководителями отчётов по уровням детализации (по отделениям и по сотрудникам их отделений) отмечалось увеличение их активности во время семинарских занятий и персональных консультаций с преподавателями. Полученные данные также использовались преподавателями для запроса опыта коллег, в чьих отделениях наблюдался прирост сотрудников, позитивно воспринимающих групповые домены и индивидуальную шкалу, связанные с восприятием действий руководства.

Презентация результатов опросника SAQ, руководителям отделений экспериментальной группы, по шкалам «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» проводилась одновременно с презентацией результатов по доменам «Атмосфера командной работы», «Атмосфера безопасности», «Удовлетворенность работой» — Табл. 6.6. Такая визуализация полученных данных предполагала сравнительный характер анализа результатов суждений респондентов, которые основывались на оценочных критериях, принятых в группе и личных мнений респондентов на сформулированные в опроснике утверждения.

Диалоговый формат обсуждений, инициировавшийся преподавателями на образовательных семинарах, включал в себя составление перечней действий руководителей, направленных на увеличение доверия и взаимовыручки, уменьшение количества конфликтных ситуаций в исследуемых отделениях. Основной целью модерационной активности преподавателей в группе слушателей был поиск практических действий руководителей, которые приводили к синхронизации групповых и индивидуальных критериев оценки у сотрудников,

Таблица 6.6. Направление динамики количества респондентов позитивно воспринимавших приоритет действий руководителей по обеспечению безопасности пациентов по результатам опросов в ноябре 2023 г. и мае 2024 г.

Отделения	Групповая оценка			Индивидуальная оценка			
	КР	АБ	УР	МС	Вр	КФ	Недопонимание
Экспериментальная группа							
АФО № 1	↑	↑	↑	↑	↓	↓	↑
АФО № 2	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↑
ГО № 1	↑	↑	↑	↓	↓	↓	↓
ЖК №11	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑
ЖК №12	↑	↑	↓	↓	↓	↓	↑
ЖК №13	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↑
ЖК №14	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↓
ЖК №15	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↑
ЖК №8	↑	↑	↓	↑	↓	↑	↓
ЖК №7	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑
ЖК №9	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↓
ОАОП	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↑
ОВРТ	↓	↓	↑	↓	↓	↑	↓
ОНАФО	↑	↑	↑	↑	↑	↓	↑
ОПБ	↓	↓	↑	↓	↓	↑	↑
ОПННД	↑	↑	↑	↓	↑	↓	↑
ОРИТ нвржд №1	↓	↓	↓	↓	↑	↓	↓
ОРИТ нвржд №2	↓	↓	↑	↓	↓	↓	↓
ПДО №3	↓	↓	↓	↑	↓	↑	↑
ЖК №10	↑	↓	↓	↓	↓	↑	↑
Всего позитивн.	12	11	11	6	8	6	13
Доля (%)	60%	55%	55%	30%	40%	30%	65%
Контрольная группа							
ГО	↑	↓	↑	↑	↑	↑	↑
ДСПЛТ	↑	↑	↑	↑	↑	↑	↑
КООИТ	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
ЛКМ (бак) 1	↓	↓	↑	↑	↑	↑	↓
Онко № 1(С8)	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓
Онко № 2	↑	↓	↑	↓	↓	↑	↑
Онко № 4	↑	↑	↑	↓	↓	↑	↑
Онко № 5	↓	↓	↓	↑	↑	↓	↓
Онко № 1 (ЦАОП)	↓	↑	↑	↓	↓	↑	↑
ООПЛТ	↓	↓	↑	↑	↓	↓	↓
ОУО	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↓
ОАР № 2	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓

Продолжение таблицы 6.6.

Отделения	Групповая оценка			Индивидуальная оценка			
	КР	АБ	УР	МС	Вр	КФ	Недопонимание
ГХ	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
ДЛЗМЖ	↑	↑	↓	↓	↓	↑	↓
РМР	↓	↑	↓	↓	↑	↑	↑
СХО	↓	↓	↑	↑	↓	↑	↑
ОТ	↓	↑	↑	↑	↓	↑	↑
ПДО № 2	↓	↓	↓	↓	↓	↑	↓
ТО	↑	↑	↓	↑	↑	↑	↑
УО	↓	↑	↓	↓	↓	↓	↓
ХО №3	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
ЭО	↑	↑	↑	↓	↑	↑	↑
ЭО № 1	↓	↓	↓	↓	↓	↓	↓
Всего позитивн.	7	9	11	9	7	15	10
Доля (%)	30%	39%	48%	39%	30%	65%	43%

Примечание: таблица составлена по данным представленным на таблицах 6.3, 6.4 и рисунках 6.2, 6.3, 6.4, 6.5, 6.6, 6.7 настоящей диссертационной работы, ↑ – увеличение количества респондентов позитивно оценивших домен/шкалу в мае 2024 года по сравнению с их количеством в ноябре 2023 года, ↓ – уменьшение количества респондентов позитивно оценивших домен/шкалу в мае 2024 года по сравнению с их количеством в ноябре 2023 года, КР – домен «Атмосфера командной работы», АБ – домен «Атмосфера безопасности», УР – домен «Удовлетворенность работой», МС – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения», Вр – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», КФ – шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», Недопонимание – шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения», Гр. – оценка на основе критериев принятых в группе, Инд. – оценка на основе индивидуальных критериев, Всего позитивн. – абсолютное число отделений в которых наблюдался прирост респондентов с позитивной оценкой доменов и шкал, расшифровка сокращений названий отделений представлена в примечании к рисункам 6.2, 6.3.

касающихся процессов взаимодействия в команде, передачи рабочей информации, решений проблем «второй жертвы». Результат, который был неожиданным в настоящем исследовании: слушатели семинарских занятий предлагали объективные показатели эффективности работы руководителя (например, учёт протоколов совещаний руководителя с командой, по формированию общих определений абстрактных понятий, таких как «доверие в команде», «качество информации» и тому подобные, учёт результатов интеллектуальной деятельности сотрудников (публикаций, патентов, рационализаторских предложений), учёт созданных наставниками чек-листов для использования их учениками). Сбор

данных по предложенным показателям и их статистическая обработка не являлись целью и задачами настоящего диссертационного исследования, в то же время применённая методика мониторинга КБП позволила выявить рабочие процессы, которые требовали активностей со стороны руководителей подразделений.

Резюме 6 главы

В шестой главе был описан второй этап мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, включавший расширенную оценку КБП в исследуемой МО. На первом этапе был выполнен расчёт степени разгармонизации между социальной и личной самооценками здоровья персонала, определены респонденты групп А и Б для составов экспериментальной и контрольной групп. Анализ данных на втором этапе проводился с использованием информации, предоставленной респондентами группы Б, у которых значения показателя ΔКЖСЗ составляли менее 0,248 у.е.

Согласно методике мониторинга КБП, ходе анализа данных на втором этапе были рассчитаны значения переменных ΔSAQ «Степень трудности выбора», а затем интегральный показатель «Индекс должной критичности» для когорт респондентов экспериментальной и контрольной групп, что позволило выявить отделения с наибольшим риском возникновения предотвратимых неблагоприятных событий в экспериментальной и контрольной группах.

Сравнительный и корреляционный анализ полученных данных продемонстрировали положительное влияние образовательного воздействия на руководителей экспериментальной группы на улучшение восприятия рабочих процессов, связанных с качеством оказания медицинской помощи и безопасностью пациентов.

Полученные данные по доменам и шкалам опросника SAQ были детализированы до уровня отделений, их презентация проводилась руководителям экспериментальной группы во время семинарских занятий, при запросе

руководителей проводилась ещё большая детализация полученных результатов – до персонального уровня каждого из сотрудников отделений.

Отслеживание конкретных мер, проведённых руководителями экспериментальной группы и направленных на улучшение КБП, не входило в задачи настоящего диссертационного исследования. Применённая методика мониторинга КБП позволила руководителям подразделений выявить секторы рабочих процессов, которые требовали их активного вмешательства с целью профилактики возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором.

ГЛАВА 7. РЕЗУЛЬТАТЫ ВНЕДРЕНИЯ РАЗРАБОТАННЫХ МЕТОДИКИ МОНИТОРИНГА КЛИМАТА БЕЗОПАСНОСТИ ПАЦИЕНТОВ И КОМПЛЕКСА ОБРАЗОВАТЕЛЬНЫХ МЕТОДОВ В МЕДИЦИНСКИХ ОРГАНИЗАЦИЯХ

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» — Приложение 1.

Следующим шагом были проанализированы результаты внедрения разработанной методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в практическую деятельность медицинских и образовательных организаций. Все руководители высшего звена этих организаций до начала внедрения мониторинга КБП осознавали, что «безопасность пациентов в стационарах может быть поставлена под угрозу развитием предотвратимых нежелательных ситуаций» [31], а повышение безопасности пациентов является ключевым элементом обеспечения высокого качества медицинской помощи. Их

стремления были направлены не на прямую стимуляцию мотивации к соблюдению мер безопасности, что эффективно для реактивного снижения числа идентифицированных опасностей путем быстрого изменения поведения сотрудников, а на превентивные меры по предотвращению будущих неизвестных неблагоприятных событий, когда в долгосрочной перспективе более эффективным оказывается создание благоприятного КБП — Рис.1.6.

В ходе анализа результатов внедрения методики мониторинга социально-психологического КБП в практическую деятельность вышеперечисленных медицинских и образовательных организаций использовались данные опросов персонала организаций, а также данные опросов пациентов. В настоящей диссертационной работе подробно представлены результаты трансформации социально-психологического климата безопасности пациентов в отделениях экспериментальной группы ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ», связанные с характеристиками удовлетворённости пациентов медицинской помощью.

7.1. Результаты сравнительного анализа удовлетворённости пациентов медицинской помощью, пролеченных в отделениях экспериментальной и контрольной групп

Из 21 вопроса однофакторного опросника «Удовлетворённость пациентов медицинской помощью» — Приложение 2, для проведения сравнительного анализа были использованы результаты ответов пациентов на 9 вопросов, которые имеют одинаковую шкалу Лайкерта от 1 до 6 баллов, в отличие от остальных вопросов опросника — Табл. 7.1, Табл. 7.2, Рис. 7.1.

Пациенты, пролеченные в июне 2024 года в отделениях экспериментальной группы отделений, на 6% в среднем по всем девяти вопросам лучше оценили параметры удовлетворённости, оказанной им медицинской помощи, по сравнению с пациентами, пролеченными в декабре 2023 года в этих же отделениях — Табл. 7.1.

Таблица 7.1. Отличия ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы, на вопросы опросника «Удовлетворённость пациентов медицинской помощью» в декабре 2023 года и июне 2024 года.

Вопрос	μ 1 гр	SD (1 гр)	μ 3 гр	SD (3гр)	U	p
6	4,95	1,26	5,23	0,93	29170	0,044
7	5	1,24	5,23	0,93	29999,5	0,14
8	5,05	1,23	5,41	0,73	28414,5	0,011
9	5,04	1,1	5,36	0,8	27331	0,001
10	4,94	1,3	5,31	0,77	28820	0,024
11	4,89	1,27	5,33	0,75	27126	0,001
12	4,94	1,25	5,15	0,95	30447,5	0,242
14	4,95	1,3	5,21	0,88	30430,5	0,235
15	5,04	1,2	5,41	0,74	27769,5	0,003

Примечание: 6 - Насколько Вы согласны с утверждением, что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время? 7 - Насколько Вы удовлетворены временем ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента её получения?, 8 - Насколько Вы удовлетворены временем ожидания приёма врача-специалиста (непосредственно перед кабинетом)?, 9 - Насколько комфортным было Ваше пребывание в медицинской организации (комфортность зон ожидания, комфортное перемещение внутри медицинской организации)?, 10 - Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинских работников (врачи, медицинские сестры, регистраторы, санитары)?, 11 - Насколько Вы удовлетворены тем, как врач объяснял Вам, зачем назначено то или иное лечение, лекарственных препарат, диагностическая процедура?, 12 - Насколько результат Вашего обращения в медицинскую организацию соответствовал Вашим ожиданиям?, 14 - Вы бы посоветовали близким друзьям или родственникам обращаться за медицинской помощью в медицинскую организацию, в которой получаете медицинскую помощь?, 15 - Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?, μ 1 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы в декабре 2023 года, μ 3 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы в июне 2024 года, SD – (Standard Deviation англ.) стандартное отклонение.

В отделениях контрольной группы значимых отличий в мнениях пациентов, согласно критерию Манна-Уитни, не выявлено по всем девяти исследуемым вопросам — Табл. 7.2.

Таблица 7.2. Отличия ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы, на вопросы опросника «Удовлетворённость пациентов медицинской помощью» в декабре 2023 года и июне 2024 года.

Вопрос	μ 2 гр	SD (2 гр)	μ 4 гр	SD (4гр)	U	p
6	4,95	1,11	4,93	1,11	32208,5	0,849
7	5,04	1,03	5,00	1,09	32148	0,818
8	5,11	1,05	5,09	1,03	31922	0,703
9	5,15	0,94	5,12	0,99	32277,5	0,881
10	5,07	1,09	5,05	1,02	31591,5	0,555
11	4,88	0,97	4,96	1,05	31259	0,428
12	4,98	1,10	5,03	1,07	31732	0,619
14	4,95	1,11	5,01	1,07	31553,5	0,542
15	5,12	1,06	5,11	1,02	32159	0,821

Примечание: см. прим. к таблице 7.1., кроме μ 2 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях контрольной группы в декабре 2023 года, μ 4 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях контрольной группы в июне 2024 года.

Полученные данные свидетельствуют о результативности усилий предпринимаемых руководителями и сотрудниками отделений экспериментальной группы по улучшению социально-психологического климата безопасности пациентов. Сравнительный анализ данных, согласно критерию Манна-Уитни, выявил достоверное улучшение ($p < 0,05$) показателей удовлетворённости

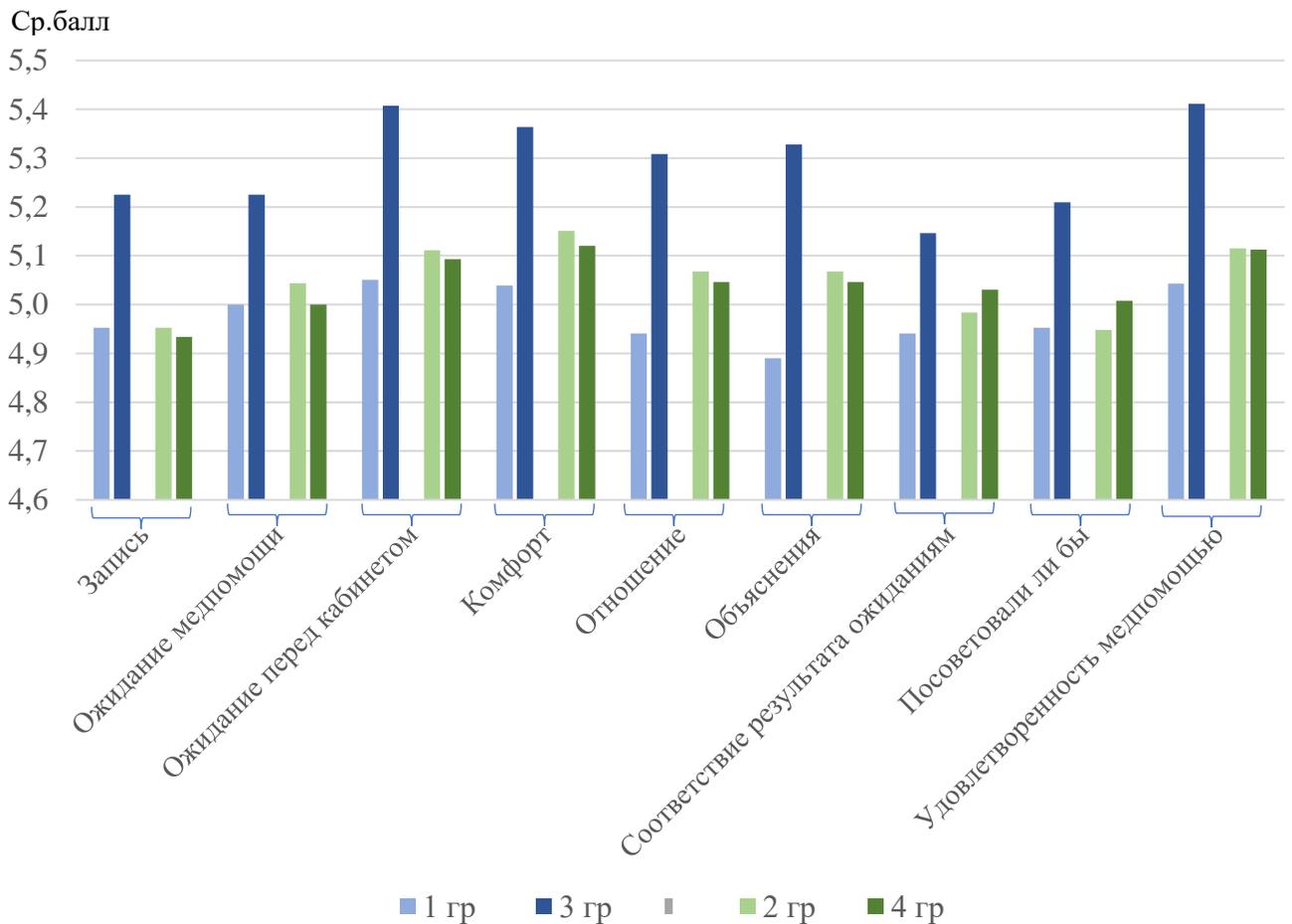


Рисунок 7.1. Динамика показателей удовлетворённости пациентов медицинской помощью (ср. балл по шкале), пролеченных в отделениях экспериментальной и контрольной групп. *Примечание: где «Запись» - Насколько Вы согласны с утверждением, что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время? «Ожидание медпомощи» - Насколько Вы удовлетворены временем ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента её получения?, «Ожидание перед кабинетом» - Насколько Вы удовлетворены временем ожидания приёма врача-специалиста (непосредственно перед кабинетом)?, «Комфорт» - Насколько комфортным было Ваше пребывание в медицинской организации (комфортность зон ожидания, комфортное перемещение внутри медицинской организации)?, «Отношение» - Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинских работников (врачи, медицинские сестры, регистраторы, санитары)?, «Объяснения» - Насколько Вы удовлетворены тем, как врач объяснял Вам, зачем назначено то или иное лечение, лекарственных препарат, диагностическая процедура?, «Соответствие результата ожиданиям» - Насколько результат Вашего обращения в медицинскую организацию соответствовал Вашим ожиданиям?, «Посоветовали ли бы» - Вы бы посоветовали близким друзьям или родственникам обращаться за медицинской помощью в медицинскую организацию, в которой получаете медицинскую помощь?, «Удовлетворённость медпомощью» - Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?, 1 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы в декабре 2023 года, 3 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях экспериментальной группы в июне 2024 года, 2 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях контрольной группы в декабре 2023 года, 4 гр – средние значения ответов пациентов, пролеченных в отделениях контрольной группы в июне 2024 года.*

пациентов экспериментальной группы в июне 2024 года по сравнению с декабрём 2023 года — Табл. 7.1.

Указанные различия демонстрируют позитивную динамику в восприятии пациентами организационных аспектов оказания медицинской помощи в рамках экспериментальных отделений. Значимый рост средних оценок зафиксирован по следующим вопросам: вопрос 6 – «Насколько Вы согласны с утверждением, что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время?» с 4,95 до 5,23 баллов; 8 – «Насколько Вы удовлетворены временем ожидания приёма врача-специалиста (непосредственно перед кабинетом)?» с 5,05 до 5,41 баллов; 9 – «Насколько комфортным было Ваше пребывание в медицинской организации (комфортность зон ожидания, комфортное перемещение внутри медицинской организации)?» с 5,04 до 5,36 баллов; вопрос 10 – «Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинских работников (врачи, медицинские сестры, регистраторы, санитары)?» с 4,94 до 5,31 баллов; вопрос 11 – «Насколько Вы удовлетворены тем, как врач объяснял Вам, зачем назначено то или иное лечение, лекарственные препараты, диагностическая процедура?» с 4,89 до 5,33 баллов; вопрос 15 – «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» с 5,04 до 5,41 баллов. Ответы на эти вопросы в большей мере ассоциируются с воздействием на пациентов со стороны персонала исследуемой медицинской организации, на который, в свою очередь, было оказано воздействие с целью улучшения социально-психологического климата безопасности пациентов. В трёх вопросах опросника «Удовлетворённость пациентов медицинской помощью» критерий Манна-Уитни значимых отличий не выявил ($p > 0,05$): вопрос 7 – «Насколько Вы удовлетворены временем ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента её получения?»; вопрос 12 – «Насколько результат Вашего обращения в медицинскую организацию соответствовал Вашим ожиданиям?»; вопрос 14 – «Вы бы посоветовали близким друзьям или родственникам обращаться за медицинской помощью в медицинскую организацию, в которой получаете медицинскую

помощь?». Отсутствие различий в ответах пациентов на вопрос 7 объясняется отсутствием воздействий по коррекции социально-психологического КБП в смежных медицинских организациях, которые направляли пациентов в отделения перинатального центра ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ». Ожидания пациентов в отношении медицинской помощи (вопрос 12) находятся в прямой зависимости от сложившейся практики оказания услуг всеми медицинскими учреждениями региона. Поскольку их формирование обусловлено деятельностью всей региональной системы здравоохранения города Москвы, а не только конкретной исследуемой организации, отсутствие значимых различий представляется обоснованным. Отсутствие статистически значимых различий в ответах на вопрос 14 может быть объяснено как высокой степенью унификации медицинской помощи в учреждениях здравоохранения города Москвы, достигнутой посредством внедрения единых клинических протоколов и стандартов оказания медицинских услуг, так и сформировавшейся в последние годы приверженностью пациентов к региональной системе здравоохранения в целом, при этом уровень удовлетворённости респондентов определяется не только качественными параметрами конкретного медицинского учреждения, но и комплексным восприятием системы здравоохранения.

В результате внедрения в ГБУЗ «ММКЦ Коммунарка ДЗМ» мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, дополнительный показатель «Оценка общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской помощью, процент» увеличился на 11 п.п., с 82% до 93% (Рис. 7.2.) в экспериментальной группе отделений. При этом в этой же группе индекс должной критичности - интегральный показатель социально-психологического климата безопасности пациентов - увеличился на 12 п.п., с 56% в ноябре 2023 года до 68% в мае 2024 года, что свидетельствует о том, что 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 статистически значимому повышению уровня удовлетворённости пациентов качеством медицинской помощи.



Рисунок 7.2. Динамика социально-психологического климата безопасности пациентов и удовлетворённости пациентов медицинской помощью. *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.*

7.2. Особенности организационных мер и образовательного воздействия, выявленные при внедрении разработанной методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов в практическую деятельность медицинской организации

В процессе внедрения мониторинга КБП как подсистемы системы менеджмента качества и безопасности медицинской помощи были выявлены

следующие факторы, которые способствовали сокращению сроков вовлечения персонала в передачу руководству медицинской организации обратной связи об эффективности рабочих процессов.

Ключевые организационные факторы, способствующие успешному внедрению мониторинга КБП:

1) заинтересованность высшего руководства медицинской организации во внедрении системы менеджмента качества и безопасности в процессах оказания медицинской помощи;

2) заинтересованность высшего руководства медицинской организации в обучении руководителей среднего звена и непосредственных руководителей линейных сотрудников социально-психологическим методам управления персоналом;

3) 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);

4) наличие в штате медицинской организации персонала с компетенциями статистической обработки данных социально-психологических исследований;

5) 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.

Ключевые факторы образовательного воздействия на руководителей, способствующие улучшению КБП:

1) 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;

2) 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;

3) Формирование состава учебных подгрупп слушателей в зависимости от значений определённого параметра КБП. Это способствовало выявлению руководителей-лидеров в каждом из доменов восприятия безопасности и эффективности процессов оказания медицинской помощи.

Данные об особенностях групповой работы со слушателями на семинарских и тренинговых занятиях по темам, связанным с некоторыми доменами опросника SAQ, которые были собраны методом наблюдения за процессом работы преподавателей автором настоящего исследования:

1) «Атмосфера работы в команде». Семинары проходили в условиях кадровой реорганизации, что привело к присутствию в группе слушателей с разной степенью готовности принять общие правила и ценности, а также с различной степенью осведомленности о сути и преимуществах командной работы в медицинской организации. В связи с этим основное внимание было уделено вопросам коммуникации в команде. Семинар проводился на территории больницы: участники присоединялись сразу после или во время рабочего дня, принося с собой описания важных для них ситуаций, решения которых они не смогли найти или которые хотели бы обсудить с преподавателем или коллегами, в то же время это провоцировало участников в большей мере отвлекаться на решение рабочих вопросов. С одной стороны, участники постоянно испытывали давление рабочей среды в виде запросов помощи со стороны подчинённых или иных участников рабочего процесса в виду их территориальной близости. С другой стороны, отвлекаясь в процессе обучения на решение рабочих вопросов, участники нередко приносили в учебную среду актуальные вопросы и ситуации, обсуждение которых

– один из лучших способов изучения инкорпорирования теории в реальную организационную практику обучаемых. Преподаватели при подготовке к семинару продумывали способы инкорпорирования информации, которую ранее сообщали слушатели, в учебный процесс. Они стремились максимально задействовать их ситуации и вопросы при объяснении теоретических разделов. Подавляющее большинство примеров, иллюстрирующих тот или иной теоретический тезис, было взято из практики больницы. В противном случае возникали сложности с вовлечённостью участников в учебный процесс.

2) «Атмосфера безопасности». Проведение обучения по теме «Наставничество в подразделении медицинской организации. Создание стандартов» затрагивало вопросы информационной безопасности работы сотрудников, которые недавно окончили обучение по своей специальности или перешли из другой медицинской организации. Внедрение стандартов стало логическим продолжением темы наставничества, поскольку позволяло сотрудникам работать в единой логике и минимизировать риск возникновения неблагоприятных событий, включая ятрогенные. Сложностью при проведении данной темы было незнание транзактного анализа и цикла Колба среди слушателей, так как эти темы редко изучались руководителями медицинских подразделений. Преподаватели столкнулись с необходимостью предоставления понятного и прикладного объяснения данных вопросов. Понимание рассматриваемых разделов способствовало эффективному решению проблем ощущения безопасности пациентов и самих сотрудников в процессе оказания медицинской помощи. Второй сложностью было шаблонное восприятие стандартов. Например, врачи и медсестры воспринимали стандарты как СОПы (стандартные операционные процедуры). Основной задачей преподавателей стало разъяснение и отработка навыка создания эффективных локальных стандартов, которые могли бы дополнять существующие СОПы, но при этом быть простыми, краткими и понятными для исполнителей.

3) «Восприятие непосредственного и больничного менеджмента/руководства». Составы групп отличались разнообразием. 40% участников имели значительный опыт управления, 40% обладали незначительным опытом управления, а 20% не имели управленческого опыта (занимали руководящие должности от одного до трех месяцев). На начало занятий участники уже обладали сформированными представлениями о классическом управлении подразделением и эффективной коммуникации, которые были основаны на их собственном управленческом опыте, успешных и неуспешных действиях их руководителей, а также на стандартных шаблонах (ментальных моделях), по которым они классифицировали правильные и неправильные действия. При решении кейсов участники давали ответы на уровне автоматизмов, не углубляясь в большинстве случаев в проблему, а рассматривая её поверхностно. Однако были случаи, когда участники не имели готовых шаблонов для решения или их решения в микрогруппах не совпадали, а иногда были противоположными. В таких ситуациях участники начинали применять элементы системного подхода для выявления первопричин явлений.

4) «Удовлетворённость работой». Проведение обучения по теме «Выстраивание бизнес-процессов в подразделении медицинской организации» было базовым для руководителей, так как давало понимание сущности процессов, за которые отвечал руководитель, а также позволяло выстраивать грамотно цепочку взаимосвязанных процессов для эффективного и безопасного выполнения функционала внутренними и внешними участниками. Особенностью данной темы являлась визуализация роли и функционала различных сотрудников в виде процесса, где пациент проходил его насквозь, то есть проходил «по потоку», являясь ключевым «потребителем». Затруднение в восприятии процесса с точки зрения пациента часто наблюдалось у руководителей подразделений с медицинским образованием, поэтому им было сложно взглянуть на весь процесс с позиции пациента. В ходе обучения акцент делался на выполнении упражнений по визуализации процессов и, как следствие, выявлению зон роста.

5) «Рабочие условия». Проведение обучения по теме «Бережливое управление в отделении медицинской организации» включало погружение слушателей в выявление потерь, которые встречаются во всех аспектах деятельности врача и медсестры, а также руководителей, что делает эту тему универсальной. Особенностью данного направления обучения было понимание разницы между вынужденной работой и потерями, а также поиск путей решения для устранения выявленных потерь, что способствовало повышению эффективности работы медицинского персонала независимо от специфики. Сложность заключалась в том, что врачам, медсестрам и руководителям медицинских организаций было трудно с первого раза обнаружить потери в своих повседневных рутинных действиях. В рамках обучения слушатели изучали инструменты, помогающие выявить неочевидные «узкие места» и резервы производительности труда. Особое внимание уделялось таким инструментам, как хронометраж рабочего времени, картирование, «Пять почему» и «Диаграмма Исикавы», которые впоследствии использовались при принятии решений для устранения выявленных потерь.

б) «Распознавание (понимание) стресса». Тема данного семинара предполагала изучение вопроса с двух сторон: управление собственным состоянием и профилактика дистресса, а также распознавание и профилактика избыточного стресса у сотрудников. Предварительное тестирование выявило низкую способность к распознаванию уровня стресса у себя как общую особенность, характерную для большинства сотрудников медицинской организации. Поэтому необходимо было, наряду с ознакомлением участников с практиками управления стрессом, уделить особое внимание выявлению стресс-факторов, характерных как для самих руководителей, так и для их сотрудников. И поскольку задача была не только в том, чтобы снабдить участников различными практиками работы со стрессом, но ещё и в наблюдении за подчинёнными и выявлении опасного уровня стресса у того или иного сотрудника, даже когда он сам этого не осознаёт, в семинар были добавлены практики структурированного

наблюдения и анализа поведения. Особенности проведения семинарских занятий: некоторые участники с интересом отнеслись к теме данного семинара, но большинство слушателей пришли с установкой: «Не дети – справятся, медик должен справиться с любыми трудностями, а все эти упражнения – это для слишком впечатлительных сотрудников». Подобная установка была распространена среди большинства слушателей семинарских занятий. Это приводило к нежеланию видеть и учитывать сложности другого человека, а также к утрате осознания собственного состояния, что не позволяло вовремя обнаружить «красные флаги», когда требовались рекреационные мероприятия. В результате часть участников были закрыты и могли отказываться выполнять упражнения, что наносило вред не только им самим, но и мешало другим участникам. Для успешного освоения практик саморегуляции и совладания со стрессом необходимы были сосредоточенность и чувство защищённости, поэтому потребовалось дополнительное время и усилия для преодоления состояния неосознаваемой некомпетентности у этих участников и формирования у них мотивации к обучению. Сложность заключалась в том, что некоторые методы саморегуляции, такие как дыхательные упражнения или комплексы упражнений, также являются частью профессиональной деятельности в ряде медицинских специальностей (неврологии, психиатрии, реабилитационной медицине, пульмонологии и т.д.). Поэтому для некоторых участников такие комплексы упражнений были хорошо известны, тогда как для других они были новыми и требовали изучения и тренировки. Это необходимо было учитывать при планировании учебного процесса. Акцент делался на развитие навыков наблюдения, определения признаков накопившегося стресса у сотрудников в рабочих ситуациях, анализе реальных случаев из общей практики; предлагались упражнения по выявлению состояния и уровня стресса друг у друга в учебной ситуации с максимальным использованием тренингового принципа «здесь и сейчас».

Таким образом, практическое внедрение мониторинга КБП, результаты которого использовались для актуализации знаний и повышения мотивации к

обучению руководителей, способствовало внедрению системы менеджмента качества за счёт усиления образовательного воздействия и улучшения КБП по сравнению с аналогичными по структуре и мощности медицинскими организациями, о чем свидетельствуют данные о его восприятии из независимой системы сбора отзывов обратной связи от пациентов портала «Продокторов»[77]. Медицинская организация ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» признана лучшей в своём округе в категории «по отзывам пациентов» и получила Гран-При Продокторов (клиники) в 2024 году. При этом внедрение мониторинга КБП, параллельно с внедрением системы менеджмента качества, по всем территориям ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» началось с октября 2021 года. В период с ноября 2023 года по май 2024 года, наряду с проведением собственно мониторинга КБП, в подразделении Перинатальный Центр ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» проводилось образовательное воздействие на основе его данных. Можно предположить, что оно послужило фактором, который улучшил общий рейтинг Перинатального Центра на 0,2 балла, по сравнению с ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» в целом — Рис. 7.3.

Резюме 7 главы

Все руководители высшего звена медицинских и образовательных организаций до начала внедрения мониторинга КБП, демонстрировали приверженность безопасности и высокому качеству оказания медицинской помощи.

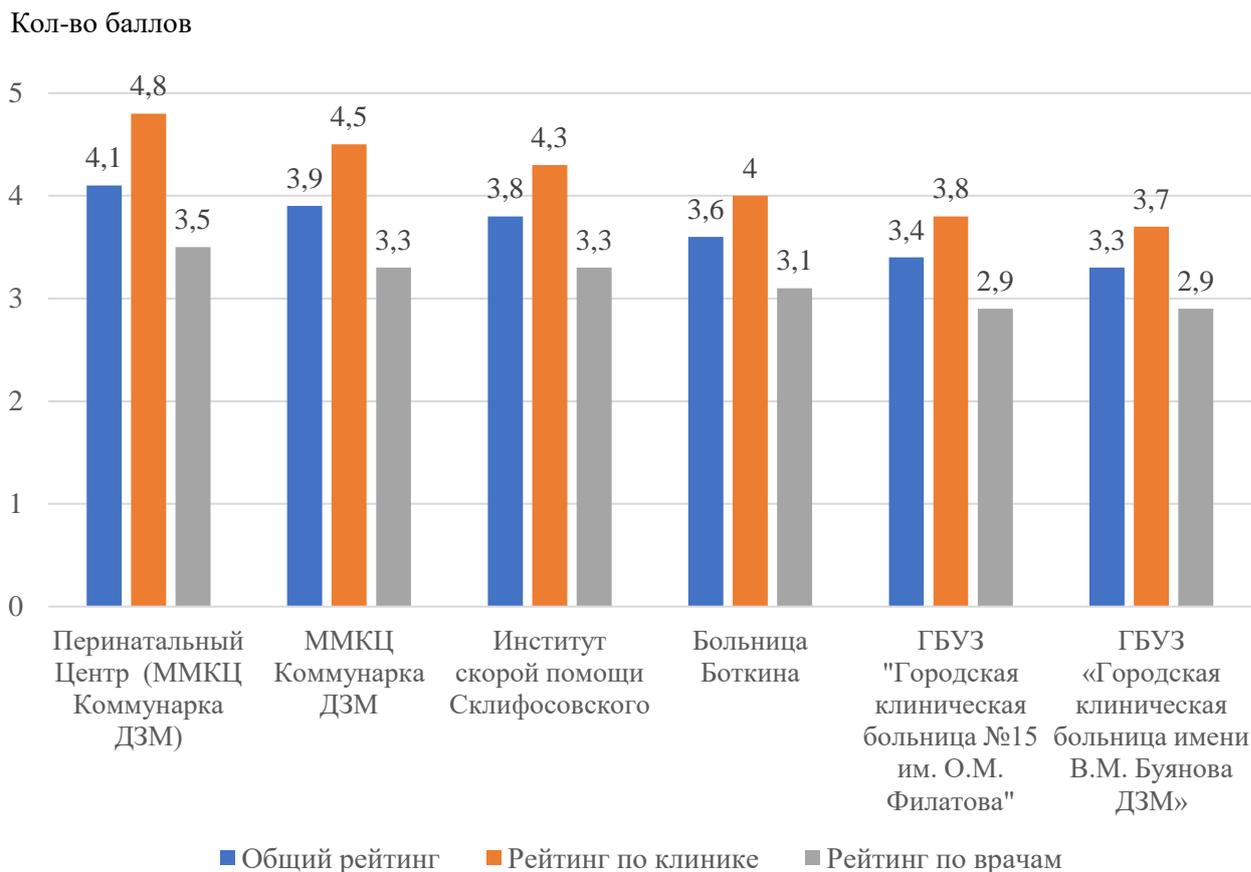


Рисунок 7.3. Рейтинг портала «ПроДокторов»¹ государственных клиник города Москвы в категории «по отзывам пациентов» за период с 1 ноября 2023 года по 31 октября 2024 года.

Их стремления были направлены на превентивные меры по предотвращению будущих неизвестных неблагоприятных событий путём создания благоприятного социально-психологического климата безопасности пациентов.

Результаты анализа и оценки эффективности внедрения методики мониторинга КБП в практическую деятельность медицинских организаций показали, что исследование скрытых переменных с использованием опросников EQ5D5L и EQ5D3L, соответствующих разработанному в ходе исследования принципу «Диады», статистически не оказало значимого влияния на точность и надёжность результатов опросника SAQ. Надёжность результатов методики

¹ ООО «МЕДРОКЕТ» 350015, Краснодарский край, г. Краснодар, ул. Буденного, д. 182, офис 87.
<https://prodoctorov.ru>

мониторинга КБП на её втором этапе, реализованных с помощью опросников, соответствующих разработанному в ходе исследования принципу «Триады», обеспечивалась стандартными требованиями к валидации и этнолингвистической адаптации опросников.

Практическое внедрение мониторинга КБП в ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ», результаты которого использовались для актуализации знаний и повышения мотивации к обучению руководителей, способствовало улучшению КБП по сравнению с аналогичными по структуре и мощности медицинскими организациями.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Актуальность исследования обусловлена увеличением сложности при оказании медицинской помощи, что приводит к росту числа предотвратимых неблагоприятных событий. Обеспечение безопасности процессов оказания медицинской помощи является приоритетом на международном и национальном уровнях. Отечественные и зарубежные исследования в здравоохранении подчеркивают важность социально-психологического климата для безопасности.

Мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов позволяет снизить риски возникновения предотвратимых неблагоприятных событий за счёт анализа психологических параметров сотрудников. Разработка методики для оценки и улучшения социально-психологического климата безопасности пациентов способствует решению проблемы повышения качества и безопасности медицинской помощи.

В научной литературе имеются исследования организационного климата, но они не всегда применимы к медицинской сфере. Диссертационные работы, такие как исследования Данильченко Я.В. и Буллих А.В., рассматривают социально-психологические аспекты морально-психологического климата, но не решают проблему безопасности. Докторские диссертации такие как, работа Расторгуевой Т.И. и Иванова И.В., акцентируют внимание на управлении человеческими ресурсами в здравоохранении, исследуют корпоративную культуру безопасности, но не предлагают системных решений для её оценки.

Исследование посвящено разработке методики мониторинга скрытых от прямого наблюдения психологических параметров сотрудников медицинской организации для улучшения состояния корпоративной безопасности и снижения рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий в ходе лечебно-диагностического процесса.

В настоящем диссертационном исследовании проведен анализ понятийного аппарата, связанного с неблагоприятными событиями, врачебными ошибками, климатом и культурой безопасности. В частности, определено, что

неблагоприятное событие — это нежелательный клинический эффект, не связанный с основным заболеванием и не обусловленный ошибкой или халатностью.

Даны определения понятий: оценка климата безопасности пациентов медицинской организации – это оценка персонала с помощью групповых методов экспертных оценок и наблюдения, направленная на выявление социально-психологических характеристик персонала, связанных с обеспечением безопасности пациентов; мониторинг социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинской организации – это система сбора и анализа социально-психологических характеристик персонала, связанных с обеспечением безопасности пациентов, в целях оперативной диагностики рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий и их профилактики в рамках медицинской организации.

На базе теорий о предсказующей функции мозга и многоуровневой мультипликативной модели регуляции решений были сформулированы принципы выбора методов исследования социально-психологических характеристик восприятия и оценки безопасности процессов оказания медицинской помощи персоналом медицинской организации для включения их в систему мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.

В соответствии с целью и задачами исследования была разработана и апробирована методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, состоящая из пяти последовательных этапов, включающих два циклических процесса: оценку КБП и образовательное воздействие на руководителей МО — Рис. 3.7. Эти этапы обеспечивают комплексный подход к мониторингу и улучшению КБП в медицинских организациях.

Первый этап методики мониторинга КБП включал оценку различий между личностным и социальным восприятием качества жизни, связанного со здоровьем. Были определены подгруппы респондентов с большой (показатель ΔКЖСЗ

находится в диапазоне критически пороговых значений в популяции – подгруппа А) и малой (показатель ΔКЖСЗ находится вне диапазона критически пороговых значений в популяции – подгруппа Б) разницей между самооценкой потерь своего здоровья на основе индивидуальных и социальных критериев. Результаты оценок климата безопасности пациентов респондентами подгрупп А и Б значительно различались ($p < 0,05$). Оценки респондентов подгруппы А исключались из дальнейшего анализа, а оценки респондентов подгруппы Б применялись на втором этапе методики мониторинга КБП.

Второй этап методики мониторинга КБП посвящён расширенной оценке КБП, которая проводилась по полной версии опросника SAQ и созданных опросных блоков вербальных рабочих задач. Результатом второго этапа являлся пул расчётных показателей, необходимых для прогнозирования вероятности возникновения предотвратимых неблагоприятных событий и выбора направлений, факторов для образовательных воздействий на персонал исследуемой МО.

На третьем этапе был проведен анализ и оценка потерь качества жизни, связанного со здоровьем, а также оценка КБП. Результаты анализа были визуализированы в виде рейтингов подразделений, включающих такие показатели, как ИДК, ΔSAQ, доли респондентов по отделениям, которые позитивно оценили домены и шкалы опросника SAQ. Эти данные использовались в рамках образовательных мероприятий на семинарах для персонала медицинских организаций.

Четвёртый этап методики КБП включал проведение регрессионного анализа, результаты которого были использованы для разработки сокращённой версии опросника для оценки КБП. Использование сокращённой версии опросника для мониторинга КБП вне периода сильных изменений внешней и внутренней среды медицинской организации позволило увеличить частоту опросов персонала по инициативе непосредственных руководителей линейного персонала. Автором настоящего диссертационного исследования были предложены критерии сильных и слабых изменений внешней и внутренней среды медицинской организации для

выбора полной или сокращённой версии опросников при проведении мониторинга КБП — Табл. 10.

Пятый этап исследования включал разработку и апробацию образовательных программ для персонала МО. Программы обучения были созданы на основе системного анализа предотвратимых неблагоприятных событий и негативных значений доменов опросника SAQ. Тематика образовательных мероприятий определялась на основе среднего значения Δ SAQ: при его значении выше медианы добавлялись темы, объясняющие системные риски НС. Обучение руководителей МО включало следующие аспекты: 1) причины системных нарушений: сложность систем, организационные и управленческие факторы, человеческий фактор, условия окружающей среды, сложность технологий и неопределённость в медицине; 2) аспекты организации образовательного процесса: интеграция в адаптационные программы, одновременное проведение с внедрением системы менеджмента качества, повторное участие руководителей при негативных оценках КБП, включение в программы для наставников и общедоступные базы знаний; 3) использование опросных блоков вербальных рабочих задач для скрытого обучения.

В ходе разработки методики особое внимание было уделено учёту культурных и психологических особенностей российского населения, что позволило разработать более точные и валидные инструменты для оценки КБП. Это свидетельствует о том, что предложенная методика мониторинга КБП может быть адаптирована для использования в различных регионах и медицинских учреждениях русскоязычного пространства.

Далее была проведена апробация разработанной методики мониторинга КБП. В ноябре 2023 года и мае 2024 года в 20 отделениях экспериментальной и 23 отделениях контрольной групп были проведены опросы по полным версиям опросников «Качество жизни, связанное со здоровьем» (EQ5D5L) и SAQ. Кроме проведения опросов персонала, заведующим отделениями и старшим медицинским сёстрам подразделений экспериментальной группы проводилась презентация полученных результатов мониторинга КБП (информирование о результатах) и

обучение методам социально-психологического управления по тематикам, соответствующим доменам восприятия климата безопасности пациентов.

Результаты сравнительного анализа между отделениями экспериментальной группы в ноябре 2023 года и мае 2024 года в среднем показали значимые различия ($p < 0,05$) по следующим показателям самооценки качества жизни, связанного со здоровьем: «Мобильность» — потери КЖСЗ, связанные с этим доменом, уменьшились в 7,9 раз; «Уход за собой» — ограничения качества жизни, связанные с уходом за собой, уменьшились в 10 раз; «Привычная повседневная деятельность» — привычная повседневная деятельность (например, работа, учёба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг) давалась респондентам в 3,3 раза легче; «Боль/Дискомфорт» — в 1,3 раза уменьшились потери КЖСЗ, связанные с болью и/или дискомфортом; «Тревога/Депрессия» — в 1,4 раза уменьшились самооценки тревоги и/или депрессии. Различий между расчётными показателями Δ КЖСЗ в 1 и 3 группах выявлено не было ($p > 0,05$). В исследуемых отделениях контрольной группы характеристикам качества жизни, связанного со здоровьем, кроме «Боль/Дискомфорт» и Δ КЖСЗ, значимых различий обнаружено не было ($p > 0,05$).

В экспериментальной группе отделений в восьми из двенадцати доменов опросника SAQ количество сотрудников, позитивно воспринимающих рабочие процессы, увеличилось на 10 п.п. в мае 2024 года по сравнению с ноябрём 2023 года. Однако по четырём доменам: «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства», «Рабочие условия», «Мне кажется, у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения», «Мне кажется, у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» значимых различий не было ($p < 0,05$). В то же время, в отделениях контрольной группы по всем доменам SAQ, кроме «Мне кажется, у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения», значимые различия между связанными группами респондентов отсутствовали ($p > 0,05$).

При сравнении интегрального показателя SAQ_{гр.} отмечалось улучшение результатов в экспериментальной группе: в ноябре 2023 года 76% ($\mu = 0,761$; SD

0,427) респондентов позитивно воспринимали КБП по групповым критериям оценок, а в мае 2024 года 84% этих же респондентов позитивно оценивали групповые домены SAQ ($\mu=0,842$; SD 0,365; критерий Уилкоксона $W=-2,785$, отрицательные ранги при $p=0,005$). В то же время, у респондентов экспериментальной группы различий между доменами, которые измеряют восприятие КБП с учётом индивидуальных критериев оценки, выявлено не было (μ (ноябрь 2023) $=0,543$; SD 0,498, μ (май 2024) $=0,588$; SD 0,493, критерий Уилкоксона $W=-1,340$, отрицательные ранги при $p=0,180$). Результаты респондентов отделений контрольной группы по обоим интегральным показателям не показали значимых различий между опросами в ноябре 2023 и мае 2024 годов: SAQ_{гр.} — μ (ноябрь 2023) $=0,770$; SD 0,421, μ (май 2024) $=0,818$; SD 0,386, критерий Уилкоксона $W=-1,671$, отрицательные ранги при $p=0,095$; SAQ_{инд.} (μ (ноябрь 2023) $=0,551$; SD 0,497, μ (май 2024) $=0,596$; SD 0,491, критерий Уилкоксона $W=-1,180$, отрицательные ранги при $p=0,238$).

В результате анализа интегральной переменной «Индекс должной критичности» (ИДК), отражающей степень позитивной оценки персоналом безопасности текущих рабочих процессов и трудность выбора, связанного с разрешением ментальных дилемм, были выявлены значимые различия. В экспериментальной группе динамика ИДК показала значимые различия: в ноябре 2023 года $\mu=0,56$, SD 0,20, в мае 2024 года $\mu=0,68$, SD 0,21 (критерий Уилкоксона $W=-7,867$ выявил отрицательную направленность рангов при уровне значимости $p=0$). Увеличение ИДК в мае 2024 года на 1,2 у.е. в среднем, свидетельствовало о снижении рисков возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором. В то же время, в рамках контрольной группы средние значения ИДК значимо не отличались: в ноябре 2023 года $\mu=0,58$; SD 0,20, в мае 2024 года $\mu=0,59$; SD 0,21 (критерий Уилкоксона $W=-0,551$ выявил отрицательную направленность рангов при уровне значимости $p=0,582$). Следовательно, в контрольной группе количество сотрудников, позитивно оценивающих КБП, осталось прежним, а вероятность возникновения

предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором, осталась на прежнем уровне.

Результаты анализа и оценки эффективности методики мониторинга КБП показали, что исследование скрытых переменных с использованием опросников EQ5D5L и EQ5D3L, соответствующих разработанному в ходе исследования принципу «Диады», статистически не оказало значимого влияния на точность и надёжность результатов опросника SAQ. Надёжность результатов методов исследования, применявшихся на втором этапе мониторинга КБП и соответствующих разработанному в ходе исследования принципу «Триады», обеспечивалась стандартными требованиями к валидации и этнолингвистической адаптации опросников.

Следующий шаг в ходе диссертационного исследования – описание комплекса образовательных методов, которые применялись для обучения персонала медицинских организаций в рамках диссертационного исследования. Комплекс включал методы традиционного и конструктивистского подходов к обучению.

В результате применения традиционных методов, таких как пассивное и активное распространение методических и практических рекомендаций, очные дидактические занятия, а также конструктивистских методов обучения взрослых, включая поиск локального консенсуса, тьюторские встречи и выездные визиты, были получены доказательства изменения восприятия климата безопасности пациентов в коллективах экспериментальной группы в позитивную сторону. При этом образовательный контент для медицинских работников ГБУЗ «ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ» разрабатывался на основе результатов мониторинга КБП, который проводился в той же медицинской организации. Результаты мониторинга КБП позволили инициировать и провести рефлексивное обсуждение обучаемыми фактов, приближённых к реальной ситуации, и сформировать знания, умения и навыки на основе опыта заведующих отделениями и старших медицинских сестёр.

Результаты апробации методики подтвердили положительное влияние мониторинга КБП как на самооценку качества жизни, связанного со здоровьем, так и на улучшение восприятия качества рабочих процессов, обеспечивающих безопасность пациентов у персонала медицинских организаций. В среднем по всем доменам опросника SAQ в отделениях экспериментальной группы наблюдалось положительное влияние информирования о результатах измерения КБП и образовательного воздействия на заведующих отделениями и старших медицинских сестёр. Это подтверждалось увеличением числа сотрудников, способных позитивно оценить текущие рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов. В отделениях контрольной группы, где образовательные мероприятия не проводились, восприятие и оценки КБП у сотрудников не изменились.

Практическое внедрение мониторинга КБП в ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ», результаты которого использовались для актуализации знаний и повышения мотивации к обучению управленческого персонала, способствовало улучшению КБП по сравнению с аналогичными по структуре и мощности медицинскими организациями, о чем свидетельствуют данные о его восприятии из независимой системы сбора отзывов обратной связи от пациентов портала «Продокторов».

Полученные результаты подтверждают, что разработанная и апробированная методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов позволяет измерять скрытые социально-психологические характеристики персонала, влияющие на риски возникновения предотвратимых неблагоприятных событий, связанных с человеческим фактором в медицинских организациях. Методика может быть рекомендована для внедрения в работу медицинских организаций в Российской Федерации как составная часть системы менеджмента качества, способствующая увеличению безопасности медицинской помощи и уровня удовлетворенности пациентов.

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.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШИХ ИССЛЕДОВАНИЙ

Проведенное исследование и разработанная методика мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов открывают широкие перспективы для дальнейшего развития темы в рамках научной специальности 3.2.3 Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза. На основании полученных результатов можно выделить следующие направления для продолжения дальнейших исследований:

- Разработка новых концептуальных моделей – дальнейшее изучение взаимосвязи между социально-психологическим климатом безопасности пациентов, социально-психологическим климатом безопасности труда сотрудников медицинских организаций, культурой безопасности и качеством оказания медицинской помощи.
- Исследование культурных и региональных особенностей формирования социально-психологического климата безопасности пациентов – расширение исследований с учетом культурных, этнических и региональных особенностей, что позволит адаптировать методику мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов для различных групп населения и медицинских организаций различных специализаций.
- Изучение долгосрочных эффектов – проведение лонгитюдных исследований для оценки долгосрочного влияния позитивного социально-психологического климата безопасности пациентов на снижение числа предотвратимых неблагоприятных событий и повышение удовлетворенности пациентов оказываемой им медицинской помощью.
- Разработка новых инструментов оценки социально-психологического климата безопасности пациентов – создание дополнительных методик, позволяющих более точно оценивать скрытые социально-психологические параметры, такие как уровень стресса, персональные базовые ценности, мотивы к работе у сотрудников медицинских организаций.

- Интеграция с цифровыми технологиями – внедрение цифровых платформ для автоматизации сбора и анализа данных мониторинга КБП, что повысит скорость получения результатов и точность оценки.
- Адаптация методики для различных типов медицинских организаций – разработка специализированных версий методики для стационаров, поликлиник, специализированных центров и других типов медицинских организаций.
- Внедрение интерактивных методов обучения – использование симуляций и других интерактивных методов для повышения эффективности обучения руководителей и персонала.
- Анализ взаимосвязи параметров климата безопасности пациентов и клинических исходов – проведение исследований, направленных на изучение влияния улучшения социально-психологического климата безопасности пациентов на снижение числа предотвратимых неблагоприятных событий.
- Оценка экономической эффективности – изучение экономических аспектов внедрения системы мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов, включая анализ затрат и выгод от снижения числа предотвратимых неблагоприятных событий.
- Исследование удовлетворенности пациентов – дальнейшее детальное изучение влияния социально-психологического климата безопасности пациентов на их удовлетворенность качеством оказания медицинской помощи, включая анализ отзывов и обратной связи.
- Исследование роли лидерства – изучение влияния стиля лидерства руководителей медицинских организаций на формирование и поддержание благоприятного социально-психологического климата безопасности пациентов.
- Разработка систем мотивации персонала – создание программ мотивации и поощрения для медицинского персонала, направленных на поддержание социально-психологического климата безопасности пациентов на позитивном уровне.

- Сравнительные исследования – проведение сравнительных исследований социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях разных стран для выявления лучших практик и их адаптации в российских условиях.

- Участие в международных проектах – включение в международные исследовательские проекты и программы, направленные на улучшение безопасности пациентов и качества медицинской помощи.

Перспективы дальнейшей разработки темы исследования связаны с углублением теоретической базы, совершенствованием методик мониторинга, расширением образовательных программ и разработкой стратегий трансформации социально-психологического климата безопасности пациентов. Эти направления позволят не только повысить безопасность и качество оказания медицинской помощи, но и создать устойчивую систему управления трансформацией социально-психологического климата в медицинских организациях. Реализация данных перспектив будет способствовать укреплению доверия пациентов к системе здравоохранения и повышению удовлетворенности медицинского персонала своей работой.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения

ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка ДЗМ» - Государственное бюджетное учреждение здравоохранения города Москвы «Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы»

КБП – социально-психологический климат безопасности пациентов в медицинской организации

КЖСЗ – качество жизни, связанное со здоровьем

МЗ РФ – Министерство здравоохранения Российской Федерации

МО - медицинская организация

МСЦ – межличностная сопряженность ценностей

МЧС – Министерство чрезвычайных ситуаций Российской Федерации

НМИЦ АГП – Национальный медицинский исследовательский центр акушерства, гинекологии и перинатологии им. академика В.И. Кулакова Минздрава России

НС – неблагоприятное событие

РФ – Российская Федерация

ЧС – чрезвычайное событие

ЧФ – человеческий фактор

п.п. – процентные пункты

фМРТ – функциональная магнитно-резонансная томография

CPG (англ. Central Pattern Generator) – генераторы паттернов

EQ5D5L – опросник «Качество жизни связанное со здоровьем»

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

HSPSC – (англ. Hospital Survey on Patient Safety Culture) – опросник

JCI – Joint Commission International

ISO – International Organization for Standardization

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1) Авдеева О.В., Минакова Е.Н., Голошубов П.А., Верховцев А.А., Каверина Е.В., Николаева А.В. Управление персоналом медицинской организации: современные инструменты и технологии // Акушерство и гинекология. – 2023. – № 4. – С. 120–131.
- 2) Авдеев А. С. Исследование социально-психологического климата в трудовом коллективе медицинских работников // Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. – 2017. – Т. 3. – № 2 (17). – С. 88–93.
- 3) Аверьянова А.А. Корпоративная культура и ее особенности в России // Молодой ученый. – 2016. – № 29 (133). – С. 345–347.
- 4) Акулаев А. А., [и др.] Языковая и культурная адаптация опросников FADI, FAAM и SEFAS для оценки состояния стопы и голеностопного сустава и их апробация в отечественной популяции пациентов // Гений ортопедии. – 2023. – Т. 29. – № 3. – С. 253–264.
- 5) Акулин И.М., Махова О.А. Преподавание основ безопасности медицинской деятельности как необходимый элемент подготовки медицинских кадров // Медицинское образование и профессиональное развитие. – 2022. – Т. 13, № 3. – С. 68–75.
- 6) Александрова Е.А., Герри Дж.К., Кайнд П., Хабибуллина А.Р. Популяционные показатели качества жизни, связанного со здоровьем, по опроснику EQ-5D // Здравоохранение Российской Федерации. – 2018. – № 6. – С. 295–303.
- 7) Алексеева А.Н. Социально-психологический климат в коллективе медицинских работников // Научный электронный журнал «Меридиан». – № 7. – С. 95–97.

- 8) Андреева Г.М. Психология социального познания : учебное пособие / Г.М. Андреева. – Москва : Аспект Пресс, 2000. – 288 с.
- 9) Агтаева Л.Ж. Организация и управление работой медицинского коллектива в современных условиях // Социальная и клиническая психиатрия. – 2009. – Т. 19, № 1. – С. 38–43.
- 10) Базаров Т.Ю., Еременко Б.Л. Управление персоналом : учебник для вузов. — Москва : ЮНИТИ-ДАНА, 2008. — 620 с.
- 11) Базенков Н. [и др.] Дискретное моделирование межнейронных взаимодействий в мультитрансмиттерных сетях // Искусственный интеллект и принятие решений. – 2017. – № 2. – С. 55–73.
- 12) Балабан П.М. [и др.] Центральные генераторы паттерна // Журнал высшей нервной деятельности им. И.П. Павлова. — 2013. — Т. 63, № 5. — С. 520–520.
- 13) Бердугин В.А. Робастное управление человеко-центрированной медицинской организацией // Главврач. – 2020. – № 5. – С. 17–34.
- 14) Бетина О.Б. Уровень «ценностного давления» как показатель эффективности управления корпоративной культурой // Проблемы современной экономики. — 2007. — № 1 (21). — С. 439-439.
- 15) Богданова А.К. К определению культуры предпринимательства // Журнал научных публикаций аспирантов и докторантов. — 2011. — № 10. — С. 7–8.
- 16) Богданова Л.В. Исследование психологического климата коллектива: теоретический аспект // Повышение качества профессиональной подготовки специалистов социальной и образовательной сфер: сб. науч. ст. / Витеб. гос. ун-т им. П.М. Машерова. – Витебск, 2021. – С. 84–88.
- 17) Бодров В.А. Психология профессиональной деятельности. — Москва : ПЕР СЭ, 2001. — 87 с.

18) Боев В.С. Кадровые проблемы в системе здравоохранения промышленно-развитого городского округа // Здравоохранение Российской Федерации. – 2014. – Т. 58, № 3. – С. 44–46.

19) Бокова А.В. Культурный контент как инструмент формирования идентичности сообществ (к постановке проблемы) // Вестник Томского государственного университета. Культурология и искусствоведение. – 2020. – № 38. – С. 5–11.

20) Бравве Ю. И., Шпикс Т. А., Кирш Я., Пушкарёва Е. А., Соколов С. В., Кирякова И. Д., Толстова К. С., Латуха О. А. Оценка эффективности фабрики процессов в формировании профессионально значимых компетенций руководителей организации // Science for Education Today. — 2021. — Т. 11, № 5. — С. 43–56.

21) Бравве Ю. И., Щепин В. О., Толстова К. С., Латуха О. А. Современные подходы к рейтингу медицинских организаций на основе стратегии устойчивого развития учреждения здравоохранения // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2021. — Т. 29, № 5. — С. 1171–1178.

22) Буллик А.В. Научное обоснование оценки и подходов к управлению инновационным потенциалом медицинской организации : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / А.В. Буллик ; Рос. ун-т дружбы народов. — М., 2022. — 210 с.

23) Васнецова О.А., Часовникова А.С. Взаимосвязь групповой сплоченности и факторов внутренней среды отделения функциональной диагностики Шарьинской центральной районной больницы // Педагогика и психология в XXI веке: современное состояние и тенденции исследования : [сборник научных трудов]. – 2016. – С. 232–238.

24) Ветрова Е.С. Взаимосвязь и отличие корпоративной и организационной культуры: сущность подходов // Творческое наследие А.С. Посникова и современность. — 2014. — № 7. — С. 205–209.

25) Воробчикова Е.О., Вайндорф-Сысоева М.Е. Ценностно-смысловые ориентиры обучения взрослых // Педагогический журнал Башкортостана. — 2024. — № 3 (105). — С. 12–26.

26) Вялков А.И., Кучеренко В.З., Татарников М.А. Социально-когнитивные аспекты управления здравоохранением // Главврач. — 2005. — № 9. — С. 47–55.

27) Габуня Н. Ю., Габуева Л. А. "Вторая жертва" в здравоохранении. Обзор зарубежных практик и подходов // Менеджмент качества в медицине / учредители: ООО "РИА "Стандарты и качество". — 2023. — № 2. — С. 36–42.

28) Габуня Н. Ю., Иванов И. В., Матыцин Н. О. Аккредитация по стандартам качества и безопасности медицинской деятельности JCI. Контрольные точки // Менеджмент качества в медицине / учредители: ООО "РИА "Стандарты и качество". — 2023. — № 4. — С. 2–8.

29) Ганеева Ж. Г. Определение понятия «мониторинг» в различных сферах его применения // Вестник Челябинского государственного университета. — 2005. — Т. 8, № 1. — С. 30–33.

30) Голенков А. В., Филоненко В. А., Сергеева А. И., Филоненко А. В. Причины суицидального поведения медсестер // Медицинская сестра. — 2020. — Т. 22, № 2. — С. 28–31.

31) Горбань И. В. Оценка уровней сформированности и ведущих компонентов системы обеспечения безопасности пациентов службы анестезиологии и реаниматологии (сообщение 2) // Вестник анестезиологии и реаниматологии. — 2024. — Т. 21, № 3. — С. 87–92.

32) Гусева Н. К., Бердутин В. А. Некоторые вопросы оценки качества медицинской помощи в системе здравоохранения Российской Федерации // Здравоохранение Российской Федерации. — 2016. — Т. 60, № 5. — С. 228–233.

33) Гуцыкова С. В. К вопросу о предикторах психологической безопасности: климат и культура безопасности // Психология. Историко-критические обзоры и современные исследования. — 2016. — № 4. — С. 53–62.

34) Данильченко Я. В. Совершенствование организации труда персонала медицинских научно-исследовательских учреждений : дис. ... канд. мед. наук : 14.02.03 / Данильченко Ярослав Владимирович ; Научно-исследовательский институт комплексных проблем сердечно-сосудистых заболеваний. — Кемерово, 2020. — 187 с.

35) Дивина Т. В., Петракова Е. А., Вишневский М. С. Основные методы анализа экспертных оценок // Экономика и бизнес: теория и практика. — 2019. — № 7. — С. 42–44.

36) Достанова Ж. А. [и др.] Влияние распространенных факторов риска на здоровье медицинских сестер. Обзор литературы // West Kazakhstan Medical Journal. — 2023. — № 1 (65). — С. 4–10.

37) Душарина Е. Ю. Соотношение понятий «Корпоративная культура» и «Организационная культура» // Экономика и бизнес: теория и практика. — 2019. — № 9. — С. 78–80.

38) Жилина В. А., Невелев А. Б., Камалетдинова А. Я. Философия, наука, лженаука и наукообразность // Вестник Челябинского государственного университета. — 2017. — № 4 (400). — С. 89-94.

39) Засыпкина Е. В., Катрунов В. А., Кузнецова М. Н. К вопросу о врачебных ошибках: методология и критерии определения // Бюллетень медицинских интернет-конференций. — 2016. — Т. 6, № 1. — С. 243–247.

40) Зинатуллина Д. М. Роль медицинской сестры в создании благоприятного климата во взаимоотношениях «средний медицинский работник-пациент» в отделениях соматического профиля ГАУЗ «Республиканская клиническая

больница МЗ РТ» // Белые цветы-2020 : материалы научно-практической конференции. — 2020. — С. 484.

41) Иванов И. В. Научное обоснование организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности на основе единых методологических и организационных принципов в условиях реализации национального проекта «Здравоохранение» : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.02.03 / Иванов Игорь Владимирович. — Москва, 2020. — 385 с.

42) Иванова С. П. Особенности эмоционального реагирования на стрессовые факторы членов бригад скорой медицинской помощи // Врач скорой помощи. — 2016. — № 9. — С. 48–52.

43) Игнатъев В. А. Соционика – псевдонаука в облике новейшей отрасли психологии // Вестник Рязанского государственного университета им. С.А. Есенина. – 2013. – № 2 (39). – С. 37-50.

44) Иконникова А. В. Социально-психологические аспекты в профессиональной деятельности врача-стоматолога // Современные медицинские исследования. — 2017. — С. 4-6.

45) Ионова Т. И. [и др.] Языковая и культурная адаптация русской версии опросника для оценки симптомов у пациентов со злокачественными новообразованиями желудочно-кишечного тракта MDASI-GI // Вестник межнационального центра исследования качества жизни. — 2021. — № 37-38. — С. 62-68.

46) Ионова Т. И. Принципы языковой и культурной адаптации опросников оценки качества жизни // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни : науч.-практ. журн. / учредитель Межнац. центр исслед. качества жизни. — 2018. — № 31-32. — С. 12-17.

47) Ионова Т. И., Полищук Л. О., Никитина Т. П., Ветшев Ф. П. Языковая и культурная адаптация русской версии Отагского опросника качества жизни при желчнокаменной болезни // Вестник Межнационального центра исследования качества жизни. — 2022. — № 39–40. — С. 70–78.

48) Кабалина В. И., Джокич А., Чеглакова Л. М. Организационный климат и выгорание сотрудников промышленной компании // Российский журнал менеджмента. — 2023. — Т. 21, № 2. — С. 228–254.

49) Калашников Д. А., Шаповалова Э. В. Оценка эффективности управления персоналом в организациях системы здравоохранения // Новое в экономической кибернетике. — 2020. — № 3-4. — С. 226–234.

50) Капитонов Э. А. Корпоративная культура: теория и практика. — М. : Альфа-Пресс, 2005. — 352 с.

51) Каргополов И. С. Актуализация процесса обучения // Молодой ученый. — 2019. — № 12 (250). — С. 265–266.

52) Карелин А. О., Ионов П. Б. Изучение факторов риска развития синдрома профессионального выгорания у врачей-стоматологов, работающих в государственных детских стоматологических поликлиниках // Анализ риска здоровью. — 2022. — № 2. — С. 166–173.

53) Карсанов А. М. [и др.] Профессиональное выгорание персонала - нарастающая опасность системы здравоохранения // Главный врач Юга России. — 2021. — № 5 (80). — С. 4–8.

54) Кибанова А. Я. Управление персоналом организации : учебник / А. Я. Кибанова — 2-е изд., доп. и перераб. — М. : ИНФРА-М, 2005. — 638 с.

55) Ким О. Т. Безопасность пациентов как приоритет мирового здравоохранения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. — 2022. — Т. 21, № 10. — С. 67–79.

56) Кобзева М. В. Социально-психологический климат как предмет научного исследования // Гуманитарное пространство. — 2018. — Т. 7, № 1. — С. 191–215.

57) Кобякова О. С. [и др.] Медицинские сестры: факторы профессионального выгорания // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2021. — Т. 29, № 2. — С. 353–358.

58) Козлов А. Е. [и др.] Оценка аспектов культуры безопасности при оказании медицинской помощи // Техногенная и природная безопасность. — 2019. — С. 114–117.

59) Коленникова О. А., Токсанбаева М. С. Факторы дисфункции институтов оценки квалификации медицинских специалистов // Здравоохранение Российской Федерации. — 2021. — Т. 65, № 5. — С. 467–476.

60) Конаныхина А.К., Комаров Г.А., Кочубей А.В. Право на ошибку: врачебные ошибки глазами врачей и пациентов // Клиническая практика. 2018. №3. С. 70-73.

61) Кондратова Н. В. Научное обоснование обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности на основе внедрения комплексной системы стандартизации в медицинской организации : дис. ... докт. мед. наук : 14.02.03 / Н. В. Кондратова ; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н. А. Семашко. — М., 2016. — 231 с.

62) Корнеев А. А., Кричевец А. Н. Условия применимости критериев Стьюдента и Манна-Уитни // Психологический журнал. — 2011. — Т. 32, № 1. — С. 97–110.

63) Корнилова Т. В. Психология неопределенности: единство интеллектуально-личностной регуляции решений и выборов // Психологический журнал. — 2013. — Т. 34, № 3. — С. 89–100.

64) Кром И. Л. [и др.] Риски здоровью профессиональной группы врачей в современных системах здравоохранения (обзор) // Анализ риска здоровью. — 2020. — № 2. — С. 185–192.

65) Кротова А., Батуева В. Оптимизация издержек: формируем культуру или регулируем организационный климат? // Управление персоналом. — 2005. — № 5. — С. 24–27.

66) Кручинин С. В. Статус соционики в современной науке // Научно-исследовательские публикации. — 2014. — № 9 (13). — С. 40–49.

67) Кузнецов Д. А. Подходы к анализу угроз кадровой безопасности в фармации // Вестник новых медицинских технологий. — 2012. — Т. 19, № 2. — С. 380–383.

68) Кузьменко А. П. Корреляционные связи между показателями психофизиологического состояния, стресса и обеспеченности химическими элементами у работников скорой медицинской помощи // Экология человека. — 2014. — № 10. — С. 12–18.

69) Купрейченко А. Б., Молодых Е. Н. Взаимосвязь оценок организационной культуры и отношения сотрудников к соблюдению нравственных норм делового поведения // Социальная психология труда: теория и практика. — 2010. — С. 296–312.

70) Кучеренко В. З., Татарников М. А., Шевырев В.С., Манерова О. А., Вялкова Г. М. Методика проведения социологической и социально-психологической оценки кадров в здравоохранении // Проблемы управления здравоохранением. — 2006. — № 6. — С. 34–44.

71) Шестакова Л. С. Реализация рефлексивных образовательных технологий в процессе профессионального обучения // Вестник Адыгейского государственного университета. Серия 3: Педагогика и психология. — 2023. — № 2 (318). — URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/realizatsiya-refleksivnyh>

obrazovatelnyh-tehnologiy-v-protssesse-professionalnogo-obucheniya (дата обращения: 08.06.2025).

72) Лесниченко А. М. Врачебная ошибка // Вопросы науки и образования. — 2018. — № 13 (25). — С. 66–78.

73) Логвинов Ю. И., Горбунова Е. А. Рекомендации по снижению тревожности и поддержанию благоприятного социально-психологического климата в условиях COVID-19 // Виртуальные технологии в медицине. – 2020. – Т. 1, № 2. – С. 48–52.

74) Лытов Д. А. Соционика: от ролевой игры к теории отношений между психологическими типами // Сибирский психологический журнал. – 2003. – № 18. – С. 32–38.

75) Лю В. Организационная и корпоративная культура: общее и различия конструктивного взаимодействия // Преподаватель XXI век. – 2014. – Т. 2, № 3. – С. 380–386.

76) Максименко, А.А. Организационная культура: системно-психологические описания: учебное пособие / А.А. Максименко. – Кострома: КГУ им. Н.А. Некрасова, 2013. – 168 с.

77) Как мы проверяем отзывы [Электронный ресурс] // Медрокет блог. – URL: <https://blog.medrocket.ru/kak-my-proveryaem-otzyvy/> (дата обращения: 08.06.2025).

78) Могутнова, Н.Н. Корпоративная культура: понятие, подходы / Н.Н. Могутнова // ЭСМ. – 2005. – № 4. – С. 130–136.

79) Муравьева А.А., Михайлова Ю.В., Горбунова В.В. Проблемы выраженности синдрома эмоционального выгорания у врачей анестезиологов-реаниматологов // Социальные аспекты здоровья населения. – 2023. – Т. 69, № 1. – С. 2.

80) Оуян Ц. Связи субъективного благополучия с предпочтениями в личностном выборе (на китайской выборке) : магистерская диссертация / Ц. Оуян ; Московский государственный университет имени М.В. Ломоносова. – Москва : МГУ, 2023. – 101 с.

81) Павлов А.И. Современные подходы к формированию системы мотивации сотрудников учреждений здравоохранения // Экономика и управление. – 2013. – № 1 (87). – С. 79–82.

82) Парыгин, Б.Д. Социально-психологический климат коллектива / Б.Д. Парыгин. – Л. : Наука, 1981. – 190 с.

83) Петренко Т.В., Куликова О.А. Проблемы управления кадровым потенциалом системы здравоохранения в современных условиях // Глобальная трансформация и устойчивость экономики современной России. – 2022. – С. 193–197.

84) Пивень Д.В., Кицул И.С., Иванов И.В. Нормативно-правовое регулирование внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности // Менеджер здравоохранения. — 2016. — № 5. — С. 38–46.

85) Платонова Е.С., Носкова М.В. Анализ управления конфликтами среднего медицинского персонала (на примере МБУ ЦСМИ г. Екатеринбурга, подстанция № 8) // Социальные и гуманитарные аспекты стратегии инновационного развития медицинского университета : всероссийская научно-практическая конференция с международным участием, 15-16 мая 2013 г. : сборник статей и тезисов докладов участников / Уральская государственная медицинская академия. — Екатеринбург : УГМА, 2013. — С. 393—397.

86) Поляков Л.Е., Мерков А.М. Санитарная статистика. — М. : Медицина, 1974. — 384 с.

87) Понятовская А. Методики изучения социально-психологического климата трудового коллектива // Наука через призму времени. — 2018. — № 4. — С. 55—58.

88) Попсуйко А.Н. [и др.] Нежелательные события в системе обеспечения безопасности медицинской деятельности: смысловое содержание и инструменты управления // Комплексные проблемы сердечно-сосудистых заболеваний. — 2022. — Т. 11, № 3. — С. 177—187.

89) Почебут Л.Г., Чикер В.А. Организационная социальная психология : учебник для вузов / Л.Г. Почебут, В.А. Чикер. — 2-е изд., испр. и доп. — М. : Юрайт, 2025. — 246 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-07752-0.

90) Почебут Л.Г., Чикер В.А., Волкова Н.В. Социально-психологическая модель когнитивного социального капитала организации: факторы формирования и объективация // Организационная психология. — 2018. — Т. 8, № 3. — С. 29—59.

91) Райзберг Б.А., Лозовский Л.Ш., Стародубцева Е.Б. Современный экономический словарь. — М. : Инфра-М, 2024. — 512 с.

92) Расторгуева Т.И. Научное обоснование современных подходов к управлению человеческими ресурсами в здравоохранении : диссертация ... доктора медицинских наук : 14.00.33 / Расторгуева Татьяна Ивановна ; Национальный научно-исследовательский институт общественного здоровья имени Н.А. Семашко. — Москва, 2008. — 341 с.

93) Реймерс Н.Ф. Природопользование: словарь-справочник. — М. : Мысль, 1990. — 637 с.

94) Решетников А.В. Методология мониторинга в системе управления здравоохранением // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2003. — № 3. — С. 3—7.

95) Решетников А.В., Соболев К.А. Медико-социологический мониторинг : руководство. — Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. — 256 с.

96) Решетников В.А., Габуня Н.Ю., Соколов Н.А., Курдюкова О.С. Современные стратегии повышения безопасности пациентов // Медицинский вестник МВД. — 2024. — № 2 (129). — С. 62–69.

97) Рогов Е.И., Жолудева С.В., Науменко М.В. [и др.] Организационная психология: учебник и практикум для вузов. — Москва : Юрайт, 2022. — 509 с.

98) Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Методические подходы к оценке культуры безопасности в медицинской организации // Siberian Journal of Life Sciences and Agriculture. — 2016. — № 3 (75). — С. 57—71.

99) Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В. Снижение частоты катетер-ассоциированных инфекций при внедрении комплексной программы безопасности катетеризации в многопрофильном стационаре // Успехи современной науки. — 2016. — Т. 4, № 6. — С. 141—146.

100) Ройтберг Г.Е., Кондратова Н.В., Галанина Е.В. Сравнительная оценка уровня культуры безопасности в медицинских организациях // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. — 2016. — Т. 24, № 4. — С. 204—208.

101) Распоряжение Правительства Российской Федерации от 14 августа 2019 г. № 1797-р [Электронный ресурс] // Правительство России. — URL: <http://static.government.ru/media/files/S125RuCTUAiCH5V7RlHUhCAcOTndx9PJ.pdf> (дата обращения: 09.06.2025).

102) Самофалов Д. А. и др. Профессиональное выгорание и качество жизни врачей в Российской Федерации в 2021 г. // Социальные аспекты здоровья населения. — 2023. — Т. 69, № 1. — С. 1.

103) Седова Н. Н. и др. Теория и практика применения качественных методов социологии в медицине // Медицинский Вестник Северного Кавказа. — 2015. — Т. 10, № 3 (39). — С. 327–331.

104) Соболева С. Ю., Гапоненко Ю. В., Липов Д. С. Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века = Management in the Healthcare: Challenges and Risks in the 21st century : сборник материалов VII Международной научно-практической конференции, 17–18 ноября 2022 г., Волгоград / редкол.: С. Ю. Соболева, Ю. В. Гапоненко, Д. С. Липов. — Волгоград : Изд-во ВолгГМУ, 2023. — 425 с. — Текст : электронный.

105) Соколовский М. В., Пирожкова А. Д. Профессиональное выгорание в системе здравоохранения // Современный мир, природа и человек : сборник материалов XXII-ой конференции. — 2023. — С. 425.

106) Сорокин Г. А., Суслов В. Л., Яковлев Е. В. Профессиональное выгорание и рабочая нагрузка врачей // Российский семейный врач. — 2018. — Т. 22, № 2. — С. 19–24.

107) Спивак В. А. Корпоративная культура: теория и практика. — СПб. : Питер, 2001. — 345 с.

108) Стародубов В. И., Сидоров П. И., Коноплева И. А. Управление персоналом организации. — М. : ГЭОТАР-Медиа, 2006. — 1104 с.

109) Стернин И. А. О понятиях метод, методика, прием // Вопросы психолингвистики. — 2008. — № 7. — С. 24–25.

110) Татаринцев С. А. [и др.] Мониторинг и прогнозирование как возможный подход к обеспечению безопасности жизнедеятельности населения // Антропогенная трансформация природной среды. — 2016. — № 2. — С. 238–245.

111) Таут Д. Ф. [и др.] Оценка культуры безопасности медицинских работников для улучшения качества медицинской помощи // Менеджер здравоохранения. — 2021. — № 3. — С. 33–39.

112) Трифонова Е. Ю., Камынина Н. Н. Культура безопасной больничной среды // Международный студенческий научный вестник. — 2015. — № 5–1. — С. 128–134.

113) Уголовный кодекс Российской Федерации от 13.06.1996 № 63-ФЗ (ред. от 14.07.2022, с изм. от 18.07.2022) (с изм. и доп., вступ. в силу с 25.07.2022). — Доступ из справ.-правовой системы «КонсультантПлюс».

114) Российская Федерация. Президент (2019; В. В. Путин). Указ Президента Российской Федерации от 6 июня 2019 года № 254 «О Стратегии развития здравоохранения в Российской Федерации на период до 2025 года» // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2019. — № 24. — Ст. 2924.

115) Устинова О. В. Роль корпоративной культуры в деятельности организации // Вестник Челябинского государственного университета. — 2015. — № 9 (364). — С. 75–78.

116) Российская Федерация. Законы. Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации : федеральный закон от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ (ред. от 24.04.2023) // Собрание законодательства Российской Федерации. — 2011. — № 48. — Ст. 6724.

117) Федякин В. С. Концепция управления трудовыми ресурсами на промышленных предприятиях в условиях реформирования российской экономики // Ученые записки Российского государственного социального университета. — 2009. — № 13. — С. 197–203.

118) Фомин В. В., Габуня Н. Ю., Ройтберг Г. Е., Кондратова Н. В., Галанина Е. В., Соколов Н. А. Культура безопасности как важное условие обеспечения качества и безопасности медицинской деятельности в практике российских медицинских организаций // Менеджмент качества в медицине. — 2023. — № 4. — С. 52–61.

119) Царанов К. Н. Восприятие культуры безопасности организации медицинскими сотрудниками Германии и России // *Research'n Practical Medicine Journal*. — 2022. — Т. 9, № 3. — С. 180–191.

120) Царанов К. Н. [и др.] Адаптация и первичная апробация русскоязычной версии опросника "Отношение к безопасности" для медицинских организаций // *Менеджер здравоохранения*. — 2022. — № 2. — С. 57–64.

121) Царанов К. Н. Опросник "Отношение к безопасности" для медицинских организаций: практическое руководство / К. Н. Царанов. — М. : ГНЦ РФ—ФМБЦ им. А. И. Бурназяна, 2022. — 28 с. — ISBN 978-5-93064-242-1. — EDN MQNXKR.

122) Чемяков В. Корпоративная культура компании и те, кто ее формирует // *Кадровый вестник*. — 2000. — № 12. — С. 42.

123) Шилина Ю. С., Жеурова Н. Н., Горбачева О. И. Социально-психологический климат в коллективе медицинских работников // *Юность и знания - гарантия успеха - 2017 : сборник материалов конференции*. — 2017. — С. 182–185.

124) Шкарин В. В. [и др.] Проблема безопасности пациентов в медицинских организациях - взгляд практикующих врачей // *Вестник Волгоградского государственного медицинского университета*. — 2018. — № 4 (68). — С. 107–109.

125) Шкарин В. В., Ивашева В. В., Емельянова О. С., Симаков С. В. Вопросы обеспечения безопасности пациентов – взгляд клинических ординаторов // *Волгоградский научно-медицинский журнал*. — 2023. — Т. 20, № 3. — С. 21–25.

126) Шорохова Е. В., Мансуров Н. С., Платонов К. К. Проблемы общественной психологии // *Вопросы психологии*. — 1963. — № 5. — С. 73–82.

127) Abdulla A., Schell K. R., Schell M. C. Comparing the Evolution of Risk Culture in Radiation Oncology, Aviation, and Nuclear Power // *Journal of Patient Safety*. — 2020. — Vol. 16. — № 4. — P. e352.

128) Ajzen I. The theory of planned behaviour: Reactions and reflections // *Psychology & Health*. — 2011. — Vol. 26. — № 9. — P. 1113–1127.

129) Alshammari F., Pasay-an E., Alboliteeh M., Alshammari M.H., Susanto T., Villareal S., Indonto M.C.L., Gonzales F. A survey of hospital healthcare professionals' perceptions toward patient safety culture in Saudi Arabia // *International Journal of Africa Nursing Sciences*. — 2019. — Vol. 11. — P. 100149.

130) Alzahrani N., et al. Safety attitudes in hospital emergency departments: a systematic review // *International Journal of Health Care Quality Assurance*. — 2019. — Vol. 32. — № 7. — P. 1042–1054.

131) Andriessen J. Safe behaviour and safety motivation // *Journal of Occupational Accidents*. — 1978. — Vol. 1. — № 4. — P. 363–376.

132) Aronson J. K. Medication errors: definitions and classification // *British Journal of Clinical Pharmacology*. — 2009. — Vol. 67. — № 6. — P. 599–604.

133) Ash S., Greenwood D., Keenan J. P. The Neural Correlates of Narcissism: Is There a Connection with Desire for Fame and Celebrity Worship? // *Brain Sciences*. — 2023. — Vol. 13. — № 10. — P. 1499.

134) Azyabi A., Karwowski W., Davahli M. R. Assessing patient safety culture in hospital settings // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2021. — Vol. 18. — № 5. — P. 2466.

135) Balogun A. O., Andel S. A., Smith T. D. "Digging Deeper" into the relationship between safety climate and turnover intention among stone, sand and gravel mine workers: job satisfaction as a mediator // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2020. — Vol. 17. — № 6. — P. 1925.

136) Bamel U. K., Pandey R., Gupta A. Safety climate: Systematic literature network analysis of 38 years (1980-2018) of research // *Accident Analysis & Prevention*. — 2020. — Vol. 135. — Art. 105387. DOI: 10.1016/j.aap.2019.105387.

137) Bari A., Khan R. A., Rathore A. W. Medical errors; causes, consequences, emotional response and resulting behavioral change // *Pakistan Journal of Medical Sciences*. — 2016. — Vol. 32. — № 3. — P. 523–528.

138) Beaton D. E., Bombardier C., Guillemin F., Ferraz M. B. Guidelines for the process of cross-cultural adaptation of self-report measures // *Spine*. — 2000. — Vol. 25. — № 24. — P. 3186–3191.

139) Berwick D. M. Era 3 for medicine and health care // *JAMA: The Journal of the American Medical Association*. — 2016. — Vol. 315. — № 13. — P. 1329–1330.

140) Bonacci I., Mazzitelli A., Morea D. Evaluating climate between working excellence and organizational innovation: What comes first? // *Sustainability*. — 2020. — Vol. 12. — № 8. — Art. 3340.

141) Borycki E. M., Kushniruk A. W. Health technology, quality and safety in a learning health system // *Healthcare Management Forum*. — 2023. — Vol. 36. — № 2. — P. 79–85.

142) Bowen D. E., Ehrhart M. G., Holcombe K. M. The climate for service: Evolution of a construct // *Handbook of Organizational Culture and Climate* / ed. by N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom, M. F. Peterson. — Thousand Oaks, CA : Sage, 2000. — P. 21–36.

143) Notari S. C., Sader J., Fon N. C., Sommer J. M., Miozzari A. C. P., Janjic D., Nendaz M., Audétat M. C. Understanding GPs' clinical reasoning processes involved in managing patients suffering from multimorbidity: A systematic review of qualitative and quantitative research // *International Journal of Clinical Practice*. — 2021. — Vol. 75. — № 9. — Art. e14187.

144) Califf R. M., Robb M. A., Bindman A. B. Transforming evidence generation to support health and health care decisions // *The New England Journal of Medicine*. — 2016. — Vol. 375. — № 24. — P. 2395–2400.

145) Campbell L. A., Taylor R. A., Smith J. G. Assessing civility at an academic health science center: Implications for employee satisfaction and well-being // PLoS ONE. — 2021. — Vol. 16. — № 2. — Art. e0247715.

146) Cheyne A. et al. Modelling safety climate in the prediction of levels of safety activity // Work & Stress. — 1998. — Vol. 12. — № 3. — P. 255–271.

147) Clarke S. The relationship between safety climate and safety performance: A meta-analytic review // Journal of Occupational Health Psychology. — 2006. — Vol. 11. — № 4. — P. 315–327.

148) Colla J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys // BMJ Quality & Safety. — 2005. — Vol. 14. — No. 5. — P. 364–366.

149) Comrey A. L., Lee H. B. A first course in factor analysis. — 2nd ed. — Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc., 1992. — 442 p.

150) Cooke N. J. et al. Measuring team knowledge // Human Factors. — 2000. — Vol. 42. — No. 1. — P. 151–173.

151) Cortegiani A. et al. Association between night/after-hours surgery and mortality: a systematic review and meta-analysis // British Journal of Anaesthesia. — 2020. — Vol. 124. — No. 5. — P. 623–637.

152) Curran C. et al. A systematic review of primary care safety climate survey instruments: their origins, psychometric properties, quality, and usage // Journal of Patient Safety. — 2018. — Vol. 14. — No. 2. — P. e9—e18.

153) de Carvalho R. E. F. L. et al. Factors determining safety culture in hospitals: a scoping review // BMJ Open Quality. — 2023. — Vol. 12. — No. 4. — P. e002310.

154) De Wet C., Bowie P. The preliminary development and testing of a global trigger tool to detect error and patient harm in primary-care records // Postgraduate Medical Journal. — 2009. — Vol. 85. — No. 1002. — P. 176–180.

155) DeJoy D. M. Behavior change versus culture change: Divergent approaches to managing workplace safety // *Safety Science*. — 2005. — Vol. 43. — No. 2. — P. 105–129.

156) Dekker S. *Foundations of safety science: A century of understanding accidents and disasters*. — New York: Routledge, 2019. — 468 p.

157) Denison D. R. What is the difference between organizational culture and organizational climate? A native's point of view on a decade of paradigm wars // *Academy of Management Review*. — 1996. — Vol. 21. — No. 3. — P. 619–654.

158) Desmedt M., Petrovic M., Bergs J., Vrijhoef H., Dessers E., Hellings J. Systematic psychometric review of self-reported instruments to assess patient safety culture in primary care // *Journal of Advanced Nursing*. — 2018. — Vol. 74. — No. 3. — P. 539–549.

159) Dixon-Woods M., Baker R., Charles K., Dawson J., Jerzembek G., Martin G., McCarthy I., McKee L., Minion J., Ozieranski P., Willars J., Wilkie P., West M. Culture and behaviour in the English National Health Service: overview of lessons from a large multimethod study // *BMJ Quality & Safety*. - 2014. - Vol. 23. - No. 2. - P. 106-115.

160) Donchin Y. et al. A look into the nature and causes of human errors in the intensive care unit // *Critical Care Medicine*. — 1995. — Vol. 23. — No. 2. — P. 294–300.

161) dos Santos Almeida M. C. et al. Organizational climate, job satisfaction, and burnout in nursing workers // *Revista Brasileira de Medicina do Trabalho*. — 2023. — Vol. 21. — No. 2. — P. e2022867.

162) Edmondson A. C. *The Fearless Organization: Creating Psychological Safety in the Workplace for Learning, Innovation, and Growth*. — Hoboken, NJ: Wiley, 2018. — 256 p.

163) Ehrhart M. G., Schneider B., Macey W. H. Organizational climate and culture: An introduction to theory, research, and practice. — New York: Routledge, 2025. — 502 p.

164) Ellis L. A. et al. Predictors of response rates of safety culture questionnaires in healthcare: a systematic review and analysis // *BMJ Open*. — 2022. — Vol. 12. — No. 9. — P. e065320.

165) Fan C. J. et al. Association of safety culture with surgical site infection outcomes // *Journal of the American College of Surgeons*. — 2016. — Vol. 222. — No. 2. — P. 122-128.

166) Fan W., Yan Z. Factors affecting response rates of the web survey: A systematic review // *Computers in Human Behavior*. — 2010. — Vol. 26. — No. 2. — P. 132–139.

167) Fantus S. et al. Multi-professional perspectives to reduce moral distress: A qualitative investigation // *Nursing Ethics*. — 2024. — [Online first]. — P. 09697330241230519.

168) Fargnoli M., Lombardi M. NOSACQ-50 for safety climate assessment in agricultural activities: a case study in central Italy // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2020. — Vol. 17. — No. 24. — P. 9177.

169) Feller L. et al. Interrelations between pain, stress and executive functioning // *British Journal of Pain*. — 2020. — Vol. 14. — No. 3. — P. 188–194.

170) Forsetlund L. et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and healthcare outcomes // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2021. — Vol. 9. — No. 9. — Art. No. CD003030.

171) Fugas C. S., Silva S. A., Meliá J. L. Another look at safety climate and safety behavior: Deepening the cognitive and social mediator mechanisms // *Accident Analysis & Prevention*. — 2012. — Vol. 45. — P. 468–477.

172) Geller E. S. Ten principles for achieving a total safety culture // Professional Safety. — 1994. — Vol. 39. — No. 9. — P. 18.

173) Geller E. S. The psychology of safety: How to improve behaviors and attitudes on the job. — Chilton Book Company, 1996.

174) Gignac G. E., Szodorai E. T. Effect size guidelines for individual differences researchers // Personality and Individual Differences. — 2016. — Vol. 102. — P. 74–78.

175) Giguère A. et al. Printed educational materials: effects on professional practice and healthcare outcomes // The Cochrane Database of Systematic Reviews. — 2012. — Vol. 10. — Art. No. CD004398.

176) Gilbert C. et al. Safety cultures, safety models: taking stock and moving forward. — Springer Nature, 2018. — 166 p.

177) Gladkova I. N. et al. Validation and testing of the Russian version of PHPQoL questionnaire for quality of life assessment in patients with primary hyperparathyroidism (PHPT) // Problems of Endocrinology. — 2021. — Vol. 67. — No. 1. — P. 41–51.

178) Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. — World Health Organization, 2021. — URL: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/policy/global-patient-safety-action-plan> (дата обращения: 08.06.2025).

179) Grober E. D., Bohnen J. M. A. Defining medical error // Canadian Journal of Surgery. — 2005. — Vol. 48. — No. 1. — P. 39.

180) Grol R., Wensing M. What drives change? Barriers to and incentives for achieving evidence-based practice // Medical Journal of Australia. — 2004. — Vol. 180, No. 6 Suppl. — P. S57–S60.

181) Guidelines for Best Practice in Cross-Cultural Surveys. — Ann Arbor: Survey Research Center, Institute for Social Research, University of Michigan, 2016. — 842

p. — URL: https://ccsg.isr.umich.edu/wp-content/uploads/2020/02/CCSG_Guidelines_Archive_2010_Version.pdf (дата обращения: 09.06.2025).

182) Halligan M., Zecevic A. Safety culture in healthcare: a review of concepts, dimensions, measures and progress // *BMJ Quality & Safety*. — 2011. — Vol. 20, No. 4. — P. 338–343.

183) Hatoun J. et al. A systematic review of patient safety measures in adult primary care // *American Journal of Medical Quality*. — 2017. — Vol. 32. — No. 3. — P. 237–245.

184) Health and Safety Commission, Advisory Committee on the Safety of Nuclear Installations (ACSNI). Organising for safety: Third report of the ACSNI // Study Group on Human Factors. — 1993. — 199 p.

185) Heekeren H. R. et al. An fMRI study of simple ethical decision-making // *NeuroReport*. — 2003. — Vol. 14. — No. 9. — P. 1215–1219.

186) Hellriegel D., Slocum J. W., Jr. Organizational climate: Measures, research and contingencies // *Academy of Management Journal*. — 1974. — Vol. 17. — No. 2. — P. 255–280.

187) Hemphill R. R. Medications and the culture of safety // *Journal of Medical Toxicology*. — 2015. — Vol. 11. — No. 2. — P. 253–256.

188) Herdman M. et al. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) // *Quality of Life Research*. — 2011. — Vol. 20. — P. 1727–1736.

189) Hochbaum G., Rosenstock I., Kegels S. Health belief model // *United States Public Health Service*. — 1952. — Vol. 1. — P. 78–80.

190) Hołownia-Voloskova M., Tarbastaev A., Golicki D. Population norms of health-related quality of life in Moscow, Russia: the EQ-5D-5L-based survey // *Quality of Life Research*. — 2021. — Vol. 30. — P. 831–840.

191) Promoting a safer culture: Safer culture measures [Electronic resource] // University of Texas Health Science Center at Houston, Department of Pediatric Surgery. — URL: <https://med.uth.edu/pediatricsurgery/safer-culture-roadmap/inside-the-project/promoting-safer-culture/safer-culture-measures/> (дата обращения: 09.06.2025).

192) Hu Y. Y. et al. Protecting patients from an unsafe system: the etiology & recovery of intra-operative deviations in care // *Annals of Surgery*. — 2012. — Vol. 256. — No. 2. — P. 203.

193) Hu X., Casey T. How and when organization identification promotes safety voice among healthcare professionals // *Journal of Advanced Nursing*. — 2021. — Vol. 77, No. 9. — P. 3733–3744.

194) Ionova T. I. et al. Development of the Russian version of quality of life questionnaire in patients with GERD—GERD-HRQL // *Terapevticheskii Arkhiv*. — 2020. — Vol. 92. — No. 8. — P. 12–17.

195) Ionova T. I. et al. Linguistic and cultural adaptation of the Russian version of general practitioner assessment of cognition questionnaire-GPCOG in elderly and senile patients at the primary care level // *Zhurnal Nevrologii i Psikhatrii Imeni S.S. Korsakova*. — 2022. — Vol. 122. — No. 12. — P. 117–127.

196) James L. R., Jones A. P. Organizational climate: A review of theory and research // *Psychological Bulletin*. — 1974. — Vol. 81, No. 12. — P. 1096–1112.

197) Janz N. K., Becker M. H. The Health Belief Model: A decade later // *Health Education Quarterly*. — 1984. — Vol. 11. — No. 1. — P. 1–47.

198) Kaltenecker H. C. et al. Associations of technostressors at work with burnout symptoms and chronic low-grade inflammation: a cross-sectional analysis in hospital employees // *International Archives of Occupational and Environmental Health*. — 2023. — P. 1–18.

199) Karuza J. et al. Enhancing physician adoption of practice guidelines: dissemination of influenza vaccination guideline using a small-group consensus process // *Archives of Internal Medicine*. — 1995. — Vol. 155. — No. 6. — P. 625–632.

200) Kellerman S. E., Herold J. Physician response to surveys: a review of the literature // *American Journal of Preventive Medicine*. — 2001. — Vol. 20. — No. 1. — P. 61–67.

201) Kim K. W. et al. Safety climate and occupational stress according to occupational accidents experience and employment type in shipbuilding industry of Korea // *Safety and Health at Work*. — 2017. — Vol. 8. — No. 3. — P. 290–295.

202) Klingensmith M. E., Winslow E. R., Hamilton B. H. et al. Impact of resident duty-hour reform on faculty clinical productivity // *Current Surgery*. — 2006. — Vol. 63, No. 1. — P. 74–79.

203) Kruczaj K., Krawczyk E., Piegza M. Medical error-related stress syndrome in theory and practice — a narrative review // *Medycyna Pracy. Workers' Health and Safety*. — 2023. — Vol. 74. — No 6. — P. 513–526.

204) Lawati M. H. A. L., Dennis S., Short S. D., Abdulhadi N. N. Patient safety and safety culture in primary health care: a systematic review // *BMC Family Practice*. — 2018. — Vol. 19. — No 1. — P. 1–12.

205) Lewin K., Lippitt R., White R. K. Patterns of aggressive behavior in experimentally created "social climates" // *The Journal of Social Psychology*. — 1939. — Vol. 10. — No 2. — P. 269–299.

206) Listyowardojo T. A. et al. A safety culture assessment by mixed methods at a public maternity and infant hospital in China // *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. — 2017. — P. 253–262.

207) Lu D. W., Dresden S. M., McCloskey C. et al. Impact of burnout on self-reported patient care among emergency physicians // *The Western Journal of Emergency Medicine*. — 2015. — Vol. 16. — No 7. — P. 996–1001.

208) Luo T. Safety climate: Current status of the research and future prospects // *Journal of Safety Science and Resilience*. — 2020. — Vol. 1. — No 2. — P. 106–119.

209) Lydon S. et al. A systematic review of measurement tools for the proactive assessment of patient safety in general practice // *Journal of Patient Safety*. — 2021. — Vol. 17. — No 5. — P. e406–e412.

210) Madden C. et al. Safety in primary care (SAP-C): a randomised, controlled feasibility study in two different healthcare systems // *BMC Family Practice*. — 2019. — Vol. 20. — No 1. — P. 1–10.

211) Marchon S. G., Mendes Junior W. V. Patient safety in primary health care: a systematic review // *Cadernos de Saúde Pública*. — 2014. — Vol. 30. — P. 1815–1835.

212) Maslach C., Jackson S. E., Leiter M. P. Maslach Burnout Inventory. 3rd ed. — Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press, 1996. — P. 191–217.

213) McAlearney A. S. Leadership development in healthcare: a qualitative study // *Journal of Organizational Behavior: The International Journal of Industrial, Occupational and Organizational Psychology and Behavior*. — 2006. — Vol. 27. — No 7. — P. 967–982.

214) Moeini B. et al. Effectiveness of an educational program based on the theory of planned behavior for improving safe sexual behaviors intention among addicted males: A quasi experimental study // *International Journal of High Risk Behaviors and Addiction*. — 2017. — Vol. 6. — No 2. — Article e34773.

215) Moll J. et al. The neural correlates of moral sensitivity: a functional magnetic resonance imaging investigation of basic and moral emotions // *The Journal of Neuroscience*. — 2002. — Vol. 22. — No 7. — P. 2730–2736.

216) Morello R. T., Lowthian J. A., Barker A. L., McGinnes R., Dunt D., Brand C. Strategies for improving patient safety culture in hospitals: a systematic review // *BMJ Quality & Safety*. — 2013. — Vol. 22, No 1. — P. 11–18.

217) Nassar A. K., Waheed A., Tuma F. Academic clinicians' workload challenges and burnout analysis // *Cureus*. — 2019. — Vol. 11, No 11. — Art. e6108.

218) Nawaz W., Linke P., Koç M. Safety and sustainability nexus: A review and appraisal // *Journal of Cleaner Production*. — 2019. — Vol. 216. — P. 74–87.

219) Neal A., Griffin M. A. A study of the lagged relationships among safety climate, safety motivation, safety behavior, and accidents at the individual and group levels // *Journal of Applied Psychology*. — 2006. — Vol. 91, No 4. — P. 946–953.

220) Neal A., Griffin M. A., Hart P. M. The impact of organizational climate on safety climate and individual behavior // *Safety Science*. — 2000. — Vol. 34, No 1-3. — P. 99–109.

221) Nioi A. et al. A randomised control crossover trial of a theory based intervention to improve sun-safe and healthy behaviours in construction workers: study protocol // *BMC Public Health*. — 2018. — Vol. 18, No 1. — Art. 90. — P. 1–8.

222) Normohammadi M. et al. Risk assessment of exposure to silica dust in building demolition sites // *Safety and Health at Work*. — 2016. — Vol. 7, No 3. — P. 251–255.

223) Nyarugwe S. P. et al. Determinants for conducting food safety culture research // *Trends in Food Science & Technology*. — 2016. — Vol. 56. — P. 77–87.

224) O'Connor P. et al. A meta-review of methods of measuring and monitoring safety in primary care // *International Journal for Quality in Health Care*. — 2021. — Vol. 33, No 3. — Art. mzab117.

225) O'Connor P. et al. Measuring safety climate in aviation: A review and recommendations for the future // *Safety Science*. — 2011. — Vol. 49, No 2. — P. 128–138.

226) O'Brien M. A. et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes // *Cochrane Database of Systematic Reviews*. — 2007. — Issue 4. — Art. No. CD000409.

227) Olesen A. E. et al. Application of the Safety Attitudes Questionnaire (SAQ) in primary care — a systematic synthesis on validity, descriptive and comparative results, and variance across organisational units // *BMC Primary Care*. — 2024. — Vol. 25. — No. 1. — P. 37.

228) Omelyanovskiy V. et al. Valuation of the EQ-5D-3L in Russia // *Quality of Life Research*. — 2021. — Vol. 30, No 7. — P. 1997–2007.

229) Ostroff C. The effects of climate and personal influences on individual behavior and attitudes in organizations // *Organizational Behavior and Human Decision Processes*. — 1993. — Vol. 56. — No. 1. — P. 56–90.

230) O'Toole J. K. et al. I-PASS mentored implementation handoff curriculum: implementation guide and resources // *MedEdPORTAL*. — 2018. — Vol. 14. — P. 10736.

231) Patankar M. S. *Safety Culture: Building and Sustaining a Cultural Change in Aviation and Healthcare*. — Farnham: Ashgate Publishing, Ltd., 2012. — 258 p.

232) Perrow C. *Normal Accidents: Living with High-Risk Technologies*. — New York: Basic Books, 1984. — 464 p. — ISBN 0-465-05143-2-1.

233) Peterson K. et al. Differences in hospital managers', unit managers', and health care workers' perceptions of the safety climate for respiratory protection // *Workplace Health & Safety*. — 2016. — Vol. 64. — No. 7. — P. 326–336.

234) Pfeiffer Y., Atkinson A., Maag J., et al. Are cross-sectional safety climate survey results in operating room staff associated with the surgical site infection rates in Swiss hospitals? // *BMJ Open*. — 2023. — Vol. 13. — P. e066514.

235) Pincus J. D. Leadership as a determinant of need fulfillment: implications for meta-theory, methods, and practice // *Frontiers in Psychology*. — 2024. — Vol. 15. — Art. 1427072.

236) Pinion C. et al. North American engineering, procurement, fabrication and construction worker safety climate perception affected by job position // *Safety*. — 2018. — Vol. 4. — No. 2. — Art. 14.

237) Pousette A. et al. The relationship between patient safety climate and occupational safety climate in healthcare – A multi-level investigation // *Journal of Safety Research*. — 2017. — Vol. 61. — P. 187–198.

238) Pousette A., Larsson S., Törner M. Safety climate cross-validation, strength and prediction of safety behaviour // *Safety Science*. — 2008. — Vol. 46, No. 3. — P. 398–404.

239) Prieto M. M. N. et al. Assessment of patient safety culture in Brazilian hospitals through HSOPSC: a scoping review // *Revista Brasileira de Enfermagem*. — 2021. — Vol. 74, No. 6. — Art. e20201315.

240) Pronovost P., Sexton B. Assessing safety culture: guidelines and recommendations // *BMJ Quality & Safety*. — 2005. — Vol. 14, No. 4. — P. 231–233.

241) Rasmussen K. et al. Work environment influences adverse events in an emergency department // *Safety*. — 2014. — Vol. 7. — Art. 8.

242) Real K. Information seeking and workplace safety: A field application of the risk perception attitude framework // *Journal of Applied Communication Research*. — 2008. — Vol. 36, No. 3. — P. 339–359.

243) Reason J. Human error: models and management // *BMJ*. — 2000. — Vol. 320, No. 7237. — P. 768–770.

244) Reason J. The contribution of latent human failures to the breakdown of complex systems // *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. Series B, Biological Sciences*. — 1990. — Vol. 327, No. 1241. — P. 475–484.

245) Richards J. B., Hayes M. M., Schwartzstein R. M. Teaching clinical reasoning and critical thinking: from cognitive theory to practical application // *Chest*. — 2020. — Vol. 158, No. 4. — P. 1617–1628.

246) Rimal R. N., Real K. Perceived risk and efficacy beliefs as motivators of change: Use of the risk perception attitude (RPA) framework to understand health behaviors // *Human Communication Research*. — 2003. — Vol. 29, No. 3. — P. 370-399.

247) Roney L. et al. Describing clinical faculty experiences with patient safety and quality care in acute care settings: a mixed methods study // *Nurse Education Today*. — 2017. — Vol. 49. — P. 45–50.

248) Roth K. et al. Association between Safety Culture and Risk of Burnout: A Survey of Non-Medical Rescue Workers // *Gesundheitswesen*. — 2020. — Vol. 84, No. 3. — P. 199–207.

249) Rowen A., Grabowski M., Russell D. W. The impact of work demands and operational tempo on safety culture, motivation and perceived performance in safety critical systems // *Safety Science*. — 2022. — Vol. 155. — Art. 105861.

250) Samra R., Bottle A., Aylin P. Monitoring patient safety in primary care: an exploratory study using in-depth semistructured interviews // *BMJ Open*. — 2015. — Vol. 5, No. 9. — Art. e008128.

251) Schafer J. L. *Analysis of Incomplete Multivariate Data*. — Boca Raton: CRC Press, 1997. — 430 p.

252) Schneider B. Organizational climates: An essay // *Personnel Psychology*. — 1975. — Vol. 28, No. 4. — P. 447–479.

253) Schneider B., Bowen D. E. Employee and customer perceptions of service in banks: Replication and extension // *Journal of Applied Psychology*. — 1985. — Vol. 70, No. 3. — P. 423–433.

254) Schwatka N. V., Hecker S., Goldenhar L. M. Defining and measuring safety climate: a review of the construction industry literature // *Annals of Occupational Hygiene*. — 2016. — Vol. 60, No. 5. — P. 537–550.

255) Seo D. C. et al. A cross-validation of safety climate scale using confirmatory factor analytic approach // *Journal of safety research*. — 2004. — Vol. 35. — No 4. — P. 427–445.

256) Sexton J. B. et al. The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research // *BMC health services research*. — 2006. — Vol. 6. — P. 1–10.

257) Sexton J. B., Thomas E. J., Helmreich R. L. Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys // *BMJ*. — 2000. — Vol. 320. — No 7237. — P. 745–749.

258) Shanafelt T. D. et al. Burnout and medical errors among American surgeons // *Annals of surgery*. — 2010. — Vol. 251. — No 6. — P. 995–1000.

259) Shanafelt T. D., West C. P., Sloan J. A. et al. Career fit and burnout among academic faculty // *Archives of internal medicine*. — 2009. — Vol. 169. — No 10. — P. 990–995.

260) Sheehan K. B. E-mail survey response rates: a review // *Journal of computer-mediated communication*. — 2001. — Vol. 6, No 2. — Art. JCMC621.

261) Singer S. et al. Workforce perceptions of hospital safety culture: development and validation of the patient safety climate in healthcare organizations survey // *Health services research*. — 2007. — Vol. 42, No 5. — P. 1999–2021.

262) Skyttberg N., Kottorp A., Alenius L. S. Sound psychometric properties of a short new screening tool for patient safety climate: applying a Rasch model analysis // *BMC Health Services Research*. — 2023. — Vol. 23, No 1. — P. 742.

263) Sugiyatmi T. et al. Challenges and adversities among doctors in the era of healthcare disruption: reflection from COVID-19 pandemic // *Narra J*. — 2023. — Vol. 3, No 2. — Art. e134.

264) Sun Y. et al. How safety climate impacts safety voice: investigating the mediating role of psychological safety from a social cognitive perspective //

International journal of environmental research and public health. — 2022. — Vol. 19, No 19. — Art. 11867.

265) Tawfik D. S. et al. Leadership behavior associations with domains of safety culture, engagement, and health care worker well-being // The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety. — 2023. — Vol. 49, No 3. — P. 156–165.

266) Taylor J. A., Pandian R. A dissonant scale: stress recognition in the SAQ // BMC research notes. — 2013. — Vol. 6. — P. 1–6.

267) Terry D. L., Safian G. P. Normative perceptions and medical providers' help-seeking behavior in a rural health setting // Journal of clinical psychology in medical settings. — 2023. — Online first. — DOI: <https://doi.org/10.1007/s10880-023-09980-2>.

268) Torner M. Safety climate in a broad context — what is it, how does it work, and can it be managed? // Scandinavian Journal of Work Environment and Health. — 2008. — Vol. 34. — P. 5–8.

269) Törner M., Pousette A., Larsson S. Safety climate in Swedish construction industry — a pilot study replicating a model from British manufacturing industry // Network Conference on the Prevention of Accident and Trauma at Work. — Elsinore, Denmark, 2002. — September 3–6.

270) Trachana K. et al. Taking systems medicine to heart // Circulation research. — 2018. — Vol. 122, No 9. — P. 1276–1289.

271) Tully M. P. et al. The causes of and factors associated with prescribing errors in hospital inpatients: a systematic review // Drug safety. — 2009. — Vol. 32, No 10. — P. 819–836.

272) Ueltzhöffer K. et al. Do I care for you or for me? Processing of protected and non-protected moral values in subjects with extreme scores on the Dark Triad // European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. — 2023. — Vol. 273, No 2. — P. 367–377.

273) Van Melle M. A. et al. Improving transitional patient safety: research protocol of the Transitional Incident Prevention Programme // *Safety in Health*. — 2015. — Vol. 1, No 1. — P. 1–10.

274) Vasconcelos P. F. et al. Instruments for evaluation of safety culture in primary health care: integrative review of the literature // *Public Health*. — 2018. — Vol. 156. — P. 147–151.

275) Vincent C., Taylor-Adams S., Stanhope N. Framework for analysing risk and safety in clinical medicine // *BMJ*. — 1998. — Vol. 316, No 7138. — P. 1154–1157.

276) Volevakha I. B. et al. Organizational factors of psychological safety in the workplace // *Wiadomości Lekarskie*. — 2021. — Vol. 74, No 11 pt 1. — P. 2789–2793.

277) Wang J. F. et al. The effects of safety climate on psychosocial factors: an empirical study in healthcare workplaces // *Journal of Patient Safety*. — 2022. — Vol. 18, No 2. — Art. e528–e533.

278) Wang Y. Y. et al. Interventions to improve communication between nurses and physicians in the intensive care unit: an integrative literature review // *International journal of nursing sciences*. — 2018. — Vol. 5, No 1. — P. 81–88.

279) Weller J., Boyd M., Cumin D. Teams, tribes and patient safety: overcoming barriers to effective teamwork in healthcare // *Postgraduate Medical Journal*. — 2014. — Vol. 90, No 1061. — P. 149–154.

280) Whelehan D. F., Conlon K. C., Ridgway P. F. Medicine and heuristics: cognitive biases and medical decision-making // *Irish Journal of Medical Science*. — 2020. — Vol. 189, No 4. — P. 1477–1484.

281) Whynes D. K., Tombola Group. Correspondence between EQ-5D health state classifications and EQ VAS scores // *Health and Quality of Life Outcomes*. — 2008. — Vol. 6. — Art. 94.

282) Wu A. W. et al. Disclosure of adverse events in the United States and Canada: an update, and a proposed framework for improvement // *Journal of Public Health Research*. — 2013. — Vol. 2, No 3. — Art. e32.

283) Wu X. et al. Development of a safety climate scale for geological prospecting projects in China // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2019. — Vol. 16, No 6. — Art. 1082.

284) Yeganeh R. et al. An integrative fuzzy Delphi decision-making trial and evaluation laboratory (DEMATEL) study on the risk perception-influencing factors // *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*. — 2023. — Vol. 29, No 3. — P. 1135–1146.

285) Zahoor H. et al. Modeling the relationship between safety climate and safety performance in a developing construction industry: a cross-cultural validation study // *International Journal of Environmental Research and Public Health*. — 2017. — Vol. 14, No 4. — Art. 351.

286) Zhang Z. et al. Causal inference of construction safety management measures towards workers' safety behaviors: a multidimensional perspective // *Safety Science*. — 2024. — Vol. 172. — Art. 106432.

287) Zohar D. A group-level model of safety climate: testing the effect of group climate on microaccidents in manufacturing jobs // *Journal of Applied Psychology*. — 2000. — Vol. 85, No 4. — P. 587–596.

288) Zohar D. Safety climate: conceptual and measurement issues // *Handbook of organizational culture and climate* / ed. by N. M. Ashkanasy, C. P. M. Wilderom, M. F. Peterson. — Thousand Oaks : SAGE Publications, 2003. — P. 123–146.

289) Zohar D. Thirty years of safety climate research: Reflections and future directions // *Accident Analysis & Prevention*. — 2010. — Vol. 42. — No. 5. — P. 1517–1522.

290) Zohar D., Luria G. Climate as a social-cognitive construction of supervisory safety practices: scripts as proxy of behavior patterns // *Journal of Applied Psychology*. — 2004. — Vol. 89. — No. 2. — P. 322.

291) Zohar D. M., Hofmann D. A. Organizational culture and climate // *The Oxford handbook of organizational psychology* / ed. by S. W. J. Kozlowski. — Oxford : Oxford University Press, 2012. — Vol. 1. — P. 643–666.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1. Акты внедрения в практическую деятельность

«УТВЕРЖДАЮ»

Директор ГБУЗ Московский многопрофильный
клинический центр «Коммунарка»

Департамента здравоохранения города Москвы,

Доктор медицинских наук



Д.Н. Проценко

2024 г.

Акт о внедрении

результатов диссертационного исследования

на соискание ученой степени доктора медицинских наук

«Мониторинг социально-психологического климата безопасности в
медицинских организациях»

Материалы и результаты диссертационного исследования Царанова Константина Николаевича на соискание ученой степени доктора медицинских наук (научный консультант – д.м.н., профессор Плутницкий А.Н.) нашли практическое применение в организации работы ГБУЗ Московский многопрофильный клинический центр «Коммунарка» Департамента здравоохранения города Москвы (далее ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ).

Предложенная в диссертационной работе методика мониторинга климата безопасности пациентов легла в основу системы оценки социально-психологических показателей коллектива, влияющих на результаты деятельности ГБУЗ ММКЦ «Коммунарка» ДЗМ в целом, и на эффективность работы систем менеджмента качества, в частности. Внедрение принципов измерения и оценки климата безопасности, описанных в практических руководствах «Мониторинг климата безопасности пациентов» и «Опросник «Отношение к безопасности для медицинских организаций»», разработанных автором диссертационного исследования, позволили улучшить восприятие климата безопасности у персонала клинического центра и, как следствие, уменьшить количество предотвратимых неблагоприятных событий.

Результаты исследования заслуживают положительной оценки и могут быть использованы в практической работе организаторов здравоохранения многопрофильных медицинских организаций, деятельность которых связана с обеспечением и улучшением качества и безопасности оказания медицинской помощи.

Афонин А. Н.

Заместитель директора по лечебной работе - главный
врач, кандидат медицинских наук

Данелян С. Ж.

Заместитель главного врача по акушерско-
гинекологической помощи, кандидат медицинских
наук

«УТВЕРЖДАЮ»

Главный врач

ГБУ «ГКБ № 52 ДЗМ»

Доктор медицинских наук

М.А. Лысенко



2025 г.

АКТ О ВНЕДРЕНИИ

результатов диссертационного исследования «Мониторинг социально-психологического климата безопасности в медицинских организациях»

Настоящий акт подтверждает, что материалы и результаты диссертационного исследования Царанова Константина Николаевича на соискание ученой степени доктора медицинских наук внедрены в практическую деятельность Государственного бюджетного учреждения «Городская клиническая больница №52 Департамента здравоохранения города Москвы».

В процессе внедрения была адаптирована разработанная в диссертационном исследовании методика оценки климата безопасности пациентов к условиям конкретного медицинского учреждения. Адаптация проводилась на основе рекомендаций практических руководств: «Опросник "Отношение к безопасности" для медицинских организаций» и «Мониторинг климата безопасности пациентов». Эти руководства использовались для организации проведения опросов медицинского персонала и анализа полученных результатов. В ходе опросов оценивались ключевые социально-психологические параметры, ассоциированные с отношением к безопасности пациентов, потерями качества жизни, связанным со здоровьем у сотрудников клиники, выбором продуктивных поведенческих стратегий редукции медицинских рисков, удовлетворенностью условиями труда. Составлены целевые портреты социально-психологических черт медицинской сестры и врача ГКБ №52, способствующие снижению текучести кадров и повышению качества и безопасности медицинской помощи.

Практическая значимость внедренных методик проявилась не только в улучшении количественных показателей, но и в качественных изменениях организационного климата безопасности пациентов. Отмечается повышение уровня позитивной оценки сотрудниками разных уровней климата безопасности пациентов в целом, улучшение атмосферы работы в команде, атмосферы безопасности, увеличение сотрудников с позитивным восприятием рабочих условий, в частности.

Полученные результаты свидетельствуют об эффективности предложенной в диссертационном исследовании методики мониторинга климата безопасности пациентов и подтверждают возможность их успешного применения в условиях крупной многопрофильной медицинской организации. Полученные результаты представляют особую ценность для руководителей медицинских организаций, которые ответственны за долгосрочное планирование мероприятий, обеспечивающих качество и безопасность медицинской деятельности.

Заместитель главного врача
по работе с сестринским персоналом

Сухотина Н.В.

Заместитель главного врача
по перспективному развитию, к.м.н.

Коренная В.В.

«УТВЕРЖДАЮ»

Генеральный директор

ГАУ РС(Я) «РБ №1-НЦМ им. М.Е.
Николаева»

 С.Н.Жирков

«04» ноября 2025 г.

Акт

внедрения результатов диссертационного исследования
на соискание ученой степени доктора медицинских наук
«Мониторинг социально-психологического климата безопасности в
медицинских организациях»

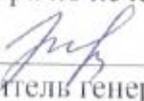
Материалы и результаты диссертационного исследования Царанова Константина Николаевича успешно внедрены в практическую деятельность Государственного автономного учреждения Республики Саха (Якутия) «Республиканская больница №1 – Национальный центр медицины имени М.Е. Николаева».

Методика оценки климата безопасности пациентов, разработанная в рамках диссертационной работы и изложенная в практических руководствах «Опросник “Отношение к безопасности для медицинских организаций”» и «Мониторинг климата безопасности пациентов» (автор К.Н. Царанов), была использована для мониторинга социально-психологических показателей коллектива клиники. Внедрение данной методики позволило не только улучшить общие результаты деятельности учреждения, но и повысить эффективность системы управления рисками, направленной на предотвращение неблагоприятных событий.

Реализация комплексной программы обучения руководителей подразделений НЦМ методам социально-психологического управления персоналом привела к улучшению восприятия безопасности процессов оказания медицинской помощи среди их сотрудников, что подтверждается увеличением долей сотрудников позитивно оценивших параметры климата безопасности пациентов до и после обучения на 9% и ростом уровня удовлетворенности пациентов за год на 7%.

Результаты исследования заслуживают высокой оценки и могут быть рекомендованы для применения в практической деятельности руководителей медицинских организаций всех уровней, чья работа направлена на обеспечение безопасности и повышение качества медицинской помощи.


 Коростелёв А.С.
Первый заместитель генерального
директора по лечебной работе


 Винокурова И.И.
Заместитель генерального директора по
организационно-методической и
профилактической работе

«УТВЕРЖДАЮ»
 Главный врач
 ГБУЗ МО «КОРОЛЕВСКАЯ БОЛЬНИЦА»
 Доктор медицинских наук
 Э.М. Шпилянский
 «14» ноября 2025 г.

**Акт о внедрении
 результатов диссертационного исследования на соискание
 ученой степени доктора медицинских наук
 «Мониторинг социально-психологического климата безопасности в
 медицинских организациях»**

Настоящий акт удостоверяет, что научно-методические разработки диссертационного исследования Царанова Константина Николаевича, выполненные на соискание ученой степени доктора медицинских наук, были успешно внедрены в клиническую практику Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Московской области "Королевская городская больница" (ГБУЗ МО "Королевская больница") с октября 2024 года.

Внедрение проводилось в рамках реализации программы повышения качества и безопасности медицинской помощи. Основными целями внедрения являлись: объективизация оценки социально-психологического климата в медицинских коллективах, создание системы раннего выявления факторов риска предотвратимых неблагоприятных событий, а также разработка превентивных мер по улучшению условий труда медицинского персонала.

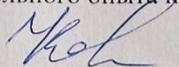
В ходе внедрения были использованы авторские методические разработки, включающие: 1) Практическое руководство "Опросник "Отношение к безопасности для медицинских организаций" (SAQ), прошедшее валидацию и адаптированное к российским условиям; 2) Методическое пособие "Мониторинг климата безопасности пациентов" с алгоритмами обработки данных; 3) Программу образовательных тренингов для руководителей подразделений.

Реализация методики осуществлялась в три этапа: Первичная диагностика (анкетирование 287 сотрудников по шкалам SAQ и EQ5D5L); Аналитическая обработка данных с выявлением ключевых проблемных зон.

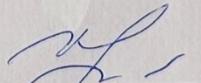
По результатам мониторинга (в течение 5 месяцев) достигнуты следующие показатели эффективности: улучшение оценки безопасности медицинской помощи персоналом на 12% (по шкале SAQ); снижение уровня профессионального выгорания на 7% (по подшкале EQ5D5L); увеличение удовлетворенности пациентов на 5% (по данным независимого опроса); снижение количества регистрируемых предотвратимых неблагоприятных событий на 15%; уменьшение количества конфликтных ситуаций в коллективе на 18%.

Полученные результаты подтверждены методами математической статистики ($p < 0,05$) и свидетельствуют о высокой эффективности внедренной методики. Особую ценность представляет разработанный алгоритм прогнозирования рисков возникновения неблагоприятных событий на основе психологических показателей персонала.

Руководство ГБУЗ МО "Королевская больница" считает целесообразным: включить данную методику в систему менеджмента качества учреждения на постоянной основе; рекомендовать ее к внедрению в других медицинских организациях Московской области; рассмотреть возможность тиражирования положительного опыта на федеральном уровне.

 Кошкина Л.В.

Заместитель главного врача по кадрам

 Хобот В.В.

Заместитель главного врача по медицинской части,
 кандидат медицинских наук

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по высшему образованию
и молодежной политикеГАОУ ВО «Московский городской университет
управления Правительства Москвы
имени Ю. М. Лужкова»,
кандидат исторических наук, доцент

А.А. Александров

«26» октября 2025 г.

АКТ

**о внедрении (использовании) результатов докторской диссертационной работы
по специальности 3.2.3. – общественное здоровье, организация и социология
здравоохранения, медико-социальная экспертиза
Царанова Константина Николаевича**

В диссертационном исследовании К.Н. Царанова «Мониторинг социально-психологического климата безопасности в медицинских организациях» решен ряд актуальных для развития здравоохранения города Москвы вопросов, а именно: разработана и научно обоснована методика оценки климата безопасности в медицинской организации; создан и научно обоснован комплекс методов обучения руководителей медицинских организаций, направленный на коррекцию социально-психологического климата безопасности.

Результаты диссертационного исследования представляют интерес для МГУУ Правительства Москвы и используются с 2021 года в рамках ряда учебных дисциплин образовательных программ высшего образования – программам магистратуры по направлению подготовки 38.04.03 «Управление персоналом», 38.04.04 «Государственное и муниципальное управление» и в программе профессиональной переподготовки с присвоением дополнительной квалификации - специалист по государственному и муниципальному управлению – Master of Public Administration со специализацией «Управление медицинской организацией».

Общее число руководителей медицинских организаций, прошедших обучение по применению методики мониторинга климата безопасности, направленного на коррекцию социально-психологического климата безопасности, составило более 230 человек.

Начальник учебного отдела,
доктор экономических наук, профессор

М.Ю. Погудаева

Заведующий кафедрой
государственного управления и
кадровой политики,
кандидат социологических наук, доцент

Н.С. Гегедюш

Министерство
здравоохранения
Республики Саха (Якутия)



Саха Өрөспүүбүлүкэтин
доруобуйа харыстабылын
Министирэристибэтэ

Исх. № 12.03.2025

**Акт о внедрении
результатов диссертационного исследования К.Н. Царанова
«Мониторинг социально-психологического климата безопасности в
медицинских организациях»
на соискание ученой степени доктора медицинских наук**

1. Наименование разработки.

Мониторинг климата безопасности в медицинских организациях

2. Кем внедрено. Адрес исполнителя.

Министерство здравоохранения 677011, Республика Якутия, г. Якутск,
ул. Лермонтова, 126

3. Источник информации.

Материалы диссертационной работы К.Н. Царанова «Мониторинг социально-психологического климата безопасности в медицинских организациях».

4. Форма внедрения.

В рамках реализации Приказа Министерства здравоохранения Республики Саха №01-07/1606 от 10.10.2024 года в пилотных медицинских организациях проведена разработка и внедрение, на основе предложенной К.Н. Царановым «Методики оценки климата безопасности пациентов в медицинских организациях», Плана мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов и комплекса методов обучения руководителей медицинских организаций, направленного на коррекцию социально-психологического климата безопасности; включение в проект «Обеспечение медицинских организаций системы здравоохранения квалифицированными кадрами», в части реализации мероприятий по повышению квалификации организаторов здравоохранения, модулей обучения социально-психологическим методам управления персоналом.

5. Результаты внедрения.

Рассчитана и обоснована ежегодная потребность в циклах повышения квалификации для организаторов здравоохранения и руководителей медицинских организаций по вопросам проведения внутреннего контроля качества медицинской деятельности с учетом реализации ими мониторинга климата безопасности пациентов. Реализация комплексной программы обучения руководителей медицинских организаций методам социально-

психологического управления привела к улучшению восприятия безопасности процессов оказания медицинской помощи среди сотрудников, что подтверждается увеличением доли сотрудников, позитивно оценивших климат безопасности пациентов до и после обучения на 7%, и ростом уровня удовлетворенности пациентов пилотных организаций на 4% за 4 месяца.

6. Предложения и рекомендации.

В дальнейшем использовать предложенную автором К.Н. Царановым «Методику мониторинга климата безопасности пациентов в медицинских организациях» в целях совершенствования системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в подведомственных медицинских организациях в соответствии со статьей 90 Федерального закона от 21 ноября 2011 года № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации», приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 31 июля 2020 года № 785н «Об утверждении требований к организации и проведению внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности», приказом Министерства здравоохранения Республики Саха (Якутия) №01-07/1071 от 5 июля 2024 года, а также для реализации мероприятий по внедрению интегрированной системы управления качеством и безопасностью медицинской деятельности в медицинских организациях Республики Саха (Якутия).

Министр
Здравоохранения РС(Я)



Л.Н. Афанасьева

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Государственный научный центр Российской Федерации –
Федеральный медицинский биофизический центр им. А.И. Бурназяна»
(МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России)

«УТВЕРЖДАЮ»

Первый проректор
МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ
им. А.И. Бурназяна ФМБА России,
доктор медицинских наук, профессор
В.И. Олесова
«17»  2025 г.

АКТ

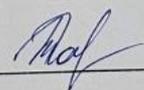
внедрения в учебную деятельность
МБУ ИНО ФГБУ ГНЦ ФМБЦ им. А.И. Бурназяна ФМБА России
результатов диссертационного исследования
Царанова Константина Николаевича

Настоящим подтверждается, что результаты диссертационного исследования Царанова Константина Николаевича «Мониторинг социально-психологического климата безопасности в медицинских организациях», представленного на соискание ученой степени доктора медицинских наук, внедрены в учебную деятельность Кафедры общественного здоровья и здравоохранения с курсом медико-социальной экспертизы.

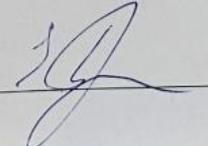
Основные результаты, положения и выводы диссертации, новые научные данные, касающиеся аспектов оценки и формирования социально-психологического климата безопасности пациентов в медицинских организациях, а также практическое руководство «Опросник “Отношение к безопасности” для медицинских организаций», автор К.Н.Царанов. – 28 с. – ISBN 978-5-93064-242-1; и практическое руководство «Мониторинг климата безопасности пациентов», автор К.Н.Царанов.– 104 с. – ISBN 978-5-93064-298-8 используются в лекционных курсах и на практических занятиях при реализации образовательного модуля дисциплины «Организация здравоохранения и общественное здоровье» в структуре основных профессиональных образовательных программ подготовки кадров высшей квалификации (ординатура) и программ подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре по направлению подготовки кадров высшей квалификации, входящим в укрупненную группу «Здравоохранение и медицинские науки»; при реализации программ дополнительного профессионального образования по специальности 3.2.3 – Общественное здоровье, организация и социология здравоохранения, медико-социальная экспертиза. За прошедшие 2 года более 150 руководителей медицинских организаций успешно прошли обучение по данным программам профессиональной переподготовки и повышения квалификации.

Результаты исследования заслуживают положительной оценки и могут быть использованы в учебном процессе при обучении ординаторов, а также организаторов здравоохранения по программам повышения квалификации и профессиональной переподготовки в медицинских вузах РФ.

Проректор по учебной и
учебно-методической работе,
кандидат биологических наук


Т.Н. Зарецкая

Проректор по научной
и инновационной деятельности,
доктор медицинских наук, профессор


Е.А. Проскурничий

Приложение 2. Приказ Министра здравоохранения РФ №495 от 19.07.2022 года
«Об утверждении методики расчёта дополнительного показателя «Оценка
общественного мнения по удовлетворённости населения медицинской
помощью, процент».



**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(МИНЗДРАВ РОССИИ)

П Р И К А З

19 июля 2022 г.

Москва

№ 495

**Об утверждении методики расчета
дополнительного показателя «Оценка общественного мнения
по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент»
федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения
Российской Федерации», входящего в национальный проект
«Здравоохранение»**

В целях реализации федерального проекта «Модернизация первичного звена
здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект
«Здравоохранение», п р и к а з ы в а ю:

Утвердить методику расчета дополнительного показателя «Оценка
общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью,
процент» согласно приложению.

Министр

М.А. Мурашко

Приложение
к приказу Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от «19» июля 2022 г. № 495

Методика расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент»

1. Настоящая методика применяется для расчета показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент» (далее – Показатель), включенного в перечень дополнительных показателей для оценки достижения общественно значимого результата «Организовано оказание медицинской помощи с приближением к месту жительства, месту обучения или работы исходя из потребностей всех групп населения с учетом трехуровневой системы оказания медицинской помощи» федерального проекта «Модернизация первичного звена здравоохранения Российской Федерации», входящего в национальный проект «Здравоохранение».

2. Субъектом официального статистического учета, ответственным за формирование и распространение официальной статистической информации по Показателю, является Министерство здравоохранения Российской Федерации.

3. Официальная статистическая информация по Показателю формируется и представляется:

ежемесячно – не позднее 30 календарного дня месяца, следующего за отчетным периодом, по Российской Федерации, по субъектам Российской Федерации;

ежегодно – до 25 марта года, следующего за отчетным, по Российской Федерации и по субъектам Российской Федерации.

4. Верификация данных осуществляется на основании данных государственной информационной системы обязательного медицинского страхования¹ за отчетный период.

5. Показатель рассчитывается как соотношение числа респондентов, в ходе опроса выбравших ответы «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» согласно вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» (приложение № 1 к настоящей методике), к общему числу респондентов, ответивших на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» в субъекте Российской Федерации (Российской Федерации) в отчетном периоде (процент), по следующей формуле:

¹ Часть 1 статьи 44.1 Федерального закона от 29.11.2010 № 326-ФЗ «Об обязательном медицинском страховании в Российской Федерации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2010, № 49, ст. 6422; 2020, № 50, ст. 8075).

$$A = \frac{B}{C} \times 100$$

где:

A – оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью в отчетном периоде (процент);

B – число респондентов, в ходе опроса выбравших ответы «По большей части удовлетворен» и «Абсолютно удовлетворен» на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» согласно вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» за отчетный период (человек);

C – общее число респондентов, ответивших на вопрос «Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?» согласно вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» за отчетный период (человек).

6. Источником информации для формирования Показателя являются данные выборочного опроса респондентов по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» за отчетный период.

7. Правила проведения выборочного опроса респондентов по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» установлены приложением № 2 к настоящей методике.

Приложение № 1 к методике расчета
дополнительного показателя
«Оценка общественного мнения
по удовлетворенности населения
медицинской помощью, процент»

Вопросник «Удовлетворенность населения медицинской помощью»

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов
1.	Укажите Ваш пол	1) мужской; 2) женский
2.	Укажите Ваш возраст (количество полных лет)	Указывается со слов респондента
3.	Ваш населенный пункт и регион	Указывается со слов респондента
4.	В каких медицинских организациях Вы обычно получаете медицинскую помощь?	1) только в государственных (муниципальных); 2) преимущественно в государственных (муниципальных); 3) преимущественно в частных; 4) только в частных
Пожалуйста, отвечайте на следующие вопросы, исходя из того типа медицинских организаций, которым вы пользуетесь чаще. То есть если вы получаете медицинскую помощь преимущественно в государственных (муниципальных) организациях – оценивайте ваш опыт посещения государственной (муниципальной) организации; если в частных – частной		
5.	Как давно Вы в последний раз получали медицинскую помощь?	1) менее 1 месяца назад; 2) от 1 до 3 месяцев назад; 3) от 4 до 6 месяцев назад; 4) от 7 до 12 месяцев назад; 5) более 12 месяцев назад
6.	Насколько Вы согласны с утверждением, что сейчас Вы можете записаться к врачу в удобное для Вас время?	1) абсолютно не согласен; 2) по большей части не согласен; 3) скорее не согласен; 4) скорее согласен; 5) по большей части согласен; 6) абсолютно согласен
7.	Насколько Вы удовлетворены временем ожидания медицинской услуги с момента возникновения потребности в медицинской помощи до момента ее получения?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
8.	Насколько Вы удовлетворены временем ожидания приема врача-специалиста (непосредственно перед кабинетом)?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
9.	Насколько комфортным было Ваше пребывание в медицинской организации (комфортность зон ожидания, комфортное перемещение внутри медицинской организации)?	1) абсолютно некомфортным; 2) по большей части некомфортным; 3) скорее некомфортным; 4) скорее комфортным; 5) по большей части комфортным; 6) абсолютно комфортным
10.	Насколько Вы удовлетворены отношением к Вам со стороны медицинских работников (врачи, медицинские сестры, регистраторы, санитары)?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
11.	Удовлетворены ли Вы тем, как врач объяснял Вам, зачем назначено то или иное лечение, лекарственный препарат, диагностическая процедура?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
12.	Насколько результат Вашего обращения	1) абсолютно не соответствовал; 2) по большей части

№ п/п	Вопрос	Варианты ответов
	в медицинскую организацию соответствовал Вашим ожиданиям?	не соответствовал; 3) скорее не соответствовал; 4) скорее соответствовал; 5) по большей части соответствовал; 6) абсолютно соответствовал
13.	Была ли решена Ваша медицинская проблема?	1) да; 2) нет; 3) затрудняюсь ответить
14.	Вы бы посоветовали близким друзьям или родственникам обращаться за медицинской помощью в медицинскую организацию, в которой Вы получаете медицинскую помощь?	1) ни в коем случае не посоветовал бы; 2) не посоветовал бы; 3) скорее не посоветовал бы; 4) скорее посоветовал бы; 5) посоветовал бы; 6) обязательно посоветовал бы
15.	Оцените, насколько в целом Вы удовлетворены медицинской помощью?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
16.	Оцените, насколько Вы удовлетворены доступностью медицинской помощи в регионе, в котором Вы проживаете?	1) абсолютно не удовлетворен; 2) по большей части не удовлетворен; 3) скорее не удовлетворен; 4) скорее удовлетворен; 5) по большей части удовлетворен; 6) абсолютно удовлетворен
17.	Возникали ли у Вас сложности при вызове врача на дом?	1) да; 2) нет; 3) не пользовался данной услугой
18.	Могут ли Вам быть проведены в медицинской организации, в которой Вы получаете первичную медико-санитарную помощь, диагностические и лабораторные исследования?	1) да; 2) нет; 3) затрудняюсь ответить
19.	Обеспечена ли в медицинской организации, в которой Вы получаете медицинскую помощь, доступность медицинских услуг для лиц с ограниченными возможностями?	1) да; 2) нет; 3) затрудняюсь ответить
20.	Что Вы можете назвать наибольшей проблемой в процессе получения медицинской помощи в медицинской организации, в которой Вы получаете медицинскую помощь?	Указывается со слов респондента
21.	Что Вы можете назвать наибольшей проблемой в процессе получения медицинской помощи в регионе, в котором Вы проживаете?	Указывается со слов респондента

Приложение № 2 к методике расчета
дополнительного показателя
«Оценка общественного мнения
по удовлетворенности населения
медицинской помощью, процент»

**Правила проведения выборочного опроса респондентов по вопроснику
«Удовлетворенность населения медицинской помощью»**

1. Определение размера выборки для проведения опроса в субъектах Российской Федерации осуществляется по формуле:

$$N = \frac{\frac{Z^2 \times 0,25}{E^2}}{1 + \frac{(\frac{Z^2 \times 0,25}{E^2} - 1)}{n}}$$

где:

N – размер выборки (человек);

Z – значение, соответствующее желаемому доверительному интервалу;

E – коэффициент допустимой погрешности (точность);

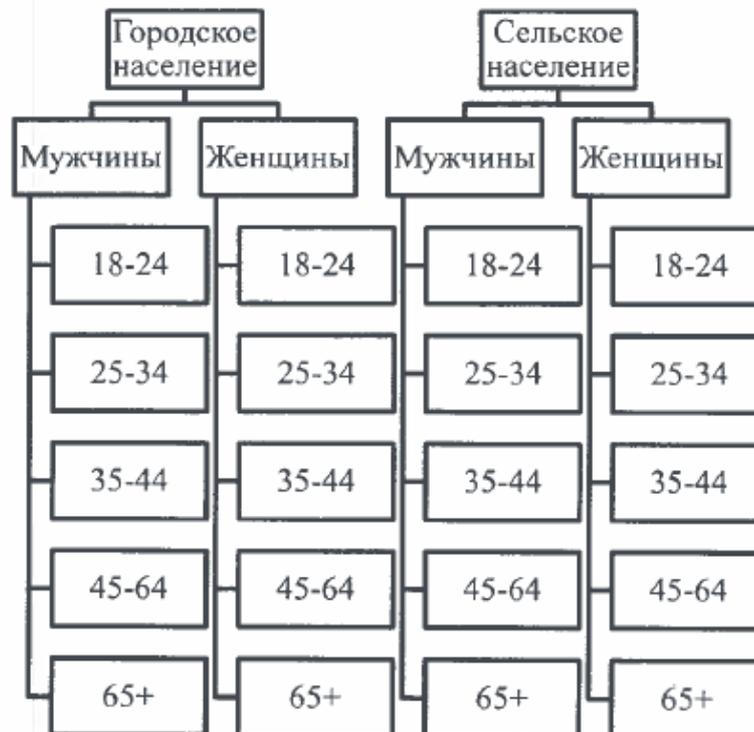
n – численность застрахованных лиц в субъекте Российской Федерации (человек).

Применяемые значения:

Численность взрослого населения субъекта Российской Федерации, млн человек	Значение Z	Значение E
менее 1	1,645	0,05
от 1 до 5	1,96	0,04
более 5	1,96	0,035

2. Выборка разбивается на городское и сельское население, а также по полу (мужской, женский) и возрасту. Выделяется пять возрастных групп: 18-24; 25-34; 35-44; 45-64; 65+ лет. Таким образом, совокупное число групп для каждого субъекта Российской Федерации – 20 (Схема 1).

Схема 1. Совокупное число групп для субъекта Российской Федерации



3. Общий объем выборки распределяется между всеми вышеуказанными группами пропорционально половозрастному составу населения субъекта Российской Федерации по данным Федеральной службы государственной статистики (далее – Росстата) на 1 января года, предшествующего проведению опроса.

4. Опрос считается завершенным и данные подлежат дальнейшему анализу в случае, если респондент дал ответы на все вопросы анкеты до пятнадцатого («Оцените, насколько Вы в целом удовлетворены медицинской помощью?») включительно.

В 1 рабочий день каждого отчетного месяца Федеральный фонд обязательного медицинского страхования (далее – ФОМС) передает в федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – уполномоченная организация) сведения о числе застрахованных лиц в разрезе субъектов Российской Федерации по состоянию на последний рабочий день месяца, предшествующего отчетному по данным единого регистра застрахованных лиц.

5. На 2 рабочий день каждого отчетного месяца уполномоченная организация проводит определение размера выборки, ее разбивку на половозрастные группы в аналитике городское/сельское население для проведения опроса и передает сведения в ФОМС.

6. На 3 рабочий день отчетного месяца ФОМС размещает информацию,

полученную в соответствии с пунктом 5 настоящих Правил, в форме электронного документа посредством государственной информационной системе обязательного медицинского страхования (далее – ГИС ОМС), обеспечивает распределение выборки между страховыми медицинскими организациями пропорционально численности застрахованных лиц и направление соответствующих выборок в страховые медицинские организации.

7. До 25 числа отчетного месяца страховыми медицинскими организациями проводится телефонный опрос респондентов по вопроснику «Удовлетворенность населения медицинской помощью» (приложение № 1 к методике расчета дополнительного показателя «Оценка общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью, процент») согласно размерам выборок, полученным от ФОМС. Результаты опроса каждого респондента вносятся в ГИС ОМС.

8. До 1 числа месяца, следующего за отчетным, ФОМС передает результаты телефонного опроса респондентов в виде неагрегированных деперсонализированных данных в уполномоченную организацию.

9. До 5 числа месяца, следующего за отчетным, уполномоченная организация проводит обработку данных, формирует месячные отчеты по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью по Российской Федерации, по субъектам Российской Федерации и направляет их в ФОМС и Министерство здравоохранения Российской Федерации.

10. Годовые отчеты по оценке общественного мнения по удовлетворенности населения медицинской помощью по Российской Федерации и по субъектам Российской Федерации формируются уполномоченной организацией путем объединения данных месячных отчетов в срок до 15 февраля года, следующего за отчетным, и направляются в ФОМС и Министерство здравоохранения Российской Федерации.

Приложение 3. Список опросников для исследования климата и культуры безопасности в медицинских организациях

Перечень опросников:

I. Опросники, которые были исследованы в систематическом обзоре в 2005 году [Colla J. B. et al. Measuring patient safety climate: a review of surveys //BMJ Quality & Safety. – 2005. – Т. 14. – №. 5. – С. 364-366.]

- 1) An Organizational Approach to Patient Safety (SLOAPS);
- 2) Medication Safety Self-Assessment (MSSA);
- 3) Culture of Safety Survey (CSS);
- 4) Veterans Administration Patient Safety Culture Questionnaire (VHA PSCQ);
- 5) Hospital Transfusion Service Safety Culture Survey (HTSSCS);
- 6) Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC);
- 7) Safety Attitudess Questionnaire (SAQ);
- 8) Safety Climate Survey (SCS);
- 9) Patient Safety Cultures in Healthcare Organizations (PSCHO).

II. Опросники, которые были исследованы в систематическом обзоре в 2021 году [Azyabi A., Karwowski W., Davahli M. R. Assessing patient safety culture in hospital settings //International journal of environmental research and public health. – 2021. – Т. 18. – №. 5. – С. 2466.]:

- 1) Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSPSC);
- 2) Safety Attitudess Questionnaire (SAQ);
- 3) Patient Safety Climate in Health Care Organizations (PSCHO);
- 4) Modified Stanford Instrument (MSI-2006);
- 5) Scottish Hospital Safety Questionnaire (SHSQ).

Приложение 4. Опросник EQ5D5L
Бумажный бланк русскоязычной версии опросника EQ5D5L



Опросник самооценки здоровья

Версия на русском языке для России

(Russian version for Russia)

В каждом разделе отметьте галочкой ОДИН квадратик, который наилучшим образом отражает состояние Вашего здоровья СЕГОДНЯ.

ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе
- Я испытываю небольшие трудности при ходьбе
- Я испытываю умеренные трудности при ходьбе
- Я испытываю большие трудности при ходьбе
- Я не в состоянии ходить

УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю никаких трудностей с мытьем или одеванием
- Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием
- Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

ПРИВЫЧНАЯ ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

- Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда
- Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна
- Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна
- Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна
- Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью

БОЛЬ / ДИСКОМФОРТ

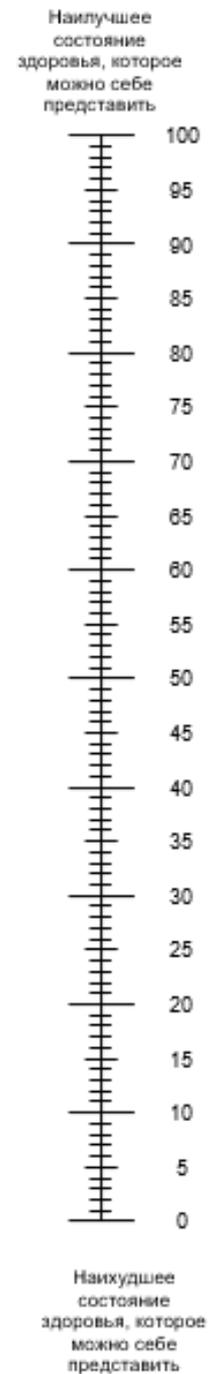
- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю небольшую боль или дискомфорт
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю сильную боль или дискомфорт
- Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт

ТРЕВОГА / ДЕПРЕССИЯ

- Я не испытываю тревоги или депрессии
- Я испытываю небольшую тревогу или депрессию
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю сильную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию

- Мы хотели бы узнать, как бы Вы оценили состояние своего здоровья СЕГОДНЯ.
- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
- 0 – наихудшее состояние здоровья, которое можно себе представить.
- Поставьте крестик "X" на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья СЕГОДНЯ.
- Теперь впишите отмеченное Вами на шкале число в приведенный ниже квадрат.

СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО ЗДОРОВЬЯ СЕГОДНЯ = ____



Краткое описание методики опросника EQ-5D-5L.

Описательный отчёт по рациональному выбору вариантов ответов респондента выполняется на основе социальных критериев оценки здоровья, которые респондент использует с учётом менталитета окружающих его людей. Выбор проводится по пяти доменам, где в каждом по пять вариантов ответа.

Пять доменов (шкал):

- Подвижность (mobility – MO);
- Уход за собой (self-care – SC);
- Привычная повседневная деятельность (usual activities – UA);
- Боль/Дискомфорт (pain/discomfort – PD);
- Тревога/Депрессия (anxiety/depression – AD).

Пять уровней каждого домена и их числовые значения:

- отсутствие проблем (=1);
- незначительные проблемы (=2);
- умеренные проблемы (=3);
- серьезные проблемы (=4);
- экстремальные проблемы (=5).

Числовые значения вариантов ответов опросника EQ-5D-5L:

ПОДВИЖНОСТЬ

Я не испытываю никаких трудностей при ходьбе	q=1
Я испытываю небольшие трудности при ходьбе	q=2
Я испытываю умеренные трудности при ходьбе	q=3
Я испытываю большие трудности при ходьбе	q=4
Я не в состоянии ходить	q=5

УХОД ЗА СОБОЙ

Я не испытываю никаких трудностей с мытьем или одеванием	q=1
Я испытываю небольшие трудности с мытьем или одеванием	q=2
Я испытываю умеренные трудности с мытьем или одеванием	q=3
Я испытываю большие трудности с мытьем или одеванием	q=4

Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться q=5

ПРИВЫЧНАЯ ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ (например, работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

Моя привычная повседневная деятельность дается мне без труда q=1

Моя привычная повседневная деятельность для меня немного затруднительна q=2

Моя привычная повседневная деятельность для меня умеренно затруднительна q=3

Моя привычная повседневная деятельность для меня очень затруднительна q=4

Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью q=5

БОЛЬ / ДИСКОМФОРТ

Я не испытываю боли или дискомфорта q=1

Я испытываю небольшую боль или дискомфорт q=2

Я испытываю умеренную боль или дискомфорт q=3

Я испытываю сильную боль или дискомфорт q=4

Я испытываю чрезвычайно сильную боль или дискомфорт q=5

ТРЕВОГА / ДЕПРЕССИЯ

Я не испытываю тревоги или депрессии q=1

Я испытываю небольшую тревогу или депрессию q=2

Я испытываю умеренную тревогу или депрессию q=3

Я испытываю сильную тревогу или депрессию q=4

Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию q=5

Описательный отчет представляет собой комбинацию из пяти цифр, описывающую состояние здоровья пациента: например, «11111» означает «совсем нет проблем», а «55555» означает крайние значения проблем во всех пяти доменах.

Иррациональная самооценка здоровья по 20–ти сантиметровой вертикальной градуированной линейке представляет собой визуально аналоговую шкалу (ВАШ EQ5D5L), так называемый «термометр здоровья». Отмечаемый на

шкале респондентом уровень состояния здоровья визуализирует количественную оценку общего статуса его здоровья.

Качество жизни, равное нулю, означает «*Наихудшее состояние здоровья*», а 100 соответствует уровню «*Идеальное качество жизни*». Вдоль шкалы расположены восемь дополнительных меток:

95 = Почти идеальное качество жизни;

85 = Очень хорошее качество жизни;

70 = Хорошее качество жизни;

57,5 = Умеренно хорошее качество жизни;

40 = Немного плохое качество жизни;

27,5 = Плохое качество жизни;

15 = Очень плохое качество жизни;

5 = Крайне плохое качество жизни.

Приложение 5. Бланк опросника EQ5D3L



Опросник по здоровью
Версия на русском языке для России
(Russian version for Russia)

Отметьте галочкой ОДИН квадрат в каждом из разделов, приведенных ниже.

Укажите такие ответы, которые наилучшим образом отражают состояние Вашего здоровья на СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ.

ПОДВИЖНОСТЬ

- Я не испытываю трудностей при ходьбе
- Я испытываю некоторые трудности при ходьбе
- Я прикован (-а) к постели

УХОД ЗА СОБОЙ

- Я не испытываю трудностей при уходе за собой
- Я испытываю некоторые трудности с мытьем или одеванием
- Я не в состоянии сам (-а) мыться или одеваться

ПОВСЕДНЕВНАЯ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ

(например: работа, учеба, работа по дому, участие в делах семьи, досуг)

- Я не испытываю трудностей в моей привычной повседневной деятельности
- Я испытываю некоторые трудности в моей привычной повседневной деятельности
- Я не в состоянии заниматься своей привычной повседневной деятельностью

БОЛЬ/ДИСКОМФОРТ

- Я не испытываю боли или дискомфорта
- Я испытываю умеренную боль или дискомфорт
- Я испытываю крайне сильную боль или дискомфорт

ТРЕВОГА/ДЕПРЕССИЯ

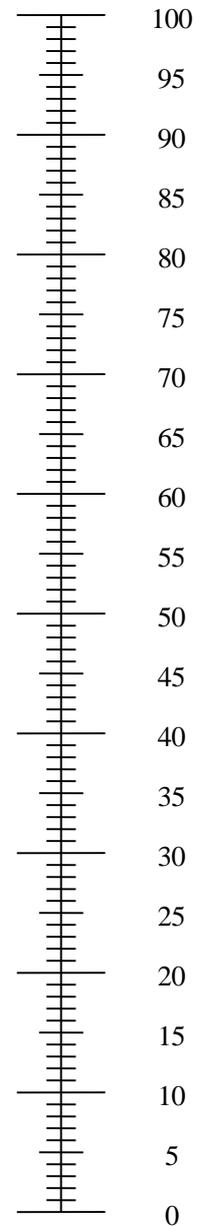
- Я не испытываю тревоги или депрессии
- Я испытываю умеренную тревогу или депрессию
- Я испытываю крайне сильную тревогу или депрессию

Мы хотели бы узнать, как Вы оцениваете состояние своего здоровья на СЕГОДНЯШНИЙ ДЕНЬ.

- Перед Вами шкала от 0 до 100.
- 100 означает наилучшее состояние здоровья, которое вы можете представить.
0 - наихудшее состояние здоровья, которое вы можете представить.
- Поставьте крестик "X" на шкале в том месте, которое, по Вашему мнению, соответствует состоянию Вашего здоровья СЕГОДНЯ.
- Теперь впишите отмеченное Вами на шкале число в приведенный ниже квадрат.

**СОСТОЯНИЕ ВАШЕГО
ЗДОРОВЬЯ СЕГОДНЯ =**

Наилучшее
состояние здоровья,
которое можно себе
представить



Наихудшее
состояние здоровья,
которое можно себе
представить

Отношение к безопасности: передовые перспективы в лечении и уходе за пациентами

Вам предложен перечень вопросов, имеющих несколько вариантов ответов. Определите, какому из вариантов Вы отдаете предпочтение, исходя из опыта работы в отделении, в котором Вы работаете, и зафиксируйте это в бланке ответов. При выборе варианта ответа руководствуйтесь первым впечатлением.

<p>Если работаете в одном отделении 100% времени и более 3 месяцев: то вспоминайте во время опроса только это отделение;</p>	<p>Если Вы работаете в нескольких отделениях по совместительству, или работаете в отделении менее 3 месяцев: во время ответов на вопросы вспоминайте отделение, в котором работаете (-ли) большее количество времени;</p>	<p>Если Вы ранее нигде не работали и работаете менее 3 месяцев: руководствуйтесь своими впечатлениями в настоящий момент времени.</p>
---	--	--

Вы проходили этот тест ранее?

- Да Нет
 Не помню

Ваша медицинская специализация:

- Взрослые Дети
 И то и другое

Сегодняшняя дата (месяц/год):

Укажите:

Территорию (корпус) где расположено отделение, где Вы работаете

Если необходимо

Название отделения (подразделения)

Напишите без сокращений

Вашу должность

Контент для русскоязычной онлайн-версии опросника SAQ

Инструкция испытуемому.

Вам предложен перечень вопросов, имеющих несколько вариантов ответов. Определите, какому из вариантов вы отдаете предпочтение, исходя из опыта работы в отделении, в котором Вы работаете большее количество рабочего времени на момент заполнения опросника, и зафиксируйте это в бланке ответов. Иными словами: 1) Если работаете в одном отделении 100% времени и более 3 месяцев, то вспоминайте во время опроса только это отделение; 2) Если Вы работаете в нескольких отделениях по совместительству или работаете в отделении менее трёх месяцев, во время ответов на вопросы вспоминайте отделение, в котором работаете (или работали) большее количество времени; 3) Если Вы ранее нигде не работали и работаете менее трёх месяцев, то руководствуйтесь своими впечатлениями в настоящий момент времени. При выборе варианта ответа руководствуйтесь первым впечатлением.

Перечень вопросов опросника.

«Отношение к безопасности» для медицинских организаций:

1. В моём отделении предложения медсестёр учитываются:
 - a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;
 - d. скорее согласен;
 - e. полностью согласен;
 - f. не применимо.
2. Попад к нам в качестве пациента, я бы чувствовал (-ла) себя в безопасности:
 - a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;

- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

3. Мне нравится моя работа:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

4. Когда нагрузка чрезмерно возрастает мне труднее работать:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

5. Руководство отделения* оказывает мне постоянную поддержку

(*Руководитель отделения – для среднего медицинского персонала: старшая медицинская сестра, для врачебного персонала – заведующий отделением, для немедицинского персонала – руководитель отдела):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

б. Руководство клиники** оказывает мне постоянную поддержку (**

Руководство клиники – главный врач, заместители главного врача, главная

медицинская сестра и т. п.):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

7. Наше отделение достаточно укомплектовано для работы с поступающим количеством пациентов:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

8. Если я обращусь к руководству с предложениями относительно безопасности пациентов, они будут приняты к действию:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

9. В моём отделении трудно открыто говорить, если заметил проблему в лечении пациентов:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;

- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

10. В моем отделении разумный подход к медицинским ошибкам. (т. е. «некого наказать, а как избежать повторения»):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

11. Работая здесь, я чувствую себя членом большой семьи:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

12. Когда я устаю, я работаю менее эффективно:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

13. Руководство отделения* предотвращает возникновение ситуаций угрозы безопасности пациентов (*Руководитель отделения – для среднего медицинского персонала: старшая медицинская сестра, для врачебного персонала – заведующий отделением, для немедицинского персонала – руководитель отдела):

- a. совершенно не согласен;

- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

14. Руководство клиники** предотвращает возникновение ситуаций угрозы безопасности пациентов (** Руководство клиники – главный врач, заместители главного врача, главная медицинская сестра и т. п.):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

15. В клинике хорошо осуществляется обучение нового персонала:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

16. Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

17. Спорные вопросы у нас решаются должным образом (т. е. не кто прав, а что лучше для пациента):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

18. Мне известно, куда обращаться по вопросам безопасности пациентов в моем отделении:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

19. Это хорошее место работы:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

20. В напряженной или враждебной обстановке вероятность моих ошибок возрастает:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;

- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

21. Руководство отделения* хорошо выполняет свои функции (*Руководитель отделения – для среднего медицинского персонала: старшая медицинская сестра, для врачебного персонала – заведующий отделением, для немедицинского персонала – руководитель отдела):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

22. Руководство клиники** хорошо выполняет свои функции (**Руководство клиники – главный врач, заместители главного врача, главная медицинская сестра и т. п.):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

23. Я располагаю всей необходимой информацией в части проведения диагностических и лечебных мероприятий:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

24. Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

25. Я получаю необходимую поддержку по работе с больными от моих коллег:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

26. Я получаю обоснованную обратную связь о моей работе от моих коллег:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

27. Я горжусь работой в моем отделении:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;

- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

28. В экстренных ситуациях (например, неотложная реанимация, эпилептический припадок у пациента) усталость сказывается на моей работе:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

29. Руководство отделения* конструктивно работает с проблемным персоналом (*Руководитель отделения – для среднего медицинского персонала: старшая медицинская сестра, для врачебного персонала – заведующий отделением, для немедицинского персонала – руководитель отдела):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

30. Руководство клиники** конструктивно работает с проблемным персоналом (** Руководство клиники – главный врач, заместители главного врача, главная медицинская сестра и т. п.):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

31. Я считаю достаточным наставничество персонала, обучающегося моей специальности:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

32. Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

33. Сотрудники отделения могут открыто задавать вопросы, если что-то непонятно:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

34. В моём отделении трудно обсуждать медицинские ошибки:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;

- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

35. Для персонала нашего отделения характерны высокие моральные принципы:

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

36. Меня оперативно и адекватно информируют о том, что может иметь отношение к моей работе (*Руководитель отделения – для среднего медицинского персонала: старшая медицинская сестра, для врачебного персонала – заведующий отделением, для немедицинского персонала – руководитель отдела):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

37. Руководство клиники** оперативно и адекватно информирует о том, что может иметь отношение к моей работе (** Руководство клиники – главный врач, заместители главного врача, главная медицинская сестра и т. п.):

- a. совершенно не согласен;
- b. скорее не согласен;
- c. ни то ни другое;
- d. скорее согласен;
- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

38. У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения:
- a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;
 - d. скорее согласен;
 - e. полностью согласен;
 - f. не применимо.
39. Наши врачи и медсестры работают вместе как одна команда:
- a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;
 - d. скорее согласен;
 - e. полностью согласен;
 - f. не применимо.
40. Коллеги благодарны, если я сообщаю о своих опасениях относительно безопасности пациентов:
- a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;
 - d. скорее согласен;
 - e. полностью согласен;
 - f. не применимо.
41. Культура работы в моем отделении позволяет учиться на ошибках других:
- a. совершенно не согласен;
 - b. скорее не согласен;
 - c. ни то ни другое;
 - d. скорее согласен;

- e. полностью согласен;
- f. не применимо.

Обработка результатов опроса производится путем начисления от 1 до 5 баллов за каждый ответ в соответствии с ключом:

Прямая оценка шкал совершенно не согласен – 1 балл скорее не согласен – 2 балла

ни то ни другое – 3 балла скорее согласен – 4 балла полностью согласен – 5 баллов не применимо – не оценивается **Ключ обработки:**

Атмосфера командной работы: Вопросы 1, 9, 17, 25, 33, 39.

Атмосфера безопасности: Вопросы 2, 10, 18, 26, 34, 40, 41.

Удовлетворенность работой: Вопросы 3, 11, 19, 27, 35.

Распознавание (понимание) стресса: Вопросы 4, 12, 20, 28.

Восприятие менеджмента/руководства (по двум уровням: непосредственного руководства и руководства больницы):

Вопросы 5, 13, 21, 29, 36 на уровне руководства отделения;

Вопросы 6, 14, 22, 30, 37 на уровне руководства клиники.

Рабочие условия: Вопросы 7, 15, 23, 31

Обратная оценка шкал совершенно не согласен – 5 баллов; скорее не согласен – 4 балла; ни то ни другое – 3 балла; скорее согласен – 2 балла; полностью согласен – 1 балл; не применимо – не оценивается.

Ключ обработки:

Атмосфера командной работы: Вопрос 9.

Атмосфера безопасности: Вопрос 34.

Пожалуйста, обратите внимание!

- Вопросы 8, 16, 24, 32, 38 не входят в состав приведенных выше шкал.
- Вопросы 9, 34 и 38 получают **ОБРАТНУЮ ОЦЕНКУ**.

Для расчёта по 100 бальной шкале (например, по шкале «Атмосфера команд-

ной работы») для отдельного респондента:

1. Не забудьте про обратную оценку для вопросов с отрицательной формулировкой.
2. Рассчитайте среднее значение набора вопросов соответствующей группы.
3. Вычтите 1 из полученного среднего.
4. Умножьте результат на 25.

Формула выглядит следующим образом:

$$\text{Балл по атмосфере командной работы респондента} = (((\text{Среднее значение вопросов командной работы}) - 1) * 25)$$

Чтобы подсчитать процент респондентов, которые положительно настроены (т. е. процент согласия), вы должны посмотреть на процент респондентов, получивших балл по шкале 75 или выше. Оценка 75 по шкале означает то же самое, что и «скорее согласен» по 5-балльной шкале Лайкерта (1 = совершенно не согласен, 2 = скорее не согласен, 3 = ни то ни другой, 4 = скорее согласен, 5 = полностью согласен).

При переводе на 100-балльную шкалу:

$$1 = 0.$$

$$2 = 25.$$

$$3 = 50.$$

$$4 = 75.$$

$$5 = 100.$$

Таким образом, подсчитываются показатели по всем шкалам опросника. Для качественной оценки измеряемых показателей и выявления так называемых целевых точек культуры безопасности, требующих изменений:

- на индивидуальном уровне выделяются респонденты, у которых показатели по каким-либо шкалам ниже 75 и выстраиваются гипотезы, позволяющие предположить как внешние, так и внутренние причины снижения исследуемого показателя;

- на уровне отделения высчитываются средние значения по всем респондентам, далее определяются показатели ниже 75 и выстраиваются гипотезы, позволяющие предположить как внешние, так и внутренние причины снижения исследуемого показателя;
- на уровне организации высчитываются средние значения по всем отделениям

Приложение 7. Классификация инцидентов

На основании анализа частоты и характера инцидентов определяются актуальные образовательные блоки и элементы скрытого обучения в опросниках.

Классификация инцидентов:

1. Для оценки статуса эволюции развития климата и культуры безопасности пациентов (в порядке развития от начальных этапов к наиболее развитому «рапорт на действия автора рапорта»): а) неблагоприятные события, которые невозможно скрыть; б) рапорт на неблагоприятное событие произошедшее в следствии отказа оборудования; в) рапорт на неблагоприятное событие произошедшее в следствии действий другого сотрудника; г) рапорт о «неблагоприятном предсобытии» в следствии действий автора рапорта; д) рапорт на неблагоприятное событие произошедшее в следствии действий автора рапорта.

2. Для выбора участников комиссии по разбору инцидента: а) медицинские; б) не медицинские; в) морально-этические.

3. Для оценки тяжести последствий: а) неблагоприятное предсобытие; б) неблагоприятное событие; в) чрезвычайное событие.

4. Для выявления социальных групп, вызывающих трудности выбора поведения: а) со знакомыми людьми (знакомыми пациентами, коллегами, руководителями, сотрудниками МО); б) с незнакомыми людьми (незнакомыми пациентами, родственниками пациентов, сотрудниками смежных организаций); в) с группой коллег.

После классифицирования инцидента проводится поиск системных причин его возникновения и разработка мер по предотвращению аналогичных случаев. С целью демонстрации сотрудникам приверженности руководства приоритету безопасности пациентов и скрытой формы обучения персонала наиболее частые и типы инцидентов используются для создания блоков моральных дилемм и оценки степени трудности выбора.

Приложение 8. Учебные планы образовательных семинаров, проведенных по результатам мониторинга оценки социально-психологического климата безопасности пациентов.

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Работа в команде медицинской организации: факторы успеха»

Цель обучения: сформировать единое понимание принципов деятельности эффективной команды в медицинской организации, отработать на практике применение инструментов и техник, которые способствуют результативной коммуникации в команде и повышают эффективность работы медицинской организации.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Атмосфера командной работы» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1.	Результаты мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов по домену «Атмосфера работы в команде»	1	1							
	Командный подход и командные роли. Основные дисфункции команд	1	1			1	1			
	Коммуникация в команде. Барьеры коммуникации и когнитивные искажения	1	1				1			
	Самоопределение и соорганизованность действий	1	1			1				

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
	в команде. Проактивный и реактивный подходы									
	Оценка сильных сторон и деструкторов в режиме цейтнота, адаптации к изменениям	2	2		1			1		
	Итого по семинару:	6	6		1	2		3		

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Эффективные коммуникации сотрудников медицинской организации»

Цель обучения: изучение основ организационной коммуникации в медицинском учреждении и развитие коммуникативной компетентности заведующих отделениями и старших медицинских сестер.

Категория слушателей: заведующие отделениями, старшие сестры подразделений медицинской организации, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Атмосфера командной работы» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Основы коммуникативной эффективности персонала медицинской организации	1	1		1					
2	Коммуникативная культура лидера	1	1		1					
3	Вовлеченность и мотивация сотрудников как цели коммуникативного поведения руководителя	2	2			1	1			
4	Снижение фрустрации, профилактика и разрешение конфликтов в медицинской организации	2	2			1	1			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Предупреждение и разрешение конфликтов в работе персонала медицинской организации»

Цель обучения: изучение практической части конфликтологии в работе медицинской организации и развитие компетенций, необходимых для профилактики и разрешения нежелательных конфликтов в работе персонала

Категория слушателей: заведующие отделениями, главные и старшие сестры подразделений медицинской организации, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Атмосфера командной работы» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Основы и практическое применение конфликтологии в работе медицинской организации	1	1		1					
2	Модель Томаса-Килменна и её применение в практике предотвращения и урегулирования конфликтных ситуаций	1	1		1					
3	Конфликтогены и способы работы с ними	2	2			1	1			
4	Навыки асертивного поведения сотрудников медицинской организации	2	2			1	1			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Наставничество в подразделении медицинской организации.

Создание стандартов».

Цель обучения: развитие компетенций наставничества и навыков создания локальных работающих стандартов для повышения качества и безопасности оказания помощи в подразделении медицинской организации.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Атмосфера безопасности» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день по 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Наставничество в МО: предпосылки и эффект от внедрения	1	1		1					
2	Культура наставничества: принципы и ошибки	1	1		1					
3	Транзактный анализ и цикл Колба. Принципы андрогогики в наставничестве	1	1			1				
4	Стандартизация как инструмент управления качеством и безопасностью	1	1			1				
5	Виды стандартов и их разработка.	2	2				2			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Социально-психологические методы управления в подразделении медицинской организации»

Цель обучения: повышение профессиональной и личностной компетентности заместителей главного врача, заведующих отделений, главных и старших медицинских сестер стационара в части применения социально-психологических методов управления сотрудниками медицинской организации.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Удовлетворённость работой» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день по 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
	Оценка восприятия сотрудниками социально-психологического климата безопасности пациентов. Структура опросника SAQ (Safety Attitude Questionnaire).	1			1					
	Взаимосвязь доменов SAQ с объективными показателями рабочих процессов.	1			1					
	Проектирование коммуникаций в малых группах.	1			1					
	Методы измерения ценностных установок. Опросники SVS-57, PVQ-40	1					1			
	Структура аргументации в мотивирующих сообщениях. Культурно-историческая парадигма (Е.Ю. Пятева).	2					2			
	Итого по семинару:	6			3		3			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Основы управления в подразделении медицинской организации и развитие навыков эффективного управления»

Цель обучения: повышение личностной компетентности заместителей главного врача, заведующих отделениями, главных и старших медицинских сестер стационара основам управления в подразделении медицинской организации.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Удовлетворённость работой» и негативные оценки по одной из шкал индивидуального восприятия социально-психологического климата безопасности пациентов опросника «Отношение к безопасности» (SAQ).

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Управленческий цикл руководителя	1	1		1					
2	Мотивация трудовой деятельности	1	1		1					
3	Способы постановки задач в режиме инструктажа, делегирования, коучинга	2	2			1	1			
4	Контроль и обратная связь по результатам	2	2			1	1			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Бережливое управление в отделении медицинской организации»

Цель обучения: повышение профессиональной и личностной компетентности заместителей главного врача, заведующих отделениями, главных и старших медицинских сестер стационара в части внедрения и последующего использования инструментов бережливого производства в отделении медицинской организации.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Рабочие условия» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ) и оценили потери КЖСЗ больше популяционных норм.

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день по 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов								
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль	
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий				
1	Определение понятия Lean, документация, регламентирующая использование бережливых технологий в МО	1	1		1						
2	Понятия «потери» и «ценности». Примеры потерь в медицине	1	1		1						
3	Инструменты фиксации текущего состояния	1	1			1					
4	Инструменты анализа выявленных потерь	1	1			1					
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2				

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Выстраивание бизнес-процессов в подразделении медицинской организации»

Цель обучения: развитие компетенций по выстраиванию процессов в подразделении медицинской организации и оптимизации существующих «узких мест», а также совершенствование навыков эффективного управления через внедрение процессного подхода.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Рабочие условия» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ) и оценили потери КЖСЗ больше популяционных норм.

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день по 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Бизнес-процессы в медицинской деятельности	1			1					
2	Цели и методы управления бизнес-процессами. Принцип DMAIC	1			1					
3	Моделирование бизнес-процессов. Функциональный и процессный подход	1			1					
4	Анализ бизнес-процессов. Выявление и эскалирование выявленных «узких» мест. Пирамида компетенций	1					1			

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
5	Оптимизация выявленных бизнес- процессов в подразделении МО	2					2			
	Итого по семинару:	6			3		3			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Эффективность лидерской коммуникации в подразделении медицинской организации»

Цель обучения: изучение основ лидерской коммуникации и развитие коммуникативной компетентности заведующих отделениями и старших медицинских сестер в подразделении медицинской организации.

Категория слушателей: заведующие отделениями, старшие сестры подразделений медицинской организации, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Восприятие руководства» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Основы и особенности коммуникации лидера	1	1		1					
2	Ситуационно-динамическое лидерство	1	1		1					
3	Вовлеченность и мотивация сотрудников как цели коммуникативного поведения руководителя	2	2			1	1			
4	Снижение фрустрации, профилактика и разрешение конфликтов	2	2			1	1			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Управление стрессом у руководителей и сотрудников медицинской организации»

Цель обучения: повышение личностной компетентности заместителей главного врача, заведующих отделениями, главных и старших медицинских сестер стационара в части управления стрессом, диагностики своего состояния и состояния других, гармонизации своего состояния.

Категория слушателей: заместители главного врача, заведующие отделениями, главные и старшие сестры стационаров, сотрудники которых дали негативную оценку домена «Распознавание (понимание) стресса» опросника «Отношение к безопасности» (SAQ)

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Почему мы теряем энергию, силы, выгораем: 6 критериев	1	1		1					
2	Производительность труда и эффективность: как ее повысить	1	1		1					
3	Управление своим состоянием: инструменты приведения в ресурсное состояние	2	2			1	1			
4	Распознаем состояние других: подчиненных, коллег, пациентов	2	2			1	1			
	Итого по семинару:	6	6		2	2	2			

УЧЕБНЫЙ ПЛАН

семинара

«Приемы убеждающего воздействия в ходе принятия и реализации управленческих решений»

Цель обучения: изучение социально-психологических и организационных аспектов влияния, практической части риторики и современной коммуникации для развития компетенций, связанных с убеждением и влиянием в ходе совместной деятельности в медицинской организации.

Категория слушателей: заведующие отделениями, главные и старшие сестры подразделений МО, сотрудники которых дали негативную оценку по индивидуальным шкалам опросника «Отношение к безопасности» (SAQ).

Срок обучения: 1 день, 6 академических часов.

Форма обучения: очная, с частичным отрывом от работы.

Режим занятий: 1 день, 6 аудиторных учебных часов.

№ п/п	Наименование учебных разделов и тем учебных занятий	Общая трудоемкость	Количество часов							
			аудиторные учебные занятия					Электронные формы	Самостоятельная работа	Контроль
			Всего	Лекции	Семинары, круглые столы	Практикумы, тренинги	Деловые игры и др. виды занятий			
1	Социально-психологические основы власти и влияния в организации и коммуникативные аспекты совместной деятельности людей.	1	1		1					
2	Концепция Равена и Круглански. Источники влияния в руководстве.	1	1		1					
3	Особенности конструктивного и деструктивного влияния. Влияние с уважением как основа доверия в команде и её продуктивной деятельности.	2	2			1	1			
Итого по семинару:		6	6		2	2	2			

Приложение 9. Данные сравнительного анализа первичной апробации методики мониторинга социально-психологического климата безопасности пациентов.

1. Подгруппа А, экспериментальная группа, 5 волна опроса (ноябрь 2023 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=50) 52% и в группе EQ5D3L (n=60) 56%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1430$ при $p>0,05$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=50) 48% и в группе EQ5D3L (n=60) 52%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1445$ при $p>0,05$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=50) 58% и в группе EQ5D3L (n=60) 57%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1480$ при $p>0,05$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=50) 60% и в группе EQ5D3L (n=60) 63%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1450$ при $p>0,05$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=50) 50% и в группе EQ5D3L (n=60) 50%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1500$ при $p>0,05$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=50) 46% и в группе EQ5D3L (n=60) 48%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1465$ при $p>0,05$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов составили: в группе EQ5D5L (n=50) 38% и в группе EQ5D3L (n=60) 37%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1480$ при $p>0,05$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=50) 74% и в группе EQ5D3L (n=60) 70%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1440$ при $p>0,05$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=50) 92% и в группе EQ5D3L (n=60) 92%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1495$ при $p>0,05$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=50) 86% и в группе EQ5D3L (n=60) 87%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1490$ при $p>0,05$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале),

в группе EQ5D5L (n=50) 50% и в группе EQ5D3L (n=60) 45%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1425$ при $p>0,05$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=50) 64% и в группе EQ5D3L (n=60) 65%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1485$ при $p>0,05$);

II. Подгруппа А, контрольная группа, 5 волна опроса (ноябрь 2023 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=44) 73% и в группе EQ5D3L (n=44) 75%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,809$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=44) 73% и в группе EQ5D3L (n=44) 75%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,809$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=44) 73% и в группе EQ5D3L (n=44) 73%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=968$ при $p=1,000$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=44) 79% и в группе EQ5D3L (n=44) 82%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,788$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей

высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=44) 64% и в группе EQ5D3L (n=44) 68%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=924$ при $p=0,655$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=44) 64% и в группе EQ5D3L (n=44) 64%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=968$ при $p=1,000$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=44) 36% и в группе EQ5D3L (n=44) 34%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,824$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=44) 77% и в группе EQ5D3L (n=44) 79%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,797$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=44) 79% и в группе EQ5D3L (n=44) 79%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=968$ при $p=1,000$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=44) 84% и в группе EQ5D3L (n=44) 86%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,765$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=44) 52% и в группе EQ5D3L (n=44) 54%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=946$ при $p=0,832$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=44) 61% и в группе EQ5D3L (n=44) 61%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=968$ при $p=1,000$);

III. Подгруппа А, экспериментальная группа, 6 волна опроса (май 2024 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=59) 49% и в группе EQ5D3L (n=64) 50%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1872$ при $p=0,925$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=59) 46% и в группе EQ5D3L (n=64) 50%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1808$ при $p=0,640$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=59) 61% и в группе EQ5D3L (n=64) 64%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1830,5$ при $p=0,728$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших

медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=59) 73% и в группе EQ5D3L (n=64) 73%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1877,5$ при $p=0,945$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=59) 54% и в группе EQ5D3L (n=64) 59%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1791$ при $p=0,567$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=59) 56% и в группе EQ5D3L (n=64) 53%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1834$ при $p=0,756$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=59) 19% и в группе EQ5D3L (n=64) 17%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1860,5$ при $p=0,834$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=59) 69% и в группе EQ5D3L (n=64) 69%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1874$ при $p=0,929$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=59) 88% и в группе EQ5D3L (n=64) 89%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1870,5$ при $p=0,872$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=59) 88% и в группе EQ5D3L (n=64) 89%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1870,5$ при $p=0,872$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=59) 44% и в группе EQ5D3L (n=64) 41%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1823$ при $p=0,701$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=59) 66% и в группе EQ5D3L (n=64) 65%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=1879$ при $p=0,956$);

IV. Подгруппа А, контрольная группа, 6 волна опроса (май 2024 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=69) 68% и в группе EQ5D3L (n=72) 68%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2482,5$ при $p=0,994$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=69) 59% и в группе EQ5D3L (n=72) 61%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2442$ при $p=0,838$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=69) 64% и в группе EQ5D3L

(n=72) 62%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2446,5$ при $p=0,852$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=69) 71% и в группе EQ5D3L (n=72) 72%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2454$ при $p=0,874$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=69) 62% и в группе EQ5D3L (n=72) 62%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2410,5$ при $p=0,716$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=69) 68% и в группе EQ5D3L (n=72) 72%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2382$ при $p=0,595$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=69) 38% и в группе EQ5D3L (n=72) 39%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2454$ при $p=0,883$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=69) 78% и в группе EQ5D3L (n=72) 80%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2427$ при $p=0,737$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=69) 87% и в группе EQ5D3L (n=72) 87%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2470,5$ при $p=0,923$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=69) 88% и в группе EQ5D3L (n=72) 89%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2472$ при $p=0,928$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=69) 40% и в группе EQ5D3L (n=72) 42%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2457$ при $p=0,896$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=69) 68% и в группе EQ5D3L (n=72) 69%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=2451$ при $p=0,865$);

V. Подгруппа Б, экспериментальная группа, 5 волна опроса (ноябрь 2023 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=368) 78% и в группе EQ5D3L (n=358) 78%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65830$ при $p=0,984$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=368) 80% и в группе

EQ5D3L (n=358) 81%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65680$ при $p=0,921$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=368) 81% и в группе EQ5D3L (n=358) 81%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65307$ при $p=0,768$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=368) 84% и в группе EQ5D3L (n=358) 85%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65789$ при $p=0,963$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=368) 74% и в группе EQ5D3L (n=358) 75%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65432$ при $p=0,837$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=368) 67% и в группе EQ5D3L (n=358) 67%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65711$ при $p=0,943$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=368) 24% и в группе EQ5D3L (n=358) 24%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65765$ при $p=0,959$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=368) 83% и в группе EQ5D3L (n=358) 84%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65267$ при $p=0,740$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=368) 92% и в группе EQ5D3L (n=358) 96%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65758$ при $p=0,902$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=368) 95% и в группе EQ5D3L (n=358) 92%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65778$ при $p=0,929$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=368) 57% и в группе EQ5D3L (n=358) 58%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65195$ при $p=0,780$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=368) 78% и в группе EQ5D3L (n=358) 78%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=65730$ при $p=0,944$);

VI. Подгруппа Б, контрольная группа, 5 волна опроса (ноябрь 2023 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=366) 82%

и в группе EQ5D3L (n=366) 82%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,923$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=366) 79% и в группе EQ5D3L (n=366) 78%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,928$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=366) 78% и в группе EQ5D3L (n=366) 78%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66978$ при $p=1,000$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=366) 86% и в группе EQ5D3L (n=366) 86%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,915$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=366) 75% и в группе EQ5D3L (n=366) 74%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66612$ при $p=0,866$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=366) 76% и в группе EQ5D3L (n=366) 76%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66978$ при $p=1,000$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=366) 30% и в группе EQ5D3L (n=366) 30%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,936$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=366) 84% и в группе EQ5D3L (n=366) 84%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,920$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=366) 92% и в группе EQ5D3L (n=366) 92%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66978$ при $p=1,000$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=366) 94% и в группе EQ5D3L (n=366) 93%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,880$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=366) 58% и в группе EQ5D3L (n=366) 57%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66795$ при $p=0,940$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=366) 80%

и в группе EQ5D3L (n=366) 80%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66978$ при $p=1,000$);

VII. Подгруппа Б, экспериментальная группа, 6 волна опроса (май 2024 года)

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=371) 88% и в группе EQ5D3L (n=366) 88%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67634,5$ при $p=0,873$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=371) 88% и в группе EQ5D3L (n=366) 87%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67778$ при $p=0,945$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=371) 88% и в группе EQ5D3L (n=366) 87%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67778$ при $p=0,945$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=371) 89% и в группе EQ5D3L (n=366) 90%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67805$ при $p=0,954$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=371) 87% и в группе EQ5D3L (n=366) 88%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67590$ при $p=0,857$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=371) 71% и в группе EQ5D3L (n=366) 72%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67418,5$ при $p=0,834$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=371) 35%, в группе EQ5D3L (n=366) 35% и значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67570,5$ при $p=0,893$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=371) 89% и в группе EQ5D3L (n=366) 89%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67624,5$ при $p=0,863$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=371) 99% и в группе EQ5D3L (n=366) 99%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67880,5$ при $p=0,983$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=371) 97% и в группе EQ5D3L (n=366) 97%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66767,5$ при $p=0,123$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале),

в группе EQ5D5L (n=371) 53% и в группе EQ5D3L (n=366) 54%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67398$ при $p=0,843$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=371) 84% и в группе EQ5D3L (n=366) 84%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67669,5$ при $p=0,902$);

VII. Подгруппа Б, контрольная группа, 6 волна опроса (май 2024 года).

Домены, учитывающие социальные критерии оценки КБП:

1. Домен «Атмосфера командной работы» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу работы в команде в группе EQ5D5L (n=369) 81% и в группе EQ5D3L (n=366) 81%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67449$ при $p=0,968$);

2. Домен «Атмосфера безопасности» – доли респондентов группы, позитивно оценивших атмосферу безопасности в группе EQ5D5L (n=369) 83% и в группе EQ5D3L (n=366) 82%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67429,5$ при $p=0,959$);

3. Домен «Удовлетворённость работой» – доли респондентов группы, позитивно оценивших рабочие процессы, связанные с оценкой шкал домена «Удовлетворённость работой», в группе EQ5D5L (n=369) 81% и в группе EQ5D3L (n=366) 81%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=66876$ при $p=0,734$);

4. Домен «Восприятие непосредственного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность непосредственных руководителей (заведующих отделениями или старших медицинских сестёр), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=369) 89% и в группе EQ5D3L (n=366) 88%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67464$ при $p=0,968$);

5. Домен «Восприятие больничного менеджмента/руководства» – доли респондентов группы, позитивно воспринимавших деятельность руководителей высшего звена (главного врача, его заместителей), связанную с обеспечением безопасности пациентов, в группе EQ5D5L (n=369) 72% и в группе EQ5D3L (n=366) 77%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67216,5$ при $p=0,882$);

6. Домен «Рабочие условия» – доли респондентов группы, позитивно оценивших условия работы на рабочем месте в группе EQ5D5L (n=369) 77% и в группе EQ5D3L (n=366) 76%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67032$ при $p=0,814$);

Домен «Распознавание (понимание) стресса» и шкалы, учитывающие индивидуальные критерии оценки КБП:

7. Домен «Распознавание (понимание) стресса» – доли респондентов группы, оценивавших влияние стресса (на себя) как минимальное и не влиявшее на рабочие процессы, связанные с безопасностью пациентов, составили: в группе EQ5D5L (n=369) 24%, в группе EQ5D3L (n=366) 24% и значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67291,5$ при $p=0,912$);

8. Шкала «Если я обращаюсь к руководству с предложениями по повышению безопасности (пациентов), они будут приняты» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=369) 87% и в группе EQ5D3L (n=366) 86%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67269$ при $p=0,880$);

9. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с медсестрами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=369) 93% и в группе EQ5D3L (n=366) 93%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67491$ при $p=0,977$);

10. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с врачами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=369) 96%

и в группе EQ5D3L (n=366) 96%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67504,5$ при $p=0,982$);

11. Шкала «Мне кажется, что у меня хорошее взаимодействие с клиническими фармакологами моего отделения» – доли респондентов группы, согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=369) 66% и в группе EQ5D3L (n=366) 66%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67522,5$ при $p=0,998$);

12. Шкала «У нас в отделении возникает недопонимание, замедляющее процесс лечения» – доли респондентов группы, не согласившихся с утверждением (что оценивалось как позитивная оценка по шкале), в группе EQ5D5L (n=369) 81% и в группе EQ5D3L (n=366) 81%, значимо не отличались (критерий Манна-Уитни $U=67425$ при $p=0,958$).