

УДК 303.4 : 313 : 614.23] : 378.1

С.А. Литвинцева, В.Г. Дьяченко, Г.А. Литвинцева

Генезис социологических представлений о мотивации профессиональной деятельности медицинских работников

*Дальневосточный государственный медицинский университет, г.Хабаровск
Контактная информация: С.А. Литвинцева, e-mail: ozd_fesmu@mail.ru*

Резюме

Анализ публикаций по изучению проблем формирования мотиваций в процессе профессиональной деятельности и овладения профессиональными компетенциями специалистов для системы здравоохранения демонстрирует склонность как международных, так и отечественных авторов к неоднозначности оценки либеральной трансформации высшего медицинского образования и кадровой ситуации в стране. Идеология подготовки медицинских работников от стадии оптации до стадии профессиональной самореализации на сегодняшний момент сохраняет фундаментальность, традиционность и соответствие актуальным потребностям общества. Но трансформационные преобразования в экономике и здравоохранении, а так же внедрение системы экономических мотивационных критериев стимулирования профессиональной деятельности и направлены на решение проблемы кадрового кризиса в отрасли, только расширение неэкономических мотиваций, позволяет надеяться на позитивное решение проблемы.

Ключевые слова: врачи, медицинское образование, мотивации, профессиональные компетенции

S. A. Litvintseva, V.G.Dyachenko, G.A. Litvintseva

The genesis of sociological ideas about the motivation of the professional activities of medical workers

Far Eastern State Medical University, Khabarovsk

e-mail: ozd_fesmu@mail.ru

Summary

Analysis of publications on the study of the problems of motivation formation in the process of professional activity and mastering the professional competence of specialists for the health care system demonstrates the tendency of both international and domestic authors to ambiguous assessments of the liberal transformation of higher medical education and the personnel situation in the country. The ideology of training medical workers from the stage of option to the stage of professional self-realization at the moment retains its fundamental character, its

traditional character and its compliance with the actual needs of society. But the transformational changes in the economy and health care, as well as the introduction of a system of economic motivational criteria for stimulating professional activity, are aimed at solving the problem of personnel crisis in the industry, only the expansion of non-economic motivations gives hope for a positive solution to the problem.

Key words: doctors, medical education, motivation, professional competence

Введение

Профессиональная подготовка медицинских работников в условиях либеральной трансформации общества, когда профессиональная модель «оказания медицинской помощи» была заменена на модель «производства и продажи медицинских услуг», потребовала уточнения структуры мотивационных основ освоения профессиональных компетенций будущими медицинскими работниками, исходя из ориентации на удовлетворение требований рынка труда и работодателей [9]. Весь процесс профессионализации медицинских работников реализуется, начиная от этапа совершенствования профессиональных, коммуникативных и социальных компетенций студентов, заканчивая исследовательскими, аналитическими и практическими компетенциями действующих врачей-профессионалов [19, 37, 49]. Следовательно, вся содержательная структура образовательного процесса вуза, в рамках реализации идеологии непрерывного медицинского образования, должна быть направлена на фор-

мирование высокого уровня мотиваций специалистов [41, 52].

Анализ современных тенденций в реформирования отечественной медицины указывает на то, что идеология реформ опирается на триаду: «государство — профессиональное сообщество — граждане». Большинство экспертов отмечается возрастание публичного контроля со стороны потребителей медицинских услуг, ведущее к трансформации механизма саморегулирования медицинской профессии и усилению «частного интереса правительства» в управлении кадрами здравоохранения, в основе которого лежит приоритет защиты интересов потребителей медицинских услуг в условиях партнерских отношений между врачами и пациентами [18, 25, 37].

В условиях рынка всё более важное значение приобретает оценка мотивационных критериев формирования профессиональных компетенций в рамках модернизации учебного процесса в медицинском вузе [16, 13, 53]. В данном контексте понятие «компетенция» выступает «в качестве общего определения ... интегрального социально-личностно-поведенческого феномена как результата образования в совокупности мотивационных, цен-

ностных и когнитивных составляющих», что позволяет говорить не просто о модернизации учебного процесса, а о переходе к новой образовательной парадигме [69, 65, 61]. Именно новая образовательная парадигма компетентного подхода способна формировать общественный и государственный контроль за деятельностью различных профессиональных групп [17, 64].

С момента реализации проблемы выбора профессии ядром профессионального становления следует считать взаимодействие личности и особенностей мотивации к овладению профессиональным мастерством. Причем само понятие профессионального становления является предметным полем ряда наук: социологии, педагогики, психологии и философии. Понятие «становление» в словаре по социальной педагогике трактуется как приобретение новых признаков и форм в процессе развития, приближение к определенному состоянию [14]. Ядром первичной профессионализации, ее центральным компонентом и главным этапом является приобретение определенных знаний, навыков и умений (компетенций), необходимых для успешного осуществления конкретного типа профессиональной деятельности. Однако получение специальности не исчерпывает содержание профессионализации. Процесс профессиональной подготовки

предполагает целенаправленное развитие у будущих специалистов и практикующих врачей системы социально профессиональных качеств, глубоких убеждений, мировоззренческих позиций, что составляет фундамент для развития профессионализма [66, 58, 59]. Кроме того, профессиональный интерес, не отягощенный общечеловеческими нравственными ценностями, может стать причиной профессиональной узости, поэтому значимым компонентом непрерывной профессиональной подготовки должны стать нравственные профессиональные критерии [60, 70].

Целью настоящей публикации является анализ литературы по реформированию системы подготовки специалистов для системы здравоохранения в рамках оценки мотивационных критериев и динамики формирования мотиваций профессиональной деятельности медицинских работников, начиная со стадии оптации, заканчивая стадиями мастерства, авторитета и наставника.

Обсуждение результатов

Учитывая высокую практическую и теоретическую значимость, проблема периодизации профессионального становления личности является объектом самого пристального внимания социологов и психологов. Так периодизация профессионального становления Е. А. Климова рассматривает ряд стадий развития субъекта труда (табл.1) [20, 21].

Таблица 1. Основные фазы цикла профессионализации врачебной специальности

Стадии профессионализации	Особенности стадии	Контингент (социальная группа)	Прогнозируемые факторы социально-профессиональной дезадаптации
Оптанта 1-я стадия оптации	Выбор профессии	Абитуриенты, школьники старших классов (возраст 16-17 лет)	Неустоявшиеся интересы, неосознанная мотивация к специальности, отсутствие четкого представления о характере будущей деятельности
Адаптант 1-ая стадия адаптации	Адаптация к новым условиям обучения, коллективу, новой социальной ситуации (микро и макросреды)	Студенты-медики 1-2 курса (возраст 17-19 лет)	Возможные ролевые конфликты в коллективе и семье, формирование реальных представлений о профессии (разочарование, осмысление), формирование системы ценностей.
Адепт	Накопление первоначальных профессиональных знаний, умений, адаптация к процессу обучения в ВУЗе, формирование профессиональных и социальных компетенций.	Студенты-медики 3-5 курсов (возраст – 18-22 года)	Возможны проявления социальной, профессиональной и личностной дезадаптации в форме низкой успеваемости, конфликтности, состояния тревожности, психосоматических расстройств, высокого уровня невротизации.
Оптанта 2-я стадия оптации	Выбор специальности	Студенты-медики 6 курса, ординаторы, аспиранты (возраст- 22-26 лет)	Отсутствие четких критериев профессионального соответствия профилю врачебной деятельности, заниженная или завышенная оценка своего соответствия выбранной специальности.
Адаптант 2-ая стадия адаптации	Приспособление к условиям работы, коллективу, самостоятельное принятие решений, накопление профессионального опыта	Врачи со стажем работы до 10 лет (возраст – 25-35)	Необходимость адаптации в коллективе, к организационной среде ЛПУ, становление профессиональных ролей, приспособление к сложностям профессиональных задач.
Интернал	Завершение освоения профессиональных задач среднего уровня сложности	Врачи со стажем работы 10-15 лет (возраст – 35-40)	Низкий уровень развития рефлексии на фоне нервно-эмоционального напряжения может привести к принятию замены системе ценностей и разочарованию в профессии
Мастер	Овладение вершин профессионального мастерства, проявление лидерских качеств	Врачи-специалисты со стажем работы 15-20 лет (возраст – свыше 40 лет)	Стремление к лидерству, неудовлетворенность нерациональным стилем руководства, конфликты внутри коллектива, социальная фрустрированность
Авторитет	Достижение квалификации и проявление лидерских качеств	Врачи-специалисты, зав. отделениями, стаж 15-25 лет (возраст – свыше 45-55 лет)	Нерациональный стиль руководства, возникновение жестких ролевых стереотипов, высокий уровень рефлексии, социальная фрустрированность
Наставник	Овладение вершинами мастерства и потребность в передаче своего опыта другим	Преподавательский состав клинических баз ВУЗа, заведующие отделениями, (возраст – свыше 55-60 лет)	Высокий уровень рефлексии, снижение толерантности к психотравмирующим ситуациям, деформация динамических стереотипов, необходимость смены стратегий мышления и когнитивных схем.

В тоже время А.К. Маркова в качестве выделения этапов становления профессионала избрала иные уровни профессионализма личности. Она выделяла 5 уровней [32]:

- ✓ допрофессионализм (человек уже работает, но не обладает полным набором качеств настоящего профессионала);
- ✓ профессионализм (человек - профессионал, т.е. стабильно работает и выполняет все, что от него требуется);
- ✓ суперпрофессионализм (творчество, личностное развитие, то, что называется "акме" - вершина профессиональных достижений);
- ✓ непрофессионализм, псевдопрофессионализм (внешне достаточно активная деятельность, но при этом либо он делает много "брака" в работе, либо сам деградирует как личность);
- ✓ послепрофессионализм (человек может оказаться "профессионалом в прошлом", "экс-профессионалом", а может оказаться советчиком, учителем, наставником для других специалистов).

Кроме выше перечисленных вариантов профессиональной периодизации, предлагались другие варианты становления и реализации субъекта труда, которые, с определённой степенью условности, могут быть поделены на несколько типов. Наиболее часто в литературе

предлагаются онтогенетические периодизации (в зарубежной психологии они называются стадийными), значительно реже – профессионалогенетическими. В отечественной практике периодизаций чаще используется сочетание возрастных, качественных и иных оснований.

За рубежом широкое признание получила периодизация Дж. Сьюпера, выделявшего пять основных этапов профессиональной зрелости:

1. рост – развитие интересов, способностей (0–14 лет);
2. исследование – апробация своих сил (14 – 25 лет);
3. утверждение – профессиональное образование и упрочение своих позиций в обществе (25 – 44 года);
4. поддерживание – создание устойчивого профессионального положения (45 – 64 года);
5. спад – уменьшение профессиональной активности (65 лет и более).

В конечном итоге, уровень профессиональной зрелости работника определяется его компетенциями, необходимыми для того, чтобы быть востребованным на рынке труда. С точки зрения непрерывной подготовки кадров для системы здравоохранения в условиях рынка, решаются две основные проблемы: как обеспечить медицинскую организации компетентными врачами, т.е. сотрудниками готовыми эффективно производить медицинские услуги, с одной стороны, и как обеспечить будущих врачей, получающих образование, до-

статочными компетенциями, чтобы они могли быть конкурентоспособными не только на сегодняшнем, но и на завтрашнем рынке труда. Это одна из проблем XXI века, предпосылки, решения которой можно найти многими годами ранее. В зарубежной социологии медицины специфика врачебной профессии рассматривается с точки зрения выполнения определенного набора социальных ролей. Ролевой портрет врача был впервые разработан в работах Толкотта Парсонса [33]. Сегодня этот портрет приобрел новые черты, однако характеристика представителя врачебной профессии основывается на методологии ролевого анализа. В рамках этого анализа определяется, что компетентность формируется не только в процессе обучения, но и под воздействием признанных в данном обществе ценностей [63, 5, 38, 77, 54].

В результате проводимых реформ отечественного здравоохранения, в последнее десятилетие неуклонно возрастает значимость профессиональных компетенции врачей, которые в конечном итоге, определяют уровень качества произведенных медицинских услуг. Сегодня было бы несправедливо говорить о том, что полностью отсутствуют моральные и материальные факторы, мотивирующие медицинский персонал к повышению уровня компетенций, ситуация медленно, но неуклонно меняется [9, 10].

Мотивация в профессиональной деятельности является ключевым фактором для работы отдельных лиц и организаций и важным предварительным условием для результативного функционирования системы здравоохранения в целом. Основными действующими лицами в системах здравоохранения, представляющими интерес для исследователей, являются медицинские работники, как социальная группа.

Включение в социологический портрет врача элементов, характеризующих его с социально-профессиональной и культурно-идеологической позиций, требует новых подходов к методологии и методике оценок. Проблема составления социологического портрета предполагает изучение и оценку врача как представителя особой профессии в единстве его профессиональных навыков и личностных качеств, ролевых функций с учетом современных условий деятельности и мотиваций [4]. Социология и психология сходятся в том, что в основе мотива поведения лежат потребности человека, требующие удовлетворения [35]. Источником побудительной силы мотиваций деятельности врача - профессионала являются потребности, причем мотивационные критерии, как правило, являются полимотивированными. Теоретический анализ проблемы трудовой мотивации с точки зрения социологического подхода связан с тем, что мотив служит критерием для выделения особенных видов деятельности - учебной, трудовой и др. [58]. Работник, благодаря связи с потребностью

выполняет профессиональные функции, на основе простых и сложных действий, подчиненных, как сознательным целям, так и различным способам выполнения действий, связанных с условиями достижения целей [52]. По отношению к составляющим профессиональной деятельности мотивации выполняют функцию смыслообразования, т.е. придания смысла отдельным действиям, целям и условиям их достижения [35, 50, 40].

Таким образом, социологический подход, вводя в мотив «функцию смыслообразования» и функцию критерия «для выделения особенных деятельностей», дает возможность теоретически связать с мотивом «деятельность, имеющую смысл». А в условиях постиндустриального (информационного) общества наиболее социально эффективна и признается «максимально имеющей смысл» трудовая деятельность, содержащая максимум самореализации личности, т. е. самодеятельность, что и выражено во множестве научных трудов и резко возросшем (особенно в последнее время) спросе на разного рода тестирования для определения предрасположенности личности к той или иной сфере приложения сил [15, 26, 29, 7,4].

Мотивация трудовой деятельности может быть оценена в различных ситуациях: в период выбора профессии, выборе специальности и места работы. При-

чем следует отметить, что выбор профессии врача сегодня – это непростой выбор, поскольку он оказывает влияние на мотивацию врачей на протяжении всей его трудовой карьеры, дипломной и постдипломной подготовки, на всех стадиях формирования профессиональных компетенций с момента начала трудовой деятельности до её окончания [53, 51].

Основным социологическим методом в исследовании портрета врача в условиях либеральной трансформации российского общества в XXI веке выступает, по мнению большинства социологов, метод опроса. Имеется несколько точек зрения по поводу преимуществ и сложностей применения метода наблюдения, которые выдвигают на первый план метод опроса, включающий анкетирование и интервью. Опрос позволяет получить уникальную информацию - экспертное мнение будущих врачей и врачей-профессионалов о представителях медицинской профессии. Одним из важных преимуществ метода опроса является его мобильность, возможность проводить исследование без непосредственного вмешательства в работу образовательного и медицинского коллектива [70, 65]. Для проверки полученных в ходе анкетирования результатов и внесения дополнительной информации используется интервью. Результаты интервью углубляют представление о чертах профессионального портрета врача, раскрывая терминологические особенности профессионального языка, выявляя некоторые специфические стороны профессионального сознания [34, 37, 77, 72,

64]. Социологический портрет как метод изучения социально-профессиональных групп предполагает изучение градационных подходов к анализу профессии, прослеживание тенденций сохранения и изменения социокультурных основ профессии, то есть формирование портрета в контексте исторического пути развития профессии; отображение социальных характеристик представителя профессии на фоне объективных условий его деятельности; определение подхода респондентов к функциональной обозначенности профессии и качественной специфике её представителей [35, 56, 58, 53].

Оценка мотиваций на разных этапах профессионализации производится по разным показателям, критерии формирования которых зависят от изучаемого периода профессиональной деятельности.

Как правило, для оценки мотивации в ситуации выбора профессии врача используются балльные оценки по факторам, которые отбираются на основе качественного анализа мотивов выбора профессии молодежью: выбор профессии врача в обследуемой совокупности в рамках профессионального призвания, творческого содержания труда, социальной значимости профессии, её престижности в обществе, а также позицией родителей и востребованностью профессии на рынке труда и др. [5].

Что же относительно оценки формирования мотиваций освоения профессиональных компетенций, то здесь используется оценка по иным факторам, в частности здесь имеет значение: востребованность профессии (специальности) на рынке труда, возможность продвижения по службе, размер заработной платы и социальные гарантии, благоприятные и безопасные условия труда и отдыха, возможность получения дополнительных доходов, связанных с основным местом работы, творческое содержание труда, социальная значимость профессии и др. [5, 4].

Безусловно, реформы в системе непрерывной подготовки кадров для отечественной медицины не могут рассматриваться в отрыве от других социальных событий, которые характерны для мирового сообщества и каждой отдельной страны, вследствие чего вопросы трансформации внутри медицинской профессии поднимаются через призму процессов глобализации, с одной стороны, а с другой — в контексте направления социальной политики государства, его первоочередных целей и сопутствующих реформ [22, 77, 76].

По мнению отдельных отечественных социологов, в реальных условиях изменений российского общества необходимо уйти от классической англо-американской социологии профессий по Б. Барберу, Е. Гринвуд, У. Гуд, Дж. Миллерсон, Т. Парсонсу, Р. Холлу, Е. Элиот и др. [40, 56, 68], формируя собственные взгляды на социологию профессий и

оценку профессиональных мотиваций [34, 29, 5].

В этой связи необходимо обратиться к временному промежутку XX века, т.е. к опыту формирования социологии профессий в бывшем СССР. В XX веке направления социологических исследований профессий и профессиональных групп в СССР формировалось с позиций оценки престижа профессий, профессиональной адаптации, профессиональной ориентации молодежи, профессионального роста работников, исследования социологических проблем конкретных профессий и специальностей (60–70-е годы XX века), а также оценки социологических проблем отдельных профессий интеллигенции, профессионального труда работников науки, их профессиональная мобильность (80-е годы XX века, властных и экономических ресурсов профессиональных групп, способов и стратегии коллективной восходящей мобильности (90-е годы XX века) [40, 32, 2, 15].

По мнению экспертов, в XXI веке социологические аспекты формирования профессионального мастерства необходимо изучать не в аспекте отдельных наук (психологии, педагогики, экономики и др.), имеющих к нему то или иное отношение, а в рамках одной науки, объектом изучения которой непосредственно выступает сама профессия, к которой и

относится социология профессий [1, 30, 41, 42].

Проблемы, изучаемые социологией профессий:

- I. Проблемы уровня «личность – профессия» – проблемы взаимосвязи личности и ее профессии, проблемы социальной самореализации смысла жизни через профессиональную деятельность личности и ее отношения к своей профессии.
- II. Проблемы уровня «группа – профессия» – это проблемы профессиональных групп, а, именно: профессиональной разобщенности как внутри, так и между профессиональными группами, отсутствие профессиональной солидарности работников, низкий авторитет профессиональных союзов.
- III. Проблемы уровня «общество – профессия» – проблемы в изучении профессиональной сферы, динамика которой обусловлена сложными и глубокими изменениями, происходящими в социальной, экономической, политической, духовной сферах общества.

В ходе исследования литературы, посвященной социологии медицинских профессий складывается впечатление о том, что у авторов большинства публикаций формируется стойкий акцент на задачах, направленных на выделение новейшей социологии профессий в самостоятельную науку, и условиях их решения; на вопросах, касающихся разнообразных сторон профессиональной деятельности врачей,

изучением которых занимаются многие отрасли научного знания; на содержании личностных, групповых и общественных проблем, а также на проблемах, связанных с развитием теории, методологии и методики исследований социально-профессиональной структуры медицинских работников и формировании мотивационных критериев их деятельности направленных на сохранение и умножение здоровье населения [25, 26, 37, 57, 65, 71].

Мотивы играют большую роль в профессиональной подготовки и практической деятельности медицинских работников. Мотивы профессиональной деятельности врачей носят процессуальный и результативный характер. Процессуальные мотивы заложены в особенностях самого процесса производства медицинских услуг и условиях труда персонала медицинских организаций. Результативные мотивы связаны с высокими результатами работы врача и коллектива медицинских работников в целом [25].

Формирование мотивационных основ деятельности врача, начиная от стадии оптации (выбора медицинской профессии), заканчивая стадией наставничества (достижение вершин профессионального мастерства и потребность передачи своих достижений другим) определить достаточно трудно потому, что мотивы на разных стадиях профессионали-

зации весьма разнообразны. Изучать мотивации достаточно сложно, чаще всего в исследованиях подобного плана в качестве основного используются социологические методы [2, 14, 1, 8, 5, 72]. Многочисленные исследования показали многомерность мотиваций медицинских работников. Детерминанты мотивации медицинских работников так же включают значительное число факторов, обуславливающих процесс их формирования. Это материальное и моральное вознаграждение, реализация профессионального развития, признание коллег, уважение пациентов и т.д. Значительная часть нефинансовых мотивационных детерминант по мере реализации рыночных механизмов девальвируется, рост реальной оплаты труда медицинских работников по мере реализации президентских указов в России и динамика показателей удовлетворенности населения оказываемой медицинской помощью подтверждают этот тезис. Неоднозначность влияния вознаграждения, основанного на результатах, на мотивацию врача показывает важность продолжения изучения этой проблемы [4].

Анализ результатов исследований по данной проблеме показывает, что существуют различные подходы и теории, объясняющие мотивацию и ее детерминанты [67]. В частности, это теории потребностей и теории процессов. Согласно теории потребностей, факторы, которые влияют на отношение человека к работе, - это потребности. Наиболее известными теориями этой группы являются теория по-

теорией А. Маслоу и двухфакторная теория Герцберга. Теория А. Маслоу дает иерархию потребностей, определяющих мотивацию на рабочем месте – от основных потребностей до самоактуализации. Теория Герцберга делит детерминанты отношения к работе на две группы: рабочие и гигиенические. Первые, являются неотъемлемой частью решения задачи на конкретном рабочем месте (достижение, сама работа, признание, ответственность, продвижение и рост). Вторые, являются неотъемлемой частью процесса труда (организация политики и администрирования, надзор, межличностные отношения, условия труда, зарплата, безопасность и др.). Их присутствие или отсутствие вызывает неудовлетворенность работника и мотивацию негативных эффектов на работе. Теория мотивации довольно часто используется для теоретического обоснования формирования мотивации медицинских работников по производству доступных, качественных и безопасных медицинских услуг.

Мотивы так же могут иметь внутренний или внешний характер. Внутренние мотивы не имеют внешнего проявления и связаны с удовольствием, удовлетворением, чувством достижения и часто ассоциируются с процессом выполнения задачи. Внешние мотивы имеют внешние проявления, например, зарплата, премии, победа/проигрыш, давления конкурентов

или руководителей и вообще связываются с результатами.

Профессионалы имеют высокий или низкий уровень внутренней и внешней мотивации. Для достижения успеха профессионалы высокого класса обычно имеют высокий уровень внутренней мотивации, в силу восприятия своей профессии как искусства, и внешней мотивации, в силу достаточно высокой оплаты их труда. Вознаграждение приносит ощущение достижения, что само по себе сильно мотивирует, однако, не каждый достигает успеха. Установление цели - мощная методика развития внутренней мотивации, но важно признать, что установление цели может иметь как отрицательный эффект, так и положительный эффект на мотивацию. Цели, признанные подходящими, специфичные, спорные, достижимые, измеримые и персональные, могут стать несоответствующими вследствие каких-либо изменений обстоятельств [27].

Довольно часто в основу исследования профессиональных мотиваций ложится теория внутренней самодетерминации, в рамках которой предлагается подход, позволяющий измерить уровень мотивации от наиболее низкого (амотивация, нежелание выполнять действие) до более высокого (пассивное согласие, активное желание действовать) - процесс интернализации. С увеличением уровня интернализации возрастает уровень вовлеченности и усердия (Рис. 1). Процесс начинается с амотивации, когда у работника отсутствует желание выполнять то или иное действие. Амотивация

подразумевает, что какая-либо работа для него не представляет ценности либо он считает себя некомпетентным или же,

что его действия не приведут к ожидаемому результату.



Рис. 1. Уровни мотивации человека. Процесс интернализации [45].

Наиболее высокой стадией мотивации является внутренняя, когда медицинский работник самостоятельно проявляет желание действовать, заинтересован в большей мере в профессиональном успехе (выздоровлении пациента), а не в получении выгоды. На этой стадии внешняя мотивация трансформируется во внутреннюю, и процесс интернализации завершается. Но сегодня в современном обществе все шире распространяется мнение о том, что результаты лечения в значительной мере зависят не от внутренних (желание помочь), а от внешних регуляторов (вознаграждений).

Профессия врача - одна из древнейших, что не делает её социологическое описание достаточно точным, структурированным и функциональным. Сложность социально-экономических и

политических реформ в России, утверждающиеся рыночные отношения не только в материальной, но и в духовной жизни общества своеобразно отразились на профессиональной самооценке медицинских работников, формируя новые тенденции в системе взаимоотношений между врачом и пациентом. Сами по себе мотивации медицинских работников нестабильны и могут существенно различаться на разных стадиях формирования профессионального мастерства, в частности не только с точки зрения соблюдения моральных, этических и деонтологических принципов, но и с позиций реализации совершенно аморальных мотиваций. В частности, с позиций получения власти над жизнью и здоровьем другого человека. Например, больной, лежащий на операционном столе, - «прекрасный объект для манипуляций», его жизнь находится на кончиках пальцев хирурга или анестезиолога, судьба

многих больных в психиатрических диспансерах тоже находится в руках психиатра. Чувство власти над чужой жизнью, над чужой судьбой - одна из мотиваций выбора врачебной профессии [28, 22, 46].

Современные врачи выделяются на фоне других профессий относительно высокой значимостью мотива «принести пользу людям», что вполне отражает специфику, предназначение профессии врача в обществе. Тем не менее, значимость этого мотива постепенно снижается. Характерной особенностью мотивации, как будущих врачей, так и действующих врачей-клиницистов является более высокая значимость мотива помогать людям, нежели получать высокие доходы [35, 45].

Важную роль для врачей играет мотивация профессионального роста и карьеры. Еще одна выявленная динамическая особенность профессионального самоопределения будущих врачей – рост значимости престижа будущей работы. С появлением и развитием частной медицины социальное положение врачей в обществе меняется, многие социологические исследования фиксируют рост престижа профессии, это отражается и на самоопределении будущих медицинских работников – в структуре мотивации выбора будущего места работы мотив престижа начинает играть более заметную роль. Британский психолог Дж. Равен,

основоположник психологической теории компетентности, оперирует понятием «компетентности как совокупности компетенций», подчеркивая их множественность. Дж. Равен, в структуре компетентности выделяет два компонента: общую компетентность (ценности, мотивации, поведение), и компетентность, для успешной самореализации в социуме вне зависимости от профессиональной деятельности [74, 65].

В этой связи увеличивается роль оценки профессионально значимых качеств в виде психологических особенностей личности, способствующих эффективной профессиональной деятельности на основе усвоения специальных знаний, способностей и навыков. Эти качества (способности, знания, умения) определяют эффективность решения задач профессиональной деятельности. К их числу относятся: интеллектуальные качества (мышление); нравственные качества (поведение); эмоциональные качества (чувства); волевые качества (способность к самоуправлению) и организаторские качества (механизм деятельности). В основе развития и совершенствования профессионально-значимых качеств выступают профессиональные способности - индивидуально-психологические свойства личности, отвечающие требованиям данной профессиональной деятельности и являющиеся условием для ее успешного выполнения [53, 51, 46].

На каждом этапе профессиональной деятельности у медицинских работников, начиная со стадии оптации происходит перегруппи-

ровка профессионально-значимых качеств, по мере перехода до уровня мастерства роль различных групп этих качеств меняется. Большинство исследователей отмечает динамику профессионально важных качеств в ходе повышения квалификации. Имеет место гетерохронность компонентов и параметров профессионально-значимых качеств на разных этапах повышения квалификации. В процессе реализации модели непрерывной подготовки медицинского персонала более динамичными оказываются профессионально-значимые качества, характеризующие операциональную сферу деятельности, но значительно медленнее изменяется мотивационная сфера [42, 40, 28, 4].

По мнению руководства Минздрава РФ «Развитие отечественного здравоохранения во многом определяется внедрением новых современных биомедицинских и инженерных технологий, а также переходом к «Медицине – 4П»: предиктивной, профилактической, персонализированной и партисипативной – на основе активного участия и равноправного партнерства пациента» [36].

Особая роль в реальной ситуации отводится полноценной реализации «образа будущего» и технологических инициатив (Health-Net и Neuro-Net), развитию научно-образовательных медицинских кластеров вокруг ведущих медицин-

ских ВУЗов и НИИ, расширению сети центров доклинических трансляционных исследований по различным направлениям, в частности исследований, направленных на создание системы биомаркеров заболеваний, в том числе предиктивных, разработки отечественных таргетных иммунных препаратов, векторных вакцин, генотерапевтических лекарственных средств и внедрения современных методов персонализированной фармакотерапии, а также углубления инновационных разработок в области робототехники, киберпротезов, человеко-машинных интерфейсов и 3D – прототипов [55].

Однако это напрямую связано с уровнем развития отечественного медицинского образования и науки, проблемы которых в официальных выступлениях и докладах сегодня не принято обсуждать. Большинство проблем отечественного здравоохранения, по мнению идеологов либеральных реформ сосредоточено на модели финансирования производства медицинских услуг, поэтому они предлагают увеличить бюджетные расходы на эту сферу, а параллельно рассмотреть в качестве дополнительного источника финансирования соплатежи граждан, отменить для некоторых групп населения монетизацию льгот и ввести доплату за наиболее дорогие виды помощи из личных средств пациентов, а также медицинские изделия и расходные материалы, предоставляемые в рамках программы госгарантий [23, 44]. Финансовое вознаграждение в структуре стимулов является важным элементом для

улучшения качества работы медицинских работников, и широко распространено мнение, что его правильная схема повысит и мотивацию к работе. Наиболее распространенной схемой вознаграждения, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода, является система фиксированных зарплат, которая обычно основывается на национальной шкале заработной платы, а заработная плата отдельного представителя зависит в основном от стажа, а не результатов работы. Как показала практика, такая схема вознаграждения создает очень слабые стимулы для работников в системе здравоохранения [43].

Мотивационная сфера в современной медицине включает ценности и мотивы профессии, профессиональное мировоззрение, межличностные взаимодействия, удовлетворенность трудом. Различают внешнюю и внутреннюю детерминацию профессионализма. Внешняя детерминация включает социальные, материальные и моральные стимулы. Сюда относят высокую зарплату, социальные льготы, получение жилья и т.д. Внутренняя детерминация связана с мотивами гуманного предназначения профессии, социального престижа, сотрудничества, межличностного общения [19, 16, 22]. В процессе становления профессионала мотивационная сфера претерпевает существенные изменения. На этапе первично-

го ознакомления с профессией возникают познавательные и прагматические мотивы. По мере овладения основ профессии мотивационная сфера расширяется за счет профессиональных мотивов, мотивов личностного и социального престижа. В конечном итоге, на уровне суперпрофессионализма преобладают мотивы творческих достижений и широкие социальные мотивы [13, 7, 6, 52].

В течение последних лет в здравоохранении России осуществляется системная деятельность по обновлению образовательных программ разных уровней и профилей в рамках реализации идеологии непрерывного медицинского образования. Социологические исследования профессиональных мотиваций врачей базируются на анализе блоков опросных анкет: престиж профессии врача, факторы выбора профессии, характеристики отношения к профессии, к смене места работы, мотивы, удовлетворенность и факторы, мешающие производственным результатам, профессиональные качества врача и их ранжирование, характеристики взаимоотношения врача с другими членами коллектива и пациентами, правовые вопросы врачебной деятельности, отношение врача к здоровью, основные волнующие врача проблемы, профессиональная подготовка врача и др.

Заключение

Современные процессы компетентностной трансформации профессиональных групп в отечественной медицине обусловлены но-

выми тенденциями в государственной политике модернизации высшего образования и здравоохранения. Переосмысление изменений в политике здравоохранения в условиях рынка и сопутствующих ей перемен в медицинской профессии занимает особое место в современных дебатах в сфере социологии медицинских профессий. И хотя, неэкономические стимулы являются неотъемлемой составляющей системы мотивации медицинских работников, ограничение финансирования государственных обязательств в охране здоровья населения до 5% от ВВП, нестабильная экономическая ситуация в стране, заставляют руководителей образовательных и медицинских организаций искать дополнительные пути повышения мотивации будущих врачей и врачей-профессионалов, помимо материального поощрения роста профессиональных компетенций, разработки и реализации неэкономических стимулов в виде способности повышать внутреннюю мотивацию.

При производстве медицинских услуг в условиях рынка важным фактором является стремление врача обеспечить выздоровление пациента с применением наиболее эффективных технологий, что требует внедрения инновационных образовательных технологий в рамках реализации сочетания подходов стандартизированной и персонализированной ме-

дицины [47]. Персонализированная медицина предполагает сочетание высокого уровня компетенций, профессионализма врача и современных технологий [48]. Она предполагает индивидуализацию диагностики, лечения и профилактики заболеваний человека с учетом его уникальных клинических, генетических и геномных данных и особенностей среды существования. В этой связи в современной медицине все чаще используются генетические и геномные тесты, однако многие медицинские работники отмечают недостаток специальных знаний для их назначения и интерпретации [31, 55].

В настоящее время рынок и государство в корне изменяют систему регулирования медицинской профессии. Современная политика управления системами здравоохранения в различных странах ставит под вопрос функциональность саморегуляции медицинской профессии и веру в альтруистическую миссию профессионалов [75, 62]. Будущее либеральных реформ здравоохранения в России так или иначе скажется на состоянии профессиональных групп. В частности, следует выделить присущие медицинской профессии проблемы, такие как мотивационные основы врачей при производстве доступных, качественных и безопасных медицинских услуг, а также наличие социальных механизмов, которые воспроизводят проблемы совершенствования профессионально значимых качеств практикующих врачей.

Список литературы

1. Абрамов, Р.Н. Социологические интерпретации профессий Р. Дингуэлла: к пониманию англосаксонской традиции исследования занятий / Р.Н. Абрамов // Профессиональные группы: динамика и трансформация. – М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2009. – С. 37–58.
2. Александрова, Т.Л. Методологические проблемы социологии профессий / Т.Л. Александрова// Социологические исследования. – 2000. – № 8. – С. 11–17.
3. Афонин Ю. А., Сагдеев Р. Р. Проблемы мотивации медицинского персонала // Вестник Самарского государственного экономического университета. – 2012. – № 7(93).
4. Будницкая М.В., Мамус М.А., Стромченко О.А. Мотивация врачей как характеристика профессиональной группы // Международный студенческий научный вестник. – 2018. – № 1.; URL: <http://www.eduherald.ru/ru/article/view?id=18005> (дата обращения: 22.04.2018).
5. Гатауллин Е.Г., Забирова Л.М., Гатауллин И.И. Социологическое исследование мотивации врачей. Вестник экономики, права и социологии, Социология. 2015, N 4. С. 284-288.
6. Глыбочко П.В. Обеспечение инновационного характера непрерывного медицинского образования качественно нового уровня. Выступление на Первом национальном съезде врачей 5 октября 2012 г. URL: <http://www.movn.ru/innovatsii/obespechenie-innovatsionnogo-kharaktera-nepreryvnogo-meditsinskogo-obrazovaniya-kachestvenno-novogo-urovnya.html> (дата обращения 12.08.2016)
7. Горшкова О.Н. Теоретико-методологический анализ исследования трудовой мотивации // Вестник ЧелГУ. 2011. №2. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/teoretiko-metodologicheskii-analiz-issledovaniya-trudovoy-motivatsii> (дата обращения: 26.05.2019).
8. Доника А. Д. Профессиональный онтогенез: медико-социологические и психолого-этические проблемы врачебной деятельности. М.: Академия Естествознания, 2009.
9. Дьяченко С.В. Дьяченко В.Г. Отечественная медицинская школа: школа знаний или компетенций? // Вестник общественного здоровья и здравоохранения Дальнего Востока России [электронный научный журнал] - 2016. - №3.- Режим доступа:

- <http://www.fesmu.ru/voz/20152/2015201.aspx>.
10. Дьяченко С.В. Пациент, врач и рынок. Изд-во Дальневосточн. гос. Мед. ун-та, 2018. – 486 с.
 11. Ефимов В.Н., Ефимова И. Н., Рихвицкая Т. В. К вопросу об опыте построения системы образования в традиционной медицине. // Электронный научно-образовательный вестник «Здоровье и образование в XXI веке» - 2006. - Т.8, № 6. - С. 260-261.
 12. Ефимов В.С. с соавт. Будущее высшей школы в России: экспертный взгляд. Форсайт-исслед. – 2030: Аналитич. доклад / В.С.Ефимов и др.; Под ред. В.С.Ефимова. – М.: ИНФРА-М; Краснояр.: СФУ -2014. –С. 294-Режим доступа: <http://www.znaniium.com/bookread.php?book=434140> DOI 10.12737/2478
 13. Жура В.В. – Дискурсивная компетенция врача в устном медицинском общении: автореф. дис. ... д-ра филолог. наук: - Волгоград: Волгогр. гос. пед. ун-т, 2008. – 40 с.
 14. Зеер, Э.Ф. Психология профессий / Э.Ф. Зеер. - М.: Академический Проект; Екатеринбург: Деловая книга, 2003. – 336 с.
 15. Зеер, Э.Ф. Профессионально-образовательное пространство личности: синергетический подход / Э.Ф. Зеер // Образование и наука. – 2003. – №5(23). – С.79–90.
 16. Зимняя И.А. Ключевые компетенции – новая парадигма результата образования / И.А. Зимняя // Высшее образование сегодня. – 2003. – № 5. – С. 34-42., Овсянникова Е.К. Особенности формирования общекультурных компетенций студентов медицинского вуза // Международный журнал экспериментального образования. – 2012. – № 4. – С. 177-180.].
 17. Иванов В. Г., Исакова И. Р. Профессиональное становление студентов и процесс профессионализации в вузе // Вестник Казанского технологического университета. 2010. №12. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/professionalnoe-stanovlenie-studentov-i-protsess-professionalizatsii-v-vuze> (дата обращения: 28.05.2019).
 18. Карсон Р. Становление диалога между доктором и пациентом/ Р. Карсон //Вестник Московского университета. Сер. 7. Философия- 1998. - № 5.- С. 34.
 19. Корсак К. Образование: от первичного до пожизненного // «Зеркало недели», 24 - 30 августа 2002г.
 20. Климов Е.А. Психология профессионального самоопределения. Ростов-на-Дону: Феникс, 1996. 509 с.

21. Климов Е.А. Введение в психологию труда [Текст]: учеб. для вузов / Е. А. Климов. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: МГУ; Академия, 2004. - 336 с.
22. Краснопольская И. Как готовить будущих врачей, чтобы не перечивать их на практике. // Российская газета - Федеральный выпуск № 6931 (63) - Режим доступа: <https://rg.ru/2016/03/24/eksperty-rg-obsudili-podgotovku-budushchih-vrachej.html> (дата обращения: 07.12.2016).
23. Кузьминов Я.И. с соавт. Как увеличить человеческий капитал и его вклад в экономическое и социальное развитие [Текст] : тез. докл. / Бирюкова С. С. и др.; под ред. Я.И. Кузьминова, Л. Н. Овчаровой, Л. И. Якобсона ; Нац. исслед. ун-т «Высшая школа экономики». — М. : Изд. дом Высшей школы экономики, 2018. — 63 с.
24. Кульман Э., Сакс М. Переосмысливая управление профессионалами: Новые международные тенденции в здравоохранении / ред. Э. Кульман, М. Сакс. – Wodmin.: MPG Books, 2008. – 248 с.
25. Кульман Э. «Ответственные профессионалы» и «разборчивые клиенты»: изменения во взаимодействии медицинских профессиона-
- лов, государства и общества // Социальная динамика и трансформация профессиональных групп в современном обществе / Под. ред. В.А. Мансурова. М.: Изд-во Ин-та социологии РАН, 2007.
26. Кульман Э. Разновидности профессионализма поздней современности: на примере немецкой системы здравоохранения // Профессии. doc. Социальные трансформации профессионализма: взгляды снаружи, взгляды изнутри / Под ред. Елены Ярской-Смирновой, Павла Романова. М.: ООО «Вариант»: ЦСПГИ, 2007.
27. Леонтьев. А.Н. Деятельность. Сознание. Личность. М., 1998. - С. 240
28. Малыш Я.В. Определение мотивов выбора медицинской профессии и уровня профессиональной ориентированности студентов // Материалы VI Международной студенческой научной конференции «Студенческий научный форум». 2014. [URL:https://scienceforum.ru/2014/article/2014003471](https://scienceforum.ru/2014/article/2014003471)" (дата обращения: 29.05.2019).
29. Мансуров, В.А. Конструирование новых статусных позиций в процессе профессионализации / В.А. Мансуров, О.В. Юрченко// Модернизация социальной структуры российского общества / отв. ред. З.Т. Голенкова. – М.:

- Ин-т социологии РАН, 2008. – С. 139–156.
30. Мансуров, В.А. Социология профессий: становление дисциплины и перспективы ее развития / В.А.Мансуров, О.В.Юрченко // Профессиональные группы: динамика и трансформация: сб. / под ред. В.А.Мансурова. – М.: Ин-т социологии РАН, 2009.
31. Макаренко В.Г. Система высшего образования России и российского Дальнего Востока в условиях рыночных реформ. (1992-2016 гг.). Россия и АТР. 2017. №1 (95) С. 8-22.
32. Маркова А. К. Психология профессионализма. М.: Знание, 1999. 184 с.
33. Парсонс Т. Американская социология: Перспективы. Проблемы. Методы / Под ред. Т.Парсонса. — М.: Прогресс, 1972.
34. Подмарков, В.Г. Человек в мире профессий / В.Г. Подмарков //Вопросы философии. – 1972. – № 8. – С. 60.
35. Поздеева Е.Г. Социологический портрет врача: постановка проблемы и методы исследования. Автореф. дисс. к.с.н., Санкт-Петербургский гос. университет. Санкт-Петербург, 1993., 29 с.
36. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 апреля 2018 г. N 186 «Об утверждении Концепции предиктивной, превентивной и персонализированной медицины».
37. Присяжнюк Д.И. Переосмысливая управление профессионалами: новые международные тенденции в здравоохранении / Под ред. Э. Кульман, М. Сакс. Bodmin. : mpg Books, 2008. 248 p. ISBN 9781861349569 Rethinking professional governance. International directions in healthcare / ed. By E. Kuhlmann, M. Saks. Bodmin. : mpg Books, 2008. 248 p. ISBN 9781861349569 // ЖИСП. 2009. №3.
38. Регель О. В. Особенности профессиональной мотивации студентов медицинских специальностей // Молодой ученый. — 2018. — №32. — С. 84-87. — URL <https://moluch.ru/archive/218/52286/> (дата обращения: 01.06.2019).
39. Радаев, В.В. Социальная стратификация. / В.В.Радаев, О.И.Шкаратан. – М.: Аспект-Пресс, 1996.
40. Сакс М., Олсон Дж. Социология профессий: государство, медицина и рынок в Великобритании [Электронный ресурс] 2003. Режим доступа <http://www.ecsocman.edu.ru/images/pubs/2003/03/06/0000063305/olson-saxprofession.doc>.

41. Толстяков Р.Р., Мялкина Н.И. Образовательная услуга как объект маркетинговой деятельности // Социально-экономические явления и процессы. - 2016. - №7.
42. Шамонина О.П. Теория, методология и методика разработки социальных стандартов и показателей профессиональной сферы / О.П.Шамонина // Социальные стандарты и показатели уровня и качества жизни населения и социального развития Республики Башкортостан: материалы Российской научно-практ. конф. – Уфа: Изд-во УОП УЮИ МВД РФ, 2000. – С.41
43. Шишкин С.В. Российское здравоохранение: мотивация врачей и общественная доступность. М.: Независимый институт социальной политики, 2008.
44. Шишкин С.В., Власов В.В., Колосницына М.В. и др. Здравоохранение: необходимые ответы на вызовы времени. НИУ ВШЭ. Москва. 2018. 55 с.
45. Югай М.Т., Панкевич В.И. Неэкономическая мотивация медицинских работников. Оргздрав. Вестник ВШОУЗ. 2018. № 3. С. 62-78.
46. Abdelmarouf H. Mohieldein. Outcome-based approach to medical education towards academic programmes accreditation: A review article. JPMA Journal of Pakistan medical association. March. – 2017. - С. 454-460. Режим доступа: http://jpma.org.pk/full_article_text.php?article_id=8128F (дата обращения 22.04.2017)
47. Chadwick, R., & O'connor, A. (2013). Epigenetics and personalized medicine: prospects and ethical issues. Personalized Medicine, 2013. 10(5), 463-471.
48. Chadwick R. The Ethics of Personalized Medicine: A Philosopher's Perspective. Personalized Medicine. 2014.11(1):5-6.
49. Embo M, Driessen E, Valcke M, van der Vleuten CPM. Integrating learning assessment and supervision in a competency framework for clinical workplace education. NurEduc Today. 2015; 35: 341-6.
50. Evetts J. Sociological Analysis of Professionalism. Occupational Change in Modern World // International Sociology. 2003. Vol. 18 (2). P. 395–415.
51. Fang M. et al. A study of the Acceptance of Material Incentives and Non-Material Incentives in Agri-Business Companies // Open J. Soc. Sci. 2014. Vol. 2. N 09. P. 144.
52. Frank JR et al. Competency-based medical education: theory to practice. Medical teacher. 2010; 32: 638–645
53. Frank JR et al. Toward a definition of competency-based education in medicine:

- A systematic review of published definitions. *Med Teach* 2010. 32(8):631–637.
54. Henry R.C., Wright D.E. When do medical students become human subjects of research? The case of program evaluation. *Acad. Med.*, 2001 Sep., Vol.76(9). -P.871-875.
55. Hood L. & Galas D. (2008). P4 Medicine: Personalized, Predictive, Preventive, Participatory: A Change of View that Changes Everything: A white paper prepared for the Computing Community Consortium committee of the Computing Research Association.
URL:<http://cra.org/ccc/resources/ccc-led-whitepapers/>
56. Hughes E.C. The Making of a Physician: General Statement of Ideas and Problems // *Human Organization*. - 1956. - № 4. - С. 21 –25.
57. Kusurkar, Rashmi A., Croiset, Gerda, Mann, Karen V., Custers, Eugene. Have Motivation Theories Guided the Development and Reform of Medical Education Curricula? A Review of the Literature. *Academic Medicine*: [June 2012. - Volume 87 - Issue 6 – С. 735–743](#)
58. Mann KV. Motivation in medical education: How theory can inform our practice. *Acad Med*. 1999;74:237–239
59. Mann KV. Theoretical perspective in medical education: past experience and future possibilities, *Med Educ*. 2011;45(11):60–8
60. Maudsley RF. Content in context: medical education and society's needs. *Acad Med*. 1999;74:143–5.
61. Markin V.V., Voronov V.V. The training of highly qualified personnel in the discourse of the Bologna process: highway versus roadside // *Интеграция образования*. - 2016. - №2 (83).
62. Painter Jason. *Autonomy, Competence, and Intrinsic Motivation in Science Education: A Self-Determination Theory Perspective*. Chapel Hill. 2011 - 124 с.
63. Parsons T. *The Structure of Social Action*. Glencoe, 1949.
64. Petrova L.E., Kuzmin K.V., Kulikov S.N. E-learning in higher professional medical education: what do students think about it? *Modern Research of Social Problems*. – 2013 - № 8 (28).
65. Raven D. Competence, education, professional development, psychology and sociocybernetics // *Vector of Science of Tolyatti State University*. Series: Pedagogy, psychology. – 2014. – № 2. – P. 170-204.
66. Reede JY. Predictors of success in medicine. *Clin Orthop Rel Res*. 1999;362:72–7.
67. Sedova N.N. Methodology connection between bioethics & law. В книге: 23rd Annual Congress of World Association for

- Medical Law Book of Abstracts. 2017. С. 99.
68. Skvortsov V N. Training of highly-qualified specialists as one of the important tasks and functions of life-long vocational education. - 2013. - №1.
69. Spencer S.J. Establishing a causal chain: why experiments are often more effective than mediational analyses in examining psychological processes // Journal of Personality and Social Psychology. – 2005. – Vol. 89. – № 6. – P. 845-851.
70. Strasser R, Hogenbirk JC, Minore B, Marsh DC, Berry S, McCready WG. et al. Transforming health professional education through social accountability: Canada's Northern Ontario School of Medicine. Med Teach. 2013;35:490–6.
71. Tam M. Outcomes-based approach to quality assessment and curriculum improvement in higher education. Qual Assur Educ. 2014; 22:158-68.
72. Telmesani A, Zaini RG, Ghazi HO. Medical education in Saudi Arabia: a review of recent developments and future challenges. East Mediterr Health J. 2011; 17:703-7.
73. Weber M. The Protestant ethic and the spirit of capitalism. L., 1977.
74. Willis-Shattuck M. Motivation and retention of health workers in developing countries. A systematic review // BMC Health Serv. Res. 2008. Vol. 8. P. 247.
75. Wormser R.G. Taxonomie und Motivation altruistischen Verhaltens. Munchen : Universitatsverlag, 1977. - 637
76. Yaghmaei M, Yazdani Sh, Ahmady S. Medical student selection and society: Lessons we learned from sociological theories. Med J Islam Repub Iran 2016 (21 November). Vol. 30:443.
77. Zeer E.F., Khasanova I.I. Socio-professional education of students: nauch.-method. Development. The EC.: Publishing house of the Ural state pedagogical University. 2000. - 263 с.