

УДК 316.663:614.2]-057.177.2  
DOI: 10.26435/UC.V012(35).524

С.Л. Бойко, М.Ю. Сурмач

УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь

## ИМИДЖ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ РУКОВОДИТЕЛЯ

Социальный статус профессиональных групп, в том числе врачей и медицинского персонала в целом, не является стабильным, поскольку зависит от социальных и экономических трансформаций в обществе. Реформирование здравоохранения инициирует изменения социального статуса медицинских работников [1, 2]. По изменениям, происходящим в статусе врача, можно судить об адекватности реформирования системы здравоохранения [3].

Внедрять реформы в практику – удел руководителей здравоохранения. При этом, как указывают В.А. Архангельский и Н.Н. Седова, «социальные условия их деятельности приближаются к экстремальным, поскольку статусные характеристики включают несколько конфликтующих социальных ролей» [4]. Данные авторы изучали, какие именно роли выполняют руководители в своей профессиональной деятельности, каким образом совмещаются эти профессиональные роли в деятельности руководителя ЛПУ и какие личностные качества необходимы для их успешной реализации. Еще в середине двадцатого века известным социологом Т. Парсонсом в его работе «Пропаганда и социальный контроль» (1942) было отмечено, что медицинская профессия является моделью неэгоистической ориентации действия (non-selfish action orientation) [5], к которой предъявляются четкие критерии профессиональной роли. Первый из них – требование формализованной специальной подготовки, сопровождающейся институционализированными моделями контроля. Второй – наличие навыков реализации полученных профессиональных знаний. Третий критерий, который Т. Парсонс называет «заключительный центральный критерий», – это наличие у свободных профессионалов уверенности в том, что их компетенция используется в интересах всей социальной системы, то есть имеет место альтруистическая мотивация труда [4]. В исследованиях В.А. Архангельского и Н.Н. Седовой подчеркивается, что, с одной стороны, все три критерия, выделенные Т. Парсонсом, сохраняют свою актуальность, с другой – появляются совершенно но-

вые требования экономического характера, реализация которых в конечном итоге приводит к внутриличностному конфликту и даже психологическому кризису. Авторами на примере деятельности руководителя санаторно-курортной организации России установлено, что для реализации принятого алгоритма экономической деятельности руководителя санаторно-курортной организации необходимо, во-первых, помимо медицинского иметь еще и экономическое образование, во-вторых, необходимы «не просто организаторские качества, а такие, которые позволили бы создать команду» (то есть качества и формального, и неформального лидера), в-третьих, «должен иметь место необходимый уровень медицинских, технических, социологических, маркетинговых знаний». . Главный вывод авторов: «реализовать данный алгоритм действия не способна личность, для которой ведущим типом деятельности является альтруистический» [4]. Эмпирические данные, полученные авторами, показывают, что руководители санаториев «характеризуются личностной направленностью «на дело», ориентированы на решение профессиональных задач, обладают упорством, настойчивостью, работоспособностью в достижении профессиональных результатов, однако у них могут возникать проблемы в сфере межличностного взаимодействия», а также «наблюдается пониженный эмоциональный фон, синдром хронической усталости, увлеченность работой в ущерб личностному росту и самосовершенствованию» [4].

Частным и объективным следствием дисбаланса социальной роли медицинского работника становится профессиональное выгорание. Так, по данным по данным исследования, в котором приняли участие 1668 врачей, проживающих в Томской области Российской Федерации, профессиональное выгорание зарегистрировано у 99%, каждый третий специалист имеет крайне высокую его степень. Для врачей с

признаками профессионального выгорания характерна деформация отношений с пациентом в аспекте негативных и циничных установок. Врачи районных учреждений Томской области более подвержены профессиональному выгоранию в сравнении со специалистами городских медицинских организаций [6]

Отдельные позиции в медицине, здравоохранении и социологии медицины занимают гендерные исследования [7]. Понятие «гендер» трактуется как социокультурное оформление биологического пола человека, которое включает социальные и биологические признаки, основным при этом является ментальный компонент. В каждом гендере выделяют соответствующие стереотипы поведения и образ жизни, которые гипотетически могут накладываться отпечаток на профессиональное поведение человека.

Анализ публикаций последних лет показывает, что одним из недостаточно изученных в современном менеджменте в здравоохранении направлений являются исследования гендерных особенностей руководителей (социальная роль, психологический портрет, особенности принятия решений, мнения и т.д.), что связано с изменением соотношения количества мужчин и женщин на управленческих должностях в различных сферах. Понятие «гендер» подразумевает, что личностные и деловые качества мужчин и женщин детерминированы социально и оказывают влияние на все социальные процессы и социальные коммуникации человека. Активная интеграция женской и мужской моделей управления формирует предпосылки для широкого изучения гендерных особенностей не только социальной роли руководителя в узких сферах, например в бизнесе, образовании или здравоохранении, но и взаимосвязи гендера и имиджа системы глазами ее работников.

Изучением мнения и личности руководителей занимались ученые в следующих сферах: социологии управления, социологии организации, социологии образования, управления персоналом, менеджмента, социальной психологии и т.д. [8]. Среди российских ученых вид-

ное место в изучении гендерных различий руководителей занимают Бодалев А.А., Агеев В.С., Ильин Е.П., Бендас Т.В., Ильин Е.П., Клецина И.С., Максимов А.Ю., Мишутин Д.А., Румянцев В.И., Ходырева Н.В., Логвинов И.Н., Сенько Т.В., Викулина М.А. и др. [8, 9]. Однако гендерный аспект в ключе имиджа практически не изучался. Позитивный имидж — это основная цель менеджмента в формировании как организационной (на уровне учреждения здравоохранения), так и корпоративной (на уровне всей системы) культуры с формированием у сотрудников корпоративной идентичности, ощущения принадлежности ко всей системе здравоохранения, осознанное принятие её ценностей и норм. Общие вопросы социальной роли руководителя в здравоохранении описаны в работах О.В. Перепелкина, З.Т. Голенковой, М.В. Щавелевой, роли руководителя при формировании организационной культуры учреждений здравоохранения, имиджа организаций – в публикациях М.М. Алексеевой, М.Ю. Сурмач, Р.А. Часной [8, 10-12]. Ранее авторами был проведен структурно-функциональный анализ термина «имидж» применительно к системе здравоохранения. Приведенная в таблице 1 классификация является функциональной, т.е. типы имиджа взаимосвязаны и взаимно влияют друг на друга.

«Зеркальный» имидж – это представления руководителя об учреждении здравоохранения. Объективность «зеркального» имиджа доказывается сопоставлениями мнения руководителя и мнения потребителя медицинской услуги (социальный имидж). Данная работа представляет собой этап исследования, посвященный анализу зеркального имиджа системы здравоохранения Республики Беларусь глазами руководителей учреждений здравоохранения Гродненской области.

## ЦЕЛЬ

Выявить и описать особенности компонентов социальной роли, отличных у мужчин и женщин – руководителей здравоохранения, как индикаторов зеркального имиджа системы.

Таблица 1.

Классификация типов имиджа организации/отрасли/системы<sup>1</sup>

Тип имиджа	Определение	Отношение к среде
Реальный	Совокупность существующих впечатлений об организации / отрасли / системе	Внешний
Зеркальный	Образ организации / отрасли / системы глазами ее руководителя	Внутренний
Желаемый	Желаемый образ организации / отрасли / системы	Внешний Внутренний

Примечание: 1 – скомпонованы в авторской редакции

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Выборка составила 143 руководителя в возрасте от 26 до 70 лет. Среди них 26% составляли главные врачи, 31% – заместители главных врачей, остальные руководители возглавляли структурные подразделения. Расчет выборки был произведен с учетом генеральной совокупности руководителей Гродненской области, с уровнем статистической значимости  $p < 0,05$ . Использована методика расчёта объёма выборки с учетом случайного (вероятностного) включения респондентов из генеральной совокупности [13].

Проведен анкетный опрос, с бесповторным случайным отбором респондентов, на добровольной основе.

На основе разработанной авторами четырехуровневой модели имиджа системы здравоохранения, в соответствии с целями настоящего исследования, была создана анкета, состоящая из трех блоков: индивидуальный уровень (пол, семейное положение, вопросы оплаты труда и карьеры и т.д.); внутриорганизационный уровень (меры стимулирующего характера, социальная поддержка, профессиональная ошибка и т.д.); социальный уровень (внешние коммуникации руководителей, ошибки поведения врача с пациентами и родственниками, внешний имидж учреждений здравоохранения

и т.д.). Данные анализировались по следующим направлениям: оценка руководителем возможности для карьерного роста, ценность самой работы и удовлетворенность ее оплатой, внешний имидж учреждения, организационная культура, особенности коммуникаций врача, врачебных ошибок.

Для статистической обработки и анализа данных применены методы непараметрической статистики пакета прикладных программ STATISTICA 10,0 (оценка межгрупповых различий посредством расчёта критерия  $\chi^2$ ).

Исследование выполнено при поддержке Белорусского республиканского фонда фундаментальных исследований (договор с БРФФИ № Г19-061 от 02.05.2019 г.).

## РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

В таблице 2 представлено распределение по гендерному признаку среди руководителей здравоохранения, согласно которому очевидно, что в количественном составе руководителей достоверные отличия при сравнении всех групп отсутствуют. Это подтверждает мнение А.Е. Чириковой и О.Н. Кричевской об отсутствии научно обоснованных данных о преимущественной эффективности руководителей того или иного пола [8], т.е. в системе здравоохранения не наблюдается статистически достоверных отличий

Таблица 2.

Гендерное распределение руководителей в зависимости от уровня руководства\*

Уровень руководителя	Всего, %	Женщины, %	Мужчины, %
Институциональный	26	27	20
Тактический	31	28	42
Операционный	43	45	38

Примечание: \* – для целей исследования использована иерархия руководителей по Т. Парсонсу [5]: операционный уровень или руководители первого звена – это организационный уровень, который находится непосредственно над работниками (не управляющими), например, заведующий отделением, старшая медсестра; тактический уровень или руководители среднего звена – организационный уровень между руководителями высшего и низшего звеньев, в здравоохранении – заместители главного врача по направлениям работы, т.е. руководители, у которых в подчинении есть другие руководители; институциональный уровень или руководители высшего звена – например, главный врач, т.е. руководитель, у которого в подчинении есть другие руководители с подчиненными так же руководителями.

Таблица 3.

Распределение руководителей здравоохранения Гродненской области в зависимости от возраста

Возраст руководителя	Всего, %	Женщины, %	Мужчины, %
<30	8	10	4
30-40	19	20	15
40-50	36	32	43
50-60	32	30	38
>60	5	8	0

по половому признаку при расстановке на ключевые управленческие должности.

Установлено отсутствие различий между мужчинами-руководителями и женщинами-руководителями по семейному положению: абсолютное большинство замужем или женаты (79% и 93% соответственно).

Не выявлены гендерные различия по факторам, характеризующим последипломную подготовку руководителей: наличие врачебной категории, возможность повышения категории, место и программы повышения квалификации, что говорит о доступности и стройной системе последипломной подготовки руководителей здравоохранения.

В таблице 3 представлена возрастная характеристика руководителей здравоохранения Гродненской области, установлено равномерное распределение мужчин и женщин по возрастному признаку.

Из таблицы 3 следует, что наибольшее количество руководящих должностей заняты лицами в возрастном диапазоне от 40 до 60 лет как среди мужчин, так и среди женщин.

Фактически каждая вторая женщина-руководитель имеет стаж работы в должности до 5 лет, тогда как 40% мужчин являются руководителями уже более 10 лет ( $p < 0,05$ ).

Женщины в два раза реже используют в своей работе иностранный язык по сравнению с руководителями-мужчинами ( $p < 0,05$ ).

В таблице 4 приведена субъективная оценка руководителями благосостояния своей семьи.

Очевидно, что мужчины-руководители оценивают благосостояние своей семьи ниже, чем женщины.

На вопрос о нематериальных формах поощрения каждый третий руководитель здравоохранения отметил, что в системе вполне достаточно знаков профессионального признания и наград. Стимулы качественной работы, по мнению руководителей, были ранжированы и распределены следующим образом в зависимости от пола респондента (табл. 5.).

Награды только для 8% отпущенных являются стимулом качественной работы, доминирующими факторами оказались заработная плата и ее рост, связанный с уровнем профессионализма, для мужчин-руководителей – социальная значимость их труда и ответственность перед пациентами и их родственниками при выполнении работы.

Подтверждают приведенные результаты ответы на вопрос анкеты: «Почему специалисты работают в Вашей организации (стаж более 2 лет?», 42% женщин-руководителей, 63% мужчин назвали таким основным мотивирующим

**Таблица 4.**

Оценка благосостояния своей семьи (мнение руководителей здравоохранения Гродненской области)

Вариант ответа	Всего, %	Женщины, %	Мужчины, %
Выше среднего	4	4	4
Среднее*	71	68	75
Ниже среднего*	16	21	6
Затрудняюсь ответить	9	7	15

Примечание: \* –  $p < 0,05$

**Таблица 5.**

Какие из перечисленных стимулов являются наиболее значимыми для Вас в работе?:

Ранг	Женщины		Мужчины	
	Вариант ответа	%	Вариант ответа	%
I	Заработная плата	64*	Профессиональные результаты, которые приводят к росту заработков	58
II	Признание в профессиональном сообществе	53	Социальная значимость, ответственность перед пациентами и их родственниками при выполнении работы	54*
III	Признание коллегами на работе	52	Заработная плата	54
IV	Профессиональные результаты, которые приводят к росту заработков	48	Признание в профессиональном сообществе	52
V	Возможность профессионального роста	40	Признание коллегами на работе	46

Примечание: \* –  $p < 0,05$

Таблица 6.

Наиболее слабые стороны в деятельности Вашей организации здравоохранения  
(в зависимости от пола руководителей здравоохранения Гродненской области)

Ранг	Женщины		Мужчины	
	Вариант ответа	%	Вариант ответа	%
I	Финансовые проблемы	52	Износ оборудования	40
II	Износ оборудования	47	Финансовые проблемы	31
III	Кадры	35	Кадры	24

фактором возможность профессионального роста, на втором месте – 39% женщин и 42% мужчин отметили сплоченный коллектив, при этом каждый второй считает личность руководителя ключевой фигурой формирования климата в подразделении/учреждении. На 11 вопросов анкеты, касающихся внутреннего климата и внутреннего имиджа учреждений здравоохранения, респонденты отвечали практически идентично, вне зависимости от пола, различия не установлены, что свидетельствует об отсутствии взаимосвязи пола руководителя с пониманием внутреннего имиджа системы, об отсутствии противоречий и единообразии видения организационной культуры.

Репутация сотрудников учреждения и их клинический опыт у 72% руководителей названы ключевыми факторами, от которых зависит имидж учреждения, в каждом втором случае – от внешнего вида учреждения, оборудования отделений и кабинетов (53%), на третьем месте – от мнения журналистов и характера публикаций в СМИ и новостях региона и страны (41%), на четвертом – от эффективности и удобства работы сайта организации и корректности работы с электронными обращениями (37%). Статистически значимых отличий по полу руководителей не найдено, это также подтверждает независимость мнения руководителей об имидже учреждения здравоохранения от пола.

В таблице 6 приведены наиболее слабые стороны деятельности организаций здравоохранения, где работают респонденты.

Из таблицы 6 следует, что руководители, вне зависимости от пола, выделяют следующие основные проблемы в своих организациях: финансирование, износ оборудования, кадровое обеспечение и квалификация.

Для внешнего имиджа здравоохранения в анкету руководителя был включен ряд вопросов, касающихся профессиональных, в том числе деонтологических, ошибок и социальной защищенности/незащищенности врача в случае возникновения таких ошибок; статистически значимых различий в группах мужчин и женщин-

руководителей не установлено, зависимости от пола не выявлено. Среди профессиональных ошибок в понимании термина руководителями здравоохранения лидируют объективные ошибки (52%). Среди деонтологических ошибок наиболее часто встречающимися названы ошибки поведения врача с пациентами (62%) и ошибки поведения врача с родственниками пациентов (62%).

Отрадно, что 76% руководителей отмечают свою сферу деятельности как интересную и называют это фактор самым ценным в работе для себя, на втором месте по ценности – хороший трудовой коллектив (43%), на третьем – социальная значимость профессии (43%).

## Выводы

Характеристики социальной роли руководителей здравоохранения могут по праву считаться индикатором зеркального (внутреннего) имиджа системы. Наиболее значимым компонентом социальной роли руководителей здравоохранения Гродненской области, по нашим данным, является высокая степень персональной социальной ответственности и приверженности корпоративной культуре здравоохранения, 76% руководителей отмечают свою сферу деятельности как интересную и для себя называют это фактор самым ценным в работе, на втором месте по ценности – хороший трудовой коллектив (43%), на третьем – социальная значимость профессии (43%).

Установлено отсутствие социально-ролевых различий среди мужчин и женщин, занимающих руководящие должности в здравоохранении, по большинству позиций, связанных с имиджем здравоохранения: возраст и стаж руководящей работы, отношения в коллективе, нематериальные формы трудовой мотивации, возможности карьерного роста, внешний имидж учреждений здравоохранения.

Выявлено отсутствие зависимости от пола большинства характеристик организационной культуры и внутреннего имиджа здравоохранения.

*С.Л. Бойко, М.Ю. Сурмач*

*УО «Гродненский государственный медицинский университет», Гродно, Республика Беларусь*

**ИМИДЖ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ ГЛАЗАМИ РУКОВОДИТЕЛЯ**

С целью выявить и описать гендерные особенности социальной роли руководителя здравоохранения как индикатора зеркального имиджа системы опрошено 143 руководителя здравоохранения Гродненской области Республики Беларусь (количественная и качественная с учётом признака уровня руководства репрезентативность выборки более 95%). Установлено отсутствие социально-ролевых различий среди мужчин и женщин, занимающих руководящие должности в здравоохранении, по большинству позиций, связанных с имиджем здравоохранения: возраст и

стаж руководящей работы, отношения в коллективе, нематериальные формы трудовой мотивации, возможности карьерного роста, внешний имидж учреждений здравоохранения. Выявлено отсутствие зависимости от пола большинства характеристик организационной культуры и внутреннего имиджа здравоохранения.

**Ключевые слова:** социологический анализ, руководитель, имидж здравоохранения, гендерные особенности, Республика Беларусь, Гродненская область.

*S.L. Boiko, M.Yu. Surmach*

*Grodno State Medical University, Grodno, Belarus*

**PUBLIC HEALTH IMAGE THROUGH THE EYES OF THE MANAGER**

In order to identify and describe the gender characteristics of the social role of the head of healthcare as an indicator of the mirror image of the system, 143 managers of public health of the Grodno region of the Republic of Belarus were interviewed (quantitative and qualitative, taking into account the level of leadership, representativeness of the sample is more than 95%). The absence of social-role differences among men and women in leadership positions in public health was established for most of the positions connected with public health

image: age and length of leadership, relationships in the team, immaterial forms of work motivation, career opportunities and the external image of healthcare institutions. The absence of gender dependence of the majority of the characteristics of the organizational culture and the internal public health image was revealed.

**Key words:** sociological analysis, manager, public health image, gender characteristics, Republic of Belarus, Grodno region.

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Гамова И.В., Присяжнюк Д.И. Профессиональная группа врачей в меняющейся системе государственного здравоохранения. Вестник ПАГС. 2014; 6 (45): 78-85.
2. Исаков М.Б. Оценка и анализ качества жизни врачебного персонала организаций здравоохранения третичного уровня. Интернет-журнал ВАК. 2012; 4: 62-67.
3. Ефименко С.А. Социальный портрет медицинских работников участковой терапевтической службы. Социология медицины. 2004; 1: 15-17.
4. Архангельский В.А., Седова Н.Н. Деятельность руководителя санаторно-курортного ЛПУ как предмет социологического анализа. Социология медицины. 2003; 1: 45-50.
5. Parsons T. Essays in Sociological Theory Revisited Ed. New York. 1964: 50-68.
6. Кобякова О.С., Деев И.А., Куликов Е.С., Хомяков К.В., Тюфилин Д.С., Загромова Т.А., Балаганская М.А. Профессиональное выгорание медицинских работников в Российской Федерации на модели Томской области. Профилактическая медицина. 2018; 21. 6: 68-73.
7. Ковалева М.Д., Шляпникова М.Н. Гендерные исследования и медицина. Социология медицины. 2003; 1: 51-55.
8. Кавецкий И.Т., Беляев С.А., Лобан Н.А., Горковец Е.В. Гендерные особенности восприятия управленческих отношений. Инновационные образовательные технологии. 2011; 3: 59-66.
9. Кайдалов Д.П., Суименко Е.И. Психология единоначалия и коллегиальности. Вопросы теории и практи-

**REFERENCES**

1. Gamova I.V., Prisyazhnyuk D.I. Professional'naya grupa vrachei v menyayushcheysya sisteme gosudarstvennogo zdravookhraneniya. Vestnik PAGS. 2014; 6 (45): 78-85 (in Russian).
2. Iskakov M.B. Otsenka i analiz kachestva zhizni vrachebnogo personala organizatsii zdravookhraneniya tretichnogo urovnya. Internet-zhurnal VAK. 2012; 4: 62-67 (in Russian).
3. Efimenko S.A. Sotsial'nyi portret meditsinskikh rabotnikov uchastkovoi terapevticheskoi sluzhby. Sotsiologiya meditsiny. 2004; 1: 15-17 (in Russian).
4. Arkhangel'skii V.A., Sedova N.N. Deyatel'nost' rukovoditelya sanatorno-kurortnogo LPU kak predmet sotsiologicheskogo analiza. Sotsiologiya meditsiny. 2003; 1: 45-50 (in Russian).
5. Parsons T. Essays in Sociological Theory Revisited Ed. New York. 1964: 50-68.
6. Kobyakova O.S., Deev I.A., Kulikov E.S., Khomyakov K.V., Tyufilin D.S., Zagromova T.A., Balaganskaya M.A. Professional'noe vygoranie meditsinskikh rabotnikov v Rossiiskoi Federatsii na modeli Tomskoi oblasti. Profilakticheskaya meditsina. 2018; 21. 6: 68-73 (in Russian).
7. Kovaleva M.D., Shlyapnikova M.N. Gendernye issledovaniya i meditsina. Sotsiologiya meditsiny. 2003; 1: 51-55 (in Russian).
8. Kavetskii I.T., Belyaev S.A., Loban N.A., Gorkovets E.B. Gendernye osobennosti vospriyatiya upravlencheskikh otноshenii. Innovatsionnye obrazovatel'nye tekhnologii. 2011; 3: 59-66 (in Russian).

- ки взаимодействия руководителя и коллектива. М.: Мысль; 2009: 254.
10. Сурмач М.Ю. Историческая трансформация модели Белорусского здравоохранения. Часть 2: современные проблемы и подходы к управлению рисками Вопросы организации и информатизации здравоохранения. 2019; 3: 31-36.
  11. Вязьмин А. М., Щавелева М. В. Подготовка руководителей здравоохранения и специалистов для сектора общественного здравоохранения в рамках системы непрерывного медицинского образования в Российской Федерации Вопросы организации и информатизации здравоохранения: рецензируемый аналитико-информационный бюллетень . 2015; 2: 67-73.
  12. Новицкая С. Ф., Щавелева М. В. Управленческий курс и культура речи руководителя Здравоохранение: научно-практический ежемесячный журнал. 2017; 1: 20-25.
  13. Ильясов Ф. Н. Алгоритмы формирования выборки социологического опроса. Социальные исследования. 2017; 2: 60-75.
  14. Быстрицкая О. А., Походенько А. В., Жукова Е. А. Менеджер здравоохранения на селе: социально-психологический портрет. Здравоохранение Российской Федерации: двухмесячный научно-практический журнал. 2007; 1: 17-19.
  15. Удальцова М.В. Социология управления. М.: ИНФРА-М., 2000; 142.
  9. Kaidalov D.P., Suimenko E.I. Psikhologiya edinonachaliya i kollegial'nosti. Voprosy teorii i praktiki vzaimodeistviya rukovoditelya i kollektiva. M.: Mysl'; 2009: 254 (in Russian).
  10. Surmach M.Yu. Istoricheskaya transformatsiya modeli Belorusskogo zdravookhraneniya. Chast' 2: sovremennye problemy i podkhody k upravleniyu riskami Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya. 2019; 3: 31-36 (in Russian).
  11. Vyaz'min A. M., Shchhaveleva M. V. Podgotovka rukovoditelei zdravookhraneniya i spetsialistov dlya sektora obshchestvennogo zdravookhraneniya v ramkakh sistemy nepreryvnogo meditsinskogo obrazovaniya v Rossiiskoi Federatsii Voprosy organizatsii i informatizatsii zdravookhraneniya: retsenziruemyi analitiko-informatsionnyi byulleten' . 2015; 2: 67-73 (in Russian).
  12. Novitskaya S. F., Shchhaveleva M. V. Upravlencheskii kurs i kul'tura rechi rukovoditelya Zdravookhranenie: nauchno-prakticheskii ezhemesyachnyi zhurnal. 2017; 1: 20-25 (in Russian).
  13. Il'yasov F. N. Algoritmy formirovaniya vyborki sotsiologicheskogo oprosa. Sotsial'nye issledovaniya. 2017; 2: 60-75 (in Russian).
  14. Bystritskaya O. A., Pokhoden'ko A. V., Zhukova E. A. Menedzher zdravookhraneniya na sele: sotsial'no-psikhologicheskii portret. Zdravookhranenie Rossiiskoi Federatsii: dvukhmesyachnyi nauchno-prakticheskii zhurnal. 2007; 1: 17-19 (in Russian).
  15. Udal'tsova M.V. Sotsiologiya upravleniya. M.: INFRA-M., 2000; 142 (in Russian).