

средней успеваемостью – 16 % (26) и у респондентов с низкой успеваемостью показатель составил 32 % (15).

Отвечая на вопрос, вызывает ли исчезновение доступа к социальным сетям тревогу и беспокойство, у опрошенных с низкой успеваемостью показатель тревоги и беспокойства составил 63 % (29), у опрошенных со средней успеваемостью – 49 % (78) и у опрошенных с высокой успеваемостью – 49 % (71).

Интернетом и социальными сетями готовы пользоваться только для учебы 21 % (31) респондентов с высоким уровнем успеваемости, 15 % (25) респондентов со средним уровнем успеваемости, 15 % (7) – с низким уровнем успеваемости.

Группа опрошенных с высокой успеваемостью использует социальные сети для поиска информации – 94 % (136), развлечения – 80 % (116), общения – 68 % (98). Группа респондентов со средней успеваемостью используют социальные сети для поиска информации – 84 % (135), развлечения – 79 % (127), общения – 64 % (103). В свою очередь, группа опрошенных с низкой успеваемостью используют социальные сети для поиска информации – 76 % (35), развлечения – 85 % (39), общения – 67 % (31).

### **Выводы**

Анализируя полученные данные, респонденты с низким уровнем успеваемости больше проводят время в социальных сетях (4 часа в сутки), чем респонденты с высоким и средним уровнем успеваемости (3,2 часа в сутки).

Студенты с низким средним баллом чаще выбирают социальные сети вместо изучения нового материала, либо прогулки с друзьями – 32 %, в свою очередь этот показатель у респондентов со средним уровнем успеваемости составляет 16 % и у респондентов с высоким уровнем – 12 %.

Внезапное исчезновение доступа к социальным сетям вызывает наибольшее беспокойство и тревогу у опрошенных с низкой успеваемостью 63 %, у респондентов со средней успеваемости показатель составляет 49 %, с высокой успеваемостью – 49 %.

### **СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**

1. Сазанов, В. М. Социальные сети как новая общественная сфера. Системный анализ и прогноз / В. М. Сазанов. – М.: Лаборатория СВМ, 2010. – 180 с.
2. Ахтемьянова, З. А. Социальная психология: учебник / З. А. Ахтемьянова. – М.: Эксмо, 2018. – 371 с.

**УДК 614.253.1/89**

**Д. Н. Калинин, А. И. Атрахимович, Д. С. Шатонская, А. В. Башлакова**

*Научные руководители: д.м.н., проф. Т. М. Шаршакова,  
к.м.н., доцент Н. Э. Колчанова*

*Учреждение образования  
«Гомельский государственный медицинский университет»  
г. Гомель, Республика Беларусь,*

## **НОВЫЙ ВЗГЛЯД НА СИСТЕМУ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ЧЕРЕЗ ЧЕЛОВЕКОЦЕНТРИЧНУЮ ТРАНСФОРМАЦИЮ**

### **Введение**

Термин «человекоцентричность» (англ. – human-centricity) означает, что в центре процесса или организации находится человек со своими ценностями, потребностями и приоритетами. Человекоцентричный подход должен быть основой оказания услуг в социальной сфере – например, в медицине и социальном обслуживании [1]. Согласно

последним исследованиям, наблюдается тенденция к переходу от традиционной модели здравоохранения, ориентированной вокруг врача, к модели, ориентированной на пациента, и далее, к модели, ориентированной вокруг пациента и его семьи [2]. Беларусь также поддерживает этот тренд. В системе здравоохранения все чаще используется понятие «пациентоориентированности» как одного из ключевых элементов оказания современной медицинской помощи. При этом в центре внимания находятся разные аспекты данного понятия, среди которых влияние пациентоориентированности врача на вовлеченность пациента в лечение, пациент-ориентированная модель управления медицинской организацией, пациент-ориентированная система оказания медицинской помощи в условиях цифровой трансформации, клиентоориентированность медицинских учреждений и другие [3]. Однако в настоящее время остаются малоизученными валидные методики создания пациентоориентированной медицинской организации, а внедрение принципов пациентоориентированности еще далеко от завершения.

### ***Цель***

Проанализировать существующие подходы к организации медицинской помощи в здравоохранении Республики Беларусь с учетом человекоцентричной трансформации.

### ***Материал и методы исследования***

В процессе исследования было проведено анкетирование медицинских работников (73 человека) и пациентов (53 человека), находящихся на стационарном лечении в больницах города Гомеля. Для медицинских работников и пациентов были разработаны анкеты, состоящие из 10 вопросов. Сбор данных проводился путем самозаполнения опросника онлайн с применением платформы Google. Перед заполнением опросника получили информированное согласие у респондентов, а также разъясняли цель исследования, информировали их о конфиденциальности данных. При составлении опросника для медицинских работников учитывались социально-экономические факторы, обусловленные отношением работников к трудовой деятельности, психологический климат в коллективе, материальное и моральное стимулирование; технические и организационные факторы, условия и предметы трудовой деятельности, режим отдыха и наличие рекреационной зоны для этого. Для пациентов – учитывались факторы удовлетворенности лечением и отношением врача, отдельно были выделены факторы оценки больницы (территория больницы, комфортность палаты, возможность обследования) и лечащего врача (эмоциональная поддержка, достаточная частота встреч, эмпатия, уважительное отношение, объяснение причин заболевания и действия лекарств, способность доступно объяснять информацию).

### ***Результаты исследования и их обсуждение***

Структура и процесс улучшений в области человекоцентричной помощи опирается на партнерские отношения между руководством, персоналом, пациентами и их семьями для выявления приоритетов, разработки и оценки мероприятий по совершенствованию работы в направлении оказания медицинских услуг. Кроме того, в современном обществе одним из важных критериев является человекоцентричный дизайн организаций здравоохранения и прилегающих к ним территорий. Основная его идея заключается в том, чтобы сместить фокус внимания с пациента, не уменьшая при этом спектр и качество оказываемых ему медицинских услуг, на условия, в которых происходят процессы лечения, диагностики, работы и отдыха. Любая ориентированная на человека помощь должна начинаться с изучения потребностей и поведения людей, на которых мы хотели бы в дальнейшем повлиять нашими решениями.

Проведенное анкетирование для врачей позволило ответить на следующие вопросы. «Насколько место Вашей работы полностью оборудовано и позволяет Вам работать комфортно?»: 1–3 балла – 12,5 %, 4–6 баллов – 45,8 %, 7–10 баллов – 41,7 %. «Чем бы

вы хотели дополнить свое рабочее место для полного комфорта?»: наибольшее количество респондентов выбрали отдельный кабинет – 25,7 %, диван – 22,9 %, компьютер – 18,6 %. «Нужна ли Вам зона отдыха?»: да – 90,3 %, нет – 9,7 %. «Чтобы Вы хотели видеть в зоне отдыха?»: зеленые насаждения, беседки – 87,5 %, асфальтированная площадка, отсутствие мест для сидения – 12,5 %. «Какие материалы Вы хотели бы, чтобы дизайнеры использовали для отделки и декорирования помещений?»: натуральные – 57,7 %, экологичные – 36,6 %, искусственные – 5,7 %. «Что для Вас значит идеальный пациент?»: из представленных вариантов большинство выбрало: умение кратко и четко излагать жалобы – 50 %, выполнение рекомендаций врача – 48,6 %, уважение, признание авторитета врача – 37,5 %. «Какие элементы мотивации есть в Вашем медицинском учреждении?»: варианты набравшие большее количество голосов: курсы повышения квалификации – 42,6 %, путевки в санаторий – 25 %, хорошая премия – 20,6 %. «Как часто Вы проводите время с коллегами в нерабочей обстановке?»: очень редко – 41,1 %, часто – 35,6 %, не провожу – 20,5 %. «В Вашем коллективе дружеские отношения?»: да – 83,3 %, нет – 16,7 %. «Часто ли Вы советуется с коллегами?»: да – 84,9 %, нет – 15,1 %.

Анкетирование для пациентов позволило ответить на следующие вопросы. «Удовлетворяет ли Вас внутренний вид больниц?»: да – 37,9 %, частично – 37,9 %, нет – 24,1 %. «Какой цвет должен преобладать в медицинском учреждении?»: наиболее многочисленными были варианты ответов: голубой – 44,6 %, зеленый – 23,2 %, белый – 8,9 %. «Чтобы вы хотели добавить в интерьер больницы?»: более распространенные ответы были: кофейный автомат – 56,9 %, растения – 53,4 %, телевизор – 41,4 %. «Какое освещение Вы предпочитаете?»: теплый свет – 60,3 %, холодный свет – 39,7 %. «Как часто Вы хотели бы видеться с родственниками?»: каждый день – 52,6 %, раз в неделю – 45,7 %, не встречаться – 1,7 %. «Факторы, которые заставляют Вас в медицинском учреждении испытывать негативные эмоции?»: из представленных вариантов большинство выбрало: большая очередь – 43,9 %, неприятные запахи – 35,1 %. «Чтобы Вы добавили в качестве зоны отдыха в медицинском учреждении?»: большинство респондентов выбрало: рекреационная зона с зелеными растениями и приятной музыкой – 52,6 %, библиотека – 22,8 %, тренажерный зал – 14 %. «Как Вы считаете, должен ли врач обсуждать личные вопросы пациента?»: нет – 55,2 %, да – 44,8 %. «Читаете ли Вы стенды и плакаты, размещенные в медицинских учреждениях?»: да – 86,2 %, нет – 13,8 %. «Оптимальное для Вас число пациентов в палате?»: 1 – 34,5 %, 2 – 56,9 %, более 3 – 8,6 %.

### **Выводы**

Проведенное пилотное исследование показало, что высокий процент респондентов как со стороны медицинских работников, так и со стороны пациентов отмечают необходимость наличия комфортных рекреационных зон с использованием натуральных и экологических материалов, а также совместное с пациентом планирование лечения, которое может включать информирование о доступных вариантах медицинской помощи, поощрение участия пациентов и их семей в совместном принятии решений.

Человекоцентричный подход, в первую очередь, фокусируется на человеке и его ощущениях, поэтому, чтобы действительно способствовать здоровью, хорошему самочувствию и целостному уходу, нужно выйти за рамки истории болезни пациента, создать комфортные условия, в которых он сможет себя ощущать защищенным, будет видеть заботу и заинтересованность в его выздоровлении со стороны медицинского персонала, получать поддержку родных и, в тоже время, находится в социуме. Не стоит забывать о поддержке самих врачей, их мотивацию, улучшение условий труда, развитие лидерства, управление взаимоотношениями. Таким образом, можно выделить три основные характеристики человекоцентричного подхода, применимых к организациям здравоохранения:

понимание людей, как пациентов, так и врачей, непрерывное участие заинтересованных сторон и системный подход.

#### СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

1. Цыганков Б.Д., Малыгин Я.В., Гатин Ф.Ф. Ключевые факторы удовлетворенности стационарной психиатрической помощью пациентов с депрессивными и невротическими расстройствами. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2015. – 115 №3. – С. 78–82. <https://doi.org/10.17116/jnevro20151153178-82>.
2. Концепция организационной модели пациент-ориентированной системы оказания медицинской помощи в условиях цифровой трансформации здравоохранения / Р. А. Хальфин // Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2019. – № 11–12.
3. Бурцева, О. С. Клиентоориентированность медицинских учреждений: ожидания населения и готовность медицинских организаций / О. С. Бурцева, Т. Ю. Стуцен // Вестник ОмГУ. Серия: Экономика. – 2016. – № 2.

УДК 614.253

**В. К. Колеснева**

*Научный руководитель: м.м.н., ассистент Д. В. Ковалевский*

*Учреждение образования*

*«Гомельский государственный медицинский университет»*

*г. Гомель, Республика Беларусь*

#### ЛИЧНОСТНЫЕ И ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КАЧЕСТВА ВРАЧА

##### ***Введение***

При подготовке медицинских кадров всегда большое внимание уделялось формированию не только профессиональных знаний и умений, но и его морально-нравственному развитию. В настоящее время личность врача рассматривается как центральный компонент системы врачебной деятельности, обеспечивающий ее направленность и успешность функционирования в решении гуманистической цели врачебного труда [1].

В постиндустриальной цивилизации в условиях развитого информационного пространства человечество стало не только более грамотным в вопросах здоровья, но и требовательным в вопросах личного участия при обсуждении проблем, недоверчивым к знаниям молодых специалистов в частности и медицинскому сообществу в целом. Сегодня, для пациентов важны не только профессиональные качества врача, но и умение строить межличностные взаимоотношения для достижения положительных результатов [2, 3].

В этой связи, для современного здравоохранения, можно выделить проблему коммуникативности, в частности психолого-педагогическую неподготовленность медицинских кадров к межличностным взаимоотношениям «врач-пациент», как к одному из важнейших показателей качества службы здоровья

##### ***Цель***

Выявить особенности личностных и профессиональных качеств практикующих врачей и студентов-медиков.

##### ***Материал и методы исследования***

В соответствии с поставленной целью исследования объектом для изучения выступают студенты 1–6 курса УО «Гомельский государственный медицинский университет» и практикующие врачи организаций здравоохранения г. Гомель в количестве 420 респондентов.

В качестве метода исследования было использовано анкетирование студентов-медиков и врачей разных специальностей. Все исследования были выполнены с информированного согласия с соблюдением этических стандартов, гарантирующих уважение ко всем субъектам исследования и конфиденциальность информации.