

сутствии необходимости резкого увеличения донорского контингента, а также о существующем потенциале при возможном увеличении потребности в компонентах крови.

2. Отличительные особенности современного развития службы крови — более строгий отбор доноров, разработка и внедрение новых технологий, повышающих безопасность донорских процедур, что гарантирует обеспечение лечебного процесса эффективными гемотранфузионными средами высокого качества.

3. Основной задачей службы крови Республики Марий Эл остаётся увеличение доли активных доноров, регулярно сдающих кровь, что позволит повысить безопасность выпускаемых гемокомпонентов и обеспечить стабильность работы службы крови. Для решения этой задачи недостаточно только анализа статистических данных. Знание основных социологических характеристик различных групп доноров и мотивационных факторов в формировании донорской активности позволит выявить приоритетные направления деятельности, что и определяет задачи дальнейших исследований.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Асадов Ч.Д., Гаджиева П.Ш., Аббасова Г.Б., Гаджиев А.Б. Демографические, социальные аспекты и мотивация донорства крови в Азербайджане // *Вестн. службы крови*. — 2011. — №4. — С. 10-15.
2. Гришина О.В. Опыт и перспективы государственного регулирования проблем донорства крови // *Трансфузиология*. — 2009. — Т. 10, №3-4. — С. 4-10.

3. Дашкова Н.Г. Обеспечение инфекционной безопасности гемотрансфузий // *Вестн. службы крови*. — 2006. — №3. — С. 12-16.

4. Жибурт Е.Б. Бенчмаркинг заготовки и переливания крови. Руководство для врачей. — М.: РАЕН, 2009. — 364 с.

5. Жибурт Е.Б. Связанное с трансфузией острое повреждение лёгких (ТРАЛИ). — М.: Национальный медико-хирургический центр имени Н.И. Пирогова, 2010. — 60 с.

6. Клюева Е.А., Спирина Е.В., Жибурт Е.Б. Социология и мотивация доноров Ивановской области // *Вестн. службы крови*. — 2010. — №3. — С. 5-13.

7. Краткие итоги Всероссийской переписи населения 2010 г.: доклад Территориального органа Федеральной службы государственной статистики по Республике Марий Эл. — <http://www.maristat.mari.ru> (дата обращения: 27.07.2012).

8. Сапрыкина А.Г., Кудинова Е.В., Косов А.И. Технологические и управленческие решения по оптимизации донорства, принятые в службе крови Самарской области // *Вестн. службы крови*. — 2008. — №2. — С. 5-8.

9. Селиванов Е.А., Данилова Т.Н., Дегтярёва И.Н. и др. Служба крови России в 2006 году // *Трансфузиология*. — 2007. — №3-4. — С. 3-22.

10. Селиванов Е.А., Чечёткин А.В., Данилова Т.Н., Григорьян М.Ш. Деятельность службы крови России в 2010 году // *Трансфузиология*. — 2011. — №4. — С. 5-13.

11. Селиванов Е.А., Бессемельцев С.С., Дуткевич И.Г. и др. Современные проблемы донорства в Российской Федерации // *Вестн. службы крови*. — 2011. — №1. — С. 5-14.

12. France C.R., France J.L., Kowalsky J.M., Cornett T.L. Education in donation coping strategies encourages individuals to give blood: further evaluation of a donor recruitment brochure // *Transfusion*. — 2010. — Vol. 50, N 1. — P. 85-91.

УДК 614.23: 614.252.1: 614.258 (575.3)

Н04

## ОСОБЕННОСТИ СТАНОВЛЕНИЯ ВРАЧА-СПЕЦИАЛИСТА В СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ ТАДЖИКИСТАН

*Илхомджон Сиродждинович Бандаев\**, *Салохидин Раджабович Миралиев*

*Таджикский государственный медицинский университет, г. Душанбе*

### Реферат

**Цель.** Изучение особенностей и определение основополагающих принципов рационального формирования высококвалифицированного врача-специалиста в Республике Таджикистан.

**Методы.** Проведено комплексное изучение процесса формирования врача. Проанализированы данные из учреждений первичной медико-санитарной медицинской помощи, госпитального и высокоспециализированного уровня Республики Таджикистан, кафедр академических баз, учебно-клинических центров семейной медицины. Объектом наблюдения были 256 преподавателей и врачей-слушателей, проходивших непрерывное обучение в образовательных учреждениях страны в течение 2000–2012 гг.

**Результаты.** Специальность меняли 90 (35,2%) из 256 врачей, из них 48 (18,8%) — 1 раз, 26 (10,2%) — 2 раза, 12 (4,9%) — 3 раза, 3 (1,3%) человека — 4 раза и более. Показатель «доля стажа работы по избранному профилю в общем врачебном стаже» составил в среднем 84,3%. Больше половины врачей (137 из 256, 53,5%) работали в одном учреждении, а оставшаяся часть (119 человек, 46,5%) меняла место работы, в том числе 1 раз — 36 (30,3%), 2 раза — 10 (8,4%), 3 раза и более — 9 (7,6%) человек. Росту квалификации препятствовало изменение врачами профиля деятельности. Доля врачей, имевших квалификационную категорию по избранной специальности, отчётливо росла с увеличением стажа работы по профилю и непосредственно по данной специальности. Категорию имели 65 (25,4%) из 256 врачей, из них высшую — 15 (5,9%), первую — 34 (13,3%), вторую — 16 (6,2%) человек. Доля имевших квалификационную категорию увеличивалась на 8,0% у врачей со стажем 1–10 лет и на 39,4% у врачей со стажем более 20 лет.

**Вывод.** Формированию специалиста способствует постоянная работа в одном учреждении, а частая смена места работы сдерживает «закрепление» врачей в первоначальной специальности и препятствует повышению профессиональной квалификации.

Адрес для переписки: [ibandaev@mail.ru](mailto:ibandaev@mail.ru)

**Ключевые слова:** организация здравоохранения, становление врача, формирование специалиста, врачебная специальность, квалификационная категория.

**FEATURES OF MEDICAL SPECIALIST FORMATION IN THE REPUBLIC OF TAJIKISTAN** I.S. Bandaev, S.R. Miraliev. *Tajikistan State Medical University, Dushanbe, Tajikistan.* **Aim.** To study the features and to define the fundamental principles of rational training of the highly skilled specialist doctor in the Republic of Tajikistan. **Methods.** Complex analysis of the doctor's formation and training process was performed. Data from the ambulatory, hospital and highly specialized medical care segments, academic faculties, teaching and clinical centers of family medicine of the Republic of Tajikistan were examined. 256 tutors and student doctors trained in the educational institutions of the Republic of Tajikistan from 2000 to 2012 were questioned. **Results.** 90 (35.2%) out of 256 doctors have changed their specialty, among them 48 (18.8%) – once, 26 (10.2%) – twice, 12 (4.9%) – 3 times, 3 (1.3%) doctors – 4 times and more. The average share of the current specialty experience from the total medical experience was equal to 84.3%. Over a half of the doctors (137 out of 256, 53.5%) were working for one employer in their career, the rest (119 out of 256, 46.5%) have changed the job, among them: 36 (30.3%) – once, 10 (8.4%) – twice, 9 (7.6%) – three times and more. Specialty changes hindered the aggrandizement. A share of the doctors having the higher qualification grade increased with the overall experience and the experience on the given specialty. 65 out of 256 (25.4%) doctors had the qualification degree, among them: 15 (5.9%) – highest degree, 34 (13.3%) – first degree, 16 (6.2%) – second degree. The number of the doctors with highest qualification degree was higher by 8.0% in doctors with 1–10 years of specialty experience and by 39.4% in doctors with specialty experience over 20 years. **Conclusion.** Constant regular work for one employer favored the specialist formation, whilst frequent job change halts the doctor's «anchoring» in one exact specialty and hampers the professional growth. **Keywords:** healthcare management, medical training formation of a doctor, medical specialty, qualification degree.

Процесс радикальных преобразований в мировой экономике оказал влияние и на здравоохранение Республики Таджикистан, предопределив необходимость реформирования системы здравоохранения [1, 4, 5]. В настоящее время во всём мире качество образования является одним из факторов, определяющих национальную безопасность [2, 3], базисом развития страны [6, 7].

Необходимо признать, что существующая система непрерывного медицинского образования врачей, в том числе семейных, по данным литературы, отчётным документам, а также исходя из педагогической практики, не в полной мере соответствует современным требованиям. Известно, что вся система непрерывного образования медицинских кадров направлена на становление высококвалифицированного специалиста, отвечающего современным требованиям. При изучении профессионального маршрута врачебных кадров нами установлено, что значительная часть из них меняла специальность в процессе своей трудовой деятельности, порой неоднократно, что является негативным моментом и тормозит процесс формирования высококвалифицированного врача-специалиста.

Цель исследования – изучить особенности и определить основополагающие принципы рационального формирования высококвалифицированного врача-специалиста.

В качестве базы исследования были использованы учреждения первичной медико-санитарной медицинской помощи, госпитального и высокоспециализированного уровня, кафедры академических баз, учебно-клинические центры семейной медицины. Объектом наблюдения были 256 преподавателей и врачей-слушателей, проходивших непрерывное обучение в образовательных учреждениях страны в течение 2000–2012 гг.

Проведено комплексное изучение процесса формирования высококвалифицированного врача-специалиста с применением социологических и статистических методов.

Специальность меняли 90 (35,2%) из 256 врачей, из них 48 (18,8%) – 1 раз, 26 (10,2%) – 2 раза, 12 (4,9%) – 3 раза, 3 (1,3%) человека – 4 раза и более. Полученные данные о частоте изменения специальности (35,2%) соответствуют данным зарубежных авторов (34,4–46,5%).

С позиции подготовки и использования молодых специалистов особое внимание привлекают случаи первого изменения профиля. Оно чаще всего происходило в самом начале профессиональной деятельности, в частности в течение первого года, то есть практически сразу же после окончания вузовского обучения.

Среди представителей разных специальностей относительная численность менявших профиль была разной. Самые низкие показатели отмечены у врачей базисных специальностей: стоматологов – 2 (6,25%) из 32, акушеров-гинекологов – 5 (10,0%) из 50, неврологов – 3 (13,6%) из 22 человек. Самые высокие показатели: социаль-гигиенисты – 11 (78,6%) из 14, специалисты терапевтического профиля – 73 (76,0%) из 96.

Неравномерность частоты изменения профиля деятельности у разных специалистов может свидетельствовать о более высоком престиже определённых специальностей (стоматолог, акушер-гинеколог, невролог) по отношению к другим (социал-гигиенист, врач-функционалист, врач-лаборант).

Респонденты указывали следующие причины изменения профиля деятельности:

- желание работать по более узкой специальности – 45 (50,0%) из 90;
- трудности с трудоустройством по ранее приобретённой специальности – 20 (22,2%) из 90;
- состояние здоровья – 14 (15,6%) из 90;
- прочие – 11 (12,2%) из 90.

Профессиональный рост врача, как правило, связан со стажем его работы по специальности. В такой ситуации стаж работы по вновь избранному профилю всегда будет составлять лишь часть общего врачебного стажа. Логично предположить, что чем эта часть меньше, тем менее ра-

ционально шло формирование врача как специалиста. В связи с этим нами для характеристики процесса формирования специалиста использован такой показатель, как «доля стажа работы по избранному профилю в общем врачебном стаже» (ДСП). У изученного контингента этот показатель составил в среднем 84,3%. При этом у 201 (78,5%) из 256 врачей показатель варьировал от 96,0 до 100,0%, у 23 (9,0%) — от 1,0 до 50,0%, у 17 (6,6%) — от 51,0 до 75,0%, у 15 (5,9%) — от 76,0 до 95,0%. Естественно, что величина ДСП меньше у врачей, меняющих профиль деятельности, и чем позднее происходило это событие, тем меньше величина показателя.

Так, почти у всей группы врачей, которые меняли профиль через 10 лет и больше после начала профессиональной деятельности (73,8%), ДСП не превысила половины их врачебного стажа, а при смене профиля в первые 4 года ДСП вдвое меньше (30,8%). Промежуточное положение занимают врачи, изменившие профиль на 5–9-м году профессиональной деятельности (60,1%).

Состав по величине ДСП существенно отличался у врачей отдельных специальностей. Максимальные значения ДСП на уровне 96,0–100,0% отмечены преимущественно у врачей базисных специальностей, в том числе у 31 (96,9%) из 32 стоматологов, 45 (90,0%) из 50 акушеров-гинекологов и у 53 (88,3%) из 60 хирургов. Также высок уровень ДСП у неонатологов — 10 (83,3%) из 12, неврологов — 19 (86,4%) из 22, кардиологов — 18 (85,7%) из 21. Самый низкий уровень ДСП (от 1,0 до 50,0%) по специальности социал-гигиенист — 6 (42,9%) из 14.

В качестве показателя, позволяющего дать оценку процесса формирования специалистов, может быть использован уровень их профессиональной квалификации. Квалификация врачей-специалистов определяется по трём квалификационным категориям. В связи с приобретением суверенитета пересмотрены основные моменты положения об аттестации медицинских и фармацевтических кадров в республике. В частности, пересмотрены сроки присвоения категории и изменён порядок аттестации. Организация и проведение аттестации возложены на аттестационную комиссию Министерства здравоохранения Республики Таджикистан.

Среди изученного нами контингента врачей квалификационную категорию имели 65 (25,4%) из 256 врачей, из них высшую — 15 (5,9%), первую — 34 (13,3%), вторую — 16 (6,2%). Доля имевших квалификационную категорию увеличивалась от 8,0% у врачей со стажем 1–10 лет до 39,4% у врачей со стажем 21 год и более. Росту квалификации препятствовало изменение врачами профиля деятельности. Относительная численность менявших профиль специальности среди врачей, имевших квалификационную категорию, была в 1,2 раза меньше (22,8%), чем среди остального контингента (26,5%). Особенно неблагоприятно влияет позднее изменение профиля, через 5–9 лет и более от начала профессиональной деятельности.

Следует отметить, что подавляющее большинство (55 из 65 человек, 84,6%) врачей, имевших квалификационную категорию, меняли профиль специальности в первые 1–4 года своей деятельности. Последних среди не имевших категории было значительно меньше — 60 (66,7%) из 90 человек. Из этой группы врачей почти каждый третий (33,1%) менял профиль через 5–9 лет и позднее от начала профессиональной деятельности.

Выраженным препятствием для роста квалификации врачей следует считать однократную смену профиля деятельности. Таких врачей, имеющих квалификационную категорию, значительно меньше (10 из 65, 15,4%), чем среди врачей со стабильной специальностью (49 из 65, 75,4%).

Относительная численность аттестованных на квалификационную категорию варьирует по отдельным специальностям. Наиболее высокий уровень (42,0–58,1%) отмечен среди акушеров-гинекологов, хирургов, социал-гигиенистов, минимальный — у врачей лабораторно-диагностического профиля (10,0–13,6%). Аттестованные на категорию не по настоящей специальности составили подавляющее большинство только среди социал-гигиенистов (12 из 14 человек, 85,7%), так как переход в социальную гигиену сопровождался изменением профиля и утратой прежней профессиональной квалификации.

Доля врачей, имевших квалификационную категорию по избранной специальности, отчётливо росла с увеличением стажа работы по профилю и непосредственно по данной специальности (максимальное значение — при стаже работы 21 год и более). Достоверность и сила влияния величины стажа на уровень показателя проверены с помощью дисперсионного анализа, сила влияния этого фактора достаточно велика и составляет 24,8%.

Следует отметить, что специалисты, имевшие квалификационную категорию по избранной специальности, чаще [8 (12,3%) из 65 человек против 7 (10,8%) из 65 врачей без категории] начинали работу с базисной и только затем переходили в более узкую специальность выбранного профиля ( $p < 0,01$ ).

На формирование врачей-специалистов может оказать влияние и частота смены места работы, порою вынужденной, связанной с семейными обстоятельствами. Нередки случаи, когда изменение места работы сопряжено с невозможностью работать по желаемой специальности или своевременно пройти повышение квалификации. По нашему мнению, частая смена места работы может сдерживать процесс «закрепления» врачей в специальности и препятствовать росту их профессиональной квалификации.

Подавляющее большинство (178 из 256, 69,5%) изученного контингента врачей начинали профессиональную деятельность в учреждениях городского типа, треть (78 из 256, 30,5%) — в учреждениях сельского здравоохранения. На момент исследования относительная численность

врачей, работавших в учреждениях сельского здравоохранения, практически не изменилась и составила 78 (30,5%) из 256 человек. Каждый пятый врач работал в городских центрах здоровья — 51 (19,9%) из 256, в центральных районных и сельских центрах здоровья — 60 (23,4%) человек, а в диспансерах — только 10 (3,9%) врачей.

Среди изученного контингента больше половины (137 человек, 53,5%) работали в одном учреждении, а оставшаяся часть (119 врачей, 46,5%) меняли место работы, в том числе 1 раз — 36 (30,3%) человек, 2 раза — 10 (8,4%), 3 раза и более — 9 (7,6%). Доля постоянно работавших в одном учреждении была больше среди женщин (72 из 137 человек, 52,6%), чем среди мужчин (65 из 137, 47,4%). Доля постоянно работавших в одном учреждении уменьшалась с увеличением рабочего стажа и составляла у врачей со стажем от 11 до 20 лет 49 (36,1%) человек, а свыше 21 года — 18 (13,1%) из 137 врачей. Доля постоянно работавших в одном учреждении в городе составила больше половины — 74 (54,0%), в сельских учреждениях здравоохранения — 63 (46,0%) из 137 человек. Относительная численность врачей, постоянно работавших в одном учреждении, была максимальной в стоматологических учреждениях — 4 (33,3%) из 12, она была несколько меньшей в учреждениях скорой медицинской помощи — 2 (28,6%) из 7.

Закрепление врачей по месту работы может способствовать более рациональному формированию их как специалистов. Об этом, в частности, свидетельствует величина ДСП. Максимальное значение этого показателя (96,6%) отмечено у большинства врачей (84,9%), постоянно работавших в одном учреждении. У врачей, менявших место работы, доля людей с высокими значениями ДСП оказалась значительно меньше (64,5%).

Доля постоянно работавших в одном учреждении увеличивалась с 48,2% у врачей со стажем работы по специальности 1–10 лет до 62,3% при стаже 21 год и более. Постоянная работа в одном учреждении способствовала росту квалификации врачей. Среди врачей, аттестованных на квалификационную категорию, 52,2% постоянно работали в одном учреждении.

Относительная численность врачей, постоянно работавших в одном учреждении, варьировала в зависимости от специальности. Она максимальна у бактериологов (70,0%), терапевтов (67,5%), неонатологов (61,6%). Низкие уровни этого показателя зарегистрированы у рентгенологов

(45,4%) и социал-гигиенистов (48,3%). Указанные показатели в определенной степени зависят от того, насколько широко представлена сеть учреждений, где могут найти себе применение те или иные специалисты.

## ВЫВОДЫ

1. В качестве показателя, позволяющего дать оценку процесса формирования специалиста, могут быть использованы уровень профессиональной квалификации и занимаемая должность.
2. На процесс формирования врача-специалиста может оказать влияние частота смены места работы.
3. Формированию специалиста способствует постоянная работа в одном учреждении, а частая смена места работы сдерживает «закрепление» врачей в первоначальной специальности и препятствует повышению профессиональной квалификации.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Анишкина Н.Н. Дополнительное профессиональное образование и социально-экономическое развитие регионов // Доп. проф. образован. — 2006. — №5. — С. 1–4.
2. Беркаш С.В. Информационные технологии как средство повышения эффективности образовательного процесса СПО / В кн.: Проблемы и перспективы многоуровневой подготовки специалистов здравоохранения. — Киров, 2006. — С. 162–164.
3. Валова Е.Н. Инновации в системе непрерывного образования специалистов среднего звена / В кн.: Проблемы и перспективы многоуровневой подготовки специалистов здравоохранения. — Киров, 2006. — С. 172–174.
4. Шехов А.Д., Гулова М.О., Джабарова Т.С. Законодательное и финансовое обеспечение ВОП как один из индикаторов эффективной и качественной медицинской помощи // Вестн. семейн. мед. для врачей первичн. звена здравоохран. — 2008. — №7. — С. 24–25.
5. Стародубов В.И., Савельева Е.Н., Короткова А.В. Преподавание вопросов управления качеством в системе непрерывного медицинского образования // Пробл. управл. здравоохран. — 2003. — №1. — С. 52–56.
6. World Federation for Medical Education. Basic medical education. WFME global standards for quality improvement. — WFME, Copenhagen, 2007. — [http://www.fmh.ch/files/pdf4/wfme\\_global\\_standards\\_e.pdf](http://www.fmh.ch/files/pdf4/wfme_global_standards_e.pdf) (дата обращения: 10.12.12).
7. WFME task force on defining international standards in basic medical education. Report of the working party, Copenhagen, 14–16 October 1999 // Med. Educ. — 2000. — Vol. 34. — P. 665–675.